GKV-Spitzenverband[1]

Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene

Gemeinsames Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des SGB XI vom 19.12.2024

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.

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 und weiter fortgeschrieben. Das Gemeinsame Rundschreiben gibt die Rechtslage mit Stand 01.01.2025 wieder.

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

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

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

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 (Achtes Euro-Einführungsgesetz) verabschiedet; der Bundesrat hat ihm am 13.07.2001 zugestimmt. Es trägt das Datum vom 23.10.2001 und ist im Bundesgesetzblatt Teil I vom 31.10.2001, Seite 2702 ff., veröffentlicht.
7. Zuständigkeitsanpassungs-Verordnung:	Am 29.10.2001 hat das Bundesministerium der Justiz die Siebente Zuständigkeitsanpassungs-Verordnung betreffend die Einführung der sächlichen Bezeichnungsform für die Bundesministerien erlassen. Die Verordnung ist im Bundesgesetzblatt Teil I vom 06.11.2001, Seite 2785 ff., veröffentlicht.
PflEG:	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 – PflEG) 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-Neuausrichtungs-Gesetz	Am 29.06.2012 hat der Deutsche Bundestag das Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz) 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.
Erstes Pflegestärkungsgesetz	Am 17. Oktober 2014 hat der Deutsche Bundestag das Erste Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Erstes Pflegestärkungsgesetz – PSG I) verabschiedet; der Bundesrat hat ihm am 07.11.2014 zugestimmt. Es trägt das Datum vom 17.12.2014 und ist im Bundesgesetzblatt Teil I vom 23.12.2014, Seite 2222 ff. veröffentlicht.
Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf	Am 04.12.2014 hat der Deutsche Bundestag das Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf verabschiedet; der Bundesrat hat ihm am 19.12.2014 zugestimmt. Es trägt das Datum vom 23.12.2014 und ist im Bundesgesetzblatt Teil I vom 31.12.2014, Seite 2462 ff. veröffentlicht.
Präventionsgesetz	Am 18.06.2015 hat der Deutsche Bundestag das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventions-

	gesetz) verabschiedet; der Bundesrat hat ihm am 10.07.2015 zugestimmt. Es trägt das Datum vom 17.07.2015 und ist im Bundesgesetzblatt Teil 1 vom 24.07.2015, Seite 1368 ff. veröffentlicht.
GKV-Versorgungsstärkungs-Gesetz	Am 11.06.2015 hat der Deutsche Bundestag das Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungs-gesetz – GKV-VSG) verabschiedet; der Bundesrat hat ihm am 10.07.2015 zugestimmt. Es trägt das Datum vom 16.07.2015 und ist im Bundesgesetzblatt Teil I vom 22.07.2015, Seite 1211 ff. veröffentlicht.
Hospiz- und Palliativgesetz	Am 05.11.2015 hat der Deutsche Bundestag das Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG) verabschiedet; der Bundesrat hat ihm am 27.11.2015 zugestimmt. Es trägt das Datum vom 01.12.2015 und ist im Bundesgesetzblatt Teil I vom 07.12.2015, Seite 2114 ff. veröffentlicht.
Zweites Pflegestärkungsgesetz	Am 13.11.2015 hat der Deutsche Bundestag das Zweite Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) verabschiedet; der Bundesrat hat ihm am 18.12.2015 zugestimmt. Es trägt das Datum vom 21.12.2015 und ist im Bundesgesetzblatt Teil I vom 28.12.2015, Seite 2424 ff. veröffentlicht.
Transplantationsregistergesetz	Am 07.07.2016 hat der Deutsche Bundestag das Gesetz zur Errichtung eines Transplantationsregisters (Transplantationsregistergesetz - TxRegG) verabschiedet; der Bundesrat hat ihm am 23.09.2016 zugestimmt. Es trägt das Datum vom 11.10.2016 und ist im Bundesgesetzblatt Teil I vom 14.10.2016, Seite 2233 ff. veröffentlicht.
Drittes Pflegestärkungsgesetz	Am 01.12.2016 hat der Deutsche Bundestag das Dritte Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III) verabschiedet; der Bundesrat hat ihm am 16.12.2016 zugestimmt. Es trägt das Datum vom 23.12.2016 und ist im Bundesgesetzblatt Teil I vom 28.12.2016, Seite 3191 ff. veröffentlicht.
Gesetz zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitungen und zur Änderung anderer Vorschriften	Am 01.06.2017 hat der Deutsche Bundestag das Gesetz zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewerbezubereitungen und zur Änderung anderer Vorschriften verabschiedet; der Bundesrat hat ihm am 07.07.2017 zugestimmt. Es trägt das Datum vom 18.07.2017 und ist im Bundesgesetzblatt Teil I vom 28.07.2017, Seite 2757 ff. veröffentlicht.
Pflegepersonal-Stärkungsgesetz	Am 09.11.2018 hat der Deutsche Bundestag das Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG) verabschiedet; der Bundesrat hat ihm am 23.11.2018 zugestimmt. Es trägt das Datum vom 11.12.2018 und ist im Bundesgesetzblatt Teil I vom 14.12.2018, Seite 2394 veröffentlicht.

GKV-Versichertenentlastungsgesetz	Am 18.10.2018 hat der Deutsche Bundestag das Gesetz zur Beitragsentlastung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versichertenentlastungsgesetz – GKV-VEG) verabschiedet; der Bundesrat hat ihm am 23.11.2018 zugestimmt. Es trägt das Datum vom 11.12.2018 und ist im Bundesgesetzblatt Teil I vom 14.12.2018, Seite 2387 veröffentlicht.
Terminservice- und Versorgungsgesetz	Am 14.03.2019 hat der Deutsche Bundestag das Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG) verabschiedet; der Bundesrat hat ihm am 12.04.2019 zugestimmt. Es trägt das Datum vom 06.05.2019 und ist im Bundesgesetzblatt Teil I vom 10.05.2019, Seite 646 ff. veröffentlicht.
Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz)	Am 07.11.2019 hat der Deutsche Bundestag das Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz) verabschiedet; der Bundesrat hat ihm am 29.11.2019 zugestimmt. Es trägt das Datum vom 14.12.2019 und ist im Bundesgesetzblatt Teil I vom 20.12.2019, Seite 2789 ff. veröffentlicht.
Gesetz zur Reform der Hebammenausbildung (Hebammenreformgesetz)	Am 26.09.2019 hat der Deutsche Bundestag das Gesetz zur Reform der Hebammenausbildung (Hebammenreformgesetz – HebRefG) verabschiedet; der Bundesrat hat ihm am 08.11.2019 zugestimmt. Es trägt das Datum vom 22.11.2019 und ist im Bundesgesetzblatt Teil I vom 28.11.2019, Seite 1759 veröffentlicht.
Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (GKV-IpReG)	Am 02.07.2020 hat der Deutsche Bundestag das Gesetz zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IpReG) verabschiedet; der Bundesrat hat ihm am 18.09.2020 zugestimmt. Es trägt das Datum vom 23.10.2020 und ist im Bundesgesetzblatt Teil I vom 28.10.2020, Seite 2220 ff. veröffentlicht.
Digitale-Versorgung-und-Pflege- Modernisierungs-Gesetz (DVPMG)	Am 06.05.2021 hat der Deutsche Bundestag das Gesetz zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege (Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz – DVPMG) verabschiedet; der Bundesrat hat ihm am 28.05.2021 zugestimmt. Es trägt das Datum vom 03.06.2021 und ist im Bundesgesetzblatt Teil I vom 08.06.2021, Seite 1309 ff. veröffentlicht.
Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG)	Am 11.06.2021 hat der Deutsche Bundestag das Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG) verabschiedet; der Bundesrat hat ihm am 25.06.2021 zugestimmt. Es trägt das Datum vom 11.07.2021 und ist im Bundesgesetzblatt Teil I vom 19.07.2020, Seite 2221 ff. veröffentlicht.
Gesetz zur Zahlung eines Bonus für Pflegekräfte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen (Pflegebonusgesetz)	Am 19.05.2022 hat der Deutsche Bundestag das Gesetz zur Zahlung eines Bonus für Pflegekräfte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen (Pflegebonusgesetz) verabschiedet; der Bundesrat hat ihm am 10.06.2022 zugestimmt. Es trägt das Datum vom 28.06.2022 und ist im Bundesgesetzblatt Teil I vom 29.06.2022, Seite 938 veröffentlicht.

Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetz – PUEG	Am 26.05.2023 hat der Deutsche Bundestag das Gesetz zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetz – PUEG) verabschiedet; der Bundesrat hat ihm am 16.06.2023 zugestimmt. Es trägt das Datum vom 19.06.2023 und ist im Bundesgesetzblatt Teil I vom 23.06.2023, Seite 1, veröffentlicht.
Gesetz über die Auszahlung der Erwerbsminderungsrenten-Bestandsverbesserung (EM-Bestandsrentenverbesserungsauszahlungsgesetz)	Am 25.04.2024 hat der Deutsche Bundestag das Gesetz über die Auszahlung der Erwerbsminderungsrenten-Bestandsverbesserung (EM-Bestandsrentnverbesserungsauszahlungsgesetz) verabschiedet; der Bundesrat hat ihm am 17.05.2024 zugestimmt. Es trägt das Datum vom 30.05.2024 und ist im Bundesgesetzblatt Teil I vom 04.06.2024, Seite 1, veröffentlicht.
Bekanntmachung Leistungsbeträge	Am 14.11.2024 hat das Bundesministerium für Gesundheit die Dynamisierung der Leistungsbeträge bekanntgemacht. Die Leistungsbeträge sind im Bundesanzeiger vom 12.12.2024, Seite 1, veröffentlicht.

Hinweis:

Die Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund zur pflegefachlichen Konkretisierung der Inhalte des Begutachtungsinstruments sowie zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit (Begutachtungs-Richtlinien) nach § 53d Absatz 3 Satz 1 Nr. 1 in Verbindung mit § 17 Absatz 1 SGB XI, in der jeweils geltenden Fassung, werden im Folgenden "Begutachtungs-Richtlinien" genannt.

Inhaltsverzeichnis

§ 1 SGB XI Soziale Pflegeversicherung 16
1. Allgemeines 16
§ 2 SGB XI Selbstbestimmung 17
1. Allgemeines 17
2. Aktivierende Pflege 17
3. Kommunikationsbedürfnis 18
4. Rechtsfolgen 18
§ 3 SGB XI Vorrang der häuslichen Pflege 19
1. Allgemeines 19
2. Rechtsfolgen 19
§ 4 SGB XI Art und Umfang der Leistungen 20
1. Leistungsarten/-inhalt 20
2. Leistungsumfang 21
3. Wirtschaftlichkeit 21
§ 5 SGB XI Prävention in Pflegeeinrichtungen, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation 22
1. Aufgaben der Pflegekassen 22
2. Aufgaben anderer Leistungsträger 23
§ 6 SGB XI Eigenverantwortung 24
1. Mitwirkungspflicht 24
§ 7 SGB XI Aufklärung, Auskunft 25
1. Aufklärung und Auskunft 26
2. Information durch Dritte 27
§ 7a SGB XI Pflegeberatung 28
1. Allgemeines 31
2. Anspruchsberechtigung 31
3. Organisation der Pflegeberatung 31
4. Inhalt der Pflegeberatung 32
5. Anforderungen an Pflegeberater und Pflegeberaterinnen 33
6. Finanzierung 34
§ 7b SGB XI Pflicht zum Beratungsangebot und Beratungsgutscheine 35
1. Allgemeines 36
2. Beratung durch die Pflegekassen 36
3. Beratung durch Beratungsstellen 37
3.1 Anforderungen an die Beratungsleistung und die Beratungspersonen 37
3.2 Beratung durch kommunale Gebietskörperschaften 38
3.3 Datenschutz 38
3.4 Unabhängigkeit und Neutralität 38
3.5 Haftungsausschluss 38
§ 8 SGB XI Gemeinsame Verantwortung 39
1. Förderung von Modellvorhaben 42
2. Finanzierungs- und Fördervorhaben 43
§ 13 SGB XI Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungen 45
1. Nachrangigkeit von Leistungen der Pflegeversicherung 47
2. Nebeneinander von Leistungen der Pflegeversicherung und von anderen Sozialleistungsträgern 47
3. Vorrangigkeit von Leistungen der Pflegeversicherung 48
4. Zusammentreffen von Leistungen der Pflegeversicherung mit Leistungen nach dem SGB XII 48
5. Zusammentreffen von Leistungen der Pflegeversicherung mit Fürsorgeleistungen zur Pflege 49

6. Zusammen von Leistungen der Pflegeversicherung in stationären Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe....49
7. Nichtanrechnung der Leistungen der Pflegeversicherung als Einkommen....50
8. Unterhaltsrechtliche Berücksichtigung des Pflegegeldes....51
§ 14 SGB XI Begriff der Pflegebedürftigkeit....52
1. Begriff der Pflegebedürftigkeit....53
2. Dauer der Pflegebedürftigkeit....54
3. Gesundheitliche Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder Fähigkeiten....54
4. Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder Fähigkeiten bei der Haushaltsführung....57
§ 15 SGB XI Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument....59
1. Allgemeines....69
2. Pflegegrade....70
3. Ermittlung der Gesamtpunkte....70
4. Besonderheiten bei Kindern....73
§ 17 SGB XI Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund; Richtlinien der Pflegekassen....75
1. Begutachtungs-Richtlinien....76
2. Pflegeberatungs-Richtlinien....76
3. Kostenabgrenzungs-Richtlinien....76
4. Dienstleistungs-Richtlinien....76
§ 18 SGB XI Beauftragung der Begutachtung....77
1. Allgemeines....78
2. Kostenabgrenzung bei erheblichem Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen....79
3. Beauftragung unabhängiger Gutachterinnen und Gutachter....79
§ 18a SGB XI Begutachtungsverfahren....81
1. Untersuchungsort/-ergebnis....84
2. Wiederholungsbegutachtungen....85
3. Erfassung der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten in den Bereichen außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung....86
4. Begutachtungsfristen....86
5. Bedeutung des Gutachtens und Zustimmung der versicherten Person zu Empfehlungen zur weiteren Versorgung....87
6. Einbeziehung von Dritten....88
§ 18b SGB XI Inhalt und Übermittlung des Gutachtens....89
1. Allgemeines....90
2. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zuständiger Träger....91
3. Maßnahmen zur Prävention....91
4. Empfehlungen zu edukativen Maßnahmen....91
5. Empfehlungen zur Versorgung mit Hilfs- und Pflegehilfsmitteln....92
6. Anerkennung von Gutachten der Pflegekassen, der PKV oder eines anderen die Pflegeversicherung betreibenden Versicherungsunternehmens....92
§ 18c SGB XI Entscheidung über den Antrag, Fristen....93
1. Allgemeines....94
2. Fristberechnung....94
3. Verzögerungen in der Antragsbearbeitung bzw. bei verkürzten Begutachtungsfristen/Fristüberschreitung....95
4. Fristüberschreitung....106
5. Hinweispflicht auf die Ombudsperson....111
6. Allgemeines zu Präventions- und Rehabilitationsempfehlung....111
6.1 Empfehlungen zu Leistungen zur medizinischen Rehabilitation....112
6.2 Empfehlungen zu präventiven Maßnahmen....113
7. Empfehlungen zur Heilmittelversorgung....113
§ 18d SGB XI Berichtspflichten und Statistik zum Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit....114
1. Allgemeines....116

§ 28 SGB XI Leistungsarten, Grundsätze 118
1. Leistungsarten 119
2. Heilfürsorge- und Beihilfeberechtigte 119
3. Sterbebegleitung 119
§ 28a SGB XI Leistungen bei Pflegegrad 1 120
1. Leistungsarten 120
2. Leistungsinhalt 120
§ 29 SGB XI Wirtschaftlichkeitsgebot 122
1. Wirtschaftlichkeitsgebot 122
2. Leistungserbringer 122
§ 30 SGB XI Dynamisierung 123
1. Dynamisierung der Leistungen 123
§ 31 SGB XI Vorrang der Rehabilitation vor Pflege 124
1. Feststellungspflicht 124
2. Zusammenarbeit 125
3. Unterstützungspflicht 125
4. Leistungspflicht der Krankenversicherung 125
§ 32 SGB XI Vorläufige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 126
1. Allgemeines 126
2. Vorläufige Leistungsgewährung 126
§ 33 SGB XI Leistungsvoraussetzungen 127
1. Antragstellung 127
2. Leistungsbeginn 128
2.1 Erstantrag auf Leistungen der Pflegeversicherung 128
2.2 Antrag auf Höherstufung 129
3. Befristung des Leistungsbescheides 130
4. Vorversicherungszeit 131
§ 33a SGB XI Leistungsausschluss 134
1. Allgemeines 134
2. Umfang des Leistungsausschlusses 134
3. Umsetzung 134
§ 34 SGB XI Ruhen der Leistungsansprüche 136
1. Auslandsaufenthalt 137
2. Bezug von Entschädigungsleistungen 137
2.1 Allgemeines 137
3. Bezug von häuslicher Krankenpflege, Haushaltshilfe, Krankenhausbehandlung oder Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen 139
§ 35 SGB XI Erlöschen der Leistungsansprüche 141
1. Allgemeines 141
2. Wechsel der Kassenzuständigkeit 141
3. Erstattungsverzicht 142
4. Kostenerstattungsansprüche nach dem Tod 142
§ 35a SGB XI Teilnahme an einem Persönlichen Budget nach § 29 SGB IX 143
1. Allgemeines 143
2. Leistungen der Pflegeversicherung als Teil eines Persönlichen Budgets 144
§ 36 SGB XI Pflegesachleistung 145
1. Allgemeines 146
2. Leistungserbringer 146
3. „Poolen“ von Leistungsansprüchen 146
4. Leistungsinhalt der Pflegeleistungen 147
5. Leistungshöhe 149
6. Kombinierte Leistungserbringung durch Pflege- und Betreuungsdienste 150
7. Kombination von ambulanten und stationären Leistungen 150

8. Verwendung von maximal 40 v. H. des Leistungsbetrages für Angebote zur Unterstützung im Alltag 151
9. Zusammentreffen von Leistungen nach § 36 SGB XI und Leistungen der Häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V 152
§ 37 SGB XI Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen 153
1. Leistungsvoraussetzungen 155
2. Leistungshöhe und Zahlungsweise 156
2.1 Allgemeines 156
2.2 Kürzung des Pflegegeldes 157
2.2.1 Allgemeines 157
2.2.2 Vier-Wochen-Regelung nach § 34 Abs. 2 Satz 2 SGB XI 157
2.2.3 Fortzahlung des hälftigen Pflegegeldes bei Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege oder Verhinderungspflege 161
2.3 Leistungshöhe des Pflegegeldes im Sterbemonat 174
3. Verwendung von maximal 40 v. H. des Leistungsbetrages der Pflegesachleistungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag 179
4. Kombination von ambulanten und stationären Leistungen 179
5. Beratungseinsatz 181
5.1 Allgemeines 181
5.2 Zielsetzung des Beratungseinsatzes 182
5.3 Durchführung des Beratungseinsatzes 182
5.4 Nachweis über die Durchführung des Beratungseinsatzes 185
§ 38 SGB XI Kombination von Geldleistung und Sachleistung (Kombinationsleistung) 188
1. Allgemeines 188
2. Entscheidungsbindung 189
3. Leistungshöhe 189
4. Verwendung von maximal 40 v. H. des Leistungsbetrages nach § 36 SGB XI für Angebote zur Unterstützung im Alltag 193
5. Fortzahlung des hälftigen anteiligen Pflegegeldes bei Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege oder Verhinderungspflege 194
§ 38a SGB XI Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen 199
1. Allgemeines 200
2. Leistungsvoraussetzungen 200
2.1 Gemeinsame Wohnung 200
2.2 Gemeinschaftliches Wohnen von regelmäßig mindestens drei Pflegebedürftigen (Wohngruppe) 201
2.3 Bezug von Leistungen nach den §§ 36, 37, 38, 45a oder 45b SGB XI 202
2.4 Vorhandensein einer gemeinschaftlich beauftragten Person 202
2.5 Vorliegen einer ambulanten Versorgungsform 203
2.6. Inanspruchnahme von Leistungen der Tages- und Nachtpflege nach § 41 SGB XI 203
3. Erhebung von Informationen und Anforderung von Unterlagen 204
4. Leistungshöhe und Zahlungsweise 204
5. Besitzstandsregelung nach § 144 Abs. 1 SGB XI 204
§ 39 SGB XI Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson 206
1. Allgemeines 207
2. Anspruchsvoraussetzungen 212
2.1 Verhinderungspflege außerhalb der Häuslichkeit der pflegebedürftigen Person 212
2.1.1 Verhinderungspflege bei Gewährung von Leistungen nach § 43a SGB XI 214
2.2 Verhinderungspflege durch Pflegepersonen, die mit der pflegebedürftigen Person bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihr in häuslicher Gemeinschaft leben 214

2.3 Vorliegen von Erwerbsmäßigkeit bei einer Verhinderungspflege von mehr als sechs Wochen durch Pflegepersonen, die mit der pflegebedürftigen Person bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihr in häuslicher Gemeinschaft leben 219
2.4 Vorliegen von Erwerbsmäßigkeit bei einer Verhinderungspflegeperson, die mit der pflegebedürftigen Person bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert ist oder mit ihr in häuslicher Gemeinschaft lebt und im laufenden Jahr bereits eine andere pflegebedürftige Person gepflegt hat 221
2.5 Verhinderungspflege durch nahe Angehörige bei Arbeitsfreistellung nach dem PflegeZG 222
2.6 Verhinderungspflege durch entfernte Verwandte/Verschwägerte (ab dem dritten Grade) oder durch Nachbarn/Bekannte 223
2.7 Verwendung des nicht in Anspruch genommenen Leistungsbetrages der Kurzeitpflege nach § 42 SGB XI 224
2.8 Ausschöpfung des Leistungsanspruchs 228
§ 39a SGB XI Ergänzende Unterstützung bei Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen 230
1. Allgemeines 230
2. Anspruchsberechtigung und Anspruchsvoraussetzungen 230
3. Anspruchsinhalt 230
4. Leistungsentscheidung 231
5. Leistungshöhe 231
§ 40 SGB XI Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen 232
1. Pflegehilfsmittel 234
1.1 Allgemeines 234
1.2 Leistungsanspruch 235
1.3 Zuzahlung 235
1.4 Leistungsabgrenzung zur Krankenversicherung 236
1.5 Empfehlungen zu Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln im Rahmen der Begutachtung 237
1.6. Empfehlungen zu Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln von Pflegefachkräften im Rahmen ihrer Leistungserbringung 237
2. Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes 238
2.1 Leistungsvoraussetzungen 238
2.2 Leistungsinhalt 238
3. Wohnung/Haushalt 239
4. Maßnahme 239
5. Zuschusshöhe 240
5.1 Berücksichtigungsfähige Kosten 241
5.2 Durchführung von Reparaturen bzw. Wartungen 241
5.3 Umbaumaßnahmen in Wohnungen, in denen mehrere Pflegebedürftige wohnen 241
6. Zuständigkeitsabgrenzung zu anderen Leistungsträgern 242
6.1 Allgemeines 242
6.2 Vorrangige Leistungszuständigkeit der Pflegekasse 242
6.3 Vorrangige Leistungszuständigkeit anderer Träger 242
7. Verfahren 243
7.1 Antragstellung 243
7.2 Beratung 243
7.3 Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der Maßnahme 244
8. Katalog möglicher wohnumfeldverbessernder Maßnahmen 244
8.1. Allgemeines 244
9. Beschleunigtes Bewilligungsverfahren für Pflegehilfsmittel und Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes 245
9. 1. Allgemeines 245
9.2 Antrag 246

9.3 Antragstellung ohne Vorliegen von Pflegebedürftigkeit 247
9.4 Beteiligung einer Pflegefachkraft oder des Medizinischen Dienstes 247
9.5 Hinreichender Grund 247
9.5.1 Mitteilung eines hinreichenden Grundes 247
9.5.2 Definition hinreichender Grund 248
9.6. Taggenaue Fristverlängerung (Prognose) 249
9.7. Fristenberechnung 250
9.8. Genehmigungsfiktion 253
§ 40a SGB XI Digitale Pflegeanwendungen 255
1. Allgemeines 256
2. Anspruchsberechtigung und Anspruchsvoraussetzung 256
3. Leistungsentscheidung 256
4. Inanspruchnahme 257
§ 40b SGB XI Leistungsanspruch beim Einsatz digitaler Pflegeanwendungen 258
1. Leistungsumfang und Zahlung 258
§ 41 SGB XI Tagespflege und Nachtpflege 259
1. Allgemeines 259
2. Leistungsinhalt 260
3. Leistungsumfang 260
4. Zusammentreffen von teilstationärer Tages- und Nachtpflege mit Zuschüssen zur stationären Hospizversorgung nach § 39a Abs. 1 SGB V 261
§ 42 SGB XI Kurzzeitpflege 264
1. Allgemeines 264
2. Kurzzeitpflege in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen 266
3. Leistungsinhalt 266
4. Leistungsumfang 267
4.1 Allgemeines 267
4.2 Kurzzeitpflege bei Gewährung von Leistungen nach § 43a SGB XI 270
4.3 Ausschöpfen des Leistungsanspruchs 270
4.4 Wechsel von der Kurzzeitpflege zur vollstationären Pflege 272
5. Zusammentreffen von Leistungen der Kurzzeitpflege und der vollstationären Pflege mit Zuschüssen zur stationären Hospizversorgung nach § 39a Abs. 1 SGB V 273
6. Zusammentreffen von Leistungen nach § 42 SGB XI mit Leistungen nach § 39c SGB V 276
§ 42a SGB XI Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson 277
§ 43 SGB XI Vollstationäre Pflege/Inhalt der Leistung 281
1. Allgemeines 282
2. Leistungsinhalt/Leistungshöhe 282
4. Wechsel zwischen ambulanter Pflege, teilstationärer Pflege, Kurzzeitpflege und vollstationärer Pflege 286
5. Leistungserbringung 287
6. Berechnung der anteiligen Leistungsbeträge bei Einzug, Auszug oder Tod der pflegebedürftigen Person im laufenden Monat 287
7. Zahlungsweise bei Heimwechsel im laufenden Monat 289
8. Abwesenheitszeiten 291
9. Wechsel des Pflegegrades im laufenden Monat 292
10. Berechnung der pflegebedingten Aufwendungen bei Aufforderung der Pflegeeinrichtung, einen Höherstufungsantrag zu stellen 293
11. Leistungen in nicht zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen 294
§ 43a SGB XI Pauschalleistungen für die Pflege von Menschen mit Behinderungen/ Inhalt der Leistung 295
1. Allgemeines 295

2. Leistungshöhe 296
3. Anspruchsvoraussetzungen und Zahlungsweise 296
4. Zusammentreffen mit anderen Leistungen nach dem SGB XI 298
4.1 Kombination von ambulanten und stationären Leistungen nach § 43a SGB XI 298
4.2 Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege bei der Gewährung der Leistungen nach § 43a SGB XI 299
§ 43b SGB XI Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Einrichtungen Inhalt der Leistungen 300
1. Allgemeines 300
§ 43c SGB XI Begrenzung des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen 302
1. Allgemeines 302
2. Leistungsinhalt 303
3. Berechnung der Dauer des Leistungsbezugs 303
4. Berechnung der Höhe des Leistungszuschlags 308
5. Berechnung der Höhe des Leistungszuschlags bei Einzug, Auszug oder Tod der pflegebedürftigen Person im laufenden Monat 313
6. Berechnung der Höhe des Leistungszuschlags bei Heimwechsel im laufenden Monat 314
7. Berechnung der Höhe des Leistungszuschlags in Abwesenheitszeiten 317
8. Leistungszuschlag in nicht zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen 318
9. Kostenerstattung nach § 91 SGB XI 318
10. Beihilfeberechtigung 318
§ 44a SGB XI Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung 320
1. Allgemeines 322
2. Kurzzeitige Arbeitsverhinderung (Pflegeunterstützungsgeld) 322
2.1 Grundsätze der Leistungserbringung und Anspruchsvoraussetzungen 322
2.1.1 Allgemeines 322
2.1.2 Anspruchsberechtigter Personenkreis 323
2.1.3 Nachrangigkeit des Pflegeunterstützungsgeldes 324
2.1.4 Antragsverfahren 324
2.2 Leistungsinhalt/ Leistungshöhe/ Zahlungsweise 325
2.3 Landwirtschaftliche Unternehmer 326
2.4 Verhältnis zu anderen Vorschriften 327
3. Längerfristige Arbeitsverhinderung 328
§ 45 SGB XI Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen 329
1. Allgemeines 329
2. Kostenfreiheit 330
§ 45a SGB XI Angebot zur Unterstützung im Alltag, Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags (Umwandlungsanspruch), Verordnungsermächtigung 331
1. Allgemeines 332
1.1 Betreuungsangebote 333
1.2 Angebote zur Entlastung von Pflegenden 333
1.3 Angebote zur Entlastung im Alltag 333
1.4 Art der Angebote 333
2. Verwendung des Pflegesachleistungsbetrages für Angebote zur Unterstützung im Alltag (Umwandlungsanspruch) 334
2.1 Allgemeines 334
2.2 Beratungseinsatz 338
2.3 Zusammentreffen von Leistungen nach § 45a Abs. 4 SGB XI mit Fürsorgeleistungen zur Pflege 342
§ 45b SGB XI Entlastungsbetrag 343
1. Leistungsvoraussetzungen 344
2. Leistungsinhalt 344

3. Leistungsumfang und Zahlung....346
4. Übertragung nicht in Anspruch genommener Beträge....347
5. Vergütungshöhe....348
6. Zusammentreffen mit Fürsorgeleistungen der Hilfe zur Pflege....348
7. Anforderungen an die Angaben in Rechnungsbelegen....348
§ 45c SGB XI Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts, Verordnungsermächtigung....349
1. Allgemeines....351
§ 45d SGB XI Förderung der Selbsthilfe, Verordnungsermächtigung....353
1. Allgemeines....354
2. Abgrenzung zur Förderung nach § 20h SGB V....354
§ 45e SGB XI Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen 356
1. Allgemeines....356
2. Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang....356
§ 87a SGB XI Berechnung und Zahlung des Heimentgelts....358
1. Allgemeines....359
2. Bonuszahlung nach § 87a Abs. 4 SGB XI....359
§ 91 SGB XI Kostenerstattung....360
1. Allgemeines....360
2. Leistungsumfang....360
§ 140 SGB XI Anzuwendendes Recht und Überleitung in die Pflegegrade....362
1. Allgemeines....363
2. Zuordnung der Pflegegrade....364
3. Besitzstandsschutz....365
4. Änderung der tatsächlichen Verhältnisse für Zeiten vor dem 01.01.2017....366
§ 141 SGB XI Besitzstandsschutz und Übergangsrecht zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen....369
1. Allgemeines....370
2. Besitzstandsschutz im Bereich der häuslichen Pflege....371
3. Besitzstandsrecht bei Anspruch auf den erhöhten Betrag nach § 45b SGB XI in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung....372
§ 144 SGB XI Überleitungs- und Übergangsregelung; Verordnungsermächtigung....376
1. Besitzstandsregelung für den Wohngruppenzuschlag nach § 38a SGB XI....377
2. Besitzstandregelung für anerkannte niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote....377
3. Erweiterung des Übertragungszeitraums für Leistungen nach § 45b SGB XI....377
4. Übertragbarkeit von Fördermitteln nach § 45c SGB XI....379
5. Zusammentreffen von Leistungen der Pflegeversicherung mit anderen Leistungen....379
§ 144 SGB XI Überleitungs- und Übergangsregelung; Verordnungsermächtigung....380
1. Allgemeines....380
§ 146 SGB XI Übergangs- und Überleitungsregelungen zur Beratung nach § 37 Absatz 3 381
1. Vergütung der Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI....381
2. Beratungsbesuche durch stationäre Einrichtungen....381

Anlage 1

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

Anlage 2
Gemeinsames Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes ‚Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland und den Verbänden der Pflegekassen auf Bundesebene zu Leistungen der Pflegeversicherung bei Auslandsaufenthalt

§ 1 SGB XI
Soziale Pflegeversicherung

(1) …

(2) …

(3) …

(4) …

(5) 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.

(6) …

(7) …

1. Allgemeines

Als Einweisungsvorschrift wird in § 1 Abs. 5 SGB XI die Grundausrichtung nach einer – soweit 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, auch in Form der aktivierenden Pflege, 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 den Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen.

2. Aktivierende Pflege

(1) Die von Pflegekräften, Pflegeeinrichtungen und Pflegepersonen erbrachte Pflege soll auch die Aktivierung der 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 Menschen an, bei der Ausführung aller Pflegeleistungen mitzuhelfen. Aktivierende Maßnahmen sollen alle körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen einbeziehen, aber auch die Hilfen bei der Haushaltsführung und die Organisation des Tagesablaufs. Die Angehörigen und der Lebenspartner bzw. die Lebenspartnerin 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 bei der bettlägerigen pflegebedürftigen Person 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 Pflegegrade.

(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.

3. Kommunikationsbedürfnis

Die Erfüllung des Kommunikationsbedürfnisses ist Bestandteil der Betreuung. Dies stellt keine besondere von der Pflegekasse zu gewährende Leistung dar. Allerdings ist bei der Pflege gleichzeitig auf das Kommunikationsbedürfnis der pflegebedürftigen Person einzugehen. In Fällen, in denen eine Vereinsamungstendenz der pflegebedürftigen Person beobachtet wird, soll sich die Pflegekraft deshalb auch um die Vermittlung von Gesprächsmöglichkeiten für die pflegebedürftige Person insbesondere mit ehrenamtlichen Kräften bemühen. Hierbei ist den besonderen Bedürfnissen von Menschen mit seelischen oder geistigen Behinderungen Rechnung zu tragen.

4. Rechtsfolgen

(1) Der Eintritt von Pflegebedürftigkeit hat in aller Regel zur Folge, dass die pflegebedürftige Person Einschränkungen in der freien Gestaltung ihres 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 der pflegebedürftigen Person verbliebenen Fähigkeiten zu nutzen. Das erfordert ein den individuellen Bedürfnissen der pflegebedürftigen Person 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 Person hinsichtlich der Leistung. Dies gilt auch im Hinblick auf die gleichgeschlechtliche Pflege (vgl. Ziffer 1 zu § 1 SGB XI). Die Leistung darf mithin die pflegebedürftige Person nicht bevormunden. Das Wunsch- und Wahlrecht der pflegebedürftigen Person wird allerdings insoweit eingegrenzt, als die Solidargemeinschaft nur für angemessene Wünsche im Rahmen des vorgesehenen Leistungsrechts einzustehen hat.

(3) Den religiösen Bedürfnissen der pflegebedürftigen Person soll Rechnung getragen werden. Dabei soll insbesondere bei einer Heimunterbringung sichergestellt werden, dass das religiöse Bekenntnis der pflegebedürftigen Person 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, 45a, 45b SGB XI) und teilstationären (§ 41 SGB XI) Pflege sowie der Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) gegenüber den Leistungen der vollstationären (§ 43 SGB XI) Pflege

2. Rechtsfolgen

(1) Der Vorrang der häuslichen Pflege führt nicht zu einer eingeschränkten Berücksichtigung der individuellen Pflegesituation bei der Leistung. Berechtigten Wünschen (vgl. § 2 Abs. 2 SGB XI, § 33 SGB I) der pflegebedürftigen Person 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 5.2 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 der pflegebedürftigen Person zu ihrer Familie und ihrem 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 körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung 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- oder Geldleistungen sowie als Kostenerstattung erbracht. Sie sollen dazu beitragen, den Bedarf der pflegebedürftigen Person an körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie an Hilfen bei der Haushaltsführung zu decken.

Zu den körperbezogenen Pflegemaßnahmen gehören die notwendigen pflegerischen nichtmedizinischen Hilfe- und Unterstützungsleistungen in den in § 14 Abs. 2 Nr. 1 und 4 SGB XI aufgeführten Bereichen sowie die Anleitung der Ausführung dieser Aktivitäten oder die Anleitung zur Selbstvornahme. Ziel der Hilfe ist die Beseitigung und Minderung der Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten oder die Vermeidung der Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit.

Pflegerische Betreuungsmaßnahmen umfassen Unterstützungsleistungen zur Bewältigung psycho-sozialer Problemlagen oder Gefährdungen (Selbst- oder Fremdgefährdung), bei der Orientierung, bei der Tagesstruktur, bei der Kommunikation, bei der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte bei der bedürfnisgerechten Beschäftigung im Alltag sowie Maßnahmen zur kognitiven Aktivierung. Sie dienen auch der alltäglichen Freizeitgestaltung. Die pflegerischen Betreuungsmaßnahmen können auch durch Anwesenheit einer geeigneten Pflegekraft, die jeweils bei Bedarf situationsgerecht Unterstützung leistet, erbracht werden.

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 Betreuung.

Hilfen bei der Haushaltsführung umfassen die Unterstützung bei den in § 18 Abs. 5a SGB XI genannten Handlungen.

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, SGB XIV, 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
Prävention in Pflegeeinrichtungen, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation

(1) Die Pflegekassen sollen Leistungen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Absatz 2 für in der sozialen Pflegeversicherung Versicherte erbringen, indem sie unter Beteiligung der versicherten Pflegebedürftigen und der Pflegeeinrichtung Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten entwickeln sowie deren Umsetzung unterstützen. Die Pflichten der Pflegeeinrichtung nach § 11 Absatz 1 bleiben unberührt. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt unter Einbeziehung unabhängigen Sachverstandes die Kriterien für die Leistungen nach Satz 1 fest, insbesondere hinsichtlich Inhalt, Methodik, Qualität, wissenschaftlicher Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Leistungen verfolgten Ziele.

(2) Die Ausgaben der Pflegekassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 sollen insgesamt im Jahr 2016 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag von 0,30 Euro umfassen. Die Ausgaben sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches anzupassen. Sind in einem Jahr die Ausgaben rundungsbedingt nicht anzupassen, ist die unterbliebene Anpassung bei der Berechnung der Anpassung der Ausgaben im Folgejahr zu berücksichtigen.

(3) Bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 sollen die Pflegekassen zusammenarbeiten und kassenübergreifende Leistungen zur Prävention erbringen.

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

(5) Die Pflegekassen beteiligen sich an der nationalen Präventionsstrategie nach den §§ 20d bis 20f des Fünften Buches mit den Aufgaben nach den Absätzen 1 und 2.

(6) 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) Seit Inkrafttreten des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz) zum 25.07.2015 sollen die Pflegekassen Leistungen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Abs. 2 SGB XI erbringen. In den stationären Einrichtungen soll die Gesundheitsförderung im Settingansatz kassenübergreifend implementiert werden. Die Pflegekassen stellten hierfür im Jahr 2016 0,30 Euro pro Versicherten zur Verfügung. In den Folgejahren erfolgt seit dem eine Anpassung an der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV. Mittels Förderanträge der stationären Pflegeeinrichtungen wird über die Verwendung der Gelder auf Länder- bzw. Bundesebene entschieden. Der GKV-Spitzenverband hat die Kriterien für die präventiven Leistungen unter

Einbeziehung von unabhängigem Sachverstand in dem Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI festgelegt.

(2) Die Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen haben weiterhin Anspruch auf Individualprävention durch die Krankenversicherung.

(3) Die Pflegekassen sind auch weiterhin 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.

(4) Kenntnis von notwendigen Leistungen der Prävention, der Krankenbehandlung und der medizinischen Rehabilitation erhalten die Pflegekassen insbesondere durch das Gutachten des MD oder des von ihnen beauftragten Gutachters oder der von ihnen beauftragten Gutachterin sowie durch den behandelnden Arzt bzw. der behandelnden Ärztin oder das behandelnde Krankenhaus (vgl. §§ 18, 18a - c und 31 SGB XI).

2. Aufgaben anderer Leistungsträger

(1) Der Eintritt von Pflegebedürftigkeit nach den Pflegegraden 1 bis 5 (vgl. § 15 Abs. 3 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. § 2 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, Auskunft

(1) Die Pflegekassen haben die Eigenverantwortung der Versicherten durch Aufklärung und Auskunft 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 informieren und darüber aufzuklären, dass ein Anspruch besteht auf die Übermittlung

1. des Gutachtens des Medizinischen Dienstes oder eines anderen von der Pflegekasse beauftragten Gutachters sowie
2. der gesonderten Präventions- und Rehabilitationsempfehlung gemäß § 18c Absatz 4.

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. Die zuständige Pflegekasse informiert die Versicherten unverzüglich nach Eingang eines Antrags auf Leistungen nach diesem Buch insbesondere über ihren Anspruch auf die unentgeltliche Pflegeberatung nach § 7a, den nächstgelegenen Pflegestützpunkt nach § 7c sowie die Leistungs- und Preisvergleichsliste nach Absatz 3. Ebenso gibt die zuständige Pflegekasse Auskunft über die in ihren Verträgen zur integrierten Versorgung nach § 92b Absatz 2 getroffenen Festlegungen, insbesondere zu Art, Inhalt und Umfang der zu erbringenden Leistungen und der für die Versicherten entstehenden Kosten und veröffentlicht diese Angaben auf einer eigenen Internetseite.

(3) Zur Unterstützung der pflegebedürftigen Person bei der Ausübung ihres Wahlrechts nach § 2 Absatz 2 sowie zur Förderung des Wettbewerbs und der Überschaubarkeit des vorhandenen Angebotes hat die zuständige Pflegekasse der antragstellenden Person auf Anforderung unverzüglich und in geeigneter Form eine Leistungs- und Preisvergleichsliste zu übermitteln; die Leistungs- und Preisvergleichsliste muss für den Einzugsbereich der antragstellenden Person, in dem die pflegerische Versorgung und Betreuung gewährleistet werden soll, die Leistungen und Vergütungen der zugelassenen Pflegeeinrichtungen, die Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a sowie Angaben zur Person des zugelassenen oder anerkannten Leistungserbringers enthalten. Die Landesverbände der Pflegekassen erstellen eine Leistungs- und Preisvergleichsliste nach Satz 1, aktualisieren diese einmal im Quartal und veröffentlichen sie auf einer eigenen Internetseite. Die Liste hat zumindest die jeweils geltenden Festlegungen der Vergütungsvereinbarungen nach dem Achten Kapitel sowie die im Rahmen der Vereinbarungen nach Absatz 4 übermittelten Angaben zu Art, Inhalt und Umfang der Angebote sowie zu den Kosten in einer Form zu enthalten, die einen regionalen Vergleich von Angeboten und Kosten und der regionalen Verfügbarkeit ermöglicht. Auf der Internetseite nach Satz 2 sind auch die nach § 115 Absatz 1a veröffentlichten Ergebnisse der Qualitätsprüfungen und die nach § 115 Absatz 1b veröffentlichten Informationen zu berücksichtigen. Die Leistungs- und Preisvergleichsliste ist der Pflegekasse sowie dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach diesem Buch und zur Veröffentlichung nach Absatz 2 Satz 4 und 5 vom Landesverband der Pflegekassen durch elektronische Datenübertragung zur Verfügung zu stellen. Die Landesverbände der Pflegekassen erarbeiten Nutzungsbedingungen für eine zweckgerechte, nicht gewerbliche Nutzung der Angaben nach

Satz 1 durch Dritte; die Übermittlung der Angaben erfolgt gegen Verwaltungskostenersatz, es sei denn, es handelt sich bei den Dritten um öffentlich-rechtliche Stellen.

(4) Im Einvernehmen mit den zuständigen obersten Landesbehörden vereinbaren die Landesverbände der Pflegekassen gemeinsam mit den nach Landesrecht zuständigen Stellen für die Anerkennung der Angebote zur Unterstützung im Alltag nach den Vorschriften dieses Buches das Nähere zur Übermittlung von Angaben im Wege elektronischer Datenübertragung insbesondere zu Art, Inhalt und Umfang der Angebote, Kosten und regionaler Verfügbarkeit dieser Angebote einschließlich der Finanzierung des Verfahrens für die Übermittlung. Träger weiterer Angebote, in denen Leistungen zur medizinischen Vorsorge und Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben oder Leben in der Gemeinschaft, zur schulischen Ausbildung oder Erziehung kranker oder behinderter Kinder, zur Alltagsunterstützung und zum Wohnen im Vordergrund stehen, können an Vereinbarungen nach Satz 1 beteiligt werden, falls sie insbesondere die Angaben nach Satz 1 im Wege der von den Parteien nach Satz 1 vorgesehenen Form der elektronischen Datenübertragung unentgeltlich bereitstellen. Dazu gehören auch Angebote der Träger von Leistungen der Eingliederungshilfe, soweit diese in der vorgesehenen Form der elektronischen Datenübermittlung kostenfrei bereitgestellt werden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gibt Empfehlungen für einen bundesweit einheitlichen technischen Standard zur elektronischen Datenübermittlung ab. Die Empfehlungen bedürfen der Zustimmung der Länder.

1. Aufklärung und Auskunft

(1) Die Pflegekassen haben die Aufgabe, das von den Versicherten nach § 6 SGB XI erwartete eigenverantwortliche Handeln zu fördern. Dies erfolgt durch Aufklärung und Auskunft über Leistungen der Pflegeversicherung und anderer Träger im Rahmen von Mitgliederzeitschriften und Informationsbroschüren sowie persönlich durch Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Pflegekassen. Hierzu gehören auch Auskünfte zu individuellen Leistungsansprüchen und vor Ort bestehenden Versorgungsstrukturen.

(2) Aufklärung und Auskunft beinhalten ausdrücklich den Hinweis auf die unentgeltliche Pflegeberatung nach § 7a SGB XI, den nächstgelegenen Pflegestützpunkt nach § 7c SGB XI sowie die Leistungs- und Preisvergleichslisten. Auf Anforderung der antragstellenden Person oder ihrer Angehörigen hat die Pflegekasse die Leistungs- und Preisvergleichslisten in geeigneter Form zu übermitteln, d. h. per E-Mail oder auf dem Postwege zu schicken bzw. auszuhändigen.

Der Hinweis auf die Leistungs- und Preisvergleichslisten soll Transparenz hinsichtlich der bestehenden Versorgungsangebote, zwischen denen die pflegebedürftige Person frei wählen kann, schaffen. Die Vergleichslisten müssen mindestens die geltenden Festlegungen der Vergütungsvereinbarungen mit zugelassenen Pflegeeinrichtungen sowie die regional verfügbaren Angebote zur Unterstützung im Alltag i. S. d. § 45a SGB XI enthalten.

Darüber hinaus hat die Pflegekasse auf ihrer Internetseite Informationen über die in ihren Verträgen zur integrierten Versorgung nach § 92b Abs. 2 SGB XI getroffenen Festlegungen zu Art, Inhalt und Umfang der Leistungen und der für die Versicherten entstehenden Kosten zu veröffentlichen.

Zudem sind die versicherte Person, ihre Angehörigen und ihr Lebenspartner oder Lebenspartnerin darüber aufzuklären, dass sie einen Anspruch auf Übermittlung des Gutachtens des MD oder des von der Pflegekasse beauftragten Gutachters bzw. der von der Pflegekasse beauftragten Gutachterin sowie der gesonderten Präventions- und Rehabilitationsempfehlung gemäß § 18c Abs. 4 SGB XI haben.

(3) Die Unterrichtung und Information hat in einfacher Sprache zu erfolgen, sodass diese auch für Versicherte und ihre Angehörigen verständlich ist, deren Muttersprache nicht Deutsch ist. Dies gilt insbesondere auch für schriftliche Informationen der Pflegekassen.

Die Angehörigen bzw. Lebenspartner und beteiligte Dritte sind 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 der pflegebedürftigen Person erschwert,
- eine Leistungspflicht nach § 44 SGB XI besteht.

(4) Die Aufklärung/Auskunft hat unverzüglich zu erfolgen, damit ein nahtloser Übergang zur Pflege, insbesondere im häuslichen Bereich, sowie die bestmögliche frühzeitige Nutzung aller zur Verfügung stehenden Pflegeleistungen gewährleistet werden. Durch eine frühzeitige Aufklärung/Auskunft wird auch gewährleistet, dass die pflegebedürftige Person z. B. vor Inanspruchnahme eines ambulanten Pflegedienstes selbst – ggf. unter Einbeziehung ihrer Angehörigen und ihres Lebenspartners oder ihrer Lebenspartnerin – überprüfen kann, welches Angebot für sie in ihrer persönlichen Situation geeignet bzw. bedarfsgerecht ist.

2. Information durch Dritte

Mit Einwilligung der versicherten Person haben der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin, 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,

- die versicherte Person, ihre Angehörigen und ihren Lebenspartner bzw. ihre Lebenspartnerin aufzuklären,
- 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, 31 und 32 SGB XI).

§ 7a SGB XI
Pflegeberatung

(1) Personen, die Leistungen nach diesem Buch erhalten, haben 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); Pflegebedürftigen soll durch die Pflegekassen vor der erstmaligen Beratung unverzüglich ein zuständiger Pflegeberater, eine zuständige Pflegeberaterin oder eine sonstige Beratungsstelle benannt werden. Für das Verfahren, die Durchführung und die Inhalte der Pflegeberatung sind die Richtlinien nach § 17 Absatz 1a maßgeblich. Aufgabe der Pflegeberatung ist es insbesondere,

1. *den Hilfebedarf unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst sowie, wenn die nach Satz 1 anspruchsberechtigte Person zustimmt, die Ergebnisse der Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 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, insbesondere hinsichtlich einer Empfehlung zur medizinischen Rehabilitation gemäß § 18b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und Absatz 2,*

4. *die Durchführung des Versorgungsplans zu überwachen und erforderlichenfalls einer veränderten Bedarfslage anzupassen,*

5. *bei besonders komplexen Fallgestaltungen den Hilfeprozess auszuwerten und zu dokumentieren sowie*

6. *über Leistungen zur Entlastung der Pflegepersonen zu informieren.*

Der Versorgungsplan wird nach Maßgabe der Richtlinien nach § 17 Absatz 1a erstellt und umgesetzt; er beinhaltet insbesondere Empfehlungen zu den im Einzelfall erforderlichen Maßnahmen nach Satz 3 Nummer 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 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. Es ist sicherzustellen, dass im jeweiligen Pflegestützpunkt nach § 7c Pflegeberatung im Sinne dieser Vorschrift in Anspruch genommen werden kann und die Unabhängigkeit der Beratung gewährleistet ist.

(2) Auf Wunsch einer anspruchsberechtigten Person nach Absatz 1 Satz 1 erfolgt die Pflegeberatung auch gegenüber ihren Angehörigen oder weiteren Personen oder unter deren Einbeziehung. Sie erfolgt auf Wunsch einer anspruchsberechtigten Person nach Absatz 1 Satz 1 in der häuslichen Umgebung oder in der Einrichtung, in der diese Person lebt. Die Pflegeberatung kann auf Wunsch einer anspruchsberechtigten Person nach Abstz 1 Satz 1 durch barrierefreie digitale Angebote der Pflegekassen ergänzt werden und in diesem Rahmen mittels barrierefreier digitaler Anwendungen erfolgen, bei denen im Fall der Verabeitung personenbezogener Daten die dafür geltenden Vorschriften zum Datenschutz eingehalten und die Anforderungen an die Datensicherheit nach dem Stand der Technik gewährleistet werden. Bei der Durchführung der Beratung als Videokonferenz gelten die nach § 365 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches vereinbarten Anforderungen an die technischen Verfahren zu Videosprechstunden. Für digitale Angebote sowie andere digitale Anwendungen nach dieser Vorschrift gelten die Anforderungen, die der Spitzenverband Bund der Pflegekassen in seiner Richtlinie nach § 17 Absatz 1a zur Durchführung von Beratungen für den Datenschutz und die Datensicherheit bestimmt hat. Ein Versicherter kann einen Leistungsantrag nach diesem oder dem Fünften Buch auch gegenüber dem Pflegeberater oder der Pflegeberaterin stellen. Der Antrag ist unverzüglich der zuständigen Pflege- oder Krankenkasse zu übermitteln, die den Leistungsbescheid unverzüglich dem Antragsteller und zeitgleich dem Pflegeberater oder der Pflegeberaterin zuleitet. Erfolgt die individuelle Beratung nach Absatz 1 Satz 1 mittels barrierefreier digitaler Anwendungen, bleibt der Anspruch der Versicherten auf eine Beratung nach Satz 2 unberührt.

(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. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gibt unter Beteiligung der in § 17 Absatz 1a Satz 2 genannten Parteien bis zum 31. Juli 2018 Empfehlungen zur erforderlichen Anzahl, Qualifikation und Fortbildung von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern ab.

(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 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 Absatz 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; § 94 Absatz 1 Nummer 8 gilt entsprechend. Die durch die Tätigkeit von Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen entstehenden Aufwendungen werden von den Pflegekassen getragen und zur Hälfte auf die Verwaltungskostenpauschale nach § 46 Absatz 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) Die Landesverbände der Pflegekassen vereinbaren gemeinsam und einheitlich mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V., den nach Landesrecht bestimmten Stellen für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der Altenhilfe und den zuständigen Trägern der Sozialhilfe sowie mit den kommunalen Spitzenverbänden auf Landesebene Rahmenverträge über die Zusammenarbeit in der Beratung. Zu den Verträgen nach Satz 1 sind die Verbände der Träger weiterer nicht gewerblicher Beratungsstellen auf Landesebene anzuhören, die für die Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen von Bedeutung sind. Die Landesverbände der Pflegekassen vereinbaren gemeinsam und einheitlich mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. und dem zuständigen Träger der Sozialhilfe auf dessen Verlangen eine ergänzende Vereinbarung zu den Verträgen nach Satz 1 über die Zusammenarbeit in der örtlichen Beratung im Gebiet des Kreises oder der kreisfreien Stadt für den Bereich der örtlichen Zuständigkeit des Trägers der Sozialhilfe. Für Modellvorhaben nach § 123 kann der Antragsteller nach § 123 Absatz 1 die ergänzende Vereinbarung für den Geltungsbereich des Modellvorhabens verlangen.

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

(9) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt dem Bundesministerium für Gesundheit alle drei Jahre, erstmals zum 30. Juni 2020, einen unter wissenschaftlicher Begleitung zu erstellenden Bericht vor über

1. die Erfahrungen und Weiterentwicklung der Pflegeberatung und Pflegeberatungsstruk-turen nach den Absätzen 1 bis 4, 7 und 8, § 7b Absatz 1 und 2 und § 7c und

2. die Durchführung, Ergebnisse und Wirkungen der Beratung in der eigenen Häuslichkeit sowie die Fortentwicklung der Beratungsstrukturen nach § 37 Absatz 3 bis 8.

Er kann hierfür Mittel nach § 8 Absatz 3 einsetzen.

1. Allgemeines

Der Anspruch auf Pflegeberatung soll mit Blick auf die Vielfalt der vorhandenen Versorgungsangebote dazu beitragen, jeder versicherten Person eine an ihrem 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 Auskunftsauftrag 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. 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 und Pflegeberaterinnen zur Verfügung stehen. Der Anspruch auf Pflegeberatung besteht unmittelbar gegenüber der zuständigen Pflegekasse, unabhängig davon, ob in einem Land Pflegestützpunkte (§ 7c SGB XI) eingerichtet sind. Vor der erstmaligen Beratung soll die Pflegekasse der pflegebedürftigen Person einen zuständigen Pflegeberater bzw. eine zuständige Pflegeberaterin oder eine sonstige Beratungsstelle benennen. Die Pflegeberatung kann der versicherten Person in den Räumen der Pflegekasse angeboten werden, hat aber auf deren Wunsch hin in ihrer häuslichen Umgebung oder in einer Einrichtung, in der sie lebt, zu 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 die versicherte Person sich nur vorübergehend aufhält, z. B. eine Rehabilitationseinrichtung oder ein Krankenhaus. Auf Wunsch der versicherten Person hat die Pflegeberatung auch gegenüber ihren Angehörigen oder weiterer Personen, z. B. Pflege- oder Betreuungskräften oder Nachbarn bzw. unter deren Einbeziehung zu erfolgen.

Die Pflegekassen können zur Sicherstellung einer wirtschaftlichen Aufgabenwahrnehmung durch Pflegeberater und Pflegeberaterinnen 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 der versicherten Person eingerichtet ist, muss die Pflegekasse sicherstellen, dass die Pflegeberatung auch dort in Anspruch genommen werden kann. Dies schränkt die Freiheit der versicherten Person hinsichtlich der Inanspruchnahme der Pflegeberatung jedoch nicht ein. Auch wenn ein Pflegestützpunkt eingerichtet ist, muss sichergestellt sein, dass die versicherte Person – sofern sie es wünscht – die Pflegeberatung weiterhin bei ihrer Pflegekasse erhalten kann.

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.

Zur Stärkung der Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohter Menschen steht mit der vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales geförderten „ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung“ ein von den Leistungsträgern und Leistungserbringern unabhängiges Beratungsangebot zur Verfügung. Das Beratungsangebot soll bereits im Vorfeld der Beantragung konkreter Leistungen zur Verfügung stehen und besteht neben dem Anspruch auf Beratung durch die Rehabilitationsträger. Im Rahmen der vorhandenen Beratungsangebote und ihrer Beratungspflicht sollen die Rehabilitationsträger über dieses ergänzende Angebot informieren. Bei der Förderung sind Beratungsangebote von Betroffenen für Betroffene besonders zu berücksichtigen. Näheres hierzu kann dem Gemeinsamen Rundschreiben der Spitzenverbände der Krankenkassen zu den Auswirkungen in der gesetzlichen Krankenversicherung des SGB IX vom 18.06.2001 in der jeweils gültigen Fassung zu §§ 32 ff. SGB IX entnommen werden.

4. Inhalt der Pflegeberatung

Näheres zum Inhalt der Pflegeberatung ist den Pflegeberatungs-Richtlinien Pflegeberatungs-Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI zu entnehmen.

Im Rahmen der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI ist ein Versorgungsplan zu erstellen bzw. ein bestehender Versorgungsplan zu aktualisieren.

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 MD oder des von der Pflegekasse beauftragten Gutachters bzw. der von der Pflegekasse beauftragten Gutachterin,

- 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.

- Information über Leistungen zur Entlastung der Pflegepersonen.

Soweit die vom zuständigen Pflegeberater bzw. von der zuständigen Pflegeberaterin betreute ratsuchende Leistungsbezieherin bzw. der ratsuchende Leistungsbezieher oder ihre bzw. seine gesetzliche Vertretung zustimmt, gehört es unter anderem auch zu den Aufgaben der Pflegeberatung, die Ergebnisse von Beratungseinsätzen nach § 37 Abs. 3 SGB XI darauf zu überprüfen, ob Anhaltspunkte für einen weiteren Hilfe- und Unterstützungsbedarf zur Stabilisierung der häuslichen Situation vorliegen. Die Pflegeberatung hat damit neben der Beratungs- auch weitgehende Unterstützungsfunktion. Diese ist jedoch ausschließlich auf die Feststellung, Steuerung und Planung von entsprechenden Sozialleistungen und ergänzenden Hilfen gerichtet und nicht als Alltagsbegleitung zu verstehen, die etwa im Bereich der Hauswirtschaft oder 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“) einbezogen. 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 der 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 und Pflegeberaterinnen gestellt werden können. Sofern der Pflegeberater oder die Pflegeberaterin nicht selbst entscheidungsbefugt ist, leitet er bzw. sie den Antrag an den zuständigen Leistungsträger weiter. Dies wird insbesondere bei der Pflegeberatung durch beauftragte Pflegeberater und Pflegeberaterinnen anderer Träger von Bedeutung sein. In diesen Fällen ist der Pflegeberater oder die Pflegeberaterin auch über die Leistungsentscheidung des zuständigen Trägers zu informieren.

5. Anforderungen an Pflegeberater und Pflegeberaterinnen

Die Pflegekassen haben für die persönliche Beratung durch Pflegeberater und Pflegeberaterinnen entsprechend qualifiziertes Personal einzusetzen; insbesondere sind damit Pflegefachkräfte, Sozialversicherungsfachangestellte oder Sozialpädagogen/Sozialarbeiter mit der jeweils erforderlichen Zusatzqualifikation gemeint. Näheres ist den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes zur erforderlichen Anzahl und Qualifikation und Fortbildung von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern in der jeweils gültigen Fassung zu entnehmen.

6. Finanzierung

Aufwendungen der Pflegekassen für die Pflegeberatung werden über den Leistungshaushalt der Pflegekasse getragen und zur Hälfte auf die Verwaltungskostenpauschale nach § 56 Abs. 3 Satz 1 SGB XI angerechnet. D. h. die Hälfte der Aufwendungen trägt die Krankenkasse durch die entsprechende Verminderung des Erstattungsbetrages für den Verwaltungskostenersatz.

§ 7b SGB XI
Pflicht zum Beratungsangebot und Beratungsgutscheine

(1) Die Pflegekasse hat dem Versicherten unmittelbar nach Eingang eines erstmaligen Antrags auf Leistungen nach diesem Buch oder des erklärten Bedarfs einer Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit oder weiterer Anträge auf Leistungen nach den §§ 36 bis 38a, 40 Absatz 1 und 4, den §§ 40b, 41 bis 43, 44a, 45, 45e, 87a Absatz 2 Satz 1 und § 115 Absatz 4 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.*

Dabei ist ausdrücklich auf die Möglichkeiten des individuellen Versorgungsplans nach § 7a hinzuweisen und dessen Nutzen aufzuklären. Die Sätze 1 bis 4 finden auch Anwendung bei der erstmaligen Beantragung von Leistungen nach den §§ 39, 40 Absatz 2, § 45a Absatz 4 und § 45b.

Die Beratung richtet sich nach § 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 § 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.*

(2a) Sofern kommunale Gebietskörperschaften, von diesen geschlossene Zweckgemeinschaften oder nach Landesrecht zu bestimmende Stellen

1. für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der örtlichen Altenhilfe oder
2. für die Gewährung der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch

Pflegeberatung im Sinne von § 7a erbringen, sind sie Beratungsstellen, bei denen Pflegebedürftige nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 Beratungsgutscheine einlösen können; sie haben die Empfehlungen nach § 7a Absatz 3 Satz 3 zu berücksichtigen und die Pflegeberatungs-Richtlinien nach § 17 Absatz 1a zu beachten. Absatz 2 Satz 1 findet keine Anwendung. Die Pflegekasse schließt hierzu allein oder gemeinsam mit anderen Pflegekassen mit den in Satz 1 genannten Stellen vertragliche Vereinbarungen über die Vergütung. Für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Sozialdaten gilt § 7a Absatz 6 entsprechend.

(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 § 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.

(2) Die Pflegekassen bieten der antragstellenden Person nach Eingang eines erstmaligen Antrags auf Leistungen der Pflegeversicherung oder des erklärten Bedarfs einer Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit oder weiterer Anträge auf Leistungen nach den §§ 36 bis 38a, 40 Abs. 1 und 4, den §§ 40b, 41 bis 43, 44a, 45, 45e, 87a Abs. 2 Satz 1 und § 115 Abs. 4 SGB XI einen konkreten Beratungstermin unter Angabe einer Kontaktperson an. Ein konkreter Beratungstermin ist ebenfalls bei der erstmaligen Beantragung von Leistungen nach den §§ 39, 40 Abs. 2, 45a Abs. 4 und § 45b SGB XI anzubieten. 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 § 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. Es ist ausdrücklich auf auch auf die Möglichkeiten des individuellen versorgungsplans nach § 7a SGB XI hinzuweisen und über dessen Nutzen in nachvollziehbarer und leicht verständlicher Weise aufzuklären.

2. Beratung durch die Pflegekassen

Beabsichtigt die Pflegekasse das Beratungsangebot selbst umzusetzen, ist die Durchführung der Beratung nach § 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 die antragstellende Person zu richten. Antragstellende Person ist immer die versicherte Person, die den Antrag gestellt hat oder für die der Antrag von einer dritten Person als Vertreter oder Vertreterin gestellt wurde.

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

Die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI erfolgt in der Geschäftsstelle, telefonisch oder auf Wunsch der versicherten Person in der häuslichen Umgebung (vgl. Ziffer 3 zu § 7a SGB XI). Die versicherte Person ist auf diese Möglichkeiten 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. Die versicherte Person 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 § 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 in der Fassung vom 22.05.2018. Ebenfalls muss geregelt sein, dass den Versicherten durch die Beratung in den Beratungsstellen keine Zusatzkosten entstehen.

3.2 Beratung durch kommunale Gebietskörperschaften

Die Pflegekassen können auch allein oder gemeinsam mit kommunalen Gebietskörperschaften, die

1. für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der örtlichen Altenhilfe oder
2. für die Gewährung der Hilfe zur Pflege SGB XII

zuständig sind, Vereinbarungen schließen, nach denen die Einlösung des Beratungsgutscheins zu Lasten der Pflegekasse möglich ist. Die Vereinbarungen beschränken sich auf eine angemessene Vergütung eines möglichen zusätzlichen Verwaltungsaufwandes.

Auch die kommunalen Beratungsstellen haben die Empfehlungen zur erforderlichen Anzahl, Qualifikation und Fortbildung von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern nach § 7a Abs. 3 Satz 3 SGB XI sowie die Pflegeberatungs-Richtlinien nach § 17 Abs. 1a SGB XI zu berücksichtigen.

3.3 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.

3.4 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.

3.5 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 Maßnahmen wie Modellvorhaben, Studien, wissenschaftliche Expertisen und Fachtagungen 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 Absatz 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 Maßnahmen; dabei sind auch regionale Modellvorhaben einzelner Länder zu berücksichtigen. Die Maßnahmen 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 Absatz 5 Satz 6 gilt entsprechend.

(3a) …

(3b) …

(4) …

(5) Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung ist die Finanzierung der gemäß § 113 Absatz 1b Satz 1 beauftragten, fachlich unabhängigen Institution sicherzustellen. Die Vertragsparteien nach § 113 und das Bundesversicherungsamt vereinbaren das Nähere über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds zu finanzierenden Mittel. Die jeweilige Auszahlung bedarf der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

(6) Abweichend von § 84 Absatz 4 Satz 1 erhalten vollstationäre Pflegeeinrichtungen auf Antrag einen Vergütungszuschlag zur Unterstützung der Leistungserbringung insbesondere im Bereich der medizinischen Behandlungspflege. Voraussetzung für die Gewährung des Vergütungszuschlags ist, dass die Pflegeeinrichtung über neu eingestelltes oder über Stellenaufstockung erweitertes Pflegepersonal verfügt, das über das Personal hinausgeht, das die Pflegeeinrichtung nach der Pflegesatzvereinbarung gemäß § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 vorzuhalten hat. Das zusätzliche Pflegepersonal muss zur Erbringung aller vollstationären Pflegeleistungen vorgesehen sein und es muss sich bei dem Personal um Pflegefachkräfte handeln.

Die vollstationäre Pflegeeinichtung kann auch für die Beschäftigung zusätzlicher Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialbereich sowie von zusätzlichen Pflegehilfskräften, die sich in der Ausbildung zur Pflegefachkraft befinden, einen Vergütungszuschlag erhalten. Das Bundesversicherungsamt verwaltet die zur Finanzierung des Vergütungszuschlags von den Krankenkassen nach § 37 Absatz 2a des Fünften Buches und von den privaten Versicherungsunternehmen nach Absatz 9 Satz 2 zu leistenden Beträge im Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung. Der Anspruch auf einen Vergütungszuschlag ist unter entsprechender Anwendung des § 84 Absatz 2 Satz 5 und 6 begrenzt auf die tatsächlichen Aufwendungen für zusätzlich

1. eine halbe Stelle bei Pflegeeinrichtungen mit bis zu 40 Plätzen,

2. eine Stelle bei Pflegeeinrichtungen mit 41 bis zu 80 Plätzen,

3. anderthalb Stellen bei Pflegeeinrichtungen mit 81 bis zu 120 Plätzen und

4. zwei Stellen bei Pflegeeinrichtungen mit mehr als 120 Plätzen.

Der Vergütungszuschlag ist von den Pflegekassen monatlich zu zahlen und wird zum 15. eines jeden Monats fällig, sofern von der vollstationären Pflegeeinrichtung halbjährlich das Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen nach Satz 2 bestätigt wird. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt im Benehmen mit den Bundesvereinigungen der Träger stationärer Pflegeeinrichtungen das Nähere für die Antragstellung sowie das Zahlungsverfahren für seine Mitglieder fest. Die Festlegungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Rahmen seiner Zuständigkeit. Bis zum Vorliegen der Bestimmung nach Satz 8 stellen die Landesverbände der Pflegekassen die sachgerechte Verfahrensbearbeitung sicher; es genügt die Antragstellung an eine als Partei der Pflegesatzvereinbarung beteiligte Pflegekasse. Die über den Vergütungszuschlag finanzierten zusätzlichen Stellen und die der Berechnung des Vergütungszuschlags zugrunde gelegte Bezahlung der auf diesen Stellen Beschäftigten sind von den Pflegeeinrichtungen unter entsprechender Anwendung des § 84 Absatz 6 Satz 3 und 4 und Absatz 7 nachzuweisen. Die Auszahlung des gesamten Zuschlags hat einheitlich über eine Pflegekasse an die vollstationäre Pflegeeinrichtung vor Ort zu erfolgen. Änderungen der den Anträgen zugrunde liegenden Sachverhalte sind von den vollstationären Pflegeeinrichtungen unverzüglich anzuzeigen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit erstmals bis zum 31. Dezember 2019 und danach jährlich über die Zahl der durch diesen Zuschlag finanzierten Pflegekräfte, den Stellenzuwachs und die Ausgabenentwicklung.

(7) Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung werden in den Jahren 2019 bis 2024 jährlich bis zu 100 Millionen Euro bereitgestellt, um Maßnahmen der Pflegeeinrichtungen zu fördern, die das Ziel haben, die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für ihre in der Pflege tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu verbessern. Die Maßnahmen nach Satz 1 werden in den Jahren 2025 bis 2030 mit den in den Jahren 2023 und 2024 nicht in Anspruch genommenen Fördermitteln aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung gefördert. Das verfügbare Fördervolumen in den Jahren 2025 bis 2030 wird zudem um die für Modellvorhaben nach § 123 beanspruchten Mittel des Ausgleichfonds verringert. Förderfähig sind

1. individuelle und gemeinschaftliche Betreuungsangebote, die auf die besonderen Arbeitszeiten von Pflegekräften ausgerichtet sind,

2. die Entwicklung von Konzepten für mitarbeiterorientierte und lebensphasengerechte Arbeitszeitmodelle und Maßnahmen zu ihrer berieblichen Umsetzung,

3. die Entwicklung von Konzepten zur Rückgewinnung von Pflege- und Betreuungspersonal und Maßnahmen zu ihrer betrieblichen Umsetzung und

4. Schulungen und Weiterbildungen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf sowie zu den Zielen, zu denen nach den Nummern 2 und 3 Konzepte zu entwickeln sind.

Ab dem 1. Juli 2023 sind folgende jährliche Förderzuschüsse möglich:

1. bei Pflegeeinrichtungen mit bis zu 25 in der Pflege tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Höhe von bis zu 10.000 Euro; dabei werden bis zu 70 Prozent der durch die Pflegeeinrichtung für eine Maßnahme verausgabten Mittel gefördert;

2. bei Pflegeeinrichtungen ab 26 in der Pflege tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Höhe von bis zu 7.500 Euro; dabei werden bis zu 50 Prozent der durch die Pflegeeinrichtung für eine Maßnahme verausgabten Mittel gefördert.Die Landesverbände der Pflegekassen stellen die sachgerechte Verteilung der Mittel sicher. Der in Satz 1 genannte Betrag soll unter Berücksichtigung der Zahl der Pflegeeinrichtungen auf die Länder aufgeteilt werden. Antrag und Nachweis sollen einfach ausgestaltet sein. Pflegeeinrichtungen können in einem Antrag die Förderung von zeitlich und sachlich unterschiedlichen Maßnahmen beantragen. Soweit eine Pflegeeinrichtung den Förderhöchstbetrag nach Satz 4 innerhalb eines Kalenderjahres nicht in Anspruch genommen hat und die für das Land, in dem die Pflegeeinrichtung ihren Sitz hat, in diesem Kalenderjahr bereitgestellte Gesamtfördersumme noch nicht ausgeschöpft ist, erhöht sich der mögliche Förderhöchstbetrag für diese Pflegeeinrichtung im nachfolgenden Kalenderjahr um den aus dem Vorjahr durch die Pflegeeinrichtung nicht in Anspruch genommenen Betrag. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der Verbände der Leistungserbringer auf Bundesebene, erstmals bis zum 31. März 2019, Richtlinien über das Nähere der Voraussetzungen, Ziele, Inhalte und Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel durch eine Pflegekasse. Die Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb eines Monats, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden. Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Rahmen der Richtlinienprüfung vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern; bis zu deren Eingang ist der Lauf der Frist nach Satz 12 unterbrochen. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. Die Genehmigung kann vom Bundesministerium für Gesundheit mit Auflagen verbunden werden.

(8) Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung wird in den Jahren 2019 bis 2030 ein einmaliger Zuschuss für jede ambulante und stationäre Pflegeeinrichtung bereitgestellt, um digitale Anwendungen, insbesondere zur Entlastung der Pflegekräfte, zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung sowie für eine stärkere Beteiligung der Pflegebedürftigen zu fördern. Förderfähig sind Anschaffungen von digitaler oder technischer Ausrüstung sowie damit verbundene Schulungen, die beispielsweise Investitionen in die IT- und Cybersicherheit, das interne Qualitätsmanagement, die Erhebung von Qualitätsindikatoren, verbesserte Arbeitsabläufe und Organisation bei der Pflege und die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und

stationären Pflegeeinrichtungen unterstützen. Förderfähig sind auch die Aus-, Fort- und Weiterbildungen sowie Schulungen zu digitalen Kompetenzen von Pflegebedürftigen und Pflegekräften in der Langzeitpflege. Gefördert werden bis zu 40 Prozent der durch die Pflegeeinrichtung verausgabten Mittel. Pro Pflegeeinrichtung ist höchstens ein einmaliger Zuschuss in Höhe von 12 000 Euro möglich. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der Verbände der Leistungserbringer auf Bundesebene bis zum 31. Oktober 2023 Richtlinien über das Nähere der Voraussetzungen und zu dem Verfahren der Gewährung des Zuschusses, der durch eine Pflegekasse ausgezahlt wird. Die Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb eines Monats, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden. Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Rahmen der Richtlinienprüfung vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern; bis zu deren Eingang ist der Lauf der Frist nach Satz 8 unterbrochen. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. Die Genehmigung kann vom Bundesministerium für Gesundheit mit Auflagen verbunden werden.

(9) Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit einem Anteil von 7 Prozent an den Kosten, die sich gemäß den Absätzen 5, 7 und 8 jeweils ergeben. Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich an der Finanzierung der Vergütungszuschläge nach Absatz 6 mit jährlich 44 Millionen Euro. Der jeweilige 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 nach § 65 geleistet werden. Einmalig können die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, für bestehende Vertragsverhältnisse die Prämie für die private Pflege-Pflichtversicherung anpassen, um die Verpflichtungen zu berücksichtigen, die sich aus den Sätzen 1 und 2 ergeben. § 155 Absatz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes ist anzuwenden. Dem Versicherungsnehmer ist die Neufestsetzung der Prämie unter Hinweis auf die hierfür maßgeblichen Gründe in Textform mitzuteilen. § 203 Absatz 5 des Versicherungsvertragsgesetzes und § 205 Absatz 4 des Versicherungsvertragsgesetzes gelten entsprechend.

(10) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und das Bundesversicherungsamt regeln das Nähere über das Verfahren zur Bereitstellung der notwendigen Finanzmittel zur Finanzierung der Maßnahmen nach den Absätzen 6 bis 8 aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung sowie zur Feststellung und Erhebung der Beträge der privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, nach Absatz 9 Satz 1 und 2 durch Vereinbarung.

1. Förderung von Modellvorhaben

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.

Neben Modellvorhaben und deren wissenschaftliche Begleitung kann der GKV-Spitzenverband in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit auch weitere Maßnahmen wie zum Beispiel Studien, wissenschaftliche Expertisen und Fachtagungen fördern. Der damit verbundene Personalmehraufwand beim GKV-Spitzenverband kann ebenfalls aus diesen Mitteln finanziert werden. Ziele, Dauer, Inhalte, Ausgestaltung und Durchführung der oben genannten Maßnahmen bestimmt der GKV-Spitzenverband. Die Fördermittel werden unmittelbar aus dem Ausgleichsfond der Pflegeversicherung finanziert.

2. Finanzierungs- und Fördervorhaben

Zur Schaffung von Verbesserungen im Alltag der Pflegekräfte durch eine bessere Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen sind seit 01.01.2019 gemäß § 8 Abs. 6 bis 8 SGB XI Finanzierungs- und Fördervorhaben vorgesehen:

- Vollstationäre Pflegeeinrichtungen erhalten auf Antrag einen Vergütungszuschlag zur Unterstützung der Leistungserbringung insbesondere im Bereich der medizinischen Behandlungspflege, wenn die Pflegeeinrichtung über neu eingestelltes oder über Stellenaufstockung erweitertes Pflegepersonal verfügt. Der Anspruch bezieht sich je nach Einrichtungsgröße von einer halben Pflegestelle bis zu zwei Pflegestellen. Die Vergütungszuschläge sollen pauschal aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe von 640 Millionen Euro pro Kalenderjahr und durch die private Pflege-Pflichtversicherung in Höhe von 44 Mio. Euro p. a. finanziert werden. Die Auszahlung an die einzelne Pflegeeinrichtung erfolgt jeweils zum 15. des laufenden Monats einheitlich über eine Pflegekasse. Das Nähere für die Antragstellung und den Nachweis hat der GKV-Spitzenverband mit den Bundesvereinigungen der Träger stationärer Pflegeeinrichtungen am 04.02.2019 festgelegt.

- In den Jahren 2019 bis 2030 werden Maßnahmen von ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen gefördert, die das Ziel haben, die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für die Pflegekräfte zu verbessern. Förderfähig sind individuelle und gemeinschaftliche Betreuungsangebote, die auf die besonderen Arbeitszeiten von Pflegekräften ausgerichtet sind (z. B. trägereigene Kindertagesstätten, Betreuungsangebote für pflegebedürftige Angehörige). Von der Förderung umfasst sind ebenfalls Maßnahmen, die auf die Rückgewinnung von Pflegekräften abzielen, die vorübergehend aus familiären Gründen, aufgrund der Pflege von Angehörigen oder dauerhaft aufgrund der physischen oder psychischen Belastungen aus dem Beruf ausgestiegen sind, sich aber einen Wiedereinstieg in den Beruf grundsätzlich vorstellen können. Hierfür steht bis zum Jahr 2025 ein jährliches Fördervolumen von 100 Mio. Euro zur Verfügung. In den Jahren 2025 bis 2030 erfolgt die Förderung aus den in den Jahren 2023 und 2024 nicht in Anspruch genommenen Fördermitteln abzüglich der für die Modellvorhaben nach § 123 SGB XI beanspruchten Mitteln. Gefördert wird in Form eines Zuschusses bei Pflegeeinrichtungen mit bis zu 25 in der Pflege tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von bis zu 70% der durch die Pflegeeinrichtung verausgabten Mittel, begrenzt auf maximal 10.000 Euro. Bei Pflegeeinrichtungen mit mehr als 26 in der Pflege tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beträgt der Zuschuss bis zu 50 %, maximal 7.500 Euro, der durch die Pflegeeinrichtung verausgabten Mittel. Die Auszahlung erfolgt auf Antrag über eine Pflegekasse. Das Nähere zu den Voraussetzungen und dem Verfahren der Gewährung des Zuschusses hat der GKV-Spitzenverband im Einvernehmen

mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. in Richtlinien in der jeweils gültigen Fassung festgelegt**.**

- Zur Entlastung der Pflegekräfte werden in den Jahren 2019 bis 2030 einmalige Zuschüsse für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen bereitgestellt, um digitale Anwendungen, die insbesondere für die Erleichterung der Pflegedokumentation oder das interne Qualitätsmanagement dienen, zu fördern. Gefördert wird in Form eines Zuschusses von bis zu 40 %, maximal 12.000 Euro, der durch die Pflegeeinrichtung verausgabten Mittel. Die Auszahlung erfolgt auf Antrag über eine Pflegekasse. Das Nähere zu den Voraussetzungen und dem Verfahren der Gewährung des Zuschusses hat der GKV-Spitzenverband im Einvernehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. in Richtlinien in der jeweils gültigen Fassung festgelegt.

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

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

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

vor.

(2) Die Leistungen nach dem Fünften Buch einschließlich der Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches bleiben unberührt. Dies gilt auch für krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen, soweit diese im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches oder der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c des Fünften Buches zu leisten sind.

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

1. *nach dem Zwölften Buch,*
2. *nach dem Lastenausgleichsgesetz, dem Reparationsschädengesetz und dem Flüchtlingshilfegesetz*

vor, soweit dieses Buch nichts anderes bestimmt. 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 Menschen mit Behinderungen nach dem Neunten Buch, und die Leistungen zur Teilhabe nach dem Vierzehnten Buch und die Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Achten Buch bleiben unberührt, sie sind im Verhältnis zur Pflegeversicherung nicht nachrangig; die notwendige Hilfe in den Einrichtungen und Räumlichkeiten nach § 71 Absatz 4 ist einschließlich der Pflegeleistungen zu gewähren.

(4) Treffen Leistungen der Pflegeversicherung und Leistungen der Eingliederungshilfe zusammen, vereinbaren mit Zustimmung des Leistungsberechtigten die zuständige Pflegekasse und der für die Eingliederungshilfe zuständige Träger,

1. *dass im Verhältnis zum Pflegebedürftigen der für die Eingliederungshilfe zuständige Träger die Leistungen der Pflegeversicherung auf der Grundlage des von der Pflegekasse erlassenen Leistungsbescheids zu übernehmen hat,*
2. *dass die zuständige Pflegekasse dem für die Eingliederungshilfe zuständigen Träger die Kosten der von ihr zu tragenden Leistungen zu erstatten hat sowie*
3. *die Modalitäten der Übernahme und der Durchführung der Leistungen sowie der Erstattung.*

Die bestehenden Wunsch- und Wahlrechte der Leistungsberechtigten bleiben unberührt und sind zu beachten. Die Ausführung der Leistungen erfolgt nach den für den zuständigen Leistungsträger geltenden Rechtsvorschriften. Soweit auch Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch zu erbringen sind, ist der für die Hilfe zur Pflege zuständige Träger zu beteiligen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt gemeinsam mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe bis zum 1. Januar 2018 in einer Empfehlung Näheres zu den Modalitäten der Übernahme und der Durchführung der Leistungen sowie der Erstattung und zu der Beteiligung des für die Hilfe zur Pflege zuständigen Trägers. Die Länder, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Vereinigungen der Leistungserbringer der Eingliederungshilfe auf Bundesebene sowie die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen sind vor dem Beschluss anzuhören. Die Empfehlung bedarf der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales.

(4a) Bestehen im Einzelfall Anhaltspunkte für ein Zusammentreffen von Leistungen der Pflegeversicherung und Leistungen der Eingliederungshilfe, bezieht der für die Durchführung eines Teilhabeplanverfahrens oder Gesamtplanverfahrens verantwortliche Träger mit Zustimmung des Leistungsberechtigten die zuständige Pflegekasse in das Verfahren beratend mit ein, um die Vereinbarung nach Absatz 4 gemeinsam vorzubereiten.

(4b) Die Regelungen nach Absatz 3 Satz 3, Absatz 4 und 4a werden bis zum 1. Juli 2019 evaluiert.

(5) Die Leistungen der Pflegeversicherung bleiben als Einkommen bei Sozialleistungen und bei Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, deren Gewährung von anderen Einkommen abhängig ist, unberücksichtigt; dies gilt nicht für das Pflegeunterstützungsgeld gemäß § 44a Absatz 3. Satz 1 gilt entsprechend bei Vertragsleistungen aus privaten Pflegeversicherungen, die der Art und dem Umfang nach den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung gleichwertig sind. Rechtsvorschriften, die 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.*

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

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 die pflegebedürftige Person insgesamt die höchste ihr zustehende Leistung erhält (vgl. Ziffer 2 zu § 34 SGB XI).

Zum 01.01.2024 tratt das Vierzehnte Sozialgesetzbuch (SGB XIV) in Gänze in Kraft. Das in SGB XIV geregelte Soziale Entschädigungsrecht sieht seit 01.01.2024 vor, dass Geschädigte bei schädigungsbedingter Pflegebedürftigkeit gemäß § 74 Nr. 1 SGB XVI Leistungen bei Pflegebedürftigkeit nach dem Vierten Kapitel des SGB XI erhalten. Ergänzend zu den Leistungen nach dem SGB XI besteht gemäß § 74 Nr. 2 SGB XIV Anspruch auf ergänzende Leistungen bei Pflegebedürftigkeit nach § 75 SGB XIV. Die Leistungen bei Pflegebedürftigkeit gemäß §°74 Nr. 1 SGB XIV erbringt die Pflegekasse im Rahmen eines Auftragsgeschäfts (§ 77 Abs. 2 SGB XIV). Die ergänzenden Leistungen bei Pflegebedürftigkeit nach § 75 SGB XIV werden hingegen von der zuständigen Verwaltungsbehörde erbracht.

Pflegebedürftige Personen, die am 31.12.2023 einen Anspruch auf die Pflegezulage nach §°35 Abs. 1 in der am 31.12.2023 geltenden Fassung des BVG hatten, haben ein Wahlrecht, ob sie wie bisher die Pflegezulage oder gemäß § 74 Nr. 1 SGB XIV die Leistungen bei Pflegebedürftigkeit nach SGB XI in Anspruch nehmen (vgl. hierzu Ziffer 2.1 zu § 34 SGB XI).

Pflegebedürftige Personen, die am 31.12.2023 die Pflegezulage nach § 35 Abs. 2 oder 6 in der am 31.12.2023 geltenden Fassung des BVG bezogen haben, haben kein Wahlrecht nach § 152 SGB XIV mit der Folge, dass sie seit 01.01.2024 die Leistungen bei Pflegebedürftigkeit nach dem Vierten Kapitel des SGB XI erhalten (vgl. § 146 Abs. 1 SGB XIV).

2. Nebeneinander von Leistungen der Pflegeversicherung und von anderen Sozialleistungsträgern

(1) Die häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 SGB V sowie die außerklinische Intensivpflege nach § 37c SGB V umfasst neben der Behandlungspflege auch die im Einzelfall notwendige Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung. Die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung nach dem SGB V entsprechen grundsätzlich den körperbezogenen Pflegemaßnahmen und der Hilfe zur Haushaltsführung nach dem SGB XI. 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. 2 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 werden, 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, § 74 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 notwendigen körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen zur Haushaltsführung begrenzt. Wird die Hilfe zur Haushaltsführung bereits im Rahmen der Erbringung von Haushaltshilfe durch andere Sozialleistungsträger zur Verfügung gestellt, besteht keine Notwendigkeit für eine Hilfe zur Haushaltsführung im Rahmen der häuslichen Pflege. Diese ist dann allein auf Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen 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 vorliegt, bleibt der Anspruch auf die fürsorgerischen Leistungen – insbesondere auf Sozialhilfe - erhalten (§ 61 SGB XII).

Ferner bleiben die Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen 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 Einrichtungen i. S. d. § 71 Abs. 4 Nr. 1 und Räumlichkeiten i. S. d. § 71 Abs. 4 Nr. 3 SGB XI übernimmt die Pflegekasse gemäß § 43a SGB XI 15 v. H. der nach §§ 123 ff. SGB IX vereinbarten Vergütungen, maximal in Höhe von 278,00 Euro im Kalendermonat. Dies gilt jedoch nur für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5.

Die Leistungen der Eingliederungshilfe erstrecken sich in diesen Fällen auch auf die Pflegeleistungen in der Einrichtung bzw. Räumlichkeit (vgl. § 103 SGB IX). Zu den Einzelheiten vgl. Erläuterungen zu § 43a SGB XI.

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

Soweit fortlaufende Pflegeleistungen bei häuslicher Pflege nach dem SGB XI mit fortlaufenden Leistungen der Eingliederungshilfe oder mit weitergehenden Pflegeleistungen nach dem SGB XII zusammentreffen, ist in jedem Einzelfall und mit Zustimmung der leistungsberechtigten Person, zwischen der Pflegekasse und dem Träger der Eingliederungshilfe eine Vereinbarung zu treffen. Zu den die Vereinbarung betreffenden fortlaufenden Leistungen der Pflegeversicherung zählen die Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI und der Umwandlungsanspruch nach § 45a Abs. 4 SGB XI. Daneben können auch die Leistungen der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI und der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI sowie die Leistungen der Tages- und Nachtpflege Gegenstand der Vereinbarung sein. Fortlaufende Leistungen der Ein-

gliederungshilfe umfassen Leistungen, die die gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, insbesondere eine möglichst selbstbestimmte und eigenverantwortliche Lebensführung im eigenen Wohnraum ermöglichen oder erleichtern.

Die Vereinbarung regelt,

- dass der Träger der Eingliederungshilfe auch die Pflegeleistungen nach Maßgabe des Leistungsbescheides der Pflegekasse übernimmt,
- die Pflegekasse dem Träger der Eingliederungshilfe die Kosten erstattet sowie
- die Modalitäten zur Übernahme, Durchführung und Erstattung der Leistungen.

Soweit darüber hinaus ebenfalls Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII oder dem dem SGB XIV zu erbringen sind, ist außerdem auch der zuständige Sozialhilfeträger zu beteiligen.

Der GKV-Spitzenverband hat gemeinsam mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe in den Empfehlungen vom 10.04.2018 das Nähere zu den Modalitäten der Übernahme und der Durchführung der Leistungen der Pflegeversicherung durch einen Träger der Eingliederungshilfe sowie der Erstattung der Kosten für die Leitungen (§ 13 Abs. 4 Satz 1 SGB XI) und zu der Beteiligung des für die Hilfe zur Pflege zuständigen Trägers festgelegt, um so eine einheitliche Rechtsanwendung zu fördern (abrufbar unter

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 der Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI bei den Fürsorgeleistungen zur Pflege grundsätzlich keine Berücksichtigung findet (vgl. Ziffer 6 zu § 45b SGB XI). Beide Leistungsansprüche bestehen daher nebeneinander (vgl. hierzu Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 08.10.2008, Rundschreiben Nr. 2008/141 des GKV-Spitzenverbandes). Dies gilt jedoch nicht für Leistungsansprüche nach §§ 64i und 66 SGB XII (Entlastungsbetrag bei Pflegegrad 1 und bei den Pflegegraden 2 bis 5), soweit diese Regelungen vorsehen, die inhaltlich deckungsgleich mit den Leistungen nach § 45b Abs. 1 Satz 3 SGB XI sind. In diesem Fall findet der Entlastungsbetrag Berücksichtigung und die Regelung des § 63b Abs. 1 SGB XII Anwendung.

6. Zusammen von Leistungen der Pflegeversicherung in stationären Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe

Wird ein pflegebedürftiges Kind in einer stationären Einrichtung der Kinder- und Jugendhilfe nach § 34 SGB VIII untergebracht, sind die Voraussetzungen der häuslichen Pflege dem Grunde nach nicht (mehr) gegeben. Dennoch gilt auch für die Unterbringung in einer stationären Einrichtung der Kinder- und Jugendhilfe, dass sämtliche notwendigen Bedarfe des untergebrachten Kindes oder Jugendlichen gedeckt werden müssen. Zwar steht im Mittelpunkt einer jeden Kinder- und Jugendhilfeleistung zunächst der erzieherische Bedarf und damit die pädagogische Leistung; dennoch muss für ein pflegebedürftiges Kind oder Jugendlichen auch eine angemessene pflegerische Versorgung erfolgen.

Die Leistungen der vollstationären Pflege nach § 43 SGB XI oder § 43a SGB XI sind aufgrund der fehlenden Voraussetzungen ausgeschlossen.

Bei einer dauerhaften Unterbringung in einer stationären Einrichtung der Kinder- und Jugendhilfe stellt diese Einrichtung den Lebensmittelpunkt dar, so dass die Häuslichkeit unterstellt werden kann. Folglich kann das Pflegegeld nach § 37 SGB XI gezahlt werden, sofern der Träger der Jugendhilfe die pflegerische Versorgung im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfeleistung erbringt.

Sofern die gerichtlichen Maßnahmen unter Bezug auf §§ 1666 und 1909 BGB erfolgten und die Fürsorge des Jugendamtes in den gerichtlich festgelegten Aufgabenkreisen umfassend und nicht nur für Teilbereiche bzw. ergänzend vorliegen, die elterliche Fürsorge somit dorthin übertragen wurde, ist das Pflegegeld an den Träger der Jugendhilfe zu zahlen. In allen anderen Fällen wird das Pflegegeld an die sorgeberechtigte Person gezahlt.

7. 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 die pflegebedürftige Person 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 in der jeweils gültigen Fassung, Ziffer 7 sowie Gemeinsames Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene zum Gesamteinkommen in der jeweils gültigen Fassung, Ziffer 5.1). Etwas anderes gilt nur dann, wenn die Pflege im Rahmen eines zwischen der pflegebedürftigen Person und der Pflegeperson bestehenden Beschäftigungsverhältnisses erbracht wird. Ggf. bestimmt sich die notwendige Berücksichtigung bei der Anwendung der §§ 10 und 62 SGB V nach dem von der pflegebedürftigen Person gezahlten Arbeitsentgelts im Sinne des § 14 SGB IV, und nicht danach, inwieweit dieses tatsächlich aus dem Pflegegeld bestritten wird.

Die voranstehenden Ausführungen gelten nicht für das Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a Abs. 3 SGB XI. Das Pflegeunterstützungsgeld gilt als Lohnersatzleistung für entgangenes Arbeitsentgelt wie auch andere Entgeltersatzleistungen (z. B. Krankengeld, Kinderkrankengeld oder Verletztengeld) als Einnahme zum Lebensunterhalt. Somit wird das Pflegeunterstützungsgeld als Einkommen bei Sozialleistungen, deren Gewährung von anderen Einkommen abhängig ist, berücksichtigt.

8. 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 gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen.

(2) Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sind die in den folgenden sechs Bereichen genannten pflegefachlich begründeten Kriterien.

1. *Mobilität: Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen;*

2. *kognitive und kommunikative Fähigkeiten: Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch;*

3. *Verhaltensweisen und psychische Problemlagen: motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen;*

4. *Selbstversorgung: Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urustoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde, Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlichen pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen;*

5. *Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:*

   a) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,

b) in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,

c) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie

d) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;

6. *Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte: Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sich beschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.*

(3) Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der in Absatz 2 genannten Bereiche berücksichtigt.

1. Begriff der Pflegebedürftigkeit

(1) Pflegebedürftig i. S. d. SGB XI sind Personen, die aufgrund von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten nach Maßgabe der im Gesetz abschließend definierten Kriterien in den sechs Bereichen des § 14 Abs. 2 SGB XI der Hilfe anderer bedürfen. Der Hilfebedarf muss auf den in den Kriterien beschriebenen, gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten beruhen; andere Ursachen für einen Hilfebedarf bleiben außer Betracht. Die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten werden personenbezogen und unabhängig vom jeweiligen (Wohn-)Umfeld ermittelt. Dabei sind nur solche Personen pflegebedürftig, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen sowie gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten und der Hilfebedarf durch andere müssen zumindest in der in § 15 SGB XI festgelegten Schwere und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, bestehen. Liegt der erforderliche Hilfebedarf nur kurzzeitig oder unterhalb der Schwelle der geringen Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten nach § 15 Abs. 2 Satz 6 Nr. 2 und Abs. 3 Satz 4 Nr. 1 SGB XI bzw. bei Kindern im Alter bis 18 Monaten nach § 15 Abs. 7 Nr. 1 SGB XI vor, ist dieser nicht von der Solidargemeinschaft der Pflegeversicherten zu finanzieren. Für diesen Hilfebedarf kann und soll der Einzelne – entsprechend dem Grundsatz der Subsidiarität solidarischer Hilfen gegenüber der Eigenverantwortung – selbst einstehen.

(2) Hinsichtlich der Eigenbeteiligungen besteht evtl. ein Anspruch auf die fürsorgerischen Leistungen der Hilfe zur Pflege (SGB XII) bzw. ein Anspruch auf Eingliederungshilfe nach dem 2. Teil des SGB IX bzw. SGB VIII (vgl. Ziffern 3 bis 5 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 Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten der antragstellenden Person mit daraus resultierendem Bedarf an Hilfe durch andere 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 Beeinträchtigung mindestens sechs Monate andauern wird. Pflegebedürftigkeit auf Dauer ist auch gegeben, wenn die Beeinträchtigung der Selbständigkeit 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 Beeinträchtigung und nicht vom Zeitpunkt der Begutachtung auszugehen.

(3) Liegen die Voraussetzungen für die Zuordnung zu einem Pflegegrad für mindestens sechs Monate vor und ist mit großer Wahrscheinlichkeit zu erwarten, dass sich die gesundheitliche Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder Fähigkeiten der antragstellenden Person, z. B. durch therapeutische oder rehabilitative Maßnahmen, pflegegradrelevant verringert, kann die Zuordnung zu einem Pflegegrad auf Empfehlung des MD oder des von der Pflegekasse beauftragten Gutachters oder der von der Pflegekasse beauftragten Gutachterin für die Dauer der wahrscheinlichen Pflegebedürftigkeit befristet werden (vgl. Ziffer 3 zu § 33 SGB XI).

3. Gesundheitliche Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder Fähigkeiten

Maßgeblich für das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit sind gesundheitliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten in den in § 14 Abs. 2 SGB XI genannten sechs Bereichen. Diese Bereiche umfassen jeweils eine Gruppe artverwandter Kriterien oder einen Lebensbereich. Sie stellen einen abschließenden Katalog der zu berücksichtigenden Kriterien dar, anhand derer Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten festgestellt werden sollen. Die einzelnen Kriterien sind in den Begutachtungs-Richtlinien nach § 17 SGB XI in der jeweils gültigen Fassung durch den MD Bund pflegefachlich konkretisiert. Insbesondere sind in den Begutachtungs-Richtlinien die fachlichen Hintergründe und Inhalte der Kriterien hinterlegt, an die die Gutachter und Gutachterinnen des MD und die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter und Gutachterinnen bei der Begutachtung bundesweit gebunden sind. Es handelt sich um die nachfolgenden sechs Bereiche:

Bereich 1: Mobilität

Maßgeblich ist, ob die antragstellende Person in der Lage ist, ohne personelle Unterstützung eine Körperhaltung einzunehmen/ zu wechseln und sich fortzubewegen. Es werden lediglich Aspekte wie Körperkraft, Balance, Bewegungskoordination etc. beurteilt und nicht die zielgerichtete Fortbewegung. Es werden nicht die Folgen kognitiver Beeinträchtigungen berücksichtigt. Der Bereich beinhaltet die folgenden Kriterien:

- Positionswechsel im Bett
- Halten einer stabilen Sitzposition
- Umsetzen
- Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs
- Treppensteigen

Bereich 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

In diesem Bereich werden ausschließlich kognitive und kommunikative Fähigkeiten und Aktivitäten betrachtet. Maßgeblich sind Aspekte des Erkennens, Entscheidens oder des Steuerns von Aktivitäten und nicht deren motorische Umsetzung. Es ist unerheblich, ob eine zuvor selbständige erwachsene Person eine Fähigkeit verloren oder nie ausgebildet hat. Der Bereich beinhaltet die folgenden Kriterien:

- Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld
- Örtliche Orientierung
- Zeitliche Orientierung
- Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen
- Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben
- Verstehen von Sachverhalten und Informationen
- Erkennen von Risiken und Gefahren
- Mitteilen von elementaren Bedürfnissen
- Verstehen von Aufforderungen
- Beteiligen an einem Gespräch

Bereich 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

In diesem Bereich werden Verhaltensweisen und psychische Problemlagen als Folge von Gesundheitsproblemen betrachtet, die immer wieder auftreten und personelle Unterstützung erforderlich machen. Im Mittelpunkt steht die Frage, inwieweit die antragstellende Person ihr Verhalten ohne personelle Unterstützung steuern kann. Von fehlender „Selbststeuerung“ ist auch dann auszugehen, wenn ein Verhalten zwar nach Aufforderung abgestellt wird, aber danach immer wieder aufs Neue auftritt, weil das Verbot nicht verstanden wird oder die Person sich nicht erinnern kann.

- Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten
- Nächtliche Unruhe
- Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten
- Beschädigen von Gegenständen
- Psychisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen
- Verbale Aggression
- Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten
- Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen
- Wahnvorstellungen
- Ängste
- Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage
- Sozial inadäquate Verhaltensweisen
- Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen

Bereich 4: Selbstversorgung

In diesem Bereich ist maßgeblich, ob die Aktivitäten in den nachfolgend genannten Kriterien praktisch durchgeführt werden können. Es ist unerheblich, ob die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit aufgrund von Schädigungen somatischer oder mentaler Funktionen bestehen. Die Kriterien sind wie folgt:

- Waschen des vorderen Oberkörpers
- Körperpflege im Bereich des Kopfes
- Waschen des Intimbereichs
- Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare
- An- und Auskleiden des Oberkörpers
- An- und Auskleiden des Unterkörpers
- Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken
- Essen
- Trinken
- Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls
- Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma
- Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma
- Ernährung parenteral oder über Sonde,
- Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern im Alter von bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen.

Bereich 5: Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

In diesem Bereich geht es um die Durchführung ärztlich verordneter Maßnahmen, die gezielt auf eine bestehende Erkrankung ausgerichtet und für voraussichtlich mindestens sechs Monate erforderlich sind. Maßgeblich ist, ob die antragstellende Person die jeweilige Aktivität praktisch durchführen kann. Es ist unerheblich, ob die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit aufgrund von Schädigungen somatischer oder mentaler Funktionen bestehen. Ist dies nicht der Fall, wird die Häufigkeit der Hilfe durch andere Personen dokumentiert (oftmals identisch mit der ärztlich angeordneten Häufigkeit).

- Medikation
- Injektionen
- Versorgung intravenöser Zugänge (Port)
- Absaugen und Sauerstoffgabe
- Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen
- Messung und Deutung von Körperzuständen
- Körpernahe Hilfsmittel
- Verbandwechsel und Wundversorgung
- Versorgung mit Stoma
- Regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden
- Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung
- Zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung
- Arztbesuche
- Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (bis zu 3. Std.)

- Zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (länger als 3 Std.)
- Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften
- Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern

Bereich 6: Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Maßgeblich ist, ob die antragstellende Person die Aktivität in den nachfolgend genannten Kriterien praktisch durchführen kann. Es ist unerheblich, ob die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit aufgrund von Schädigungen somatischer oder mentaler Funktionen bestehen. Die Kriterien im Einzelnen sind wie folgt:

- Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen
- Ruhen und Schlafen
- Sich beschäftigen
- Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen
- Interaktion mit Personen im direkten Kontakt
- Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds

Besondere Bedarfskonstellation

Zusätzlich wird erfasst, ob eine besondere Bedarfskonstellation vorliegt. Besondere Bedarfskonstellationen betreffen Antragsteller und Antragstellerinnen mit schwersten Beeinträchtigungen und einem außergewöhnlich hohen bzw. intensiven Hilfebedarf, der besondere Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweist. Das Vorliegen einer besonderen Bedarfskonstellation ist in den Begutachtungs-Richtlinien definiert (vgl. Ziffer 2 zu § 15 SGB XI). Hier wird das Kriterium Gebrauchsunfähigkeit beider Arme und Beine berücksichtigt.

4. Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder Fähigkeiten bei der Haushaltsführung

Die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder Fähigkeiten, die dazu führen, dass die antragstellende Person die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigen kann, wird bereits in den in § 14 Abs. 2 SGB XI genannten sechs Bereichen erfasst. Damit sind die entsprechenden Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder Fähigkeiten für die Beurteilung des Grades der Pflegebedürftigkeit relevant, werden aber über andere Bereiche erhoben. So führt beispielsweise eine Beeinträchtigung der Mobilität in aller Regel auch dazu, dass das selbständige Einkaufen erschwert ist. Zur Vermeidung einer doppelten Berücksichtigung werden die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder Fähigkeiten bei der Haushaltsführung in zwei Bereichen (Außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung) gesondert erhoben (vgl. auch § 18a Abs. 3 SGB XI). Sie werden jedoch nicht zur Ermittlung des Pflegegrades herangezogen. Gleichwohl sind die erhobenen Kriterien bei der Haushaltsführung von großer Bedeutung für die Bewältigung der Pflegesituation und die Verbesserung der häuslichen Versorgung. Sie dienen damit einerseits als Grundlage für eine differenzierte und individuelle Versorgungsplanung und andererseits als Anhaltspunkte für den Leistungsumfang der Hilfen bei der Haushaltsführung nach § 36 SGB XI.

Bereich 7: Außerhäusliche Aktivitäten

Maßgeblich ist, ob die antragstellende Person die Aktivität in den nachfolgend genannten Kriterien praktisch durchführen kann. Es ist unerheblich, ob die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit aufgrund von Schädigungen somatischer oder mentaler Funktionen bestehen. Es handelt sich um folgende Kriterien:

- Verlassen des Bereichs der Wohnung oder der Einrichtung
- Fortbewegen außerhalb der Wohnung oder Einrichtung
- Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel im Nahverkehr
- Mitfahren in einem Kraftfahrzeug
- Teilnahme an kulturellen, religiösen oder sportlichen Veranstaltungen
- Besuch von Schule, Kindergarten, Arbeitsplatz, einer Werkstatt für behinderte Menschen oder einer Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege oder eines Tagesbetreuungsangebotes
- Teilnahme an sonstigen Aktivitäten mit anderen Menschen

Bereich 8: Haushaltsführung

Maßgeblich ist, ob die antragstellende Person die Aktivität in den nachfolgend genannten Kriterien praktisch durchführen kann. Es ist unerheblich, ob die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit aufgrund von Schädigungen somatischer oder mentaler Funktionen bestehen.

- Einkaufen für den täglichen Bedarf
- Zubereitung einfacher Mahlzeiten
- Einfache Aufräum- und Reinigungsarbeiten
- Aufwändige Aufräum- und Reinigungsarbeiten einschließlich Wäschepflege
- Nutzung von Dienstleistungen
- Umgang mit finanziellen Angelegenheiten
- Umgang mit Behördenangelegenheiten

§ 15 SGB XI
Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument

(1) Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad). Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt.

(2) Das Begutachtungsinstrument ist in sechs Module gegliedert, die den sechs Bereichen in § 14 Absatz 2 entsprechen. In jedem Modul sind für die in den Bereichen genannten Kriterien die in Anlage 1 dargestellten Kategorien vorgesehen. Die Kategorien stellen die in ihnen zum Ausdruck kommenden verschiedenen Schweregrade der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten dar. Den Kategorien werden in Bezug auf die einzelnen Kriterien pflegefachlich fundierte Einzelpunkte zugeordnet, die aus Anlage 1 ersichtlich sind. In jedem Modul werden die jeweils erreichbaren Summen aus Einzelpunkten nach den in Anlage 2 festgelegten Punktbereichen gegliedert. Die Summen der Punkte werden nach den in ihnen zum Ausdruck kommenden Schweregraden der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten wie folgt bezeichnet:

1. *Punktbereich 0: keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,*
2. *Punktbereich 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,*
3. *Punktbereich 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,*
4. *Punktbereich 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten und*
5. *Punktbereich 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten.*

Jedem Punktbereich in einem Modul werden unter Berücksichtigung der in ihm zum Ausdruck kommenden Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sowie der folgenden Gewichtung der Module die in der Anlage 2 festgelegten, gewichteten Punkte zugeordnet. Die Module des Begutachtungsinstruments werden wie folgt gewichtet:

1. *Mobilität mit 10 Prozent,*
2. *kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychische Problemlagen zusammen mit 15 Prozent,*
3. *Selbstversorgung mit 40 Prozent,*
4. *Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen mit 20 Prozent,*
5. *Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte mit 15 Prozent.*

(3) Zur Ermittlung des Pflegegrades sind die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in jedem Modul zu addieren und dem in der Anlage 2 festgelegten Punktbereich sowie den sich daraus ergebenden gewichteten Punkten zuzuordnen. Den Modulen 2 und 3 ist ein gemeinsamer gewichteter Punkt zuzuordnen, der aus den höchsten gewichteten Punkten entweder des Moduls 2 oder des Moduls 3 besteht. Aus den gewichteten Punkten aller Module sind durch Addition die Gesamtpunkte zu bilden. Auf der Basis der erreichten Gesamtpunkte sind pflegebedürftige Personen in einen der nachfolgenden Pflegegrade einzuordnen:

1. *ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,*
2. *ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,*
3. *ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen*

der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,

4. *ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,*
5. *ab 90 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.*

(4) Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegefachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen. Der Medizinische Dienst Bund konkretisiert in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die pflegefachlich begründeten Voraussetzungen für solche besonderen Bedarfskonstellationen.

(5) Bei der Begutachtung sind auch solche Kriterien zu berücksichtigen, die zu einem Hilfebedarf führen, für den Leistungen des Fünften Buches vorgesehen sind. Dies gilt auch für krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen. Krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf aus medizinisch-pflegerischen Gründen regelmäßig und auf Dauer untrennbarer Bestandteil einer pflegerischen Maßnahme in den in § 14 Absatz 2 genannten sechs Bereichen ist oder mit einer solchen notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.

(6) Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 5 entsprechend.

(7) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis 18 Monaten werden abweichend von den Absätzen 3, 4 und 6 Satz 2 wie folgt eingestuft:

1. *ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2,*
2. *ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3,*
3. *ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4,*
4. *ab 70 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5.*

Anlage 1 (zu § 15)

Einzelpunkte der Module 1 bis 6;
Bildung der Summe der Einzelpunkte in jedem Modul

Modul 1: Einzelpunkte im Bereich der Mobilität

Das Modul umfasst fünf Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet werden:

Ziffer	Kriterien	Selbständig	Überwiegend selbständig	Überwiegend unselbständig	unselbständig
1.1	Positionswechsel im Bett	0	1	2	3
1.2	Halten einer stabilen Sitzposition	0	1	2	3
1.3	Umsetzen	0	1	2	3
1.4	Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs	0	1	2	3
1.5	Treppensteigen	0	1	2	3

Modul 2: Einzelpunkte im Bereich der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten

Das Modul umfasst elf Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet werden:

Ziffer	Kriterien	Fähigkeit vorhanden/ unbeein-trächtigt	Fähigkeit größtenteils vorhanden	Fähigkeit in geringem Maße vorhanden	Fähigkeit nicht vorhanden
2.1	Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld	0	1	2	3
2.2	Örtliche Orientierung	0	1	2	3
2.3	Zeitliche Orientierung	0	1	2	3
2.4	Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	0	1	2	3
2.5	Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen	0	1	2	3
2.6	Treffen von Entscheidungen im Alltag	0	1	2	3
2.7	Verstehen von Sachverhalten und Informationen	0	1	2	3
2.8	Erkennen von Risiken und Gefahren	0	1	2	3
2.9	Mitteilen von elementaren Bedürfnissen	0	1	2	3
2.10	Verstehen von Aufforderungen	0	1	2	3
2.11	Beteiligen an einem Gespräch	0	1	2	3

Modul 3: Einzelpunkte im Bereich der Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Das Modul umfasst dreizehn Kriterien, deren Häufigkeit des Auftretens in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet wird:

Ziffer	Kriterien	Fähigkeit vorhanden/ unbeein-träch-tigt	Fähigkeit größtenteils vorhanden	Fähigkeit in geringem Maße vorhanden	Fähigkeit nicht vorhanden
3.1	Motorisch geprägte Verhaltensauffällig-keiten	0	1	3	5
3.2	Nächtliche Unruhe	0	1	3	5
3.3	Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten	0	1	3	5
3.4	Beschädigen von Gegenständen	0	1	3	5
3.5	Physisch aggressives Verhalten gegen-über anderen Personen	0	1	3	5
3.6	Verbale Aggressionen	0	1	3	5
3.7	Andere pflegerelevante vokale Auffällig-keiten	0	1	3	5
3.8	Abwehr pflegerischer und anderer unter-stützender Maßnahmen	0	1	3	5
3.9	Wahnvorstellungen	0	1	3	5
3.10	Ängste	0	1	3	5
3.11	Antriebslosigkeit bei depressiver Stim-mungslage	0	1	3	5
3.12	Sozial inadäquate Verhaltensweisen	0	1	3	5
3.13	Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen	0	1	3	5

Modul 4: Einzelpunkte im Bereich der Selbstversorgung

Das Modul umfasst dreizehn Kriterien:

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 4.1 bis 4.12.

Die Ausprägungen der Kriterien 4.1 bis 4.12 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	Selbständig	Überwiegend selbständig	Überwiegend unselbständig	unselbständig
4.1	Waschen des vorderen Oberkörpers	0	1	2	3
4.2	Körperpflege im Bereich des Kopfes (Kämmen, Zahnpflege/Prothesenreini-gung, Rasieren)	0	1	2	3
4.3	Waschen des Intimbereichs	0	1	2	3
4.4	Duschen und Baden einschließlich Wa-schen der Haare	0	1	2	3
4.5	An- und Auskleiden des Oberkörpers	0	1	2	3

Ziffer	Kriterien	Selbständig	Überwiegend selbständig	Überwiegend unselbständig	unselbständig
4.6	An- und Auskleiden des Unterkörpers	0	1	2	3
4.7	Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken	0	1	2	3
4.8	Essen	0	3	6	9
4.9	Trinken	0	2	4	6
4.10	Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls	0	2	4	6
4.11	Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma	0	1	2	3
4.12	Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma	0	1	2	3

Die Ausprägungen des Kriteriums der Ziffer 4.8 sowie die Ausprägung der Kriterien der Ziffern 4.9 und 4.10 werden wegen ihrer besonderen Bedeutung für die pflegerische Versorgung stärker gewichtet.

Die Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 4.11 und 4.12 gehen in die Berechnung nur ein, wenn bei der Begutachtung beim Versicherten darüber hinaus die Feststellung „überwiegend inkontinent“ oder „vollständig inkontinent“ getroffen wird oder eine künstliche Ableitung von Stuhl oder Harn erfolgt.

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 4.13

Die Ausprägungen des Kriteriums der Ziffer 4.13 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterium	Entfällt	Teilweise	vollständig
4.13	Ernährung parental oder über Sonde	0	6	3

Das Kriterium ist mit „entfällt“ (0 Punkte) zu bewerten, wenn eine regelmäßige und tägliche parenterale Ernährung oder Sondenernährung auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate nicht erforderlich ist. Kann die parenterale Ernährung oder Sondenernährung ohne Hilfe durch andere selbständig durchgeführt werden, werden ebenfalls keine Punkte vergeben.

Das Kriterium ist mit „teilweise“ (6 Punkte) zu bewerten, wenn eine parenterale Ernährung oder Sondenernährung zur Vermeidung von Mangelernährung mit Hilfe täglich und zusätzlich zur oralen Aufnahme von Nahrung oder Flüssigkeit erfolgt. Das Kriterium ist mit „vollständig“ (3 Punkte) zu bewerten, wenn die Aufnahme von Nahrung oder Flüssigkeit ausschließlich oder nahezu ausschließlich parenteral oder über eine Sonde erfolgt.

Bei einer vollständigen parenteralen Ernährung oder Sondenernährung werden weniger Punkte vergeben als bei einer teilweisen parenteralen Ernährung oder Sondenernährung, da der oft hohe Aufwand zur Unterstützung bei der oralen Nahrungsaufnahme im Fall ausschließlich parenteraler oder Sondenernährung weitgehend entfällt.

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 4.K

Bei Kindern im Alter bis 18 Monate werden die Kriterien der Ziffern 4.1 bis 4.13 durch das Kriterium 4.K ersetzt und wie folgt gewertet:

Ziffer	Kriterium	Einzelpunkte
4.K	Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kinder bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen	20

Modul 5: Einzelpunkte im Bereich der Bewältigung von und des selbständigen Umgangs mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

Das Modul umfasst sechzehn Kriterien.

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7

Die durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen pro Tag bei den Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7 wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien in Bezug auf	entfällt oder selbständig	Anzahl der Maßnahmen		
			pro Tag	pro Woche	pro Monat
5.1	Medikation	0			
5.2	Injektionen (subcutan oder intramuskulär)	0			
5.3	Versorgung intravenöser Zugänge (Port)	0			
5.4	Absaugen und Sauerstoffgabe	0			
5.5	Einreibungen oder Kälte- und Wärmeanwendungen	0			
5.6	Messung und Deutung von Körperzuständen	0			
5.7	Körpernahe Hilfsmittel	0			
Summe der Maßnahmen aus 5.1 – 5.7		0			
Umrechnung in Maßnahmen pro Tag		0			

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7				
Maßnahmen pro Tag	Keine oder seltener als einmal täglich	Mindestens einmal bis maximal dreimal täglich	Mehr als dreimal bis maximal achtmal täglich	Mehr als achtmal täglich
Einzelpunkte	0	1	2	3

Für jedes der Kriterien 5.1 bis 5.7 wird zunächst die Anzahl der durchschnittlich durchgeführten Maßnahmen, die täglich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Tag, die Maßnahmen, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Woche und die Maßnahmen, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der

Spalte pro Monat erfasst. Berücksichtigt werden nur Maßnahmen, die vom Versicherten nicht selbständig durchgeführt werden können.

Die Zahl der durchschnittlich durchgeführten täglichen, wöchentlichen und monatlichen Maßnahmen wird für die Kriterien 5.1 bis 5.7 summiert (erfolgt zum Beispiel täglich dreimal eine Medikamentengabe – Kriterium 5.1 – und einmal Blutzuckermessen – Kriterium 5.6 –, entspricht dies vier Maßnahmen pro Tag). Diese Häufigkeit wird umgerechnet in einen Durchschnittswert pro Tag. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Monat in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Monat durch 30 geteilt. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Woche in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Woche durch 7 geteilt.

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11

Die durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen pro Tag bei den Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11 wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien in Bezug auf	entfällt oder selbständig	Anzahl der Maßnahmen		
			pro Tag	pro Woche	pro Monat
5.8	Verbandswechsel und Wundversorgung	0			
5.9	Versorgung mit Stoma	0			
5.10	Regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden	0			
5.11	Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung	0			
Summe der Maßnahmen aus 5.8 – 5.11		0			
Umrechnung in Maßnahmen pro Tag		0			

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11				
Maßnahmen pro Tag	Keine oder seltener als einmal wöchentlich	Ein- bis mehrmals wöchentlich	Ein- bis unter dreimal täglich	Mindestens dreimal täglich
Einzelpunkte	0	1	2	3

Für jedes der Kriterien 5.8 bis 5.11 wird zunächst die Anzahl der durchschnittlich durchgeführten Maßnahmen, die täglich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Tag, die Maßnahmen, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Woche und die Maßnahmen, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Monat erfasst. Berücksichtigt werden nur Maßnahmen, die vom Versicherten nicht selbständig durchgeführt werden können.

Die Zahl der durchschnittlich durchgeführten täglichen, wöchentlichen und monatlichen Maßnahmen wird für die Kriterien 5.8 bis 5.11 summiert. Diese Häufigkeit wird umgerechnet in einen Durchschnittswert pro Tag. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Monat in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Monat durch 30 geteilt. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Woche in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Woche durch 7 geteilt.

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.12 bis 5.K

Die durchschnittliche wöchentliche oder monatliche Häufigkeit von zeit- und technikintensiven Maßnahmen in häuslicher Umgebung, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterium in Bezug auf	Entfällt oder selbständig	täglich	Wöchentliche Häufigkeit multipliziert mit	Monatliche Häufigkeit multipliziert mit
5.12	Zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung	0	60	8,6	2

Summe			Einzelpunkte
0	bis unter	4,3	0
4,3	bis unter	8,6	1
8,6	bis unter	12,9	2
12,9	bis unter	60	3
60 und	mehr		6

Für das Kriterium der Ziffer 5.12 wird zunächst die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Maßnahmen, die wöchentlich vorkommen, und die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Maßnahmen, die monatlich vorkommen, erfasst. Kommen Maßnahmen regelmäßig täglich vor, werden 60 Punkte vergeben.

Jede regelmäßige wöchentliche Maßnahme wird mit 8,6 Punkten gewertet. Jede regelmäßige monatliche Maßnahme wird mit zwei Punkten gewertet.

Die durchschnittliche wöchentliche oder monatliche Häufigkeit der Kriterien der Ziffern 5.13 bis 5.K wird wie folgt erhoben und mit den nachstehenden Punkten gewertet:

Ziffer	Kriterium	Entfällt	Teilweise	vollständig
5.13	Arztbesuche	0	4,3	1
5.14	Besuch anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (bis zu drei Stunden)	0	4,3	1
5.15	Zeitlich ausgedehnte Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (länger als drei Stunden)	0	4,3	2
5.K	Besuche von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern	0	4,3	1

Für jedes der Kriterien der Ziffern 5.13 bis 5.K wird zunächst die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Besuche, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, und die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Besuche, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, erfasst. Jeder regelmäßige monatliche Besuch wird mit einem Punkt gewertet. Jeder regelmäßige wöchentliche Besuch wird mit 4,3

Punkten gewertet. Handelt es sich um zeitlich ausgedehnte Arztbesuche oder Besuche von anderen medizinischen oder therapeutischen Einrichtungen, werden sie doppelt gewertet.

Die Punkte der Kriterien 5.12 bis 5.15 – bei Kindern bis 5.K – werden addiert. Die Kriterien der Ziffern 5.12 bis 5.15 – bei Kindern bis 5.K – werden anhand der Summe der so erreichten Punkte mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 5.16

Die Ausprägungen des Kriteriums der Ziffer 5.16 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	Selbständig	Überwiegend selbständig	Überwiegend unselbständig	unselbständig
5.16	Einhaltung einer Diät und anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften	0	1	2	3

Modul 6: Einzelpunkte im Bereich der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Das Modul umfasst sechs Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet werden:

Ziffer	Kriterien	Selbständig	Überwiegend selbständig	Überwiegend unselbständig	unselbständig
6.1	Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen	0	1	2	3
6.2	Ruhen und Schlafen	0	1	2	3
6.3	Sichbeschäftigen	0	1	2	3
6.4	Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen	0	1	2	3
6.5	Interaktion mit Personen im direkten Kontakt	0	1	2	3
6.6	Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds				

Anlage 2 (zu § 15)

Bewertungssystematik (Summe der Punkte und gewichtete Punkte)
Schweregrad der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten im Modul

Module	Gewichtung	0 Keine	1 Geringe	2 Erhebliche	3 Schwere	4 Schwerste	
1 Mobilität	10 %	0 – 1	2 – 3	4 – 5	6 – 9	10 – 15	Summe der Einzelpunkte im Modul 1
		0	**2,5**	**5**	**7,5**	**10**	**Gewichtete Punkte im Modul 1**
2 Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	15 %	0 – 1	2 – 5	6 – 10	11 – 16	17 – 33	Summe der Einzelpunkte im Modul 2
3 Verhaltensweisen und psychische Problemlagen		0	1 – 2	3 – 4	5 – 6	7 – 65	Summe der Einzelpunkte im Modul 3
Höchster Wert aus Modul 2 oder Modul 3		**0**	**3,75**	**7,5**	**11,25**	**15**	**Gewichtete Punkte für die Module 2 und 3**
4 Selbstversorgung	40 %	0 – 2	3 – 7	8 – 18	19 – 36	37 – 54	Summe der Einzelpunkte im Modul 4
		0	**10**	**20**	**30**	**40**	**Gewichtete Punkte im Modul 4**
5 Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	20 %	0	1	2 – 3	4 – 5	6 – 15	Summe der Einzelpunkte im Modul 5
		0	**5**	**10**	**15**	**20**	**Gewichtete Punkte im Modul 5**
6 Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	15 %	0	1 – 3	4 – 6	7 – 11	12 – 18	Summe der Einzelpunkte im Modul 6
		0	**3,75**	**7,5**	**11,25**	**15**	**Gewichtete Punkte im Modul 6**
7 Außerhäusliche Aktivitäten		Die Berechnung einer Modulbewertung ist entbehrlich, da die Darstellung der qualitativen Ausprägungen bei den einzelnen Kriterien ausreichend ist, um Anhaltspunkte für eine Versorgungs- und Pflegeplanung ableiten zu können.					
8 Haushaltsführung							

“.

1. Allgemeines

(1) Der Leistungsanspruch nach dem SGB XI bestimmt sich danach, ob und ggf. in welchen Pflegegrad die pflegebedürftige Person einzustufen ist. Die Einstufung in einen Pflegegrad ist abhängig von der Schwere der Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten. Gesundheitlich beeinträchtigte Menschen, die

- voraussichtlich für weniger als sechs Monate der Hilfe bedürfen (Ausnahme: Die zu erwartende Lebensspanne beträgt voraussichtlich weniger als sechs Monate) oder

- einen Hilfebedarf unterhalb der Schwelle der geringen Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten nach § 15 Abs. 2 Satz 6 Nr. 2 und Abs. 3 Satz 4 Nr. 1 SGB XI bzw. bei Kindern im Alter bis 18 Monaten nach § 15 Abs. 7 Nr. 1 SGB XI haben,

sind nicht leistungsberechtigt nach den §§ 36 bis 45b SGB XI; ggf. kann aber ein Leistungsanspruch gegenüber der Sozialhilfe bestehen (vgl. Ziffer 3 Abs. 1 zu § 13 SGB XI).

(2) Eine Höherstufung in einen anderen Pflegegrad ist nur dann möglich, wenn sich das Ausmaß der gesundheitlichen Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder Fähigkeiten auf Dauer erhöht, d. h. voraussichtlich für mindestens sechs Monate – gerechnet ab Änderung der tatsächlichen Verhältnisse (§ 48 SGB X gilt – vgl. Ziffer 2.2 zu § 33 SGB XI).

(3) Ist eine pflegebedürftige Person des Pflegegrades 3 bis 5 in einen geringeren Pflegegrad (mindestens Pflegegrad 2) 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). Die Vorschriften des SGB X sind zu beachten. Hinsichtlich des Besitzstandsschutzes im Rahmen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs vgl. Ziffer 3 zu § 140 SGB XI.

Ist eine pflegebedürftige Person des Pflegerades 2 bis 5 in den Pflegegrad 1 einzustufen, besteht lediglich ein Anspruch auf Leistungen nach § 28a SGB XI. Die Leistungszusage für die Leistungen nach §§ 36 bis 44 SGB XI ist für die Zukunft aufzuheben (§ 48 SGB X gilt). Sofern die pflegebedürftige Person Leistungen nach den §§ 38a, 40, 43b und 45b SGB XI erhält, besteht der Leistungsanspruch weiterhin. Befindet sich die pflegebedürftige Person in einer vollstationären Pflegeeinrichtung wird ein Zuschuss in Höhe von 131,00 Euro gewährt.

Fällt die Pflegebedürftigkeit weg, ist die Leistungszusage ebenfalls für die Zukunft aufzuheben (§ 48 SGB X gilt).

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

2. Pflegegrade

Der Pflegegrad orientiert sich an der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten. Insgesamt gibt es fünf Pflegegrade:

- Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten
- Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeit
- Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten
- Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten
- Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

Die Ermittlung des Pflegegrades erfolgt mit Hilfe eines Begutachtungsinstruments (vgl. Begutachtungs-Richtlinien). Dieses ist in sechs Module gegliedert, die den sechs Bereichen

- Mobilität,
- kognitive und kommunikative Fähigkeiten,
- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen,
- Selbstversorgung
- Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen sowie
- Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

in § 14 Abs. 2 SGB XI entsprechen. Zusätzlich umfasst es die Bereiche Außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung. Diese werden zwar festgestellt, sie gehen jedoch nicht in die Ermittlung des Pflegegrades mit ein. In den einzelnen Kriterien der Module 1 bis 6 wird die Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten bewertet und für jedes erhobene Kriterium je nach Schweregrad der Beeinträchtigungen Einzelpunkte vergeben. Zudem werden die Module im Verhältnis zueinander gewichtet, um körperliche, kognitive und psychische Beeinträchtigungen anhand eines übergreifenden Maßstabs, der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, in ein Verhältnis zu stellen, das die verschiedenen Arten von Beeinträchtigungen angemessen berücksichtigt. Aus dem so ermittelten Gesamtpunktwert wird der Pflegegrad abgeleitet.

Die Konkretisierung der Kategorien der Module, der jeweiligen Einzelpunkte, Summe der Einzelpunkte und gewichteten Punkte in jedem Modul ist in den Anlagen 1 und 2 zu § 15 SGB XI festgelegt.

3. Ermittlung der Gesamtpunkte

Zunächst werden in den Modulen 1 bis 6 für jedes Kriterium der Bereiche des § 14 Abs. 2 SGB XI die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten erhoben. Mit Ausnahme von Modul 5 ist für die Bewertung der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit und der Fähigkeiten eine Skalierung von vier Schweregraden vorgesehen. Je nach Ausprägung des Kriteriums wird eine entsprechende Punktzahl vergeben.

In den **Modulen 1, 4 und 6** wird der Grad der Selbständigkeit des Antragstellers anhand einer vierstufigen Skala von selbständig, überwiegend selbständig, überwiegend unselbständig bis unselbständig zugeordnet.

selbständig: Selbständig ist eine antragstellende Person, wenn sie die Aktivität in der Regel selbständig durchführen kann. Möglicherweise ist die Durchführung erschwert oder verlangsamt oder nur unter Nutzung von Hilfsmitteln möglich. Entscheidend ist jedoch, dass die antragstellende Person keine personelle Hilfe benötigt. Vorübergehende oder nur vereinzelt auftretende Beeinträchtigungen sind nicht zu berücksichtigen.

überwiegend selbständig: Überwiegende Selbständigkeit liegt vor, wenn die antragstellende Person den größten Teil der Aktivität selbständig durchführen kann. Dementsprechend entsteht nur ein geringer, mäßiger Aufwand für die Pflegeperson.

überwiegend unselbständig: Überwiegende Unselbständigkeit der antragstellenden Person liegt vor, wenn die Aktivität nur zu einem geringen Anteil selbständig durchgeführt werden kann. Es sind aber Ressourcen vorhanden, so dass eine Beteiligung möglich ist. Dies setzt ggf. ständige Anleitung oder aufwändige Motivation auch während der Aktivität voraus oder Teilschritte der Handlung müssen übernommen werden. Zurechtlegen und Richten von Gegenständen, wiederholte Aufforderungen oder punktuelle Unterstützungen reichen nicht aus.

Unselbständig: Unselbständigkeit liegt vor, wenn die antragstellende Person die Aktivität in der Regel nicht selbständig durchführen bzw. steuern kann, auch nicht in Teilen. Es sind kaum oder keine Ressourcen vorhanden. Ständige Motivation, Anleitung und Beaufsichtigung reichen auf keinen Fall aus. Die Pflegeperson muss alle oder nahezu alle Teilhandlungen anstelle der antragstellenden Person durchführen. Eine minimale Beteiligung ist nicht zu berücksichtigen (z. B wenn sich die antragstellende Person im sehr geringen Umfang mit Teilhandlungen beteiligt).

Im **Modul 2** wird die Intensität einer funktionalen Beeinträchtigung bezüglich kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten einer vierstufigen Skala zugeordnet:

- Fähigkeit vorhanden, unbeeinträchtigt
- Fähigkeit größtenteils vorhanden
- Fähigkeit in geringem Maße vorhanden
- Fähigkeit nicht vorhanden

Fähigkeit vorhanden bzw. unbeeinträchtigt: Die Fähigkeit ist (nahezu) vollständig vorhanden.

Fähigkeit größtenteils vorhanden: Die Fähigkeit ist überwiegend (die meiste Zeit über, in den meisten Situationen), aber nicht durchgängig vorhanden. Die antragstellende Person hat Schwierigkeiten, höhere oder komplexere Anforderungen zu bewältigen.

Fähigkeit in geringem Maße vorhanden: Die Fähigkeit ist stark beeinträchtigt, aber erkennbar vorhanden. Die antragstellende Person hat häufig und/oder in vielen Situationen Schwierigkeiten. Sie kann nur geringe Anforderungen bewältigen. Es sind Ressourcen vorhanden.

Fähigkeit nicht vorhanden: Die Fähigkeit ist nicht oder nur in sehr geringem Maße (sehr selten) vorhanden.

Im **Modul 3** wird die Häufigkeit des Auftretens bezüglich der Verhaltensweisen einer vierstufigen Skala zugeordnet:

- nie oder sehr selten

- selten, d.h. ein- bis dreimal innerhalb von zwei Wochen
- häufig, d.h. zweimal bis mehrmals wöchentlich, aber nicht täglich
- täglich

Im **Modul 5** werden verschiedene Kategorien bewertet, also das Vorkommen, die Häufigkeit des Auftretens und die Selbständigkeit der antragstellenden Person bei der Durchführung.

Die Einzelpunkte der jeweiligen Kategorien eines Moduls sind in Anlage 1 zu § 15 SGB XI festgesetzt. Die so ermittelten Einzelpunkte werden zu einem Gesamtwert aufsummiert. Dieser Gesamtwert wird je nach Schwere der Beeinträchtigungen einem gewichteten Punktwert zugeordnet, der das Ausmaß der Beeinträchtigung der Selbständigkeit des jeweiligen Moduls widerspiegelt. Der gewichtete Punktwert ist in Anlage 2 zu § 15 SGB XI festgesetzt. Die Module werden wie folgt gewichtet:

- Mobilität: 10 v. H.
- Kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychische Problemlagen: 15 v. H.
- Selbstversorgung: 40 v. H.
- Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen: 20 v. H.
- Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte: 15 v. H.

Module		**Schweregrad der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten**				
		keine 0	**geringe 1**	**erhebliche 2**	**schwere 3**	**schwerste 4**
Mobilität (10 v. H.)	Summe der Punkte Modul 1	0 – 1	2 - 3	4 – 5	6 – 9	10 - 15
	Gewichtete Punkte Modul 1	**0**	**2,5**	**5**	**7,5**	**10**
Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	Summe der Punkte Modul 2	0 – 1	2 – 5	6 – 10	11 – 16	17 - 33
Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	Summe der Punkte Modul 3	0	1 – 2	3 – 4	5 – 6	7 - 65
Höchster Wert aus Modul 2 oder 3 (15 v. H.)		**0**	**3,75**	**7,5**	**11,25**	**15**
Selbstversorgung (40 v. H.)	Summe der Punkte Modul 4	0 – 2	3 – 7	8 – 18	19 – 36	37 - 54
	Gewichtete Punkte Modul 4	**0**	**10**	**20**	**30**	**40**
Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen (20 v. H.)	Summe der Punkte Modul 5	0	1	2 – 3	4 – 5	6 - 15
	Gewichtete Punkte Modul 5	**0**	**5**	**10**	**15**	**20**
Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (15 v. H.)	Summe der Punkte Modul 6	0	1 – 3	4 – 6	7 – 11	12 - 18
	Gewichtete Punkte Modul 6	**0**	**3,75**	**7,5**	**11,25**	**15**

Aus der Zusammenführung aller gewichteten modulspezifischen Punkte ergibt sich der Gesamtpunktwert, der das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit bestimmt und auf dessen Grundlage sich der Pflegegrad ableitet. Eine Besonderheit besteht darin, dass nicht beide Werte der Module 2 und 3, sondern nur der höchste der beiden Werte in die Berechnung eingeht.

Auf der Basis des ermittelten Gesamtpunkts ist die antragstellende Person in einen der Pflegegrade einzuordnen. Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn der Gesamtpunktwert mindestens 12,5 Punkte beträgt. Der Grad der Pflegebedürftigkeit bestimmt sich wie folgt:

- Pflegegrad 1: ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkte,
- Pflegegrad 2: ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkte,
- Pflegegrad 3: ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkte,
- Pflegegrad 4: ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkte,
- Pflegegrad 5: ab 90 bis 100 Gesamtpunkte.

Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen aufgrund der Gebrauchsunfähigkeit beider Arme und Beine werden unabhängig vom Erreichen des Schwellenwertes von 90 Punkten dem Pflegegrad 5 zugeordnet.

4. Besonderheiten bei Kindern

Für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit bei Kindern gelten grundsätzlich die Prinzipien der Erwachsenenbegutachtung. Jedoch sind pflegebedürftige Kinder zur Feststellung des Hilfebedarfs mit einem gesunden Kind gleichen Alters zu vergleichen. Maßgebend für die Beurteilung eines Hilfebedarfs ist nicht die altersbedingte Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, sondern solche, die darüber hinausgehen. Im Übrigen gelten für die Feststellung und Ermittlung des Pflegerades bei Kindern grundsätzlich die Prinzipien des Begutachtungsinstruments. Jedoch findet für Kinder bis zur Vollendung des 11. Lebensjahres eine andere Punktesystematik Anwendung. Diese ist den Begutachtungs-Richtlinien zu entnehmen. Ab dem 12. Lebensjahr gilt die Punktsystematik für Erwachsene.

Bei Kindern bis zum vollendeten 18. Lebensmonat werden aufgrund ihrer noch natürlichen Unselbständigkeit nur die altersunabhängigen Module 3 „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“ und Modul 5 „Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen“ zur Beurteilung herangezogen. An Stelle von Modul 4 „Selbstversorgung“ ist die Frage zu beantworten, ob gravierende Probleme bei der Nahrungsaufnahme, die einen außergewöhnlichen pflegeintensiven Hilfebedarf im Bereich der Ernährung auslösen, bestehen. Kinder dieser Altersgruppe werden außerdem pauschal einen Pflegegrad höher eingestuft als Kinder nach dem 18. Lebensmonat und als Erwachsene:

- Pflegegrad 2: ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkte,
- Pflegegrad 3: ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkte,
- Pflegegrad 4: ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkte,
- Pflegegrad 5: ab 70 bis 100 Gesamtpunkte,

Kinder dieser Altersgruppe können in diesem Pflegegrad ohne weitere Begutachtung bis zum vollendeten 18. Lebensmonat verbleiben, soweit zwischenzeitlich kein Höherstufungsantrag gestellt wird oder eine Wiederholungsbegutachtung aus fachlicher Sicht notwendig ist. Nach dem 18. Lebensmonat erfolgt eine reguläre Einstufung entsprechend § 15 Abs. 3 SGB XI, ohne dass es einer erneuten Begutachtung bedarf. Eine erneute Begutachtung erfolgt daher

nur, wenn relevante Änderungen zu erwarten sind (z. B. durch eine erfolgreiche Operation einer Lippen-Kiefer-Gaumenspalte oder eines angeborenen Herzfehlers).

Das Kriterium hinsichtlich des Vorliegens einer besonderen Bedarfskonstellation der Gebrauchsunfähigkeit beider Arme und beider Beine ist altersunabhängig immer zu bewerten.

§ 17 SGB XI
Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund; Richtlinien der Pflegekassen

(1) Der Medizinische Dienst Bund erlässt mit dem Ziel, eine einheitliche Rechtsanwendung zu fördern, im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen Richtlinien zur pflegefachlichen Konkretisierung der Inhalte des Begutachtungsinstruments nach § 15 sowie zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 18 bis 18c (Begutachtungs-Richtlinien). Er hat dabei die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, den Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene und die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene zu beteiligen. Ihnen ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen wirken nach Maßgabe der nach § 118 Absatz 2 erlassenen Verordnung beratend mit. § 118 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend. Wird schriftlichen Anliegen der in Satz 5 genannten Organisationen nicht gefolgt, sind ihnen auf Verlangen die Gründe dafür schriftlich mitzuteilen.

(1a) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund Richtlinien zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a (Pflegeberatungs-Richtlinien). An den Pflegeberatungs-Richtlinien nach Satz 1 sind die Länder, der Verband der privaten Krankenversicherung e.V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege sowie die Verbände der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene zu beteiligen. Den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene, unabhängigen Sachverständigen sowie den maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie ihrer Angehörigen ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Darüber hinaus ergänzt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene und der Länder bis zum 31. Juli 2020 die Pflegeberatungs-Richtlinien um Regelungen für eine einheitliche Struktur eines elektronischen Versorgungsplanes nach § 7a Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 und für dessen elektronischen Austausch sowohl mit den Pflegekassen als auch mit den beteiligten Ärzten und Ärztinnen und Pflegeeinrichtungen sowie mit den Bratungsstellen der Kommunen sowie bis zum 31. Dezember 2021 um Regelungen zur Nutzung von digitalen Anwendungen nach § 7a Absatz 2 einschließlich der Festlegungen über technische Verfahren und der Bestimmung von digitalen Anwendungen zur Durchführung der Beratungen. Die Pflegeberatungs-Richtlinien sind für die Pflegeberater und Pflegeberaterinnen der Pflegekassen, der Beratungsstellen nach § 7b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 sowie der Pflegestützpunkte nach § 7c unmittelbar verbindlich. Die Festlegungen über technische Verfahren nach Satz 4 sind im Einvernehmen mit der oder dem Bundesbeauftragten für Datenschutz und die Informationsfreiheit und dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik zu treffen.

(1b) Der Medizinische Dienst erlässt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen Richtlinien zur Feststellung des Zeitanteils, für den die Pflegeversicherung bei ambulant versorgten Pflegebedürftigen, die einen besonders hohen Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen haben und die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 und der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Absatz 2 des Fünften Buches beziehen, die hälftigen Kosten zu tragen hat. Von den Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 sind dabei nur

Maßnahmen der körperbezogenen Pflege zu berücksichtigen. Im Übrigen gilt § 17a Absatz 1 Satz 2 bis 6 entsprechend.

(1c) Der Medizinische Dienst Bund erlässt mit dem Ziel, die Dienstleistungsorientierung für die Versicherten im Begutachtungsverfahren zu stärken, unter fachlicher Beteiligung der Medizinischen Dienste verbindliche Richtlinien zur Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren. Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sind zu beteiligen. Die Richtlinien regeln insbesondere

1. *allgemeine Verhaltensgrundsätze für alle unter der Verantwortung der Medizinischen Dienste am Begutachtungsverfahren Beteiligten,*

2. *die Pflicht der Medizinischen Dienste zur individuellen und umfassenden Information des Versicherten über das Begutachtungsverfahren, insbesondere über den Ablauf, die Rechtsgrundlagen und Beschwerdemöglichkeiten,*

3. *die regelhafte Durchführung von Versichertenbefragungen und*

4. *ein einheitliches Verfahren zum Umgang mit Beschwerden, die das Verhalten der Mitarbeiter der Medizinischen Dienste oder das Verfahren bei der Begutachtung betreffen.*

(2) Die Richtlinien nach den Absätzen 1, 1a, 1b und 1c 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. Begutachtungs-Richtlinien

Es gelten die Begutachtungs-Richtlinien in der jeweils gültigen Fassung.

2. Pflegeberatungs-Richtlinien

Es gelten die Pflegeberatungs-Richtlinien in der jeweils gültigen Fassung.

3. Kostenabgrenzungs-Richtlinien

Es gelten die Kostenabgrenzungs-Richtlinien in der jeweils gültigen Fassung.

4. Dienstleistungs-Richtlinien

Es gelten die Dienstleistungs-Richtlinien in der jeweils gültigen Fassung.

§ 18 SGB XI
Beauftragung der Begutachtung

(1) Die Pflegekassen beauftragen den Medizinischen Dienst oder andere unabhängige Gutachterinnen und Gutachter mit der Prüfung, ob bei der zu begutachtenden Person die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welcher Pflegegrad vorliegt. Sie übermitteln die Aufträge zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit an den Medizinischen Dienst oder an die von ihnen beauftragten Gutachterinnen und Gutachter. Die Übermittlung eines Auftrags hat innerhalb von drei Arbeitstagen ab Eingang des Antrags auf Pflegeleistungen nach § 33 Absatz 1 Satz 1 in gesicherter elektronischer Form zu erfolgen; eine davon abweichende Form der Auftragsübermittlung ist bis einschließlich 30. November 2023 zulässig. Der Medizinische Dienst Bund regelt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 bis spätestens zum 31. Oktober 2023, welche Unterlagen zwingend zur Beauftragung der Feststellung von Pflegebedürftigkeit erforderlich sind.

(2) Die Pflegekassen können den Medizinischen Dienst oder andere unabhängige Gutachterinnen und Gutachter mit der Prüfung beauftragen, für welchen Zeitanteil die Pflegeversicherung bei ambulant versorgten Pflegebedürftigen, die einen besonders hohen Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen haben und die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 und der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Absatz 2 des Fünften Buches beziehen oder die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 und der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c des Fünften Buches beziehen, die hälftigen Kosten zu tragen hat. Von den Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 sind nur Maßnahmen der körperbezogenen Pflege zu berücksichtigen. Bei der Prüfung des Zeitanteils sind die Richtlinien nach § 17 Absatz 1b zu beachten.

(3) Die Pflegekasse ist verpflichtet, dem Antragsteller eine Liste zu übersenden, in der mindestens drei unabhängige Gutachterinnen oder Gutachter zur Auswahl benannt werden,

1. *wenn nach Absatz 1 unabhängige Gutachterinnen oder Gutachter mit der Prüfung beauftragt werden sollen oder*
2. *wenn innerhalb von 20 Arbeitstagen ab Antragstellung keine Begutachtung erfolgt ist.*

Der Antragsteller ist auf die Qualifikation und auf die Unabhängigkeit der benannten Gutachterinnen und Gutachter hinzuweisen. Hat sich der Antragsteller für eine benannte Gutachterin oder einen benannten Gutachter entschieden, wird dem Wunsch entsprochen. Der Antragsteller hat der Pflegekasse seine Entscheidung innerhalb einer Woche ab Kenntnis der Namen der Gutachterinnen und Gutachter mitzuteilen, ansonsten kann die Pflegekasse eine Gutachterin oder einen Gutachter aus der übersandten Liste beauftragen. Satz 1 Nummer 2 findet keine Anwendung, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat.

(4) Die Pflegekassen und die Krankenkassen sowie die Leistungserbringer sind verpflichtet, dem Medizinischen Dienst oder den von der Pflegekasse beauftragten Gutachterinnen und Gutachtern die für die Begutachtung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen, soweit diese jeweils für die Begutachtung erforderlich sind. Die Pflegekassen haben die Unterlagen in gesicherter elektronischer Form weiterzuleiten; eine davon abweichende Form der Weiterleitung der Unterlagen ist bis einschließlich 30. November 2023 zulässig. Für die Pflegekassen und die Krankenkassen gilt § 276 Absatz 1 Satz 2 und 3 des Fünften Buches entsprechend.

1. Allgemeines

(1) Das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist in den Begutachtungs-Richtlinien (vgl. §§ 17, 53d Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB XI) für die MD und die Pflegekassen verbindlich geregelt (§ 53d Abs. 3 Satz 4 SGB XI). Die Entscheidung über das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung in einen Pflegegrad ist von der Pflegekasse unter maßgeblicher Berücksichtigung des Gutachtens des MD oder der von ihr beauftragten Gutachterin oder des von ihr beauftragten Gutachters zu treffen. Der Pflegekasse 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 der versicherten Person eine Prüfung durch den MD oder durch eine von ihr beauftragte Gutachterin oder durch einen von ihr beauftragten Gutachter zu veranlassen. Die Pflegekasse hat den Begutachtungsauftrag spätestens am dritten Arbeitstag ab Eingang des Antrags an den MD oder an die von ihr beauftragte Gutachterin oder an den von ihr beauftragten Gutachter (siehe Ziffer 3) in gesicherter elektronischer Form zu übermitteln. Die Übermittlung des Begutachtungsauftrags in gesicherter elektronischer Form ist ab dem 01.12.2023 verpflichtend. Ausnahmsweise kann die Einschaltung des MD oder der von der Pflegekasse beauftragten Gutachterin oder des von ihr beauftragten Gutachters unterbleiben, wenn die Anspruchsvoraussetzungen auch ohne eine Begutachtung von vornherein verneint werden können.

Für die Begutachtung zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit können im Einzelfall zusätzliche Unterlagen zwingend erforderlich sein. In den Begutachtungs-Richtlinien nach § 17 Abs. 1 SGB XI ist in Kapitel 3.1 festgelegt, in welchen Fällen welche Informationen, Daten und Unterlagen von der antragstellenden Person vorgelegt bzw. von der Pflegekasse beizubringen und dem MD oder anderen unabhängigen Gutachterinnen und Gutachtern mit dem Begutachtungsauftrag zu übermitteln sind.

(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 der versicherten Person erfolgte Unterrichtung der Pflegekasse durch Dritte (§ 7 Abs. 2 SGB XI, §§ 20, 21 SGB X). Die Pflegekasse bittet die versicherte Person bzw. die bevollmächtigte Person oder den Betreuer bzw. die Betreuerin oder den gesetzlichen Vertreter bzw. die gesetzliche Vertreterin, den MD oder den von ihr beauftragten Gutachter bzw. die von ihr beauftragte Gutachterin eine Einwilligung zur Einholung von Auskünften bei ihrer behandelnden Ärztin bzw. ihrem behandelnden Art und ihren betreuenden Pflegekräften zu erteilen, sofern dies nicht bereits im Rahmen der Antragstellung (vgl. § 17 Abs. 1 Nr. 3 SGB I) erfolgt ist und klärt sie über die Mitwirkungspflichten auf.

(3) In den Begutachtungs-Richtlinien werden die Begutachtungskriterien erläutert. Sie enthalten fachliche Vorgaben für die MD, für andere unabhängige Gutachterinnen und Gutachter sowie für die Pflegekassen. Die Richtlinien sind für die Pflegekassen und den MD sowie die von den Pflegekassen beauftragten Gutachterinnen und Gutachter verbindlich. Die Begutachtungs-Richtlinien sichern zugleich die Gleichbehandlung der versicherten Personen.

2. Kostenabgrenzung bei erheblichem Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen

Bei ambulant versorgten Pflegebedürftigen, die einen erheblichen Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen haben und die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 SGB XI und der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 SGB V beziehen oder Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 SGB XI und der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c SGB V beziehen, ist eine Kostenabgrenzung zwischen der Pflegeversicherung und der Krankenversicherung vorzunehmen. Von den Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 SGB XI sind nur Maßnahmen der körperbezogenen Pflege zu berücksichtigen. Insoweit bleiben insbesondere hauswirtschaftliche Hilfen von der Kostenabgrenzung unberührt.

Vor dem Hintergrund, dass die Regelungen der §§ 14, 15 SGB XI keine zeitorientierte und verrichtungsbezogene Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit mehr vorsehen, wird der durch die Pflegeversicherung zu tragende Anteil in den Kostenabgrenzungs-Richtlinien nach § 17 Abs. 1b SGB XI pauschal festgelegt.

Das im Rahmen der Kostenabgrenzungs-Richtlinien beschriebene Pauschalmodell findet erst bei ab dem 01.01.2017 neu beantragten Leistungen der sog. „Intensivpflege“ Anwendung. In den Fällen, in denen bereits vor dem 01.01.2017 eine Kostenabgrenzung auf Grundlage der bis dahin durch den MD erhobenen Zeitwerte für die „reine“ Grundpflege vorgenommen wurde, bleibt es bei der Berücksichtigung der dort festgestellten Minutenwerte. Eine Berücksichtigung der in den Richtlinien geregelten pauschalen Minutenwerte erfolgt nur bei einer Änderung des Pflegegrades aufgrund einer Nachbegutachtung.

Eine Einzelfallprüfung durch den MD ist damit entbehrlich.

3. Beauftragung unabhängiger Gutachterinnen und Gutachter

Die Pflegekasse kann zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit und des Pflegegrades sowohl den MD als auch unabhängige Gutachterinnen und Gutachter beauftragen. Das Nähere zur Beauftragung von unabhängigen Gutachterinnen und Gutachter, insbesondere zu den Anforderungen an die Qualifikation, deren Unabhängigkeit, das Verfahren und die Qualitätssicherung, sind in den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Zusammenarbeit der Pflegekassen mit anderen unabhängigen Gutachtern (Unabhängige Gutachter-Richtlinien – UGu-RiLi) nach § 53b SGB XI verbindlich für die Pflegekassen geregelt.

Wenn unabhängige Gutachterinnen und Gutachter mit der Begutachtung beauftragt werden sollen, ist die Pflegekasse verpflichtet, der antragstellenden Person eine Liste zu übersenden, in der mindestens drei unabhängige Gutachterinnen oder Gutachter zur Auswahl benannt werden**.** Dies gilt auch, wenn innerhalb von 20 Arbeitstagen ab Antragstellung keine Begutachtung erfolgt. Die vorgenannte Pflicht entfällt, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat. Liegt einer der unter Kapitel 4.4 genannten Verzögerungsgründe, der nicht von der Pflegekasse zu vertreten ist, vor, entfällt die Pflicht zur Zusendung der oben genannten Liste.

Bei Beauftragung einer unabhängigen Gutachterin oder eines unabhängigen Gutachters hat die Pflegekasse der antragstellenden Person die Qualifikation des benannten Gutachters bzw. der benannten Gutachterin mitzuteilen und auf deren Unabhängigkeit hinzuweisen. Hat sich die antragstellende Person für einen der benannten Gutachter bzw. Gutachterinnen entschie-

den, so hat die Pflegekasse dem Wunsch Rechnung zu tragen. Teilt die antragstellende Person der Pflegekasse ihre Entscheidung nicht innerhalb von einer Woche ab Kenntnis der Gutachternamen mit, so kann die Pflegekasse einen der benannten Gutachter bzw. eine der benannten Gutachterinnen mit der Begutachtung beauftragen.

§ 18a SGB XI
Begutachtungsverfahren

(1) Im Rahmen der Prüfung nach § 18 Absatz 1 Satz 1 haben der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachterinnen und Gutachter durch eine Untersuchung des Antragstellers die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten bei den in § 14 Absatz 2 genannten Kriterien nach Maßgabe des § 15 sowie die voraussichtliche Dauer der Pflegebedürftigkeit zu ermitteln.

(2) Der Versicherte ist in seinem Wohnbereich zu untersuchen. Erteilt der Versicherte dazu nicht sein Einverständnis, kann die Pflegekasse die beantragten Leistungen verweigern. Hinsichtlich der Grenzen der Mitwirkung des Versicherten und der Folgen fehlender Mitwirkung gelten die §§ 65, 66 des Ersten Buches. Die Untersuchung ist in angemessenen Zeitabständen zu wiederholen. Abweichend von Satz 1 kann die Begutachtung ausnahmsweise auch ohne Untersuchung des Pflegebedürftigen in seinem Wohnbereich erfolgen, wenn

1. *aufgrund einer eindeutigen Aktenlage das Ergebnis der medizinischen Untersuchung bereits feststeht oder*

2. *bei einer Krisensituation von nationaler Tragweite oder, bezogen auf den Aufenthaltsort des Versicherten, von regionaler Tragweite der Antrag auf Pflegeleistungen während der Krisensituation gestellt wird oder ein Untersuchungstermin, der bereits vereinbart war, in den Zeitraum einer Krisensituation fällt.*

Eine Begutachtung nach Satz 5 Nummer 2 setzt voraus, dass die Krisensituation einer Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich entgegensteht; der Wunsch des Versicherten, persönlich in seinem Wohnbereich untersucht zu werden, ist zu berücksichtigen. Grundlage für eine Begutachtung nach Satz 5 Nummer 2 bilden die zum Versicherten zur Verfügung stehenden Unterlagen sowie die Angaben und Auskünfte, die beim Versicherten, seinen Angehörigen und sonstigen zur Auskunft fähigen Personen einzuholen sind. Das Nähere zu den Voraussetzungen und die weiteren, insbesondere inhaltlichen und organisatorischen Einzelheiten für eine Begutachtung nach Satz 5 Nummer 2 konkretisiert der Medizinische Dienst Bund im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen bis spätestens 31. Oktober 2023 in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1.

(3) Bei der Begutachtung sind darüber hinaus die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten in den Bereichen außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung festzustellen. Beide Bereiche werden bei der rechnerischen Ermittlung des Pflegegrades nicht gesondert berücksichtigt; § 14 Absatz 3 bleibt unberührt. Mit den Feststellungen nach Satz 1 sollen eine umfassende Beratung und das Erstellen eines individuellen Versorgungsplans nach § 7a, das Versorgungsmanagement nach § 11 Absatz 4 des Fünften Buches und eine individuelle Pflegeplanung sowie eine sachgerechte Erbringung von Hilfen bei der Haushaltsführung ermöglicht werden. Bei der Feststellung nach Satz 1 ist im Einzelnen auf die nachfolgenden Kriterien abzustellen:

1. in Bezug auf außerhäusliche Aktivitäten: Verlassen des Bereichs der Wohnung oder der Einrichtung, Fortbewegen außerhalb der Wohnung oder der Einrichtung, Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel im Nahverkehr, Mitfahren in einem Kraftfahrzeug, Teilnahme an kulturellen, re-

ligiösen oder sportlichen Veranstaltungen, Besuch von Schule, Kindergarten, Arbeitsplatz, einer Werkstatt für behinderte Menschen oder Besuch einer Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege oder eines Tagesbetreuungsangebotes, Teilnahme an sonstigen Aktivitäten mit anderen Menschen;
2. in Bezug auf Haushaltsführung: Einkaufen für den täglichen Bedarf, Zubereitung einfacher Mahlzeiten, einfache Aufräum- und Reinigungsarbeiten, aufwändige Aufräum- und Reinigungsarbeiten einschließlich Wäschepflege, Nutzung von Dienstleistungen, Umgang mit finanziellen Angelegenheiten, Umgang mit Behördenangelegenheiten.

Der Medizinische Dienst Bund konkretisiert in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die in Satz 4 genannten Kriterien für die Bereiche außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen pflegefachlich unter Berücksichtigung der Ziele nach Satz 3.

(4) Im Übrigen erstreckt sich die Begutachtung auf die im Gutachten gemäß § 18b darzulegenden Feststellungen und Empfehlungen.

(5) Die Begutachtung ist unverzüglich, spätestens am fünften Arbeitstag nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen, wenn sich der Antragsteller im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung befindet und

1. *Hinweise vorliegen, dass zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung eine Begutachtung in der Einrichtung erforderlich ist, oder*
2. *die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt wurde oder3. mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach § 2 Absatz 1 des Familienpflegezeitgesetzes vereinbart wurde.*

Die Frist nach Satz 1 kann durch regionale Vereinbarungen verkürzt werden. Die verkürzte Begutachtungsfrist nach Satz 1 oder Satz 2 gilt auch dann, wenn der Antragsteller sich in einem Hospiz befindet oder ambulant palliativ versorgt wird.

(6) 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 Absatz 1 des Familienpflegezeitgesetzes vereinbart, so ist

1. *eine Begutachtung des Antragstellers spätestens innerhalb von zehn Arbeitstagen nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen und*
2. *der Antragsteller vom Medizinischen Dienst oder von der von der Pflegekasse beauftragten Gutachterin oder dem von der Pflegekasse beauftragten Gutachter unverzüglich schriftlich darüber zu informieren, welche Empfehlung der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragte Gutachterin oder der von der Pflegekasse beauftragte Gutachter an die Pflegekasse weiterleitet.*

(7) In den Fällen der Absätze 5 und 6 muss die Empfehlung nur die Feststellung beinhalten, ob Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 vorliegt und ob mindestens die Voraussetzungen des Pflegegrades 2 erfüllt sind. Die abschließende Begutachtung des Versicherten ist unverzüglich nachzuholen. Nimmt der Versicherte unmittelbar im Anschluss an den Aufenthalt in einem Krankenhaus, einschließlich eines Aufenthalts im Rahmen der Übergangspflege

nach § 39e des Fünften Buches, oder im Anschluss an den Aufenthalt in einer stationären Rehabilitationseinrichtung Kurzzeitpflege in Anspruch, hat die abschließende Begutachtung spätestens am zehnten Arbeitstag nach Beginn der Kurzzeitpflege in dieser Einrichtung zu erfolgen.

(8) Der Antragsteller ist bei der Begutachtung auf die maßgebliche Bedeutung des Gutachtens insbesondere für eine umfassende Beratung, das Erstellen eines individuellen Versorgungsplans nach § 7a, das Versorgungsmanagement nach § 11 Absatz 4 des Fünften Buches und die Pflegeplanung hinzuweisen. Die Zustimmung des Versicherten nach § 18b Absatz 3 Satz 1 erfolgt gegenüber der Gutachterin oder dem Gutachter im Rahmen der Begutachtung und wird im Begutachtungsformular schriftlich oder elektronisch dokumentiert. Gleiches gilt spätestens ab 1. November 2023 für die Zustimmung des Versicherten nach § 18c Absatz 3 Satz 3. Über die Möglichkeiten nach § 18c Absatz 4 Satz 3 und 4 und das Erfordernis der Einwilligung ist der Antragsteller bei der Begutachtung zu informieren; die Einwilligung ist jeweils schriftlich oder elektronisch zu dokumentieren.

(9) Der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragte Gutachterin oder der von der Pflegekasse beauftragte Gutachter soll, soweit der Versicherte einwilligt, die behandelnden Ärztinnen und behandelnden Ärzte des Antragstellers, insbesondere die Hausärztin oder den Hausarzt, in die Begutachtung einbeziehen und ärztliche Auskünfte und Unterlagen über die für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit wichtigen Vorerkrankungen sowie über Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit einholen. Mit Einwilligung des Versicherten sollen auch pflegende Angehörige oder sonstige Personen oder Dienste, die an der Pflege des Versicherten beteiligt sind, befragt werden.

(10) Die Aufgaben des Medizinischen Dienstes werden durch Pflegefachkräfte oder Ärztinnen und Ärzte in enger Zusammenarbeit mit anderen geeigneten Fachkräften wahrgenommen. Die Prüfung der Pflegebedürftigkeit von Kindern ist in der Regel durch besonders geschulte Gutachterinnen und Gutachter mit einer Qualifikation als Pflegefachfrau oder Pflegefachmann, 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.

(11) Für andere unabhängige Gutachterinnen und Gutachter gilt Absatz 10 entsprechend. Die unabhängigen Gutachterinnen und Gutachter sind bei der Wahrnehmung ihrer fachlichen Aufgaben nur ihrem Gewissen unterworfen. Sie sind nicht berechtigt, in die ärztliche Behandlung und pflegerische Versorgung der Versicherten einzugreifen.

(12) Für die Gutachterinnen und Gutachter, die von den die private Pflege-Pflichtversicherung betreibenden Versicherungsunternehmen beauftragt werden, Pflegebedürftigkeit festzustellen und Pflegegrade zuzuordnen, gilt § 23 Absatz 6 Nummer 1.

1. Untersuchungsort/-ergebnis

(1) Die Prüfung der Pflegebedürftigkeit ist ein komplexer Begutachtungsvorgang, der in der Regel aus einer zielorientierten Untersuchung besteht. Der MD oder die von der Pflegekasse beauftragte Gutachterin oder der von der Pflegekasse beauftragte Gutachter hat die versicherte Person im Wohnbereich zu untersuchen. Durch die Untersuchung soll die Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten der antragstellenden Person in den in § 14 Abs. 2 SGB XI genannten Bereichen sowie die voraussichtliche Dauer der Pflegebedürftigkeit ermittelt werden. Für besondere Fallgestaltungen, in denen Leistungsentscheidungen zur Sicherstellung der Weiterversorgung kurzfristig erforderlich sind, ist die Begutachtung auch in der Einrichtung, in der sich die versicherte Person im Zeitpunkt der Antragsstellung befindet, durchzuführen. Mit der Einwilligung der versicherten Person 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) Lässt die versicherte Person sich nicht in ihrer häuslichen Umgebung begutachten, kann die Pflegekasse die beantragten Leistungen verweigern (§§ 62, 66 SGB I gelten). Lebt die versicherte Person in der Wohnung einer dritten Person (z. B. einer oder eines Angehörigen) gilt dies ebenfalls, und zwar selbst dann, wenn nur die Wohnungsinhaberin bzw. der Wohnungsinhaber die Begutachtung in der Wohnung verhindert. Verweigert eine bereits als pflegebedürftig anerkannte Person eine Begutachtung, die für die Feststellung eines höheren Pflegegrades erforderlich ist, führt die Verweigerung nicht zum Wegfall der Leistungen des niedrigeren, bereits anerkannten Pflegegrades, es sei denn, am Fortbestehen dieses Pflegegrades bestehen Zweifel.

(3) Steht aufgrund eindeutiger Aktenlage das Ergebnis der Begutachtung sowie ob und in welchem Umfang geeignete primärpräventive therapeutische bzw. rehabilitative Leistungen in Betracht kommen bereits fest, kann die Begutachtung im Wohnbereich der versicherten Person ausnahmsweise unterbleiben. Das Gutachten nach Aktenlage hat nach den Bestimmungen der Begutachtungs-Richtlinien zu erfolgen. Erforderliche andere Feststellungen (z. B. zur pflegerischen Versorgung, Versorgung mit Pflegehilfsmitteln oder zur Verbesserung des Wohnumfeldes) können dennoch einen Hausbesuch erfordern.

(4) Um in Krisensituationen, wie beispielsweise pandemische Notlagen, Naturkatastrophen oder Großschadensereignisse den antragstellenden Personen einen zeitnahen Zugang zu den ihnen zustehenden Leistungen zu gewährleisten, können Pflegegutachten in solchen Situationen auch aufgrund der den Gutachterinnen und Gutachtern zur Verfügung stehenden Unterlagen sowie durch – gegebenenfalls telefonische Befragungen – der versicherten Personen, deren Bevollmächtigten und rechtlichen Betreuer sowie Angehörigen und sonstigen zur Auskunft fähigen Personen (wie beispielsweise Ärztinnen und Ärzte der antragstellenden Person, Mitarbeitende des bisherigen Pflegedienstes, Nachbarinnen und Nachbarn) erstellt werden.

Die inhaltlichen und organisatorischen Einzelheiten für eine Begutachtung ohne Untersuchung der versicherten Person in Krisensituationen sind in den Begutachtungs-Richtlinien (Kapitel 3.4) festgelegt. Dort sind auch der Ablauf und die Durchführung der Befragungen (Interviews) im Einzelnen dargelegt.

2. Wiederholungsbegutachtungen

(1) Die Begutachtung durch den MD oder durch die von der Pflegekasse beauftragte Gutachterin oder durch den von der Pflegekasse beauftragten Gutachter ist in angemessenen Zeitabständen auf der Grundlage der Empfehlung des MD oder der von der Pflegekasse beauftragten Gutachterin oder 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 MD oder der von der Pflegekasse beauftragten Gutachterin 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 MD oder der von der Pflegekasse beauftragten Gutachterin bzw. 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

- der zuerkannte Pflegegrad noch zutreffend ist.

Eine allein am Zeitablauf orientierte Wiederholungsbegutachtung ist unzulässig (vgl. Kapitel 4.14, F 9 der Begutachtungs-Richtlinien).

Bei Kindern im Alter bis zum 18. Lebensmonat erfolgt eine Wiederholungsbegutachtung nur dann, wenn vor dem 18. Lebensmonat relevante Änderungen zu erwarten sind (beispielsweise durch eine erfolgreiche Operation einer Lippen-Gaumen-Spalte oder eines angeborenen Herzfehlers). Bei Kindern ab dem 18. Lebensmonat hat sich die Angemessenheit einer Wiederholungsbegutachtung am jeweiligen Krankheitsbild und den zu erwartenden Entwicklungsfortschritten zu orientieren (vgl. Kapitel 5.10, KF 9 der Begutachtungs-Richtlinien).

(2) Beantragt die pflegebedürftige Person eine Höherstufung, entspricht das Verfahren dem bei einem Neuantrag. Die Pflegekasse stellt hierfür dem MD oder der von der Pflegekasse beauftragten Gutachterin bzw. 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 MD oder durch die von der Pflegekasse beauftragten Gutachterin bzw. den von der Pflegekasse beauftragten Gutachter in Betracht.

3. Erfassung der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten in den Bereichen außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung

Zum Zweck der differenzierten und individuellen Versorgungsplanung und zur Gewinnung von Anhaltspunkten für den Leistungsumfang der Hilfen bei der Haushaltsführung nach § 36 SGB XI werden zusätzlich zu den in § 14 Abs. 2 SGB XI genannten Bereichen die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten in den Bereichen der außerhäuslichen Aktivitäten und Haushaltsführung erfasst. Die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, die dazu führen, dass die antragstellende Person die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigen kann, werden bereits in den in § 14 Abs. 2 SGB XI genannten sechs Bereichen erfasst. Damit sind die entsprechenden Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten für die Beurteilung des Grades der Pflegebedürftigkeit relevant, werden aber über andere Bereiche erhoben und gehen nicht in die Ermittlung des Pflegegrades ein. So führt beispielsweise eine Beeinträchtigung der Mobilität in aller Regel auch dazu, dass das selbständige Einkaufen erschwert ist (vgl. Ziffer 3 und 4 zu § 14 SGB XI).

4. Begutachtungsfristen

Für besondere Fallgestaltungen, in denen Leistungsentscheidungen kurzfristig erforderlich sind, um die Weiterversorgung zu organisieren oder ergänzende Ansprüche realisieren zu können, sieht die gesetzliche Regelung verkürzte Fristen für die Begutachtung des MD oder der von der Pflegekasse beauftragten Gutachterin oder des von der Pflegekasse beauftragten Gutachters vor. So ist die Begutachtung durch den MD oder der durch die Pflegekasse beauftragten Gutachterin oder des von der Pflegekasse beauftragten Gutachters in der Einrichtung unverzüglich, spätestens am fünften Arbeitstag nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen, wenn

- sich die versicherte Person in einer Einrichtung (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 die versicherte Person in einem Hospiz oder wird ambulant palliativ versorgt, gilt ebenfalls die verkürzte Begutachtungsfrist von fünf Arbeitstagen.

Allein der Aufenthalt in einem Krankenhaus oder in einer Rehabilitationseinrichtung rechtfertigt noch nicht die Anwendung der verkürzten Begutachtungsfrist. Es muss darüber hinaus als eigenständiges Tatbestandsmerkmal die besondere Dringlichkeit einer kurzfristigen Entscheidung erkennbar sein. Davon ist beispielsweise nicht auszugehen, wenn die Pflege im Anschluss an den Aufenthalt in einer Einrichtung (Krankenhaus, stationäre Rehabilitationseinrichtung) durch An- oder Zugehörige bzw. vergleichbar nahestehenden Personen sichergestellt ist.

Darüber hinaus gilt für Antragsteller, die im häuslichen Bereich gepflegt werden, ohne palliativ versorgt zu werden, eine Begutachtungsfrist von zehn Arbeitstagen 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 MD oder der von ihr beauftragten Gutachterin bzw. dem von ihr beauftragten Gutachter bei Eingang des Antrags oder aufgrund anderer vorliegender Hinweise die relevanten Unterlagen für die Durchführung der Begutachtung unverzüglich zur Verfügung stellt.

In Fällen mit verkürzter Begutachtungsfrist muss zunächst nur die Feststellung getroffen werden, ob Pflegebedürftigkeit vorliegt. Liegt Pflegebedürftigkeit vor, ist darüber hinaus festzustellen, ob mindestens die Voraussetzungen des Pflegegrades 2 erfüllt sind. Eine persönliche Untersuchung durch die Gutachterinnen bzw. Gutachter des MD bzw. unabhängige Gutachterinnen und Gutachter noch in der Einrichtung ist nicht erforderlich, soweit auf der Grundlage der zur Verfügung stehenden Unterlagen und den benannten Fremdbefunden

- der aktuelle pflegerelevante Sachverhalt,
- die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
- die pflegebegründene Diagnose(n),
- die Feststellung, ob Pflegebedürftigkeit vorliegt,

abzuleiten ist (vgl. Kapitel 6.1.4 der Begutachtungs-Richtlinien). Die abschließende Begutachtung ist unverzüglich nachzuholen und hat grundsätzlich im Wohnbereich der versicherten Person zu erfolgen.

Nimmt die pflegebedürftige Person im unmittelbaren Anschluss an den Aufenthalt in einem Krankenhaus (einschließlich der Übergangspflege nach § 39e SGB V im Krankenhaus) oder im Anschluss an einer stationären Rehabilitationsmaßnahme Kurzzeitpflege in Anspruch, hat die abschließende Begutachtung spätestens am zehnten Arbeitstag nach Beginn der Kurzzeitpflege in dieser Einrichtung zu erfolgen.

Wurde im Rahmen des Krankenhausaufenthaltes oder einer stationären Rehabilitationsmaßnahme kein Kurzgutachten nach Aktenlage, sondern ein vollständiges Gutachten nach körperlicher Untersuchung der antragstellenden Person durchgeführt und hat die Pflegekasse aufgrund des daraufhin erstellten Gutachtens einen Leistungsbescheid über die Zuerkennung eines Pflegegrades auf Dauer erteilt, bedarf es grundsätzlich keiner weiteren Begutachtung.

5. Bedeutung des Gutachtens und Zustimmung der versicherten Person zu Empfehlungen zur weiteren Versorgung

Der MD oder die von der Pflegekasse beauftragte Gutachterin bzw. der von der Pflegekasse beauftragte Gutachter hat die antragstellende Person in der Begutachtung auf die maßgebliche Bedeutung des Gutachtens insbesondere für eine umfassende Beratung, das Erstellen eines individuellen Versorgungsplans nach § 7a SGB XI, das Versorgungsmanagement nach § 11 Abs. 4 SGB V und für die Pflegeplanung hinzuweisen. Aufgrund der besonderen Bedeutung ist das Gutachten daher der antragstellenden Person grundsätzlich mit der Zusendung des Bescheids der Pflegekasse zu übersenden. Dies darf jedoch nicht gegen den Wunsch der antragstellenden Person erfolgen, so dass die antragstellende Person in der Begutachtung vom MD oder der von der Pflegekasse beauftragten Gutachterin bzw. dem von der Pflegekasse beauftragten Gutachter auf ihr Widerspruchsrecht hinzuweisen ist. Dies umfasst auch

den Hinweis auf eine Übersendung des Gutachtens zu einem späteren Zeitpunkt. In dem Formulargutachten ist zu erfassen, ob die antragstellende Person der Übersendung widerspricht.

Im Weiteren hat der MD oder die von der Pflegekasse beauftragte Gutachterin oder der von der Pflegekasse beauftragte Gutachter die versicherte Person im Rahmen der Begutachtung zu befragen und im Formulargutachten zu dokumentieren, ob den empfohlenen Maßnahmen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung zugestimmt wird. Zudem wird bei der Begutachtung erfragt und im Formulargutachten dokumentiert, ob die antragstellende Person der Weiterleitung der Mitteilung über die empfohlenen Heilmittel an die behandelnde Ärztin bzw. an den behandelnden Arzt durch die Pflegekasse zustimmt.

Bei Empfehlung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation hat der MD oder die von der Pflegekasse beauftragte Gutachterin oder der von der Pflegekasse beauftragte Gutachter die Einwilligung der antragstellenden Person zur Weiterleitung der Präventions- und Rehabilitationsempfehlung an die behandelnde Ärztin beziehungsweise den behandelnden Arzt sowie an Angehörige der antragstellenden Person, Personen ihres Vertrauens oder an Pflege- und Betreuungseinrichtungen, die die antragstellende Person versorgen, einzuholen und im Formulargutachten zu dokumentieren. Dasselbe gilt im Hinblick auf die Weiterleitung der Information des zuständigen Rehabilitationsträgers über die Entscheidung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation durch die Pflegekasse an die genannten Personen bzw. Institutionen.

6. Einbeziehung von Dritten

Der MD oder die von der Pflegekasse beauftragte Gutachterin bzw. der von der Pflegekasse beauftragte Gutachter soll die behandelnden Ärzte der versicherten Person, 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 den MD Vereinbarungen über ärztliche Informationen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit geschlossen. Darüber hinaus hat der MD oder die von der Pflegekasse beauftragte Gutachterin bzw. der von der Pflegekasse beauftragte Gutachter mit Einverständnis der versicherten Person auch dessen pflegende Angehörige, Lebenspartner und sonstige an der Pflege beteiligte Personen oder Dienste in die Begutachtung mit einzubeziehen und zu befragen.

§ 18b SGB XI
Inhalt und Übermittlung des Gutachtens

(1) Das Gutachten des Medizinischen Dienstes oder der von der Pflegekasse beauftragten Gutachterinnen oder Gutachter beinhaltet

1. *die Feststellungen, die in der Begutachtung nach § 18a vorzunehmen sind, insbesondere das Ergebnis der Prüfung, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welcher Pflegegrad vorliegt, sowie*

2. *Feststellungen, ob und in welchem Umfang Maßnahmen zur Vermeidung, Überwindung, Minderung oder Verhinderung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit geeignet, notwendig und zumutbar sind; Empfehlungen auszusprechen sind insbesondere zu*

   a) *Maßnahmen der Prävention,*
   b) *Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation,*
   c) *Maßnahmen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung,*
   d) *Maßnahmen zur Heilmittelversorgung,*
   e) *anderen therapeutischen Maßnahmen,*
   f) *Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfelds,*
   g) *edukativen Maßnahmen und*
   h) *einer Beratung zu Leistungen zur verhaltensbezogenen Primärprävention nach § 20 Absatz 5 des Fünften Buches.*

Beantragt der Pflegebedürftige Pflegegeld, hat sich die gutachterliche Stellungnahme auch darauf zu erstrecken, ob die häusliche Pflege in geeigneter Weise sichergestellt ist.

(2) Die Feststellungen zur Prävention und zur medizinischen Rehabilitation sind auf der Grundlage eines bundeseinheitlichen, strukturierten Verfahrens zu treffen und in einer gesonderten Präventions- und Rehabilitationsempfehlung zu dokumentieren. Im Umfang des nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe b festgestellten Bedarfs an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation haben Versicherte einen Anspruch gegen den zuständigen Träger auf diese Leistungen.

(3) Die im Gutachten gegebenen konkreten Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung gelten hinsichtlich Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln, die den Zielen des § 40 dienen, jeweils als Antrag auf Leistungsgewährung, sofern der Versicherte zustimmt. Bezüglich der empfohlenen Hilfsmittel, die den Zielen nach § 40 dienen, wird das Vorliegen der nach § 33 Absatz 1 des Fünften Buches notwendigen Erforderlichkeit vermutet; insofern bedarf es keiner ärztlichen Verordnung gemäß § 33 Absatz 5a des Fünften Buches. Bezüglich der empfohlenen Pflegehilfsmittel wird die Notwendigkeit der Versorgung nach § 40 Absatz 1 Satz 2 vermutet. Welche Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel im Sinne von Satz 1 den Zielen von § 40 dienen, wird in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 konkretisiert. Dabei ist auch die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 des Fünften Buches über die Verordnung von Hilfsmitteln zu berücksichtigen.

(4) Das vollständige Gutachten muss vom Medizinischen Dienst oder von der von der Pflegekasse beauftragten Gutachterin oder von dem von der Pflegekasse beauftragten Gutachter unverzüglich der Pflegekasse in gesicherter elektronischer Form übermittelt werden; eine davon abweichende Form der Übermittlung ist noch bis einschließlich 30. November 2023 zulässig.

1. Allgemeines

Der MD oder die von der Pflegekasse beauftragte Gutachterin bzw. der von der Pflegekasse beauftragte Gutachter teilt der Pflegekasse das Ergebnis seiner Prüfung in dem verbindlichen Formulargutachten (vgl. Kapitel 6.2 und 6.3 "Formulargutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit" der Begutachtungs-Richtlinien) unverzüglich mit. In dem Gutachten ist differenziert unter anderem zu folgenden Sachverhalten Stellung zu nehmen:

- Vorliegen der Voraussetzungen für Pflegebedürftigkeit und Beginn der Pflegebedürftigkeit/Höherstufung,
- Pflegegrad,
- Umfang der Pflegetätigkeit der jeweiligen Pflegeperson(en) (§ 44 SGB XI, § 166 Abs. 2 SGB VI)
- Ob und in welchem Umfang Maßnahmen zur Vermeidung, Überwindung, Minderung oder Verhinderung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit, geeignet, notwendig und zumutbar sind.

Des Weiteren hat der MD oder die von der Pflegekasse beauftragte Gutachterin oder der von der Pflegekasse beauftragte Gutachter, soweit erforderlich, über die derzeitige Versorgungssituation hinausgehend in einem Empfehlungsteil insbesondere Aussagen

- über notwendige Hilfs- und Pflegehilfsmittel (§ 33 SGB V, § 40 SGB XI) sowie Maßnahmen zur Heilmittelversorgung ,
- zu Maßnahmen der Prävention und der medizinischen Rehabilitation,
- zu Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfelds,
- zu edukativen Maßnahmen,
- über das Bestehen eines Beratungsbedarfs zur Primärprävention nach § 20 Abs. 5 SGB V sowie
- zur Prognose über die weitere Entwicklung der Pflegebedürftigkeit und zur Notwendigkeit der Wiederholungsbegutachtung sowie zum Zeitpunkt der Wiederholungsbegutachtung

zu machen.

Die Stellungnahme des MD oder der von der Pflegekasse beauftragten Gutachterin bzw. des von der Pflegekasse beauftragten Gutachters hat sich auch darauf zu erstrecken, ob die Pflege in geeigneter Weise sichergestellt ist. Die Übermittlung des Gutachtens in gesicherter elektronischer Form ist ab dem 01.12.2023 verpflichtend.

2. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zuständiger Träger

Im Rahmen der Prüfung, ob und inwieweit die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind bzw. welcher Pflegegrad vorliegt, hat der MD oder die von der Pflegekasse beauftragte Gutachterin bzw. 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 gesonderten Präventions- und 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). Bestehende rehabilitative Möglichkeiten sollen genutzt werden, um die Situation des Versicherten zu verbessern (vgl. § 11 Abs. 2 SGB V).

3. Maßnahmen zur Prävention

Der MD oder die von der Pflegekasse beauftragte Gutachterin bzw. der von der Pflegekasse beauftragte Gutachter haben für den häuslichen und stationären Bereich unter Würdigung der Ergebnisse der Pflegebegutachtung Stellung zu nehmen, ob und ggf. welche präventiven Maßnahmen empfohlen werden und welche Ziele damit verknüpft werden. Darüber hinaus sind Aussagen darüber zu treffen, ob in der häuslichen Umgebung oder in der Einrichtung, in der die pflegebedürftige Person lebt, ein Beratungsbedarf hinsichtlich primärpräventiver Maßnahmen (Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V) besteht.

In dem „Leitfaden Prävention – Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB V“ finden sich dazu die entsprechenden Rahmenbedingungen für präventive Angebote. Wird eine Beratung zu Leistungen zur Primärprävention nach § 20 Abs. 5 SGB V empfohlen, kann sich diese ausschließlich auf die Maßnahmen/Kurse zu den Handlungsfeldern Bewegungsförderung/Sturzprävention, Gewichtsreduktion, Beseitigung von Mangel- und Fehlernährung, Verbesserung der psychosozialen Gesundheit und verantwortungsbewusster Umgang mit Sucht-/Genussmittel (u. a. Nikotin, Alkohol) beziehen.

Insoweit haben die Versicherten gegenüber anderen Leistungsträgern als den Pflegekassen, insbesondere gegenüber der Krankenkasse, einen Anspruch auf präventive Maßnahmen.

4. Empfehlungen zu edukativen Maßnahmen

Der MD oder die von der Pflegekasse beauftragte Gutachterin bzw. der von der Pflegekasse beauftragte Gutachter haben Empfehlungen zu edukativen Maßnahmen abzugeben. Diese Maßnahmen zielen darauf ab, die individuelle Kompetenz zu verbessern, um gesundheitlich bedingte Anforderungen und alltägliche pflegerische Aufgaben besser zu bewältigen. Unter Edukation werden Lern- und Bildungsmaßnahmen verstanden, die in vier Kernaktivitäten zusammengefasst werden: Information, Schulung, Beratung und Anleitung. Diese Aktivitäten können der antragstellenden Person allein oder gemeinsam mit ihren Angehörigen angeboten werden. Hierzu zählen unter anderem Diabetes-, COPD- oder Asthma-Schulungen, krankheitsbezogene Ernährungsberatung, Anleitung im Umgang mit einem Stoma.

5. Empfehlungen zur Versorgung mit Hilfs- und Pflegehilfsmitteln

Der MD oder die von der Pflegekasse beauftragte Gutachterin bzw. der von der Pflegekasse beauftragte Gutachter haben Empfehlungen zur Versorgung mit Hilfs- und Pflegehilfsmitteln abzugeben. Für bestimmte Hilfs- und Pflegehilfsmittel, die den Zielen nach § 40 SGB XI dienen, gelten die Empfehlungen als Antrag der versicherten Person auf Leistungen, wenn die versicherte Person zustimmt (vgl. Ziffer 1.5 zu § 40 SGB XI).

6. 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 einem Pflegegrad 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. Dies gilt nicht für den durch die Überleitung festgestellten Pflegegrad (§ 140 Abs. 3 SGB XI). Der übergeleitete Pflegegrad ist von der aufnehmenden Pflegekasse zu übernehmen.

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 einem Pflegegrad dieselben Maßstäbe wie in der sozialen Pflegeversicherung anzulegen. Insofern basiert das von diesen Unternehmen veranlasste bzw. erstellte Gutachten gleichfalls auf den Begutachtungs-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.

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

§ 18c SGB XI
Entscheidung über den Antrag, Fristen

(1) Ihre Entscheidung über einen Antrag nach § 33 Absatz 1 Satz 1 hat die zuständige Pflegekasse dem Antragsteller spätestens 25 Arbeitstage nach Eingang des Antrags schriftlich mitzuteilen. In den Fällen einer verkürzten Begutachtungsfrist nach § 18a Absatz 5 und 6 hat die schriftliche Entscheidung der Pflegekasse dem Antragsteller gegenüber unverzüglich nach Eingang der Empfehlung des Medizinischen Dienstes oder der beauftragten Gutachterinnen oder Gutachter bei der Pflegekasse zu erfolgen.

(2) Zusammen mit dem Bescheid wird dem Antragsteller das Gutachten übersandt, sofern er der Übersendung des Gutachtens nicht widerspricht. Mit dem Bescheid ist zugleich das Ergebnis des Gutachtens transparent darzustellen und dem Antragsteller verständlich zu erläutern. Der Medizinische Dienst Bund konkretisiert im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die Anforderungen an eine transparente Darstellungsweise und verständliche Erläuterung des Gutachtens. Die Pflegekasse hat den Antragsteller ebenfalls auf die maßgebliche Bedeutung des Gutachtens im Sinne des § 18 Absatz 8 Satz 1 hinzuweisen. Der Antragsteller kann die Übermittlung des Gutachtens auch zu einem späteren Zeitpunkt verlangen. Die Pflegekasse hat den Antragsteller auf die Möglichkeit hinzuweisen, sich bei Beschwerden über die Tätigkeit des Medizinischen Dienstes vertraulich an die Ombudsperson nach § 278 Absatz 3 des Fünften Buches zu wenden.

(3) Die Pflegekasse übermittelt dem Antragsteller unverzüglich die Entscheidung über die in dem Gutachten empfohlenen Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel und weist ihn zugleich auf die zur Auswahl stehenden Leistungserbringer hin. Spätestens mit der Mitteilung der Entscheidung nach Absatz 1 Satz 1 informiert die Pflegekasse den Antragsteller über die Bedeutung der empfohlenen Heilmittel und klärt ihn über die Regelung nach § 32 Absatz 1a des Fünften Buches auf. Die Pflegekasse leitet eine Mitteilung über die empfohlenen Heilmittel der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt schriftlich oder elektronisch zu, wenn der Antragsteller in die Weiterleitung einwilligt.

(4) Spätestens mit der Mitteilung der Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit leitet die Pflegekasse dem Antragsteller die gesonderte Präventions- und Rehabilitationsempfehlung des Medizinischen Dienstes oder der von der Pflegekasse beauftragten Gutachterinnen oder Gutachter zu und nimmt umfassend und begründet dazu Stellung, inwieweit auf der Grundlage der Empfehlung die Durchführung einer Maßnahme zur Prävention oder 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. Mit Einwilligung des Antragstellers leitet die Pflegekasse die Präventions- und Rehabilitationsempfehlung und die Informationen nach Satz 2 auch seinen Angehörigen, Personen seines Vertrauens, Pflege- und Betreuungseinrichtungen, die den Antragsteller versorgen, oder der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt schriftlich oder elektronisch zu. Sobald der Pflegekasse die Information über die Leistungsentscheidung des zuständigen Rehabilitationsträgers nach § 31 Absatz 3 Satz 4 vorliegt, leitet sie diese Information unverzüglich dem Medizinischen Dienst sowie mit Einwilligung des Antragstellers auch an die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt sowie an Angehörige des Antragstellers, Personen seines Vertrauens oder an Pflege- und Betreuungseinrichtungen, die den Antragsteller versorgen, schriftlich oder elektronisch weiter.

(5) Erteilt die Pflegekasse den schriftlichen Bescheid über den Antrag nicht innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Eingang des Antrags oder wird eine der in § 18a Absatz 5 und 6 genannten verkürzten Fristen 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 vollstationärer Pflege befindet und bereits bei ihm mindestens erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (mindestens Pflegegrad 2) festgestellt sind. Entsprechendes gilt für die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen. Liegt ein Verzögerungsgrund vor, den die Pflegekasse nicht zu vertreten hat, so ist der Lauf der Frist nach Satz 1 so lange unterbrochen, bis die Verzögerung beendet ist; mit Beendigung der Verzögerung läuft die Frist weiter. Die Frist nach Satz 1 beginnt mit der Antragstellung gemäß § 33 Absatz 1. Der Lauf der Frist von 25 Arbeitstagen nach Satz 1 bleibt von einer Entscheidung der Pflegekasse nach Absatz 1 Satz 2 unberührt. Die Pflegekasse hat den Antragsteller nach Eingang seines Antrags nach § 33 Absatz 1 Satz 1 auf die Frist für ihre Entscheidung sowie die verkürzten Begutachtungsfristen und die Folgen der Nichteinhaltung der Fristen hinzuweisen.

(6) Wird der Antragsteller von der Pflegekasse aufgefordert, zur Beauftragung der Feststellung von Pflegebedürftigkeit noch zwingend erforderliche Unterlagen im Sinne des § 18 Absatz 1 Satz 4 einzureichen, so sind die Fristen nach den Absätzen 1 und 5 Satz 1 so lange unterbrochen, bis die geforderten Unterlagen bei der Pflegekasse eingegangen sind; mit Eingang der Unterlagen läuft die Frist weiter. Die Unterbrechung beginnt mit dem Tag, an dem dem Antragsteller die Aufforderung zur Einreichung der noch fehlenden Unterlagen zugeht.

1. Allgemeines

Die Pflegekasse hat der antragstellenden Person im Regelfall innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Antragseingang die endgültige Entscheidung über ihren Antrag schriftlich mitzuteilen. In den Fällen einer verkürzten Begutachtungsfrist nach § 18a Abs. 5 und 6 SGB XI hat die Pflegekasse die vorläufige Entscheidung unverzüglich nach Eingang der Empfehlung des MD oder der beauftragten Gutachterinnen oder Gutachter mitzuteilen. In diesen Fällen ist zudem eine abschließende Entscheidung innerhalb der 25 Arbeitstage-Frist vorzunehmen (siehe Ziffer 2 zu § 18c SGB XI). Zusammen mit dem endgültigen Bescheid ist der antragstellenden Person das Gutachten zu übersenden, sofern der Übersendung nicht widersprochen wurde. Hinsichtlich der verkürzten Begutachtungsfristen siehe Ziffer 4 zu § 18a SGB XI.

2. Fristberechnung

Die Frist zur Entscheidung über die Bewilligung von Leistungen der Pflegekasse nach § 18c Abs. 1 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 die versicherte Person bzw. eine von ihr bevollmächtigte Person, ihre Betreuerin bzw. Betreuer oder gesetzliche Vertreterin bzw. gesetzlichen Vertreter (vgl. Ziffer 1 zu § 33 SGB XI). Die Frist gilt sowohl für Erstanträge als auch für Anträge auf Höherstufung.

Bei der Frist handelt es sich um eine Bearbeitungsfrist, innerhalb derer der Entscheidungsprozess abzuschließen ist. Nicht einzurechnen ist die Bekanntgabe des Verwaltungsaktes. Maßgebend für das Ende der Frist ist also das Bescheiddatum. Die verkürzten Begutachtungsfris-

ten von fünf bzw. zehn Arbeitstagen und die 25-Arbeitstage-Frist schließen sich nicht gegenseitig aus. Sie sind parallel anzuwenden mit der Folge, dass auch in Fällen mit einer verkürzten Begutachtungsfrist bei Verstreichen der 25-tägigen Bearbeitungsfrist im Hinblick auf die Feststellung des endgültigen Pflegegrades eine pauschale Zusatzzahlung in Höhe von 70 Euro je angefangene Woche der Fristüberschreitung anfallen kann.

Hinsichtlich der Hemmung der Fristen siehe Ziffer 3 Absatz 4. In den nachstehenden Beispielen wird nur auf die Verwendung der unterschiedlichen Fristenarten abgestellt.

Beispiel 1

Die versicherte Person befindet sich im Krankenhaus. Den Antragsunterlagen ist zu entnehmen, dass die Pflege der versicherten Person nach dem Krankenhausaufenthalt durch einen nahen Angehörigen zu Hause sichergestellt ist

Ergebnis:

Allein der Aufenthalt im Krankenhaus rechtfertigt nicht die Anwendung der verkürzten Begutachtungsfrist von fünf Arbeitstagen. Da aus den Antragsunterlagen hervorgeht, dass die Pflege im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt sichergestellt ist, liegt kein dringender Entscheidungsbedarf i. S. d. § 18a Abs. 5 Nr. 1 SGB XI vor. Insoweit gilt die 25-Arbeitstage-Frist.

Beispiel 2

Die versicherte Person befindet sich im Krankenhaus. Den Antragsunterlagen ist zu entnehmen, dass die Pflege nach dem Krankenhausaufenthalt nicht sichergestellt ist.

Ergebnis:

Aufgrund des Aufenthalts der versicherten Person im Krankenhaus und der im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt nicht sichergestellten Pflege sind beide Tatbestandsmerkmale des § 18a Abs. 5 Nr. 1 SGB XI erfüllt. Es gilt insoweit die Frist von fünf Arbeitstagen. Gleichzeitig ist die 25-Arbeitstage-Frist anzuwenden.

3. Verzögerungen in der Antragsbearbeitung bzw. bei verkürzten Begutachtungsfristen/Fristüberschreitung

(1) Erteilt die Pflegekasse den endgültigen schriftlichen Bescheid über den Antrag auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit nicht innerhalb von 25 Arbeitstagen oder wird eine der in § 18a Abs. 5 und 6 SGB XI genannten verkürzten Begutachtungsfristen (5 oder 10 Arbeitstage) nicht eingehalten, hat die Pflegekasse nach Fristablauf für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung 70 Euro an die antragstellende Person zu zahlen. Die Zahlung erfolgt unverzüglich nach Bescheiderteilung. Denn ob die Pflegekasse die Überschreitung der in § 18c Absatz 1 Satz 1 SGB XI genannten Frist zu vertreten hat, lässt sich in der Regel erst bei der Bescheiderteilung, also beim Abschluss des Verwaltungsverfahrens mit der notwendigen Sicherheit

feststellen, beispielsweise anhand des von der Pflegekasse zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit veranlassten MD-Gutachtens.

(2) Die Zahlungspflicht gilt nicht für Wiederholungs- oder Widerspruchsgutachten, befristete Leistungsbewilligungen (§ 33 Abs. 1 Satz 4 und Satz 8 SGB XI) oder wenn sich die antragstellende Person in vollstationärer Pflege befindet und bereits Leistungen mindestens in Höhe des Pflegegrades 2 erhält. Für den Zeitraum einer Verzögerung im Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit, die die Pflegekasse nicht zu vertreten hat (Hemmungstatbestand), besteht ebenfalls keine Zahlungspflicht.

(3) Eine Verzögerung, die die Pflegekasse nicht zu vertreten hat, liegt insbesondere vor, wenn die Pflegekasse die fehlende Mitwirkungspflicht der versicherten Person nach § 60 SGB I festgestellt hat. Nach § 60 SGB I ist die versicherte Person 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 der versicherten Person zur Auskunftserteilung nach § 18a Abs. 9 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 die versicherte Person 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.

Im Rahmen der Pflegebegutachtung können z. B. folgende Verzögerungsgründe auftreten, die die Pflegekasse nicht zu vertreten hat:

- Die antragstellende Person befindet sich zum angekündigten bzw. vereinbarten Termin im Krankenhaus oder einer vollstationären Rehabilitations-Einrichtung.

- Die antragstellende Person 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 angekündigte bzw. vereinbarte Termin (zur persönlichen Untersuchung im Wohnbereich, zur Begutachtung per Telefoninterview) wurde von der antragstellenden Person abgesagt oder abgelehnt.

- Die antragstellende Person ist zum angekündigten bzw. vereinbarten Termin verzogen.
- Die antragstellende Person wurde zum angekündigten bzw. vereinbarten Termin zur persönlichen Untersuchung im Wohnbereich nicht angetroffen bzw. zum vereinbarten Termin einer Begutachtung per Telefoninterview telefonisch nicht erreicht.
- Der Wohnsitz der antragstellenden Person ist nicht im Inland.
- Der Hausbesuch oder das Telefoninterview musste wegen Verständigungsschwierigkeiten abgebrochen werden (z. B. Muttersprache).
- Die antragstellende Person ist verstorben.
- Der Hausbesuch oder das Telefoninterview musste wegen Gewaltandrohung oder ähnlich schwerwiegender Gründe abgebrochen werden.
- Fehlende, aber für die Durchführung der Begutachtung zwingend erforderliche Informationen bzw. Unterlagen, die von der antragstellenden Person beizubringen sind.
- Nachhaltige Störung der Infrastruktur (z. B. IT-Sicherheit, Naturkatastrophen).

(4) Liegt ein Verzögerungsgrund vor, der nicht von der Pflegekasse zu vertreten ist, wird der Lauf der Bearbeitungs- bzw. der Begutachtungsfrist gehemmt. Die Fristen laufen in dieser Zeit nicht weiter. Sie werden nach Beendigung der Hemmung fortgesetzt. Ein neuer Fristbeginn nach Beendigung der Verzögerung ist damit nicht verbunden.

Die Hemmung beginnt grundsätzlich mit dem Tag, an dem die Pflegekasse bzw. der MD oder die von der Pflegekasse beauftragte Gutachterin oder der von der Pflegekasse beauftragte Gutachter Kenntnis über den Verzögerungsgrund erhält; spätestens mit dem Tag des Eintritts des Verzögerungsgrundes. Die Hemmung endet grundsätzlich mit der Kenntnis über den Wegfall des Verzögerungsgrundes; frühestens mit dem Tag, an dem der Tatbestand, der zur Hemmung führte, wegfällt (siehe Tabelle Verzögerungsgründe/ Hemmungstatbestände, Beginn und Ende der Hemmung).

Sollten der Pflegekasse noch Unterlagen fehlen, die für die Beauftragung des MD oder anderer unabhängiger Gutachterinnen und Gutachter zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit unerlässlich sind (vgl. Begutachtungs-Richtlinien, Kapitel 3.1) kann die Pflegekasse die antragstellende Person auffordern, die Unterlagen beizubringen. Die Hemmung der Bearbeitungs- bzw. Begutachtungsfristen beginnt mit dem Tag, an dem der antragstellenden Person die Aufforderung zur Einreichung der noch fehlenden Unterlagen zugeht (§ 37 Abs. 2 SGB X). Die Hemmung endet mit dem Eingang der Unterlagen bei der Pflegekasse.

Liegt nach der Fortsetzung des Fristlaufs ein erneuter Verzögerungsgrund vor und werden dadurch die Bearbeitungs- bzw. Begutachtungsfristen nicht eingehalten, ist wiederum zu prüfen, von wem die Verzögerung zu vertreten ist (antragstellende Person oder Pflegekasse) und ob diese Verzögerung erneut den Fristlauf hemmt. Dies gilt unabhängig davon, ob der vorherige Verzögerungsgrund zuvor von der Pflegekasse zu vertreten war oder nicht.

Die Pflegekasse hat sich Verzögerungen zuzurechnen, die der MD oder andere von der Pflegekasse beauftragte Gutachterinnen und Gutachter zu vertreten haben. Allerdings ist von einer solchen sich zuzurechnenden Verzögerung nicht auszugehen, wenn von allen Beteiligten alles unternommen wurde, eine zeitnahe Begutachtung sicherzustellen.

Durch den Eintritt einer Verzögerung, die die Pflegekasse nicht zu vertreten hat, erfolgt eine Hemmung der Frist. In diesen Fällen wird die Begutachtung nachgeholt. Eine solche Nachholung und die damit einhergehende zeitliche Verzögerung im Begutachtungsverfahren ist unmittelbare Folge der zuvorderst eingetretenen Hemmung (Verfahrensverzögerung). Sie kann demzufolge nicht der Pflegekasse zugerechnet werden und führt somit ebenfalls zu einer Hemmung der Fristen nach §§ 18a Abs. 5 und 6 sowie 18c Abs. 1 SGB XI.

Von einer zeitnahen Nachholung der Begutachtung im vorgenannten Sinne ist auszugehen, wenn spätestens innerhalb von 17 Arbeitstagen nach dem Ende einer Fristhemmung eine Begutachtung erfolgt ist. Die Begutachtung ist erfolgt, wenn der maßgebliche Untersuchungstermin (§ 18a Abs. 4 SGB XI) stattgefunden hat und nicht erst, wenn das schriftliche Gutachten vorliegt und an die Pflegekasse übermittelt worden ist (§ 18b Abs. 4 SGB XI).

Grundlage für die Anwendung der 17-Arbeitstage-Frist, ist die in § 18 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB XI genannte Frist von 20 Arbeitstagen ab Antragstellung, innerhalb derer eine Begutachtung zu erfolgen hat, abzüglich der für die Übermittlung eines Begutachtungsauftrages in § 18 Abs. 1 Satz 3 SGB XI genannten Frist von drei Tagen.

Beispiel 1

Aufenthalt im Krankenhaus oder stationärer Rehabilitationseinrichtung

Die versicherte Person beantragt die Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Nach Erhalt der Hausbesuchsankündigung durch den MD informiert sie diesen, dass sie den Begutachtungstermin nicht wahrnehmen könne, da sie stationär im Krankenhaus aufgenommen wurde.

Eingang des Antrags bei der Pflegekasse	am 04.10.2023
Geplanter Begutachtungstermin	am 20.10.2023
Versicherte Person informiert den MD	am 12.10.2023
über die stationäre Krankenhausaufnahme	am 11.10.2023
Krankenhausentlassung	am 23.10.2023
Pflegekasse erhält Kenntnis	am 25.10.2023
Begutachtung durch MD	am 10.11.2023
Bescheiddatum	am 16.11.2023

Ergebnis:

Es gilt die Bearbeitungsfrist von 25 Arbeitstagen.

Antragseingang	am 04.10.2023
Fristbeginn	am 05.10.2023
Fristverlauf	vom 05.10.2023 bis 10.10.2023 (4 AT)

1. Verzögerungsgrund: Aufenthalt im Krankenhaus oder stationärer Rehabilitationseinrichtung

Beginn Hemmung:	Tag der Kenntnis über Aufnahmetag, spätestens Tag der Aufnahme
Ende Hemmung:	Tag der Kenntnis über Entlassungstag, frühestens Tag der Entlassung
Zeitraum Hemmung:	vom 11.10.2023 bis 25.10.2023

2. Verfahrensverzögerung: Zeitnahe Begutachtung nach Ende eines Hemmungstatbestandes

Beginn Hemmung:	Tag nach dem Zeitpunkt, an dem eine Fristhemmung endet
Ende Hemmung:	Tag der durchgeführten Begutachtung, spätestens am 17. Arbeitstag nach dem Zeitpunkt der zuvor beendeten Fristhemmung
17. Arbeitstag	am 20.11.2023* (26.10.2023 – 20.11.2023)
Begutachtung	am 10.11.2023

Die Begutachtung ist vor dem 20.11.2023 und somit zeitnah erfolgt, daher

Zeitraum Hemmung	vom 26.10.2023 bis 10.11.2023
Fristverlauf für 25 Arbeitstage-Frist	vom 11.11.2023 bis 11.12.2023 (21 AT)
Fristende	am 11.12.2023
Bescheiddatum	am 16.11.2023

Die Bescheiderteilung erfolgt innerhalb der 25-Arbeitstage-Frist. Es liegt keine Fristüberschreitung vor.

*Es wurde der 01.11.2023 als gesetzlicher Feiertag berücksichtigt.

Beispiel 2

Antragstellende Person wird zum angekündigten bzw. vereinbarten Begutachtungstermin nicht angetroffen bzw. nicht erreicht

Die versicherte Person beantragt die Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Der MD informiert die versicherte Person über die geplante persönliche Untersuchung in deren Wohnbereich. An diesem Termin wird die antragstellende Person vom MD nicht angetroffen.

Eingang des Antrags bei der Pflegekasse	am 04.10.2023
Geplanter Begutachtungstermin	am 20.10.2023
Versicherte Person informiert den MD	am 23.10.2023
über eine Urlaubsabwesenheit	vom 11.10.2023 bis 25.10.2023
Begutachtung durch MD	am 14.11.2023
Bescheiddatum	am 20.11.2023

Ergebnis:

Es gilt die Bearbeitungsfrist von 25 Arbeitstagen.

Antragseingang	am 04.10.2023
Fristbeginn	am 05.10.2023
Fristverlauf	vom 05.10.2023 bis 10.10.2023 (4 AT)

1. Verzögerungsgrund: Antragstellende Person wird zum angekündigten bzw. vereinbarten Begutachtungstermin nicht angetroffen bzw. nicht erreicht

Beginn Hemmung:	Tag des angekündigten bzw. vereinbarten Begutachtungstermins, spätestens Tag des Eintritts des Verzögerungsgrundes
Ende Hemmung:	Tag, an dem eine Begutachtung nach Angaben der antragstellenden Person möglich ist
Zeitraum Hemmung:	vom 11.10.2023 bis 26.10.2023

2. Verfahrensverzögerung: Zeitnahe Begutachtung nach Ende eines Hemmungstatbestandes

Beginn Hemmung:	Tag nach dem Zeitpunkt, an dem eine Fristhemmung endet
Ende Hemmung:	Tag der durchgeführten Begutachtung, spätestens am 17. Arbeitstag nach dem Zeitpunkt der zuvor beendeten Fristhemmung
17. Arbeitstag	am 21.11.2023* (27.10.2023 -21.11.2023)
Begutachtung	am 14.11.2023

Die Begutachtung ist vor dem 21.11.2023 und somit zeitnah erfolgt, daher

Zeitraum Hemmung	vom 27.10.2023 bis 14.11.2023

Fristverlauf	vom 15.11.2023 bis 13.12.2023 (21 AT)
Fristende	am 13.12.2023
Bescheiderteilung	am 20.11.2023

Die Bescheiderteilung erfolgt innerhalb der 25-Arbeitstage-Frist. Es liegt keine Fristüberschreitung vor.

*Es wurde der 01.11.2023 als gesetzlicher Feiertag berücksichtigt.

Beispiel 3

Antragstellende Person wird zum angekündigten bzw. vereinbarten Begutachtungstermin nicht angetroffen bzw. nicht erreicht

Wie Beispiel 2, mit dem Unterschied, dass die Begutachtung am 24.11.2023 erfolgt.

Ergebnis:

Es gilt die Bearbeitungsfrist von 25 Arbeitstagen.

Antragseingang	am 04.10.2023
Fristbeginn	am 05.10.2023

Fristverlauf vom 05.10.2023 bis 10.10.2023 (4 AT)

1. Verzögerungsgrund: Antragstellende Person wird zum angekündigten bzw. vereinbarten Begutachtungstermin nicht angetroffen bzw. nicht erreicht
Beginn Hemmung: Tag des angekündigten bzw. vereinbarten Begutachtungstermins, spätestens Tag des Eintritts des Verzögerungsgrundes
Ende Hemmung: Tag, an dem eine Begutachtung nach Angaben der antragstellenden Person möglich ist
Zeitraum Hemmung: vom 11.10.2023 bis 26.10.2023

2. Verfahrensverzögerung: Zeitnahe Begutachtung nach Ende eines Hemmungstatbestandes
Beginn Hemmung: Tag nach dem Zeitpunkt, an dem eine Fristhemmung endet
Ende Hemmung: Tag der durchgeführten Begutachtung, spätestens am 17. Arbeitstag nach dem Zeitpunkt der zuvor beendeten Fristhemmung
17. Arbeitstag am 21.11.2023* (27.10.2023 -21.11.2023)
Begutachtung am 24.11.2023

Die Begutachtung ist nicht vor dem 21.11.2023 und somit nicht zeitnah erfolgt, daher
Zeitraum Hemmung vom 27.10.2023 bis 21.11.2023

Fristverlauf vom 22.11.2023 bis 20.12.2023 (21 AT)
Fristende am 20.12.2023
Bescheiderteilung am 30.11.2023

Die Bescheiderteilung erfolgt innerhalb der 25-Arbeitstage-Frist. Es liegt keine Fristüberschreitung vor.

*Es wurde der 01.11.2023 als gesetzlicher Feiertag berücksichtigt.

Beispiel 4

Antragstellende Person wird zum angekündigten bzw. vereinbarten Begutachtungstermin nicht angetroffen bzw. nicht erreicht

Die versicherte Person beantragt die Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Der MD gibt den von der Pflegekasse erteilten Begutachtungsauftrag nach drei vergeblichen Versuchen, eine Begutachtung bei der versicherten Person durchzuführen an die Pflegekasse zurück.

Eingang des Antrags bei der Pflegekasse am 04.10.2023

Erster Begutachtungstermin am 18.10.2023
(antragstellende Person nicht angetroffen)

Zweiter Versuch einer Begutachtung am 30.10.2023
(antragstellende Person erneut nicht angetroffen)

Dritter Versuch einer Begutachtung am 07.11.2023
(antragstellende Person wiederum nicht angetroffen)

Rückgabe des Begutachtungsauftrages an Pflegekasse	am 08.11.2023
Pflegekasse weist die versicherte Person auf ihre Mitwirkungspflichten und die Folgen mangelnder Mitwirkung hin und setzt eine Frist von 14 Arbeitstagen innerhalb derer die antragstellende Person sich zur Begutachtung zur Verfügung zu stellen hat	am 09.11.2023
Die versicherte Person teilt der Pflegekasse am 14.11.2023 mit, dass sie wegen einer Urlaubsabwesenheit bis zum 15.11.2023 erst für eine Begutachtung zur Verfügung steht	am 16.11.2023
Begutachtung erfolgt	am 15.12.2023
Bescheid der Pflegekasse	am 21.12.2023

Ergebnis:

Es gilt die Bearbeitungsfrist von 25 Arbeitstagen.

Antragseingang	am 04.10.2023
Fristbeginn	am 05.10.2023
Fristverlauf	vom 05.10.2023 bis 17.10.2023 (9 AT)

1. Verzögerungsgrund: Antragstellende Person wird zum angekündigten bzw. vereinbarten Begutachtungstermin nicht angetroffen bzw. nicht erreicht

Beginn Hemmung:	Tag des angekündigten bzw. vereinbarten Begutachtungstermins, spätestens Tag des Eintritts des Verzögerungsgrundes
Ende Hemmung:	Tag, an dem eine Begutachtung nach Angaben der antragstellenden Person möglich ist
Zeitraum Hemmung:	vom 18.10.2023 bis 16.11.2023

2. Verfahrensverzögerung: Zeitnahe Begutachtung nach Ende eines Hemmungstatbestandes

Beginn Hemmung:	Tag, nach dem Zeitpunkt, an dem eine Fristhemmung endet	
Ende Hemmung:	Tag der durchgeführten Begutachtung, spätestens am 17. Arbeitstag nach dem Zeitpunkt der zuvor beendeten Fristhemmung	
	17. Arbeitstag	am 11.12.2023 (17.11.2023 – 11.12.2023)
	Begutachtung	am 15.12.2023

Die Begutachtung ist nicht vor dem 11.12.2023 und somit nicht zeitnah erfolgt, daher

Zeitraum Hemmung	vom 17.11.2023 bis 11.12.2023
Fristverlauf	vom 12.12.2023 bis 05.01.2024* (16 AT)
Fristende	am 05.01.2024
Bescheiderteilung	am 21.12.2023

Die Bescheiderteilung erfolgt innerhalb der 25-Arbeitstage-Frist. Es liegt keine Fristüberschreitung vor.

*Bei dem 25.12.2023, dem 26.12.2023 und dem 01.01.2024 handelt es sich um gesetzliche Feiertage

Beispiel 5

Fehlende, für die Begutachtung zwingend erforderliche Unterlagen

Die versicherte Person beantragt die Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Der von der Pflegekasse beauftragte MD teilt der Pflegekasse mit, dass für die Durchführung des Begutachtungsauftrages eine ärztliche Schweigepflichtentbindungserklärung des die versicherte Person behandelnden Hausarztes zwingend erforderlich ist.

Eingang des Antrags bei der Pflegekasse	am 04.10.2023
MD informiert die Pflegekasse über fehlende Unterlagen	am 23.10.2023
Pflegekasse fordert die Unterlagen bei der versicherten Person an	am 23.10.2023
Fiktiver Postzustellungstermin (§ 37 Abs. 2 SGB X)	am 26.10.2023
Fehlende Unterlagen gehen bei der Pflegekasse ein	am 20.11.2023
Weiterleitung an MD	am 20.11.2023
Begutachtung	am 08.12.2023
Bescheiddatum	am 13.12.2023

Ergebnis:

Es gilt die Bearbeitungsfrist von 25 Arbeitstagen.

Antragseingang	am 04.10.2023
Fristbeginn	am 05.10.2023
Fristverlauf	vom 05.10.2023 bis 25.10.2023 (15 AT)

1. Verzögerungsgrund: Fehlende, für die Begutachtung zwingend erforderliche Unterlagen

Beginn Hemmung:	Tag, an dem der antragstellenden Person die Aufforderung zur Einreichung der fehlenden Unterlagen zugeht (Dreitagefiktion)
Ende Hemmung:	Tag, an dem die geforderten Unterlagen bei der Pflegekasse eingehen
Zeitraum Hemmung:	vom 26.10.2023 bis 20.11.2023

2. Verfahrensverzögerung: Zeitnahe Begutachtung nach Ende eines Hemmungstatbestandes

Beginn Hemmung:	Tag nach dem Zeitpunkt, an dem eine Fristhemmung endet
Ende Hemmung:	Tag der durchgeführten Begutachtung, spätestens am 17. Arbeitstag nach dem Zeitpunkt der zuvor beendeten Fristhemmung
17. Arbeitstag	am 13.12.2023 (21.11.2023 - 13.12.2023)
Begutachtung	am 08.12.2023

Die Begutachtung ist vor dem 13.12.2023 und somit zeitnah erfolgt, daher

Zeitraum Hemmung	vom 21.11.2023 bis 08.12.2023
Fristverlauf	vom 09.12.2023 bis 22.12.2023 (10 AT)
Fristende	am 22.12.2023
Bescheiderteilung	am 13.12.2023

Die Bescheiderteilung erfolgt innerhalb der 25-Arbeitstage-Frist. Es liegt keine Fristüberschreitung vor.

Beispiel 6

Aufenthalt im Krankenhaus oder stationärer Rehabilitationseinrichtung

Die versicherte Person befindet sich in stationärer Krankenhausbehandlung und beantragt die Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Den Antragsunterlagen ist zu entnehmen, dass die Pflege nach dem Krankenhausaufenthalt nicht sichergestellt ist.

Im unmittelbaren Anschluss an den Krankenhausaufenthalt wird die antragstellende Person in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung aufgenommen.

Die Pflegekasse ist vom Sozialdienst des Krankenhauses im Vorfeld über die geplante Entlassung informiert worden.

Eingang des Antrags bei der Pflegekasse	am 04.10.2023
Begutachtung nach Aktenlage Ergebnis: Feststellung Pflegebedürftigkeit mindestens Pflegegrad 2 liegt vor	am 08.10.2023
Vorläufiger Bescheid der Pflegekasse erteilt	am 11.10.2023
Krankenhausentlassung und Aufnahme in Kurzzeitpflegeeinrichtung	am 12.10.2023
Erneuter Gutachtenauftrag nach KH-Entlassung	am 14.10.2023
Abschließende Begutachtung in der Kurzzeitpflegeeinrichtung	am 27.10.2023
Endgültiger Bescheid der Pflegekasse erteilt	am 02.11.2023

Ergebnis:

Es gilt die verkürzte Begutachtungsfrist von 5 Arbeitstagen.
Zudem ist die Bearbeitungsfrist von 25 Arbeitstagen anzuwenden.

Antragseingang	am 04.10.2023
Fristbeginn	am 05.10.2023

<u>1. Verkürzte Begutachtungsfrist von 5 AT (§ 18a Abs. 5 SGB XI)</u>

Fristende	am 11.10.2023
Die Begutachtung nach Aktenlage erfolgte	am 08.10.2023
Die vorläufige Bescheiderteilung erfolgte unverzüglich	am 11.10.2023

Die Begutachtung erfolgte innerhalb der 5-Arbeitstage-Frist. Bezogen auf die verkürzte Begutachtungsfrist liegt keine Fristüberschreitung vor.

2. Bearbeitungsfrist von 25 AT (§ 18c Abs. 1 SGB XI)

Verzögerungsgrund: Aufenthalt im Krankenhaus oder stationärer Rehabilitationseinrichtung
Beginn Hemmung: Tag der Kenntnis über Aufnahmetag, spätestens Tag der Aufnahme.
Ende Hemmung: Tag der Kenntnis über Entlassungstag, frühestens Tag der Entlassung.
Zeitraum Hemmung: vom 05.10.2023 bis 12.10.2023

Fristverlauf vom 13.10.2023 bis 17.11.2023* (25 AT)
Fristende am 17.11.2023
Bescheiddatum am 02.11.2023

Die Bescheiderteilung erfolgt innerhalb der 25-Arbeitstage-Frist. Es liegt keine Fristüberschreitung vor.

Der Tatbestand, dass die abschließende Begutachtung in der Kurzzeitpflege nicht innerhalb von 10 Arbeitstagen nach Aufnahme in der Einrichtung erfolgte, ist für die Fristenberechnung im Sinne des § 18c SGB XI unschädlich.

*Es wurde der 01.11.2023 als gesetzlicher Feiertag berücksichtigt.

Tabelle Verzögerungsgründe/Hemmungstatbestände, Beginn und Ende der Hemmung

Verzögerungsgrund/Hemmungstatbestand	**Beginn Hemmung**	**Ende Hemmung**
Aufenthalt im Krankenhaus oder stationärer Rehabilitationseinrichtung	Tag der Kenntnis über Aufnahmetag, spätestens Tag der Aufnahme.	Tag der Kenntnis über Entlassungstag, frühestens Tag der Entlassung.
Absage bzw. Ablehnung des Begutachtungstermins zur persönlichen Untersuchung im Wohnbereich bzw. zur Begutachtung per Telefoninterview durch antragstellende Person	Tag, an dem der Termin zur Begutachtung abgesagt bzw. abgelehnt wurde.	Tag, an dem eine Begutachtung nach Angaben der antragstellenden Person möglich ist.
Antragstellende Person wird zum angekündigten bzw. vereinbarten Begutachtungstermin nicht angetroffen bzw. nicht erreicht	Tag des angekündigten bzw. vereinbarten Begutachtungstermins; spätestens Tag des Eintritts des Verzögerungsgrundes.	Tag, an dem eine Begutachtung nach Angaben der antragstellenden Person möglich ist.
Hausbesuch oder Telefoninterview musste wegen Verständigungsschwierigkeiten, Gewaltandrohung oder wegen schwerwiegender Gründe abgebrochen werden.	Tag des Abbruchs der Begutachtung	Tag, an dem eine Begutachtung nach Angaben der antragstellenden Person möglich ist.
Fehlende, für die Begutachtung zwingend erforderliche Unterlagen	Tag, an dem der antragstellenden Person die Aufforderung zur Einreichung der fehlenden Unterlagen zugeht	Tag, an dem die geforderten Unterlagen bei der Pflegekasse eingehen.

Verzögerungsgrund/Hemmungstatbestand	Beginn Hemmung	Ende Hemmung
Nicht mitgeteilter Umzug der antragstellenden Person	Tag der Kenntnis über den Umzug, spätestens Tag des nicht mitgeteilten Umzuges.	Tag, an dem eine Begutachtung nach Angaben der antragstellenden Person möglich ist.
Antragstellende Person wohnt im Ausland[2]	Tag des Auftrages zur Begutachtung.	Tag, an dem die Begutachtung durchgeführt wurde.
Tod der antragstellenden Person	Tag der Kenntnis über den Tod.	Tag der Begutachtung
Nachhaltige Störung der Infrastruktur	Tag der Kenntnis über die Störung	Tag der Beendigung der Störung
Zeitnahe Begutachtung nach Ende eines Hemmungstatbestandes	Tag nach dem Zeitpunkt, an dem eine Fristhemmung endet.	Tag der durchgeführten Begutachtung, spätestens am 17. Arbeitstag nach dem Zeitpunkt der zuvor beendeten Fristhemmung.

Innerhalb der Fristen nach §§ 18a Abs. 5 und 6 sowie 18c Abs. 1 SGB XI kann es zu mehreren, ggf. auch unmittelbar nacheinander folgenden Verzögerungen in der Antragsbearbeitung kommen. Es ist jeweils zu prüfen, wem die Verzögerung zuzurechnen ist (Pflegekasse oder antragstellende Person) und ob diese Verzögerung zu einer Hemmung der o. a. Fristen führt.

4. Fristüberschreitung

(1) Die Pflegekasse ist zur unverzüglichen Zahlung von 70,00 Euro für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung an die antragstellende Person verpflichtet, sofern sie den schriftlichen Bescheid über den Antrag nicht innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Eingang des Antrags erteilt oder eine der in § 18a Abs. 5 und 6 SGB XI genannten verkürzten Begutachtungsfristen (fünf bzw. zehn Arbeitstage) nicht eingehalten hat.

Die Zahlungspflicht gilt nicht für Wiederholungs- oder Widerspruchsgutachten und befristete Leistungsbewilligungen (§ 33 Abs. 1 Satz 4 und 8 SGB XI) oder wenn sich die antragstellende Person in vollstationärer Pflege befindet und bereits Leistungen mindestens in Höhe des Pflegegrades 2 erhält. Für den Zeitraum einer Verzögerung im Verfahren, die die Pflegekasse nicht zu vertreten hat (Hemmungstatbestand), besteht ebenfalls keine Zahlungspflicht.

Die Fristberechnung für die 25-arbeitstägige Bearbeitungs- bzw. der fünf oder zehnarbeitstägigen Begutachtungsfrist erfolgt auf der Grundlage des § 26 SGB X i. V. m. den §§ 187 ff BGB.

[2] ggf. kein Verzögerungsgrund, wenn z. B. bei Höherstufungsantrag telefonische Begutachtung möglich.

Beispiel 1

Es gilt die 25-Arbeitstage-Frist

Eingang des Antrags bei der Pflegekasse	am 04.10.2023
Fristbeginn	am 05.10.2023
Fristende	am 09.11.2023*
Bescheiddatum	am 13.11.2023

Ergebnis:

Die Pflegekasse hätte den Bescheid über den Antrag der versicherten Person bis spätestens zum 09.11.2023 erteilt haben müssen. Da der Bescheid jedoch am 13.11.2023 erteilt wurde, hat die Pflegekasse die 25-Arbeitstage-Frist überschritten. Da sie die Verzögerung zu vertreten hat, ist sie zur Zahlung von 70,00 Euro verpflichtet.

* Es wurde der 31.10.2023 als gesetzlicher Feiertag berücksichtigt.

(2) Die Zahlungspflicht besteht nur gegenüber der antragstellenden Person. Antragstellende Person ist immer die oder der Versicherte, die bzw. der den Antrag gestellt hat oder für den der Antrag von einer dritten Person als Vertreterin oder Vertreter gestellt 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 Zahlungspflicht entsteht auch, wenn eine der unter Ziffer 1 genannten verkürzten Begutachtungsfristen überschritten wird. Die Pflegekasse hat der antragstellenden Person unverzüglich nach Eingang des Gutachtens des MD oder der von ihr beauftragten Gutachterin bzw. des von ihr beauftragten Gutachters die Entscheidung schriftlich mitzuteilen.

Beispiel 2

Teil 1

Die versicherte Person 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 13.11.2023
Fristbeginn	am 14.11.2023
Fristende	am 20.11.2023
Begutachtung	am 22.11.2023

Ergebnis:

Aufgrund des Aufenthaltes im Krankenhaus und der Ankündigung der Inanspruchnahme von Pflegezeit gegenüber dem Arbeitgeber der Pflegeperson gilt die verkürzte Begutachtungsfrist von fünf Arbeitstagen. Die Frist beginnt einen Tag nach Eingang des Antrags der versicherten Person am 14.11.2023 und endet am 20.11.2023. Die persönliche Begutachtung mit vollständigem Gutachten durch den MD erfolgt erst am 22.11.2023 und damit nicht innerhalb der 5-Arbeitstage-Frist. Da die Pflegekasse die Verzögerung zu vertreten hat, ist sie zur Zahlung von 70,00 Euro verpflichtet.

Teil 2

Wie in Teil 1 befindet sich die versicherte Person im Krankenhaus und die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem PflegeZG wurde gegenüber dem Arbeitgeber der Pflegeperson angekündigt. Der Antrag geht am 13.11.2023 bei der Pflegekasse ein. Die Begutachtung durch den MD erfolgt am 16.11.2023. Das Gutachten ging bei der Pflegekasse am 22.11.2023 ein. Am 27.11.2023 wird der versicherten Person der Bescheid über den Antrag erteilt.

Ergebnis:

Wie in Teil 1 gilt die verkürzte Begutachtungsfrist von fünf Arbeitstagen. Der Beginn der Frist zur Begutachtung ist am 14.11.2023, einen Tag nach Antragseingang bei der Pflegekasse. Der Leistungsbescheid wird zwar erst am 27.11.2023 erteilt, da das Gutachten am 22.11.2023 bei der Pflegekasse einging. Die Begutachtung erfolgte jedoch am 16.11.2023 und damit innerhalb der 5-Arbeitstage-Frist. Weil keine Fristüberschreitung vorliegt, besteht keine Zahlungspflicht der Pflegekasse nach § 18c Abs. 5 SGB XI.

Nimmt eine versicherte Person unmittelbar im Anschluss an den Aufenthalt im Krankenhaus, einschließlich eines Aufenthaltes im Rahmen der Übergangspflege nach § 39e SGB V, oder im Anschluss an den Aufenthalt in einer stationären Rehabilitationseinrichtung, Kurzzeitpflege in Anspruch, hat die abschließende Begutachtung spätestens am zehnten Arbeitstag nach Beginn der Kurzzeitpflege in dieser Einrichtung zu erfolgen. Überschreitet der MD oder die von der Pflegekasse beauftragte Gutachterin bzw. der von der Pflegekasse beauftragte Gutachter diese Frist, löst dies allein für sich betrachtet keine Zahlungspflicht aus. Denn die Zuzahlungsregelungen des § 18c Abs. 5 SGB XI umfassen ausschließlich die Fristfälle nach §§ 18a Abs. 5 und 6 sowie 18c Abs. 1 SGB XI.

Beispiel 3

Die versicherte Person befindet sich in stationärer Krankenhausbehandlung und beantragt die Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Den Antragsunterlagen ist zu entnehmen, dass die Pflege nach dem Krankenhausaufenthalt nicht sichergestellt ist.

Im unmittelbaren Anschluss an den Krankenhausaufenthalt wird die antragstellende Person in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung aufgenommen.

Die Pflegekasse ist vom Sozialdienst des Krankenhauses im Vorfeld über die geplante Entlassung informiert worden.
Eingang des Antrags bei der Pflegekasse am 04.10.2023

Begutachtung nach Aktenlage	am 08.10.2023
Ergebnis: Feststellung Pflegebedürftigkeit mindestens Pflegegrad 2 liegt vor	
Vorläufiger Bescheid der Pflegekasse erteilt	am 11.10.2023
Krankenhausentlassung und Aufnahme in Kurzzeitpflegeeinrichtung	am 12.10.2023
Erneuter Gutachtenauftrag nach KH-Entlassung	am 14.10.2023
Abschließende Begutachtung in der Kurzzeitpflegeeinrichtung	am 27.10.2023
Endgültiger Bescheid der Pflegekasse erteilt	am 02.11.2023

Ergebnis:

Es gilt die verkürzte Begutachtungsfrist von 5 Arbeitstagen.
Zudem ist die Bearbeitungsfrist von 25 Arbeitstagen anzuwenden.

Antragseingang	am 04.10.2023
Fristbeginn	am 05.10.2023
1. Verkürzte Begutachtungsfrist von 5 AT (§ 18a Abs. 5 SGB XI)	
Fristende	am 11.10.2023
Die Begutachtung nach Aktenlage erfolgte	am 08.10.2023
Die vorläufige Bescheiderteilung erfolgte unverzüglich	am 11.10.2023

Die Begutachtung erfolgte innerhalb der 5-Arbeitstage-Frist. Bezogen auf die verkürzte Begutachtungsfrist liegt keine Fristüberschreitung vor.

2. Bearbeitungsfrist von 25 AT (§ 18c Abs. 1 SGB XI)

Verzögerungsgrund: Aufenthalt im Krankenhaus oder stationärer Rehabilitationseinrichtung
Beginn Hemmung: Tag der Kenntnis über Aufnahmetag, spätestens Tag der Aufnahme.
Ende Hemmung: Tag der Kenntnis über Entlassungstag, frühestens Tag der Entlassung.
Zeitraum Hemmung: vom 05.10.2023 bis 12.10.2023

Fristverlauf	vom 13.10.2023 bis 17.11.2023* (25 AT)
Fristende	am 17.11.2023
Bescheiddatum	am 02.11.2023

Die Bescheiderteilung erfolgt innerhalb der 25-Arbeitstage-Frist. Es liegt keine Fristüberschreitung vor.

Zwar erfolgte die abschließende Begutachtung in der Kurzzeitpflegeeinrichtung nicht innerhalb von 10 Arbeitstagen nach der Aufnahme in der Kurzzeitpflegeeinrichtung, allerdings wurden sowohl die 25-Arbeitstage-Frist als auch die verkürzte Begutachtungsfrist von 5 Arbeitstagen eingehalten. Es besteht keine Zahlungspflicht der Pflegekasse nach § 18c Abs. 5 SGB XI.

*Es wurde der 01.11.2023 als gesetzlicher Feiertag berücksichtigt.

Beispiel 4

Die versicherte Person befindet sich in stationärer Krankenhausbehandlung und beantragt die Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Den Antragsunterlagen ist zu entnehmen, dass die Pflege nach dem Krankenhausaufenthalt nicht sichergestellt ist.

Die Pflegekasse ist vom Sozialdienst des Krankenhauses im Vorfeld über die geplante Entlassung informiert worden.

Eingang des Antrags bei der Pflegekasse	am 04.10.2023
Begutachtung nach Aktenlage Ergebnis: Feststellung Pflegebedürftigkeit mindestens Pflegegrad 2 liegt vor	am 16.10.2023
Vorläufiger Bescheid der Pflegekasse erteilt	am 19.10.2023
Krankenhausentlassung	am 24.10.2023
Erneuter Gutachtenauftrag nach KH-Entlassung	am 25.10.2023
Abschließende Begutachtung in der Häuslichkeit	am 20.11.2023
Endgültiger Bescheid der Pflegekasse erteilt	am 05.12.2023

Ergebnis:

Es gilt die verkürzte Begutachtungsfrist von 5 Arbeitstagen.
Zudem ist die Bearbeitungsfrist von 25 Arbeitstagen anzuwenden.

Antragseingang	am 04.10.2023
Fristbeginn	am 05.10.2023

<u>1. Verkürzte Begutachtungsfrist von 5 AT (§ 18a Abs. 5 SGB XI)</u>

Fristende	am 11.10.2023
Die Begutachtung nach Aktenlage erfolgte	am 16.10.2023
Die vorläufige Bescheiderteilung erfolgte unverzüglich	am 19.10.2023

Die Begutachtung erfolgte nicht innerhalb der 5-Arbeitstage-Frist. Da die Pflegekasse die Verzögerung zu vertreten hat, ist sie zur Zahlung von 70,00 Euro verpflichtet.

<u>2. Bearbeitungsfrist von 25 AT (§ 18c Abs. 1 SGB XI)</u>

Verzögerungsgrund: Aufenthalt im Krankenhaus oder stationärer Rehabilitationseinrichtung
Beginn Hemmung: Tag der Kenntnis über Aufnahmetag, spätestens Tag der Aufnahme.
Ende Hemmung: Tag der Kenntnis über Entlassungstag, frühestens Tag der Entlassung.
Zeitraum Hemmung: vom 05.10.2023 bis 24.10.2023

Fristverlauf	vom 25.10.2023 bis 29.11.2023* (25 AT)
Fristende	am 29.11.2023
Bescheiddatum	am 05.12.2023

Die Bescheiderteilung erfolgte nicht innerhalb der 25-Arbeitstage-Frist. Da die Pflegekasse die Verzögerung zu vertreten hat, ist sie zur Zahlung von 70,00 Euro verpflichtet.

*Es wurde der 01.11.2023 als gesetzlicher Feiertag berücksichtigt.

5. Hinweispflicht auf die Ombudsperson

Die Pflegekasse hat die antragstellende Person auf die Möglichkeit hinzuweisen, dass sie sich bei Beschwerden über die Tätigkeit des MD vertraulich an die Ombudsperson des jeweiligen MD wenden kann, der von der Pflegekasse zur Begutachtung beauftragt wurde. Der Hinweis sollte in der Entscheidung über den Antrag im Bescheidtext selbst und nicht im Zusammenhang mit der Rechtsbehelfsbelehrung erfolgen, damit eine klare Trennung dieses Beschwerdeverfahrens von möglichen Rechtsbehelfen gegen die Entscheidung der Pflegekasse erfolgt. Die Hinweispflicht berührt nicht das Veraltungsverfahren der Pflegekasse gegenüber der antragstellenden Person, so dass ein nicht oder nicht korrekt erfolgter Hinweis keine Rechtsfolge in Bezug auf die Leistungsentscheidung der Pflegekasse auslöst. Eine Beschwerde gegenüber der unabhängigen Ombudsperson löst keinen Widerspruch gegen die Entscheidung der Pflegekasse aus. Insoweit ist dieses Beschwerdeverfahren für die Widerspruchsfrist nach § 84 Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz unbeachtlich. Nach den Hinweisen zur „Richtlinie Unabhängige Ombudsperson (UOP-RL)“ des MD Bund in der jeweils gültigen Fassung soll deshalb die unabhängige Ombudsperson die Versicherten ggf. auf die im Widerspruchsverfahren geltenden Fristen hinweisen.

6. Allgemeines zu Präventions- und Rehabilitationsempfehlung

Die Präventions- und Rehabilitationsempfehlung auf Basis der Information der Pflegebegutachtung enthält Empfehlungen zur Förderung oder zum Erhalt der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sowie zur Prävention und Rehabilitation (über die bisherige Versorgung hinaus). Sie enthält zudem Möglichkeiten zur Förderung oder zum Erhalt der festgestellten Selbständigkeit oder der Fähigkeiten in den Bereichen

- Mobilität, Selbstversorgung und Haushaltsführung,
- Kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen und Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte
- Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder theapiebedingter Anforderungen und Belastungen.

sowie die Feststellung, ob Beratungsbedarf zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V besteht.

Des Weiteren enthält die Empfehlung Angaben zur Rehabilitationsfähigkeit, zu Rehabilitationszielen und die Empfehlung, welche geriatrische oder indikationsspezifische Rehabilitationsmaßnahme angezeigt ist.

Die Pflegekasse ist verpflichtet, der antragstellenden Person die gesonderte Präventions- und Rehabilitationsempfehlung des MD oder der von ihr beauftragten Gutachterin oder des von ihr beauftragten Gutachters zuzuleiten. Sie hat umfassend und begründet Stellung zu nehmen, inwieweit auf der Grundlage der Empfehlung die Durchführung einer Maßnahme zur medizinischen Rehabilitation oder zur Prävention angezeigt ist. Die Information hat spätestens mit der Mitteilung über die Leistungsentscheidung zu erfolgen. Grundlage der Information der antragstellenden Person sind die Feststellungen zur medizinischen Rehabilitation und Prävention des MD oder der von der Pflegekasse beauftragten Gutachterin bzw. des von der Pflegekasse beauftragten Gutachters im Rahmen der Pflegebegutachtung.

6.1 Empfehlungen zu Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Die Pflegekasse ist verpflichtet, der antragstellenden Person die Feststellungen des MD oder der von ihr beauftragten Gutachterin bzw. des von ihr beauftragten Gutachters zu Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu erläutern. Hierzu gehört die Information, ob und welche Leistungen nach den Empfehlungen des MD oder der von der Pflegekasse beauftragten Gutachterin bzw. des von ihr beauftragten Gutachters erfolgsversprechend und zumutbar sind, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten. Der MD oder der beauftragte Gutachter bzw. die beauftragte Gutachterin informiert dafür in seiner bzw. ihrer 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 der antragstellenden Person sein. Auch im Falle einer negativen Rehabilitationsempfehlung ist die antragstellende Person zu informieren.

Pflegebedürftige und von Pflegebedürftigkeit bedrohte Personen sind häufig darauf angewiesen, bei der Antragstellung und bei der Entscheidung für die Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme Unterstützung durch Personen oder Institutionen ihres Vertrauens aus ihrem Umfeld zu erhalten. Um diesen Kenntnis über einen Rehabilitationsbedarf und eine diesbezügliche Entscheidung des Rehabilitationsträgers zu verschaffen, hat die Pflegekasse die Empfehlung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation mit Einwilligung der antragstellenden Person an die behandelnde Ärztin bzw. den behandelnden Arzt sowie an Angehörige der antragstellenden Person, an Personen ihres Vertrauens oder an Pflege- und Betreuungseinrichtungen, die die antragstellende Person versorgen, weiterzuleiten. Dasselbe gilt im Hinblick auf die Weiterleitung der Information des zuständigen Rehabilitationsträgers über die Leistungsentscheidung nach § 31 Abs. 3 Satz. 4 SGB XI an die genannten Personen bzw. Institutionen. Über die Möglichkeiten der Weiterleitung der Rehabilitationsempfehlung und der Information über die Leistungsentscheidung sowie jeweils über das Erfordernis der Einwilligung in die Weiterleitung sind die Antragsteller durch den MD oder durch die beauftragte Gutachterin bzw. durch den beauftragten Gutachter im Rahmen der Begutachtung zu informieren. Die Einwilligungen sind im Gutachten zu dokumentieren.

Die Einwilligung in die Weiterleitung der Rehabilitationsempfehlung bezieht sich allein auf die Angaben des MD oder der beauftragten Gutachterin bzw. den beauftragten Gutachter zur Rehabilitation, also zur Rehabilitationsfähigkeit, zu den Rehabilitationszielen und auf die Empfehlung, welche geriatrische oder indikationsspezifische Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt werden kann. Insoweit ist von der Pflegekasse – sofern eine entsprechende Einwilligung

zur Weitergabe vorliegt – nur die Rehabilitationsempfehlung nach Anhang 7.3 (für Erwachsene) oder Anhang 7.4 (für Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre) der jeweils aktuellen Begutachtungs-Richtlinien zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit an die im Gutachten genannten Personen und Institutionen weiterzuleiten. Über die Entscheidung des Rehabilitationsträgers hat die Pflegekasse den MD oder durch die beauftragte Gutachterin bzw. durch den beauftragten Gutachter und die mit Einwilligung der antragstellenden Person im Gutachten genannten Personen und Institutionen zu informieren.

Gleichzeitig hat die Pflegekasse die antragstellenden Person 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 die antragstellende Person in dieses Verfahren eingewilligt hat (zum Antragsverfahren vgl. § 31 SGB XI).

6.2 Empfehlungen zu präventiven Maßnahmen

Die Pflegekasse ist verpflichtet, der antragstellenden Person die Feststellungen des MD oder der von ihr beauftragten Gutachterin bzw. des von ihr beauftragten Gutachters zu Maßnahmen der Prävention zu erläutern. Hierzu gehört die Information, ob und welche Leistungen nach den Empfehlungen des MD oder der von der Pflegekasse beauftragten Gutachterin bzw. des von ihr beauftragten Gutachters erfolgsversprechend sind. Wird ein Beratungsbedarf zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V festgestellt, ist der antragstellenden Person eine Beratung anzubieten.

Wird eine Beratung zu Leistungen zur Primärprävention nach § 20 Abs. 5 SGB V empfohlen, kann sich diese ausschließlich auf die Maßnahmen/Kurse zu den Handlungsfeldern Bewegungsförderung/Sturzprävention, Gewichtsreduktion, Beseitigung von Mangel- und Fehlernährung, Verbesserung der psychosozialen Gesundheit und verantwortungsbewusster Umgang mit Sucht-/Genussmitteln (u. a. Nikotin, Alkohol) beziehen.

7. Empfehlungen zur Heilmittelversorgung

Um das Ausstellen von medizinischen notwendigen Heilmittelverordnungen zu unterstützen, ist die Pflegekasse verpflichtet, der antragstellenden Person über im Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit empfohlene Heilmittel und die Möglichkeit der ärztlichen Verordnung zu informieren. Zudem ist die Pflegekasse verpflichtet, der antragstellenden Person über die Besonderheiten des langfristigen Heilmittelbedarfs gemäß § 32 Absatz 1a SGB V in Verbindung mit § 8 der Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses bzw. § 7 der Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte des Gemeinsamen Bundesausschusses aufzuklären. Darüber hinaus ist die Pflegekasse angehalten, bei vorliegender Einwilligung der antragstellenden Person der behandelnden Ärztin beziehungsweise dem behandelnden Arzt eine Mitteilung über die konkreten Heilmittelempfehlungen zuzuleiten mit dem Ziel, die Prüfung sowie Ausstellung einer Heilmittelverordnung durch die behandelnde Ärztin bzw. den behandelnden Arzt zu befördern.

§ 18d SGB XI
Berichtspflichten und Statistik zum Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

((1) Die Pflegekassen berichten dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen jährlich über die Anwendung eines bundeseinheitlichen, strukturierten Verfahrens zur Erkennung rehabilitativer Bedarfe in der Pflegebegutachtung und die Erfahrungen mit der Umsetzung der Empfehlungen der Medizinischen Dienste oder der beauftragten Gutachterinnen und Gutachter zur medizinischen Rehabilitation. Hierzu wird von den Pflegekassen insbesondere Folgendes an den Spitzenverband Bund der Pflegekassen gemeldet:

1. *die Anzahl der Empfehlungen der Medizinischen Dienste und der beauftragten Gutachterinnen und 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 Absatz 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,*
4. *die Anzahl der durchgeführten medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen,*
5. *die Gründe, aus denen Versicherte nicht in die Weiterleitung einer Mitteilung über den Rehabilitationsbedarf an den Rehabilitationsträger nach § 31 Absatz 3 Satz 1 einwilligen, soweit diese der Pflegekasse bekannt sind, und inwieweit die zuständige Pflegekasse hier tätig geworden ist, und*
6. *die Maßnahmen, die die Pflegekassen im jeweiligen Einzelfall regelmäßig durchführen, um ihre Aufgaben nach § 18c Absatz 4 und § 31 Absatz 3 zu erfüllen.*

Die Meldung durch die Pflegekassen erfolgt bis zum 31. März des dem Berichtsjahr folgenden Jahres. Näheres über das Verfahren und die Inhalte der Meldung regelt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit. Die Pflegekasse leitet die Meldung zusätzlich der für die Aufsicht über sie zuständigen Stelle zu.

(2) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bereitet die nach Absatz 1 gemeldeten 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. Er 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.

(3) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit für die Geschäftsjahre ab 2024 jährlich bis zum 30. Juni des Folgejahres über Daten, die im Zusammenhang mit den Anträgen auf Pflegeleistungen nach § 33 Absatz 1 Satz 1 und dem weiteren Verfahren bei den Pflegekassen stehen, und über die daraus abzuleitenden Erkenntnisse; dabei ist jeweils nach Erst- und Höherstufungsanträgen zu differenzieren. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bestimmt zu diesem Zweck die von seinen Mitgliedern zu übermittelnden statistischen Informationen. Von den Pflegekassen sind insbesondere folgende Daten an den Spitzenverband Bund zu melden:

1. *die Anzahl der bei den zuständigen Pflegekassen eingegangenen Anträge auf Leistungen der Pflegeversicherung sowie jeweils die Fallzahlen, in denen eine Entscheidung nach § 18c Absatz 1 Satz 1 ergangen ist, und die Fallzahlen der abgelehnten Anträge sowie die Anzahl der Arbeitstage ab Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse bis zur schriftlichen Mitteilung der Entscheidung der Pflegekasse nach § 18c Absatz 1 Satz 1,*

2. *die Anzahl an Fällen, in denen die Fristen nach § 18c Absatz 1 Satz 1 und nach § 18a Absatz 5 und 6 nicht eingehalten wurden, jeweils unter Angabe der Gründe, die für die Nichteinhaltung der Frist ursächlich waren,*

3. *die Anzahl an Fällen, in denen eine pauschale Zusatzzahlung nach § 18c Absatz 5 Satz 1 geleistet sowie die Anzahl an Fällen, in denen der antragstellenden Person nach § 18 Absatz 3 Satz 1 mindestens drei unabhängige Gutachterinnen oder Gutachter zur Auswahl benannt wurden,*

4. *die Anzahl an Fällen, in denen der Antragsteller eine Untersuchung verweigert hat,*

5. *die Anzahl an Fällen, in denen im Gutachten Empfehlungen für Heilmittel abgegeben wurden, und die Anzahl an Fällen, in denen die Pflegekasse eine Mitteilung über empfohlene Heilmittel an den Arzt oder die Ärztin des Antragstellers weitergeleitet hat, jeweils unterteilt nach Art der Heilmittel,*

6. *die Anzahl an Fällen, in denen Widerspruch gegen die Entscheidung der Pflegekasse nach § 18c Absatz 1 Satz 1 und § 18a Absatz 5 und 6 eingelegt wurde, unter Angabe der Gründe auf die der Widerspruch jeweils gestützt wurde sowie die Anzahl an zurückgewiesenen und stattgegebenen Widersprüchen, jeweils unter Angabe der Entscheidungsgründe und der Dauer des Widerspruchsverfahrens (bis zur schriftlichen Mitteilung der Entscheidung der Pflegekasse), und, soweit zum Zeitpunkt der Berichtslegung bekannt, in wie vielen Fällen nach erfolglosem Widerspruchsverfahren Klage erhoben worden ist.*

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat die gemeldeten Daten vor der Berichtslegung aufzubereiten und auf Plausibilität zu prüfen. Für die Berichterstattung über das Geschäftsjahr 2025 beauftragt er eine unabhängige wissenschaftliche Einrichtung oder einen unabhängigen Sachverständigen mit einer Evaluation hinsichtlich der Ergebnisse und Wirkungen der Zuleitung von Mitteilungen zu empfohlenen Heilmitteln nach § 18c Absatz 3 Satz 3. Der Bericht über das Geschäftsjahr 2025 hat sich zum Ergebnis der Evaluation zu verhalten; das Ergebnis der Evaluation ist dem Bericht beizufügen.

(4) Die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen veröffentlichen jährlich jeweils bis zum 31. März des dem Berichtsjahr folgenden Jahre eine Statistik über die Einhaltung der Fristen nach § 18a Absatz 5 und 6 und § 18c Absatz 1 Satz 1.

1. Allgemeines

Die Pflegekassen berichten jährlich, erstmals für das Geschäftsjahr 2024, über die Anwendung eines bundeseinheitlichen, strukturierten Verfahrens zur Erkennung rehabilitativer Bedarfe in der Pflegebegutachtung und die Erfahrungen mit der Umsetzung der Empfehlungen der MD oder der beauftragten Gutachter bzw. Gutachterinnen zur medizinischen Rehabilitation. Hierzu melden sie dem GKV-Spitzenverband die in § 18d Abs. 1 SGB XI aufgeführten Daten jeweils bis zum 31.03. des dem Berichtsjahr folgenden Jahres mittels eines bereitgestellten Meldevordrucks. Die Pflegekasse leitet die Meldung zusätzlich der für die Aufsicht über sie zuständigen Stelle zu.

Der GKV-Spitzenverband leitet die aufbereiteten und auf Plausibilität geprüften Daten bis zum 30.06. des dem Berichtsjahr folgenden Jahres an das Bundesministerium für Gesundheit. Auf Basis der gemeldeten Daten sowie sonstiger Erkenntnisse veröffentlicht der GKV-Spitzenverband bis zum 01.09. des dem Berichtsjahr folgenden Jahres einen Bericht.

Der GKV-Spitzenverband ist zudem verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich, erstmalig zum 30.06.2025, über Zahlen und Erkenntnisse, die im Zusammenhang mit den Anträgen auf Pflegeleistungen und der weiteren Bearbeitung durch die Pflegekassen stehen, zu berichten. Diese Berichtspflicht sieht umfangreiche Meldungen der Pflegekassen an den GKV-Spitzenverband vor, jeweils differenziert nach Erst- und Höherstufungsanträgen, die die Pflegekassen für folgende Sachverhalte zu übermitteln haben:

- Anzahl der Anträge auf Leistungen der Pflegeversicherung,
- Fallzahl der entschiedenen Anträge,
- Fallzahl der abgelehnten Anträge,
- Anzahl der Arbeitstage ab Antragseingang bei der Pflegekasse bis zur schriftlichen Entscheidung über den Antrag,
- Anzahl der Fälle, in denen die Fristen nach §§ 18c Abs. 1 und 18a Abs. 5 und 6 SGB XI nicht eingehalten wurden sowie die Gründe für die Nichteinhaltung dieser Fristen,
- Anzahl der Fälle, bei denen eine pauschale Zusatzleistung geleistet wurde,
- Anzahl der Fälle, in denen der antragstellenden Person nach § 18 Abs. 3 Satz 1 SGB XI mindestens drei unabhängige Gutachterinnen oder Gutachter zur Auswahl benannt wurden,
- Anzahl der Fälle in denen die antragstellende Person eine Untersuchung verweigert hat,
- Anzahl der gutachtlichen Heilmittelempfehlungen,
- Anzahl der Fälle, in denen die Pflegekasse die Mittelung über eine Heilmittelempfehlung an den Arzt oder die Ärztin der antragstellenden Person weitergeleitet hat, jeweils unterteilt nach Art des Heilmittel,
- Anzahl der Widersprüche gegen Entscheidungen der Pflegekasse über Anträge zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit; incl. der jeweiligen Widerspruchsbegründung
- Anzahl der von der Pflegekasse zurückgewiesenen und stattgegebenen Widersprüchen, jeweils unter Angabe der Entscheidungsgründe und der Dauer des Widerspruchsverfahrens,
- Anzahl der Fälle (soweit zum Zeitpunkt der Berichtslegung bekannt), in denen nach erfolglosem Widerspruchsverfahren Klage erhoben wurde.

Des Weiteren hat der GKV-Spitzenverband für die Berichterstattung über das Geschäftsjahr 2025 eine wissenschaftliche Evaluation hinsichtlich der Ergebnisse und Wirkungen der Zuleitungen von Mitteilungen zu empfohlenen Heilmitteln an die behandelnde Ärztin bzw. an den

behandelnden Arzt der antragstellenden Person zu veranlassen. Das Ergebnis der Evaluation ist dem Bericht beizufügen.

§ 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),
3a zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen (§ 38a),
4. Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39),
5. Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (§ 40),
5a ergänzende Unterstützung bei Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen (39a in Verbindung mit § 40b) und digitalen Pflegeanwendungen (§ 40a in Verbindung mit § 40b)
6. Tagespflege und Nachtpflege (§ 41),
7. Kurzzeitpflege (§ 42),
7a Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson (§ 42a),
8. Vollstationäre Pflege (§ 43),
9. Pauschalleistung für die Pflege von Menschen mit Behinderungen (§ 43a),
9a. Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 43b),
10. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen (§ 44),
11. zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung(§ 44a),
12. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen (§ 45),
12a. Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags (§ 45a),
13. Entlastungsbetrag (§ 45b),
14. Leistungen des Persönlichen Budgets nach § 29 des Neunten Buches gemäß § 35a.
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 Absatz 2 Satz 2 genannten Zeitpunkts haben Pflegebedürftige unter den Voraussetzungen des § 45e Absatz 1 Anspruch auf Anschubfinanzierung bei Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen.

(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) Pflege schließt Sterbebegleitung mit ein; Leistungen anderer Sozialleistungsträger bleiben unberührt.

1. Leistungsarten

§ 28 Abs. 1 bis 1b SGB XI enthält die Übersicht über die Leistungen der Pflegeversicherung, ohne selbst eine anspruchsbegründende Bestimmung zu sein. Die konkreten Leistungsvoraussetzungen ergeben sich aus den §§ 14 bis 18c SGB XI sowie den §§ 7a, 28 Abs. 2 bis 45b, 45e und 91 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 Beitragssatzes zur Pflegeversicherung vor. Dementsprechend erhalten sie – unabhängig ob in der GKV freiwillig oder pflichtversichert – die ihnen nach den §§ 36 bis 43b, § 43c, 44, 45a und 45b und 45e SGB XI 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 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 1 – Schreiben des Bundesministeriums des Innern vom 22.03.1995 – Az.: D III 5 – 213 106-7/5).

3. Sterbebegleitung

Von den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung sind die pflegerischen Maßnahmen der Sterbebegleitung nach dem allgemein anerkannten Stand medizinisch pflegerischer Erkenntnisse in stationärer und ambulanter Pflege umfasst. Leistungen anderer Sozialleistungsträger, insbesondere Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nach SGB V, sowie Leistungen durch Hospizdienste bleiben unberührt.

§ 28a SGB XI
Leistungen bei Pflegegrad 1

Bei Vorliegen des Pflegegrades 1 gewährt die Pflegeversicherung folgende Leistungen:

1. *Pflegeberatung gemäß den §§ 7a und 7b,*
2. *Beratung in der eigenen Häuslichkeit gemäß § 37 Absatz 3,*
3. *zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen gemäß § 38a, ohne dass § 38a Absatz 1 Nummer 2 erfüllt sein muss,*
4. *Versorgung mit Pflegehilfsmitteln gemäß § 40,*
5. *finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfeldes gemäß § 40,*
6. *Leistungen zur ergänzenden Unterstützung bei der Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen sowie zur Versorgung mit digitalen Pflegeanwendungen gemäß den §§ 39a, 40a und 40b,*
7. *Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson gemäß § 42a,*
8. *einen monatlichen Zuschuss bei vollstationärer Pflege gemäß § 43 Absatz 3,*
9. *zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen gemäß § 43b,*
10. *zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung gemäß § 44a,*
11. *Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen gemäß § 45,*
12. *den Entlastungsbetrag gemäß § 45b,*
13. *die Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen gemäß § 45e nach Maßgabe von § 28 Absatz 1b.*

1. Leistungsarten

Wie § 28 Abs. 1 bis 1b SGB XI enthält § 28a SGB XI eine Übersicht über die Leistungen der Pflegeversicherung für pflegegebedürftige Personen des Pflegegrades 1, ohne selbst eine anspruchsbegründende Bestimmung zu sein. Die konkreten Leistungsvoraussetzungen ergeben sich aus den §§ 14 bis 18c SGB XI sowie §§ 7a und b, 37 Abs. 3, 38a, 39a, 40, 40a, 40b, 42a, 43 Abs. 3, 43b, 44a, 45, 45b sowie 45e SGB XI.

2. Leistungsinhalt

Grundsätzlich besteht der Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung für pflegegebedürftige Personen der Pflegegrade 2 bis 5. Zum Zweck der Erhaltung und Wiederherstellung der Selbständigkeit haben pflegebedürftige Personen bei einer geringen Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (Pflegegrad 1) ebenfalls einen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung. Da die Beeinträchtigungen von pflegebedürftigen Personen des Pflegegrades 1 gering sind und vorrangig im somatischen Bereich liegen, handelt es sich neben den beratenden und edukativen Unterstützungsangeboten auch um Leistungen bei der Selbstversorgung und bei der Haushaltsführung. Insgesamt stehen für pflegebedürftige Personen des Pflegegrades 1 insbesondere Leistungen im Vordergrund, die den Verbleib in der häuslichen Umgebung sicherstellen.

Über die in § 28a SGB XI genannten Leistungen hinaus finden die sonstigen Regelungen des SGB XI grundsätzlich auch auf pflegebedürftige Personen des Pflegegrades 1 Anwendung.

So gelten beispielsweise die Regelungen zur medizinischen Rehabilitation (§§ 18b Abs. 1 Nr. 2, 18a Abs. 1, 31 und 32 SGB XI)

§ 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 sowie 43b SGB XI (ausgenommen die nach den §§ 37 Abs. 1, 38a, 39 und 40 Abs. 2 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. Für die Leistungen nach § 45b Abs. 1 Satz 6 Nr. 4 SGB XI der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag i. S. v. § 45a SGB XI entfällt die Pflicht des Versorgungsvertrages nach § 72 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

(1) Die im Vierten Kapitel dieses Buches benannten, ab 1. Januar 2024 geltenden Beträge für die Leistungen der Pflegeversicherung steigen zum 1. Januar 2025 um 4,5 Prozent und zum 1. Januar 2028 in Höhe des kumulierten Anstiegs der Kerninflationsrate in den letzten drei Kalenderjahren, für die zum Zeitpunkt der Erhöhung die entsprechenden Daten vorliegen, nicht jedoch stärker als der Anstieg der Bruttolohn- und Gehaltssumme je abhängig beschäftigten Arbeitnehmer im selben Zeitraum.

(2) Die neuen Beträge für die Leistungen der Pflegeversicherung werden vom Bundesministerium für Gesundheit jeweils im Bundesanzeiger bekannt gemacht.

1. Dynamisierung der Leistungen

Das Gesetz sieht eine Dynamisierung aller Leistungen der Pflegeversicherung vor. Eine erste Dynamisierung der ab 01.01.2024 geltenden Leistungsbeträge erfolgt zum 01.01.2025 um 4,5 Prozent. Eine weitere Dynamisierung erfolgt zum 01.01.2028 in Höhe des kumulierten Anstiegs der Kerninflationsrate in den letzten drei Kalenderjahren, für die zum Zeitpunkt der Erhöhung die entsprechenden Daten vorliegen, nicht jedoch stärker als der Anstieg der Bruttolohn- und Gehaltsumme je abhängig beschäftigten Arbeitnehmer im selben Zeitraum. Die dynamisierten Leistungsbeträge werden vom Bundesministerium für Gesundheit jeweils im Bundesanzeiger bekannt gemacht.

§ 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 oder anderer von ihr beauftragter unabhängiger Gutachterinnen und Gutachter (§ 18b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und Absatz 2) oder auf sonstige Weise feststellt, dass im Einzelfall Leistungen zur medizinischen Rehabilitation angezeigt sind, informiert sie schriftlich oder elektronisch unverzüglich den Versicherten sowie mit dessen Einwilligung schriftlich oder elektronisch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt sowie Angehörige, Personen des Vertrauens der Versicherten oder Pflege- und Betreuungseinrichtungen, die den Versicherten versorgen, 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 Absatz 1 zu erbringen.

1. Feststellungspflicht

(1) Die Pflegekassen haben (wie der MD oder die von der Pflegekasse beauftragte Gutachterin bzw. der von der Pflegekasse beauftragte Gutachter nach § 18b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 und Abs. 2 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 § 18a Abs. 2 Satz 4 SGB XI (vgl. Ziffer 2 zu § 18a SGB XI).

(2) Die Pflegekassen sind verpflichtet, den Versicherten und mit dessen Einwilligung die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt sowie Angehörige, Personen seines Vertrauens oder Pflege- und Betreuungseinrichtungen, die die versicherte Person versorgen sowie den

zuständigen Rehabilitationsträger über das Vorliegen einer Feststellung, dass im Einzelfall Leistungen zur medizinischen Rehabilitation angezeigt sind, unverzüglich in Kenntnis zu setzen. Mit der Zuleitung einer Mitteilung über den Rehabilitationsbedarf einer versicherten Person an den zuständigen Rehabilitationsträger wird ein Antragsverfahren auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation entsprechend den Vorschriften des Neunten Buches ausgelöst, sofern die versicherte Person dem zugestimmt hat. Dadurch werden die in § 14 SGB IX geregelten Entscheidungsfristen in Gang gesetzt. Eine weitere Begutachtung durch den MD, den von der Pflegekasse beauftragten Gutachter bzw. die von der Pflegekasse beauftragte Gutachterin oder die Einschaltung des Hausarztes zur Ausstellung der „Verordnung von medizinischer Rehabilitation“ (Muster 61) durch die Krankenkasse ist für eine Einleitung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation nicht angezeigt.

2. Zusammenarbeit

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

3. Unterstützungspflicht

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

4. Leistungspflicht der Krankenversicherung

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

§ 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 sichergestellt, 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 der pflegebedürftigen Person 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 nicht in dem Kalendermonat, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, sondern später gestellt, werden die Leistungen vom Beginn des Monats der Antragstellung an gewährt. Die Zuordnung zu einem Pflegegrad und die Bewilligung von Leistungen können befristet werden und enden mit Ablauf der Frist. Die Befristung erfolgt, wenn und soweit eine Verringerung der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten nach der Einschätzung des Medizinischen Dienstes zu erwarten ist. Die Befristung kann wiederholt werden und schließt Änderungen bei der Zuordnung zu einem Pflegegrad und 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 welchem Pflegegrad der Pflegebedürftige zuzuordnen ist.

(2) Anspruch auf Leistungen besteht, 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 Absatz 2 werden bei der Ermittlung der nach Satz 1 erforderlichen Vorversicherungszeit mit berücksichtigt. 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 oder von Familienversicherung nach § 25 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 die versicherte Person bzw. eine von ihr bevollmächtigte Person, ihr Betreuer oder ihre Betreuerin oder ihr gesetzlicher Vertreter oder ihre gesetzliche Vertreterin, in den Fällen der §§ 44 und 45 i. V. m. § 19 SGB XI die Pflegeperson, in den Fällen des § 44a SGB XI der oder die Beschäftigte im Sinne von § 3 i. V. m. § 7 Pflegezeitgesetz. Als Antrag gilt auch die der Pflegekasse mit Einwilligung der versicherten Person zugehende Information von Dritten nach § 7 Abs. 2 SGB XI (vgl. § 20 SGB X), sofern die versicherte Person später nichts Gegenteiliges erklärt.

(2) Das Vorliegen der Leistungsvoraussetzungen hat die versicherte Person nicht durch eine ärztliche Bescheinigung nachzuweisen; diese werden im Rahmen der generell zu veranlassenden Prüfung durch den MD oder den von der Pflegekasse beauftragten Gutachter bzw. der von der Pflegekasse beauftragten Gutachterin (§ 18 SGB XI) festgestellt.

2. Leistungsbeginn

2.1 Erstantrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

(1) Versicherte Personen erhalten die Leistungen der Pflegeversicherung auf Antrag. Die Leistungen werden ab Antragstellung gewährt, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an, ab dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen. Ist die Pflegebedürftigkeit vor dem Antragsmonat eingetreten, 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 1 (§ 33 Abs. 1 Satz 2, 1. Halbsatz)

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

Ergebnis:

Anspruch auf Pflegegeld besteht ab	**28.01.**

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

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

Ergebnis:

Anspruch auf Pflegegeld besteht ab	**01.02.**

Beispiel 3 (§ 33 Abs. 1 Satz 3)

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

Ergebnis:

Anspruch auf Pflegegeld besteht ab	**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 bzw. der Pflegeberaterin nach § 7a SGB XI gestellt wurden (vgl. Ziffer 4 zu § 7a SGB XI).

2.2 Antrag auf Höherstufung

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

Beispiel 1

Pflegebedürftige Person erhält Leistungen nach § 36 SGB XI	
nach dem Pflegegrad 2 seit	01.02.
Antrag auf Höherstufung am	17.09.
Begutachtung durch den MD am	23.10.
Pflegebedürftigkeit nach dem Pflegegrad 3 liegt vor seit	01.07.

Ergebnis:

Anspruch auf Leistungen nach dem Pflegegrad 3 besteht ab	**01.07.**

Beispiel 2

Pflegebedürftige Person erhält Leistungen nach § 37 SGB XI	
nach dem Pflegegrad 3 seit	01.01.
vollstationäre Krankenhausbehandlung ab	08.11.
Antrag auf Höherstufung am	13.11.
Begutachtung durch den MD am	17.11.
Pflegebedürftigkeit nach dem Pflegegrad 4 liegt vor seit	08.11.

Ergebnis:

Anspruch auf Leistungen nach dem Pflegegrad 4 besteht ab	**08.11.**

Beispiel 3

Pflegebedürftige Person erhält Leistungen nach § 43 SGB XI nach dem Pflegegrad 2 seit	01.02. des Vorjahres
Antrag auf Höherstufung am	05.05.
Begutachtung durch den MD am	28.05.
Pflegebedürftigkeit nach dem Pflegegrad 3 liegt vor seit	01.03.

Ergebnis:

Anspruch auf Leistungen nach dem Pflegegrad 3 besteht ab	**01.03.**

Hinsichtlich der Konsequenzen für den vollstationären Bereich vgl. auch Ausführungen zu Ziffer 9 und 10 zu § 43 SGB XI.

3. Befristung des Leistungsbescheides

(1) In begründeten Fällen haben Pflegekassen die Möglichkeit, den Leistungsbescheid über die Zuordnung zu einem Pflegegrad und 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 MD oder der von der Pflegekasse beauftragte Gutachter bzw. die von der Pflegekasse beauftragte Gutachterin im Rahmen der Pflegebegutachtung nach § 18b Abs. 2 SGB XI explizit fest, dass insbesondere durch Maßnahmen der Rehabilitation eine Verringerung der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten zu erwarten ist, hat er bzw. sie 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

Eine versicherte Person wird auf Grund eines Motorradunfalls pflegebedürftig (Pflegegrad 2). Die Pflegebedürftigkeit resultiert aus den erheblichen unfallbedingten Bewegungseinschränkungen. Nach den Feststellungen des MD 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 MD eine Wiederholungsbegutachtung in 15 Monaten.

Ergebnis:

Die Pflegekasse befristet vor diesem Hintergrund den Bescheid über die Anerkennung des Pflegegrades 2.

(2) Die Befristung kann wiederholt ausgesprochen werden, darf insgesamt jedoch den Zeitraum von 3 Jahren nicht überschreiten. Die versicherte Person 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 die pflegebedürftige Person einen neuen Antrag hierfür stellen muss.

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 § 18c 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.

Für die Dauer der Befristung gelten die Regelungen des § 140 Abs. 2 SGB XI mit der Folge, dass pflegebedürftige Personen zum 01.01.2017 von einer Pflegestufe in einen Pflegegrad übergeleitet wurden. Nach Ablauf der Befristung ist die Pflegebedürftigkeit erneut zu prüfen.

4. Vorversicherungszeit

(1) Bei versicherten Personen, die einen Antrag auf Leistungen nach dem SGB XI stellen, ist eine Vorversicherungszeit von zwei Jahren in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung nachzuweisen.

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

Beispiel 1

Antrag auf Pflegeleistungen am	01.07.2017
Vorversicherungszeiten	01.01.1999 bis 30.06.2001 01.11.2009 bis fortlaufend
Pflegebedürftigkeit liegt seit Antragstellung vor	
Rahmenfrist	30.06.2017 bis 01.07.2007 = 10 Jahre

Anzurechnende Vorversicherungszeiten vom	01.11.2009 bis 30.06.2017 = 7 Jahre, 8 Monate

Ergebnis:

Vorversicherungszeit von 2 Jahren ist erfüllt.

Beispiel 2

Teil 1

Antrag auf Pflegeleistungen am	01.05.2017
Vorversicherungszeiten	01.04.2008 bis 31.12.2008 01.04.2016 bis fortlaufend
Pflegebedürftigkeit liegt seit Antragstellung vor	
Rahmenfrist	30.04.2017 bis 01.05.2007 = 10 Jahre
Anzurechnende Vorversicherungszeiten vom	01.04.2008 bis 31.12.2008. = 9 Monate 01.04.2016 bis 30.04.2017 = 1 Jahr, 1 Monate

Ergebnis:

Die erforderliche Vorversicherungszeit von 2 Jahren ist nicht erfüllt.

Teil 2

erneuter Antrag auf Pflegeleistungen am	01.07.2017
Vorversicherungszeiten	01.04.2008 bis 31.12.2008 01.04.2016 bis fortlaufend
Pflegebedürftigkeit liegt seit Antragstellung vor	
Rahmenfrist	30.06.2017 bis 01.07.2007 = 10 Jahre
Anzurechnende Vorversicherungszeiten vom	01.04.2008 bis 31.12.2008 = 9 Monate 01.04.2016 bis 30.06.2017 = 1 Jahr, 3 Monate

Ergebnis:

Die erforderliche Vorversicherungszeit von 2 Jahren ist erfüllt.

(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".

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.

Zeiten einer freiwilligen Weiterversicherung bei Auslandsaufenthalten nach § 26 Abs. 2 SGB XI werden mitberücksichtigt. Liegt ein bilaterales Abkommen vor, welches keine Gleichstellung in der Pflegeversicherung oder das die Pflegeversicherung an sich nicht kennt, können leistungsrechtlich keine Anrechnungszeiten aus dem Ausland im Leistungsfall berücksichtigt werden.

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. Ist das Kind in der privaten Pflegeversicherung versichert und wird dieser Vertrag gekündigt damit eine Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung erfolgt, ist die Zeit der bis zum Beginn der Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung ununterbrochen in der privaten Pflegeversicherung zurückgelegten Versicherungszeit auf die Vorversicherungszeit anzurechnen.

(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. Kündigt eine versicherte Person einen bestehenden privaten Pflegeversicherungsvertrag und im Anschluss beginnt eine Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung ist die Zeit der bis zum Beginn der Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung ununterbrochen in der privaten Pflegeversicherung zurückgelegten Versicherungszeit auf die Vorversicherungszeit anzurechnen.

(4) Hat eine versicherte Person bei ihrer Antragstellung die geforderte Vorversicherungszeit nicht erfüllt, sollte sie darauf hingewiesen werden, zu welchem Zeitpunkt sie bei fortlaufender Versicherung die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen 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 Absatz 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 die versicherte Person 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 aus der gesetzlichen Unfallversicherung, nach dem Soldatenentschädigungsgesetz 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 Leistungen besteht, deren Inhalt den Leistungen nach § 36 entspricht 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 Leistungen besteht, deren Inhalt den Leistungen nach § 36 entspricht 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 § 63b Abs. 6 Satz 1 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 die versicherte Person im Ausland aufhält. Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr ist das Pflegegeld nach § 37 SGB XI oder das anteilige Pflegegeld nach § 38 SGB XI weiter zu gewähren. Für die Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI gilt dies nur, soweit die Pflegekraft, die ansonsten die Pflegesachleistung erbringt, die pflegebedürftige Person während des Auslandsaufenthaltes begleitet. Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt besteht auch ein Anspruch auf Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI. Dies gilt unabhängig davon, ob die Ersatzpflegeperson aus Deutschland heraus mitreist oder sich vor Ort befindet (z. B. in Spanien lebende Großeltern) und ob sie mit der pflegebedürftigen Person bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert ist oder mit ihr in häuslicher Gemeinschaft lebt. Die Leistungen nach § 39 SGB XI können auch von professionellen Pflegekräften bei vorübergehenden Auslandsaufenthalt erbracht werden (Urteil des BSG vom 20.04.2016, Az.: B 3 P 4/14 R). Diese Regelung gilt weltweit. Auch der Leistungsbetrag nach § 39 Abs. 2 SGB XI kann im Rahmen des vorübergehenden Auslandsaufenthalts in Anspruch genommen werden.

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 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 2 beigefügten Gemeinsamen Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland und den Verbänden der Pflegekassen auf Bundesebene zu Leistungen der Pflegeversicherung bei Auslandsaufenthalt 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

- aus der gesetzlichen Unfallversicherung, z. B. Hauspflege, Anstaltspflege oder Pflegegeld nach § 44 SGB VII,
- nach dem Soldatenentschädigungsrecht oder

- aus der Unfallversorgung nach öffentlichem Dienstrecht, z. B. nach dem Beamten- oder Soldatenversorgungsgesetz oder nach dem Deutschen Richtergesetz, 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 aus der gesetzlichen Unfallversicherung, aus der Unfallversorgung nach öffentlichem Dienstrecht oder aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung anzuwenden.

(3) Zum 01.01.2024 trat das Vierzehnte Sozialversicherungsbuch (SGB XIV) in Gänze in Kraft. Das in SGB XIV geregelte Soziale Entschädigungsrecht sieht seit 01.01.2024 vor, dass Geschädigte bei schädigungsbedingter Pflegebedürftigkeit gemäß § 74 Nr. 1 SGB XIV Leistungen bei Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI erhalten. Ergänzend zu den Leistungen nach dem SGB XI besteht gemäß § 74 Nr. 2 SGB XIV Anspruch auf ergänzende Leistungen bei Pflegebedürftigkeit nach § 75 SGB XIV. Die Leistungen bei Pflegebedürftigkeit gemäß § 74 Nr. 1 SGB XIV und gesondert für Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen als ergänzende Leistungen bei Pflegebedürftogkeit gemäß § 75 Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 SGB XIV erbringt die Pflegekasse im Rahmen eines Auftragsgeschäfts (§ 77 Abs. 2 SGB XIV). Die übrigen ergänzenden Leistungen bei Pflegebedürftigkeit nach § 75 SGB XIV werden hingegen von der zuständigen Verwaltungsbehörde erbracht.

(4) Pflegebedürftige Personen, die am 31.12.2023 einen Anspruch auf die Pflegezulage nach § 35 Abs. 1 in der am 31.12.2023 geltenden Fassung des BVG hatten, haben ein Wahlrecht, ob sie ab 01.01.2024 die bisherigen Leistungen nach dem BVG weiterhin erhalten wollen oder die Leistungen bei Pflegebedürftigkeit nach SGB XI gemäß § 74 Nr. 1 SGB XIV in Anspruch nehmen wollen.Sofern sie sich für den bisherigen Leistungsbezug entscheiden, erhalten eine monatliche Geldleistung nach § 144 Absatz 1 SGB XIV, in der die Pflegezulage nach § 35 Abs. 1 in der am 31.12.2023 geltenden Fassung des BVG enthalten ist. Sie können zudem nach Feststellung des monatlichen Geldbetrages nach § 144 Absatz 1 SGB XIV weitergehende Leistungen nach § 71 ff SGB XIV erhalten (vgl. § 146 Absatz 2 SGB XIV). In diesem Fall mindert der Träger der Sozialen Entschädigung den monatlichen Geldbetrag nach § 144 SGB XIV um den Betrag, der der Pflegezulage im Dezember 2023 entsprach.

(5) Pflegebedürftige Personen, die am 31.12.2023 eine Pflegezulage nach § 35 Abs. 6 in der am 31.12.2023 geltenden Fassung des BVG in Anspruch genommen haben, haben kein Wahlrecht nach § 152 SGB XIV und haben ab 01.01.2024 einen Anspruch gemäß § 74 Nr. 1 SGB XIV daher auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI.

(6) Pflegebedürftige Personen, die häusliche Pflege im Rahmen des Arbeitgebermodells nach § 35 Abs. 2 in der am 31.12.2023 geltenden Fassung des BVG sicherstellen, erhalten die Leistungen nach § 76 SGB XIV. Im Rahmen des Arbeitgebermodells kann das Pflegegeld

nach § 37 SGB XI sowie einmalige Leistungen nach dem SGB XI zur Verfügung gestellt werden. Eine Leistungsgewährung der Pflegesachleistungen, der Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege kommt aufgrund des Arbeitgebermodells nicht in Betracht.

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 und 40 SGB XI grundsätzlich insoweit, als die pflegebedürftige Person 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). Die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung nach dem SGB V entsprechen grundsätzlich den körperbezogenen Pflegemaßnahmen und der Hilfe zur Haushaltsführung nach dem SGB XI.

(2) Bei Durchführung einer

- vollstationären Krankenhausbehandlung,
- Maßnahme in einer Rehabilitations- oder Vorsorgeeinrichtung nach § 107 Abs. 2 SGB V sowie
- häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 SGB V

erfolgt für die ersten vier Wochen keine Kürzung des Pflegegeldes nach § 37 SGB XI oder des anteiligen Pflegegeldes nach § 38 SGB XI. Der ungekürzte Anspruch auf das Pflegegeld ist auch dann auf die Dauer von insgesamt bis zu vier Wochen begrenzt (vgl. Ziffer 2.2.2 zu § 37 SGB XI und Ziffer 3 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. Damit wird der in diesen Fallgestaltungen häufig, insbesondere bei behinderten Kindern oder bei altersverwirrten Menschen, fortbestehenden Pflegebereitschaft der häuslich Pflegenden Rechnung getragen.

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 die pflegebedürftige Person wieder in ihrer häuslichen Umgebung befindet.

(3) 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 Maßnahme in einer Rehabilitations- oder Vorsorgeeinrichtung nach § 107 Abs. 2 SGB V entfällt nach § 34 Abs. 2 Satz 2 2. Halbsatz SGB XI bei pflegebedürftigen Personen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte (Assistenzkräfte) sicherstellen

und bei denen § 63b Abs. 6 Satz 1 SGB XII Anwendung findet. 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 oder des anteiligen Pflegegeldes nach § 38 SGB XI ist neben den in § 34 Abs. 2 Satz 2 1. Halbsatz SGB XI genannten Voraussetzungen die Anwendbarkeit von § 63b Abs. 6 Satz 1 SGB XII. Die Verweisung von pflegebedürftigen Personen auf die Inanspruchnahme von Sachleistungen nach dem SGB XI durch den Träger der Sozialhilfe wird durch § 63b Abs. 6 Satz 1 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. § 64f Abs. 3 SGB XII an den Kosten beteiligt ist. Werden die Kosten des sogenannten Arbeitgebermodells ganz oder teilweise von der Sozialhilfe getragen (§ 64f Abs. 3 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 (§ 63b Abs. 3 Satz 1 und Abs. 4 Satz 1 SGB XII). Der Anspruch auf Fortzahlung des Pflegegeldes besteht nur, sofern § 63b Abs. 6 Satz 1 SGB XII Anwendung findet. Pflegebedürftige Personen, die zur Sicherstellung der Pflege im Rahmen eines Arbeitgebermodells keine Leistungen des Sozialhilfeträgers nach § 64f Abs. 3 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 SGB XI (vgl. Ziffer 2 zu § 13 SGB XI). Ferner schließt die Ruhensvorschrift nicht aus, dass einer pflegebedürftigen Person, die sich noch im Krankenhaus befindet, bereits vor ihrer 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) In Fällen, in den eine tagesstationäre Behandlung ohne Übernachtung im Krankenhaus nach § 115e SGB V oder eine stationsäquivalente psychiatrische Behandlung ohne Übernachtung im Krankenhaus nach § 115d SGB V durchgeführt wird, erfolgt keine Kürzung des Pflegegeldes. Es wird jeweils vor und nach der tagesstationären Behandlung Pflege in der Häuslichkeit erbracht.

(6) Zum Ruhen der Leistungen nach den §§ 36 bis 38 und 39 SGB XI bei Bezug von Haushaltshilfe wird auf die Hinweise in Ziffer 2 zu § 13 SGB XI 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 Absatz 1a des Fünften Buches gilt entsprechend. Endet die Mitgliedschaft durch Tod, erlöschen Ansprüche auf Kostenerstattung nach diesem Buch abweichend von § 59 des Ersten Buches nicht, wenn sie innerhalb von zwölf Monaten nach dem Tod des Berechtigten geltend gemacht werden.

1. Allgemeines

Der Anspruch auf die Leistungen nach dem SGB XI besteht nur während der Dauer der Mitgliedschaft zur sozialen Pflegeversicherung. Lediglich für die Erfüllung der Vorversicherungszeit gilt der Grundsatz "Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung", wodurch Unterbrechungen der Versicherung von bis zu einem Monat unschädlich sind (vgl. Ziffer 4 Abs. 2 zu § 33 SGB XI).

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

2. Wechsel der Kassenzuständigkeit

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

(2) 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 zurückgenommen werden, wie dies bei der bisherigen Pflegekasse der Fall gewesen wäre.

(3) Versicherte, die zum 01.01.2017 von einer Pflegestufe in einen Pflegegrad übergeleitet wurden, behalten auch im Falle eines Kassenwechsels ihren im Wege der Überleitung erworbenen Besitzstandsschutz (vgl. Ziffer 3 zu § 140 SGB XI).

(4) Wurden nach dem 31.12.2016 erstmalig Leistungen bereitgestellt, kann die Pflegekasse ihre Leistungsentscheidung in geeigneten Fällen unter Berücksichtigung des letzten Gutachtens des MD oder des unabhängigen Gutachters bzw. der unabhängigen Gutachterin treffen. Für diese Fälle gilt jedoch weiterhin der Grundsatz, dass die Leistungsentscheidungen der bisherigen Pflegekasse mit dem Ende der Mitgliedschaft enden.

(5) Sollte die abgebende Pflegekasse der aufnehmenden Pflegekasse das aktuelle Gutachten des MD oder des von der Pflegekasse beauftragten Gutachters bzw. der von der Pflegekasse beauftragten Gutachterin zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit zur Verfügung stellen, ist hier § 69 Abs. 1 i. V. m. § 76 Abs. 2 SGB X zu beachten, wonach eine Weiterleitung nur zulässig ist, wenn die betroffene Person der Weiterleitung nicht widerspricht. Es empfiehlt sich daher, dass die abgebende Pflegekasse ihre Versicherten bei Bekanntwerden des Kassenwechsels über die beabsichtigte Weiterleitung des Pflegegutachtens informiert und eine angemessene Frist zum Widerspruch einräumt.

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.

4. Kostenerstattungsansprüche nach dem Tod

Mit dem Tod der pflegebedürftigen Person erlöschen gemäß § 59 SGB I die Ansprüche auf Dienst- und Sachleistungen. Ansprüche auf Geldleistungen erlöschen ebenfalls grundsätzlich, es sei denn, diese Ansprüche sind bereits anerkannt oder es ist ein Verwaltungsverfahren darüber anhängig. Da Pflegebedürftige Personen bei Kostenerstattungsansprüchen grundsätzlich in Vorleistung treten, besteht gemäß § 35 Satz 2 SGB XI abweichend von § 59 SGB I ein Anspruch der berechtigten Erben auf Kostenerstattungsansprüche nach §§ 39, 45a Abs. 4 und § 45b SGB XI sowie nach § 40 Abs. 2 und 4 SGB XI auch nach dem Versterben der pflegebedürftigen Person. Werden die Kostenerstattungsansprüche nicht innerhalb von zwölf Monate nach dem Tod der berechtigten Person geltend gemacht, erlöschen sie.

§ 35a SGB XI
Teilnahme an einem Persönlichen Budget nach § 29 SGB IX

Pflegebedürftigen werden auf Antrag die Leistungen nach den §§ 36, 37 Absatz 1, §§ 38, 40 Absatz 2 und § 41 durch ein Persönliches Budgets nach § 29 SGB IX erbracht; 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 Leistungsträger, der das Persönliche Budget nach § 29 Absatz 3 SGB IX durchführt, 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

Menschen mit Behinderung haben 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 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.

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 Pflegekasse ist kein Rehabilitationsträger i. S. d. § 6 Abs. 1 SGB IX. Insofern kommen die Leistungen der Pflegeversicherung lediglich als ergänzende Leistungen eines Persönlichen Budgets in Verantwortung eines Rehabilitationsträgers in Betracht. Die Leistungen der Pflegeversicherung können somit unter den in § 35a SGB XI genannten – im Vergleich zu den für die Teilhabeleistungen geltenden – Voraussetzungen einschränkenden Regelungen in ein 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 die versicherte Person die Möglichkeit, mit dem Leistungserbringer im Rahmen des Persönlichen Budgets individuelle Absprachen über die Vergütung der körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung 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 der Pflegegrade 2 bis 5 haben bei häuslicher Pflege Anspruch auf körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie auf Hilfen bei der Haushaltsführung als Sachleistung (häusliche Pflegehilfe). Der Anspruch umfasst pflegerische Maßnahmen in den in § 14 Absatz 2 genannten Bereichen Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.

(2) Häusliche Pflegehilfe wird erbracht, um Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen so weit wie möglich durch pflegerische Maßnahmen zu beseitigen oder zu mindern und eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit zu verhindern. Bestandteil der häuslichen Pflegehilfe ist auch die pflegefachliche Anleitung von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen. Pflegerische Betreuungsmaßnahmen umfassen Unterstützungsleistungen zur Bewältigung und Gestaltung des alltäglichen Lebens im häuslichen Umfeld, insbesondere

1. *bei der Bewältigung psychosozialer Problemlagen oder von Gefährdungen,*
2. *bei der Orientierung, bei der Tagesstrukturierung, bei der Kommunikation, bei der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte und bei bedürfnisgerechten Beschäftigungen im Alltag sowie*
3. *durch Maßnahmen zur kognitiven Aktivierung.*

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

1. *für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 796 Euro,*
2. *für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 1.497 Euro,*
3. *für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 1.859 Euro,*
4. *für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 2.299 Euro.*

(4) Häusliche Pflegehilfe ist auch zulässig, wenn Pflegebedürftige nicht in ihrem eigenen Haushalt gepflegt werden; sie ist nicht zulässig, wenn Pflegebedürftige in einer stationären Pflegeeinrichtung oder in einer Einrichtung oder in Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Absatz 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 Absatz 1 abgeschlossen hat, kann häusliche Pflegehilfe als Sachleistung erbracht werden. Mehrere Pflegebedürftige können häusliche Pflegehilfe gemeinsam in Anspruch nehmen.

1. Allgemeines

(1) Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 bis 5 haben bei häuslicher Pflege Anspruch auf körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie auf Hilfen bei der Haushaltsführung als Sachleistung (häusliche Pflegehilfe). Dies gilt auch dann, wenn die pflegebedürftige Person in einer Altenwohnung oder in einem Altenwohnheim lebt. Hierbei ist es unerheblich, ob die pflegebedürftige Person 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 die pflegebedürftige Person aufhält, um ein Pflegeheim nach § 71 Abs. 2 i. V. m. § 72 SGB XI handelt. In diesem Fall besteht für pflegebedürftige Personen ein Anspruch auf Leistungen nach § 43 SGB XI. Hält sich die pflegebedürftige Person in einer nicht zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung (nicht Einrichtungen und Räumlichkeiten i. S. des § 71 Abs. 4 SGB XI) auf, siehe Ziffer 11 zu § 43 SGB XI.

Darüber hinaus besteht in den nach § 71 Abs. 4 SGB XI genannten Einrichtungen und Räumlichkeiten kein Anspruch auf häusliche Pflege, wenn pflegebedürftige Personen dort gepflegt werden. Dazu gehören insbesondere Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Kindergärten, Schulen und Internate, Werkstätten und Wohnheime für behinderte Menschen. In diesen Einrichtungen und Räumlichkeiten werden zwar im Einzelfall auch Unterstützungsleistungen in den in § 14 Abs. 2 SGB XI genannten Bereichen zur Verfügung gestellt; sie dienen jedoch von ihrer Grundausrichtung her einem anderen Zweck als der Pflege.

Mehrere pflegebedürftige Personen können körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung gemeinsam abrufen („Poolen“ von Leistungsansprüchen).

2. Leistungserbringer

Die Pflegebedürftigen erhalten körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfe bei der Haushaltsführung (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.

Für die pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung können auch Betreuungsdienste nach § 71 Abs.1a SGB XI tätig werden.

3. „Poolen“ von Leistungsansprüchen

Mehrere pflegebedürftige Personen, die entweder in einer festen Wohngemeinschaft leben oder in sonstiger räumlicher Nähe (Nachbarn in einem Gebäude oder einer Straße), können körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfe bei der Haushaltsführung gemeinsam abrufen und dadurch entstehende Vorteile (Zeit- oder Kosteneinsparungen) für sich nutzen. Sinnvoll erscheint dies vor allem bei den pflegerischen

Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung, so z. B. bei der gemeinsamen Zubereitung von Mahlzeiten, beim Einkaufen für mehrere pflegebedürftige Personen oder bei der Durchführung eines gemeinsamen Tagesausfluges. Dabei ist die einzelne pflegebedürftige Person frei in ihrer Entscheidung, ob sie sich an einem solchen „Pool“ beteiligt. Ob und in welchem Umfang Vorteile durch das gemeinsame Abrufen von Pflegeleistungen entstehen, hängt im Wesentlichen von der vereinbarten Vergütungssystematik nach § 89 SGB XI sowie der konkreten Ausgestaltung des Pflegearrangements im Einzelfall ab. Sofern Zeit- oder Kosteneinsparungen entstehen, sind diese ausschließlich im Interesse der Pflegebedürftigen zu nutzen, d. h. die beteiligten Pflegebedürftigen entscheiden selbst, ob sie z. B. eingesparte finanzielle Mittel individuell für den Einkauf weiterer Pflegeleistungen einsetzen.

Der Anspruch auf pflegerische Betreuungsmaßnahmen 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 (§§ 102 SGB XI und 27d BVG i.V.m. 90 ff. SGB IX).

4. Leistungsinhalt der Pflegeleistungen

(1) Bei den körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung handelt es sich im Einzelnen um Hilfeleistungen zur Beseitigung oder Minderung der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten der pflegebedürftigen Person bei den in § 14 Abs. 2 SGB XI aufgeführten Bereichen oder zur Vermeidung der Verschlechterung der Pflegebedürftigkeit. Darüber hinausgehende Leistungen sind nicht zu erbringen. Die Pflege soll als aktivierende Pflege (vgl. Ziffer 2 zu § 2 SGB XI) erbracht werden. Bestandteil der häuslichen Pflege ist auch die pflegefachliche Anleitung einschließlich vorhergehender Problem- und Bedarfseinschätzung von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen.

(2) Die körperbezogenen Pflegemaßnahmen beziehen sich insbesondere auf die Bereiche Mobilität und Selbstversorgung nach § 14 Abs. 2 Nr. 1 und 4 SGB XI. Die körperbezogenen Pflegemaßnahmen umfassen

- das Waschen, Duschen und Baden,
- die Mund-/Zahnpflege,
- das Kämmen,
- das Rasieren,
- die Darm- und Blasenentleerung,
- das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
- das selbständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen,
- das An- und Auskleiden,
- das Gehen, Stehen, Treppensteigen und
- das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung.

(3) Pflegerische Betreuungsmaßnahmen beziehen sich insbesondere auf die Bereiche kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen sowie Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte nach § 14 Abs. 2 Nr. 2, 3 und 6 SGB XI.

Pflegerische Betreuungsmaßnahmen werden in Bezug auf das häusliche Umfeld erbracht. Die Maßnahmen erfolgen dementsprechend zur Unterstützung bei der Gestaltung des alltäglichen

Lebens im Haushalt und bei Aktivitäten mit engem räumlichem Bezug hierzu. Dabei können die pflegerischen Betreuungsmaßnahmen nicht nur im häuslichen Umfeld der pflegebedürftigen Person, sondern auch beispielsweise im häuslichen Umfeld ihrer Familie oder anderer nahestehender Personen erbracht werden.

Pflegerische Betreuungsmaßnahmen umfassen Unterstützungsleistungen zur Bewältigung psycho-sozialer Problemlagen oder Gefährdungen (Selbst- oder Fremdgefährdung), bei der Orientierung, bei der Tagesstruktur, bei der Kommunikation, bei der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte bei der bedürfnisgerechten Beschäftigung im Alltag sowie Maßnahmen zur kognitiven Aktivierung. Sie dienen auch der alltäglichen Freizeitgestaltung.

Die Maßnahmen beziehen sich jedoch insbesondere nicht auf die Unterstützung des Besuchs von Kindergarten oder Schule, der Berufstätigkeit oder sonstiger Teilhabe am Arbeitsleben, der Ausübung von Ämtern oder der Mitarbeit in Institutionen oder in vergleichbaren Bereichen. Auch Leistungen, die in den Verantwortungsbereich eines anderen Sozialleistungsträgers fallen, gehören nicht zur pflegerischen Betreuung.

Pflegerische Betreuungsmaßnahmen umfassen

- die Entwicklung und Aufrechterhaltung einer Tagesstruktur,
- Unterstützungsleistungen zur Einhaltung eines Tag-/Nacht-Rhythmus,
- die Unterstützung bei der räumlichen und zeitlichen Orientierung,
- die Unterstützung bei Hobby und Spiel, z. B. beim Musik hören, Zeitung lesen, Betrachten von Fotoalben, Gesellschaftsspiele spielen
- Spaziergänge in der näheren Umgebung, Ermöglichung des Besuchs von Verwandten und Bekannten, Begleitung zum Friedhof oder zum Gottesdienst.

(4) Hilfe bei der Haushaltsführung bezieht sich auf den Bereich der Haushaltsführung nach § 18a Abs. 3 SGB XI und umfasst die Unterstützung in den dort erfassten Aktivitäten. Die pflegebedürftige Person soll nicht nur passiv versorgt werden, sondern aktiv bei der Haushaltsführung unterstützt werden. Dabei ist aber eine vollständige Übernahme von Aktivitäten im Rahmen der Haushaltsführung nicht ausgeschlossen. Die Hilfe bei der Haushaltsführung umfasst:

- das Einkaufen der Gegenstände des täglichen Bedarfs,
- das Kochen,
- das Reinigen und Aufräumen der Wohnung,
- das Spülen,
- das Waschen und Wechseln der Wäsche und Kleidung,
- das Beheizen,
- die Unterstützung bei der Nutzung von Dienstleistungen (z. B. Haushaltshilfen) und
- die Unterstützung bei der Regelung von finanziellen und behördlichen Angelegenheiten.

Werden die krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V erbracht, können diese Maßnahmen nicht gleichzeitig als Pflegesachleistung erbracht werden.

5. Leistungshöhe

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

- bei dem Pflegegrad 2 auf 796,00 Euro,
- bei dem Pflegegrad 3 auf 1.497,00 Euro,
- bei dem Pflegegrad 4 auf 1.859,00 Euro und
- bei dem Pflegegrad 5 auf 2.299,00 Euro

begrenzt.

Die Aufteilung der Beträge auf die einzelnen Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung richtet sich nach den Wünschen und Bedürfnissen sowie der Versorgungssituation der einzelnen pflegebedürftigen Person. Insofern können die Pflegeeinsätze flexibel abgerufen werden. Soweit ein höherer Pflegebedarf besteht, der von der pflegebedürftigen Person nicht finanziert werden kann, sind die Aufwendungen hierfür vom Träger der Sozialhilfe unter den Voraussetzungen des SGB XII ergänzend zu übernehmen. Ferner bleibt bei pflegebedürftigen behinderten Menschen der Anspruch auf die für sie sehr wesentliche Eingliederungshilfe nach dem SGB XII bzw. dem SGB VIII ungeschmälert erhalten.

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

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

(3) Pflegebedürftige können die Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI neben Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI) und einer teilstationären Pflege (§ 41 Abs. 3 SGB XI gilt) in Anspruch nehmen. Eine gegenseitige Anrechnung der Leistungen findet nicht statt. Hinsichtlich der Kombination von Pflegesachleistungen mit Pflegegeld 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 des Pflegegrades 2 in Höhe von bis zu 796,00 Euro

Ab 14.03. ruht der Leistungsanspruch gem. § 34 Abs. 2 SGB XI

Für die Zeit vom 01.03. bis 13.03. besteht ein Leistungsanspruch für Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 796,00 Euro.

(5) Bezieht die pflegebedürftige Person Entschädigungsleistungen, ruhen die Leistungen nach dem SGB XI in der Höhe der bezogenen Entschädigungsleistung (vgl. Ziffer 2 zu § 34 SGB XI). Für pflegebedürftige Personen, die am 31.12.2023 die Pflegezulage nach § 35 Abs. 1 in der am 31.12.2023 geltenden Fassung erhalten haben und aufgrund ihres Wahlrechts nach §°152 SGB XIV ab dem 01.01.2024 einen Geldbetrag nach § 144 Absatz 1 SGB XIV erhalten, findet die Ruhensvorschrift des § 34 Absatz 1 Nr. 2 SGB XI keine Anwendung. Sofern sie zu dem Geldbetrag nach § 144 Abs. 1 SGB XIV Leistungen bei Pflegebedürftigkeit beziehen, finden in diesem Fall die Regelungen der §§ 71ff SGB XIV Anwendung mit der Folge, dass die Pflegekasse die Leistungen bei Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XIV im Rahmen des Auftragsgeschäfts erbringt und die Kosten im Rahmen des Erstattungsverfahrens nach § 80 SGB°XIV vom Träger der Sozialen Entschädigung erstattet bekommt. Der Geldbetrag nach §°144 Abs. 1 SGB XIV wird vom Träger der Sozialen Entschädigung um den Betrag gemindert, der der Pflegezulage im Dezember 2023 entsprach.

6. Kombinierte Leistungserbringung durch Pflege- und Betreuungsdienste

Wählt die pflegebedürftige Person für die Erbringung der Pflegesachleistung sowohl einen Pflegedienst als auch einen Betreuungsdienst, besteht hinsichtlich der Abrechnung der Leistungen eine Gleichrangigkeit. Um die Transparenz für die pflegebedürftige Person und ihrer Angehörigen zu stärken, ist die pflegebedürftige Person bei der Vereinbarung eines Pflegevertrages für häusliche Pflege sowie bei Änderungen des Pflegevertrages von dem ambulanten Leistungserbringer zu fragen, ob und in welchem Umfang sie weitere Leistungserbringer bzw. im Rahmen des Umwandlungsanspruchs nach § 45a Abs. 4 SGB XI weitere Angebote zur Unterstützung im Alltag zusätzlich nutzt bzw. nutzen will (vgl. § 120 Abs. 3 SGB XI).

7. Kombination von ambulanten und stationären Leistungen

(1) Bei pflegebedürftigen Personen der Pflegegrade 2 bis 5, die in vollstationären Pflegeeinrichtungen leben und Leistungen nach § 43 SGB XI erhalten, kann für die Zeit der Pflege im häuslichen Bereich (z. B. an Wochenenden) die Pflegesachleistung für die tatsächlichen Pflegetage in der Familie unter Berücksichtigung des für die häusliche Pflege geltenden Höchstbetrages nach § 36 Abs. 3 SGB XI zur Verfügung gestellt werden. Dies dürfte allerdings relativ selten vorkommen, da die Leistungen insgesamt den Sachleistungshöchstbetrag nach § 36 SGB XI des jeweiligen Pflegegrades nicht übersteigen dürfen.

Beispiel 1

Pflegegrad 3

Vermindertes Heimentgelt (75 v. H.) wegen Wochenendpflege im häuslichen Bereich vom 01.04. bis 30.04. (unter Berücksichtigung der Regelungen für Abwesenheitszeiten)	=	850,00 Euro
Leistungen nach § 36 SGB XI Restanspruch (1.497,00 Euro – 850,00 Euro)	=	647,00 Euro

Ergebnis:

Die pflegebedürftige Person kann noch Pflegesachleistungen in Höhe von 647,00 Euro in Anspruch nehmen.

(2) Auch bei Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 in Einrichtungen i. S. d. § 71 Abs. 4 Nr. 1 und Räumlichkeiten i. S. d. § 71 Abs. 4 Nr. 3 SGB XI (z. B. Internatsunterbringung), für die zur Abgeltung des Anspruchs auf Pflegeleistungen 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 des jeweiligen Pflegegrades angerechnet.

Beispiel 2

Pflegegrad 3

Pflege in häuslicher Umgebung im August jeweils von Freitagabend bis Sonntagabend und in den Ferien vom 24.08. bis 31.08.2025	= 19 Tage
in Anspruch genommene Sachleistung nach § 43a SGB XI	= 190,00 Euro

(für die Zeit vom 24.08. bis 31.08.2025 berechnet die Einrichtung ein reduziertes Heimentgelt – sog. "Abwesenheitsvergütung")

Ergebnis:

Der pflegebedürftigen Person kann in Höhe von 1.307,00 Euro (1.497,00 Euro – 190,00 Euro) 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 Grad) ist der pflegebedürftigen Person und ggf. der Pflegeeinrichtung bekannt zu geben.

8. Verwendung von maximal 40 v. H. des Leistungsbetrages für Angebote zur Unterstützung im Alltag

Schöpft die pflegebedürftige Person den ihr zustehenden Sachleistungsbetrag nach § 36 Abs. 3 SGB XI in dem jeweiligen Kalendermonat nicht voll aus, kann sie den nicht für ambulante Pflegesachleistungen verwendeten Betrag für die Erstattung der Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag (§ 45a SGB XI) verwenden. Dabei darf der für die Angebote zur Unterstützung im Alltag verwendete Betrag maximal 40 v. H. der in § 36 Abs. 3 SGB XI vorgesehenen Leistungshöchstbeträge des jeweiligen Pflegegrades betragen. Weitere Erläuterungen sind Ziffer 2 zu § 45a SGB XI zu entnehmen.

9. Zusammentreffen von Leistungen nach § 36 SGB XI und Leistungen der Häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V

Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V und damit auf körperbezogene Pflegemaßnahmen und Hilfen zur Haushaltsführung besteht, wenn keine Pflegebedürftigkeit mit mindestens dem Pflegegrad 2 festgestellt ist. Wird rückwirkend bei der versicherten Person das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit mit einem Pflegegrad von mindestens 2 für einen Zeitraum festgestellt, in dem Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V erbracht wurden, endet mit dem Tag, ab dem die Pflegebedürftigkeit vorliegt, der Anspruch auf Leistungen nach § 37 Abs. 1a SGB V. Für den zurückliegenden Zeitraum, ab dem die Pflegebedürftigkeit mit mindestens Pflegegrad 2 vorliegt, besteht gegenüber der Pflegekasse ein Erstattungsanspruch nach § 102 ff. SGB X. Der Erstattungsanspruch ist durch die Pflegekasse im Rahmen der Leistungen nach § 36 SGB XI zu befriedigen. Wird der Pflegesachleistungsanspruch im Rahmen des Erstattungsverfahrens nicht ausgeschöpft, besteht ggf. ein Anspruch auf anteiliges Pflegegeld nach § 38 SGB XI (vgl. Ziffer 1 zu § 38 SGB XI). Dies gilt gleichermaßen für Leistungen nach § 38 SGB V.

§ 37 SGB XI
Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen

(1) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 können anstelle der häuslichen Pflegehilfe ein Pflegegeld beantragen. Der Anspruch setzt voraus, dass der Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld dessen Umfang entsprechend die erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung in geeigneter Weise selbst sicherstellt. Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat:

1. *347 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2*
2. *599 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3,*
3. *800 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4,*
4. *990 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5.*

(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 für bis zu acht Wochen und während einer Verhinderungspflege nach § 39 für bis zu sechs 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 in folgenden Intervallen eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit abzurufen:

1. *bei Pflegegrad 2 und 3 halbjährlich einmal,*
2. *bei Pflegegrad 4 und 5 vierteljährlich einmal*

Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 haben Anspruch, halbjährlich einmal eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit abzurufen. Beziehen Pflegebedürftige von einem ambulanten Pflegedienst Pflegesachleistungen, können sie ebenfalls halbjährlich einmal eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit in Anspruch nehmen. Auf Wunsch der pflegebedürftigen Person erfolgt im Zeitraum vom 1. Juli 2022 bis einschließlich 31. März 2027 jede zweite Beratung abweichend von den Sätzen 1 bis 3 per Videokonferenz. Bei der Durchführung der Videokonferenz sind die nach § 365 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches vereinbarten Anforderungen an die technischen Verfahren zu Videosprechstunden einzuhalten. Die erstmalige Beratung nach den Sätzen 1 bis 3 hat in der eigenen Häuslichkeit zu erfolgen.

(3a) Die Beratung nach Absatz 3 dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden. Die Pflegebedürftigen und die häuslich Pflegenden sind bei der Beratung auch auf die Auskunfts-, Beratungs- und Unterstützungsangebote des für sie zuständigen Pflegestützpunktes sowie auf die Pflegeberatung nach § 7a hinzuweisen.

(3b) Die Beratung nach Absatz 3 kann durchgeführt werden durch

1. *einen zugelassenen Pflegedienst*
2. *eine von den Landesverbänden der Pflegekassen nach Absatz 7 anerkannten Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz oder*

3. eine von der Pflegekasse beauftragte, jedoch von ihr nicht beschäftigte Pflegefachkraft, sofern die Durchführung der Beratung durch einen zugelassenen Pflegedienst vor Ort oder eine von den Landesverbänden der Pflegekassen nach Absatz 7 anerkannten Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz nicht gewährleistet werden kann.

(3c) Die Vergütung für die Beratung nach Absatz 3 ist von der zuständigen Pflegekasse, bei privat Pflegeversicherten von dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen zu tragen, im Falle der Beihilfeberechtigung anteilig von den Beihilfefestsetzungsstellen. Die Höhe der Vergütung für die Beratung durch einen zugelassenen Pflegedienst oder durch eine von der Pflegekasse beauftragte Pflegefachkraft vereinbaren die Pflegekassen oder deren Arbeitsgemeinschaften in entsprechender Anwendung des § 89 Absatz 1 und 3 mit dem Träger des zugelassenen Pflegedienstes oder mit der von der Pflegekasse beauftragten Pflegefachkraft unter Berücksichtigung der Empfehlungen nach Absatz 5. Die Vergütung kann nach Pflegegraden gestaffelt werden. Über die Höhe der Vergütung anerkannter Beratungsstellen und von Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften entscheiden ab dem Jahr 2020 die Landesverbände der Pflegekassen unter Zugrundelegung der im jeweiligen Land nach Satz 2 und 4 vereinbarten Vergütungssätze jeweils für die Dauer eines Jahres. Die Landesverbände haben die jeweilige Festlegung der Vergütungshöhe in geeigneter Weise zu veröffentlichen.

(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. Erteilt die pflegebedürftige Person die Einwilligung nicht, ist jedoch nach Überzeugung der Beratungsperson eine weitergehende Beratung angezeigt, übermittelt die jeweilige Beratungsstelle diese Einschätzung über die Erforderlichkeit einer weitergehenden Beratung der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen. Diese haben eine weitergehende Beratung nach § 7a anzubieten, 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) Die Vertragsparteien nach § 113 beschließen gemäß § 113b bis zum 1. Januar 2018 unter Beachtung der in Absatz 4 festgelegten Anforderungen Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach Absatz 3. Die Empfehlungen enthalten Ausführungen wenigstens

1. zu Beratungsstandards,
2. zur erforderlichen Qualifikation der Beratungspersonen sowie
3. zu erforderlichenfalls einzuleitenden Maßnahmen im Einzelfall.

Fordert das Bundesministerium für Gesundheit oder eine Vertragspartei nach § 113 im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit die Vertragsparteien schriftlich zum Beschluss neuer Empfehlungen nach Satz 1 auf, sind diese innerhalb von sechs Monaten nach Eingang der Aufforderung neu zu beschließen. Die Empfehlungen gelten für die anerkannten Beratungsstellen entsprechend.

(5a) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. bis zum 1. Januar 2020 Richtlinien zur Aufbereitung, Bewertung und standardisierten Dokumentation der Erkenntnisse aus dem jeweiligen Beratungsbesuch durch die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen. Die Richtlinien werden erst wirksam, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie genehmigt. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb von zwei Monaten, 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.

(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 bis 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.

(8) Die Beratungsbesuche nach Absatz 3 können auch von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern im Sinne des § 7a oder von Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften, die die erforderliche pflegefachliche Kompetenz aufweisen, durchgeführt werden. Absatz 4 findet entsprechende Anwendung. Die Inhalte der Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach Absatz 5 sind zu beachten.

(9) Beratungsbesuche nach Absatz 3 dürfen von Betreuungsdiensten im Sinne des § 71 Absatz 1a nicht durchgeführt werden.

1. Leistungsvoraussetzungen

(1) Pflegegeld wird gezahlt, wenn Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 in häuslicher Umgebung (dies kann der eigene Haushalt, der Haushalt der Pflegeperson oder ein Haushalt sein, in den die pflegebedürftige Person aufgenommen wurde) gepflegt werden. Unbeachtlich ist, ob die Pflege durch Angehörige, dem Lebenspartner oder der Lebenspartnerin, sonstige ehrenamtliche Pflegepersonen, erwerbsmäßige Pflegekräfte oder eine von der pflegebedürftigen Person angestellte Pflegeperson erbracht wird. Voraussetzung ist aber, dass die pflegebedürftige Person mit dem Pflegegeld, dessen Umfang entsprechend, die erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung in geeigneter Weise sicherstellen kann. Ist dies – z. B. nach einer Feststellung des MD nach § 18b Abs. 1 Satz 2 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 die pflegebedürftige Person eine wirksame und wirtschaftliche Pflegeleistung erhält.

(2) Mit dem Pflegegeld soll die pflegebedürftige Person in die Lage versetzt werden, Angehörigen, dem Lebenspartner oder der Lebenspartnerin 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 die pflegebedürftige Person in einem Altenwohnheim oder einer Altenwohnung lebt. Hierbei ist es unerheblich, ob die pflegebedürftige Person 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 die pflegebedürftige Person aufhält, um ein Pflegeheim nach § 71 Abs. 2 i. V. m. § 72 SGB XI handelt. In diesem Fall besteht für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 ein Anspruch auf Leistungen nach § 43 SGB XI. Hält sich die pflegebedürftige Person in einer nicht zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung (nicht Einrichtungen und Räumlichkeiten i. S. d. § 71 Abs. 4 SGB XI) auf, besteht aufgrund der insoweit selbst sichergestellten Pflege ein Anspruch auf Pflegegeld (vgl. Ziffer 11 zu § 43 SGB XI).

(5) Ist ein pflegebedürftiger Schüler oder eine pflegebedürftige Schülerin von Montag bis Freitag in einer Einrichtung (nicht Einrichtungen und Räumlichkeiten i. S. d. § 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 die pflegebedürftige Person 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 die pflegebedürftige Person im Haushalt der Familie aufhält. Dies gilt insbesondere auch für die Ferienzeiten, in denen die pflegebedürftige Person 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

- 347,00 Euro im Pflegegrad 2,
- 599,00 Euro im Pflegegrad 3,
- 800,00 Euro im Pflegegrad 4 und
- 990,00 Euro im Pflegegrad 5.

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

2.2 Kürzung des Pflegegeldes

2.2.1 Allgemeines

(1) Besteht der Anspruch auf das volle Pflegegeld nicht für einen vollen Kalendermonat (z. B. bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit im Laufe des Kalendermonats, hälftiges Pflegegeld bei Kurzzeit-/Verhinderungspflege), 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 beziehende Person des Pflegegrades 4 ab 21.05.:

Pflegegeld für Mai = $\frac{800{,}00 \text{ Euro} \times 11}{30} = 293{,}33 \text{ Euro}$

Beispiel 2

Pflegegeld beziehende Person des Pflegegrades 2 ab 31.01.:

Pflegegeld ist für den 31.01. zu zahlen (347,00 Euro x 1 : 30) = 11,57 Euro

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

(1) Bei Durchführung einer vollstationären Krankenhausbehandlung/Maßnahme in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nach § 107 Abs. 2 SGB V 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.

Entsprechend der Verfahrensweise bei vollstationärer Krankenhausbehandlung/ Maßnahme in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung 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.

Beispiel 1

Pflegegeld beziehende Person des Pflegegrades 2

vollstationäre Krankenhausbehandlung vom 21.02. bis 25.03.

Ergebnis:

Der 28. Tag der vollstationären Krankenhausbehandlung fällt auf den 20.03. Für den Monat Februar ist ein Pflegegeld in Höhe von 347,00 Euro zu zahlen. Für die Zeit vom 01.03. bis 20.03. (20 Tage) ist Pflegegeld unter Berücksichtigung des § 34 Abs. 2 Satz 2 SGB XI zu zahlen. Vom 21.03. bis 24.03. ruht der Anspruch nach § 34 Abs. 2 SGB XI. Vom 25.03. bis 31.03. (7 Tage) wird wieder Pflegegeld geleistet. Insoweit wird ein Pflegegeld in Höhe von 312,30 Euro (347,00 Euro x 27 : 30) ausgezahlt.

Sofern die Pflegebedürftigkeit während der vollstationären Krankenhausbehandlung/ Maßnahme in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nach § 107 Abs. 2 SGB V festgestellt wird und auch erst ab diesem Zeitpunkt vorliegt, kann eine Zahlung des Pflegegeldes erst ab dem Tag vorgenommen werden, ab dem sich die pflegebedürftige Person wieder in ihrer häuslichen Umgebung befindet.

Wird hingegen während der vollstationären Krankenhausbehandlung/ Maßnahme in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nach § 107 Abs. 2 SGB V das Vorliegen eines höheren Pflegegrades festgestellt, wird das Pflegegeld in Höhe des festgestellten höheren Pflegegrades rückwirkend vom Zeitpunkt der Änderung der tatsächlichen Verhältnisse gezahlt.

Beispiel 2

Pflegegeld beziehende Person des Pflegegerades 2

Vollstationäre Krankenhausbehandlung vom 02.05. bis 03.06.

Antrag auf Höherstufung am 08.05.

Begutachtung durch den MD am 16.05.

Pflegegrad 3 liegt vor seit 02.05.

Ergebnis:

Pflegegeld ist bei einer vollstationären Krankenhausbehandlung für vier Wochen weiterzuzahlen. Der 28. Tag der vollstationären Krankenhausbehandlung fällt auf den 29.05. Im Mai ist für den 01.05. ein Pflegegeld nach dem Pflegegrad 2 in Höhe von 11,57 Euro (347,00 Euro x 1 : 30) zu zahlen. Aufgrund der Höherstufung in den Pflegegrad 3 ist von dem Zeitpunkt der Änderung der tatsächlichen Verhältnisse vom 02.05. bis 29.05. ein Pflegegeld nach dem Pflegegrad 3 in Höhe von 559,07 Euro (599,00 Euro x 28 : 30) zu zahlen.

Beispiel 3

Pflegegeld beziehende Person des Pflegegerades 2

Vollstationäre Krankenhausbehandlung	vom 02.05. bis 03.06.
Antrag auf Höherstufung	am 08.05.
Begutachtung durch den MD	am 16.05.

Pflegegrad 3 liegt vor seit 06.05.

Ergebnis:

Pflegegeld ist bei einer vollstationären Krankenhausbehandlung für vier Wochen weiterzuzahlen. Der 28. Tag der vollstationären Krankenhausbehandlung fällt auf den 29.05. Im Mai ist für den 01.05. bis 05.05. ein Pflegegeld nach dem Pflegegrad 2 in Höhe von 57,83 Euro (347,00 Euro x 5 : 30) zu zahlen. Aufgrund der Höherstufung in den Pflegegrad 3 ist von dem Zeitpunkt der Änderung der tatsächlichen Verhältnisse vom 06.05. bis 29.05. ein Pflegegeld nach dem Pflegegrad 3 in Höhe von 479,20 Euro (599,00 Euro x 24 : 30) zu zahlen.

(3) Tritt ein Tatbestand (z. B. Maßnahme in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung 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 4

Pflegegeld beziehende Person des Pflegegrades 3

vollstationäre Krankenhausbehandlung	vom 01.02. bis 07.02.
Maßnahme in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung	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 Maßnahme in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung – ist die Pflegegeldzahlung wieder aufzunehmen

Beispiel 5

Pflegegeld beziehende Person des Pflegegrades 4

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

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

Ergebnis:

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

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

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

(4) 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 6

Teil 1

Pflegegeld beziehende Person des Pflegegrades 2

vollstationäre Krankenhausbehandlung	vom 17.10. bis 27.11. (42 Tage)
Anschlussrehabilitation in einer Einrichtung nach § 107 Abs. 2 SGB V	vom 10.12. bis 04.01. (26 Tage)

Ergebnis:

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

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

Teil 2

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

(5) Für die „Weiterzahlung“ des Pflegegeldes ist es Voraussetzung, dass vor dem vollstationären Krankenhausaufenthalt/ Maßnahme in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung 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 Verhinderungspflege

(1) In Fällen der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI und der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI wird die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes weitergezahlt. Der Anspruch besteht auch, wenn Kurzzeitpflege in einem stationären Hospiz in Anspruch genommen wird.

Die Weiterzahlung des Pflegegeldes setzt voraus, dass vor Leistungsgewährung der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI oder der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI ein Anspruch auf Zahlung von Pflegegeld bestand. Für die Höhe des Pflegegeldes ist der Pflegegrad im Zeitpunkt des Beginns der Inanspruchnahme der Leistungen der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege maßgeblich. Die Zahlung des hälftigen Pflegegeldes ist während der Leistungsgewährung der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI für die Dauer von bis zu acht Wochen oder der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI für die Dauer von bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr fort zu gewähren. Eine Kürzung des Pflegegeldes erfolgt jedoch nicht für den ersten und letzten Tag der Inanspruchnahme der Leistungen der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege. An diesen Tagen bleibt der pflegebedürftigen Person das Pflegegeld in voller Höhe erhalten. Dies entspricht der bisherigen Regelung. Mit dem ersten Tag der Inanspruchnahme der Leistungen der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege beginnt die 8- bzw. 6-Wochen-Frist.

Bei pflegebedürftigen Personen mit Pflegegrad 4 oder 5, die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, besteht der Anspruch auf Fortzahlung eines hälftigen Pflegegeldes bei Inanspruchnahme der Verhinderungspflege hingegen für die Dauer von bis zu acht Wochen im Kalenderjahr (§ 39 Abs. 5 SGB XI).

Besteht der Anspruch auf das volle Pflegegeld nicht für einen vollen Kalendermonat (z. B. bei Zahlung eines hälftigen Pflegegeldes bei Kurzzeit-/ Verhinderungspflege), wird das Pflegegeld anteilig gekürzt. Bei einer anteiligen Kürzung des Pflegegeldes ist der Kalendermonat mit den tatsächlichen Tagen anzusetzen, der Divisor jedoch mit 30 Tagen.

Beispiel 1

Pflegegeld beziehende Person des Pflegegrades 2

Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI vom 10.04. bis 19.04.

Ergebnis:

Pflegegeld ist für die Zeit vom 01.04. bis 10.04. (10 Kalendertage) und vom 19.04. bis 30.04. (12 Kalendertage) zu zahlen. Insoweit wird für diesen Zeitraum ein Pflegegeld in Höhe von 254,47 Euro (347,00 Euro x 22 : 30) ausgezahlt. Während des Aufenthaltes in der Einrichtung der Kurzzeitpflege wird ein hälftiges Pflegegeld in Höhe von 46,27 Euro (50 v. H. von 347,00 Euro = 173,50 Euro x 8 : 30) weitergezahlt. Für den Monat April wird somit ein Pflegegeld in Höhe von insgesamt 300,74 Euro (254,47 Euro + 46,27 Euro) ausgezahlt.

Beispiel 2

Teil 1

Pflegegeld beziehende Person des Pflegegrades 3

Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI vom 03.04. bis 30.04.

Ergebnis:

Da für den ersten und letzten Tag der Kurzzeitpflege ein volles Pflegegeld gezahlt wird, wird für den Monat April vom 01.04. bis 03.04. (3 Kalendertage) und am 30.04. (1 Kalendertag) volles Pflegegeld für insgesamt 4 Kalendertage geleistet. Während der Kurzzeitpflege wird hälftiges Pflegegeld vom 04.04. bis 29.04. für insgesamt 26 Kalendertage weitergezahlt. Im laufenden Kalenderjahr besteht ein Restanspruch auf Weiterzahlung des hälftigen Pflegegeldes für bis zu 28 Kalendertage während der Kurzzeitpflege.

Teil 2

Der Leistungsanspruch nach § 42 SGB XI (in einer ausschließlich für die Kurzzeitpflege zugelassenen Einrichtung) ist bereits am 25.04. ausgeschöpft. Somit kann ein hälftiges Pflegegeld nur für den Zeitraum vom 04.04. bis 24.04. gewährt werden. Für den Zeitraum vom 01.04. bis 03.04. und ab 25.04. wird volles Pflegegeld geleistet.

Beispiel 3

Pflegegeld beziehende Person des Pflegegrades 2	bis 30.04.
Pflegegeld beziehende Person des Pflegegrades 3	ab 01.05.
Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI	vom 01.05. bis 20.05.

Ergebnis:

Pflegegeld ist für den 01.05. und vom 20.05. bis 31.05. (13 Kalendertage) in Höhe von 259,57 Euro (599,00 Euro x 13 : 30) zu zahlen.

Zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege ab 01.05. besteht ein Anspruch auf Pflegegeld des Pflegegrades 3. Aus diesem Grunde erfolgt die Berechnung des hälftigen Pflegegeldes nach dem Pflegegrad 3. Für die Zeit vom 02.05. bis 19.05. (18 Kalendertage) ist während des Aufenthaltes in der Einrichtung der Kurzzeitpflege ein hälftiges Pflegegeld in Höhe von 179,70 Euro (50 v. H. von 599,00 Euro = 299,50 Euro x 18 : 30) zu zahlen.

Beispiel 4

Pflegegeld beziehende Person des Pflegegrades 2	bis 15.05.
Pflegegeld beziehende Person des Pflegegrades 3	ab 16.05.
Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI	vom 01.05. bis 20.05.

Ergebnis:

Pflegegeld (Pflegegrad 2) ist für den 01.05. in Höhe von 11,07 Euro zu zahlen. Vom 20.05. bis 31.05. (12 Kalendertage) ist ein Pflegegeld (Pflegegrad 3) in Höhe von 239,60 Euro (599,00 Euro x 12 : 30) zu zahlen.

Zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege ab 01.05. besteht ein Anspruch auf Pflegegeld nach Pflegegrad 2. Der höhere Pflegegrad wird nicht berücksichtigt, maßgeblich ist der Pflegegrad, der zu Beginn der Kurzzeitpflege bestand. Aus diesem Grunde erfolgt die Berechnung des hälftigen Pflegegeldes nach dem Pflegegrad 2. Für die Zeit vom 02.05. bis 19.05. (18 Kalendertage) ist während des Aufenthaltes in der Einrichtung der Kurzzeitpflege ein hälftiges Pflegegeld in Höhe von 104,10 Euro (50 v. H. von 347,00 Euro = 173,50 Euro x 18 : 30) zu zahlen.

Beispiel 5

Pflegegeld beziehende Person des Pflegegrades 3	bis 19.05.
Pflegegeld beziehende Person des Pflegegrades 4	ab 20.05.
Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI	vom 10.05. bis 24.05.

Ergebnis:

Pflegegeld (Pflegegrad 3) ist vom 01.05. bis 10.05. (10 Kalendertage) in Höhe von 199,67 Euro (599,00 Euro x 10 : 30) zu zahlen. Vom 24.05. bis 31.05. (8 Kalendertage) ist ein Pflegegeld (Pflegegrad 4) in Höhe von 213,33 Euro (800,00 Euro x 8 : 30) zu zahlen.

Zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege ab 10.05. besteht ein Anspruch auf Pflegegeld nach Pflegegrad 3. Der höhere Pflegegrad wird nicht berücksichtigt, maßgeblich ist der Pflegegrad, der zu Beginn der Kurzzeitpflege bestand. Aus diesem Grunde erfolgt die Berechnung des hälftigen Pflegegeldes nach dem Pflegegrad 3. Für die Zeit vom 11.05. bis 23.05. (13 Kalendertage) ist während des Aufenthaltes in der Einrichtung der Kurzzeitpflege ein hälftiges Pflegegeld in Höhe von 129,78 Euro (50 v. H. von 599,00 Euro = 299,50 Euro x 13 : 30) zu zahlen.

Beispiel 6

Die Verhinderungspflege einer pflegebedürftigen Person des Pflegegrades 3 wird von ihrem nicht mit ihr in häuslicher Gemeinschaft lebendem Sohn vom 04.03. bis 14.04. (42 Kalendertage) durchgeführt.

Ergebnis:

Am ersten und letzten Tag der Verhinderungspflege besteht ein Anspruch auf Pflegegeld in voller Höhe, so dass für die Zeit vom 01.03. bis 04.03. und vom 14.04. bis 30.04. ein volles Pflegegeld in Höhe von 419,30 Euro (599,00 Euro x 21 : 30) gezahlt wird. Während der Verhinderungspflege wird ein hälftiges Pflegegeld für bis zu sechs Wochen weitergezahlt. Für den Zeitraum vom 05.03. bis 13.04. wird daher ein hälftiges Pflegegeld in Höhe von 399,33,00 Euro (50 v. H. von 599,00 Euro = 299,50 Euro x 40 : 30) gezahlt.

Beispiel 7

Pflegegeld beziehende Person des Pflegegrades 3

Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI vom 20.02. bis 04.04.

Ergebnis:

Am ersten und letzten Tag der Kurzzeitpflege besteht ein Anspruch auf Pflegegeld in voller Höhe, so dass für die Zeit vom 01.02. bis 20.02. ein volles Pflegegeld in Höhe von 399,33 Euro (599,00 Euro x 20 : 30) und vom 04.04. bis 30.04. ein volles Pflegegeld in Höhe von 539,10 Euro (599,00 Euro x 27 : 30) gezahlt wird.

Während der Kurzzeitpflege wird ein hälftiges Pflegegeld für bis zu acht Wochen weitergezahlt. Für den Zeitraum vom 21.02. bis 03.04. wird daher ein hälftiges Pflegegeld in Höhe von 419,30 Euro (50 v. H. von 599,00 Euro = 299,50 Euro x 42 : 30) gezahlt.

(2) Sofern die pflegebedürftige Person im Zeitpunkt des Beginns der Inanspruchnahme der Leistungen der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege 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 für bis zu acht Wochen oder während der Leistungsgewährung der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI für bis zu sechs Wochen die Hälfte des gekürzten Pflegegeldes (also ein Viertel) weitergezahlt. Erfolgt die Kürzung des Pflegegeldes wegen des fehlenden Nachweises des Beratungseinsatzes nach § 37 Abs. 3 SGB XI während der Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege, wird bis zu acht Wochen oder während der Inanspruchnahme der Verhinderungspflege von bis zu sechs Wochen ein hälftiges Pflegegeld gezahlt. 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 Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI weitergezahlt.

Beispiel 8

Die Verhinderungspflege einer pflegebedürftigen Person des Pflegegrades 4 wird von einem ambulanten Pflegedienst vom 25.05. bis 01.06. (8 Kalendertage) erbracht. Da die Nachweisführung eines Beratungseinsatzes nicht innerhalb des Vierteljahreszeitraumes vom 01.01. bis 31.03. erfolgte, hat die Pflegekasse mit Mitteilung vom 04.04. das Pflegegeld zum 01.05. um 50 v. H. gekürzt.

Ergebnis:

Kostenübernahme für die Verhinderungspflege in Höhe der entstandenen Leistungen des Pflegedienstes 780,00 Euro

Berechnung der Pflegegeldansprüche:
vom 01.05. bis 25.05.
volles Pflegegeld (800,00 Euro : 2 = 400,00 Euro x 25 : 30) 333,33 Euro

vom 26.05. bis 31.05.
hälftiges Pflegegeld (400,00 Euro : 2 = 200 Euro x 6 : 30) 40,00 Euro

Vor Beginn der Verhinderungspflege wurde das Pflegegeld in Höhe von 800,00 Euro wegen des fehlenden Nachweises über einen Beratungseinsatz um 50 v. H. auf 400,00 Euro gekürzt. Für den Zeitraum vom 01.05. bis 25.05. wird ein Pflegegeld in Höhe von 333,33 Euro (50 v. H. von 800,00 Euro = 400,00 Euro x 25 : 30) gezahlt. Während der Verhinderungspflege wird ein hälftiges Pflegegeld in Höhe von 40,00 Euro (50 v. H. von 400,00 Euro = 200,00 Euro x 6 : 30) weitergezahlt. Ab 01.06. wird für den Monat Juni ein Pflegegeld in Höhe von 400,00 Euro gezahlt.

Beispiel 9

Die pflegebedürftige Person des Pflegegrades 4 erbringt im Vierteljahreszeitraum vom 01.07. bis 30.09.2024 keinen Nachweis über einen Beratungseinsatz. Nach Mitteilung der Pflegekasse vom 04.10.2024 erfolgt eine Pflegegeldkürzung um 50 v. H. zum 01.11.2024. Nachdem auch im folgenden Vierteljahreszeitraum vom 01.10. bis 31.12.2024 keine Nachweisführung erfolgt, stellt die Pflegekasse mit Mitteilung vom 04.01.2025 die Pflegegeldzahlung zum 01.02.2025 ein. Vom 15.02. bis 20.02.2025 nimmt die pflegebedürftige Person Leistungen der Kurzzeitpflege in Anspruch.

Ergebnis:

Die Pflegekasse übernimmt die Kosten für die Kurzzeitpflege. Da das Pflegegeld zum 01.02.2019 eingestellt wurde, wird für den Monat Februar 2025 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 Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI besteht auch nicht, wenn die pflegebedürftige Person vor deren Antritt noch keinen Anspruch auf Pflegegeld hatte. Beantragt die pflegebedürftige Person 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, an dem sie sich wieder in ihrer häuslichen Umgebung befindet (vgl. Ziffer 2.2.2).

Beispiel 10

Die versicherte Person befindet sich vom 16.05. bis 04.06. in der vollstationären Krankenhausbehandlung. Sie beantragt erstmalig am 20.05. während der vollstationären Krankenhausbehandlung Leistungen der Pflegeversicherung. Im Anschluss an die vollstationäre Krankenhausbehandlung wechselt sie vom 04.06. bis zum 13.06. in die Kurzzeitpflege. Ab 20.05. besteht ein Anspruch auf Pflegegeld des Pflegerades 2.

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 die pflegebedürftige Person vor der Aufnahme ins Krankenhaus Pflegegeld bezogen, und nimmt sie Leistungen der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege direkt im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt in Anspruch, besteht ein Anspruch auf Zahlung des hälftigen Pflegegeldes für bis zu acht bzw. sechs Wochen. Dauerte der Krankenhausaufenthalt länger als 28 Tage, entfällt der Anspruch auf hälftiges Pflegegeld während der Leistungsgewährung der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI oder der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI.

Beispiel 11

Pflegegeld beziehende Person des Pflegegrades 2

vollstationäre Krankenhausbehandlung	vom 16.04. bis 25.04.
Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI	vom 25.04. bis 13.05.
Häusliche Pflege	ab dem 13.05.

Ergebnis:

Während der Kurzzeitpflege wird vom 26.04. bis zum 12.05. hälftiges Pflegegeld weitergezahlt, da vor der vollstationären Krankenhausbehandlung Pflegegeld des Pflegerades 2 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 25.04. und den letzten Tag der Kurzzeitpflege am 13.05. wird volles Pflegegeld gezahlt.

Beispiel 12

Pflegegeld beziehende Person des Pflegegrades 4

vollstationäre Krankenhausbehandlung	vom 25.04. bis 05.06.
Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI	vom 05.06. bis 13.06.
Häusliche Pflege	ab dem 13.06.

Ergebnis:

Die pflegebedürftige Person befindet sich bereits seit dem 25.04. in vollstationärer Krankenhausbehandlung. Da der 28. Tag der vollstationären Krankenhausbehandlung auf den 22.05.

fällt, ruht der Anspruch auf Pflegegeld nach § 34 Abs. 2 Satz 2 SGB XI vom 23.05. bis 05.06. Es besteht daher kein Anspruch auf Weiterzahlung des hälftigen Pflegegeldes während der Kurzzeitpflege vom 05.06. bis 12.06. Ab dem 13.06. 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.

(5) Für die Dauer der Leistungsgewährung der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI oder der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI besteht Anspruch auf die Weiterzahlung des hälftigen Pflegegeldes. Bei einem Wechsel in die vollstationäre Krankenhausbehandlung wird für die ersten 28 Tage das Pflegegeld weitergezahlt. Aufgrund der vorangegangenen Leistungsgewährung der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI oder der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI beträgt die Höhe des Pflegegeldes weiterhin die Hälfte des bisherigen Pflegegeldes. Wird jedoch aufgrund der Leistungsgewährung der Kurzzeitpflege oder der Verhinderungspflege von mehr als acht bzw. sechs Wochen ab dem 57. bzw. 43. Tag der Inanspruchnahme der Leistungen der Kurzzeitpflege oder Verhinderungspflege kein hälftiges Pflegegeld mehr gezahlt, besteht bei einem Wechsel in die vollstationäre Krankenhausbehandlung ebenfalls kein Anspruch auf Pflegegeld.

Beispiel 13

Pflegegeld beziehende Person des Pflegegrades 3

Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI	vom 21.04. bis 06.05.
vollstationäre Krankenhausbehandlung	vom 06.05. bis 31.05.
Häusliche Pflege	ab dem 31.05.

Ergebnis:

Am ersten Tag der Kurzzeitpflege (21.04.) besteht ein Anspruch auf Pflegegeld in voller Höhe. Vom 22.04. bis 05.05. wird hälftiges Pflegegeld des Pflegegrades 3 weitergezahlt. Bei Aufnahme in die vollstationäre Krankenhausbehandlung ruht der Anspruch auf Pflegegeld nach § 34 Abs. 2 SGB XI nicht für die ersten 28 Tage.

Die pflegebedürftige Person hat während der vollstationären Krankenhausbehandlung einen Anspruch auf Fortzahlung des Pflegegeldes. Aufgrund des vorangegangenen Aufenthaltes in der Kurzzeitpflege erhält sie während der vollstationären Krankenhausbehandlung weiterhin hälftiges Pflegegeld. Ab dem 31.05. – dem letzten Tag der vollstationären Krankenhausbehandlung – ist das Pflegegeld wieder in voller Höhe zu zahlen.

Beispiel 14

Pflegegeld beziehende Person des Pflegegrades 4

Aufenthalt in der Kurzzeitpflege	03.03. bis 30.04.
vollstationäre Krankenhausbehandlung	30.04. bis 19.05.
Häusliche Pflege	ab dem 19.05.

Die Leistungen der Verhinderungspflege sind bereits ausgeschöpft.

Ergebnis:

Am ersten Tag der Kurzzeitpflege (03.03.) besteht ein Anspruch auf Pflegegeld in voller Höhe. Vom 04.03. bis 27.04. wird hälftiges Pflegegeld weitergezahlt. Ab dem 57. Tag (28.04.) der Kurzzeitpflege besteht für die Dauer der Inanspruchnahme der Leistungen der Kurzzeitpflege kein weiterer Anspruch auf hälftiges Pflegegeld (§ 37 Abs. 2 Satz 2 SGB XI).

Grundsätzlich ruht der Anspruch auf Pflegegeld bei Aufnahme in die vollstationäre Krankenhausbehandlung nach § 34 Abs. 2 SGB XI nicht für die ersten 28 Tage. Aufgrund des vorangegangenen Aufenthaltes in der Kurzzeitpflegeeinrichtung von mehr als 56 Tagen, wird während der vollstationären Krankenhausbehandlung kein hälftiges Pflegegeld weitergezahlt. Der Anspruch auf hälftiges Pflegegeld während der Kurzzeitpflege ist auf bis zu 56 Tage begrenzt, so dass ab dem 57. Tag der Kurzzeitpflege kein Pflegegeld mehr gezahlt wird. Ab dem 19.05. – dem letzten Tag der vollstationären Krankenhausbehandlung – besteht wieder Anspruch auf volles Pflegegeld.

(6) Hat die pflegebedürftige Person vor der Aufnahme ins Krankenhaus Pflegegeld bezogen, und nimmt die Leistungen der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege direkt im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt in Anspruch, besteht ein Anspruch auf Zahlung des hälftigen Pflegegeldes, sofern der Krankenhausaufenthalt nicht länger als 28 Tage dauerte. Schließt sich nach Inanspruchnahme der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege 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. Dauerte der Krankenhausaufenthalt vor der Inanspruchnahme der Leistungen der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege jedoch länger als 28 Tage, entfällt der Anspruch auf hälftiges Pflegegeld während der Leistungsgewährung der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI oder der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI sowie während eines sich erneut unmittelbar anschließenden Krankenhausaufenthaltes.

Beispiel 15

Teil 1

Pflegegeld beziehende Person des Pflegegrades 2

vollstationäre Krankenhausbehandlung	vom 16.05. bis 03.06.
Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI	vom 03.06. bis 14.06.
vollstationäre Krankenhausbehandlung	vom 14.06. bis 30.06.
Häusliche Pflege	ab dem 30.06.

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 die pflegebedürftige Person einen Anspruch auf Fortzahlung des Pflegegeldes während der vollstationären Krankenhausbehandlung vom 16.05. bis 03.06. (19 Tage). Während des Aufenthaltes in der Kurzzeitpflege vom 04.06. bis 13.06. wird ein hälftiges Pflegegeld weitergezahlt.

Der Tatbestand der erneuten vollstationären Krankenhausbehandlung vom 14.06. bis 30.06. (17 Tage) ist gesondert zu betrachten. Daher wird das Pflegegeld während der vollstationären Krankenhausbehandlung für die ersten 28 Tage hälftig fortgezahlt. Ab dem 30.06. befindet sich die pflegebedürftige Person in der häuslichen Pflege, so dass ab dem 30.06. das Pflegegeld in voller Höhe gezahlt wird.

Teil 2

Die pflegebedürftige Person kehrt am 30.06. nicht in die häusliche Pflege zurück, sondern wird in die vollstationäre Pflegeeinrichtung aufgenommen. Es wird daher ab dem 01.07. kein Pflegegeld mehr gezahlt. Für den Zeitraum vom 14.06. bis 30.06. wird ein hälftiges Pflegegeld gezahlt.

Beispiel 16

Pflegegeld beziehende Person des Pflegerades 4	seit 01.01.
vollstationäre Krankenhausbehandlung	vom 25.03. bis 25.04.
Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI	vom 25.04. bis 27.04.
vollstationäre Krankenhausbehandlung	vom 27.04. bis 29.04.
vollstationäre Pflege nach § 43 SGB XI	ab 29.04.

Ergebnis:

Die pflegebedürftige Person befindet sich bereits seit dem 25.03. in vollstationärer Krankenhausbehandlung. Da der 28. Tag der vollstationären Krankenhausbehandlung auf den 21.04. fällt, ruht der Anspruch auf Pflegegeld nach § 34 Abs. 2 Satz 2 SGB XI ab dem 22.04. Es besteht daher kein Anspruch auf Weiterzahlung des hälftigen Pflegegeldes während der Kurzzeitpflege vom 25.04. bis 27.04. und der sich unmittelbar anschließenden Krankenhausbehandlung vom 27.04. bis 29.04. Da die pflegebedürftige Person am 29.04. in die vollstationäre Pflegeeinrichtung aufgenommen wird und nicht in die häusliche Pflege zurückkehrt, wird ab dem 29.04. die Pflegegeldzahlung nicht wieder aufgenommen.

(7) Der Anspruch auf Weiterzahlung des hälftigen Pflegegeldes besteht für die Dauer der Leistungsgewährung der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI für bis zu acht Wochen und für die Dauer der Leistungsgewährung der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI für bis zu sechs Wochen. 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 17

Die Kurzzeitpflege bei einer pflegebedürftigen Person des Pflegegrades 3wird vom 20.12.2024 bis 15.01.2015 in einer nach § 72 SGB XI zugelassenen Einrichtung erbracht. Im Jahr 2024 wurden bereits Leistungen der Kurzzeitpflege für insgesamt 15 Tage in Anspruch genommen und das hälftige Pflegegeld für diesen Zeitraum weitergezahlt.

Ergebnis:

Für den ersten Tag der Kurzzeitpflege am 20.12.2024 wird volles Pflegegeld gezahlt. Für den Zeitraum vom 21.12.2024 bis 31.12.2024 besteht ein Anspruch auf ein hälftiges Pflegegeld. Mit dem neuen Kalenderjahr besteht ein neuer Anspruch auf Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI und somit auch ein Anspruch auf Weiterzahlung des hälftigen Pflegegeldes für bis zu acht Wochen. Für den Zeitraum vom 01.01.2025 bis 14.01.2025 besteht ein Anspruch auf ein hälftiges Pflegegeld. Vom 15.01.2025 bis 31.01.2025 besteht ein Anspruch auf volles Pflegegeld. Die pflegebedürftige Person hat im Jahr 2025 noch einen Anspruch auf Weiterzahlung des hälftigen Pflegegeldes während der Kurzzeitpflege für 41 Tage.

Beispiel 18

Eine pflegebedürftige Person des Pflegegrades 2 nimmt vom 11.11.2024 bis 15.01.2025 Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI durch einen ambulanten Pflegedienst in Anspruch. Im Jahr 2024 wurden die Leistungen der Kurzzeitpflege bereits ausgeschöpft. Leistungen der Verhinderungspflege wurden bisher nicht in Anspruch genommen.

Ergebnis:

Für den ersten Tag der Verhinderungspflege am 11.11.2024 wird volles Pflegegeld gezahlt. Für den Zeitraum vom 12.11.2024 bis 22.12.2024 besteht ein Anspruch auf ein hälftiges Pflegegeld. Vom 23.12.2024 bis 31.12.2024 wird kein hälftiges Pflegegeld gezahlt, da die Fortzahlung des hälftigen Pflegegeldes während der Verhinderungspflege gemäß § 37 Abs. 2 Satz 2 SGB XI auf 42 Tage begrenzt ist.

Ab 01.01.2025 besteht ein neuer Anspruch auf Leistungen der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI und somit grundsätzlich auch ein Anspruch auf Weiterzahlung des hälftigen Pflegegeldes für bis zu sechs Wochen. Da der Anspruch auf hälftiges Pflegegeld jedoch am 22.12.2024 endet und somit am 31.12.2024 keine Pflegegeldzahlung erfolgt, kann ab 01.01.2017 keine Weiterzahlung des hälftigen Pflegegeldes für 42 Tage erfolgen.

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

Beispiel 19

Pflegegeld beziehende Person des Pflegegrades 4 vollstationäre Krankenhausbehandlung	vom 15.01. bis 16.02.
Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI	vom 16.02. bis 02.03.
Verhinderungspflege in der Häuslichkeit der pflegebedürftigen Person	vom 02.03. bis 19.03.

Ergebnis:

Der 28. Tag der vollstationären Krankenhausbehandlung fällt auf den 11.02. Für den Monat Januar wird ein Pflegegeld in Höhe von 800,00 Euro gezahlt. Für die Zeit vom 01.02. bis 11.02. (11 Tage) wird ein Pflegegeld in Höhe von 293,33 Euro (800,00 Euro x 11 : 30) unter Berücksichtigung des § 34 Abs. 2 Satz 2 SGB XI gezahlt. Vom 12.02. bis 16.02. 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 Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI seit 12.02. ruht, wird kein hälftiges Pflegegeld während der Inanspruchnahme der Kurzzeit- und Verhinderungspflege gezahlt. Ab dem 19.03. – dem letzten Tag der Verhinderungspflege – wird wieder volles Pflegegeld geleistet.

(9) Wird die Verhinderungspflege durch nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen erbracht, die bis zum zweiten Grade mit der pflegebedürftigen Person verwandt oder verschwägert sind oder mit ihr in häuslicher Gemeinschaft leben (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 20

Die Verhinderungspflege bei einer pflegebedürftigen Person des Pflegegrades 2 wird von deren nicht mit ihr in häuslicher Gemeinschaft lebenden Tochter vom 03.01. bis 13.02. (42 Kalendertage) durchgeführt. Von der Tochter werden neben den pflegebedingten Aufwendungen in Höhe von 498,00 Euro Fahrkosten für öffentliche Verkehrsmittel in Höhe von 90,00 Euro nachgewiesen.

Kostenübernahme für die Ersatzpflege	
in Höhe des 1,5-fachen Pflegegeldes des Pflegegrades 2	= 520,50 Euro
plus Fahrkosten	= 90,00 Euro
Gesamt	**= 610,50 Euro**

Berechnung der Pflegegeldansprüche:

für den 03.01. und 13.02.	
volles Pflegegeld (347,00 Euro x 2 : 30)	= 23,13 Euro
vom 04.01. bis 12.02.	
hälftiges Pflegegeld (173,50 Euro x 40 : 30)	= 231,33 Euro

Ergebnis:

Neben den pflegebedingten Aufwendungen und den Fahrkosten wird für den ersten und letzten Tag der Verhinderungspflege volles Pflegegeld gezahlt, sodass für den 03.01. und 13.02. ein volles Pflegegeld in Höhe von 23,13 Euro (347,00 Euro x 2 : 30) gezahlt wird. Während der Verhinderungspflege wird vom 04.01. bis 12.02. ein hälftiges Pflegegeld in Höhe von 231,33 Euro (50 v. H. von 347,00 Euro = 173,50 Euro x 40 : 30) fortgezahlt. Der Anspruch auf Weiterzahlung des hälftigen Pflegegeldes ist für das laufende Kalenderjahr ausgeschöpft

(10) Bei einem Zusammentreffen von hälftigem Pflegegeld bei Kurzzeit- oder Verhinderungspflege und Pflegegeld darf der Höchstanspruch nach § 37 Abs. 1 SGB XI für den Kalendermonat nicht überschritten werden.

Beispiel 21

Die Verhinderungspflege einer pflegebedürftigen Person des Pflegegrades 3 wird von einem ambulanten Pflegedienst vom 26.01. bis 28.01. (3 Kalendertage) erbracht.

Ergebnis:

Vom 01.01. bis 26.01. (26 Tage) und vom 28.01. bis 31.01. (4 Tage) wird das volle Pflegegeld in Höhe von 599,00 Euro ausgezahlt. Für den 27.01. besteht ein Anspruch auf Weiterzahlung des hälftigen Pflegegeldes in Höhe von 9,98 Euro (50 v. H. von 599,00 Euro = 299,50 Euro x 1 : 30). Da das Pflegegeld jedoch auf den monatlichen Höchstbetrag zu begrenzen ist, erfolgt lediglich eine Auszahlung des Pflegegeldes in Höhe von 599,00 Euro.

2.3 Leistungshöhe des Pflegegeldes im Sterbemonat

(1) Das Pflegegeld wird bis zum Ende des Kalendermonats gezahlt, in dem die pflegebedürftige Person verstorben ist. Somit ist das Pflegegeld für diesen (Teil-)Monat nicht zurückzufordern.

Beispiel 1

Pflegegeld beziehende Person des Pflegegrades 4

Tod der pflegebedürftigen Person 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. Dies gilt auch, wenn die pflegebedürftige Person im Zeitpunkt des Todes aufgrund der Gewährung von Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI oder der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI ein hälftiges Pflegegeld bezogen hat. Ruhenstatbestände nach § 34 SGB XI sind bei der Zahlung von Pflegegeld zu berücksichtigen.

Beispiel 2

Pflegegeld beziehende Person des Pflegegrades 5

vollstationäre Krankenhausbehandlung	vom 06.04. bis 15.05.
Tod der pflegebedürftigen Person im Krankenhaus	am 15.05.

Ergebnis:

Pflegegeld ist bei einer vollstationären Krankenhausbehandlung für vier Wochen weiterzuzahlen. Der 28. Tag der vollstationären Krankenhausbehandlung fällt auf den 03.05. Für die Zeit vom 01.05. bis 03.05. (3 Tage) ist Pflegegeld unter Berücksichtigung des § 34 Abs. 2 Satz 2 SGB XI zu zahlen.

Vom 04.05. bis 14.05. ruht der Anspruch nach § 34 Abs. 2 SGB XI. Vom 15.05. bis 31.05. (17 Tage) wird das Pflegegeld geleistet. Insoweit wird ein Pflegegeld in Höhe von 660,00 Euro (990,00 Euro x 20 : 30) gezahlt.

Beispiel 3

Pflegegeld beziehende Person des Pflegegrades 3 Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI	vom 05.02. bis 27.02.
vollstationäre Krankenhausbehandlung	vom 27.02. bis 07.03.
Tod der pflegebedürftigen Person im Krankenhaus	am 07.03.

Ergebnis:

Bei Aufnahme in die vollstationäre Krankenhausbehandlung ruht der Anspruch auf Pflegegeld nach § 34 Abs. 2 SGB XI nicht für die ersten 28 Tage. Die pflegebedürftige Person hat während der vollstationären Krankenhausbehandlung einen Anspruch auf Fortzahlung des Pflegegeldes. Aufgrund der vorangegangenen Inanspruchnahme der Verhinderungspflege wird für den Monat März vom 01.03. bis zum 06.03. (6 Kalendertage) ein hälftiges Pflegegeld in Höhe von 59,90 Euro (50 v. H. von 599,00 Euro = 299,50 Euro x 6 : 30) gezahlt. Vom 07.03. bis 31.03. (25 Kalendertage) wird das volle Pflegegeld in Höhe von 499,17 Euro (599,00 Euro x 25 : 30) Euro gezahlt.

Beispiel 4

Pflegegeld beziehende Person des Pflegegrades 5

Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI	vom 02.04. bis 12.04.
vollstationäre Krankenhausbehandlung	vom 12.04. bis 25.05.
Tod der pflegebedürftigen Person im Krankenhaus	am 25.05.

Ergebnis:

Pflegegeld ist bei einer vollstationären Krankenhausbehandlung für vier Wochen weiterzuzahlen. Der 28. Tag der vollstationären Krankenhausbehandlung fällt auf den 09.05. Für die Zeit vom 01.05. bis 09.05. (9 Kalendertage) ist Pflegegeld unter Berücksichtigung des § 34 Abs. 2 Satz 2 SGB XI zu zahlen. Aufgrund des vorangegangenen Aufenthaltes in der Kurzzeitpflege wird für diesen Zeitraum ein Pflegegeld in Höhe von 148,50 Euro (50 v. H. von 990,00 Euro = 495,00 Euro x 9 : 30) gezahlt.

Vom 10.05. bis 24.05. ruht der Anspruch nach § 34 Abs. 2 SGB XI. Da im Monat Mai für mindestens einen Tag ein Anspruch auf Pflegegeld besteht, wird vom 25.05. bis 31.05. (7 Kalendertage) das Pflegegeld in voller Höhe geleistet. Insoweit wird ein Pflegegeld in Höhe von 231,00 Euro (990,00 Euro x 7 : 30) ausgezahlt.

Beispiel 5

Pflegegeld beziehende Person des Pflegegrades 2

Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI	vom 11.02. bis 18.02.
vollstationäre Krankenhausbehandlung	vom 18.02. bis 28.02.
Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI	vom 28.02. bis 01.03.
Tod der pflegebedürftigen Person in der Kurzzeitpflegeeinrichtung	am 01.03.

Ergebnis:

Am ersten Tag der Verhinderungspflege am 11.02. besteht ein Anspruch auf volles Pflegegeld in Höhe von 11,57 Euro (347,00 Euro x 1 : 30). Für den Zeitraum vom 12.02. bis 17.02. (6 Kalendertage) wird während der Inanspruchnahme der Leistungen der Verhinderungspflege ein hälftiges Pflegegeld gezahlt. Da bei Aufnahme in die vollstationäre Krankenhausbehandlung der Anspruch auf Pflegegeld nach § 34 Abs. 2 SGB XI nicht für die ersten 28 Tage ruht, wird sowohl während der vollstationären Krankenhausbehandlung vom 18.02. bis 28.02. (11 Kalendertage) als auch während des anschließenden Aufenthaltes in der Kurzzeitpflege weiterhin hälftiges Pflegegeld gezahlt.

Insoweit wird für den Monat Februar ein hälftiges Pflegegeld für insgesamt 17 Kalendertage in Höhe von 98,32 Euro (50 v. H. von 347,00 Euro = 173,50 Euro x 17 : 30) gezahlt. Da für den 01.03. Anspruch auf Pflegegeld besteht, wird das Pflegegeld für den Monat März in voller Höhe gezahlt.

(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 der berechtigten Person 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 der empfangenden Person (sofern das Pflegegeld durch Dauerauftrag, Lastschrifteinzug oder sonstiges Zahlungsgeschäft auf ein Konto weitergeleitet wurde) oder verfügenden Person (Verfügungsberechtigte, die eine Verfügung über den entsprechenden Betrag vorgenommen oder zugelassen haben) oder eines etwaigen neuen Kontoinhabers bzw. einer etwaigen neuen Kontoinhaberin zu benennen. Gegenüber diesen Personen ist dann per Verwaltungsakt die Rückforderung geltend zu machen.

Beispiel 6

Pflegegeld beziehende Person des Pflegegrades 3

vollstationäre Krankenhausbehandlung	vom 04.07. bis 04.08.
Tod der pflegebedürftigen Person 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 7

Pflegegeld beziehende Person des Pflegegrades 4

Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI	vom 25.01. bis 30.01.
Tod der pflegebedürftigen Person in der Kurzzeitpflegeeinrichtung	am 30.01.

Das Pflegegeld für den Monat Februar wurde bereits ausgezahlt.

Ergebnis:

Für den Sterbemonat Januar ist vom 01.01. bis 25.01. (25 Tage) und vom 30.01. bis 31.01. (2 Tage) volles Pflegegeld in Höhe von 720,00 Euro (800,00 Euro x 27 : 30) zu zahlen. Vom 26.01. bis 29.01. (4 Tage) besteht Anspruch auf hälftiges Pflegegeld in Höhe von 53,33 Euro (50 v. H. von 800,00 Euro = 400,00 Euro x 4 : 30). Das bereits ausgezahlte Pflegegeld für den Monat Februar ist von dem Geldinstitut zurückzufordern.

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

Beispiel 8

Pflegegeld beziehende Person des Pflegegrades 4

vollstationäre Krankenhausbehandlung	ab 15.01.
Antrag auf Höherstufung	am 21.01.
Tod der pflegebedürftigen Person im Krankenhaus	am 26.02.
Begutachtung durch den MD	am 24.01.
Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 5 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 des Pflegegrades 4 und vom 15.01. bis 31.01. nach Pflegegrad 5 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 dem Pflegegrad 5 zu zahlen.

3. Verwendung von maximal 40 v. H. des Leistungsbetrages der Pflegesachleistungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag

Pflegebedürftige Personen bei denen mindestens der Pflegegrad 2 vorliegt, können neben dem Pflegegeld bis zu 40 v. H. des in § 36 Abs. 3 SGB XI vorgesehenen Leistungshöchstbetrages des jeweiligen Pflegegrades für die Erstattung von Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag (§ 45a Abs. 4 SGB XI) verwenden (vgl. Ziffer 2 zu § 45a SGB XI). Der für Angebote zur Unterstützung im Alltag verwendete Leistungsbetrag nach § 36 SGB XI gilt als Inanspruchnahme der Pflegesachleistung. Von daher ist für die Berechnung des anteiligen Pflegegeldes die Kombinationsregelung nach § 38 SGB XI entsprechend anzuwenden (vgl. Erläuterungen zu § 38 SGB XI).

4. Kombination von ambulanten und stationären Leistungen

(1) Bei pflegebedürftigen Personen der Pflegegrade 2 bis 5, 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 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 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

Pflegegrad 2

Heimentgelt für den Monat März 2025	= 650,00 Euro
Pflege in häuslicher Umgebung in der Zeit vom 03.03. bis 05.03. und vom 17.03. bis 19.03.	= 6 Tage
Sachleistungsanteil (650,00 Euro von 796,00 Euro)	= 81,66 v. H.
Geldleistungsanteil	= 18,34 v. H.

Ergebnis:

Es besteht ein Anspruch auf ein anteiliges Pflegegeld für die Zeit vom 03.03. bis 05.03. und 17.03. bis 19.03. in Höhe von insgesamt 12,73 Euro (18,34 v. H. von 347,00 Euro = 63,64 Euro x 6 : 30).

Beispiel 2

Daten wie Beispiel 1

Das Heimentgelt beträgt 830,00 Euro. Da mit diesem Heimentgelt der Sachleistungshöchstbetrag von 796,00 Euro überschritten wird, kann kein anteiliges Pflegegeld mehr gezahlt werden.

Beispiel 3

Pflegegrad 4

Heimentgelt für den Monat April 2025	= 1.460,00 Euro
Pflege in häuslicher Umgebung in der Zeit vom 05.04. bis 07.04. und vom 19.04. bis 21.04.2025	= 6 Tage
Sachleistungsanteil (1.460,00 Euro von 1.859,00 Euro)	= 78,53 v. H.
Geldleistungsanteil	= 21,47 v. H.

Ergebnis:

Es besteht ein Anspruch auf ein anteiliges Pflegegeld für die Zeit vom 05.04. bis 07.04.2024 und vom 19.04. bis 21.04.2024 in Höhe von insgesamt 34,35 Euro (21,47 v. H. von 800,00 Euro = 171,76 Euro x 6 : 30).

(2) Bei Pflegebedürftigen Personen der Pflegegrade 2 bis 5 in Einrichtungen i. S. d. § 71 Abs. 4 Nr. 1 SGB XI oder Räumlichkeiten i. S. d. § 71 Abs. 4 Nr. 3 SGB XI, für die zur Abgeltung des Anspruchs auf Pflegeleistungen 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 zu zahlen ist. Befindet sich die pflegebedürftige Person den vollen Monat in häuslicher Pflege, wird das gesamte Pflegegeld für den Monat gezahlt.

Beispiel 4

Pflegegrad 3

Pflege in häuslicher Gemeinschaft im Februar 2025 jeweils von Freitagabend bis Montagmorgen	= 16 Tage
in Anspruch genommene Sachleistung nach § 43a SGB XI	= 236,00 Euro

Ergebnis:

Der pflegebedürftigen Person kann zusätzlich zu der Leistung nach § 43a SGB XI ein anteiliges Pflegegeld in Höhe von 319,47 Euro (599,00 Euro x 16 : 30) gezahlt werden.

Neben den Leistungen nach § 43a SGB XI kann die pflegebedürftige Person 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 5

Pflegegrad 2 seit 01.03.2019

Pflege in häuslicher Umgebung im Juni 2025 jeweils von Freitagabend bis Montagmorgen	= 18 Tage
in Anspruch genommene Sachleistung nach § 43a SGB XI	= 236,00 Euro
Sachleistungsanteil nach § 36 SGB XI (800,00 Euro – 236,00 Euro)	= 564,00 Euro
Geldleistungsanteil (347,00 Euro x 18 : 30)	= 208,20 Euro

Ergebnis:

Es besteht für den Monat Juni ein Anspruch auf Sachleistungen in Höhe von 564,00 Euro und ein anteiliges Pflegegeld in Höhe von insgesamt 208,20 Euro.

5. Beratungseinsatz

5.1 Allgemeines

(1) Pflegebedürftige Personen, die Pflegegeld nach § 37 Abs. 1 SGB XI beziehen, haben je nach Pflegegrad einmal halbjährlich (Pflegegrad 2 und 3) bzw. vierteljährlich (Pflegegrad 4 und 5) einen Beratungseinsatz durch eine Vertrags-Pflegeeinrichtung, eine von der Pflegekasse beauftragte – jedoch von ihr nicht beschäftigte – Pflegefachkraft, einen Pflegeberater oder eine Pflegeberaterin nach § 7a SGB XI, eine von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannte Beratungsstelle oder Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz abzurufen. Pflegebedürftige Personen des Pflegegrades 1 können halbjährlich einmal einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen. Die Inanspruchnahme der Beratungseinsätze ist für diesen Personenkreis nicht verpflichtend. Dies gilt gleichfalls für pflegebedürftige Personen der Pflegegrade 2 bis 5, die Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI in Anspruch nehmen.

(2) Pflegebedürftige Personen, 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.

(3) Die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI haben Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI beschlossen
().

5.2 Zielsetzung des Beratungseinsatzes

Die Beratung ist an den jeweiligen individuellen Pflege- und Betreuungsbedarfen auszurichten. Daher soll sie je nach dem Bedarf der pflegebedürftigen Person Hinweise zu Problemlagen im Zusammenhang mit körperlichen, kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten geben. Die Probleme der täglichen Pflege sollen erörtert und den Pflegebedürftigen und deren Angehörigen, Lebenspartnern und Lebenspartnerinnen bzw. Pflegepersonen konkrete Vorschläge unterbreitet werden. Die Beratungsbesuche sollen auch Kenntnis über weitergehende Beratungs- und Schulungsmöglichkeiten vermitteln. Es soll aktiv auf die Möglichkeit der Auskunfts-, Beratungs- und Informationsangebote des für die pflegebedürftige Person zuständigen Pflegestützpunktes und auf die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI sowie der unentgeltlichen Inanspruchnahme von Pflegekursen nach § 45 SGB XI, auch in der eigenen Häuslichkeit, hingewiesen werden.

Die Informationen aus diesen Beratungseinsätzen sollen dazu beitragen, dass alle an der Pflege Beteiligten (insbesondere Pflegekasse, Krankenkasse, Träger der Sozialhilfe, aber auch Angehörige, Lebenspartner und Lebenspartnerinnen 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.

5.3 Durchführung des Beratungseinsatzes

(1) Mit der Durchführung des Beratungseinsatzes kann die pflegebedürftige Person einen zugelassenen Pflegedienst ihrer 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.

Der Beratungseinsatz kann auch bei einer von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannten Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz in Anspruch genommen werden. Mit diesen Anerkennungen soll das Beratungsangebot im Interesse der Pflegebedürftigen erweitert werden. Ebenfalls kann eine Beratungsperson der kommunalen Gebietskörperschaften, die die erforderliche pflegefachliche Kompetenz aufweist, mit dem Beratungseinsatz beauftragt werden.

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 der

vorliegenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen 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 Personen der Beratungseinsatz durch Pflegefachkräfte mit geronto-psychiatrischer Zusatzausbildung erfolgen.

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

(2) Die Beratungseinsätze sind in der Häuslichkeit der pflegebedürftigen Person durchzuführen. Dies kann der eigene Haushalt, der Haushalt der Pflegeperson oder ein Haushalt sein, in dem die pflegebedürftige Person aufgenommen wurde. Auf Wunsch der pflegebedürftigen Person kann der Beratungsbesuch im Zeitraum vom 01.07.2022 bis einschließlich 31.03.2027 per Videokonferenz erfolgen. Hierbei ist zu beachten, dass dies nur für jeden zweiten Beratungseinsatz gilt. Der erstmalige Beratungsbesuch muss in jedem Fall in Form einer persönlichen Begegnung vor Ort in der eigenen Häuslichkeit erfolgen. Bei der Durchführung der Videokonferenz sind die nach § 365 Abs. 1 Satz 1 SGB V vereinbarten Anforderungen an die technischen Verfahren zu Videosprechstunden einzuhalten. Es dürfen folglich nur Videodienstanbieter im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach SGB V genutzt werden.

(3) Der Pflegedienst, die beauftragte Pflegefachkraft und die anerkannte Beratungsstelle sowie die Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften haben die bei dem Beratungseinsatz gewonnenen Erkenntnisse an die Pflegekasse der pflegebedürftigen Person weiterzuleiten. Bei Beihilfeberechtigten erfolgt dies auch an die Beihilfefestsetzungsstelle. Die Mitteilung an die Pflegekasse ist nur mit Einverständnis der pflegebedürftigen Person zulässig.

Erteilt die pflegebedürftige Person die Einwilligung nicht, ist jedoch nach Überzeugung der Beratungsperson eine weitergehende Beratung angezeigt, übermittelt die jeweilige Beratungsstelle diese Einschätzung über die Erforderlichkeit einer weitergehenden Beratung der zuständigen Pflegekasse. In diesem Fall hat die Pflegekasse der pflegebedürftigen Person eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI anzubieten und kann, sofern eine Beratung in Anspruch genommen wird, etwaige Anpassungen der Leistungen mit der pflegebedürftigen Person erörtern und ggf. einleiten.

Liegt eine akute Gefahrensituation (Gefahr im Verzug) vor, erfolgt die Weitergabe der Information, dass die Pflege nicht sichergestellt ist, auch ohne Einwilligung der pflegebedürftigen Person. Eine akute Gefahrensituation liegt vor, wenn nach Einschätzung der Beratungsperson ein unmittelbarer Schaden für Leib oder Leben der pflegebedürftigen Person droht, weshalb ein sofortiges Einschreiten notwendig erscheint. Unabhängig von der Weitergabe der Information an die Pflegekasse, hat die Beratungsperson in diesen Fällen unverzüglich einen Notdienst (Krankenwagen, Feuerwehr oder Polizei) zu benachrichtigen.

Zur Verfahrenserleichterung stellt der GKV-Spitzenverband den Pflegediensten, mit denen ein Versorgungsvertrag besteht, sowie den anerkannten Beratungsstellen und den Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften ein einheitliches Formular zur Verfügung. Darin ist im Sinne einer Einsatzdokumentation darzustellen, welche Vorschläge den pflegebe-

dürftigen Personen und den pflegenden Angehörigen, dem Lebenspartner oder der Lebenspartnerin bzw. den Pflegepersonen zur Optimierung der Pflegesituation gemacht werden. 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 MD oder des von der Pflegekasse beauftragten Gutachters bzw. der von der Pflegekasse beauftragten Gutachterin bezüglich eines höheren Pflegegrades 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.

Die Anforderungen an die Aufbereitung, Bewertung und standardisierten Dokumentation der Erkenntnisse aus dem jeweiligen Beratungsbesuch durch die Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen hat der GKV-Spitzenverband und der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. in Richtlinien beschlossen ()

(4) Die Vertrags-Pflegeeinrichtung, die beauftragte Pflegefachkraft oder die anerkannte Beratungsstelle sowie die Beratungsperson der kommunalen Gebietskörperschaft rechnen die Kosten des Beratungseinsatzes direkt mit der Pflegekasse ab. Dies gilt auch für Beratungseinsätze bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 sowie für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI in Anspruch nehmen.

(5) Die Höhe der Vergütung der Beratung durch einen zugelassenen Pflegedienst oder durch eine von der Pflegekasse beauftragten Pflegekraft vereinbaren die Pflegekassen oder deren Arbeitsgemeinschaften seit 01.01.2019 unter Berücksichtigung der ambulanten Vergütungsregelungen nach § 89 Abs. 1 und 3 SGB XI mit dem Träger des zugelassenen Pflegedienstes oder mit der von der Pflegekasse beauftragten Pflegefachkraft.

(6) Die Höhe der Vergütung der Beratungen durch zugelassene Beratungsstellen und von Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften werden ab dem Jahr 2020 durch die Landesverbände der Pflegekassen unter Zugrundelegung der mit den Pflegediensten oder von der Pflegekasse beauftragten Pflegefachkräften vereinbarten Vergütungssätze mit Wirkung für alle Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen jeweils für die Dauer eines Jahres festgelegt. Bis zum Zeitpunkt der Festlegung der Vergütungshöhen gelten für die anerkannten Beratungsstellen und Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften die bis zum 31.12.2018 geltenden gesetzlichen Vergütungssätze (vgl. § 146 Abs. 1 SGB XI). Demnach beträgt die Höhe der Vergütung für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 und 3

bis zu 23,00 Euro und in den Pflegegraden 4 und 5 bis zu 33,00 Euro. Diese Regelung gilt entsprechend für pflegebedürftige Personen der Pflegegrade 2 bis 5, die ambulante Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI beziehen und den Beratungseinsatz nicht verpflichtend in Anspruch nehmen. Für pflegebedürftige Personen des Pflegegrades 1 können bis zu 23,00 Euro vergütet werden. Für beihilfeberechtigte Personen 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 der pflegebedürftigen Person noch der Pflegekasse – berechnet werden.

5.4 Nachweis über die Durchführung des Beratungseinsatzes

(1) Die Inanspruchnahme der verpflichtenden Beratungseinsätze ist gegenüber der Pflegekasse nachzuweisen. Sofern Pflegeberater bzw. Pflegeberaterinnen 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 die pflegebedürftige Person den Beratungseinsatz nicht nach, ist das Pflegegeld angemessen zu kürzen und im Wiederholungsfall zu entziehen. Als angemessen ist eine Kürzung des Pflegegeldes von 50 v. H. anzusehen. Hierbei ist die Situation im Einzelfall zu berücksichtigen.

(2) Der Beratungseinsatz ist der Pflegekasse von pflegebedürftigen Personen der Pflegegrade 2 und 3 in halbjährlichen und von pflegebedürftigen Personen der Pflegerade 4 und 5 in vierteljährlichen Abständen nachzuweisen. Aus verwaltungspraktikablen Gründen bietet sich bei der Nachweispflicht das Kalenderhalbjahr bzw. -vierteljahr an. Danach besteht die Nachweispflicht der pflegebedürftigen Person 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.

- Pflegegrad 2 -

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 die pflegebedürftige Person 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.

- Pflegegrad 2 -

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

Ergebnis:

Die pflegebedürftige Person 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 die pflegebedürftige Person 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.

- Pflegegrad 3 -

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

Ergebnis:

Die pflegebedürftige Person erhält in den ersten Tagen des Monats Februar des Folgejahres die Mitteilung über die beabsichtigte Pflegegeldkürzung zum 01.03. des Folgejahres.

Gleichzeitig wird sie 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 die pflegebedürftige Person 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.

- Pflegegrad 4 -

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

Am 04.10. erfolgt die Mitteilung an die pflegebedürftige Person 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 die pflegebedürftige Person 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

Die pflegebedürftige Person 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 Absatz 3 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 für bis zu acht Wochen und während einer Verhinderungspflege nach § 39 für bis zu sechs 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 die pflegebedürftige Person des Pflegegrades 2 bis 5 den ihr nach dem Grad ihrer Pflegebedürftigkeit zustehenden Umfang der Pflegesachleistung nach § 36 Abs. 3 SGB XI nicht aus, hat sie daneben Anspruch auf ein anteiliges Pflegegeld nach § 37 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 auszuzahlen.

Beispiele

1. Eine pflegebedürftige Person des Pflegegrades 2 hat im Januar Sachleistungen im Wert von 400,00 Euro in Anspruch genommen. Der ihr zustehende Höchstbetrag beläuft sich auf 796,00 Euro. Sie hat somit 50,25 v. H (kaufmännisch gerundet auf zwei Stellen nach dem Komma) ausgeschöpft. Vom Pflegegeld in Höhe von 347,00 Euro stehen ihr noch 49,75 v. H., also 172,63 Euro zu.

2. Eine pflegebedürftige Person des Pflegegrades 3 hat im Juni Sachleistungen im Wert von 1.150,00 Euro in Anspruch genommen. Der ihr zustehende Höchstbetrag beläuft sich auf 1.497,00 Euro, sie hat somit die Sachleistungen zu 76,82 v. H. (kaufmännisch gerundet auf zwei Stellen nach dem Komma) ausgeschöpft. Vom Pflegegeld in Höhe von 599,00 Euro stehen ihr noch 23,18 v. H., also 138,85 Euro zu.

3. Eine pflegebedürftige Person des Pflegegrades 4 hat im Februar Sachleistungen in Höhe von 720,00 Euro in Anspruch genommen, der Höchstbetrag beläuft sich auf 1.859,00 Euro. Sie hat somit 38,73 v. H. (kaufmännisch gerundet auf zwei Stellen nach dem Komma) der Sachleistung in Anspruch genommen, so dass ihr vom Pflegegeld in Höhe von 800,00 Euro noch 61,27 v. H., also 490,16 Euro zustehen.

4. Eine pflegebedürftige Person des Pflegegrades 5 hat im Januar Sachleistungen in Höhe von 1.990,00 Euro in Anspruch genommen. Der ihr zustehende Höchstbetrag beläuft sich auf 2.299,00 Euro. Sie hat somit die Sachleistungen zu 86,56 v. H. (kaufmännisch gerundet auf zwei Stellen nach dem Komma) in Anspruch genommen, so dass ihr vom Pflegegeld in Höhe von 990,00 Euro noch 13,44 v. H., also 133,06 Euro zustehen.

2. Entscheidungsbindung

(1) Die pflegebedürftige Person hat sich zu entscheiden, **in welchem Verhältnis** sie Geld- und Sachleistung in Anspruch nehmen will. An diese Entscheidung ist sie für die Dauer von sechs Monaten gebunden. Eine vorzeitige Änderung ihrer Entscheidung ist der pflegebedürftigen Person aber zuzugestehen, sofern eine wesentliche Änderung (z. B. Veränderung der Pflegesituation) in den zum Zeitpunkt der Entscheidung vorgelegenen Verhältnissen eingetreten ist (vgl. § 48 SGB X). Bei pflegebedürftigen Personen, 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 die pflegebedürftige Person nur noch die Pflegesachleistung oder nur noch das Pflegegeld in Anspruch nehmen will.

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/ Maßnahme in einer Rehabilitations- oder Vorsorgeeinrichtung nach § 107 Abs. 2 SGB V oder des Leistungsbezugs nach § 37 Abs. 1 SGB V für die Dauer von bis zu vier Wochen beansprucht werden.

Wird die Kombinationsleistung in stets schwankender Höhe erbracht, so ist bei der Ermittlung der anteiligen Geldleistung der tatsächlich in Anspruch genommene Sachleistungsbetrag ins Verhältnis zum Sachleistungshöchstbetrag nach § 36 Abs. 3 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

Pflegegrad 2 — Verhältnis Sachleistung/Geldleistung soll nachträglich festgestellt werden

vollstationäre Krankenhausbehandlung vom 07.04. bis 13.05.

Sachleistung April	= 250,00 Euro
Sachleistung Mai	= 570,00 Euro

Berechnung Anteil der Geldleistung für den Monat April

Sachleistungsanteil (250,00 Euro von 796,00 Euro)	= 31,40 v. H.
Geldleistungsanteil	= 68,60 v. H.

Die anteilige Geldleistung ist in Höhe von 68,60 v. H. des für den ganzen Monat zustehenden Geldbetrages (68,60 v. H. von 347,00 Euro) für den April in Höhe von 238,04 Euro zu zahlen.

Berechnung Anteil der Geldleistung für den Monat Mai

Sachleistungsanteil (570,00 Euro von 796,00 Euro)	= 71,60 v. H.
Geldleistungsanteil	= 28,39 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 01.05. bis 04.05. und nach Ablauf der vollstationären Krankenhausbehandlung vom 13.05. bis 31.05. für insgesamt 23 Tage in Höhe von 75,52 Euro (28,39 v. H. von 347,00 Euro = 98,51 Euro x 23 : 30).

(2) Pflegebedürftige Personen in Einrichtungen i. S. d. § 71 Abs. 4 Nr. 1 SGB XI oder Räumlichkeiten i. S. d. § 71 Abs. 4 Nr. 3 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 zu zahlen ist. Befindet sich die pflegebedürftige Person den vollen Monat in häuslicher Pflege, wird das gesamte Pflegegeld für den Monat gezahlt.

Beispiel 2

Pflegegrad 3 seit 01.02.

Pflege in häuslicher Gemeinschaft im Februar jeweils von Freitagabend bis Montagmorgen	= 16 Tage
in Anspruch genommene Sachleistung nach § 43a SGB XI	= 236,00 Euro

Ergebnis:

Der pflegebedürftigen Person kann zusätzlich zu der Leistung nach § 43a SGB XI ein anteiliges Pflegegeld in Höhe von 319,47 Euro (599,00 Euro x 16 : 30) gezahlt werden.

(3) Sind innerhalb eines Kalendermonats keine Pflegesachleistungen erbracht worden, weil z. B. die pflegebedürftige Person 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

Pflegegrad 4 — Verhältnis Sachleistung/Geldleistung soll nachträglich festgestellt werden

vollstationäre Krankenhausbehandlung vom 01.04. bis 02.05.
Im April sind keine Sachleistungen angefallen.

Verhältnis im April

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

Ergebnis:

Der 28. Tag der vollstationären Krankenhausbehandlung fällt auf den 28.04.. Für die Zeit vom 01.04. bis 28.04. (28 Tage) ist Pflegegeld unter Berücksichtigung des § 34 Abs. 2 Satz 2 SGB XI zu zahlen. Insoweit wird ein Pflegegeld in Höhe von 746,67,00 Euro (800,00 Euro x 28 : 30) 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. Die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung nach dem SGB V entsprechen grundsätzlich den körperbezogenen Pflegemaßnahmen und der Hilfe zur Haushaltsführung nach dem SGB XI. 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 sind die von der ambulanten Pflegeeinrichtung abgerechnete Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung nach § 37 SGB V mit dem Sachleistungshöchstanspruch nach § 36 Abs. 3 SGB XI ins Verhältnis zu setzen.

Beispiel 4

Verhältnis von Sachleistung/Geldleistung soll nachträglich festgestellt werden

vollstationäre Krankenhausbehandlung vom 03.03. bis 14.05.

Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 3 besteht ab dem 03.03.

Häusliche Krankenpflege (§ 37 Abs. 1 SGB V) wird vom 14.05. bis 05.06. erbracht. Für den Zeitraum vom 14.05. bis 31.05. sind für die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung insgesamt Kosten in Höhe von 550,00 Euro angefallen und von der Krankenkasse übernommen worden.

Berechnung Anteil der Geldleistung für den Monat Mai

in Anspruch genommene Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung	= 550,00 Euro
Sachleistungsanteil (550,00 Euro von 1.497,00 Euro)	= 36,74 v. H.
Geldleistungsanteil	= 63,26 v. H.

Ergebnis:

Für die Zeit vom 14.05. bis 31.05. besteht ein Anspruch auf Zahlung eines anteiligen Pflegegeldes in Höhe von 227,36 Euro (63,26 v. H. von 599,00 Euro = 378,93 Euro x 18 : 30).

Wird mit dem für den Kalendermonat tatsächlich in Anspruch genommenen Sachleistungsbetrag der Höchstbetrag nach § 36 Abs. 3 SGB XI ausgeschöpft, so kann eine anteilige Geldleistung für diesen Monat nicht gezahlt werden (zum Höchstbetrag der Pflegesachleistung vgl. Ziffer 5 zu § 36 SGB XI).

Beispiel 5

Pflegegrad 4	Verhältnis Sachleistung/Geldleistung soll nachträglich festgestellt werden

vollstationäre Krankenhausbehandlung vom 15.03. bis 31.03.

Sachleistung März	= 1.859,00 Euro
Sachleistungsanteil (1.859,00 von 1.859,00 Euro)	= 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 zu § 34 SGB XI), soweit Pflegegeld nach § 44 Abs. 2 SGB VII von der Unfallversicherung gewährt wird, und zwar in der Höhe dieser Leistung. Für pflegebedürftige Personen, die am 31.12.2023 die Pflegezulage nach § 35 Abs. 1 in der am 31.12.2023 geltenden Fassung des BVG erhalten haben und aufgrund ihres Wahlrechts nach § 152 SGB XIV ab dem 01.01.2024 einen Geldbetrag nach § 144 Abs. 1 SGB XIV erhalten, findet die Ruhensvorschrift des § 34 Absatz 1 Nr. 2 SGB XI keine Anwendung. Sofern sie zu dem Geldbetrag nach § 144 Abs. 1 SGB XIV Leistungen bei Pflegebedürftigkeit beziehen, finden in diesem Fall die Regelungen der §§ 71ff SGB XIV Anwendung mit der Folge, dass die Pflegekasse die Leistungen bei Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XIV im Rahmen des Auftragsgeschäfts erbringt und die Kosten im Rahmen des Erstattungsverfahrens nach § 80 SGB XIV vom Träger der Sozialen Entschädigung erstattet bekommt. Der Geldbetrag nach § 144 Absatz 1 SGB XIV

wird vom Träger der Sozialen Entschädigung um den Betrag gemindert, der der Pflegezulage im Dezember 2023 entsprach

(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 Personen, 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 die pflegebedürftige Person 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 SGB XI zu setzen. Die so ermittelte Quote ist für den Anteil der Geldleistung im Sterbemonat maßgebend.

Beispiel 10

Pflegegrad 2	Verhältnis Sachleistung/Geldleistung soll nachträglich festgestellt werden

Tod der pflegebedürftigen Person am 18.03.

Sachleistung März	= 380,00 Euro

Berechnung Anteil der Geldleistung für den Monat März

Sachleistungsanteil (380,00 Euro von 796,00 Euro)	= 47,73 v. H.
Geldleistungsanteil	= 52,27 v. H.

Ergebnis:

Für den Sterbemonat ist die anteilige Geldleistung in Höhe von 181,38 Euro (52,27 v. H. von 347,00 Euro) zu zahlen.

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

4. Verwendung von maximal 40 v. H. des Leistungsbetrages nach § 36 SGB XI für Angebote zur Unterstützung im Alltag

Schöpft die pflegebedürftige Person den ihr nach dem Grad ihrer Pflegebedürftigkeit zustehenden Umfang der Pflegesachleistung nach § 36 Abs. 3 SGB XI in dem jeweiligen Kalendermonat nicht voll aus, kann sie den nicht für ambulante Pflegesachleistung verwendeten Betrag für die Erstattung der Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag (§ 45a Abs. 4 SGB XI) verwenden. Dabei darf der für die anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag verwendete Betrag maximal 40 v. H. der in § 36 Abs. 3 SGB XI vorgesehenen Leistungshöchstbeträge des jeweiligen Pflegegrades betragen. Im Rahmen der Kombinationsleistung

nach § 38 SGB XI gilt der für die anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag verwendete Leistungsbetrag nach § 36 SGB XI als Inanspruchnahme der Pflegesachleistung und bildet damit die Grundlage zur Berechnung des anteiligen Pflegegeldes. Weitere Erläuterungen sind Ziffer 2 zu § 45a SGB XI zu entnehmen.

5. Fortzahlung des hälftigen anteiligen Pflegegeldes bei Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege oder Verhinderungspflege

(1) In Fällen der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI und der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI wird die Hälfte des bisher bezogenen anteiligen Pflegegeldes für bis zu acht bzw. für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr weitergezahlt (§ 38 Satz 4 SGB XI).

Die Weiterzahlung setzt voraus, dass vor der Leistungsgewährung der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI oder der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI ein Anspruch auf Zahlung von Pflegegeld bestand. Für die Höhe des Pflegegeldes ist der Pflegegrad im Zeitpunkt des Beginns der Inanspruchnahme der Leistungen der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege maßgeblich. Für die Berechnung wird der Monat zugrunde gelegt, in dem die Leistungen der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege in Anspruch genommen werden. Etwas anderes gilt nur dann, wenn der Beginn der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege 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 während der Leistungsgewährung der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI für bis zu acht Wochen oder während der Leistungsgewährung der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI für bis zu sechs Wochen 50 v. H. weitergezahlt. Für den ersten und letzten Tag der Inanspruchnahme der Leistungen der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege 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 Verhinderungspflege beginnt die 6- bzw. 8-Wochen-Frist (vgl. Ziffer 2.2.3 zu § 37 SGB XI).

Bei pflegebedürftigen Personen mit Pflegegrad 4 oder 5, die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, besteht der Anspruch auf Fortzahlung eines hälftigen Pflegegeldes bei Inanspruchnahme der Verhinderungspflege hingegen für die Dauer von bis zu acht Wochen im Kalenderjahr (§ 39 Abs. 5 SGB XI).

Beispiel 1

Pflegebedürftige Person des Pflegegrades 2. Vom 01.03. bis 15.03. befand sich die pflegebedürftige Person in vollstationärer Krankenhausbehandlung. Inanspruchnahme der Kombinationsleistung nach § 38 SGB XI vom 15.03. bis 21.03.. Es wird eine Pflegesachleistung in Höhe von 250,00 Euro in Anspruch genommen. Ab dem 22.03. bis 31.03. hält sich die pflegebedürftige Person in einer Einrichtung der Kurzzeitpflege auf.

Sachleistungsanteil (250,00 Euro von 796,00 Euro)	= 31,40 v. H.
Geldleistungsanteil	= 68,60 v. H

Ergebnis:

Es besteht ein Anspruch auf Zahlung eines anteiligen ungekürzten Pflegegeldes vom 01.03. bis 22.03. und 31.03. für insgesamt 23 Tage in Höhe von 182,50 Euro (68,60 v. H. von 347,00

Euro = 238,04 Euro x 23 : 30). Während des Aufenthaltes in der Einrichtung der Kurzzeitpflege wird ein hälftiges Pflegegeld für insgesamt 8 Tage in Höhe von insgesamt 31,74 Euro (50 v. H. von 347,00 Euro = 173,50 Euro x 68,60 v. H. = 119,02 Euro x 8 : 30) gezahlt.

Beispiel 2

Pflegebedürftige Person des Pflegegrades 3 bis 28.02., ab 01.03. Höherstufung in Pflegegrad 4. Vom 01.03. bis 15.03. hält sich die pflegebedürftige Person in einer Einrichtung der Kurzzeitpflege auf.

Sachleistungsanteil für den Monat Februar (810,00 Euro von 1.497,00 Euro)	= 54,10 v. H.
Geldleistungsanteil	= 45,90 v. H.
Sachleistungsanteil für den Monat März (920,00 Euro von 1.859,00 Euro)	= 49,48 v. H.
Geldleistungsanteil	= 50,52 v. H.

Ergebnis:

Es besteht ein Anspruch auf Zahlung eines anteiligen ungekürzten Pflegegeldes für den 01.03. in Höhe von 12,24 Euro (45,90 v. H. von 800,00 Euro = 367,20 Euro x 1 : 30). Während des Aufenthaltes in der Einrichtung der Kurzzeitpflege wird ein hälftiges Pflegegeld für insgesamt 13 Tage in Höhe von insgesamt 79,56 Euro (50 v. H. von 800,00 Euro = 400,00 Euro x 45,90 v. H. = 183,60 Euro x 13 : 30) gezahlt. Für den Zeitraum vom 15.03. bis 31.03. besteht ein Anspruch auf Zahlung eines anteiligen ungekürzten Pflegegeldes in Höhe von 229,02 Euro (50,52 v. H. von 800,00 Euro = 404,16 Euro x 17 : 30).

Beispiel 3

Tages- und Nachtpflege und Kombinationsleistung bei einer pflegebedürftigen Person des Pflegegrades 2 im Juni. Die pflegebedürftige Person befand sich vom 25.06. bis 30.06. in einer Einrichtung der Kurzzeitpflege.

Sachleistungsanteil (310,00 Euro v. 796,00 Euro)	= 38,94 v. H.
Geldleistungsanteil	= 61,06 v. H.
in Anspruch genommene Tages- und Nachtpflege	572,00 Euro

Ergebnis:

Berechnung der Pflegegeldansprüche: vom 01.06. bis 25.06. und 30.06. anteiliges volles Pflegegeld	183,63 Euro
vom 26.06. bis 29.06.	

anteiliges hälftiges Pflegegeld 14,13 Euro

Die Leistungen der Tages- und Nachtpflege werden nicht auf die Kombinationsleistung angerechnet. Der Anspruch auf Pflegesachleistungen nach § 36 Abs. 3 SGB XI besteht in voller Höhe auch für einen Teilmonat und wird für den Monat Juni zu 38,94 v. H. (310,00 Euro von 796,00 Euro) in Anspruch genommen. Es kann somit ein anteiliges Pflegegeld in Höhe von 61,06 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 Juni ein Anspruch auf das anteilig ungekürzte Pflegegeld vom 01.06. bis 25.06. und 30.06. für insgesamt 26 Tage in Höhe von 183,63 Euro (61,06 v. H. von 347,00 Euro = 211,88 Euro x 26 : 30). Während des Aufenthaltes in der Einrichtung der Kurzzeitpflege wird ein hälftiges Pflegegeld für den Monat Juni für 4 Tage in Höhe von insgesamt 14,13 Euro (50 v. H. von 347,00 Euro = 173,50 Euro x 61,06 v. H. = 105,94 Euro x 4 : 30) gezahlt.

(2) Bei einer Inanspruchnahme der Leistungen der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege während eines Monatswechsels sind für die Berechnung des anteiligen ungekürzten Pflegegeldes nach Beendigung der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege die Verhältnisse des Monats maßgeblich, in dem die Kurzzeit- oder Verhinderungspflege endet.

Beispiel 4

Eine pflegebedürftige Person des Pflegegrades 2 befindet sich vom 25.03. bis 15.04. (22 Kalendertage) in einer Einrichtung der Kurzzeitpflege.

Monat März

Sachleistungsanteil (250,00 Euro von 796,00 Euro) = 31,40 v. H.
Geldleistungsanteil = 68,60 v. H

Monat April

Sachleistungsanteil (440,00 Euro von 796,00 Euro) = 55,27 v. H.
Geldleistungsanteil = 44,73 v. H

Ergebnis:

Es besteht ein Anspruch auf Zahlung eines anteiligen ungekürzten Pflegegeldes vom 01.03. bis 25.03. in Höhe von 198,37 Euro (68,60 v. H. von 347,00 Euro = 238,04 Euro x 25 : 30). Während des Aufenthaltes in der Einrichtung der Kurzzeitpflege wird ein hälftiges Pflegegeld für insgesamt 20 Tage in Höhe von insgesamt 79,35 Euro (50 v. H. von 347,00 Euro = 173,50 Euro x 68,60 v. H. = 119,02 Euro x 20 : 30) gezahlt. Ab dem 15.04. bis zum 30.04. wird ein anteiliges ungekürztes Pflegegeld in Höhe von 82,78 Euro (44,73 v. H. von 347,00 Euro = 155,21 Euro x 16 : 30)

Beispiel 5

Eine pflegebedürftige Person des Pflegegrades 2 befindet sich vom 25.03. bis 15.04. (22 Kalendertage) in einer Einrichtung der Kurzzeitpflege.

Monat März

Sachleistungsanteil (796,00 Euro von 796,00 Euro)	= 100 v. H.
Geldleistungsanteil	= 0 v. H

Monat April

Sachleistungsanteil (420,00 Euro von 796,00 Euro)	= 52,76 v. H.
Geldleistungsanteil	= 47,24 v. H

Ergebnis:

Da der Höchstbetrag der Pflegesachleistung zu 100 v. H. ausgeschöpft wird, kann im März keine anteilige Geldleistung gezahlt werden. Damit wurde vor dem Aufenthalt in der Einrichtung der Kurzzeitpflege kein Pflegegeld bezogen, so dass infolge dessen auch während des Aufenthaltes kein Anspruch auf ein hälftiges Pflegegeld besteht.

Die Pflegesachleistungen werden im April nicht vollständig ausgeschöpft, so dass ab dem 15.04. bis zum 30.04. ein anteiliges ungekürztes Pflegegeld in Höhe von 87,42 Euro (47,24 v. H. von 347,00 Euro = 163,92 Euro x 16 : 30) gezahlt wird.

Beispiel 6

Eine pflegebedürftige Person des Pflegegrades 3 befindet sich vom 25.03. bis 15.04. (22 Kalendertage) in einer Einrichtung der Kurzzeitpflege.

Monat März

Sachleistungsanteil (800,00 Euro von 1.497,00 Euro)	= 53,44 v. H.
Geldleistungsanteil	= 46,56 v. H.

Monat April

Sachleistungsanteil (1.497,00 Euro von 1.497,00 Euro)	= 100 v. H.
Geldleistungsanteil	= 0 v. H.

Ergebnis:

Es besteht ein Anspruch auf Zahlung eines anteiligen ungekürzten Pflegegeldes vom 01.03. bis 25.03. in Höhe von 232,41 Euro (46,56 v. H. von 599,00 Euro = 278,89 Euro x 25 : 30). Während des Aufenthaltes in der Einrichtung der Kurzzeitpflege besteht ein Anspruch auf ein

hälftiges Pflegegeld dem Grunde nach für 20 Kalendertage. Der Anspruch auf Pflegesachleistungen ist im April jedoch zu 100 v. H. ausgeschöpft, so dass bei einer Zahlung des hälftigen Pflegegeldes für den Zeitraum vom 01.04. bis 15.04. der Höchstbetrag des Pflegegeldes für den Monat April überschritten wäre. Es wird daher ein hälftiges Pflegegeld für den Zeitraum vom 26.03. bis 31.03. für 6 Kalendertage in Höhe von 27,89 (50 v. H. von 599,00 Euro = 299,50 Euro x 46,56 v. H. = 139,45 Euro x 6 : 30) gezahlt. Für den Monat April wird kein Pflegegeld gezahlt.

(3) Bei einem Wechsel von der vollstationären Krankenhausbehandlung in die Kurzzeit- oder Verhinderungspflege und umgekehrt, bei Verhinderungspflege 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 224 Euro monatlich, wenn

1. *sie mit mindestens zwei und höchstens elf weiteren Personen in einer ambulant betreuten Wohngruppe in einer gemeinsamen Wohnung zum Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung leben und davon mindestens zwei weitere Personen pflegebedürftig im Sinne der §§ 14, 15 sind,*
2. *sie Leistungen nach §§ 36, 37, 38, 45a oder § 45b beziehen,*
3. *eine Person durch die Mitglieder der Wohngruppe gemeinschaftlich beauftragt ist, unabhängig von der individuellen pflegerischen Versorgung allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten zu verrichten oder die Wohngruppenmitglieder bei der Haushaltsführung zu unterstützen, und*
4. *keine Versorgungsform einschließlich teilstationärer Pflege vorliegt, in der ein Anbieter der Wohngruppe oder ein Dritter den Pflegebedürftigen Leistungen anbietet oder gewährleistet, die dem im jeweiligen Rahmenvertrag nach § 75 Absatz 1 für vollstationäre Pflege vereinbarten Leistungsumfang weitgehend entsprechen; der Anbieter einer ambulant betreuten Wohngruppe hat die Pflegebedürftigen vor deren Einzug in die Wohngruppe in geeigneter Weise darauf hinzuweisen, dass dieser Leistungsumfang von ihm oder einem Dritten nicht erbracht wird, sondern die Versorgung in der Wohngruppe auch durch die aktive Einbindung ihrer eigenen Ressourcen und ihres sozialen Umfeldes sichergestellt werden kann.*

Leistungen der Tages- und Nachtpflege gemäß § 41 können neben den Leistungen nach dieser Vorschrift nur in Anspruch genommen werden, wenn gegenüber der zuständigen Pflegekasse durch eine Prüfung des Medizinischen Dienstes nachgewiesen ist, dass die Pflege in der ambulant betreuten Wohngruppe ohne teilstationäre Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt ist; dies gilt entsprechend für die Versicherten der privaten Pflege-Pflichtversicherung.

(2) Die Pflegekassen sind berechtigt, zur Feststellung der Anspruchsvoraussetzungen bei dem Antragsteller folgende Daten zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen und folgende Unterlagen anzufordern:

1. *eine formlose Bestätigung des Antragstellers, dass die Voraussetzungen von Absatz 1 Nummer 1 erfüllt sind,*
2. *die Adresse und das Gründungsdatum der Wohngruppe,*
3. *den Mietvertrag einschließlich eines Grundrisses der Wohnung und den Pflegevertrag nach § 120,*
4. *Vorname, Name, Anschrift und Telefonnummer sowie Unterschrift der Person nach Absatz 1 Nummer 3 und*
5. *die vereinbarten Aufgaben der Person nach Absatz 1 Nummer 3.*

1. Allgemeines

Pflegebedürftige Personen der Pflegegrade 1 bis 5 in ambulant betreuten Wohngruppen haben einen Anspruch auf einen pauschalen Wohngruppenzuschlag in Höhe von 224,00 Euro monatlich, wenn sie ambulante Sachleistungen nach § 36 SGB XI, Pflegegeld nach § 37 SGB XI, Kombinationsleistungen nach § 38 SGB XI beziehen oder Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a SGB XI oder den Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI in Anspruch nehmen. 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 Abs. 1 Nr. 3 SGB XI gemeinschaftlich beauftragte Person finanziert werden, die allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten verrichtet oder hauswirtschaftliche Unterstützung leistet. 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 körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung, 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 strukturelle Merkmale im Vergleich zur (normalen) häuslichen Pflege, die beispielsweise ein ambulanter Pflegedienst erbringt, vorhanden sein. Neben den Leistungen nach §§ 36 bis 38 SGB XI sowie §§ 45a und 45b SGB XI stellt die von der Wohngruppe beauftragte Person nach § 38a Abs. 1 Nr. 3 SGB XI somit ein zusätzliches Element der Versorgung dar.

2. Leistungsvoraussetzungen

2.1 Gemeinsame Wohnung

Die Zahlung des pauschalen Wohngruppenzuschlags setzt voraus, dass mindestens drei und höchstens zwölf Bewohner bzw. Bewohnerinnen, von denen mindestens drei Bewohner oder Bewohnerinnen pflegebedürftig i. S. d. §§ 14, 15 SGB XI (Pflegegrad 1 bis 5) sind, 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. Das Vorhandensein von vollausgestatteten Sanitärbereichen in den Privaträumen der Bewohner bzw. der Bewohnerinnen führt nicht zum Ausschluss des Anspruchs auf den Wohngruppenzuschlag, wenn die weiteren Voraussetzungen des § 38a SGB XI vorliegen und eine Gesamtbetrachtung zu dem Vorliegen einer ambulant betreuten Wohngruppe i. S. d. § 38a SGB XI führt. Hinweise können sich z. B. aus dem abgeschlossenen Mietvertrag, der Teilungserklärung (notarielle Differenzierung zwischen Sondereigentum und Gemeinschaftseigentum) oder dem Wohnungsgrundriss ergeben.

Um eine gemeinsame Wohnung kann es sich auch dann handeln, wenn die Bewohner jeweils in einem Apartment – ggf. ausgestattet mit Küchenzeile, Schlafzimmer und Badezimmer sowie eigener Außentür, Türklingel und Briefkasten - einer Wohnanlage oder eines Wohnhauses

leben. In einem solchen Fall muss allerdings die Wohnsituation die Möglichkeit eines gemeinschaftlichen Lebens in Gemeinschaftsräumen auch tatsächlich in nennenswertem Maße zulassen. Das bloße Vorhandensein rein funktionaler Gemeinschaftseinrichtungen, wie z. B. Abstellräume für Hilfsmittel, reichen insoweit nicht aus. Die Wohnanlage oder das Wohnhaus muss über Gemeinschaftsräume verfügen, die jederzeit allein oder gemeinsam von allen Bewohnern genutzt werden können. Als Gemeinschafträume kommen beispielsweise eine Gemeinschaftsküche, eine Sitz- und Leseecke oder ein Gemeinschaftszimmer mit einem Essbereich in Frage. Die Wertigkeit dieser Gemeinschaftsräume kann beispielsweise dadurch zum Ausdruck kommen, dass die hierfür aufzubringende Miete ungefähr die Miete für die Privaträume entspricht. Eine gemeinsame Wohnung liegt insoweit dann nicht mehr vor, wenn die gesamte Wohnanlage so gestaltet ist, dass sich jeder Bewohner praktisch selbstständig versorgen kann oder versorgt wird, ohne auf die Möglichkeit eines gemeinschaftlichen Zusammenwohnens zurückgreifen zu können (vgl. Urteil des BSG vom 10.09.2020, Az.: B 3 P 1/20 R).

2.2 Gemeinschaftliches Wohnen von regelmäßig mindestens drei Pflegebedürftigen (Wohngruppe)

Ein Anspruch auf den Wohngruppenzuschlag besteht, wenn nachweislich mindestens drei pflegebedürftige Personen regelmäßig in einer ambulant betreuten Wohngruppe zusammenleben. Zum Nachweis des Vorliegens der Pflegebedürftigkeit der anderen Bewohner hat die antragstellende Person 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 medizinischen Rehabilitations- oder Vorsorgemaßnahmen, unerheblich.

Eine Wohngruppe liegt auch dann vor, wenn mehr als drei pflegebedürftige Personen in der gemeinsamen Wohnung zum Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung zusammenleben. Die Obergrenze von höchstens zwölf Bewohnern darf jedoch nicht überschritten werden. Insofern sind die in den jeweiligen Heimgesetzen der Länder festgelegten Obergrenzen für das Vorliegen einer ambulant betreuten Wohngruppe i. S. d. § 38a SGB XI unerheblich.

Über die drei pflegebedürftigen Personen hinaus können sich der Wohngruppe auch Personen anschließen, die nicht pflegebedürftig im Sinne von §§ 14, 15 SGB XI sind. Diese haben jedoch keinen Anspruch auf den Wohngruppenzuschlag. Bei der Ermittlung der Wohngruppengröße sind diese Bewohner allerdings zu berücksichtigen.

Das Zusammenleben innerhalb eines Familienverbundes (z. B. Eltern mit Kindern, Pflegschaftsverhältnisse) verfolgt nicht den Zweck der gemeinschaftlichen pflegerischen Versorgung 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 bzw. einer Bewohnerin der Wohngruppe. Wird durch das dauerhafte Ausscheiden eines Wohngruppenbewohners oder einer Wohngruppenbewohnerin die Mindestanzahl von drei pflegebedürftigen Personen unterschritten, liegen die Voraussetzungen für die Zahlung des Wohngruppenzuschlags für die verbleibenden pflegebedürftigen Bewohner nicht mehr vor. Die

pflegebedürftige Person hat seine Pflegekasse über die Änderung unverzüglich zu informieren.

2.3 Bezug von Leistungen nach den §§ 36, 37, 38, 45a oder 45b SGB XI

Mindestens drei Bewohner bzw. Bewohnerinnen der Wohngruppe müssen ambulante Sachleistungen nach § 36 SGB XI, Pflegegeld nach § 37 SGB XI, Kombinationsleistungen nach § 38 SGB XI beziehen oder Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a SGB XI oder den Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI in Anspruch nehmen. Dem steht nicht entgegen, wenn für pflegebedürftige Bewohner und Bewohnerinnen die Leistungen nach § 34 Abs. 1 Nr. 2 SGB XI ruhen (vgl. Ziffer 2 zu § 34 SGB XI).

Die Inanspruchnahme von Leistungen der vollstationären Pflege nach § 43 SGB XI oder Pflege in Einrichtungen i. S. d. § 71 Abs. 4 Nr. 1 SGB XI oder Räumlichkeiten i. S. d. § 71 Abs. 4 Nr. 3 SGB XI (Leistungen nach § 43a SGB XI) schließt eine ambulante Betreuung aus.

2.4 Vorhandensein einer gemeinschaftlich beauftragten Person

Zweck einer ambulant betreuten Wohngruppe ist die gemeinschaftlich organisierte pflegerische Versorgung. Dazu ist es erforderlich, dass die Bewohner und Bewohnerinnen der Wohngruppe eine Person zur Aufgabenerbringung gemeinschaftlich beauftragt haben, die unabhängig von der individuellen pflegerischen Versorgung auf einer gesondert erkennbaren vertraglichen Grundlage mit den Bewohnern der Wohngruppe tätig ist. Bei der beauftragten Person kann es sich sowohl um mehrere natürliche als auch juristische Personen handeln. Bei der Beauftragung einer juristischen Person muss diese jedoch wiederum durch natürliche Personen handeln und ggf. mit mehreren Beschäftigten die Aufgabenerfüllung sicherstellen, solange eine Trennung von der Erfüllung der Aufgaben zur individuellen pflegerischen Versorgung vorliegt. Unerheblich ist, ob die Vergütung für die in Anspruch genommenen Tätigkeiten an die juristische oder natürliche Person gezahlt wird. Zudem ist die gemeinschaftliche Beauftragung nicht an besondere Formvorschriften gebunden. Es ist ausreichend, wenn einschließlich der die Leistung begehrenden pflegebedürftigen Person mindestens zwei weitere pflegebedürftige Mitglieder der Wohngemeinschaft an der gemeinschaftlichen Beauftragung auch in der Form der (nachträglichen) Genehmigung rechtswirksam mitwirken und beispielsweise im Falle eines Wechsels von Mitgliedern diese Beauftragung formlos oder durch ihr schlüssiges Verhalten aufrecht erhalten (Urteil des BSG vom 10.09.2020, AZ.: B 3 P 2/19 R).

Die allgemein organisatorischen, verwaltenden, betreuenden oder das Gemeinschaftsleben fördernden Tätigkeiten oder Unterstützungen der Wohngruppenmitglieder bei der Haushaltsführung müssen über die in der häuslichen Pflege üblichen Leistungen (Leistungsinhalte des § 36 SGB XI) hinaus erbracht werden. Für die Erbringung von hauswirtschaftlicher Unterstützung ist die Einbeziehung der pflegebedürftigen Person erforderlich. Eine solche Unterstützung liegt z. B. beim gemeinschaftlichen Kochen vor. Keine hauswirtschaftliche Unterstützung liegt jedoch vor, wenn die beauftragte Person die hauswirtschaftliche Tätigkeit selbst vollständig übernimmt, ohne dabei die Bewohner der Wohngruppe einzubeziehen. Unterstützung ist vielmehr die teilweise Übernahme, aber auch die Beaufsichtigung der Ausführung von Verrichtungen oder die Anleitung zur Selbstvornahme.

Eine Anwesenheit der beauftragten Person rund um die Uhr ist nicht erforderlich. Eine bloße Rufbereitschaft ist jedoch nicht ausreichend. Bei der beauftragten Person muss es sich nicht um eine ausgebildete Pflegefachkraft (z. B. Gesundheits- und Krankenpfleger/Gesundheits-

Krankenpflegerin, Altenpfleger/Altenpflegerin, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin) handeln. Die beauftragte Person kann - muss aber nicht - bei einem der Pflegedienste beschäftigt sein, der die pflegerische Versorgung für ein oder mehrere Bewohner bzw. Bewohnerinnen in der Wohngruppe erbringt.

Ein konkreter Nachweis über die entstandenen Kosten für die beauftragte Person muss nicht erbracht werden. Jedoch kann die Pflegekasse Unterlagen anfordern, aus denen die vereinbarten Aufgaben der von der Wohngruppe beauftragten Person hervorgehen sowie deren Vor- und Nachname, Anschrift, Telefonnummer und Unterschrift.

2.5 Vorliegen einer ambulanten Versorgungsform

Maßgebliches Abgrenzungskriterium für den Wohngruppenzuschlag ist, dass die Leistungserbringung nicht weitgehend den Umfang einer stationären Versorgung erreicht. Ein Anspruch auf den Wohngruppenzuschlag nach § 38a SGB XI besteht daher nicht, wenn der Anbieter der Wohngruppe oder ein Dritter Leistungen anbietet oder gewährleistet, die dem im jeweiligen Rahmenvertrag nach § 75 Abs. 1 SGB XI für vollstationäre Pflege vereinbarten Leistungsumfang weitgehend entsprechen und den Bewohnern und Bewohnerinnen damit eine Vollversorgung angeboten wird. Eine solche Vollversorgung liegt vor, wenn z. B. im Mietvertrag bzw. Pflegevertrag die vollständige Übernahme sämtlicher körperbezogener Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung vereinbart und darüber hinaus keine Einbringung des Bewohners bzw. der Bewohnerin in den Alltag möglich ist. Dies gilt auch dann, wenn die Vollversorgung angeboten, aber von den Bewohnern und Bewohnerinnen nur teilweise in Anspruch genommen wird. Die Bewohner und die Bewohnerinnen sind vor ihrem Einzug von dem Anbieter der ambulanten Wohngruppe in geeigneter Weise darauf hinzuweisen, dass der Leistungsumfang der stationären Versorgung weder von ihm noch von einem Dritten erbracht wird. Vielmehr soll die über die ambulanten Leistungen hinausgehende Versorgung der Bewohner und Bewohnerinnen durch die aktive Einbindung ihrer eigenen Ressourcen und ihres sozialen Umfeldes sichergestellt werden. Lässt sich aus der Konstruktion der ambulanten Wohngruppe, aus dem Pflegevertrag oder dem Mietvertrag nicht erkennen, dass die Einbringung der Bewohner bzw. der Bewohnerinnen selbst oder deren soziales Umfeld in die Leistungserbringung und den Alltag vorgesehen ist, besteht keine mit der häuslichen Pflege vergleichbare Situation. Dabei ist entscheidend, dass die Möglichkeit der Einbringung und des Engagements der Bewohner bzw. Bewohnerinnen und des sozialen Umfeldes besteht, nicht aber, dass die Bewohner und Bewohnerinnen und deren soziales Umfeld tatsächlich davon Gebrauch machen. Die Leistungserbringung durch die Bewohner und Bewohnerinnen selbst und deren sozialen Umfeldes kann z. B. die Sicherstellung der Arztbesuche, die Gestaltung und kleine Reparaturen in der Wohnung, die Entscheidung über neue Bewohner oder der Einkauf von Lebensmitteln darstellen.

2.6. Inanspruchnahme von Leistungen der Tages- und Nachtpflege nach § 41 SGB XI

Leistungen der Tages- und Nachtpflege können neben dem Wohngruppenzuschlag nur in Anspruch genommen werden, wenn durch eine Prüfung des MD nachgewiesen ist, dass die Pflege in der ambulant betreuten Wohngruppe ohne teilstationäre Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt ist. Dazu muss der MD im Einzelfall prüfen, ob die Inanspruchnahme von Leistungen der Tages- und Nachtpflege erforderlich ist, damit die pflegebedürftige Person alle von ihr individuell benötigten körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen in ausreichendem Umfang erhält. Bei der Prüfung sind sämtliche in der ambulant betreuten Wohngruppe durch die beauftragte Person sowie den ambu-

lanten Pflegedienst erbrachten Leistungen sowie etwaiger Entlastungsbedarfe anderer Mitglieder der Wohngruppe (z. B. Störungen des Tag- und Nachtrhythmuses) zu berücksichtigen. Für pflegebedürftige Personen, die nach dem bis zum 31.12.2016 geltenden Recht neben dem Wohngruppenzuschlag ebenfalls Leistungen der Tages- und Nachtpflege nach § 41 SGB XI bezogen haben, gilt der Besitzstandsschutz nach § 141 Abs. 1 SGB XI. In diesen Fällen können die Leistungen der Tages- und Nachtpflege weiterhin in Anspruch genommenen werden, ohne dass durch den MD nachgewiesen wird, dass die Pflege ohne teilstationäre Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt ist (vgl. Ziffer 2 zu § 141 SGB XI).

3. Erhebung von Informationen und Anforderung von Unterlagen

Zur Überprüfung der Anspruchsvoraussetzungen sind die Pflegekassen berechtigt, bei der antragstellenden Person folgende Daten zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen und folgende Unterlagen bzw. Informationen anzufordern:

- eine formlose Bestätigung der antragstellenden Person, dass die Voraussetzungen des § 38a Abs. 1 Nr. 1 SGB XI erfüllt sind,
- die Adresse und das Gründungsdatum der Wohngruppe,
- den Mietvertrag einschließlich des Grundrisses der Wohnung und den Pflegevertrag nach § 120 SGB XI,
- Vorname, Name, Anschrift, Telefonnummer und Unterschrift der Person nach § 38a Abs. 1 Nr. 3 SGB XI sowie
- die vereinbarten Aufgaben der beauftragten Person, ggf. durch Vorlage einer entsprechenden Vereinbarung mit der Auftraggebergemeinschaft.

4. Leistungshöhe und Zahlungsweise

Die Höhe des Wohngruppenzuschlags beträgt pauschal 224,00 Euro 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 die pflegebedürftige Person selbst.

5. Besitzstandsregelung nach § 144 Abs. 1 SGB XI

Zum 01.01.2015 haben sich die Anspruchsvoraussetzungen für den Bezug eines Wohngruppenzuschlages geändert. Unabhängig davon ist für pflegebedürftige Personen, die am 31.12.2014 einen Anspruch auf den Wohngruppenzuschlag hatten, die Leistung weiter zu erbringen (§ 144 Abs. 1 SGB XI), wenn sich an den tatsächlichen Verhältnissen nichts geändert hat. Dies gilt auch in den Fällen, in denen in der Wohngruppe mehr als zwölf Bewohner leben.

Eine Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen liegt insbesondere vor, wenn

- weniger als drei Anspruchsberechtigte in der Wohngruppe leben,
- keine Präsenzkraft mehr vorhanden ist,

- Umwidmung in Apartments, betreutes Wohnen oder in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung erfolgt,

- bei der versicherten Person keine Pflegebedürftigkeit sowie keine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz mehr vorliegt.

Sofern seit dem 01.01.2015 ein weiterer Bewohner bzw. eine weitere Bewohnerin in die Wohngruppe einzieht und hierdurch die Höchstzahl (zwölf Bewohner) überschritten wird, kann trotz Vorliegen der übrigen Anspruchsvoraussetzungen der Zuschlag für diesen Bewohner bzw. diese Bewohnerin nicht gezahlt werden.

§ 39 SGB XI
Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson

(1) Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse die nachgewiesenen Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens sechs Wochen je Kalenderjahr; § 34 Absatz 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 und der Pflegebedürftige zum Zeitpunkt der Verhinderung mindestens in Pflegegrad 2 eingestuft ist. Die Aufwendungen der Pflegekassen können sich im Kalenderjahr auf bis zu 1685 Euro belaufen, wenn die Ersatzpflege durch andere Pflegepersonen sichergestellt wird, als solche, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder die mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben.

(2) Der Leistungsbetrag nach Absatz 1 Satz 3 kann um bis zu 843 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 2 Satz 2 auf insgesamt bis zu 2528 Euro im Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 2 Satz 2 angerechnet. Auf den in Satz 1 genannten Erhöhungsbetrag von bis zu 843 Euro findet § 30 Absatz 1 und Absatz 2 entsprechende Anwendung.

(3) 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 Absatz 1 Satz 3 für bis zu sechs Wochen nicht überschreiten. Wird die Ersatzpflege von den in Satz 1 genannten Personen erwerbsmäßig ausgeübt, können sich die Aufwendungen der Pflegekasse abweichend von Satz 1 auf den Leistungsbetrag nach Absatz 1 Satz 3 belaufen; Absatz 2 findet 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 1 und 3 dürfen zusammen den Leistungsbetrag nach Absatz 1 Satz 3 nicht übersteigen; Absatz 2 findet Anwendung.

(4) Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, die einen Pflegebedürftigen der Pflegegrade 4 oder 5 pflegt, der das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, übernimmt die Pflegekasse abweichend von Absatz 1 Satz 1 die nachgewiesenen Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens acht Wochen je Kalenderjahr. Abweichend von Absatz 1 Satz 2 ist es dabei nicht erforderlich, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat. In dem in Satz 1 genannten Fall der Verhinderung gilt Absatz 3 Satz 1 mit der Maßgabe, dass die Aufwendungen der Pflegekasse regelmäßig den Betrag des Pflegegeldes nach § 37 Absatz 1 Satz 3 für bis zu zwei Monate nicht überschreiten dürfen. In dem in Satz 1 genannten Fall der Verhinderung kann der Leistungsbetrag nach Absatz 1 Satz 3 abweichend von Absatz 2 sowie Absatz 3 Satz 2 und 4 in Verbindung mit Absatz 2 im Kalenderjahr um bis zu 100 Prozent der Mittel für eine Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 2 Satz 2 erhöht werden, soweit die Mittel der Kurzzeitpflege in dem Kalenderjahr noch nicht in Anspruch genommen worden sind. Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 2 Satz 2 angerechnet.

(5) In dem in Absatz 4 Satz 1 genannten Fall der Verhinderung wird abweichend von § 37 Absatz 2 Satz 2 die Hälfte eines bisher bezogenen Pflegegeldes für bis zu acht Wochen im Kalenderjahr fortgewährt sowie abweichend von § 38 Satz 4 die Hälfte eines vor Beginn der Verhinderungspflege bezogenen anteiligen Pflegegeldes für bis zu acht Wochen im Kalenderjahr fortgewährt.

1. Allgemeines

(1) Ist eine Pflegeperson an der Pflege gehindert, hat eine pflegebedürftige Person ab dem Pflegegrad 2 für die Dauer von bis zu sechs Wochen (42 Kalendertage) je Kalenderjahr Anspruch auf Verhinderungspflege. Pflegebedürftige Personen mit Pflegegrad 4 und 5, die noch nicht das 25. Lebensjahr vollendet haben, haben einen Anspruch auf Verhinderungspflege von bis zu acht Wochen (56 Kalendertagen) je Kalenderjahr. Für den Anspruch ist entscheidend, dass bei Beginn der Verhinderungspflege das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet ist und der Pflegegrad 4 oder 5 vorliegen.

An der Pflege gehinderte Pflegepersonen sind Angehörige, der Lebenspartner bzw. die Lebenspartnerin, Nachbarn, Bekannte oder sonstige Personen, die eine pflegebedürftige Person nicht erwerbsmäßig in der Häuslichkeit pflegen (i. S. des § 19 SGB XI). Pflegekräfte einer zugelassenen ambulanten Pflegeeinrichtung nach § 72 SGB XI und Pflegekräfte mit denen die Pflegekasse einen Einzelvertrag nach § 77 SGB XI geschlossen hat sowie Betreiber und Pflegekräfte ambulant betreuter Wohngruppen, sind keine an der Pflege gehinderte Pflegepersonen i. S. d. § 39 SGB XI.

(2) Für die Verhinderungspflege kann die Pflegekasse im Einzelfall bis zu 1.685,00 Euro **im Kalenderjahr** übernehmen; die Zahlung bezieht sich dabei auf das Kalenderjahr und nicht auf die Pflegeperson(en). Ergänzend kann der Leistungsbetrag um bis zu 843,00 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege nach § 42 Abs. 2 Satz 2 SGB XI auf insgesamt 2.528,00 Euro im Kalenderjahr erhöht werden (vgl. Ziffer 2.7). Abweichend hiervon kann für die Verhinderungspflege bei einer pflegebedürftigen Person mit Pflegegrad 4 oder 5, die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, der Leistungsbetrag um bis zu 1.854,00 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege nach § 42 Abs. 2 Satz 2 SGB XI auf insgesamt 3.539,00 Euro erhöht werden. Wird die Verhinderungspflege durch Pflegepersonen sichergestellt, die mit der pflegebedürftigen Person bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihr in häuslicher Gemeinschaft leben, gilt dies nur insoweit, als im Zusammenhang mit der Verhinderungspflege weitere notwendige Aufwendungen nachgewiesen werden (vgl. § 39 Abs. 3 Satz 3 und 4 SGB XI). Wird die Verhinderungspflege durch Pflegepersonen durchgeführt, die mit der pflegebedürftigen Person bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihr in häuslicher Gemeinschaft leben, sind die Aufwendungen der Pflegekasse grundsätzlich auf die Höhe des 1,5-fachen in dem jeweiligen Pflegegrad festgelegten Pflegegeldbetrages nach § 37 Abs. 1 SGB XI für bis zu sechs Wochen (42 Tage) beschränkt. Bei pflegebedürftigen Personen mit Pflegegrad 4 oder 5, die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sind die Aufwendungen in diesem Fall grundsätzlich auf die Höhe des 2-fachen in dem jeweiligen Pflegegrad festgelegten Pflegegeldbetrages nach § 37 Abs. 1 SGB XI für bis zu acht Wochen (56 Kalendertage) beschränkt. Bei einer pflegebedürftigen Person des Pflegerades 5 ist der Leistungsbetrag der Verhinderungspflege auf 1.685,00 Euro begrenzt.

Eine Begrenzung des Leistungsanspruchs entsprechend der Kürzungsvorschrift des Pflegegeldes nach § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB XI (vgl. Ziffer 2.2.1 zu § 37 SGB XI) auf einen Tagessatz von 1/42 bzw. 1/56 bei pflegebedürftigen Personen mit Pflegegrad 4 oder 5, die noch nicht das 25. Lebensjahr vollendet haben, für die tatsächlichen Tage, an denen die Verhinderungspflege durchgeführt wurde, erfolgt nicht (Urteil des BSG vom 12.07.2012; Az.: B 3 P 6/11 R). Inwieweit die Höhe der geltend gemachten Aufwendungen angemessen ist, ist stets im Einzelfall zu prüfen. Dabei sind die konkreten und persönlichen Verhältnisse der pflegebedürftigen Person und der Ersatzpflegeperson zu berücksichtigen, wie z. B. der Umfang und Inhalt der pflegebedingten Aufwendungen, Art und Schwere der Beeinträchtigungen der pflegebedürftigen Person, Wohnortentfernung der Ersatzpflegeperson, (zeitlicher) Organisationsaufwand der Ersatzpflegeperson (insbesondere bei kurzfristig erforderlicher Verhinderungspflege).

Insgesamt ist der Anspruch auf Verhinderungspflege in zweifacher Hinsicht – von der Dauer her und auf einen Höchstbetrag – begrenzt. Für die Leistungsgewährung der Verhinderungspflege hat die pflegebedürftige Person die entstandenen Kosten nachzuweisen (z. B. über Quittung, Rechnung, Kontoauszug).

Sofern die Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI hinsichtlich der Dauer ausgeschöpft sind, kann ein eventuell noch verbleibender Leistungsbetrag bis maximal 843,00 Euro ebenfalls für die Verhinderungspflege verwendet werden. Bei pflegebedürftigen Personen mit Pflegegrad 4 oder 5, die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, kann ein noch verbleibender Leistungsbetrag der Kurzzeitpflege nach § 42 bis zu 100 v. H. und damit bis maximal 1.854,00 Euro verwendet werden.

(3) Im Rahmen der Verhinderungspflege ist zwischen einer nicht erwerbsmäßigen und einer erwerbsmäßigen Verhinderungspflege zu unterscheiden. So kann die Verhinderungspflege zum einen durch eine private, 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 Verhinderungspflege durchführen (z. B. Dorfhelfer-/innen, Betriebshilfsdienste), erbracht werden.

(4) Bei Empfängern von Pflegegeld besteht neben dem Anspruch auf Verhinderungspflege zusätzlich ein Anspruch auf Fortzahlung des Pflegegeldes in Höhe der Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes für bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr. Bei pflegebedürftigen Personen mit Pflegegrad 4 oder 5, die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, besteht der Anspruch auf Fortzahlung eines hälftigen Pflegegeldes hingegen für die Dauer von bis zu acht Wochen im Kalenderjahr. Abweichend davon wird für den ersten und letzten Tag der Verhinderungspflege das Pflegegeld in voller Höhe gezahlt (vgl. Ziffer 2.2.3 zu § 37 SGB XI).

(5) Bei stundenweiser Leistungserbringung ist auch eine Inanspruchnahme von Verhinderungspflege möglich. Ist in diesen Fällen die Pflegeperson weniger als 8 Stunden am Tag verhindert, so erfolgt ausschließlich eine Anrechnung auf den Höchstbetrag von 1.685,00 Euro, nicht aber auf die Höchstdauer von 42 Tagen bzw. 56 Tagen bei pflegebedürftig Personen mit Pflegegrad 4 oder 5, die noch nicht das 25. Lebensjahr vollendet haben. Bei pflegebedürftigen Personen mit Pflegegrad 4 oder 5, die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, ist jeder Tag als eigenständiger Zeitraum zu betrachten. 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 Verhinderungspflege nur an zwei Stunden in Anspruch genommen, erfolgt

sowohl eine Anrechnung auf den Höchstbetrag als auch eine Anrechnung auf die Höchstdauer von 42 Tagen bzw. 56 Tagen bei pflegebedürftigen Personen mit Pflegegrad 4 oder 5, die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

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. Wird die stundenweise Verhinderungspflege durch nicht erwerbsmäßig pflegende Ersatzpflegepersonen erbracht, die nicht mit der pflegebedürftigen Person bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert sind, wie beispielsweise Nachbarn, besteht der Anspruch der Verhinderungspflege in Höhe des Leistungsbetrags nach § 39 Abs. 1 SGB XI. Wird die Ersatzpflege hingegen durch Ersatzpflegepersonen erbracht, die mit der pflegebedürftigen Person gemeinsam im Haushalt leben oder mit ihr bis zum 2. Grade verwandt oder verschwägert sind, ist der Anspruch auf Verhinderungspflege nach § 39 Abs. 3 Satz 1 SGB XI auf die Höhe des Pflegegeldes begrenzt (vgl. auch Ziffer 2.2). Da es bei einer stundenweisen Verhinderung zu keiner Kürzung des Pflegegeldes kommt, kann es für die pflegebedürftige Person günstiger sein, keine Verhinderungspflege zu beantragen, da der Anspruch auf Verhinderungspflege sowieso auf die Höhe des Pflegegeldes begrenzt ist und bei einem Verzicht auf Beantragung der Verhinderungspflege der Gesamtanspruch in Höhe von 1.612,00 Euro durch die stundenweise Verhinderung der Pflegeperson nicht geschmälert wird.

Beispiel 1

Die Pflegeperson einer pflegebedürftigen Person des Pflegegrades 2 ist vom 04.04. bis 09.04. (6 Kalendertage) in der Zeit von 08.00 Uhr bis 17.00 Uhr (9 Stunden) verhindert. Die Verhinderungspflege wird von der nicht mit der pflegebedürftigen Person in häuslicher Gemeinschaft lebenden Tochter in der Zeit von 9.00 Uhr bis 16.00 Uhr (7 Stunden) erbracht. Es werden Kosten in Höhe von 120,00 Euro nachgewiesen.

Kostenübernahme für die Verhinderungspflege	= 120,00 Euro
Berechnung der Pflegegeldansprüche:	
für den 04.04. und 09.04.	
volles Pflegegeld (347,00 Euro x 2 : 30)	= 23,13 Euro
vom 05.04. bis 08.04.	
hälftiges Pflegegeld (173,50 Euro x 4 : 30)	= 23,13 Euro

Ergebnis:

Da es sich bei der Tochter um eine Verwandte bis zum zweiten Grade handelt, ist eine Kostenübernahme bis zur Höhe des 1,5-fachen Betrags des Pflegegeldes (520,50 Euro) möglich. Da dieser Betrag nicht überschritten wird, können die nachgewiesenen Kosten in Höhe von 120,00 Euro übernommen werden.

Im laufenden Kalenderjahr besteht noch ein Restanspruch auf Verhinderungspflege in Höhe von 1.565,00 Euro (1.685,00 Euro – 120,00 Euro). Da die Pflegeperson täglich 9 Stunden verhindert ist, erfolgt ebenfalls eine Anrechnung auf die Höchstdauer von 42 Tagen, so dass noch ein Restanspruch von 36 Kalendertagen besteht.

Aufgrund der Verhinderung der Pflegeperson von mehr als 8 Stunden wird für vier Tage (05.04. bis 08.04.) das Pflegegeld in Höhe der Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes fortgezahlt. Für den ersten und letzten Tag der Verhinderungspflege wird das volle Pflegegeld gezahlt.

Beispiel 2

Die Pflegeperson eine pflegebedürftigen Person des Pflegerades 3 ist erstmalig vom 09.06. bis 10.06. (2 Kalendertage) in der Zeit von 09.00 Uhr bis 17.00 Uhr (8 Stunden) verhindert. Es werden Kosten in Höhe von 200,00 Euro geltend gemacht. Vom 16.06. bis 20.06. (5 Kalendertage) ist die Pflegeperson erneut verhindert. Dieses Mal in der Zeit von 09.00 Uhr bis 15.00 Uhr (6 Stunden). Hierfür werden Kosten in Höhe von 500,00 Euro nachgewiesen. Die Verhinderungspflege wird jeweils von der nicht mit der pflegebedürftigen Person in häuslicher Gemeinschaft lebenden Tochter jeweils in der Zeit von 10.00 Uhr bis 15.00 Uhr erbracht.

Verhinderungszeitraum vom 09.06. bis 10.06.

Kostenübernahme für die Verhinderungspflege = 200,00 Euro

Berechnung des Pflegegeldanspruches:
vom 09.06. bis 10.06.
volles Pflegegeld (599,00 Euro x 2 : 30) = 39,93 Euro

Verhinderungszeitraum vom 16.06. bis 20.06.

Kostenübernahme für die Verhinderungspflege = 500,00 Euro

Berechnung des Pflegegeldanspruches:
vom 16.06. bis 20.06.
volles Pflegegeld (599,00 Euro x 5 : 30) = 99,83 Euro

Ergebnis:

Da es sich bei der Tochter um eine Verwandte bis zum zweiten Grade handelt, ist eine Kostenübernahme bis zur Höhe des 1,5-fachen Betrags des Pflegegeldes (898,50 Euro) möglich. Da dieser Betrag nicht überschritten wird, können die nachgewiesenen Kosten in Höhe von 700,00 Euro (200,00 Euro + 500,00 Euro) erstattet werden. Im laufenden Kalenderjahr besteht noch ein Restanspruch auf Verhinderungspflege in Höhe von 985,00 Euro (1.685,00 Euro – 700,00 Euro). Da die Pflegeperson in dem Verhinderungszeitraum vom 09.06. bis 10.06. täglich an 8 Stunden verhindert ist, erfolgt eine Anrechnung auf die Höchstdauer von 42 Tagen,

so dass noch ein Restanspruch auf 40 Kalendertage besteht. Das Pflegegeld wird für den ersten und letzten Tag der Verhinderungspflege in voller Höhe gezahlt (Verhinderungszeitraum 09.06. bis 10.06.).

Eine Anrechnung der Verhinderungstage vom 16.06. bis 20.06. auf die Höchstanspruchsdauer erfolgt nicht, da die Pflegeperson täglich nur 6 Stunden verhindert ist. Aus diesem Grund wird das Pflegegeld in voller Höhe weitergezahlt.

Sofern der Leistungsanspruch der Verhinderungspflege im laufenden Kalenderjahr der Dauer, nicht aber der Höhe nach bereits ausgeschöpft wurde, kann der nicht verbrauchte Leistungsbetrag der Verhinderungspflege für die stundenweise Verhinderungspflege von weniger als acht Stunden täglich in Anspruch genommen werden.

Die Kosten der Verhinderungspflege können bis zum Höchstbetrag von 1.685,00 Euro ohne anteilige Kürzung zusätzlich zur (ungekürzten) Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI erstattet werden. Dies kann im Einzelfall – bei einer pflegebedürftigen Person des Pflegegrades 5 – dazu führen, dass in einem Monat bis zu 3.984,00 Euro 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 11.04. (42 Kalendertage) = Kostenübernahme für Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI.

Erkrankung der Pflegeperson vom 01.05. bis 28.05. (28 Kalendertage) = 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 endender,
- vor dem 31.12. eines Jahres abgelaufener

Leistungsanspruch nach § 39 SGB XI – bei Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen – ab 01.01. des Folgejahres für sechs Wochen weiter besteht oder wiederauflebt. Bezüglich der Fortzahlung des hälftigen Pflegegeldes vgl. Ziffer 2.2.3 zu § 37 SGB XI. Dies gilt entsprechend auch für pflegebedürftige Personen mit Pflegegrad 4 oder 5, die noch nicht das 25. Lebensjahr vollendet haben.

2. Anspruchsvoraussetzungen

(1) Voraussetzung für die Leistung nach § 39 SGB XI ist, dass die Pflegeperson die pflegebedürftige Person vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in ihrer häuslichen Umgebung gepflegt hat und zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme der Verhinderungspflege die pflegebedürftige Person mindestens dem Pflegegrad 2 zugeordnet ist. Der Pflegegrad 2 muss nicht bereits während der sechsmonatigen Vorpflegezeit vorgelegen haben. Es ist nicht erforderlich, dass dieselbe Pflegeperson die pflegebedürftige Person 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 der pflegebedürftigen Person vor jeder neuen Unterbrechung der Pflegetätigkeit wiederum sechs Monate gepflegt haben muss. Die Voraussetzung der Erfüllung der Vorpflegezeit entfällt bei pflegebedürftigen Personen mit Pflegegrad 4 oder 5, die noch nicht das 25. Lebensjahr erfüllt haben. In diesem Fall besteht der Anspruch auf Verhinderungspflege bereits ab dem Zeitpunkt der Feststellung des Vorliegens der Pflegebedürftigkeit.

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

2.1 Verhinderungspflege außerhalb der Häuslichkeit der pflegebedürftigen Person

Da die Ruhensvorschrift nach § 34 Abs. 2 Satz 1 SGB XI hier ausdrücklich nicht gilt, ist die Erbringung dieser Leistung nicht auf die Verhinderungspflege im Haushalt der pflegebedürftigen Person beschränkt. Es gilt vielmehr ein erweiterter Häuslichkeitsbegriff. Die Verhinderungspflege 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. Dient der Krankenhausaufenthalt der pflegebedürftigen Person allein der vollstationären Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V, besteht für diesen Zeitraum kein Anspruch auf Verhinderungspflege. Bei der Kostenübernahme für die zuvor genannten oder vergleichbaren 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 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 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 Verhinderungspflege bei einer Pflegegeld empfangenden Person des Pflegegrades 2 wird vom 11.04. bis 03.05. (23 Kalendertage) in einer Rehabilitationseinrichtung erbracht.

Rechnungsbetrag der Rehabilitationseinrichtung für 23 Tage Verhinderungspflege	1.530,00 Euro
Abzug für Unterkunft, Verpflegung, Investitionskosten medizinische Behandlungspflege, Betreuung in Höhe von 20 v. H. des Rechnungsbetrages	306,00 Euro
Erstattungsbetrag für Verhinderungspflege	1.224,00 Euro
Berechnung der Pflegegeldansprüche: für den 11.04. und 03.05. volles Pflegegeld (347,00 Euro x 2: 30) vom 12.04. bis 02.05. hälftiges Pflegegeld (173,50 Euro x 21 : 30)	= 23,13 Euro = 121,45 Euro

Im laufenden Kalenderjahr besteht noch ein Restanspruch auf Verhinderungspflege für 19 Kalendertage bzw. in Höhe von 461,00 Euro (1.685,00 Euro – 1.224,00 Euro).

Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt besteht auch ein Anspruch auf Leistungen bei Verhinderung der Pflegeperson nach § 39 SGB XI. Dies gilt unabhängig davon, ob die Ersatzpflegeperson aus Deutschland heraus mitreist oder sich vor Ort befindet (z. B. in Spanien lebende Großeltern) und ob sie mit der pflegebedürftigen Person bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert ist oder mit ihr in häuslicher Gemeinschaft lebt. Die Leistungen nach § 39 SGB XI können somit auch von professionellen Pflegekräften bei vorübergehenden Auslandsaufenthalt erbracht werden (Urteil des BSG vom 20.04.2016, Az.: B 3 P 4/14 R). Dies gilt weltweit (vgl. Ziffer 1 zu § 34 SGB XI). Auch in diesen Fällen kann der Leistungsbetrag nach § 39 Abs. 2 SGB XI um bis zu 843,00 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege nach § 42 Abs. 2 Satz 2 SGB XI auf insgesamt 2.528,00 Euro im Kalenderjahr erhöht werden. Pflegebedürftige Personen mit Pflegegrad 4 oder 5, die noch nicht das 25. Lebensjahr vollendet haben, können auch im Falle eines Auslandsaufenthaltes noch nicht verwendete Mittel der Kurzzeitpflege nach § 42 Abs. 2 SGB XI um bis zu 1.854,00 Euro auf insgesamt 3.539,00 Euro erhöhen.

2.1.1 Verhinderungspflege bei Gewährung von Leistungen nach § 43a SGB XI

Ist bei pflegebedürftigen Personen, 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 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 die pflegebedürftige Person vor der Verhinderungspflege Pflegegeld bezogen, besteht ein Anspruch auf Fortzahlung des hälftigen Pflegegeldes von bis zu sechs Wochen. Bei pflegebedürftigen Personen mit Pflegegrad 4 oder 5, die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, besteht der Anspruch auf Fortzahlung des hälftigen Pflegegeld von bis zu acht Wochen. Sofern für die pflegebedürftige Person in dieser Zeit, in der keine Pflege im häuslichen Bereich durchgeführt werden kann, die Unterbringung in derselben Einrichtung i. S. d. § 71 Abs. 4 Nr. 1 SGB XI oder Räumlichkeit i. S. d. § 71 Abs. 4 Nr. 3 SGB XI sichergestellt wird, kann eine Leistungsgewährung nach § 39 SGB XI nicht erfolgen. Die dadurch entstehenden Aufwendungen sind mit § 43a SGB XI abgegolten.

2.2 Verhinderungspflege durch Pflegepersonen, die mit der pflegebedürftigen Person bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihr in häuslicher Gemeinschaft leben

(1) Wird die Verhinderungspflege in Form der häuslichen Pflege durch eine Pflegeperson durchgeführt, die mit der pflegebedürftigen Person bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert ist oder mit ihr in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann davon ausgegangen werden, dass die Verhinderungspflege nicht erwerbsmäßig ausgeübt wird; in diesen Fällen sind die Aufwendungen grundsätzlich auf den 1,5-fachen Betrag des Pflegegeldes des festgestellten Pflegegrades nach § 37 Abs. 1 SGB XI je Kalenderjahr beschränkt. Im Rahmen der Ermittlung der Kostenübernahme für die Verhinderungspflege sind folgende Beträge zugrunde zu legen:

- Pflegegrad 2: 520,50 Euro (347,00 Euro : 28 Tage x 42 Tage),
- Pflegegrad 3: 898,50 Euro (599,00 Euro : 28 Tage x 42 Tage),
- Pflegegrad 4: 1.1.200,00 Euro (800,00 Euro : 28 Tage x 42 Tage),
- Pflegegrad 5: 1.485,50 Euro (990,00 Euro : 28 Tage x 42 Tage).

Abweichend hiervon sind bei einer Verhinderungspflege bei pflegebedürftigen Personen mit Pflegegrad 4 oder 5, die noch nicht das 25. Lebensjahr vollendet haben, die Aufwendungen grundsätzlich auf den 2-fachen Betrag des Pflegegeldes des festgestellten Pflegegrades nach § 37 Abs. 1 SGB XI je Kalenderjahr beschränkt. Im Rahmen der Ermittlung der Kostenübernahme für die Verhinderungspflege sind folgende Beträge zugrunde zu legen:

- Pflegegrad 4: 1.600,00 Euro (800,00 Euro : 28 Tage x 56 Tage),
- Pflegegrad 5: 1.980,00 Euro (990,00 Euro : 28 Tage x 56 Tage), begrenzt auf den Höchstbetrag von 1.685,00 Euro (§ 39 Abs. 1 Satz 3 SGB XI).

Eine Begrenzung des Leistungsanspruchs entsprechend der Kürzungsvorschrift des Pflegegeldes nach § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB XI (vgl. Ziffer 2.2.1 zu § 37 SGB XI) auf einen Tagessatz von 1/42 für die tatsächlichen Tage, an denen die Verhinderungspflege durchgeführt wurde, erfolgt nicht (Urteil des BSG vom 12.07.2012; Az.: B 3 P 6/11 R, vgl. auch Ziffer 1). Dies gilt

gleichfalls für den Leistungsanspruch für pflegebedürftige Personen mit Pflegegrad 4 oder 5, die noch nicht das 25. Lebensjahr vollendet haben. Hier findet die Kürzungsvorschrift des Pflegegeldes nach § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB XI auf einen Tagessatz von 1/56 ebenfalls keine Anwendung.

Unabhängig von der Beschränkung der Aufwendungen auf den Betrag des Pflegegeldes des festgestellten Pflegegrades je Kalenderjahr, sind von der pflegebedürftigen Person die Kosten nachzuweisen (z. B. Quittung, Rechnung, Kontoauszug). Sind der Ersatzpflegeperson Aufwendungen für Fahrkosten oder Verdienstausfall entstanden, so kann in diesen besonders gelagerten Fällen eine Kostenerstattung bis zu 1.685,00 Euro erfolgen.

Eine Erhöhung des Leistungsbetrages um bis zu 843,00 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 Abs. 2 Satz 2 SGB XI kann in Fällen der Übernahme nachgewiesener notwendiger Aufwendungen nach § 39 Abs. 3 Satz 3 und 4 SGB XI erfolgen. Bei pflegebedürftigen Personen mit Pflegegrad 4 oder 5, die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, kann eine Erhöhung des Leistungsbetrags um bis zu 1.854,00 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 Abs. 2 Satz 2 SGB XI erfolgen.

(2) Ist die Ersatzpflegeperson selbständig tätig, ist für den Nachweis des Verdienstausfalles der Einkommenssteuerbescheid vom Vorjahr vorzulegen. Als Berechnungsgrundlage ist hierbei das aus diesem Steuerbescheid ersichtliche Netto zugrunde zu legen.

(3) 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 Euro) zu erstatten. Eine Begrenzung auf den Höchstbetrag von zurzeit 130,00 Euro bzw. 150,00 Euro erfolgt nicht.

(4) Verwandte (§ 1589 BGB) der pflegebedürftigen Person bis zum zweiten Grade sind Eltern, Kinder (einschließlich der für ehelich erklärten und angenommenen Kinder), Großeltern, Enkelkinder und Geschwister.

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

Beispiel 1

Die Verhinderungspflege bei einer pflegebedürftigen Person des Pflegegrades 3 wird von ihrer nicht mit ihr in häuslicher Gemeinschaft lebenden Tochter vom 03.01. bis 13.02. (42 Kalendertage) durchgeführt. Von der Tochter werden neben den pflegebedingten Aufwendungen in Höhe von 800,00 Euro Fahrkosten für öffentliche Verkehrsmittel in Höhe von 90,00 Euro nachgewiesen.

Kostenübernahme für die Verhinderungspflege	= 800,00 Euro
plus Fahrkosten	= 90,00 Euro
Gesamt	**= 890,00 Euro**

Berechnung der Pflegegeldansprüche:
für den 03.01. und 13.02.
volles Pflegegeld (599,00 Euro x 2 : 30) = 39,93 Euro
vom 04.01. bis 12.02.
hälftiges Pflegegeld (299,50 Euro x 40 : 30) = 399,33 Euro

Ergebnis:

Da es sich bei der Tochter um eine Verwandte bis zum zweiten Grade handelt, ist der Erstattungsbetrag auf den 1,5-fachen Betrag des Pflegegeldes (898,50 Euro) begrenzt. Die nachgewiesenen Kosten für die pflegebedingten Aufwendungen können in Höhe von 800,00 Euro zuzüglich Fahrkosten in Höhe von 90,00 Euro erstattet werden.

Der Anspruch auf Verhinderungspflege ist aus zeitlichen Gründen für das laufende Kalenderjahr ausgeschöpft. Dies gilt gleichermaßen für den Anspruch auf Weiterzahlung des hälftigen Pflegegeldes. Für den ersten und letzten Tag der Verhinderungspflege am 03.01. und 13.02. wird volles Pflegegeld in Höhe von 39,93 Euro (599,00 Euro x 2 : 30) gezahlt. Für den Zeitraum vom 04.01. bis 12.02. besteht ein Anspruch auf hälftiges Pflegegeld in Höhe von 399,33 Euro (50 v. H. von 599,00 Euro = 299,50 Euro x 40 : 30).

Der nicht verwendete Leistungsbetrag der Verhinderungspflege in Höhe von 795,00 Euro kann im laufenden Kalenderjahr für die Kurzzeitpflege in Anspruch genommen werden.

Beispiel 2

Die Verhinderungspflege bei einer Pflegegeld empfangenen Person des Pflegegrades 4, die das 25. Lebensjahr vollendet hat, wird von deren nicht mit ihr in häuslicher Gemeinschaft lebenden Sohn vom 20.04. bis 10.05. (21 Kalendertage) durchgeführt. Von der Pflegeperson werden pflegebedingte Aufwendungen in Höhe von 650,00 Euro, ein Verdienstausfall in Höhe von 1.445,00 Euro und Fahrkosten in Höhe von 84,00 Euro (20 km x 0,20 Euro = 4,00 Euro x 21 Tage) nachgewiesen. Die pflegebedürftige Person entscheidet sich für die Verwendung des Leistungsbetrags der Kurzzeitpflege.

Kostenübernahme für die Verhinderungspflege = 650,00 Euro
plus Fahrkosten = 84,00 Euro
plus Verdienstausfall = 1.445,00 Euro
Gesamt **= 2.179,00 Euro**

Berechnung der Pflegegeldansprüche:
für den 20.04. und 10.05.
volles Pflegegeld (800,00 Euro x 2 : 30) = 53,33 Euro
vom 21.04. bis 09.05.
hälftiges Pflegegeld (400,00 Euro x 19 : 30) = 253,33 Euro

Ergebnis:

Der Höchstbetrag von 1.685,00 Euro wird überschritten. Jedoch kann der Höchstbetrag durch nicht in Anspruch genommene Leistungen der Kurzzeitpflege um bis zu 843,00 Euro erhöht werden. Infolgedessen kann die Pflegekasse die nachgewiesenen Kosten für die pflegebedingten Aufwendungen in Höhe von 650,00 Euro zuzüglich der Fahrkosten in Höhe von 84,00 Euro sowie den Verdienstausfall in Höhe von 1.445,00 Euro vollumfänglich erstatten. Für das laufende Kalenderjahr besteht für Leistungen der Kurzzeitpflege ein Restanspruch in Höhe von bis zu 1.360,00 Euro. Im Fall einer erneuten Verhinderungspflege besteht ein Leistungsanspruch in Höhe von 349,00 Euro aus nicht verwendeten Mitteln der Kurzzeitpflege für bis zu 21 Tage.

Beispiel 3

Teil 1

Die Verhinderungspflege bei einer Pflegegeld empfangenden Person des Pflegegrades 2 wird von deren nicht mit ihr in häuslicher Gemeinschaft lebender Schwester vom 18.04. bis 28.04. (11 Kalendertage) durchgeführt. Von der Schwester werden neben den pflegebedingten Aufwendungen in Höhe von 200,00 Euro Fahrkosten für öffentliche Verkehrsmittel in Höhe von 50,00 Euro nachgewiesen.

Kostenübernahme für die Verhinderungspflege	= 200,00 Euro
plus Fahrkosten	= 50,00 Euro
Erstattungsbetrag	**= 250,00 Euro**

Berechnung der Pflegegeldansprüche:

für den 18.04. und 28.04. volles Pflegegeld (347,00 Euro x 2 : 30)	= 23,13 Euro
vom 19.04. bis 27.04.	
hälftiges Pflegegeld (173,50 Euro x 9 : 30)	= 52,05 Euro

Da es sich bei der Schwester um eine Verwandte bis zum zweiten Grade handelt, ist der Erstattungsbetrag auf den 1,5-fachen Betrag des Pflegegeldes (520,50 Euro) begrenzt. Die nachgewiesenen pflegebedingten Aufwendungen können in Höhe von 200,00 Euro zuzüglich Fahrkosten in Höhe von 50,00 Euro erstattet werden.

Es besteht im laufenden Kalenderjahr noch ein Restanspruch auf Verhinderungspflege für 31 Kalendertage bzw. in Höhe von 1.435,00 Euro (1.685,00 Euro – 250,00 Euro).

Teil 2

Darüber hinaus wird die Verhinderungspflege für diese pflegebedürftige Person in einem Wohnheim für behinderte Menschen vom 01.05. bis 31.05. (31 Kalendertage) erbracht. An pflegebedingten Aufwendungen werden 1.956,10 Euro (täglich 63,10 Euro) nachgewiesen. Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist für das laufende Kalenderjahr ausgeschöpft.

Der Restanspruch auf Verhinderungspflege (1.435,00 Euro) wird bereits nach 23 Tagen ausgeschöpft (1.435,00 Euro : 63,10 Euro = 22,74 Tage, aufgerundet auf volle Tage). Für die Zeit vom 01.05. bis 23.05. können somit maximal 1.435,00 Euro erstattet werden.

Berechnung der Pflegegeldansprüche:
für den 01.05. und 23.05.
volles Pflegegeld (347,00 Euro x 2 : 30) = 23,13 Euro
vom 02.05. bis 22.05.
hälftiges Pflegegeld (173,50 Euro x 22 : 30) = 127,23 Euro

Für den ersten und letzten Tag der Leistungsgewährung nach § 39 SGB XI am 01.05. und 23.05. und sowie der ab diesem Zeitpunkt weiterhin sichergestellten Pflege wird das Pflegegeld in voller Höhe gezahlt.

(5) Die Inanspruchnahme von Leistungen der Verhinderungspflege kann auch in Betracht kommen, wenn sich mehrere Pflegepersonen einer pflegebedürftigen Person gegenseitig vertreten. Dies gilt dann, wenn eine Pflegeperson in einem Zeitraum, in dem sie ansonsten üblicherweise die Pflege durchgeführt hätte, verhindert ist. In diesem Fall können die Mehraufwendungen erstattet werden, die durch die Vertretung der anderen Pflegeperson entstehen.

Beispiel 4

Eine pflegebedürftige Person des Pflegegrades 4, die das 25. Lebensjahr vollendet hat, wird Montag bis Mittwoch von ihrem Sohn und Donnerstag bis Sonntag durch ihre Tochter gepflegt. Der Sohn macht einen Kurzurlaub und ist deshalb von Montag, den 20.09. bis Mittwoch, den 22.09. (3Tage) an der Pflege gehindert. Die Tochter übernimmt in dieser Zeit die Pflege. Sie nimmt für diese Tage unbezahlten Urlaub und hat einen Verdienstausfall von 300,00 Euro. Zusätzlich weist sie Fahrkosten in Höhe von 30,00 Euro nach.

Kostenübernahme für die Verhinderungspflege

Verdienstausfall = 300,00 Euro
Plus Fahrkosten = 30,00 Euro
Erstattungsbetrag = 330,00 Euro

Berechnung der Pflegegeldansprüche:
für den 20.09. und 22.09.
volles Pflegegeld (800,00 Euro x 2 : 30) = 53,33 Euro
für den 21.09.
hälftiges Pflegegeld (400,00 Euro x 1 : 30) = 13,33 Euro

Ergebnis:

Die Pflegekasse kann den Verdienstausfall in Höhe von 300,00 Euro und die Fahrkosten in Höhe von 30,00 Euro vollumfänglich erstatten. Für das laufende Kalenderjahr besteht noch ein Restanspruch auf Verhinderungspflege für 39 Kalendertage bzw. in Höhe von 1.355,00 Euro (1.685,00 Euro – 330,00 Euro).

2.3 Vorliegen von Erwerbsmäßigkeit bei einer Verhinderungspflege von mehr als sechs Wochen durch Pflegepersonen, die mit der pflegebedürftigen Person bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihr in häuslicher Gemeinschaft leben

Eine Beschränkung der Kostenerstattung auf den 1,5-fachen Betrag des Pflegegeldes des festgestellten Pflegegrades nach § 37 Abs. 1 SGB XI bei Verhinderungspflege durch Pflegepersonen, die mit der pflegebedürftigen Person bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihr in häuslicher Gemeinschaft leben, erfolgt nicht, wenn im konkreten Einzelfall dargelegt wird, dass die Durchführung der Verhinderungspflege der Erzielung von Erwerbseinkommen dient. In diesem Fall besteht Anspruch auf den Höchstbetrag nach § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB XI. Darüber hinaus kann dieser Betrag um bis zu 843,00 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 Abs. 2 Satz 2 SGB XI auf insgesamt 2.528,00 Euro im Kalenderjahr erhöht werden (vgl. Ziffer 2.7). Bei pflegebedürftigen Personen mit Pflegegrad 4 oder 5, die noch nicht das 25. Lebensjahr vollendet haben, ist in diesem Fall der Anspruch nicht auf den 2-fachen Betrag des Pflegegeldes des festgestellten Pflegegrades nach § 37 Abs. 1 SGB XI begrenzt und der Anspruch auf den Höchstbetrag nach § 39 Abs. 1 SGB XI kann um bis zu 1.854,00 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege erhöht werden.

Nach den Gesetzesmaterialien kann eine Erwerbsmäßigkeit insbesondere dann angenommen werden, wenn die Verhinderungspflege länger als sechs Wochen (42 Tagen) dauert.

Beispiel 1

Die Verhinderungspflege bei einer Pflegegeld empfangenden Person des Pflegegrades 5, die noch nicht das 25. Lebensjahr vollendet hat, wird von deren mit ihr in häuslicher Gemeinschaft lebenden Schwester vom 01.03. bis 28.04. (59 Kalendertage) durchgeführt. Hierfür hat ihr die versicherte Person nachweislich 2.065,00 Euro (täglich 35,00 Euro) gezahlt.

Ergebnis:

Die Pflege dauert länger als sechs Wochen, so dass Erwerbsmäßigkeit anzunehmen ist. Infolgedessen kommt eine Begrenzung der Aufwendungen für die allgemeinen Pflegeleistungen auf den Betrag des 2,0-fachen Pflegegeldes des Pflegegrades 5 (1.894,00 Euro – Begrenzung auf 1.685,00 Euro) nicht in Betracht.

Kostenerstattung für die Verhinderungspflege in Höhe von 1.960,00 Euro (35,00 Euro x 56 Kalendertage). Der Höchstbetrag von 1.685,00 Euro wird überschritten. Jedoch kann der Höchstbetrag durch nicht in Anspruch genommene Leistungen der Kurzzeitpflege um bis zu 1.854,00 Euro erhöht werden. Für das laufende Kalenderjahr besteht noch ein Anspruch in

Höhe von 1.579,00 Euro. Die pflegebedürftige Person hat darüber hinaus einen Anspruch auf Fortzahlung des hälftigen Pflegegeldes vom 02.03. bis 24.04. Für den 01.03. wird volles Pflegegeld gezahlt.

Mit dem letzten Tag der Leistungsgewährung nach § 39 SGB XI am 25.04. und der ab diesem Zeitpunkt weiterhin sichergestellten Pflege besteht Anspruch auf volles Pflegegeld nach § 37 SGB XI entsprechend des festgestellten Pflegegrades.

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

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

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

Beispiel 2

Teil 1

Die Verhinderungspflege bei einer Pflegegeld empfangenden Person des Pflegegrades 4, die noch nicht das 25. Lebensjahr vollendet hat, wird von deren nicht mit ihr in häuslicher Gemeinschaft lebender Schwester in der Zeit vom 01.04. bis 21.04. (21 Kalendertage) durchgeführt. Hierfür hat ihr die versicherte Person nachweislich 500,00 Euro gezahlt. Darüber hinaus werden von der Schwester zusätzlich Fahrkosten für öffentliche Verkehrsmittel in Höhe von 252,00 Euro (täglich 12,00 Euro) nachgewiesen.

Ergebnis:

Kostenübernahme für die Verhinderungspflege	= 500,00 Euro
plus 21 Kalendertage x 12,00 Euro Fahrkosten	= 252,00 Euro
Erstattungsbetrag	**= 752,00 Euro**

Berechnung der Pflegegeldansprüche:

für den 01.04. und 21.04.	
volles Pflegegeld (800,00 Euro x 2 : 30)	= 53,33 Euro
vom 02.04. bis 20.04.	
hälftiges Pflegegeld (400,00 Euro x 19 : 30)	= 253,33 Euro

Es besteht im laufenden Kalenderjahr noch ein Restanspruch auf Verhinderungspflege für 35 Kalendertage bzw. in Höhe von 933,00 Euro.

Teil 2

Erneute Verhinderungspflege durch die Schwester in der Zeit vom 01.06. bis 07.07. (37 Kalendertage). Hierfür hat ihr die versicherte Person nachweislich 584,00 Euro gezahlt. Fahrkosten werden zusätzlich in Höhe von 444,00 Euro für öffentliche Verkehrsmittel (täglich 12,00 Euro) nachgewiesen.

Ergebnis:

Kostenübernahme in Höhe von 1.028,00 Euro (584,00 Euro + 444,00 Euro) für die restlichen 35 Kalendertage vom 01.06. bis 05.07., da eine Kumulation nicht erfolgt und die zweite Verhinderungspflege nicht länger als 56 Kalendertage andauert. Der Höchstbetrag von 1.612,00 Euro wird überschritten. Jedoch kann der Höchstbetrag durch nicht in Anspruch genommene Leistungen der Kurzzeitpflege um bis zu 1.854,00 Euro erhöht werden. Für das laufende Kalenderjahr besteht noch ein Anspruch in Höhe von 1.759,00 Euro.

Berechnung der Pflegegeldansprüche:
für den 01.06. und 05.07.
volles Pflegegeld (800,00 Euro x 2 : 30) = 53,33 Euro
vom 02.06 bis 04.07.
hälftiges Pflegegeld (400,00 Euro x 33 : 30) = 440,00 Euro

Darüber hinaus ist der Anspruch auf Verhinderungspflege für das laufende Kalenderjahr aus zeitlichen Gründen ausgeschöpft. Eine Neuberechnung für die Verhinderungspflege vom 01.04. bis 21.04. erfolgt nicht. Für den ersten Tag der Verhinderungspflege am 01.06. wird volles Pflegegeld gezahlt. Für den Zeitraum vom 02.06. bis 04.07. wird hälftiges Pflegegeld gezahlt. Mit dem letzten Tag der Leistungsgewährung nach § 39 SGB XI am 05.07. und der ab diesem Zeitpunkt sichergestellten Pflege wird wieder volles Pflegegeld gezahlt.

2.4 Vorliegen von Erwerbsmäßigkeit bei einer Verhinderungspflegeperson, die mit der pflegebedürftigen Person bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert ist oder mit ihr in häuslicher Gemeinschaft lebt und im laufenden Jahr bereits eine andere pflegebedürftige Person 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 eine andere pflegebedürftige Person über einen Zeitraum von mehr als einer Woche gepflegt wurde. Sollte es sich bei der ersten Verhinderungspflege im laufenden Jahr um eine pflegebedürftige Person handeln, die mit der Pflegeperson bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert ist oder mit ihr in häuslicher Gemeinschaft lebt, erfolgt im Nachhinein keine erneute Beurteilung dieser Verhinderungspflege (vgl. Ziffer 2.3).

Beispiel

Eine pflegebedürftige Person des Pflegerades 4, die noch nicht das 25. Lebensjahr vollendet hat, nimmt Sachleistungen in voller Höhe in Anspruch und wird zusätzlich von ihrer Schwester gepflegt. Die Verhinderungspflege wird von ihrem nicht mit ihr in häuslicher Gemeinschaft lebenden Bruder in der Zeit vom 01.05. bis 14.05. (14 Kalendertage) durchgeführt. Hierfür hat

ihm die versicherte Person nachweislich 550,00 Euro gezahlt. Darüber hinaus werden von dem Bruder zusätzlich Fahrkosten für öffentliche Verkehrsmittel in Höhe von 160,00 Euro nachgewiesen.

Gleichzeitig weist der Bruder nach, dass er bereits in der Zeit vom 03.12. bis 17.12. des vorangehenden Kalenderjahres (15 Kalendertage) eine Verhinderungspflege bei einer anderen pflegebedürftigen Person durchgeführt hat.

Ergebnis:

Die Ersatzpflegeperson pflegt zwei verschiedene pflegebedürftige Personen jeweils länger als eine Woche innerhalb eines 12-Monats-Zeitraumes, so dass Erwerbsmäßigkeit für die Verhinderungspflege ab 01.05. anzunehmen ist. Infolgedessen kommt eine Begrenzung der Aufwendungen für die allgemeinen Pflegeleistungen auf den 2,0-fachen Betrag des Pflegegeldes des Pflegegrades 4 (1.600,00 Euro) nicht in Betracht.

Kostenübernahme für die allgemeinen Pflegeleistungen in Höhe von	= 550,00 Euro
plus Fahrkosten	= 160,00 Euro
Erstattungsbetrag	= **710,00 Euro**

Es besteht im laufenden Kalenderjahr noch ein Restanspruch auf Verhinderungspflege für 42 Kalendertage bzw. in Höhe von 975,00 Euro (1.685,00 Euro – 710,00 Euro).

2.5 Verhinderungspflege durch nahe Angehörige bei Arbeitsfreistellung nach dem PflegeZG

Sofern im Zusammenhang mit den arbeitsrechtlichen Ansprüchen beschäftigter Personen auf Freistellung von der Arbeitsleistung für die Pflege einer pflegebedürftigen nahen angehörigen Person in häuslicher Umgebung (von bis zu sechs Monaten nach §§ 3 und 4 PflegeZG) kein Anspruch auf Entgeltfortzahlung oder Entgeltersatzzahlung besteht (§ 2 Abs. 3 PflegeZG), kann der Verdienstausfall als Aufwand der Verhinderungspflege im Sinne des § 39 Abs. 2 Satz 2 SGB XI berücksichtigt werden, wenn folgende Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind:

- es handelt sich um eine Verhinderungspflege nach § 39 Satz 1 SGB XI, d. h. die nach dem PflegeZG von ihrer Arbeitsleistung freigestellte beschäftigte Person übernimmt die Pflege als Ersatz für eine an der Pflege gehinderte Pflegeperson; dass die von ihrer Arbeitsleistung freigestellte beschäftigte Person für die Zeit der Freistellung zur ggf. alleinigen Hauptpflegeperson wird, ist dabei unerheblich,

- die Wartezeit von sechs Monaten nach § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB XI ist erfüllt (vgl. auch Ziffer 2, gilt nicht bei pflegebedürftigen Personen mit Pflegegrad 4 oder 5, die noch nicht das 25. Lebensjahr vollendet haben)

- es handelt sich um die Pflege eines nahen Angehörigen im Sinne von § 7 Abs. 2 PflegeZG (Großeltern, Eltern, Stiefeltern, Schwiegereltern, Ehegatten, Lebenspartner/Lebenspartnerin, Partner/Partnerin einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft, Schwägerinnen und Schwäger, Geschwister, Kinder, Adoptiv-

oder Pflegekinder, die Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder des Ehegatten/der Ehegattin oder Lebenspartners/Lebenspartnerin, Schwiegerkinder oder Enkelkinder),

- die Pflege wird in häuslicher Umgebung durchgeführt.

Dies gilt nicht, wenn die Verhinderungspflege im Zusammenhang mit einer kurzfristigen Arbeitsverhinderung im Umfang von bis zu 10 Arbeitstagen (§ 2 Abs. 1PflegeZG) erbracht wird und die Ersatzpflegeperson ein Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a Abs. 3 oder 6 SGB XI als Ausgleich für entgangenes Arbeitsentgelt erhält. Die Leistungen der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI und das Pflegeunterstützungsgeld sind insofern gleichrangig, können aber nicht nebeneinander für den Ersatz des Verdienstausfalls in Anspruch genommen werden. Pflegebedingte Aufwendungen und nachgewiesene Fahrtkosten können jedoch zusätzlich zum Pflegeunterstützungsgeld im Rahmen des in § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB XI genannten Leistungsbetrags erstattet werden.

2.6 Verhinderungspflege durch entfernte Verwandte/Verschwägerte (ab dem dritten Grade) oder durch Nachbarn/Bekannte

Wird die Verhinderungspflege durch entfernte Verwandte/Verschwägerte (ab dem dritten Grade) oder durch eine sonstige Person, z. B. Nachbar/Nachbarin, geleistet, erfolgt keine Beschränkung der Kostenerstattung auf den 1,5-fachen Betrag des Pflegegeldes. Vielmehr kann der Höchstbetrag von 1.685,00 Euro ausgeschöpft werden, wenn entsprechende Aufwendungen für die Verhinderungspflege nachgewiesen sind. Darüber hinaus kann der Höchstbetrag nach § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB XI um bis zu 843,00 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 Abs. 2 Satz 2 SGB XI auf insgesamt bis zu 2.528,00 Euro im Kalenderjahr erhöht werden (vgl. Ziffer 2.7). Bei pflegebedürftigen Personen mit Pflegegrad 4 oder 5, die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, kann der Höchstbetrag nach § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB XI um bis zu 1.854,00 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege nach § 42 Abs. 2 Satz 2 SGB XI auf insgesamt 3.539,00 Euro erhöht werden. Kosten für die allgemeinen Pflegeleistungen gelten als nachgewiesen, wenn sie durch eine entsprechende Quittung, Rechnung oder Kontoauszug belegt sind. Im Übrigen muss es sich bei diesen Ersatzpflegepersonen nicht um einschlägig vorgebildete Pflegekräfte handeln.

Beispiel 1

Die Verhinderungspflege bei einer pflegebedürftigen Person des Pflegerades 3 wird von deren nicht mit ihr in häuslicher Gemeinschaft lebenden Nichte vom 01.03. bis 23.03. (23 Kalendertage) durchgeführt. Hierfür hat ihr die versicherte Person nachweislich 1.350,00 Euro gezahlt. Darüber hinaus werden von der Nichte zusätzlich Fahrkosten in Höhe von 64,40 Euro (täglich 14 km x 0,20 Euro = 2,80 Euro x 23 Kalendertage) nachgewiesen.

Ergebnis:

Kostenübernahme für die Verhinderungspflege	
in Höhe der allgemeinen Pflegeleistungen	= 1.350,00 Euro
plus Fahrkosten	= 64,40 Euro
Erstattungsbetrag	= **1.414,40 Euro**

Es besteht im laufenden Kalenderjahr noch ein Restanspruch auf Verhinderungspflege für 19 Kalendertage bzw. in Höhe von 270,60 Euro (1.685,00 Euro – 1.414,40 Euro).

Beispiel 2

Eine pflegebedürftige Person des Pflegegrades 4, die noch nicht das 25. Lebensjahr vollendet hat, nimmt Pflegesachleistungen in voller Höhe in Anspruch und wird zusätzlich von ihrer Schwester gepflegt. Die Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI sind für das laufende Kalenderjahr ausgeschöpft. In der Zeit vom 15.05. bis 14.06. (31 Kalendertage) ist die Schwester 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 der pflegebedürftigen Person steht. Hierfür hat ihr die versicherte Person nachweislich 1.860,00 Euro (täglich 60,00 Euro) gezahlt.

Ergebnis:

Der Höchstbetrag in Höhe von 1.685,00 Euro wird bereits am 11.06. (1.685,00 Euro : 60,00 Euro = 28,08 Tage, aufgerundet auf volle Tage; 60,00 Euro x 29 Tage = 1.740,00 Euro) überschritten. Für den Zeitraum vom 15.05. bis 11.06. werden 1.685,00 Euro im Rahmen der Verhinderungspflege erstattet. Der Anspruch auf Verhinderungspflege ist für das laufende Kalenderjahr der Höhe nach ausgeschöpft.

2.7 Verwendung des nicht in Anspruch genommenen Leistungsbetrages der Kurzeitpflege nach § 42 SGB XI

Der Leistungsbetrag der Verhinderungspflege nach § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB XI in Höhe von bis zu 1.685,00 Euro kann um bis zu 843,00 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege nach § 42 Abs. 2 Satz 2 SGB XI auf insgesamt 2.528,00 Euro im Kalenderjahr erhöht werden. Bei pflegebedürftigen Personen mit Pflegegrad 4 oder 5, die noch nicht das 25. Lebensjahr vollendet haben, kann der Leistungsbetrag der Verhinderungspflege nach § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB XI in Höhe von bis zu 1.685,00 Euro um bis zu 1.854,00 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege nach § 42 Abs. 2 Satz 2 SGB XI auf insgesamt 3.539,00 Euro im Kalenderjahr erhöht werden. Wird die Verhinderungspflege durch Pflegepersonen erbracht, die mit der pflegebedürftigen Person bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihr in häuslicher Gemeinschaft leben, gilt dies insoweit, als im Zusammenhang mit der Verhinderungspflege weitere notwendige Aufwendungen nachgewiesen werden (vgl. § 39 Abs. 3 Satz 3 und 4 SGB XI).

Beispiel 1

Teil 1

Die Verhinderungspflege einer pflegebedürftigen Person des Pflegegrades 3 wird von einem ambulanten Pflegedienst vom 02.03. bis 29.03. (28 Kalendertage) erbracht und in Höhe von 1.570,00 Euro nachgewiesen. Die Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI wurden bisher nicht in Anspruch genommen.

Ergebnis:

Die Pflegekasse übernimmt die durch den ambulanten Pflegedienst entstandenen Aufwendungen in Höhe von 1.570,00 Euro. Für den Zeitraum vom 03.03. bis 28.03. wird ein hälftiges Pflegegeld gezahlt. Für den ersten und letzten Tag der Verhinderungspflege am 02.03. und 29.03. wird das Pflegegeld in voller Höhe gezahlt.

Teil 2

Die pflegebedürftige Person nimmt erneut Leistungen der Verhinderungspflege vom 15.06. bis 30.06. (16 Kalendertage) in Anspruch. Die Verhinderungspflege wird von einem ambulanten Pflegedienst in Höhe von 744,00 Euro (täglich 46,50 Euro) erbracht. Die pflegebedürftige Person entscheidet sich für die Verwendung des noch zur Verfügung stehenden Leistungsbetrags der Kurzzeitpflege.

Ergebnis:

Durch die bereits in Anspruch genommenen Leistungen der Verhinderungspflege in Höhe von 1.570,00 Euro besteht noch ein Restanspruch in Höhe von 115,00 Euro (1.685,00 Euro – 1.570,00). Da die pflegebedürftige Person im laufenden Kalenderjahr keine Leistungen der Kurzzeitpflege in Anspruch genommen hat, kann sie den Leistungsbetrag der Verhinderungspflege in Höhe von 1.685,00 Euro um den nicht in Anspruch genommenen Leistungsbetrag der Kurzzeitpflege nach § 42 Abs. 2 Satz 1 SGB XI um bis zu 843,00 Euro erhöhen.

Aufgrund der vorangegangenen Verhinderungspflege (28 Tage) besteht noch ein Restanspruch von 14 Tagen. Während dieser Zeit sind Kosten in Höhe von 651,00 Euro (14 Tage x 46,50 Euro) entstanden. Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag in Höhe von 536,00 Euro (651,00 Euro – 115,00 Euro) ist auf den Leistungsbetrag der Kurzzeitpflege nach § 42 Abs. 2 Satz 1 SGB XI anzurechnen. Im laufenden Kalenderjahr besteht ein Restanspruch auf Leistungen der Kurzzeitpflege in Höhe von 1.318,00 Euro (1.854,00 Euro – 609,00 Euro). Somit ist der Leistungsanspruch für die Verhinderungspflege für das laufende Kalenderjahr ausgeschöpft.

Für den Zeitraum vom 16.06. bis 27.06. wird ein hälftiges Pflegegeld gezahlt. Für den ersten Tag der Inanspruchnahme am 15.06. und dem letzten Tag der Leistungsgewährung nach § 39 SGB XI am 28.06.2017 und der ab diesem Zeitpunkt insoweit sichergestellten Pflege wird das volle Pflegegeld gezahlt.

Beispiel 2

Teil 1

Die Verhinderungspflege bei einer Pflegegeld empfangenden Person des Pflegegrades 3 wird von deren nicht mit ihr in häuslicher Gemeinschaft lebenden Tochter vom 12.03. bis 24.03. (13 Kalendertage) durchgeführt. Von der Pflegeperson werden pflegebedingte Aufwendungen in Höhe von 253,00 Euro, ein Verdienstausfall in Höhe von 1.445,00 Euro und Fahrkosten in Höhe von 78,00 Euro (30 km x 0,20 Euro = 6,00 Euro x 13 Tage) nachgewiesen. Die pflegebedürftige Person entscheidet sich für die Verwendung des noch zur Verfügung stehenden Leistungsbetrags der Kurzzeitpflege.

Kostenübernahme für die Verhinderungspflege	=	253,00 Euro
plus Fahrkosten	=	78,00 Euro
plus Verdienstausfall	=	1.445,00 Euro
Gesamt		**= 1.776,00 Euro**

Berechnung der Pflegegeldansprüche:

für den 12.03. und 24.03.		
volles Pflegegeld (599,00 Euro x 2 : 30)	=	39,93 Euro
vom 13.03. bis 23.03.		
hälftiges Pflegegeld (299,50 Euro x 11 : 30)	=	109,82 Euro

Der Höchstbetrag von 1.685,00 Euro wird überschritten. Da bisher im laufenden Kalenderjahr keine Leistungen der Kurzzeitpflege in Anspruch genommen wurden, kann der Leistungsrahmen der Verhinderungspflege um die nicht verwendeten Mittel der Kurzzeitpflege um bis zu 843,00 Euro erhöht werden. Demzufolge kann der Restbetrag der Kosten für die Verhinderungspflege in Höhe von 91,00 Euro (1.776,00 Euro – 1.685,00 Euro) ebenfalls erstattet werden. Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag in Höhe von 91,00 Euro wird auf den Leistungsbetrag der Kurzzeitpflege nach § 42 Abs. 2 Satz 1 SGB XI angerechnet. Im laufenden Kalenderjahr besteht ein Restanspruch auf Leistungen der Kurzzeitpflege in Höhe von 1.763,00 Euro (1854,00 Euro – 91,00 Euro). Verhinderungspflege kann im laufenden Kalenderjahr noch in Höhe des Übertragungsbetrags aus der Kurzzeitpflege von 752,00 Euro (843,00 Euro – 91,00 Euro) für bis zu 29 Tage in Anspruch genommen werden.

Teil 2

Die pflegebedürftige Person nimmt erneut Leistungen der Verhinderungspflege vom 16.06. bis 30.06. (15 Kalendertage) in Anspruch. Die Verhinderungspflege wird von einem ambulanten Pflegedienst in Höhe von 720,00 Euro (täglich 48,00 Euro) erbracht. Es können noch nicht verwendete Mittel der Kurzzeitpflege in Höhe von 752,00 Euro in Anspruch genommen werden.

Ergebnis:

Durch die vorangegangene Verhinderungspflege sind die Leistungen der Verhinderungspflege zwar der Höhe nach, aber nicht den Kalendertagen nach ausgeschöpft. Der Leistungsbetrag der Verhinderungspflege in Höhe von 1.685,00 Euro kann um den nicht in Anspruch genommenen Leistungsbetrag der Kurzzeitpflege nach § 42 Abs. 2 Satz 1 SGB XI erhöht werden. Da bereits für die vorangegangene Verhinderungspflege noch nicht verwendete Mittel der

Kurzzeitpflege in Höhe von 91,00 Euro in Anspruch genommen wurden, kann der Leistungsrahmen der Verhinderungspflege um bis zu 752,00 Euro (843,00 Euro – 91,00 Euro) erhöht werden. Somit übernimmt die Pflegekasse die durch den ambulanten Pflegedienst entstandenen Aufwendungen in Höhe von 720,00 Euro. Der Leistungsanspruch für die Verhinderungspflege ist für das laufende Kalenderjahr ausgeschöpft. Es können noch nicht verwendete Mittel der Kurzzeitpflege in Höhe von 32,00 Euro in Anspruch genommen werden.

Zudem wird der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag in Höhe von 843,00 Euro (720,00 Euro + 91,00 Euro) auf den Leistungsbetrag der Kurzzeitpflege nach § 42 Abs. 2 Satz 1 SGB XI angerechnet. Im laufenden Kalenderjahr besteht ein Restanspruch auf Leistungen der Kurzzeitpflege in Höhe von 1.043,00 Euro (1.854,00 Euro - 720,00 Euro - 91,00 Euro).

Der Anspruch auf Fortzahlung des hälftigen Pflegegeldes ist auf 42 Tage im Kalenderjahr beschränkt. Da während der vorangegangenen Verhinderungspflege ein hälftiges Pflegegeld für 13 Kalendertage fortgezahlt wurde, besteht für den Zeitraum vom 17.06. bis 29.06. ein Anspruch auf hälftiges Pflegegeld. Für den ersten und letzten Tag der Verhinderungspflege am 16.06. und 30.06. wird volles Pflegegeld gezahlt.

Beispiel 3

Teil 1

Die Verhinderungspflege einer pflegebedürftigen Person des Pflegegrades 4, die das 25. Lebensjahr vollendet hat, wird von einem ambulanten Pflegedienst vom 10.01. bis 04.02. (26 Kalendertage) erbracht und in Höhe von 1.685,00 Euro nachgewiesen.

Ergebnis:

Die Pflegekasse übernimmt die durch den ambulanten Pflegedienst entstandenen Aufwendungen in Höhe von 1.685,00 Euro. Für den Zeitraum vom 11.01. bis 03.02. wird ein hälftiges Pflegegeld gezahlt. Für den ersten und letzten Tag der Verhinderungspflege am 10.01. und 04.02. wird das Pflegegeld in voller Höhe gezahlt.

Teil 2

Vom 02.05. bis 13.05. (12 Kalendertage) ist die Pflegeperson erneut verhindert. Die Verhinderungspflege wird dieses Mal von dem nicht mit der pflegebedürftigen Person in häuslicher Gemeinschaft lebenden Sohn erbracht. Von der Pflegeperson werden neben pflegebedingten Aufwendungen in Höhe von 429,00 Euro Fahrkosten in Höhe von 50,00 Euro nachgewiesen. Die Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI wurden im laufenden Kalenderjahr bereits ausgeschöpft.

Ergebnis:

Durch die vorangegangene Verhinderungspflege sind die Leistungen der Verhinderungspflege zwar der Höhe nach, aber nicht den Kalendertagen nach ausgeschöpft. Da die Leistungen der Kurzzeitpflege im laufenden Kalenderjahr bereits ausgeschöpft sind, kann der Leistungsbetrag

der Verhinderungspflege in Höhe von 1.685,00 Euro nicht erhöht werden. Somit werden die dem Sohn entstandenen Aufwendungen in Höhe von 479,00 Euro nicht erstattet.

Unabhängig davon, kann aufgrund der insoweit sichergestellten Pflege, dass volle Pflegegeld für den Monat Mai gezahlt werden.

Beispiel 4

Die Verhinderungspflege bei einer Pflegegeld empfangenden Person des Pflegegrades 2 wird von deren nicht mit ihr in häuslicher Gemeinschaft lebender Tochter vom 08.05. bis 22.06. (46 Kalendertage) durchgeführt. Hierfür hat ihr die versicherte Person nachweislich 2.300,00 Euro (täglich 50,00 Euro) gezahlt. Darüber hinaus werden von der Tochter zusätzlich Fahrkosten in Höhe von 190,00 Euro nachgewiesen. Die pflegebedürftige Person entscheidet sich für die Verwendung des zur Verfügung stehenden Leistungsbetrags der Kurzzeitpflege.

Ergebnis:

Die Pflege dauert länger als sechs Wochen, so dass Erwerbsmäßigkeit anzunehmen ist. Infolgedessen kommt eine Begrenzung der Aufwendungen für die allgemeinen Pflegeleistungen auf den 1,5-fachen Betrag des Pflegegeldes des Pflegegrades 2 (520,50 Euro) nicht in Betracht.

Der Höchstbetrag in Höhe von 1.685,00 Euro wird um die nicht verwendeten Mittel der Kurzzeitpflege in Höhe von 843,00 Euro auf 2.528,00 Euro erhöht. Der Tagessatz beträgt 54,13 Euro (2.300,00 Euro + 190,00 Euro = 2.490,00 Euro : 46 Tage). Der Anspruch auf Verhinderungspflege ist auf 42 Tage (08.05. bis 18.06.) begrenzt. Die in der Zeit vom 08.05. bis 18.06. entstandenen pflegebedingten Aufwendungen und Fahrtkosten in Höhe von 2.273,46 Euro (54,13 Euro x 42 Tage) werden durch die Pflegekasse erstattet.

Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag in Höhe von 588,46 Euro ist auf den Leistungsbetrag der Kurzzeitpflege nach § 42 Abs. 2 Satz 1 SGB XI anzurechnen. Im laufenden Kalenderjahr besteht ein Restanspruch auf Leistungen der Kurzzeitpflege in Höhe von 1.265,54 Euro (1.854,00 Euro – 588,46 Euro). Der Leistungsanspruch der Verhinderungspflege ist der Dauer nach für das laufende Kalenderjahr ausgeschöpft.

Für die Zeit vom 09.05. bis 17.06. (40 Kalendertage) besteht ein Anspruch auf Fortzahlung des hälftigen Pflegegeldes. Für den ersten Tag der Verhinderungspflege am 08.05. und für den letzten Tag der Leistungsgewährung nach § 39 SGB XI am 18.06. und der ab diesem Zeitpunkt sichergestellten Pflege wird ein volles Pflegegeld gezahlt.

2.8 Ausschöpfung des Leistungsanspruchs

(1) Ist der Leistungsanspruch für das laufende Kalenderjahr bereits ausgeschöpft, kann bei Verhinderungspflege im häuslichen Bereich für die weitere Dauer der Verhinderungspflege aufgrund der selbst sichergestellten Pflege das Pflegegeld nach § 37 Abs. 1 SGB XI gezahlt werden, sofern die Voraussetzungen dafür erfüllt sind.

Ist die pflegebedürftige Person in einer nicht zugelassenen Pflegeeinrichtung (nicht Einrichtungen und Räumlichkeiten nach § 71 Abs. 4 SGB XI) untergebracht, steht ihr nach Ausschöpfung des Leistungsrahmens entweder in der Höhe oder von den Kalendertagen ab diesem Zeitpunkt für die weitere Unterbringung Pflegegeld nach § 37 SGB XI festgelegten Pflegegeldbeträge entsprechend des festgestellten Pflegegrades zu.

(2) Sofern der Leistungsrahmen der Verhinderungspflege entweder in der Höhe oder von den Kalendertagen ausgeschöpft ist, stehen der pflegebedürftigen Person 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 festgelegten Pflegegeldbeträge in Betracht.

Beispiel

Eine pflegebedürftige Person des Pflegegrades 2 stellt für den Zeitraum vom 01.04. bis 15.05. (45 Kalendertage) einen für dieses Kalenderjahr erstmaligen Antrag auf Verhinderungspflege für die Unterbringung in einer nicht zugelassenen Pflegeeinrichtung. Die pflegebedingten Aufwendungen betragen täglich 58,00 Euro. Der Leistungsrahmen der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI wurde im Februar ausgeschöpft.

Ergebnis:

Der Höchstbetrag in Höhe von 1.685,00 Euro wird bereits am 30.04. (1.685,00 Euro : 58,00 Euro = 29,05 Tage, aufgerundetauf volle Tage) ausgeschöpft. Anspruch auf volles Pflegegeld nach § 37 SGB XI besteht für den 01.04. und für die Zeit ab dem 30.04. für die restliche Dauer der Unterbringung. Für die Zeit vom 02.04. bis 29.04. wird hälftiges Pflegegeld gezahlt.

§ 39a SGB XI
Ergänzende Unterstützung bei Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen

Pflegebedürftige haben bei der Nutzung digitaler Pflegeanwendungen im Sinne des § 40a Anspruch auf ergänzende Unterstützungsleistungen, deren Erforderlichkeit das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte nach § 78a Absatz 5 Satz 6 festgestellt hat, durch nach diesem Buch zugelassene ambulante Pflegeeinrichtungen.

1. Allgemeines

Ergänzende Unterstützungsleistungen können den pflegerischen oder betreuerischen Nutzen digitaler Pflegeanwendungen für pflegebedürftige Personen sicherstellen und werden durch zugelassene ambulante Pflegeeinrichtungen in der Häuslichkeit erbracht. Digitale Pflegeanwendungen gemäß § 40a SGB XI werden genutzt, um Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten der pflegebedürftigen Person zu mindern oder einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken.

2. Anspruchsberechtigung und Anspruchsvoraussetzungen

Pflegebedürftige Personen der Pflegegrade 1 bis 5 haben einen Anspruch auf ergänzende Unterstützungsleistungen durch zugelassene ambulante Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 71 Abs. 1 SGB XI, wenn diese bei der Versorgung mit einer digitalen Pflegeanwendung im Einzelfall erforderlich sind. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) stellt die Erforderlichkeit ergänzender Unterstützungsleistungen nach § 78a Abs. 5 Satz 6 SGB XI fest und listet ergänzende Unterstützungsleistungen im Zusammenhang mit digitalen Pflegeanwendungen im Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen. Die ergänzenden Unterstützungsleistungen sind von der pflegebedürftigen Person grundsätzlich zusammen mit der dazugehörigen digitalen Pflegeanwendung vorher zu beantragen. Hat die Pflegekasse die beantragte Nutzung der digitalen Pflegeanwendung bewilligt, sind dazugehörige ergänzende Unterstützungsleistungen im Rahmen des Anspruchs nach § 40b SGB XI durch zugelassene ambulante Pflegeeinrichtungen abrechnungsfähig. Die Befristung der Bewilligung des Antrages auf Nutzung ergänzender Unterstützungsleistungen richtet sich nach der Befristung der Bewilligung des Antrages auf Nutzung der entsprechenden digitalen Pflegeanwendung gemäß § 40a Abs. 2 Satz 3 ff..

3. Anspruchsinhalt

Ergänzende Unterstützungsleistungen stehen als spezifische Begleitleistungen im Zusammenhang mit einer digitalen Pflegeanwendung und können den pflegerischen oder betreuerischen Nutzen der digitalen Pflegeanwendung für die pflegebedürftige Person sicherstellen, wenn diese dies wünscht. Ergänzende Unterstützungsleistungen werden durch zugelassene ambulante Pflegeeinrichtungen erbracht und können beispielsweise im Einzelfall Hilfestellungen beim Einsatz der digitalen Pflegeanwendung umfassen. Einzelheiten zu ergänzenden Unterstützungsleistungen regelt das BfArM in dem Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen nach § 78a Abs. 3 SGB XI.

Finanziert werden ausschließlich spezifische Begleitleistungen im Zusammenhang mit der digitalen Anwendung. Sonstige Pflege-, Betreuungs- oder Beratungsleistungen einer Pflegeeinrichtung, die bereits vergütet werden, sollen nicht erfasst werden.

4. Leistungsentscheidung

Die Pflegekasse informiert die pflegebedürftige Person mittels Bescheid über die befristete Bewilligung einer Versorgung mit der beantragten digitalen Pflegeanwendung und ggf. ergänzenden Unterstützungsleistung, die Höhe des monatlichen Leistungsanspruchs sowie den Vergütungsbetrag der beantragten digitalen Pflegeanwendung, sofern dieser zum Zeitpunkt der Antragsbearbeitung bereits vereinbart ist. Sofern bereits andere digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen bewilligt wurden, informiert die Pflegekasse die pflegebedürftige Person über die jeweiligen Vergütungsbeträge der digitalen Pflegeanwendungen und weist darauf hin, dass selbst zu tragende Mehrkosten entstehen, sofern der monatliche Leistungsanspruch von insgesamt 53,00 Euro überschritten wird. Sofern die Nutzung der digitalen Pflegeanwendung nach Ablauf der erstmaligen Befristung und nach entsprechender Prüfung unbefristet bewilligt und somit auch die Nutzung der ergänzenden Unterstützlungsleistung unbefristet möglich wird, informiert die Pflegekasse die pflegebedürftige Person entsprechend.

5. Leistungshöhe

Der Gesamtleistungsbetrag für digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen ist gemäß § 40b SGB XI im Kalendermonat auf 53,00 Euro begrenzt. Dabei ist der Betrag, der für die ergänzenden Unterstützungsleistungen aufzuwenden ist, auf den Gesamtwert anzurechnen.

Der Leistungsanspruch auf die ergänzenden Unterstützungsleistungen besteht mit Aufnahme einer digitalen Pflegeanwendung in das Verzeichnis nach § 78a Abs. 3 SGB XI bis zur Höhe des noch nicht verwendeten monatlichen Leistungsanspruchs. Die ambulanten Pflegeeinrichtungen rechnen die ergänzenden Unterstützungsleistungen im Wege des Sachleistungsprinzips bis zur Höhe des nicht verwendeten monatlichen Leistungsbetrages mit den Pflegekassen ab.

Sofern weitere digitale Pflegeanwendungen in Anspruch genommen werden, können erforderliche ergänzende Unterstützungsleistungen bis zur Höhe des individuell verbleibenden Leistungsanspruchs gegenüber der Pflegekasse abgerechnet werden. Die Pflegekasse prüft im Rahmen der Abrechnung den verbleibenden Leistungsbetrag gemäß § 40b SGB XI. Darüber hinausgehende Aufwendungen sind von der pflegebedürftigen Person als Eigenanteil zu übernehmen.

§ 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 kann in geeigneten Fällen die Notwendigkeit der Versorgung mit den beantragten Pflegehilfsmitteln unter Beteiligung einer Pflegefachkraft oder des Medizinischen Dienstes überprüfen lassen. 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 42 Euro nicht übersteigen; bis zum 31.12.2021 gilt ein monatlicher Betrag in Höhe von 60 Euro. 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 Absatz 1 Satz 1, 2 und 6 sowie Absatz 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 4 000 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 4180 Euro je Pflegebedürftigen nicht übersteigen. Der Gesamtbetrag je Maßnahme nach Satz 3 ist auf 16720 Euro begrenzt und wird bei mehr als vier Pflegebedürftigen anteilig auf die Versicherungsträger der Pflegebedürftigen aufgeteilt.§ 40 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

(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 Absatz 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 Absatz 2.

(6) Pflegefachkräfte können im Rahmen ihrer Leistungserbringung nach § 36, nach den §§ 37 und 37c des Fünften Buches sowie der Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abgeben. Wird ein Pflegehilfsmittel nach Absatz 1 Satz 1 oder Absatz 5 oder ein Hilfsmittel nach Absatz 5, das den Zielen von Absatz 1 Satz 1 dient, von einer Pflegefachkraft bei der Antragsstellung empfohlen, werden unter den in den Richtlinien nach Satz 6 festgelegten Voraussetzungen die Notwendigkeit der Versorgung nach Absatz 1 Satz 2 und die Erforderlichkeit der Versorgung nach § 33 Absatz 1 des Fünften Buches vermutet. Die Empfehlung der Pflegefachkraft darf bei der Antragstellung nicht älter als zwei Wochen sein. Einer ärztlichen Anordnung gemäß § 33 Absatz 5 des Fünften Buches bedarf es bei Vorliegen einer Empfehlung nach Satz 1 nicht. Die Empfehlung der Pflegefachkraft für ein Pflegehilfsmittel oder ein Hilfsmittel, das den Zielen des Absatzes 1 Satz 1 dient, ist der Kranken- oder Pflegekasse zusammen mit dem Antrag des Versicherten in Textform zu übermitteln. Der Spitzenverband Bund der Krankenkasse, zugleich nach § 53 Satz 1 die Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen wahrnehmend, legt bis zum 31. Dezember 2021 in Richtlinien fest, in welchen Fällen und für welche Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel nach Satz 2 die Erforderlichkeit oder Notwendigkeit der Versorgung vermutet wird; dabei ist auch festzulegen, über welche Eignung die empfehlende Pflegefachkraft verfügen soll. In den Richtlinien wird auch das Nähere zum Verfahren der Empfehlung durch die versorgende Pflegefachkraft bei Antragstellung festgelegt. Die Bundespflegekammer und die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene sind an den Richtlinien zu beteiligen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, zugleich nach § 53 Satz 1 die Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen wahrnehmend, wird beauftragt, die in den Richtlinien festgelegten Verfahren in fachlicher und wirtschaftlicher Hinsicht unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund, der Bundespflegekammer und der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene zu evaluieren. Ein Bericht über die Ergebnisse der Evaluation ist dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 1. Januar 2025 vorzulegen.

(7) Die Pflegekasse hat über einen Antrag auf Pflegehilfsmittel oder Zuschüsse zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine Pflegefachkraft oder der Medizinische Dienst nach

Absatz 1 Satz 2 beteiligt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Über einen Antrag auf ein Pflegehilfsmittel, das von einer Pflegefachkraft bei der Antragstellung nach Absatz 6 Satz 2 empfohlen wurde, hat die Pflegekasse zügig, bis spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang, zu entscheiden. Kann die Pflegekasse die Fristen nach Satz 1 oder Satz 2 nicht einhalten, teilt sie dies den Antragstellern unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt.

1. Pflegehilfsmittel

1.1 Allgemeines

(1) Die Pflegekassen stellen zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden der pflegebedürftigen Person oder zur Ermöglichung einer selbständigeren Lebensführung der pflegebedürftigen Person Pflegehilfsmittel zur Verfügung (§ 40 Abs. 1 SGB XI). Der Anspruch besteht für pflegebedürftige Personen der Pflegegrade 1 bis 5 und nur bei häuslicher Pflege.

(2) Die Pflegehilfsmittel sind bei der Pflegekasse zu beantragen. Vor der Bewilligung eines Pflegehilfsmittels kann die Pflegekasse in geeigneten Fällen die Notwendigkeit der Versorgung mit dem beantragten Pflegehilfsmittel unter Beteiligung einer Pflegefachkraft oder des MD überprüfen lassen. Die Pflegekasse hat über den Antrag zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. In Fällen, in denen eine Pflegefachkraft oder der MD beteiligt wird, hat sie innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Kann die Pflegekasse diese Fristen nicht einhalten, hat sie dies der antragstellenden Person unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mitzuteilen. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt das Pflegehilfsmittel nach Ablauf der Frist von drei bzw. fünf Wochen als genehmigt. Über einen Antrag auf ein Pflegehilfsmittel, das von einer Pflegefachkraft bei der Antragstellung nach § 40 Abs. 6 Satz 2 SGB XI empfohlen wurde, ist zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang zu entscheiden (vgl. Ziffer 1.6). Weitergehende Ausführungen zu dieser sogenannten Genehmigungsfiktion siehe Ziffer 9 ff. Die Genehmigungsfiktion gilt nicht, sofern der MD oder der von der Pflegekasse beauftragte Gutachter bzw. die von der Pflegekasse beauftragte Gutachterin im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abgegeben hat. Näheres hierzu unter Ziffer 1.5. Auch findet die Genehmigungsfiktion keine Anwendung, wenn noch keine Pflegebedürftigkeit festgestellt wurde. In diesem Fall ist der Antrag auf das Pflegehilfsmittel abzulehnen.

(3) 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 zum gesetzlich geltenden Höchstbetrag übernommen. Aufwendungen, die über diesen Höchstbetrag hinausgehen, gehen zu Lasten der pflegebedürftigen Person. Die versicherte Person kann wählen, ob sie zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel als Sachleistung im Rahmen der zwischen dem GKV-Spitzenverband mit den Leistungserbringern oder deren Verbände geschlossenen Verträge oder in Form der Kostenerstattung für selbst beschaffte Pflegehilfsmittel in Anspruch nehmen will. Wählt die versicherte Person die Kostenerstattung, sollte aus Gründen der Verwaltungspraktikabilität in Fällen, in denen ein monatlicher Bedarf an zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln in Höhe des gesetzlichen geltenden Höchstbetrags 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 die versicherte Person die leihweise Überlassung ohne zwingenden Grund ab, hat sie die Kosten des Pflegehilfsmittels in vollem Umfang selbst zu tragen. Auch Mehrkosten für eine von der versicherten Person gewünschte Ausstattung des Pflegehilfsmittels, die über das Maß des Notwendigen hinausgeht, sowie dadurch bedingte Folgekosten gehen zu Lasten der versicherten Person.

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 Euro je Pflegehilfsmittel, zu zahlen. Abweichend hiervon richtet sich die Zuzahlung bei doppelfunktionalen Hilfsmitteln entsprechend der Vorschriften des § 40 Abs. 5 Satz 7 SGB XI nach den Regelungen der §§ 33, 61 und 62 SGB V. Eine Zuzahlungspflicht besteht jedoch nicht bei zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln sowie bei leihweise bzw. im Leasingverfahren überlassenen technischen 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 der versicherten Person 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 42,00 Euro monatlich hinausgehen,

- Mehrkosten für eine von der versicherten Person gewünschte, nicht notwendige Ausstattung von Pflegehilfsmitteln sowie

- von der versicherten Person 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.

Zur Festlegung der doppelfunktionalen Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel sowie zur Bestimmung des Verhältnisses zur Aufteilung der Ausgaben zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung sind die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Festlegung der doppelfunktionalen Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel sowie zur Bestimmung des Verhältnisses zur Aufteilung der Ausgaben zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung

und der sozialen Pflegeversicherung (Richtlinien zur Festlegung der doppelfunktionalen Hilfsmittel - RidoHiMi) zu berücksichtigen. Die Zuzahlung richtet sich beim Vorliegen von doppelfunktionalen Hilfsmitteln nach den §§ 33, 61 und 62 SGB V.

1.5 Empfehlungen zu Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln im Rahmen der Begutachtung

Der MD oder der von der Pflegekasse beauftragte Gutachter bzw. die von der Pflegekasse beauftragte Gutachterin gibt im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung ab. Bei Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln, die den Zielen des § 40 SGB XI dienen, gelten die Empfehlungen jeweils als Antrag auf Leistungsgewährung, sofern die pflegebedürftige Person zustimmt.

Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel, die den Zielen des § 40 SGB XI dienen, sind die in den Richtlinien zur Festlegung der doppelfunktionalen Hilfsmittel festgelegten Pflegehilfsmittel und Hilfsmittel sowie alle übrigen im Verzeichnis nach § 78 SGB XI aufgeführten Pflegehilfsmitteln. Außerdem können Adaptionshilfen, Gehhilfen, Hilfsmittel gegen Dekubitus, aufsaugende Inkontinenzhilfen, Stehhilfen und Stomaartikel empfohlen werden.

Bezüglich der Pflegehilfsmittel wird die Notwendigkeit der Versorgung vermutet. Bezüglich der empfohlenen Hilfsmittel wird die Erforderlichkeit vermutet; insofern bedarf es keiner ärztlichen Therapieentscheidung sowie Verordnung nach § 33 Abs. 5a SGB V.

Damit ist eine weitergehende fachliche Überprüfung grundsätzlich nicht mehr geboten, es sei denn die Kranken- und Pflegekasse stellt die offensichtliche Unrichtigkeit der Empfehlung fest. Die Vermutung ersetzt nicht die Prüfung der Wirtschaftlichkeit durch die Krankenkasse. Voraussetzung für die Leistungsgewährung ist ferner, dass die jeweiligen weiteren leistungs- und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen vorliegen.

Für alle anderen Hilfsmittel, die nicht den Zielen des § 40 SGB XI dienen (z. B. Kommunikationshilfen, Sehhilfen, Hörhilfen, Orthesen) gilt diese Regelung nicht. Die Versorgungsempfehlung ist in diesen Fällen nicht als Leistungsantrag zu werten.

1.6. Empfehlungen zu Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln von Pflegefachkräften im Rahmen ihrer Leistungserbringung

Pflegefachkräfte können im Rahmen ihrer Leistungserbringung nach § 36 SGB XI und §§ 37, 37c SGB V sowie der Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abgeben. Die Empfehlung der Pflegefachkraft darf bei Antragstellung nicht älter als zwei Wochen sein und ist zusammen mit dem Antrag de versicherten Person in Textform an die Kranken- oder Pflegekasse zu übermitteln.

Hinsichtlich der Grundsätze zur Vermutung der Erforderlichkeit des empfohlenen Hilfsmittels und der Notwendigkeit der Versorgung mit dem Pflegehilfsmittel wird auf die Ausführungen unter Ziffer 1.5 verwiesen.

In den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Empfehlung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln durch Pflegefachkräfte gemäß § 40 Abs. 6 Satz 6 SGB XI ist festgelegt, in welchen Fällen und für welche Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel die Erforderlichkeit oder Notwendigkeit der Versorgung vermutet wird. Ebenfalls ist in den Richtlinien festgelegt, über welche Eignung

die empfehlende Pflegefachkraft verfügen sollte. Das Nähere zum Verfahren der Empfehlung durch die versorgende Pflegefachkraft bei Antragsstellung wird ebenso festgelegt.

2. Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes

2.1 Leistungsvoraussetzungen

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

(2) Finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes de pflegebedürftigen Person 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 der pflegebedürftigen Person und der Pflegenden verhindert oder
- eine möglichst selbständige Lebensführung der pflegebedürftigen Person wiederhergestellt, also die Abhängigkeit von personeller Hilfe verringert wird.

Dabei sind die Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes nicht nur auf den Ausgleich und die Aufrechterhaltung der Selbständigkeit oder der Beeinträchtigung der Fähigkeiten i. S. d. § 14 SGB XI bzw. auf die Herbeiführung der Entbehrlichkeit solcher Hilfeleistungen beschränkt.

2.2 Leistungsinhalt

(1) Die Pflegekassen können bis zu einem Betrag von 4.180,00 Euro je Maßnahme 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, Austausch der Badewanne durch eine bodengleiche Dusche). Dies trifft beispielsweise nicht auf eine videogestützte Türöffneranlage zu, da eine solche Anlage nicht nach der Verkehrsauffassung typischerweise als mit der jeweiligen Wohnumgebung so fest verbunden ist, dass sie bei einem Umzug nicht mitgenommen werden kann (BSG-Urteil vom 30.11.2023, Az.: B 3 P 5/22 R).
- 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).

(2) Eine Maßnahme zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes der pflegebedürftigen Person liegt auch vor, wenn den Besonderheiten des Einzelfalles durch einen Umzug in eine den Anforderungen der pflegebedürftigen Person 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 4.180,00 Euro nicht überschreiten.

(3) Da es sich bei den Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes um eine Zuschussleistung handelt, ist die antragstellende Person 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 MD).

(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 der pflegebedürftigen Person oder in dem Haushalt, in den sie aufgenommen wurde, in Betracht. Entscheidend ist, dass es sich um den auf Dauer angelegten, unmittelbaren Lebensmittelpunkt der pflegebedürftigen Person handelt. In Alten- und Pflegeheimen sowie Wohneinrichtungen, die vom Vermieter bzw. von der Vermieterin gewerbsmäßig nur an pflegebedürftige Personen vermietet werden und in denen Leistungen angeboten oder gewährleistet werden, die dem im jeweiligen Rahmenvertrag nach § 75 Abs. 1 SGB XI für die vollstationäre Pflege vereinbarten Leistungsumfang weitgehend entsprechen, liegt eine Wohnung/ein Haushalt in diesem Sinne nicht vor.

(2) Maßnahmen i. S. v. § 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 4.180,00 Euro 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 der pflegebedürftigen Person 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 4.180,00 Euro gewährt werden kann.

Beispiel

In dem Wohnumfeld eines auf einen Rollstuhl angewiesenen Pflegebedürftigen, der von seiner Ehefrau gepflegt wird, ist im Februar 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 4.180,00 Euro zu bezuschussen.

Aufgrund der wegen zunehmenden Alters eingeschränkten Hilfestellungen der Ehefrau und weiterer Einschränkungen der Mobilität des Pflegebedürftigen ist zu einem späteren Zeitpunkt die Benutzung der vorhandenen Badewanne nicht mehr möglich. Durch den Einbau einer bodengleichen Dusche kann die Pflege weiterhin im häuslichen Bereich sichergestellt werden. Hier sind durch die veränderte Pflegesituation weitere wohnumfeldverbessernde Maßnahmen erforderlich geworden, die erneut mit maximal 4.180,00 Euro bezuschusst werden können.

5. Zuschusshöhe

Der Zuschuss beträgt je Maßnahme bis zu 4.180,00 Euro. Er ist auf die tatsächlichen Kosten der Maßnahme begrenzt. Überschreiten die Kosten der Maßnahme 4.180,00 Euro, ist der über dem Zuschuss liegende Betrag von der pflegebedürftigen Person selbst zu tragen.

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, Verdienstausfall) zugrunde zu legen.

5.2 Durchführung von Reparaturen bzw. Wartungen

(1) Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen, deren Einbau bzw. Umbau bereits von der Pflegekasse bezuschusst worden sind und die repariert oder gewartet werden müssen, können als wohnumfeldverbessernde Maßnahme dann bezuschusst werden, wenn der Höchstbetrag nicht ausgeschöpft worden ist. Der Zuschuss zur Reparatur zur Wiederherstellung oder Wartung ist in diesem Fall auf den noch zur Verfügung stehenden Restbetrag beschränkt. Die Gewährung eines neuen Zuschusses ist für funktionswiederherstellende Reparaturen oder Wartungen daher nicht möglich (Urteil des BSG vom 25.01.2017, Az.: B 3 P 4/16 R).

(2) Sofern jedoch der Defekt an einer mit dem Höchstbetrag bezuschussten wohnumfeldverbessernden Maßnahme zu deren kompletten Ausfall oder Gebrauchsunfähigkeit führt, kann dies als Änderung der Pflegesituation (vgl. Ziffer 4) gewertet werden mit der Folge, dass die Ersatzbeschaffung als weitere Maßnahme i. S. d. § 40 Abs. 4 SGB XI gewährt wird. Dies setzt aber voraus, dass die wohnumfeldverbessernde Maßnahme vollständig gebrauchsunfähig ist und ersetzt werden muss, ohne dass eine mutwillige Herbeiführung vorliegt bzw. zivilrechtliche Ansprüche gegen Dritte wegen der Gebrauchsunfähigkeit bestehen.

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 jede pflegebedürftige Person maximal 4.180,00 Euro betragen. Der Gesamtbetrag je Maßnahme ist auf insgesamt 16.720,00 Euro begrenzt und wird gleichmäßig auf die pflegebedürftigen Personen 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 pflegebedürftigen Personen. Zur Abrechnung ist für jede pflegebedürftige Person von der erstangegangenen 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 Personen 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 §§ 90 ff SGB IX 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.

(2) Diesen fürsorgerischen, von einer Bedürftigkeitsprüfung abhängigen Sozialleistungen gehen die Leistungen der Pflegeversicherung vor. Der Anspruch auf diese Leistungen bleibt von den Leistungen der Pflegekasse jedoch unberührt, soweit die Leistungen der Pflegekasse den Bedarf im Einzelfall nicht abdecken (vgl. Ziffer 3 zu § 13 SGB XI). Die Pflegekasse hat in diesen Fällen die Pflegebedürftigen auf die ggf. bestehenden weiter gehenden Ansprüche nach dem SGB XII bzw. SGB XIV hinzuweisen und entsprechende Anträge durch Weiterleitung der vorhandenen Unterlagen (z. B. Stellungnahme des MD, 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 Pflegebedürftigen, die schwerbehindert im Sinne von § 2 SGB IX (Grad der Behinderung von wenigstens

50 v. H.) sind, Zuschüsse zu Wohnumfeldverbesserungsmaßnahmen durch die Pflegekassen nicht in Betracht kommen.

7. Verfahren

7.1 Antragstellung

(1) Zuschüsse zu Maßnahmen der Wohnumfeldverbesserung sollten vor Beginn der Maßnahme mit einem Kostenvoranschlag bei der Pflegekasse beantragt werden (vgl. § 33 Abs. 1 Satz 1 SGB XI, § 19 Satz 1 SGB IV). Die Pflegekasse hat über den Antrag zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine Pflegefachkraft oder der MD beteiligt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Kann die Pflegekasse diese Fristen nicht einhalten, hat sie dies der antragstellenden Person unter Darlegung der Gründe rechtszeitig schriftlich mitzuteilen. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt der Zuschuss für die wohnumfeldverbessernde Maßnahme nach Ablauf der Frist von drei bzw. fünf Wochen als genehmigt. Näheres zur Genehmigungsfiktion unter Ziffer 9 ff. Die Genehmigungsfiktion findet keine Anwendung, wenn bisher keine Pflegebedürftigkeit vorliegt.

(2) Der MD oder der von der Pflegekasse beauftragte Gutachter bzw. die von der Pflegekasse beauftragte Gutachterin hat in dem im Rahmen des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit anzufertigenden Gutachten (vgl. Kapitel 6.2 und 6.3 "Formulargutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI" der Begutachtungs-Richtlinien) Empfehlungen an die Pflegekasse über die notwendige Versorgung mit technischen Pflegehilfsmitteln und baulichen Maßnahmen zur Anpassung des Wohnumfeldes auszusprechen (vgl. Kapitel 4.12 der Begutachtungs-Richtlinien). Die Empfehlung gilt als Antrag auf Leistungsgewährung, sofern die versicherte Person nichts Gegenteiliges erklärt. Dies gilt auch, wenn im Rahmen der Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI wohnumfeldverbessernde Maßnahmen angeregt werden.

7.2 Beratung

(1) Die Pflegekassen sind verpflichtet, die Pflegebedürftigen hinsichtlich der Bezuschussung von wohnumfeldverbessernden Maßnahmen zu beraten (vgl. § 7 Abs. 2 SGB XI; zu dem weitergehenden Anspruch auf Pflegeberatung vgl. Ziffer 4 zu § 7a SGB XI). Diese Beratung umfasst neben den allgemeinen Leistungsvoraussetzungen auch die individuelle Beratung über in Frage kommende Maßnahmen (als Orientierungshilfe dient der Katalog möglicher Maßnahmen in den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 78 Abs. 2a SGB XI zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen in der jeweils gültigen Fassung). 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 der pflegebedürftigen Person gerecht wird.

Dabei ist vor dem Hintergrund des Wirtschaftlichkeitsgebots (vgl. § 29 SGB XI) und der begrenzten Zuschussmöglichkeit – auch im Interesse der pflegebedürftigen Person – zu prüfen, ob anstelle von Baumaßnahmen oder der beantragten Maßnahmen einfachere Lösungen (z. B. Einsatz von Hilfs- und Pflegehilfsmitteln) 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 Handwerksbetrieben bis zum Vertragsabschluss, die technische Beratung durch Architekten/Architektinnen (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 die anspruchsberechtigte Person 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 MD, die erforderlichenfalls andere Fachkräfte als externe Gutachter/Gutachterinnen hinzuziehen, ob durch die beantragte Maßnahme im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbständige Lebensführung der pflegebedürftigen Person 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 der pflegebedürftigen Person wiederhergestellt wird. Von diesen zuschussfähigen Maßnahmen sind reine Modernisierungsmaßnahmen oder Maßnahmen, mit denen eine allgemeine standardmäßige Ausstattung der Wohnung erreicht wird, abzugrenzen, wenn diese nicht in direktem Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit stehen.

So ist z. B. der Einbau eines nicht vorhandenen Bades grundsätzlich eine allgemeine standardmäßige Ausstattung der Wohnung; ist der Bewohner bzw. die Bewohnerin 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 die pflegebedürftige Person ihre 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 (z. B. Herdsicherungssysteme),
- 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 den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 78 Abs. 2a SGB XI zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen in der jeweils gültigen Fassung sind Maßnahmen aufgelistet, deren Leistungsvoraussetzungen nach den o. g. Grundsätzen in jedem Einzelfall zu überprüfen sind.

Ein wesentliches Versorgungsziel wohnumfeldverbessernder Maßnahmen ist die Barrierefreiheit. Die Anforderungen an die Aufnahme der Maßnahmen in das Verzeichnis orientiert sich an den DIN-Normen DIN 18040-2. Ob die in den Empfehlungen festgelegten Anforderungen erfüllt sind, kann durch eine Eigenerklärung eines Herstellers oder einer Herstellerin nachgewiesen werden. Insbesondere bei Bestandsbauten kann jedoch eine Barrierefreiheit im Einzelfall nicht erreicht werden, sondern gegebenenfalls nur Barrierearmut. Ist im Einzelfall eine Barrierefreiheit bei Vorliegen der übrigen Leistungsvoraussetzungen nicht zu erreichen, führt dies nicht zu einer Ablehnung des Antrags auf Zuschuss zu einer wohnumfeldverbessernden Maßnahme.

9. Beschleunigtes Bewilligungsverfahren für Pflegehilfsmittel und Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes

9. 1. Allgemeines

Die Regelungen in § 40 Abs. 7 SGB XI lehnen sich inhaltlich eng an die für die Krankenkassen bereits mit dem „Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten“ vom 20.02.2013 eingeführten Regelungen in § 13 Abs. 3a SGB V an. Insoweit ergeben sich Parallelen zu dem von GKV-Spitzenverband und den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene erstellten „Gemeinsamen Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Auswirkungen des Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten in Bezug auf § 13 Abs. 3a SGB V“ in der jeweils aktuellen Fassung. Im Unterschied zum Recht der Krankenversicherung beinhaltet die Vorschrift des § 40 Abs. 7 SGB XI keinen Kostenerstattungsanspruch

bei Selbstbeschaffung wegen fehlender Antragsbescheidung. Demzufolge begründet die leistungsrechtliche Genehmigungsfiktion nach § 40 Abs. 7 SGB XI lediglich einen eigenständig durchsetzbaren Sachleistungsanspruch auf Pflegehilfsmittel sowie auf Zuschussleistungen für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes.

Die Vorschrift bezweckt die Beschleunigung der Bewilligungsverfahren für Pflegehilfsmittel und Zuschüssen für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes bei den Pflegekassen. Dies dient zum einen der schnellen Klärung von Ansprüchen dieser Leistungen, zum anderen erhalten die Pflegebedürftigen bei Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen in kurzer Zeit ihre Leistungen.

Gemäß § 40 Abs. 1 Satz 2 SGB XI kann die Pflegekasse vor Bewilligung eines Pflegehilfsmittels in geeigneten Fällen durch eine Pflegefachkraft oder den MD prüfen lassen, ob das beantragte Pflegehilfsmittel erforderlich ist. Damit wird die Beauftragung einer Pflegefachkraft oder des MD in das Ermessen der Pflegekasse gestellt. Insoweit erfolgt eine Angleichung an die bereits in § 275 Abs. 2 SGB V bestehende Regelung zur Beauftragung des MD vor Bewilligung eines Hilfsmittels durch die Krankenkasse. In § 40 Abs. 4 Satz 1 SGB XI wird klargestellt, dass auch vor Bewilligung eines beantragten Zuschusses zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen die Pflegekasse in geeigneten Fällen die Notwendigkeit durch eine Pflegefachkraft oder den MD überprüfen lassen kann.

Kann über einen Antrag auf Pflegehilfsmittel oder Zuschüsse zu wohnumfeldverbessernde Maßnahmen nicht innerhalb von drei Wochen oder in Fällen, in denen eine Pflegefachkraft oder der MD beteiligt wird, nicht innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang entschieden werden, muss die Pflegekasse dies der pflegebedürftigen Person unter Darlegung eines hinreichenden Grunds rechtzeitig vor Ablauf der Frist schriftlich mitteilen. Dabei kann die Pflegekasse nicht Gründe anführen, die in ihrem Verantwortungsbereich liegen wie beispielsweise Organisationsmängel oder Arbeitsüberlastung von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen. Bei nicht rechtzeitiger Leistungsentscheidung innerhalb der jeweiligen Fristen und fehlender Mitteilung eines hinreichenden Grundes für die Verzögerung durch die Pflegekasse gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt (Genehmigungsfiktion). Für Pflegehilfsmittel erfolgt die Genehmigung im Rahmen des Sach- bzw. Dienstleistungsanspruchs. Bei wohnumfeldverbessernden Maßnahmen gilt der Zuschuss von bis zu 4.180,00 Euro als genehmigt.

Bei der Vorschrift in § 40 Abs. 7 Satz 2 SGB XI handelt es sich folglich um eine Regelung, die eine Sanktionsmöglichkeit der Pflegebedürftigen gegen die Pflegekassen darstellt, die nicht in einem vom Gesetzgeber als angemessen erwogenen Zeitraum über den Leistungsantrag entscheiden oder die Pflegebedürftigen nicht, nicht rechtzeitig oder unzureichend über die Hinderungsgründe der Leistungsentscheidung informiert haben.

9.2 Antrag

Für die Anwendung des § 40 Abs. 7 SGB XI bedarf es nach Satz 1 zunächst eines Leistungsantrags der pflegebedürftigen Personen an ihre Pflegekasse. Antragsberechtigt ist die versicherte Person bzw. eine von ihr bevollmächtigte Person, ihr Betreuer/ihre Betreuerin oder ein gesetzlicher Vertreter/eine gesetzliche Vertreterin. Als Antrag gilt auch die der Pflegekasse mit Einwilligung der versicherten Person zugehende Information von Dritten nach § 7 Abs. 2 SGB XI (vgl. § 20 SGB X), sofern die versicherte Person später nichts Gegenteiliges erklärt (vgl. Erläuterungen zu § 33 SGB XI). Versichertenseitige Kontaktaufnahmen mit dem Ziel, sich ge-

mäß § 14 SGB I zunächst über Rechte und Pflichten nach dem SGB XI (z. B. über Pflegehilfsmittel und Zuschüssen zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen) von der Pflegekasse beraten zu lassen, sind nicht als Antrag zu werten. Allerdings kann sich aus einer Beratung ergeben, dass die Leistungsberechtigten einen Antrag stellen.

Die Regelung des § 16 Abs. 2 Satz 2 SGB I, wonach in Fällen, in denen die Sozialleistung von einem Antrag abhängig ist, ein Antrag auch zu dem Zeitpunkt als gestellt gilt, in dem er bei einer unzuständigen Stelle eingegangen ist, findet in Bezug auf den Beginn der Fristen nach § 40 Abs. 6 SGB XI keine Anwendung, da es im Rahmen dieser Vorschrift um den Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse und deren Fristenregime geht.

9.3 Antragstellung ohne Vorliegen von Pflegebedürftigkeit

Wird ein Antrag auf wohnumfeldverbessernde Maßnahmen oder Pflegehilfsmittel gestellt, ohne dass eine Pflegebedürftigkeit bereits festgestellt wurde, ist wie folgt vorzugehen:

- Ablehnung des Antrags wegen fehlender Pflegebedürftigkeit.
- Unabhängig von der Ablehnung des Antrags ist die versicherte Person über die Erforderlichkeit eines Antrags auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit zu beraten.
- Wenn im Rahmen der Begutachtung Empfehlungen auf wohnumfeldverbessernde Maßnahmen oder Pflegehilfsmittel gegeben werden, gilt dies als Antrag

9.4 Beteiligung einer Pflegefachkraft oder des Medizinischen Dienstes

Hält die Pflegekasse die Stellungnahme einer Pflegefachkraft oder eine gutachtliche Stellungnahme des MD für erforderlich, hat sie diese unverzüglich – also ohne schuldhaftes Zögern (vgl. § 121 Abs. 1 BGB) – einzuholen und informiert die pflegebedürftige Person, damit diese rechtzeitig weiß, welche Frist für sie gilt. Für die Unterrichtung der versicherten Person ist keine bestimmte Form vorgesehen. Die Unterrichtung kann daher auch mündlich erfolgen. Zu empfehlen ist jedoch auch in diesen Fällen allein aus Gründen der Nachweisbarkeit eine Mitteilung in schriftlicher Form, um zu vermeiden, dass die beantragte Leistung als genehmigt gilt.

Die Pflegefachkraft oder der MD sollten im Hinblick auf die für die Pflegekasse bestehende Verpflichtung zur zügigen Leistungsentscheidung in Analogie zum Verfahren nach § 13 Abs. 3a SGB V innerhalb von drei Wochen eine Stellungnahme zum Leistungsantrag abgeben, so dass der Pflegekasse noch ausreichend Zeit für die Bewertung und Entscheidung verbleibt. Die Pflegefachkraft bzw. der MD sind unter Angabe der Frist unverzüglich zu beauftragen.

9.5 Hinreichender Grund

9.5.1 Mitteilung eines hinreichenden Grundes

Kann die Pflegekasse nicht innerhalb der jeweils maßgebenden Frist von drei bzw. fünf Wochen nach Antragseingang eine Leistungsentscheidung treffen, muss die Pflegekasse dies der pflegebedürftigen Person unter Darlegung der Gründe innerhalb der Frist schriftlich mitteilen. Die angeordnete Schriftform kann jedoch durch die elektronische Form ersetzt werden, wenn die versicherte Person für die Übermittlung elektronischer Dokumente einen Zugang eröffnet hat (vgl. § 36a Absatz 1 und Abs. 2 Satz 1 SGB I). Dazu muss sie neben der Mitteilung der E-

Mail-Adresse ihre Bereitschaft zum Empfang von rechtlich verbindlichen Erklärungen gegenüber der Pflegekasse ausdrücklich erklärt haben. Zudem ist das von der Pflegekasse zu übermittelnde elektronische Dokument mit einer qualifizierten elektronischen Signatur nach dem Signaturgesetz zu versehen (vgl. § 36a Abs. 2 Satz 2 SGB I), so dass eine einfache E-Mail nicht ausreichend ist. Denkbar ist auch eine Informationsübermittlung per Telefax.

Rechtzeitig liegt die Information vor, wenn sie der pflegebedürftigen Person spätestens am letzten Tag der jeweils maßgebenden Frist zugegangen ist. Für die fristgerechte Mitteilung eines hinreichenden Grundes ist der Zeitpunkt der Bekanntgabe – wie im Falle der Entscheidung durch einen bekanntzugebenden Verwaltungsakt - gegenüber den Antragstellenden und nicht der der pflegekasseninternen Entscheidung über die Information maßgeblich.

9.5.2 Definition hinreichender Grund

Das Gesetz definiert den Begriff des „hinreichenden Grundes“ nicht näher. Damit die Pflegekasse ihrer Pflicht zur zügigen Leistungsentscheidung nachkommen können, sind umgekehrt pflegebedürftige Personen oder Dritte (z. B. Leistungserbringer) zur Mitwirkung angehalten. Hinreichende Gründe für eine verzögerte Leistungsentscheidung können danach insbesondere sein,

- fehlende oder ergänzungsbedürftige Angaben von Tatsachen durch pflegebedürftige Personen oder Dritte (z. B. Leistungserbringer), die für die Leistungsentscheidung erheblich sind (z. B. in Form von fehlenden aussagekräftigen Unterlagen des Leistungserbringers),

- die fehlende oder mangelhafte Mitwirkung der pflegebedürftigen Personen bei erforderlicher körperlicher Befunderhebung durch den Gutachter bzw. durch die Gutachterin (z. B. wenn die eingereichten Unterlagen nicht aussagekräftig sind),

- Verzögerungen, die bei notwendiger Mitwirkung der pflegebedürftigen Personen von ihnen zu verantworten sind (z. B. angebotene frühzeitige Termine für die Begutachtung des Wohnumfeldes durch die Pflegefachkraft oder den MD können von den versicherten Personen nicht wahrgenommen werden),

- die fehlende Zustimmung der pflegebedürftigen Personen zur Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte auf Verlangen der Pflegekasse.

Um hinreichende Gründe für eine Überschreitung der jeweils maßgeblichen Frist handelt es sich dann, wenn die für eine Leistungsentscheidung notwendigen Informationen/Tatsachen nicht so rechtzeitig vorliegen oder gewonnen werden (können), dass die Pflegekasse eine Leistungsentscheidung noch bis zum Ablauf der jeweils maßgeblichen Frist – ggf. unter Berücksichtigung der Beteiligung einer Pflegefachkraft oder des MD – treffen und den leistungsberechtigten Personen zugehen lassen kann. Damit ist nicht bereits jede Anforderung von Angaben oder Unterlagen gegenüber den leistungsberechtigten Personen oder Dritten ein hinreichender Grund. Hat die Pflegekasse eine Pflegefachkraft oder den MD beauftragt, eine Stellungnahme zu dem jeweiligen Leistungsantrag zu erstellen und können die Pflegefachkraft oder der Gutachter bzw. die Gutachterin des MD auf Grund fehlender oder mangelhafter Mitwirkung der leistungsberechtigten Person oder von Dritten die Stellungnahme nicht so rechtzeitig erstellen, dass die Pflegekasse noch innerhalb der Frist von fünf Wochen eine Leistungsentscheidung treffen und den leistungsberechtigten Personen zugehen lassen kann, haben die Pflegefachkraft bzw. die Gutachterinnen bzw. der Gutachter die Pflegekasse hierüber un-

verzüglich (ohne schuldhaftes Zögern) zu informieren. Damit kann die Pflegekasse die leistungsberechtigten Personen rechtzeitig über den hinreichenden Grund für eine verzögerte Leistungsentscheidung schriftlich informieren.

Gründe, die hingegen in den Verantwortungsbereich der Pflegekasse fallen wie z. B. Organisationsmängel oder Arbeitsüberlastung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, sind nicht hinreichend. Dies gilt gleichermaßen für Gründe, die in den Verantwortungsbereich der Pflegefachkraft oder des MD bzw. der Gutachterin oder des Gutachters fallen. Daher müssen sowohl Pflegekassen als auch die jeweilige Pflegefachkraft oder der jeweilige MD bzw. die Gutachterin oder der Gutachter alle in ihren jeweiligen Verantwortungsbereich fallenden Maßnahmen ergreifen, damit eine Leistungsentscheidung zügig, spätestens jedoch innerhalb der Frist von drei bzw. 5 Wochen erfolgen kann. Die Pflegekassen haben daher unter Berücksichtigung der sehr engen Fristen unverzüglich

- eingehende Leistungsanträge auf ihre Vollständigkeit zu überprüfen,
- die Erforderlichkeit einer Beteiligung durch eine Pflegefachkraft oder den MD – ggf. gemeinsam mit der Pflegefachkraft bzw. dem MD – zu klären und ggf. eine Stellungnahme in Auftrag zu geben sowie

- ggf. die für eine Leistungsentscheidung bzw. eine in diesem Zusammenhang notwendigen Informationen/Tatsachen abzufordern - soweit nicht die Pflegefachkraft oder der MD die Einholung von Informationen/Tatsachen übernommen hat; für diesen Fall hat die Pflegefachkraft oder der MD die Informationen/Tatsachen unverzüglich abzufordern – und die eingegangenen Informationen/Tatsachen an den MD zu übermitteln**.**

Unvorhersehbare Ereignisse, wie z. B. das Auftreten einer Epidemie bzw. Pandemie (z. B. Coronavirus/COVID-19) können unter Umständen einen hinreichenden Grund gemäß § 40 Abs. 7 Satz 2 SGB XI darstellen, da diese nicht dem Verantwortungsbereich der Pflegekasse zugerechnet werden können. Ein hinreichender Grund kann allerdings in diesem Kontext erst dann angenommen werden, wenn die Pflegekasse alle erdenklichen organisatorischen, personellen und technischen Maßnahmen ergriffen haben, um eine zeitnahe Leistungsentscheidung über die von der Genehmigungspflicht umfassten Leistungen für die Versicherten sicherzustellen. Zu diesen Maßnahmen können neben einer Nutzung der vorhandenen Digitalisierungsverfahren, insbesondere auch innerbetriebliche organisatorische Maßnahmen wie z. B. die Arbeitsverlagerung an andere Standorte oder die Einbeziehung fachfremder Arbeitsbereiche gehören. Sollten auch die Pflegefachkraft oder der MD – trotz aller ergriffen Maßnahmen - aufgrund einer Epidemie bzw. Pandemie nicht mehr in ausreichendem Maße handlungsfähig sein, kann auch dies einen hinreichenden Grund im Sinne des § 40 Abs. 7 Satz 2 SGB XI darstellen.

9.6. Taggenaue Fristverlängerung (Prognose)

Damit die leistungsberechtigten Personen problemlos und eindeutig erkennen können, wann die Fiktion der Genehmigung eintritt, ist es notwendig, dass die Pflegekasse eine taggenaue Verlängerung der Frist vornimmt. Die Pflegekasse kann hierfür den konkreten Verlängerungszeitraum angeben, so dass das Ende der Fristverlängerung von den antragstellenden Personen selbst berechnet werden kann (z. B. „in zwei Wochen“ oder „in 14 Tagen“) oder sie bestimmt das Fristende kalendarisch (z. B. „bis zum TT.MM.JJJJ“). Die Pflegekasse sollte sich bei der Festlegung der taggenau anzugebenen Dauer des Bestehens eines hinreichenden Grundes an den Zeiträumen orientieren, die

- bis zum Wegfall eines hinreichenden Grundes - ggf. unter Berücksichtigung der typischerweise bestehenden regionalen Erfahrungswerte/Rahmenbedingungen - zu erwarten bzw. vorgesehen sind und
- bis zum Vorliegen einer ggf. einzuholenden Stellungnahme einer Pflegefachkraft oder des MD sowie

- für die zu treffende Leistungsentscheidung und Zustellung des Verwaltungsaktes benötigt werden.

Im Falle des Vorliegens eines hinreichenden Grundes wegen des Eintretens unvorhersehbarer Ereignisse sollte sich die Bestimmung des Zeitraumes an Erfahrungswerten bzw. an dann aktuellen Rahmenbedingungen orientieren.

Die Mitteilung über die Fristverlängerung hat schriftlich zu erfolgen, eine (fern-) mündliche Information ist nicht ausreichend. Zu favorisieren ist die schriftliche Mitteilung in Form eines kalendarischen Endes der verlängerten Frist, da dies zum einen eine eindeutige und verbindliche Information für die pflegebedürftigen Personen darstellt und zum anderen der Pflegekasse die weitere Bearbeitung des Leistungsantrages erleichtert, da der weitere Bearbeitungsprozess an einem eindeutigen „Wiedervorlage-Datum“ ausgerichtet werden kann.

Stellt sich im weiteren Verlauf heraus, dass die erste sachlich gerechtfertigte Frist nicht ausreicht und sich somit als zu kurz erweist, kann die Pflegekasse fristgerecht zur Vermeidung der Genehmigungsfiktion der pflegebedürftigen Person die hinreichenden Gründe erneut mit einer taggenauen Prognose schriftlich mitteilen. Bei sachlich gerechtfertigter Notwendigkeit kann sich dieser Prozess ggf. mehrfach wiederholen.

Fällt der hinreichende Grund bereits eher - als prognostiziert - weg, führt dies nicht zu einer entsprechenden Fristverkürzung, da andernfalls die Pflegekasse die auf Grundlage einer Prognose festgelegte (verlängerte) Frist wieder berichtigen und die Versicherten/Bevollmächtigten erneut informieren müsste.

9.7. Fristenberechnung

Für die Berechnung der Fristen gelten die §§ 187 bis 193 BGB entsprechend (vgl. § 37 Satz 1 SGB I i. V. m. § 26 Abs. 1 SGB X). Da der Eingang des Antrags ein Ereignis im Sinne des § 187 Abs. 1 BGB darstellt, beginnt die Frist mit dem Tag, der auf den Tag des Antragseingangs folgt, und endet mit dem Ablauf desjenigen Tages der letzten Woche, welcher durch seine Benennung oder seine Zahl dem Tage entspricht, in den das Ereignis fällt (vgl. §§ 187 Abs. 1 und 188 Abs. 2 BGB). Fällt das Ende einer Frist auf einen Sonntag, einen gesetzlichen Feiertag oder einen Sonnabend, endet die Frist mit Ablauf des nächstfolgenden Werktages (vgl. § 26 Abs. 1 i. V. m. Abs. 3 Satz 1 SGB X).

Regelungen zur Unterbrechung der Frist, zur Hemmung oder zum Neubeginn der Frist sind sowohl in der allgemeinen Vorschrift des § 40 Abs. 6 SGB XI als auch in § 26 SGB X nicht vorgesehen und auch nicht nach den Vorschriften im BGB zur Verjährung (vgl. §§ 203 bis 213 BGB) zur Anwendung gelangen. Die Frist beginnt damit am Tag nach Zugang des Antrags und läuft ohne Unterbrechung oder Hemmung nach drei bzw. fünf Wochen ab.

Beispiel 1 - Entscheidungsfristen der Pflegekasse

Eingang des Antrags bei der Pflegekasse	am 06.03. (Dienstag/Ereignistag)

Ergebnis:

Fristbeginn	am 07.03. (Mittwoch)
Fristende bei einer Frist von	
drei Wochen	am 27.03. (Dienstag)
fünf Wochen	am 10.04. (Dienstag)

Die Leistungsentscheidung der Pflegekasse oder ein hinreichender Grund für die Verzögerung muss der oder dem Versicherten somit spätestens bis zum jeweils maßgeblichen Fristende zugegangen sein.

Beispiel 2 - Beginn der Entscheidungsfristen der Pflegekasse

Einwurf des Antrags bei der Pflegekasse (Briefkasten)	am 11.03. (Sonntag)
Gilt als zugegangen	am 12.03. (Montag/Ereignistag)

Ergebnis:

Fristbeginn	am 13.03. (Dienstag)
Fristende bei einer Frist von	
drei Wochen	am 02.04 (Montag)
fünf Wochen	am 16.04. (Montag)

Die Leistungsentscheidung der Pflegekasse oder ein hinreichender Grund für die Verzögerung muss der oder dem Versicherten somit spätestens bis zum jeweils maßgeblichen Fristende zugegangen sein.

Beispiel 3 - Entscheidungsfristen der Pflegekasse mit Fristverlängerung wegen Wochenend-/Feiertagsregelung

Eingang des Antrags bei der Pflegekasse	am 09.03. (Freitag)

Der 30.03. ist Karfreitag, der 31.03. ist ein Samstag, der 01.04. ist ein Sonntag (Ostersonntag) und der 02.04. fällt auf einen Montag (Ostermontag).

Ergebnis:

Fristbeginn	am 10.03. (Samstag)
Fristende bei einer Frist von	
drei Wochen	am 30.03. (Freitag)
fünf Wochen	am 13.04. (Freitag)

Da das Ende der Drei-Wochen-Frist auf einen Feiertag fällt, verlängert sich die Frist gemäß § 193 BGB auf den nächstfolgenden Werktag. Das Fristende fällt somit bei einer Frist von
drei Wochen auf den 03.04. (Dienstag)

Der 31.03. ist ein Samstag, der 01. und 02.04. sind Feiertage. Das Fristende fällt somit bei einer Frist von fünf Wochen
auf den 13.04. (Freitag)

Beispiel 4 - Fristen bei Beteiligungen von Pflegefachkraft oder MD

	am 02.03. (Freitag)
Eingang des Antrags bei der Pflegekasse	
Auftragseingang beim MD	am 07.03. (Mittwoch/Ereignistag)

Ergebnis:

Fristbeginn	am 03.03. (Samstag)
Fristende bei einer Frist von	
drei Wochen	am 23.03. (Freitag)
fünf Wochen	am 06.04. (Freitag)

Die Leistungsentscheidung der Pflegekasse oder ein hinreichender Grund für die Verzögerung muss der leistungsberechtigten Person somit spätestens bis zum jeweils maßgeblichen Fristende zugegangen sein.

Die Frist für die Stellungnahme der Pflegefachkraft oder des MD beginnt am 08.03. (Donnerstag), also am Tag nach dem Eingang des Auftrags bei der Pflegefachkraft oder beim MD und endet am Mittwoch, dem 28.03. bei einer Frist von drei Wochen,

Die gutachtliche Stellungnahme muss spätestens bis zum 28.03. bei einer Frist von drei Wochen bei der Pflegekasse eingegangen sein. Die Leistungsentscheidung der Pflegekasse oder ein hinreichender Grund für die Verzögerung muss der oder dem Leistungsberechtigten spätestens am 06.04. (Freitag) innerhalb der 5-Wochen-Frist, vorliegen.

Beispiel 5 – Taggenaue Prognose (Fortsetzung von Beispiel 4)

	am 07.03. (Mittwoch/Ereignistag)
Auftragseingang bei der Pflegefachkraft/MD	
Fristbeginn	am 08.03. (Donnerstag)
Fristende bei einer Frist von drei Wochen	am 28.03. (Mittwoch)

Die Pflegefachkraft oder der MD teilen der Pflegekasse am 13.03. (Dienstag) mit, dass weitere Unterlagen von der Behandlerin oder vom Behandler anzufordern sind (hinreichender Grund). Die Pflegekasse fordert diese am 15.03. (Donnerstag) an und teilt der Versicherten oder dem Versicherten dies am selben Tag mit. Sie stellt unter der Annahme, dass die Unterlagen bis zum 02.04. bei der Pflegefachkraft oder dem MD eingehen, die taggenaue Prognose, dass mit einer Entscheidung zu rechnen ist bis zum 15.04. (Dienstag).

Ergebnis:

Die Pflegekasse hat die oder den Versicherten über die Leistungsentscheidung bis zum 15.04. zu informieren. Sollten die angeforderten Unterlagen nicht oder später als angenommen bei der Pflegefachkraft oder dem MD eingehen und ist mit einer fristgemäßen Entscheidung nicht mehr zu rechnen, so hat die Pflegekasse der oder dem Versicherten vor dem Ende der ersten Prognose (15.04.) rechtzeitig über den fortbestehenden hinreichenden Grund zu informieren und eine erneute taggenaue Prognose mitzuteilen.

9.8. Genehmigungsfiktion

Voraussetzungen für das Eintreten der Genehmigungsfiktion sind nach § 40 Abs. 7 Satz 4 SGB XI und der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (vgl. BSG vom 27.08.2019, B 1 KR 1/19 R zur analogen Regelung in § 13 Abs. 3a SGB V)

1. ein hinreichend bestimmter Antrag der oder des Versicherten, der auf eine grundsätzlich in den
   Anwendungsbereich des § 40 Abs. 7 SGB XI fallende Leistung gerichtet ist, die diese subjektiv für erforderlich halten durften und nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der Pflegeversicherung liegt, sowie

2. das Versäumnis der Pflegekasse, rechtzeitig innerhalb der maßgeblichen Fristen eine Leistungsentscheidung zu treffen, ohne die Antragstellenden hierfür jeweils vor Fristablauf einen hinreichenden Grund und eine taggenau bestimmte Fristverlängerung schriftlich mitzuteilen.

Sind die genannten Voraussetzungen für den Eintritt der Genehmigungsfiktion erfüllt, gilt die beantragte Leistung als genehmigt (vgl. § 40 Abs. 7, Satz 4 SGB XI).

Ist die beantragte Leistung grundsätzlich vom Leistungskatalog der sozialen Pflegeversicherung umfasst, erwächst den pflegebedürftigen Personen aus der fingierten Genehmigung ein eigenständig durchsetzbarer Anspruch gegen die Pflegekasse auf eine Versorgung mit der Leistung als Sach- oder Dienstleistung (Naturalleistungsanspruch) oder im Fall des Zuschus-

ses zu Maßnahmen der Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes, sofern sie die Leistung für erforderlich halten durften und deren Inanspruchnahme nicht als rechtsmissbräuchlich anzusehen war.

Nach der aktuellen Rechtsprechung des BSG zur Genehmigungsfiktion nach dem Recht der Krankenversicherung, hat die Genehmigungsfiktion nicht die Qualität eines Verwaltungsaktes (vgl. BSG vom 26.05.2020, B 1 KR 9/18 R und vom 18.06.2020, B 3 KR 14/18 R). Daraus wird abgeleitet, dass mit dem Eintritt der Genehmigungsfiktion das dadurch in Gang gesetzte Verwaltungsverfahren nicht abgeschlossen wird. Die Pflegekasse ist somit weiterhin berechtigt und verpflichtet, über den Leistungsantrag zu entscheiden und damit das laufende Verwaltungsverfahren abzuschließen.

§ 40a SGB XI
Digitale Pflegeanwendungen

(1) Pflegebedürftige haben Anspruch auf Versorgung mit Anwendungen, die wesentlich auf digitalen Technologien beruhen und von den Pflegebedürftigen oder in der Interaktion von Pflegebedürftigen mit Angehörigen, sonstigen ehrenamtlichen Pflegenden oder zugelassenene ambulanten Pflegeeinrichtungen genutzt werden, um Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen zu mindern oder einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken, soweit die Anwendung nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten ist (digitale Pflegeanwendung).

(1a) Digitale Pflegeanwendungen im Sinne des Absatzes 1 sind auch solche Anwendungen, die pflegende Angehörige oder sonstige ehrenamtlich Pflegende in den in § 14 Absatz 2 genannten Bereichen oder bei der Haushaltsführung unterstützen und die häusliche Versorgungssituation des Pflegebedürftigen stabilisieren. Keine digitalen Pflegeanwendungen im Sinne des Absatzes 1 sind insbesondere Anwendungen, deren Zweck dem allgemeinen Lebensbedarf oder der allgemeinen Lebensführung dient, sowie Anwendungen zur Arbeitsorganisation von ambulanten Pflegeeinrichtungen, zur Wissensvermittlung, Information oder Kommunikation, zur Beantragung oder Verwaltung von Leistungen oder andere digitale Anwendungen, die ausschließlich auf Auskunft oder Beratung zur Auswahl und Inanspruchnahme von Sozialleistungen oder sonstigen Hilfsangeboten ausgerichtet sind.

(1b) Sofern digitale Pflegeanwendungen nach den geltenden medizinprodukterechtlichen Vorschriften Medizinprodukte sind, umfasst der Anspruch nur digitale Pflegeanwendungen, die nach § 33a Absatz 2 des Fünften Buches Medizinprodukte mit niedriger Risikoklasse sind.

(2) Der Anspruch umfasst nur digitalen Pflegeanwendungen, die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen nach § 78a Absatz 3 aufgenommen sind. Die Pflegekasse entscheidet auf Antrag des Pflegebedürftigen über die Notwendigkeit der Versorgung des Pflegebedürftigen mit einer digitalen Pflegeanwendung. Die erstmalige Bewilligung ist zu befristen. Die Befristung darf höchstens sechs Monate betragen. Innerhalb der Frist hat die Pflegekasse eine Prüfung vorzunehmen und eine unbefristete Bewilligung zu erteilen, wenn die Prüfung ergibt, dass die digitale Pflegeanwendung genutzt und die Zwecksetzung der Versorgung mit der digitalen Pflegeanwendung gemäß Absatz 1 erreicht wird. Die Pflegekasse darf dazu die pflegebedürftige Person befragen. Ein erneuter Antrag ist in diesem Fall nicht erforderlich. Entscheiden sich Pflegebedürftige für eine digitale Pflegeanwendung, deren Funktion oder Anwendungsbereiche über die in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen nach § 78a Absatz 3 aufgenommenen digitalen Pflegeanwendungen hinausgehen, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen.

(3) Ansprüche nach anderen Vorschriften dieses Buches bleiben unberührt.

(4) Die Hersteller stellen den Anspruchsberechtigten digitale Pflegeanwendungen barrierefrei im Wege elektronischer Übertragung über öffentlich zugängliche Netze, auf maschinell lesbaren Datenträgern oder über digitale Vetriebsplattformen zur Verfügung.

1. Allgemeines

Digitale Pflegeanwendungen können in der Häuslichkeit die Pflege sowie die pflegerische Betreuung unterstützen. Digitale Pflegeanwendungen bestehen in vorrangig software- oder webbasierten Versorgungsangeboten, die anleitend begleiten, um Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten der pflegebedürftigen Person zu mindern oder einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken.

Die digitale Pflegeanwendung ist ein rein digitaler Helfer auf eigenen, mobilen Endgeräten oder als browserbasierte Webanwendung, die über öffentlich zugängliche Netze, auf maschinell lesbaren Datenträgern oder über digitale Vertriebsplattformen zur Verfügung gestellt wird. Da digitale Pflegeanwendungen wesentlich auf digitalen Technologien beruhen, sind umfangreiche Hardwareausstattungen von dem Anspruch nach § 40a SGB XI ausgeschlossen. Auch weitere Kosten, die im Zusammenhang mit der Nutzung digitaler Anwendungen stehen, beispielsweise Vertragsgebühren für Endgeräte und Internetzugänge, sind nicht erstattungsfähig.

Für die Inanspruchnahme digitaler Pflegeanwendungen und ergänzender Unterstützungsleitungen steht der pflegebedürftigen Person ein Anspruch auf bis zur Höhe von insgesamt 53,00 Euro im Kalendermonat zu. Der Anspruch besteht für einen vollen Kalendermonat. Unerheblich ist der Kalendertag des Vertragsschlusses mit dem Hersteller.

2. Anspruchsberechtigung und Anspruchsvoraussetzung

Pflegebedürftige Personen der Pflegegrade 1 bis 5 haben einen Anspruch auf Versorgung mit einer digitalen Pflegeanwendung, sofern die Notwendigkeit der Versorgung mit einer digitalen Pflegeanwendung besteht. Im Übrigen bleiben Leistungsansprüche der pflegedürftigen Person nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch unberührt. Der Anspruch auf digitale Pflegeanwendungen umfasst nur solche, die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen nach § 78a Abs. 3 SGB XI aufgenommen wurden.

Der Anspruch auf die Erstattung von Aufwendungen für digitale Pflegeanwendungen bedingt eine vorherige Antragstellung und Bewilligung durch die Pflegekasse.

3. Leistungsentscheidung

Die Pflegekasse entscheidet auf Antrag der pflegebedürftigen Person über die Notwendigkeit der Versorgung der pflegebedürftigen Person mit einer digitalen Pflegeanwendung. Die Pflegekasse hat die erstmalige Bewilligung des Antrages auf Nutzung einer digitalen Pflegeanwendung zu befristen. Die Befristung darf höchstens sechs Monate betragen. Die Pflegekasse hat innerhalb der Frist eine Prüfung vorzunehmen und eine unbefristete Bewilligung zu erteilen, wenn die Prüfung ergibt, dass die digitale Pflegeanwendung genutzt und die Zwecksetzung der Versorgung mit der digitalen Pflegeanwendung bezogen auf die Versorgungssituation der pflegebedürftigen Person erreicht wird. Ein gesonderter Antrag der pflegebedürftigen Person ist in diesem Fall nicht erforderlich. Die Pflegekasse darf die pflegebedürftige Person zur bisherigen Nutzung befragen und klären, ob die digitale Pflegeanwendung weiterhin genutzt werden soll. Die hierbei erhobenen Daten dürfen von der Pflegekasse nach § 94 Abs. 1 Nummer 3 SGB XI verarbeitet werden. Um eine unbürokratische Weiternutzung der digitalen

Pflegeanwendung sicherzustellen, hat die pflegebedürftige Person ein Wahlrecht zur Form bzw. dem Kommunikationsweg bei der Befragung. Auf Wunsch der betroffenen Person soll die Befragung telefonisch durchgeführt werden.

Die Pflegekasse informiert die pflegebedürftige Person mittels Bescheid über die befristete Bewilligung einer Versorgung mit der beantragten digitalen Pflegeanwendung und ggf. ergänzenden Unterstützungsleistung.

Die pflegebedürftige Person ist zudem auf das Wahlrecht des Kommunikationswegs (schriftlich oder telefonisch) hinsichtlich der Befragung für eine Bewilligung einer unbefristeten Inanspruchnahme der beantragten digitalen Pflegeanwendung hinzuweisen. Sofern die Nutzung der digitalen Pflegeanwendung nach Ablauf der erstmaligen Befristung und nach entsprechender Prüfung unbefristet bewilligt und somit auch die Nutzung der ergänzenden Unterstützungsleistung unbefristet möglich wird, informiert die Pflegekasse die pflegebedürftige Person entsprechend.

Sofern die Pflegekasse mangels schriftlicher Rückmeldung bzw. telefonischer Erreichbarkeit der pflegebedürftigen Person nicht prüfen kann, ob die digitale Pflegeanwendung genutzt und die Zwecksetzung der Versorgung mit der digitalen Pflegeanwendung erreicht wird, endet der Bewilligungszeitraum mit Ablauf der Befristung. Sofern die pflegebedürftige Person dieselbe digitale Pflegeanwendung erneut nutzen möchte, bedarf es eines neuen Antrages. In diesem Fall entscheidet die Pflegekasse im Einzelfall, ob die Inanspruchnahme der digitalen Pflegeanwendung erneut befristet wird. Bei der Entscheidung sind beispielsweise der zeitliche Abstand zwischen dem Ablauf des Nutzungszeitraumes und der neuen Antragstellung zur Nutzung derselben digitalen Pflegeanwendung sowie Gründe für die erfolglose Befragung zu berücksichtigen.

Enthält eine modular aufgebaute digitale Pflegeanwendung weitere Leistungsbestandteile, die nicht im Rahmen des Verfahrens beim BfArM geprüft und gelistet wurden, können die dafür anfallenden Mehrkosten der pflegebedürftigen Person von der Pflegekasse nicht erstattet werden.

4. Inanspruchnahme

Die Inanspruchnahme einer digitalen Pflegeanwendung ist bei der zuständigen Pflegekasse zu beantragen. Bewilligt die Pflegekasse den Antrag auf Versorgung mit einer digitalen Pflegeanwendung, hat die pflegebedürftige Person Anspruch auf die Erstattung von Aufwendungen für die beantragte digitale Pflegeanwendung. Der Anspruch auf Erstattung besteht in Höhe des vereinbarten Vergütungsbetrages, maximal bis zur Höhe des monatlichen Leistungsanspruches von 53,00 Euro. Die Erstattung erfolgt ab Listung des Vergütungsbetrages im Verzeichnis des BfArM.

Der Hersteller hat der pflegebedürftigen Person die digitale Pflegeanwendung im Wege der elektronischen Übertragung über öffentlich zugängliche Netze, auf maschinell lesbaren Datenträgern oder über digitale Vertriebsplattformen zur Verfügung zu stellen.

Im Zusammenhang mit der Versorgung einer digitalen Pflegeanwendung können gegebenenfalls ergänzende Unterstützungsleistungen durch zugelassene ambulante Pflegeeinrichtungen erforderlich sein. (Näheres siehe § 39a SGB XI).

§ 40b SGB XI
Leistungsanspruch beim Einsatz digitaler Pflegeanwendungen

(1) Bewilligt die Pflegekasse die Versorgung mit einer digitalen Pflegeanwendung, hat die pflegebedürftige Person Anspruch auf die Erstattung von Aufwendungen für digitale Pflegeanwendungen nach § 40a sowie auf Leistungen für die Inanspruchnahme von ergänzenden Unterstützungsleistungen ambulanter Pflegeeinrichtungen nach § 39a bis zur Höhe von insgesamt 53 Euro im Monat.

(2) Die Pflegekasse informiert den Pflegebedürftigen barrierefrei in schriftlicher oder elektronischer Form über die Kosten, die von ihm für die digitale Pflegeanwendung, einschließlich der Mehrkosten nach § 40a Absatz 2 Satz 8, selbst zu tragen sind, und über die Kosten, die von ihm für ergänzende Unterstützungsleistungen selbst zu tragen sind.

1. Leistungsumfang und Zahlung

Pflegebedürftige haben einen Anspruch auf digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen bis zu einer Höhe von insgesamt 53 Euro im Monat. Der Anspruch besteht für einen vollen Kalendermonat. Unerheblich ist der Kalendertag des Vertragsschlusses mit dem Hersteller.

Die Erstattung der Ausgaben für digitale Pflegeanwendungen erfolgt im Wege der Kostenerstattung nach vorherigem Antrag und Nachweis entsprechender Aufwendungen. Die erstmalige Bewilligung eines Antrages ist zu befristen. Die Befristung darf höchstens sechs Monate betragen. Nach entsprechender Prüfung (siehe § 40 Absatz 2 Satz 5 bis 7 SGB XI) hat die Pflegekasse eine unbefristete Bewilligung zu erteilen.

Für die Inanspruchnahme ergänzender Unterstützungsleistungen gilt das Sachleistungsprinzip. Die Auszahlung an die pflegebedürftige Person (Leistung für digitale Pflegeanwendung) oder an die zugelassene ambulante Pflegeeinrichtung (Leistung für ergänzende Unterstützungsleistung) erfolgt in der Reihenfolge der Geltendmachung des Anspruchs.

Im Rahmen des Leistungsbescheides der Pflegekasse nach § 40a SGB XI über die Bewilligung einer Versorgung mit der beantragten digitalen Pflegeanwendung und über die ggf. erforderliche Versorgung mit einer ergänzenden Unterstützungsleistung informiert die Pflegekasse auch über die Höhe des monatlichen Leistungsanspruchs und den Vergütungsbetrag der beantragten digitalen Pflegeanwendung, sofern dieser zum Zeitpunkt der Antragsbearbeitung bereits vereinbart ist sowie über selbst zu tragende Mehrkosten für digitale Pflegeanwendungen nach § 40a Abs. 2 Satz 8 SGB XI und ergänzende Unterstützungsleistungen. Sofern bereits andere digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen bewilligt wurden, informiert die Pflegekasse die pflegebedürftige Person über die jeweiligen Vergütungsbeträge der digitalen Pflegeanwendungen und weist darauf hin, dass selbst zu tragende Mehrkosten entstehen, sofern der monatliche Leistungsanspruch von insgesamt 53,00 Euro überschritten wird.

§ 41 SGB XI
Tagespflege und Nachtpflege

(1) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 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 einschließlich der Aufwendungen für 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 des Pflegegrades 2 einen Gesamtwert bis zu 721 Euro,
2. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 einen Gesamtwert bis zu 1 357 Euro,
3. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 einen Gesamtwert bis zu 1 685 Euro,
4. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 einen Gesamtwert bis zu 2 085 Euro,

(3) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 können teilstationäre Tages- und Nachtpflege zusätzlich zu ambulanten Pflegesachleistungen, Pflegegeld oder der Kombinationsleistung nach § 38 in Anspruch nehmen, ohne dass eine Anrechnung auf diese Ansprüche erfolgt.

1. Allgemeines

Kann die häusliche Pflege einer pflegebedürftigen Person des Pflegegrades 2 bis 5 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 der pflegebedürftigen Person.

Insoweit soll die Tages- und Nachtpflege die Leistungen der häuslichen Pflege ergänzen und diese dauerhaft sichern. Die Leistungen kommen insbesondere für pflegebedürftige Personen 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.

Pflegebedürftige Personen des Pflegegrades 1 können den ihnen zustehenden Entlastungsbetrag nach § 45b Absatz 1 SGB XI im Wege der Kostenerstattung für Leistungen der Tages- und Nachtpflege einsetzen.

2. Leistungsinhalt

Inhalt der allgemeinen Pflegeleistungen sind die im Einzelfall erforderlichen Hilfen in dem anerkannten Pflegegrad 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:

- körperbezogene Pflegemaßnahmen
- pflegerische Betreuungsmaßnahmen,
- medizinische Behandlungspflege.

Darüber hinaus haben pflegebedürftige Personen (Pflegegrad 1 bis 5) in teil- und vollstationären Einrichtungen einen individuellen Rechtsanspruch auf Maßnahmen der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung. Diese Leistung wird über einen gesonderten Zuschlag zur Pflegevergütung abgegolten (vgl. § 43b SGB XI).

3. Leistungsumfang

Der Gesamtwert der von der Pflegekasse zu erbringenden Leistung beträgt im Kalendermonat

- bei Pflegegrad 2: 721,00 Euro
- bei Pflegegrad 3: 1.357,00 Euro,
- bei Pflegegrad 4: 1.685,00 Euro,
- bei Pflegegrad 5: 2.085,00 Euro.

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 geschlossenen Pflegesatzvereinbarungen und werden bis zum jeweiligen Höchstbetrag nach § 41 Abs. 2 Satz 2 SGB XI berücksichtigt.

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. Die pflegebedürftige Person kann diese Leistungen in Anspruch nehmen, ohne dass eine gegenseitige Anrechnung mit den Leistungen der Tages- und Nachtpflege erfolgt.

Pflegebedürftige Personen können für Aufwendungen, die im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der Tages- und Nachtpflege entstehen, auch den Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI einsetzen (vgl. Ziffer 2 zu § 45b SGB XI).

Leistungen der Tages- und Nachtpflege können neben dem Anspruch auf Wohngruppenzuschlag nach § 38a SGB XI nur in Anspruch genommen werden, wenn durch eine Prüfung des MD nachgewiesen ist, dass die Pflege in der ambulant betreuten Wohngruppe ohne teilstationäre Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt ist (vgl. Ziffer 2.6 zu § 38a SGB XI).

4. Zusammentreffen von teilstationärer Tages- und Nachtpflege mit Zuschüssen zur stationären Hospizversorgung nach § 39a Abs. 1 SGB V

Versicherte Personen, die in ihrer letzten Lebensphase zur palliativ-medizinischen Versorgung und palliativ-pflegerischen Versorgung in ein teilstationäres Hospiz gemäß der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V 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. Bei Vorliegen der leistungsrechtlichen Voraussetzungen des § 41 SGB XI sowie des § 39a Abs. 1 SGB V sind vorrangig die Leistungen der Tages- und Nachtpflege nach § 41 SGB XI auszuschöpfen. Sind in dem von der Einrichtung berechneten Entgelt Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Aufwendungen für Investitionen enthalten, aber nicht gesondert ausgewiesen, sind im Rahmen der Tages- und Nachtpflege nach § 41 SGB XI 80 v. H. zuschussfähig.

Pflegebedürftige Personen der Pflegegrade 2 bis 5 können teilstationäre Tages- und Nachtpflege zusätzlich zu den ambulanten Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI, dem Pflegegeld nach § 37 SGB XI oder der Kombinationsleistung nach § 38 SGB XI in Anspruch nehmen, ohne dass eine Anrechnung auf diese Ansprüche erfolgt.

Beispiel 1

Die pflegegeldbeziehende Person des Pflegegrades 2 befindet sich vom 05.04. bis 28.04. in einem teilstationären Hospiz und verstirbt am 28.04. Der Aufnahme- und Entlasstag werden als je ein Tag bezuschusst (vgl. § 10 Abs. 7 der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V).

Teilstationärer Bedarfssatz des Hospizes	180,50 Euro
./. Eigenleistung des Hospizes (5 v. H.)	9,03 Euro
= zuschussfähiger Betrag	171,47 Euro

Das Hospiz ist zugleich als teilstationäre Pflegeeinrichtung zugelassen.

Die pflegebedingten Aufwendungen im Pflegegrad 2 betragen 130,00 Euro

Rechnung des Hospizes in Höhe von (vom 05.04. bis 28.04. = 24 Tage x 171,47 Euro)	4.115,28 Euro
Leistung der Pflegekasse nach § 41 SGB XI (vom 05.04. bis 28.04. = 24 Tage x 130,00 Euro)	3.120,00 Euro
begrenzt auf	721,00 Euro
Gesamtleistung der Pflegekasse	**721,00 Euro**
Leistung der Krankenkasse nach § 39a Abs. 1 SGB V (24 Tage x 171,47 Euro = 4.115,28 Euro – 721,00 Euro)	3.879,87 Euro

Für die Zeit im teilstationären Hospiz werden die Leistungen der Tages- und Nachtpflege nach § 41 SGB XI gewährt. Da keine Anrechnung auf das Pflegegeld erfolgt, wird dieses bis zum 28.04. in voller Höhe gezahlt.

Beispiel 2

Die pflegegeldbeziehende Person des Pflegegerades 2 befindet sich vom 28.04. bis 21.05. in einem teilstationären Hospiz zur Tagespflege. Sie verstirbt am 21.05. Der Aufnahme- und Entlasstag werden als je ein Tag bezuschusst (vgl. § 10 Abs. der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V).

Teilstationärer Bedarfssatz des Hospizes	180,50 Euro
./. Eigenleistung des Hospizes (5 v. H.)	9,03 Euro
= zuschussfähiger Betrag	171,47 Euro

Das Hospiz ist zugleich als teilstationäre Pflegeeinrichtung zugelassen. Die pflegebedingten Aufwendungen können aus dem Bedarfssatz nicht getrennt ausgewiesen werden. Daher werden die pflegebedingten Aufwendungen nach § 91 Abs. 2 SGB XI wie folgt berechnet:

(80 v. H. von 171,47 Euro)	137,18 Euro
Rechnung des Hospizes in Höhe von (24 Tage x 171,47 Euro)	4.115,28 Euro
Leistung der Pflegekasse nach § 41 SGB XI (vom 28.04. bis 30.04. = 3 Tage x 137,18 Euro)	411,54 Euro
Gesamtleistung der Pflegekasse	**411,54 Euro**
Leistung der Krankenkasse nach § 39a Abs. 1 SGB V (vom 28.04. bis 30.04. = 3Tage x 171,47 Euro = 514,41 – 411,54 Euro)	102,87 Euro
Leistung der Pflegekasse nach § 41 SGB XI (vom 01.05. bis 21.05. = 21 Tage x 137,18 Euro)	2.880,78 Euro
begrenzt auf	721,00 Euro

Gesamtleistung der Pflegekasse	**721,00 Euro**
Leistung der Krankenkasse nach § 39a Abs. 1 SGB V (vom 01.05. bis 21.05. = 21 Tage x 171,47 Euro = 3.600,87 Euro – 689,00 Euro)	2.911,87 Euro

Für die Zeit im teilstationären Hospiz werden die Leistungen der Tages- und Nachtpflege nach § 41 SGB XI gewährt. Es wird sowohl ein volles Pflegegeld für den Monat April als auch für den gesamten Monat Mai gewährt.

§ 42 SGB XI
Kurzzeitpflege

(1) Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 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 oder anderen Situationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist.*

(2) Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu dem Gesamtbetrag von 1.854 Euro im Kalenderjahr. Der Leistungsbetrag nach Satz 2 kann um bis zu 1.685 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Verhinderungspflege nach § 39 Absatz 1 Satz 3 auf insgesamt bis zu 3 539 Euro im Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Kurzzeitpflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Verhinderungspflege nach § 39 Absatz 1 Satz 3 angerechnet. Auf den in Satz 3 genannten Erhöhungsbetrag von bis zu 1 685 Euro findet § 30 Absatz 1 Satz 2 entsprechende Anwendung.

(3) Abweichend von den Absätzen 1 und 2 besteht der Anspruch auf Kurzzeitpflege in begründeten Einzelfällen bei zu Hause gepflegten Pflegebedürftigen auch in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen, wenn die Pflege in einer von den Pflegekassen zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich ist oder nicht zumutbar erscheint. § 34 Absatz 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 Kurzzeitpflege 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, haben pflegebedürftige Personen des Pflegegrades 2 bis 5 für die Dauer von bis zu acht Wochen je Kalenderjahr Anspruch auf (stationäre) Kurzzeitpflege. Dieser Anspruch besteht auch dann, wenn bereits bei Aufnahme in die Kurzzeitpflegeeinrichtung feststeht, dass im Anschluss an die Kurzzeitpflege eine vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI) in einer Pflegeeinrichtung erfolgen soll. Die anspruchsberechtigte Person wird

für einen begrenzten Zeitraum in eine vollstationäre Einrichtung im Sinne der §§ 71 Abs. 2, 72 SGB XI aufgenommen und dort gepflegt. In Betracht kommt die Kurzzeitpflege

- für eine Übergangszeit direkt nach einer stationären Behandlung in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung oder wenn die Kurzzeitpflege innerhalb eines vertretbaren Zeitraumes – analog der Anschlussrehabilitation – nach der Entlassung aus der stationären Behandlung durchgeführt wird. Insbesondere kann dies erforderlich sein, wenn etwa für die häusliche Pflege in der Wohnung der pflegebedürftigen Person 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.

Pflegebedürftige Personen des Pflegegrades 1 können den ihnen zustehenden Entlastungsbetrag nach § 45b Abs. 1 SGB XI im Wege der Kostenerstattung für Leistungen der Kurzzeitpflege einsetzen.

(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 MD oder durch die von der Pflegekasse beauftragte Gutachterin bzw. 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 MD oder durch die von der Pflegekasse beauftragte Gutachterin bzw. durch den von der Pflegekasse beauftragten Gutachter unverzüglich, spätestens innerhalb von 5 Arbeitstagen nach Eingang des Antrags der antragstellenden Person bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen, wenn die antragstellende Person sich in einem Krankenhaus oder einer stationären Rehabilitationseinrichtung befindet und Hinweise vorliegen, dass zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung eine Begutachtung in der Einrichtung erforderlich ist.

In regionalen Vereinbarungen kann diese Frist verkürzt werden (vgl. § 18a Abs. 5 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.

Nimmt die pflegebedürftige Person im unmittelbaren Anschluss an den Aufenthalt in einem Krankenhaus (einschließlich der Übergangspflege nach § 39e SGB V im Krankenhaus) oder im Anschluss an einer stationären Rehabilitationsmaßnahme Kurzzeitpflege in Anspruch, hat die abschließende Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit spätestens am zehnten Arbeitstag nach Beginn der Kurzzeitpflege in dieser Einrichtung zu erfolgen.

2. Kurzzeitpflege in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen

(1) Sofern für pflegebedürftige Personen 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 steht allen pflegebedürftigen Personen mindestens des Pflegerades 2 zur Verfügung. Die Möglichkeit der Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege nach Absatz 4 gilt nicht für Menschen mit Behinderung, die in Einrichtungen wohnen und ggf. in den Ferien oder an den Wochenenden für die „Kurzzeitpflege“ in dieser Einrichtung bleiben.

(2) Einrichtungen sind für die Kurzzeitpflege von pflegebedürftigen Personen geeignet, wenn sie aufgrund der räumlichen und personellen Ausstattung in der Lage sind, die vollstationäre Pflege und Betreuung für die Dauer der Kurzzeitpflege – ggf. auch unter Einbeziehung externer Unterstützung, etwa durch einen ambulanten Pflegedienst – sicher zu stellen. Dies wird regelmäßig bei entsprechenden Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und bei Einrichtungen, die mit einem anderen Sozialleistungsträger eine entsprechende Leistungsvereinbarung abgeschlossen haben, zu unterstellen sein. Darüber hinaus ist die Eignung der Einrichtung im Einzelfall zu prüfen.

3. Leistungsinhalt

Inhalt der allgemeinen Pflegeleistungen sind die im Einzelfall erforderlichen Hilfen in dem anerkannten Pflegegrad 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:

- körperbezogene Pflegemaßnahmen,
- pflegerische Betreuungsmaßnahmen
- medizinische Behandlungspflege.

Darüber hinaus haben pflegebedürftige Personen (Pflegegrad 1 bis 5) in teil- und vollstationären Einrichtungen einen individuellen Rechtsanspruch auf Maßnahmen der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung. Diese Leistung wird über einen gesonderten Zuschlag zur Pflegevergütung abgegolten (vgl. § 43b SGB XI).

4. Leistungsumfang

4.1 Allgemeines

(1) Der Anspruch auf die Kurzzeitpflege ist auf acht Wochen im Kalenderjahr begrenzt, wobei die Aufwendungen der Pflegekasse hierfür bis zu 1.854,00 Euro **im Kalenderjahr** nicht übersteigen dürfen. Ergänzend hierzu kann der Leistungsbetrag der Verhinderungspflege nach § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB XI in Höhe von bis zu 1.685,00 Euro für die Kurzzeitpflege verwendet werden, wenn die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt werden. In diesem Fall erhöht sich der Leistungsanspruch für die Kurzzeitpflege auf bis zu 3.539,00 Euro im Kalenderjahr. Der für die Kurzzeitpflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag ist auf den Leistungsbetrag für die Verhinderungspflege nach § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB XI anzurechnen. Für die Dauer der Kurzzeitpflege wird das bisher bezogene Pflegegeld für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr zur Hälfte fortgezahlt (§ 37 Abs. 2 Satz 2 SGB XI).

Sofern die Leistungen der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI hinsichtlich der Dauer ausgeschöpft sind, kann ein eventuell noch verbleibender Leistungsbetrag ebenfalls für die Kurzzeitpflege verwendet werden.

Beispiel 1

Eine Pflegegeld empfangene Person des Pflegegrades 2 befindet sich erstmalig vom 05.05. bis 06.05. (2 Kalendertage) in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung. Vom 18.05. bis 22.05. (5 Kalendertage) nimmt sie erneut Leistungen der Kurzzeitpflege in Anspruch. Die täglichen pflegebedingten Aufwendungen in der Kurzzeitpflegeeinrichtung betragen jeweils 62,50 Euro.

Kurzzeitpflege vom 05.05. bis 06.05.

Kostenübernahme der Leistungen der Kurzzeitpflege
2 Kalendertage x 62,50 Euro = 125,00 Euro

Berechnung des Pflegegeldanspruchs:
für den 05.05. und 06.05.
volles Pflegegeld (332,00 Euro x 2 : 30) = 22,13 Euro

Kurzzeitpflege vom 18.05. bis 22.05.

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

Berechnung der Pflegegeldansprüche:
für den 18.05. und 22.05.
volles Pflegegeld (347,00 Euro x 2 : 30) = 23,13 Euro
für den 19.05. bis 21.05.
hälftiges Pflegegeld (173,50 Euro x 3 : 30) = 17,35 Euro

Ergebnis:

Im laufenden Kalenderjahr besteht noch ein Restanspruch auf Leistungen der Kurzzeitpflege für 49 Kalendertage und in Höhe von 1.416,50 Euro (1.854,00 Euro – 125,00 Euro – 312,50 Euro). Das Pflegegeld wird für den ersten und letzten Tag der Inanspruchnahme der Leistungen der Kurzzeitpflege (05.05. und 06.05.) in voller Höhe gezahlt.

Für den Zeitraum vom 18.05. bis 22.05. wird für den ersten und letzten Tag der Inanspruchnahme der Leistungen der Kurzzeitpflege (18.05. und 22.05.) das Pflegegeld in voller Höhe gezahlt. Vom 19.05. bis 21.05. wird hälftiges Pflegegeld gezahlt.

Beispiel 2

Teil 1

Eine pflegebedürftige Person des Pflegegrades 3 befindet sich erstmalig vom 09.03. bis 31.03. (23 Kalendertage) in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung. Vom 12.05. bis 21.05. (10 Kalendertage) nimmt sie erneut Leistungen der Kurzzeitpflege in Anspruch. Die täglichen pflegebedingten Aufwendungen in der Kurzzeitpflegeeinrichtung betragen jeweils 60,50 Euro. Die Leistungen der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI sind im laufenden Kalenderjahr noch nicht ausgeschöpft. Die pflegebedürftige Person entscheidet sich für die Verwendung des zur Verfügung stehenden Leistungsbetrags nach § 39 SGB XI.

Kurzzeitpflege vom 09.03. bis 31.03.

Kostenübernahme der Leistungen der Kurzzeitpflege	
23 Kalendertage x 60,50 Euro	= 1.391,50 Euro
Berechnung der Pflegegeldansprüche:	
für den 09.03. und 31.03.	
volles Pflegegeld (599,00 Euro x 2 : 30)	= 39,93 Euro
für den 10.03. bis 30.03.	
hälftiges Pflegegeld (299,50 Euro x 21 : 30)	= 209,65 Euro

Ergebnis:

Für den Zeitraum vom 09.03. bis 31.03. werden Leistungen der Kurzzeitpflege in Höhe von 1.391,50 Euro in Anspruch genommen. Es besteht noch ein Restanspruch auf Kurzzeitpflege in Höhe von 462,50 Euro (1.854,00 Euro – 1.391,50 Euro). Das Pflegegeld wird für den ersten und letzten Tag der Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege (09.03. und 31.03.) in voller Höhe gezahlt. Vom 10.03. bis 30.03. wird hälftiges Pflegegeld gezahlt.

Teil 2

Die pflegebedürftige Person befindet sich erneut vom 12.05. bis 21.05. (10 Kalendertage) in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung.

Kurzzeitpflege vom 12.05. bis 21.05.

Kostenübernahme der Leistungen der Kurzzeitpflege
10 Kalendertage x 60,50 Euro = 605,00 Euro

Berechnung der Pflegegeldansprüche:
für den 12.05. und 21.05.
volles Pflegegeld (599,00 Euro x 2 : 30) = 39,93 Euro
für den 13.05. bis 20.05.
hälftiges Pflegegeld (299,50 Euro x 8 : 30) = 79,87 Euro

Ergebnis:

Da die pflegebedürftige Person im laufenden Kalenderjahr noch keine Leistungen der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI in Anspruch genommen hat, kann sie den Restbetrag der Kurzzeitpflege in Höhe von 462,50 Euro um den Betrag der Verhinderungspflege in Höhe von bis zu 1.685,00 Euro auf insgesamt 2.147,50 Euro erhöhen. Für die Zeit vom 12.05. bis 21.05. werden die Kosten der Kurzzeitpflege in Höhe von 605,00 Euro erstattet.

Der für die Kurzzeitpflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag aus der Verhinderungspflege in Höhe von 142,50 Euro (605,00 Euro – 462,50 Euro) wird auf den Leistungsbetrag der Verhinderungspflege in Höhe von 1.685,00 Euro angerechnet. Im laufenden Kalenderjahr besteht ein Restanspruch in Höhe von 1.542,50 Euro (1.685,00 Euro – 142,50 Euro), welcher sowohl für die Kurzzeitpflege als auch für die Verhinderungspflege zur Verfügung steht.

Im laufenden Kalenderjahr wurde bereits für 23 Kalendertage ein hälftiges Pflegegeld gezahlt. Da der Anspruch auf ein hälftiges Pflegegeld für bis zu 56 Tagen im Kalenderjahr besteht, wird für den Zeitraum vom 12.05. bis 21.05. (10 Kalendertage) das Pflegegeld fortgezahlt. Am 12.05. und am 21.05. wird es in voller Höhe und im Zeitraum vom 13.05. bis 20.05. zur Hälfte gezahlt.

Auf die Dauer des 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 endender,
- vor dem 31.12. eines Jahres abgelaufener

Leistungsanspruch nach § 42 SGB XI – bei Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen – ab 1.1. des Folgejahres für acht 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.

(2) Pflegebedürftige Personen können für Aufwendungen, die im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege entstehen, auch den Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI einsetzen (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 der pflegebedürftigen Person und der Kurzzeitpflegeeinrichtung geschlossenen Vertrag zu entnehmen.

(4) Sofern die Kurzzeitpflege für Anspruchsberechtigte 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) Fahrkosten werden im Rahmen des § 42 SGB XI nicht erstattet. Für eventuell in diesem Zusammenhang entstehende Fahrkosten kann der Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI verwandt werden.

(6) Die Pflegekasse zahlt den der pflegebedürftigen Person 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 die pflegebedürftige Person zu zahlenden Leistungsbetrages macht eine konkrete Angabe der Entgelthöhe notwendig. Die Angaben sollten zweckmäßigerweise durch Rechnung getroffen werden, soweit die Partner des Versorgungsvertrages keine abweichenden Regelungen getroffen haben.

4.2 Kurzzeitpflege bei Gewährung von Leistungen nach § 43a SGB XI

Ist bei pflegebedürftigen Personen, 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 die pflegebedürftige Person in dieser Zeit, in der keine Pflege im häuslichen Bereich durchgeführt werden kann, die Unterbringung in derselben Einrichtung i. S. d. § 71 Abs. 4 Nr. 1 SGB XI oder § 71 Abs. 4 Nr. 3 SGB XI sichergestellt wird, kann eine Leistungsgewährung nach § 42 SGB XI nicht erfolgen. Die dadurch entstehenden Aufwendungen sind mit § 43a SGB XI abgegolten.

4.3 Ausschöpfen des Leistungsanspruchs

(1) Bei Ausschöpfen des Leistungsanspruchs der Kurzzeitpflege ggf. unter Berücksichtigung der Verhinderungspflege nach § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB XI können pflegebedürftigen Personen 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.

(2) Ist die Pflegeeinrichtung nicht nach § 72 SGB XI zur vollstationären Pflege zugelassen, kommt aufgrund der insoweit sichergestellten Pflege die Zahlung des Pflegegeldes nach § 37 SGB XI in Betracht.

Beispiel

Eine pflegebedürftige Person des Pflegegrades 3 befindet sich vom 09.03. bis 07.05. (60 Kalendertage) in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung.

Tägliche Heimkosten:

Pflegebedingte Aufwendungen	73,28 Euro
Kosten für Unterkunft und Verpflegung	31,13 Euro
Investitionskosten	19,57 Euro

Die Leistungen der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI sind im laufenden Kalenderjahr noch nicht ausgeschöpft. Die pflegebedürftige Person entscheidet sich für die Verwendung des zur Verfügung stehenden Leistungsbetrags nach § 39 SGB XI.

Kurzzeitpflege vom 09.03. bis 07.05.

Kostenübernahme im Rahmen der Kurzzeitpflege nach § 42 Abs. 2 Satz 3 SGB XI
vom 09.03. bis 21.04.

(3.539,00 Euro : 73,28 Euro = 48,29 Tage, aufgerundet auf volle Tage) 49 Kalendertage x 73,28 Euro = 3.590,72 Euro, begrenzt auf = 3.539,00 Euro

Kostenübernahme im Rahmen der vollstationären Pflege nach § 43 SGB XI
vom 22.04. bis 30.04.

9 Kalendertage x 73,28 Euro	= 659,52 Euro
9 Kalendertage x 31,13 Euro	= 280,17 Euro
	939,69 Euro

Da die Aufwendungen in Höhe von 939,69 Euro den monatlichen Pauschbetrag in Höhe von 1.319,00 Euro nicht übersteigen, kann der Betrag von 939,69 Euro übernommen werden.

vom 01.05. bis 07.05.

7 Kalendertage x 73,28 Euro	= 512,96 Euro
7 Kalendertage x 31,13 Euro	= 217,91 Euro
	730,87 Euro

Da die Aufwendungen in Höhe von 730,87 Euro den monatlichen Pauschbetrag in Höhe von 1.319,00 Euro nicht übersteigen, kann der Betrag von 730,87 Euro übernommen werden.

Insgesamt werden für den Zeitraum vom 09.03. bis 07.05. Kosten in Höhe von 45.209,56 Euro (3.539,00 Euro + 939,69 Euro + 730,87 Euro) übernommen.

Berechnung der Pflegegeldansprüche:
für den 09.03. volles Pflegegeld (1/30 von 599,00 Euro)
= 19,97 Euro
für den 10.03. bis 21.04.
hälftiges Pflegegeld (299,50 Euro x 43 : 30) = 429,28 Euro

Ergebnis:

Der Leistungsbetrag der Kurzzeitpflege wird um die nicht verwendeten Mittel der Verhinderungspflege auf 3.539,00 Euro erhöht. Für den Zeitraum vom 09.03. bis 21.04. werden Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 Abs. 2 Satz 3 SGB XI in Höhe von 3.539,00 Euro gewährt. Für die Zeit vom 22.04. bis 07.05. werden Kosten in Höhe von 1.670,56 Euro (939,69 Euro + 730,87 Euro) auf Grundlage des § 43 SGB XI erstattet. Die Leistungen der Verhinderungspflege und der Kurzzeitpflege sind für das laufende Kalenderjahr ausgeschöpft.

Das Pflegegeld wird für den ersten Tag der Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege (09.03.) in voller Höhe gezahlt. Vom 10.03. bis 21.04. wird hälftiges Pflegegeld gezahlt. Ab 07.05. wird wieder volles Pflegegeld gezahlt.

4.4 Wechsel von der Kurzzeitpflege zur vollstationären Pflege

Bei einem Wechsel aus der Kurzzeitpflege in die vollstationäre Pflege besteht, unabhängig von dem Pflegegrad, für die in dem Teilmonat erfolgte Kurzzeitpflege ein Leistungsanspruch von bis zu 1.854,00 Euro, soweit dieser Betrag bzw. der in § 42 Abs. 2 SGB XI genannte Zeitraum im Kalenderjahr noch nicht ausgeschöpft wurde. Dieser Leistungsrahmen erhöht sich entsprechend um 1.685,00 Euro, sofern die pflegebedürftige Person den Höchstbetrag aus noch nicht in Anspruch genommenen Leistungen der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI, sofern die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind, überträgt. Für den Verlegungstag von einer Kurzzeitpflegeeinrichtung in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung darf nur die vollstationäre Pflegeeinrichtung ein Heimentgelt berechnen. Bei einem Wechsel von einer Kurzzeitpflegeeinrichtung in eine andere Kurzzeitpflegeeinrichtung darf ebenfalls nur die aufnehmende Einrichtung den Verlegungstag berechnen (§ 87a Abs. 1 Satz 3 SGB XI).

Beispiel

Eine pflegebedürftige Person des Pflegegrades 3 zieht am 11.03. von der Kurzzeitpflegeeinrichtung in die vollstationäre Pflegeeinrichtung. Die täglichen pflegebedingten Aufwendungen in der Kurzzeitpflegeeinrichtung betragen 65,00 Euro, und in der vollstationären Pflegeeinrichtung 68,69 Euro.

Berechnung des Entgeltes der Kurzzeitpflegeeinrichtung:

vom 01.03. bis 10.03. = 10 Berechnungstage x 65,00 Euro = 650,00 Euro

Kostenübernahme im Rahmen der Kurzzeitpflege:

Da das Entgelt für die pflegebedingten Aufwendungen in Höhe von 650,00 Euro den Höchstbetrag von 1.854,00 Euro nicht überschreitet, kann der Betrag von 650,00 Euro an die Kurzzeitpflegeeinrichtung gezahlt werden.

Kostenübernahme im Rahmen der vollstationären Pflege:

vom 11.03. bis 31.03. = 21 Berechnungstage x 68,69 Euro = 1.442,49 Euro

Ermittlung des Leistungsanspruchs:

Da das Heimentgelt in Höhe von 1.442,49 Euro den monatlichen Pauschbetrag von 1.319,00 Euro übersteigt, kann der Pauschbetrag an die vollstationäre Pflegeeinrichtung gezahlt werden.

5. Zusammentreffen von Leistungen der Kurzzeitpflege und 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 Versorgungsvertrag wünscht und das Einvernehmen nach § 72 Abs. 2 SGB XI hergestellt wird.

Versicherte Personen, 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 Personen, 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 Hospizaufenthalten vorrangig die Kurzzeitpflege und die vollstationäre Pflege auszuschöpfen. Dabei kann der Leistungsrahmen der Kurzeitpflege um den nicht in Anspruch genommenen Leistungsbetrag der Verhinderungspflege nach § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB XI erhöht werden. Ferner entsteht der Anspruch auf Kurzzeitpflege mit jedem Kalenderjahr neu. Hieraus folgt, dass ein am 31.12. eines Jahres bestehender oder an diesem Tag endender Leistungsanspruch nach § 42 SGB XI – bei Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen – ab 01.01. des Folgejahres für acht Wochen weiter besteht oder wiederauflebt. Ein am 31.12. eines Jahres bereits abgelaufener Leistungsanspruch nach § 42 SGB XI lebt nicht wieder auf.

Die Zahlungsweise der vollstationären Pflege nach § 43 SGB XI bei Heimwechsel im laufenden Monat nach Ziffer 7 zu § 43 SGB XI findet auch beim Zusammentreffen von Leistungen der vollstationären Pflege mit Zuschüssen zur stationären Hospizversorgung Anwendung.

Für die Dauer der Kurzzeitpflege besteht ein Anspruch auf Weiterzahlung des hälftigen Pflegegeldes nach § 37 Abs. 2 Satz 2 SGB XI für bis zu acht Wochen (vgl. Ziffer 2.2.3 zu § 37 SGB XI). Für den Aufnahme- und Entlassungstag wird das Pflegegeld in voller Höhe gezahlt (vgl. Ziffer 2.2.3 zu § 37 SGB XI).

Mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland sind von den Krankenkassen seit 08.12.2015 95 v. H. der zuschussfähigen Kosten zu übernehmen. Die zuschussfähigen Kosten werden von den Vertragspartnern als tagesbezogene Bedarfssätze vereinbart. Zuschussfähig sind maximal die tatsächlich entstandenen Aufwendungen.

Beispiel 1

Ein Pflegegeldbezieher des Pflegegrades 2 befindet sich vom 05.04. bis 28.04. in einem stationären Hospiz, in dem er verstirbt. Die Leistungen der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI sind im laufenden Kalenderjahr ausgeschöpft. Der Aufnahme- und Entlassungstag werden als je ein Tag bezuschusst (vgl. § 10 Abs. 7 der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V).

Tagesbezogener Bedarfssatz des Hospizes	335,50 Euro
./. Eigenleistung des Hospizes (5 v. H.)	16,78 Euro
= zuschussfähiger Betrag	352,28 Euro

Das Hospiz ist zugleich als stationäre Pflegeeinrichtung zugelassen.

Rechnung des Hospizes in Höhe von (24 Tage x 352,28 Euro)	8454,72 Euro
Leistung der Pflegekasse nach § 42 Abs. 3 Satz 3 SGB XI (60 v. H. von 352,28 Euro = 211,37 Euro vom 05.04. bis 13.04. = 9 Tage x 211,37 Euro	= 1.902,33 Euro
begrenzt auf	1.854,00 Euro
Leistung der Pflegekasse nach § 43 SGB XI (vom 14.04. bis 28.04. = 15 Tage x 352,28 Euro = 5.284,20 Euro) begrenzt auf	805,00 Euro
Gesamtleistung der Pflegekasse	**2.659,00 Euro**
Leistung der Krankenkasse nach § 39a Abs. 1 SGB V (24 Tage x 352,28 Euro =8.454,72 Euro – 2.659,00 Euro)	5.795,72 Euro

Für die Zeit der Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI wird ein hälftiges Pflegegeld gezahlt. Am 05.04. (erster Tag) erfolgt die Zahlung des vollen Pflegegeldes und für den Zeitraum vom 06.04. bis 14.04. ein hälftiges Pflegegeld. Da die versicherte Person am 28.04. verstorben ist, wird für den Zeitraum vom 28.04. bis 30.04. volles Pflegegeld gezahlt.

Beispiel 2

Eine Pflegegeld beziehende Person des Pflegegrades 3 befindet sich vom 04.05. bis 18.05. in einem stationären Hospiz, in dem sie verstirbt. Die Leistungen der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI sind im laufenden Kalenderjahr noch nicht ausgeschöpft. Der Aufnahme- und Entlassungstag werden als je ein Tag bezuschusst (vgl. § 10 Abs. 7 der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V).

Tagesbezogener Bedarfssatz des Hospizes Es erfolgt kein Abzug von 5 v. H., da mit dem Hospiz der Mindestzuschuss vereinbart wurde (9 v. H. der monatlichen Bezugsgröße 2021 in Höhe von 3.290,00 Euro)	296,10 Euro
Das Hospiz ist zugleich als stationäre Pflegeeinrichtung zugelassen.	
Rechnung des Hospizes in Höhe von (15Tage x 296,10 Euro)	4.441,50 Euro
Leistung der Pflegekasse nach § 42 Abs. 3 Satz 3 SGB XI i. V. m. § 42 Abs. 2 Satz 3 SGB XI (60 v. H. von 296,10 Euro = 177,66 Euro vom 04.05. bis 18.05. = 15 Tage x 177,66 Euro =	2.664,90 Euro
Gesamtleistung der Pflegekasse	**2.664,90 Euro**
Leistung der Krankenkasse nach § 39a Abs. 1 SGB V (15 Tage x 296,10 Euro = 4.441,50 Euro – 2.664,90 Euro)	1.776,60 Euro

Für die Zeit der Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI wird ein hälftiges Pflegegeld gezahlt. Am 04.05. (erster Tag) erfolgt die Zahlung des vollen Pflegegeldes und für den Zeitraum vom 05.05. bis 17.05. ein hälftiges Pflegegeld. Da die versicherte Person am 18.05. verstorben ist, wird für den Zeitraum vom 18.05. bis 31.05. volles Pflegegeld gezahlt.

Beispiel 3

Eine Pflegegeld beziehende Person des Pflegegrades 2 befindet sich vom 05.04. bis 28.04. in einem stationären Hospiz, in dem sie verstirbt. Die Leistungen der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI sind im laufenden Kalenderjahr noch nicht ausgeschöpft. Der Aufnahme- und Entlassungstag werden als je ein Tag bezuschusst (vgl. § 10 Abs. 7 der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V).

Tagesbezogener Bedarfssatz des Hospizes	327,23 Euro
./. Eigenleistung des Hospizes (5 v. H.)	16,36 Euro
= zuschussfähiger Betrag (allgemeine Vergütungsklasse)	310,87 Euro

Das Hospiz ist zugleich als stationäre Pflegeeinrichtung zugelassen.

Die pflegebedingten Aufwendungen im Pflegegrad 2 betragen	80,00 Euro
Rechnung des Hospizes in Höhe von (24 Tage x 310,87 Euro)	7.460,88 Euro
Leistung der Pflegekasse nach § 42 Abs. 2 Satz 2 SGB XI i. V. m. § 42 Abs. 2 Satz 3 SGB XI (vom 05.04. bis 28.04. = 24 Tage x 80,00 Euro = 1.920,00 Euro)	1.920,00 Euro
Gesamtleistung der Pflegekasse	**1.920,00 Euro**
Leistung der Krankenkasse nach § 39a Abs. 1 SGB V (24 Tage x 310,87 Euro = 7.460,88 Euro – 1.920,00 Euro)	5.540,88 Euro

Für die Zeit der Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI wird ein hälftiges Pflegegeld gezahlt. Am 05.04. (erster Tag) erfolgt die Zahlung des vollen Pflegegeldes und für den Zeitraum vom 06.04. bis 27.04. ein hälftiges Pflegegeld. Da die versicherte Person am 28.04. verstorben ist, wird für den Zeitraum vom 28.04. bis 30.04. volles Pflegegeld gezahlt.

6. Zusammentreffen von Leistungen nach § 42 SGB XI mit Leistungen nach § 39c SGB V

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V besteht, wenn keine Pflegebedürftigkeit mit mindestens dem Pflegegrad 2 festgestellt ist. Wird rückwirkend bei der versicherten Person das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit mit einem Pflegegrad mindestens 2 für einen Zeitraum festgestellt, in dem Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V erbracht wurden, endet mit dem Tag, ab dem die Pflegebedürftigkeit vorliegt, der Anspruch auf Leistungen nach § 39c SGB V. Für den zurückliegenden Zeitraum, ab dem die Pflegebedürftigkeit mit mindestens Pflegegrad 2 vorliegt, besteht gegenüber der Pflegekasse ein Erstattungsanspruch nach § 102 ff. SGB X. Der Erstattungsanspruch ist durch die Pflegekasse im Rahmen der Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI zu befriedigen.

§ 42a SGB XI
Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson

(1) Pflegebedürftige haben ab dem 1. Juli 2024 Anspruch auf Versorgung in zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, wenn dort gleichzeitig Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation einschließlich der erforderlichen Unterkunft und Verpflegung nach § 23 Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches, nach § 40 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches oder nach § 15 Absatz 2 des Sechsten Buches oder eine vergleichbare stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme von einer Pflegeperson des Pflegebedürftigen in Anspruch genommen werden. Leistungen nach dieser Vorschrift werden nur erbracht, wenn kein Anspruch auf Versorgung des Pflegebedürftigen nach § 40 Absatz 3a Satz 1 des Fünften Buches besteht.

(2) Der Anspruch nach Absatz 1 setzt voraus, dass die pflegerische Versorgung der Pflegebedürftigen in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung für die Dauer der Leistungen zur stationären Vorsorge oder zur medizinischen Rehabilitation sichergestellt ist. Zur Erbringung der körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie der Leistungen der medizinischen Behandlungspflege kann die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung eine nach § 72 zugelassene ambulante Pflegeeinrichtung einsetzen. Kann die pflegerische Versorgung in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nicht sichergestellt werden, kann der Anspruch auch in einer nach § 72 zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung wahrgenommen werden.

(3) Der Anspruch nach Absatz 1 umfasst die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung, die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, die Unterkunft und Verpflegung sowie die Übernahme der betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen. Pflegebedürftige haben Anspruch auf Erstattung der erforderlichen Fahr- und Gepäcktransportkosten, die im Zusammenhang mit der Versorgung in einer zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung oder vollstationären Pflegeeinrichtung nach Absatz 2 entstehen. Erstattungsfähig sind nach vorheriger Antragstellung auch Kosten für besondere Beförderungsmittel, deren Inanspruchnahme wegen der Art oder Schwere der Pflegebedürftigkeit erforderlich ist.

(4) Stellt die Pflegeperson einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Vorsorge nach § 23 Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 40 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches oder nach § 15 Absatz 1 des Sechsten Buches und wünscht die Versorgung des Pflegebedürftigen in derselben Einrichtung, stellt der Antrag zugleich einen Antrag des Pflegebedürftigen auf Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 an die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen dar, das die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt, sofern der Pflegebedürftige zustimmt. Die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen, das die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt, prüft mit den nach § 23 Absatz 5 Satz 1 des Fünften Buches oder § 40 Absatz 3 Satz 1 des Fünften Buches benannten Einrichtungen, ob die Versorgung des Pflegebedürftigen in der Einrichtung möglich ist, und holt deren Einverständnis ein. Liegt das Einverständnis der Einrichtung vor, informiert die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen unverzüglich die Krankenkasse. Über den Antrag auf Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 ist unverzüglich zu entscheiden. Sollen die Pflegebedürftigen in einer anderen Einrichtung als der Vorsorge- oder Reha-

bilitationseinrichtung versorgt werden, koordiniert die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen des Pflegebedürftigen auf Wunsch der Pflegeperson und mit Einwilligung des Pflegebedürftigen dessen Versorgung.

(5) Die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen, das die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt, hat unmittelbar der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie die betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen gemäß Absatz 3 zu erstatten. Die Vergütung erfolgt nach dem durchschnittlichen Gesamtheimentgelt nach § 87a Absatz 1 Satz 1 aller zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtungen im jeweiligen Land. Das durchschnittliche Gesamtheimentgelt wird durch die Landesverbände der Pflegekassen auf Grundlage des vorangehenden Jahres ermittelt und jeweils ab dem 1. April für die Dauer eines Jahres bis zum 31. März festgelegt. Die Landesverbände haben die jeweilige Festlegung der Vergütungshöhe in geeigneter Weise zu veröffentlichen. Erfolgt die Versorgung des Pflegebedürftigen gemäß Absatz 2 Satz 3 in einer zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung, hat die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung, die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege sowie die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung und die betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen im Umfang des für diese Pflegeeinrichtung geltenden Gesamtheimentgelts unmittelbar der Pflegeeinrichtung zu erstatten.

(6) Abweichend von § 34 Absatz 2 ruht der Anspruch auf Leistungen bei häuslicher Pflege einschließlich des Pflegegeldes oder anteiligen Pflegegeldes, solange sich die Pflegeperson in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung befindet und der Pflegebedürftige nach Absatz 1 Satz 1 oder § 40 Absatz 3a Satz 1 des Fünften Buches versorgt wird; § 34 Absatz 2 Satz 2 zweiter Halbsatz und Absatz 3 bleibt unberührt.

(7) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und die für die Wahrnehmung der Interessen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und der Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartiger Einrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen vereinbaren bis zum 30. Juni 2024 gemeinsame Empfehlungen insbesondere zum Antrags-, Genehmigungs- und Kostenerstattungsverfahren und zur Sicherung der Qualität der Versorgung der Pflegebedürftigen. Die gemeinsamen Empfehlungen sind durch das Bundesministerium für Gesundheit zu genehmigen. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. Die Deutsche Rentenversicherung Bund und der Spitzenverband Bund der Pflegekassen schließen bis zum 30. Juni 2024 eine Verwaltungsvereinbarung zum Antrags- und Genehmigungsverfahren.

(8) Die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung hat den Landesverbänden der Pflegekassen vor erstmaliger Versorgung Pflegebedürftiger ein auf Grundlage der gemeinsamen Empfehlungen nach Absatz 7 erstelltes Konzept zur qualitätsgesicherten Versorgung Pflegebedürftiger vorzulegen und in regelmäßigen Abständen dessen Einhaltung nachzuweisen.

(9) Die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen erheben Statistiken über Anträge auf Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 sowie deren Erledigung und Durchführung. Zur Durchführung des Antrags-, Genehmigungs- und Kostenerstattungsverfahrens dürfen die Pflegekassen oder die privaten Versicherungsunternehmen die dafür erforderlichen Daten des

Pflegebedürftigen sowie der Krankenkasse oder des Rentenversicherungsträgers der Pflegeperson den beteiligten Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen übermitteln, sofern der Pflegebedürftige und die Pflegeperson in die Übermittlung einwilligen.

1. Allgemeines

Pflegebedürftige Personen haben auf Antrag einen Anspruch auf Versorgung in zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, wenn die Pflegeperson dort gleichzeitig Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation einschließlich der erforderlichen Unterkunft und Verpflegung nach § 23 Abs. 4 Satz 1 SGB V, § 40 Abs. 2 Satz 1 SGB V oder nach § 15 Abs. 2 SGB VI oder eine vergleichbare stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch nimmt.

Der Anspruch auf Leistungen nach § 42a SGB XI ist jedoch ausgeschlossen, wenn ein Anspruch auf Versorgung der pflegebedürftigen Person nach § 40 Abs. 3a Satz 1 SGB V besteht. Zudem setzt der Anspruch auf Leistungen nach § 42a SGB XI voraus, dass die pflegerische Versorgung der pflegebedürftigen Person in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung für die Dauer der Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahme der Pflegeperson sichergestellt ist.

Sofern die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung die pflegerische Versorgung der pflegebedürftigen Person nicht sicherstellen kann oder will, kann die pflegebedürftige Person in einer nahegelegenen zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung versorgt werden.

2. Leistungsinhalt

Der Leistungsanspruch nach § 42a SGB XI umfasst neben dem Anspruch auf körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie die Leistungen auf medizinische Behandlungspflege und die betriebsnotwendigen Investitionen auch die Leistungen für Unterkunft und Verpflegung.

Zudem werden erforderliche Fahr- und Gepäcktransportkosten übernommen, sofern diese im Zusammenhang mit der Mitaufnahme und Versorgung der pflegebedürftigen Person in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung der Pflegeperson stehen. Erstattungsfähig sind nach vorheriger Antragstellung auch Kosten für besondere Beförderungsmittel, deren Inanspruchnahme wegen der Art oder Schwere der Pflegebedürftigkeit erforderlich ist. Fahrkosten werden in Höhe des Betrags zugrunde gelegt, der bei Benutzung eines regelmäßig wiederkehrenden öffentlichen Verkehrsmittels der niedrigsten Beförderungsklasse des zweckmäßigsten öffentlichen Verkehrsmittels zu zahlen ist. Bei Benutzung sonstiger Verkehrsmittel ist der Betrag in Höhe der Wegstreckenentschädigung nach § 5 Abs. 1 des Bundesreisekostengesetzes anzusetzen.

3. Leistungserbringer

Die Versorgung der pflegebedürftigen Person erfolgt in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung, wenn diese die pflegerische Versorgung der pflegebedürftigen Person sicherstellen kann und will. Die Pflege kann auch sichergestellt werden, indem die Vorsorge- oder

Rehabilitationseinrichtung die körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege durch einen nach § 72 SGB XI zugelassenen ambulanten Pflegedienst erbringen lässt.
Alternativ dazu besteht die Möglichkeit, dass die pflegebedürftige Person in einer nahegelegenen zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung versorgt wird.

4. Ruhen der Leistungen

Der Anspruch auf Leistungen nach § 36 SGB XI einschließlich des Pflegegeldes nach § 37 SGB XI ruht abweichend von § 34 Abs. 2 SGB XI, solange sich die Pflegeperson in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung befindet und die pflegebedürftige Person Leistungen nach § 42a SGB XI oder nach § 40 Abs. 3a Satz 1 SGB V bezieht. § 34 Abs. 2 Satz 2, 2. Halbsatz und Abs. 3 SGB XI bleiben unberührt. Demzufolge werden bei pflegebedürftigen Personen das Pflegegeld oder das anteilige Pflegegeld einerseits weitergezahlt, wenn sie ihre Pflege durch von ihnen beschäftigten besonderen Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 63b SGB XII Anwendung findet. Andererseits werden die Leistungen zur Sicherung der Pflegeperson nach § 44 SGB XI und § 44a SGB XI weitergewährt, soweit dies § 34 Abs. 3 SGB XI vorsieht.

§ 43 SGB XI
Vollstationäre Pflege/Inhalt der Leistung

(1) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben Anspruch auf Pflege in vollstationären Einrichtungen.

(2) Für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen übernimmt die Pflegekasse im Rahmen der pauschalen Leistungsbeträge nach Satz 2 die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Der Anspruch beträgt je Kalendermonat

1. 805 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2,
2. 1.319 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3,
3. 1.855 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4,
4. 2.096 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5.

Abweichend von Satz 1 übernimmt die Pflegekasse auch Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung, soweit der nach Satz 2 gewährte Leistungsbetrag die in Satz 1 genannten Aufwendungen übersteigt.

(3) Wählen Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 vollstationäre Pflege, erhalten sie für die in Absatz 2 Satz 1 genannten Aufwendungen einen Zuschuss in Höhe von 131 Euro monatlich.

(4) 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

Der Anspruch auf vollstationäre Pflege besteht unabhängig davon, ob häusliche oder teilstationäre Pflege möglich ist. Seit 01.01.2017 entfällt die Prüfung zur Erforderlichkeit der vollstationären Pflege, sie ist auch nicht mehr Gegenstand der seit dem 01.01.2017 geltenden Begutachtungs-Richtlinien.

2. Leistungsinhalt/Leistungshöhe

Die Pflegekassen übernehmen die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege und der Betreuung in pauschalierter Form.

Es gelten folgende monatliche Pauschbeträge:

- Pflegegrad 2: 805,00 Euro,
- Pflegegrad 3: 1.319,00 Euro,
- Pflegegrad 4: 1.855,00 Euro,
- Pflegegrad 5: 2.096,00 Euro.

Sofern der monatliche Pauschbetrag höher ist als die Summe aus den pflegebedingten Aufwendungen und den Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege und der Betreuung inklusive der Ausbildungsumlage, wenn diese für die Pflegeeinrichtung entfällt, übernimmt die Pflegekasse bis zur Höhe des Pauschbetrages auch Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung.

Beispiel 1

Eine pflegebedürftige Person des Pflegegrades 4 lebt in einer vollstationären Pflegeeinrichtung.

Pflegebedingte Aufwendungen	= 1.600,00 Euro
Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung	= 900,00 Euro

Die Pflegekasse übernimmt Aufwendungen in Höhe des Pauschbetrages von 1.855,00 Euro. Hiervon werden 255,00 Euro für Unterkunft und Verpflegung verwendet.

Für versicherte Personen, 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.

Die Pflegesätze und der einrichtungseinheitliche Eigenanteil (EEE) werden seit 01.01.2017 in der Regel auf Grundlage einer monatlichen Durchschnittsbetrachtung auf Basis von 30,42 Tagen als täglicher und monatlicher Wert im Rahmen der Vergütungsvereinbarungen ermittelt, d. h. es wird unabhängig von der tatsächlichen Anzahl der Kalendertage des betreffenden Monats mit einheitlichen und gleichen Monatsbeträgen gerechnet.

Beispiel 2

Teil 1

Eine pflegebedürftige Person des Pflegegrades 3 lebt im Februar (28 Kalendertage) in einer vollstationären Pflegeeinrichtung. Die pflegebedingten Aufwendungen betragen täglich 52,60 Euro, die Kosten für Unterkunft und Verpflegung liegen bei täglich 29,59 Euro.

Pflegebedingte Aufwendungen (30,42 Tage x 52,60 Euro)	= 1.600,09 Euro
Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung (30,42 Tage x 29,59 Euro)	= 900,13 Euro

Ergebnis:

Die Pflegekasse übernimmt Aufwendungen in Höhe des Pauschbetrages von 1.319,00 Euro. Bei einem Monat mit 28 Tagen wird bei der Abrechnung der Faktor 30,42 Tage zu Grunde gelegt.

Teil 2

Auch im März (31 Kalendertage) lebt die pflegebedürftige Person in der Einrichtung.

Pflegebedingte Aufwendungen (30,42 Tage x 52,60 Euro)	= 1.600,09 Euro
Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung (30,42 Tage x 29,59 Euro)	= 900,13 Euro

Ergebnis:

Die Pflegekasse übernimmt Aufwendungen in Höhe des Pauschbetrages von 1.319,00 Euro. Bei einem Monat mit 31 Tagen wird bei der Abrechnung der Faktor 30,42 Tage zu Grunde gelegt.

Bei einem Wechsel des Pflegegrades oder bei einem Heimwechsel im laufenden Monat wird hinsichtlich der pflegebedingten Aufwendungen jedoch von den tatsächlichen Kalendertagen des jeweiligen Monats ausgegangen. Die Berechnung der Höhe der pflegebedingten Aufwendungen erfolgt entsprechend des jeweiligen Pflegegrades kalendertäglich. Die Berechnung der Höhe der Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie der Investitionskosten erfolgt hingegen mit 30,42 Tagen.

Beispiel 3

Eine pflegebedürftige Person des Pflegegrades 2 in einer vollstationären Einrichtung wird aufgrund eines Höherstufungantrags ab 14.04. in den Pflegegrad 3 eingestuft. Die pflegebedingten Aufwendungen betragen täglich 45,00 Euro für den Pflegegrad 2 und 60,00 Euro für den Pflegegrad 3. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung liegen bei täglich 27,00 Euro.

vom 01.04. bis 13.04.
Pflegebedingte Aufwendungen in Pflegegrad 2
(13 Tage x 45,00 Euro) = 585,00 Euro
vom 14.04. bis 30.04.
Pflegebedingte Aufwendungen in Pflegegrad 3
(17 Tage x 60,00 Euro) = 1.020,00 Euro
Gesamt **= 1.605,00 Euro**

Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung
(30,42 Tage x 27,00 Euro) = 821,34 Euro

Ergebnis:

Im Monat April betragen die pflegebedingten Aufwendungen insgesamt 1.605,00 Euro. Da die Pflegekasse für den Monat April den höheren Pauschbetrag des Pflegegrades 3 leistet, übernimmt sie die pflegebedingten Aufwendungen in Höhe von 1.319,00 Euro. Daher übernimmt sie für den Zeitraum vom 01.04. bis zum 13.04. pflegebedingte Aufwendungen in Höhe von 585,00 Euro. Für den Zeitraum vom 14.04. bis zum 30.04. werden die pflegebedingten Kosten in Höhe von 734,00 Euro (1.319,00 Euro – 585,00 Euro) übernommen. Da die Kosten für Unterkunft und Verpflegung für den vollen Monat zu berechnen sind, werden diese mit 30,42 Tagen berechnet.

Beispiel 4

Der Sachverhalt und die täglichen Kosten sind wie in Beispiel 3, jedoch erfolgt die Höherstufung in den Pflegegrad 3 ab 14.05.

vom 01.05. bis 13.05.
Pflegebedingte Aufwendungen in Pflegegrad 2
(13 Tage x 45,00 Euro) = 585,00 Euro
vom 14.05. bis 31.05.
Pflegebedingte Aufwendungen in Pflegegrad 3
(18 Tage x 60,00 Euro) = 1.080,00 Euro
Gesamt **= 1.665,00 Euro**

Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung
(30,42 Tage x 27,00 Euro) = 821,34 Euro

Ergebnis:

Da die Pflegekasse für den Monat Mai den höheren Pauschbetrag des Pflegegrades 3 leistet, übernimmt sie die pflegebedingten Aufwendungen in Höhe von 1.319,00 Euro. Da die Kosten für Unterkunft und Verpflegung für den vollen Monat zu berechnen sind, werden diese auch in einem Monat mit 31 Tagen mit 30,42 Tagen berechnet.

Für die Pflegesätze im vollstationären Bereich sind in den Pflegegraden 2 bis 5 für die jeweilige Pflegeeinrichtung gleich hohe Beträge für die nicht von der Pflegekasse gedeckten Kosten vorzusehen (einrichtungseinheitlicher Eigenanteil). Damit wird erreicht, dass der von den pflegebedürftigen Personen bzw. von dem Sozialhilfeträger zu tragende Eigenanteil nicht mit der Schwere der Pflegebedürftigkeit steigt (vgl. § 84 Abs. 2 SGB XI).

3. 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 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 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

Eine pflegebedürftige Person des Pflegegrades 4 lebt in einer vollstationären Pflegeeinrichtung und wird in der Zeit vom 08.03. bis 15.03. in der Familie gepflegt.

Verringerte pflegebedingte Aufwendungen nach § 87a Abs. 1 Satz 7 SGB XI (75 v. H.) wegen Pflege im häuslichen Bereich vom 01.03. bis 31.03. (unter Berücksichtigung der Regelungen für Abwesenheitszeiten) = 1.420,00 Euro

Ergebnis:

Bei Inanspruchnahme

a) der Sachleistung:
Restanspruch (1.859,00 Euro – 1.420,00 Euro) = 439,00 Euro

b) des Pflegegeldes:
Pflege in häuslicher Umgebung in der Zeit vom 08.03. bis 15.03. = 8 Tage

Sachleistungsanteil (1.420,00 Euro von 1.859,00 Euro) = 76,39 v. H.
Geldleistungsanteil = 23,61 v. H.

Es besteht ein Anspruch auf ein anteiliges Pflegegeld für den Monat März in Höhe von 50,37 Euro (23,61 v. H. von 800,00 Euro = 188,88 Euro x 8 : 30).

4. 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 SGB XI festgelegten Höchstgrenzen der einzelnen Pflegegrade ausgeschöpft werden. Gleiches gilt auch für die teilstationäre Pflege nach § 41 SGB XI. Bei Zahlung von Pflegegeld ist nach § 37 Abs. 2 SGB XI anteiliges Pflegegeld für die tatsächlichen Tage der häuslichen Pflege (einschließlich Aufnahme- und Entlassungstag) zu zahlen. Bei einem Wechsel aus der Kurzzeitpflege in die vollstationäre Pflege besteht, unabhängig vom Pflegegrad, für die in dem Teilmonat erfolgte Kurzzeitpflege ein Leistungsanspruch von bis zu 1.854,00 Euro, soweit dieser Betrag bzw. der in § 42 Abs. 2 SGB XI genannte Zeitraum im Kalenderjahr noch nicht ausgeschöpft wurde. Wird für die Kurzzeitpflege der nicht verbrauchte Leistungsbetrag der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI verwendet, erhöht sich der Leistungsanspruch auf bis zu 3.539,00 Euro im Kalenderjahr. 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 SGB XI festgelegten Höchstgrenzen bzw. das anteilige Pflegegeld in Betracht.

(2) Für die Zeit der vollstationären Pflege besteht auch für den Teilmonat Anspruch auf den vollen Pauschbetrag. 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

Eine pflegebedürftige Person des Pflegegrades 4 zieht am 20.03. von der Kurzzeitpflegeeinrichtung in die vollstationäre Pflegeeinrichtung. Die täglichen pflegebedingten Aufwendungen in der Kurzzeitpflegeeinrichtung betragen 64,68 Euro und der vollstationären Pflegeeinrichtung betragen 68,00 Euro. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung in der vollstationären Pflege liegen bei 32,40 Euro.

Kostenübernahme der Kurzzeitpflege:

vom 01.03. bis 19.03. = 19 Tage x 64,68 Euro = 1.228,92 Euro

Ermittlung des Leistungsanspruchs:

Da das Entgelt für die pflegebedingten Aufwendungen in Höhe von 1.228,92 Euro den Höchstbetrag von 1.854,00 Euro nicht überschreitet, kann der Betrag von 1.228,92 Euro an die Kurzzeitpflegeeinrichtung gezahlt werden.

Kostenübernahme der vollstationären Pflege:

vom 20.03. bis 31.03.

Pflegebedingte Aufwendungen
(12 Tage x 68,00 Euro) = 816,00 Euro
Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung
(12 Tage x 32,40 Euro) = 388,80 Euro

Ermittlung des Leistungsanspruchs:

Da die pflegebedingten Aufwendungen zusammen mit den Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung in Höhe von 1.204,80 Euro (816,00 Euro + 388,80 Euro) den monatlichen Pauschbetrag von 1.854,00 Euro nicht übersteigen, kann der Betrag von 1.204,80 Euro 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.

5. Leistungserbringung

Die Pflegekasse zahlt den dem pflegebedürftigen Heimbewohner bzw. den der pflegebedürftigen Heimbewohnerin 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 (§ 87a Abs. 3 SGB XI).

Die Leistungsvorschriften machen zur Ermittlung der Höhe des für den jeweiligen pflegebedürftigen Heimbewohner bzw. des für die jeweilige pflegebedürftige Heimbewohnerin zu zahlenden Leistungsbetrages eine konkrete Angabe der Entgelthöhe je nach zu berücksichtigender Vergütungsform notwendig. Die Angaben sollten zweckmäßigerweise durch Rechnungen erfolgen, soweit die Partner des Versorgungsvertrages keine abweichenden Regelungen getroffen haben. Aus der Fälligkeit der zu zahlenden Leistungsbeträge zum 15. eines jeden Monats für den laufenden Monat ergibt sich die Notwendigkeit, Änderungen in der Höhe des zu zahlenden Leistungsbetrages – etwa infolge von zeitweiser Abwesenheit bzw. bei Tod der pflegebedürftigen Person – im Folgemonat zu korrigieren.

6. Berechnung der anteiligen Leistungsbeträge bei Einzug, Auszug oder Tod der pflegebedürftigen Person im laufenden Monat

(1) Bei Einzug, Auszug oder Tod der pflegebedürftigen Person besteht auch für den Teilmonat ein Anspruch auf den vollen Pauschbetrag. Die Zahlungspflicht der Heimbewohner bzw. der Heimbewohnerinnen und der Pflegekasse endet mit dem Tag, an dem die pflegebedürftige Person aus dem Heim entlassen wird oder verstirbt (§ 87a Abs. 1 Satz 2 SGB XI).

Die täglichen pflegebedingten Aufwendungen sowie die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung werden mit den tatsächlichen Tagen des Anspruchszeitraumes multipliziert. Liegt die Summe der Aufwendungen unter dem Pauschbetrag des jeweiligen Pflegegrades, ist eine Begrenzung vorzunehmen. Im umgekehrten Fall ist der Pauschbetrag zu zahlen.

Beispiel 1

Eine pflegebedürftige Person des Pflegegrades 5 wird am 05.03. in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung aufgenommen. Die täglichen pflegebedingten Aufwendungen betragen 84,72 Euro. Die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung betragen täglich 35,00 Euro.

Kostenübernahme der vollstationären Pflege:

vom 05.03. bis 31.03.
Pflegebedingte Aufwendungen
(27 Tage x 84,72 Euro) = 2.287,44 Euro
Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung
(27 Tage x 35,00 Euro) = 945,00 Euro

Ermittlung des Leistungsanspruchs:

Da die pflegebedingten Aufwendungen in Höhe von 2.287,44 Euro den Pauschbetrag in Höhe von 2.096,00 Euro übersteigen, ist die Leistungshöhe auf den Pauschbetrag zu begrenzen.

Beispiel 2

Eine pflegebedürftige Person des Pflegegrades 2 verstirbt am 07.04. Die täglichen pflegebedingten Aufwendungen betragen 62,23 Euro. Die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung betragen täglich 28,00 Euro.

Kostenübernahme der vollstationären Pflege:

vom 01.04. bis 07.04.
Pflegebedingte Aufwendungen
(7 Tage x 62,23 Euro) = 435,61 Euro
Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung
(7 Tage x 28,00 Euro) = 196,00 Euro

Ermittlung des Leistungsanspruchs:

Da die pflegebedingten Aufwendungen zusammen mit den Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung in Höhe von 631,61 Euro den Pauschbetrag von 805,00 Euro nicht übersteigen, kann der Betrag von 631,61 Euro zur Auszahlung gelangen.

(2) Bei Auszug oder Tod der pflegebedürftigen Person am letzten Tag eines Monats, werden die täglichen pflegebedingten Aufwendungen sowie die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung hingegen nicht mit den tatsächlichen Tagen des Anspruchszeitraumes multipliziert, sondern der volle Monat mit 30,42 Tagen berechnet.

Beispiel 3

Eine pflegebedürftige Person des Pflegegrades 2 verstirbt am 31.03. Die täglichen pflegebedingten Aufwendungen betragen 45,00 Euro. Die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung betragen täglich 27,00 Euro.

Kostenübernahme der vollstationären Pflege:

Pflegebedingte Aufwendungen (30,42 Tage x 45,00 Euro)	= 1.368,90 Euro
Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung (30,42 Tage x 27,00 Euro)	= 821,34 Euro

Ermittlung des Leistungsanspruchs:

Da die pflegebedingten Aufwendungen in Höhe von 1.368,90 Euro den Pauschbetrag in Höhe von 805,00 Euro übersteigen, ist die Leistungshöhe auf den Pauschbetrag zu begrenzen.

Beispiel 4

Eine pflegebedürftige Person des Pflegegrades 2 verstirbt am 28.02. Die täglichen pflegebedingten Aufwendungen betragen 45,00 Euro. Die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung betragen täglich 27,00 Euro.

Kostenübernahme der vollstationären Pflege:

Pflegebedingte Aufwendungen (30,42 Tage x 45,00 Euro)	= 1.368,90 Euro
Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung (30,42 Tage x 27,00 Euro)	= 821,34 Euro

Ermittlung des Leistungsanspruchs:
Da die pflegebedingten Aufwendungen in Höhe von 1.368,90 Euro den Pauschbetrag in Höhe von 805,00 Euro übersteigen, ist die Leistungshöhe auf den Pauschbetrag zu begrenzen.

7. Zahlungsweise bei Heimwechsel im laufenden Monat

In Fällen, in denen pflegebedürftige Personen im Laufe des Monats die (bisherige) vollstationäre Pflegeeinrichtung wechseln, wird der – bisherigen – Pflegeeinrichtung der Pauschbetrag zur Verfügung gestellt. Dieser ist jedoch im Falle eines Heimwechsels ausschließlich für die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege und der Betreuung in pauschalierter Form zu verwenden. An die neue Pflegeeinrichtung kann ggf. noch der verbleibende Betrag des noch nicht ausgeschöpften Leistungsbetrages nach § 43 SGB XI gezahlt werden. Sofern der Pauschbetrag höher ist als die Summe aus den pflegebedingten Aufwendungen und den Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege und der Betreuung ggf. inklusive der Ausbildungsumlage in

der neuen Pflegeeinrichtung, übernimmt die Pflegekasse bis zur Höhe des Pauschbetrages auch Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung für die aufnehmende Pflegeeinrichtung (vgl. Ziffer 2). Allerdings darf nur die aufnehmende Pflegeeinrichtung den Verlegungstag berechnen (§ 87a Abs. 1 Satz 3 SGB XI).

Beispiel 1

Eine pflegebedürftige Person des Pflegegrades 5 zieht am 14.05. von der Pflegeeinrichtung A in die Pflegeeinrichtung B. Die täglichen pflegebedingten Aufwendungen der Pflegeeinrichtung A betragen 91,09 Euro, die der Pflegeeinrichtung B 84,77 Euro. Die täglichen Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung betragen in Einrichtung A 30,40 Euro, in Einrichtung B 26,40 Euro.

Kostenübernahme der vollstationären Pflege in Pflegeeinrichtung A:

vom 01.05. bis 13.05.
Pflegebedingte Aufwendungen
(13 Tage x 91,09 Euro) = 1.184,17 Euro
Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung
(13 Tage x 30,40 Euro) = 395,20 Euro

Ermittlung des Leistungsanspruchs:

Da die pflegebedingten Aufwendungen in Höhe von 1.184,17 Euro den monatlichen Pauschbetrag von 2.096,00 Euro nicht übersteigen, kann der Betrag von 1.184,17 Euro an die Pflegeeinrichtung A gezahlt werden. Für Einrichtung B stehen noch 911,83 Euro (2.096,00 Euro – 1.184,17 Euro) zur Verfügung.

Kostenübernahme der vollstationären Pflege in Pflegeeinrichtung B:

vom 14.05. bis 31.05.
Pflegebedingte Aufwendungen
(18 Tage x 84,77 Euro) = 1.525,86 Euro
Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung
(18 Tage x 26,40 Euro) = 475,20 Euro

Ermittlung des Leistungsanspruchs:

Da bereits die pflegebedingten Aufwendungen in Höhe von 1.525,86 Euro den Restbetrag des noch nicht ausgeschöpften Pauschbetrages von 911,83 Euro übersteigt, ist die Zahlung an die Pflegeeinrichtung B auf 911,83 Euro zu begrenzen.

Beispiel 2

Eine pflegebedürftige Person des Pflegegrades 4 zieht am 28.05. von der Pflegeeinrichtung A in die Pflegeeinrichtung B. Die täglichen pflegebedingten Aufwendungen der Pflegeeinrichtung A betragen 91,09 Euro, die der Pflegeeinrichtung B 84,77 Euro. Die täglichen Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung betragen in Einrichtung A 30,40 Euro und in Einrichtung B 26,40 Euro.

Kostenübernahme der vollstationären Pflege in Pflegeeinrichtung A:

vom 01.05. bis 27.05.
Pflegebedingte Aufwendungen
(27 Tage x 91,09 Euro) = 2.459,43 Euro
Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung
27 Tage x 30,40 Euro) = 820,80 Euro

Ermittlung des Leistungsanspruchs:

Da die pflegebedingten Aufwendungen in Höhe von 2.459,43 Euro den monatlichen Pauschbetrag in Höhe von 1.855,00 Euro übersteigen, ist die Leistungshöhe auf den monatlichen Pauschbetrag von 1.855,00 Euro zu begrenzen. An die Pflegeeinrichtung B kann somit keine Zahlung mehr erfolgen.

8. Abwesenheitszeiten

Ein Pflegeplatz ist bei vorübergehender Abwesenheit einer pflegebedürftigen Person 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 Aufenthalten in Rehabilitationseinrichtungen um die Dauer dieser Aufenthalte. Für diesen Zeitraum besteht Anspruch auf Leistungen nach § 43 SGB XI (§ 87a Abs. 1 Satz 5 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 der pflegebedingten Aufwendungen Berücksichtigung.

Beispiel

Eine pflegebedürftige Person des Pflegegrades 2 wird am 10.05. aus einer vollstationären Pflegeeinrichtung in ein Krankenhaus aufgenommen; die Rückverlegung erfolgt am 24.05. Die täglichen pflegebedingten Aufwendungen betragen 68,56 Euro. Während vorübergehender Abwesenheit verringerte pflegebedingte Aufwendungen in Höhe von 51,42 Euro berechnet.

Mai

Pflegebedingte Aufwendungen = 68,56 Euro x 30,42 Tage	= 2.085,60 Euro
Abzug bei Abwesenheit (68,56 Euro x 25 v. H. x 10 Tage)	= 171,40 Euro
	= 1.914,20 Euro

Da die pflegebedingten Aufwendungen in Höhe von 1.914,20 Euro den monatlichen Pauschbetrag in Höhe von 805,00 Euro übersteigen, beträgt die Leistungshöhe 805,00 Euro.

9. Wechsel des Pflegegrades im laufenden Monat

Erhöht sich der Pflegebedarf einer pflegebedürftigen Person und wird aufgrund eines Höherstufungsantrages oder einer Wiederholungsbegutachtung im laufenden Monat ein höherer Pflegegrad zuerkannt, ist für den Leistungsbeginn § 48 SGB X zu beachten (vgl. Ziffer 2.2 zu § 33 SGB XI). Fällt der Leistungsbeginn des höheren Pflegegrades nicht auf den ersten eines Monats, ist aus pragmatischen Gründen der höhere Pauschbetrag vom Beginn des jeweiligen Kalendermonats maßgeblich.

Beispiel

Pflegebedürftiger des Pflegegrades 3

Antrag auf Höherstufung am	28.03.
Begutachtung durch den MD am	05.05.
Pflegegrad 4 liegt bereits vor ab	08.02.

Kostenübernahme für vollstationäre Pflege für den Monat Februar

Pflegebedingte Aufwendungen vom 01.02. bis 07.02.	
Pflegegrad 3 täglich 74,56 Euro x 7 Tage	= 521,92 Euro
Pflegebedingte Aufwendungen vom 08.02. bis 28.02.	
Pflegegrad 4 täglich 86,38 Euro x 21 Tage	= 1.813,98 Euro
	= **2.335,90 Euro**

Kostenübernahme für vollstationäre Pflege für den Monat März

Pflegebedingte Aufwendungen vom 01.03. bis 31.03.	
Pflegegrad 4 täglich 86,38 Euro x 30,42 Tage	= **2.627,68 Euro**

Ergebnis:

Die Pflegeeinrichtung hat erst ab dem 08.02. einen Anspruch auf die höhere Vergütung. Da die zu berücksichtigenden pflegebedingten Aufwendungen in Höhe von 2.335,90 Euro den monatlichen Pauschbetrag (des Pflegegrades 4) in Höhe von 1.855,00 Euro übersteigt, ist die Zahlung auf den Pauschbetrag zu begrenzen. Im Monat März ist die Zahlung auch auf den monatlichen Pauschbetrag in Höhe von 1.855,00 Euro zu begrenzen.

10. Berechnung der pflegebedingten Aufwendungen bei Aufforderung der Pflegeeinrichtung, einen Höherstufungsantrag zu stellen

Erhöht sich der Pflegebedarf der pflegebedürftigen Person, sollte die pflegebedürftige Person einen Antrag auf einen höheren Pflegegrad stellen, da die Pflegeeinrichtung Anspruch auf eine leistungsgerechte Vergütung hat, die dem Pflegeaufwand der pflegebedürftigen Person nach Art und Schwere ihrer Pflegebedürftigkeit entspricht.

Die Pflegeeinrichtung kann die pflegebedürftige Person schriftlich auffordern einen Höherstufungsantrag bei ihrer Pflegekasse zu stellen. Die Pflegeeinrichtung hat allerdings – ggf. anhand der Pflegedokumentation – gegenüber der pflegebedürftigen Person 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 die pflegebedürftige Person Leistungen des Trägers der Sozialhilfe erhält, zuzuleiten. Weigert sich die pflegebedürftige Person einen Antrag auf Höherstufung bei ihrer Pflegekasse zu stellen, kann die Pflegeeinrichtung der pflegebedürftigen Person oder dem Kostenträger (Träger der Sozialhilfe) ab dem ersten Tag des zweiten Monats nach der Aufforderung vorläufig den Pflegesatz nach dem nächst höheren Pflegegrad berechnen. Diese Regelung hält allerdings an dem Selbstbestimmungsrecht hinsichtlich der Antragstellung der pflegebedürftigen Person fest. D. h. bei fortbestehender Verweigerung der pflegebedürftigen Person, kann die Pflegekasse nur auf der Grundlage des aktuellen Leistungsbescheides die Leistungen gewähren (vgl. auch § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB XI). Insofern kommt als o. g. Kostenträger nicht die Pflegekasse in Betracht.

Pflegebedürftige Personen sollten im Rahmen der Beratung darauf hingewiesen werden, dass ihnen durch die Einführung des einrichtungseinheitlichen Eigenanteils nach § 84 Abs. 2 SGB XI durch die Höherstufung keine höheren Eigenanteile entstehen.

Beispiel 1

Aufforderung zu einem Höherstufungsantrag am	27. 01
Die pflegebedürftige Person weigert sich, den Antrag zu stellen.	
Die Pflegeeinrichtung kann den nächst höheren Pflegegrad in Rechnung stellen ab	01.03.

Stellt die pflegebedürftige Person, nach Aufforderung durch die Pflegeeinrichtung, einen Höherstufungsantrag, ist der MD oder ein von der Pflegekasse beauftragter Gutachter bzw. eine

von der Pflegekasse beauftragte Gutachterin einzuschalten. Werden die Voraussetzungen für einen höheren Pflegegrad durch den MD oder den beauftragten Gutachter bzw. durch die beauftragte Gutachterin nicht bestätigt und lehnt die Pflegekasse auf der Grundlage des Gutachtens des MD oder des von ihr beauftragten Gutachters bzw. der von ihr beauftragten Gutachterin eine Höherstufung ab, hat die Pflegeeinrichtung der pflegebedürftigen Person den überzahlten Betrag unverzüglich zurückzuzahlen. Der Rückzahlungsbetrag ist mit wenigstens 5 v. H. zu verzinsen.

Beispiel 2

Erhebung der höheren pflegebedingten Aufwendungen durch die Pflegeeinrichtung vom 28.02. bis 30.04.

Erhöhter Betrag insgesamt	1.145,00 Euro
Begutachtung durch den MD, dass ein höherer Pflegegrad nicht vorliegt am	19.04.
Verzinsung	9,72 Euro
(1.145,00 Euro : 365 Tage x 62 x 5 : 100)	
Rückzahlungsbetrag insgesamt	1.154,72 Euro

Sofern die Voraussetzungen für einen höheren Pflegegrad vorliegen siehe Ziffer 9.

11. Leistungen in nicht zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen

Begeben sich pflegebedürftige Personen in nicht zugelassene vollstationäre Pflegeeinrichtungen (keine Einrichtungen und Räumlichkeiten i. S. d. § 71 Abs. 4 SGB XI), können keine Leistungen der vollstationären Pflege erbracht werden.

Wird allerdings die Pflege durch einen zugelassenen Pflegedienst erbracht, besteht für pflegebedürftige Personen der Pflegegrade 2 bis 5 Anspruch auf die Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI. Dies gilt auch dann, wenn die stationäre Einrichtung selbst einen zugelassenen ambulanten Pflegedienst betreibt, der die Leistungen erbringt. Der pflegebedürftigen Person muss jedoch die Möglichkeit gegeben werden, von ihrem Wahlrecht (§ 2 Abs. 2 SGB XI) Gebrauch machen zu können.

Im Übrigen besteht für pflegebedürftige Personen der Pflegegrade 2 bis 5 aufgrund der insoweit selbst sichergestellten Pflege ein Anspruch auf Pflegegeld nach § 37 SGB XI.

§ 43a SGB XI
Pauschalleistungen für die Pflege von Menschen mit Behinderungen/ Inhalt der Leistung

Für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 in einer vollstationären Einrichtung im Sinne des § 71 Absatz 4 Nummer 1, in der die Teilhabe am Arbeitsleben, an Bildung oder die soziale Teilhabe., die schulische Ausbildung oder die Erziehung von Menschen mit Behinderungen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen, übernimmt die Pflegekasse zur Abgeltung der in § 43 Absatz 2 genannten Aufwendungen 15 Prozent der nach Teil 2 Kapitel 8 des Neunten Buches vereinbarten Vergütung. Die Aufwendungen der Pflegekasse dürfen im Einzelfall je Kalendermonat 278 Euro nicht überschreiten. Die Sätze 1 und 2 gelten auch für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 in Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Absatz 4 Nummer 3, die Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach Teil 2 des Neunten Buches erhalten. Wird für die Tage, an denen die Pflegebedürftigen im Sinne der Sätze 1 und 3 zu Hause gepflegt und betreut werden, anteiliges Pflegegeld beansprucht, gelten die Tage der An- und Abreise als volle Tage der häuslichen Pflege.

1. Allgemeines

Mit Wirkung zum 01.01.2020 erfolgte die personenzentrierte Neuausrichtung der Eingliederungshilfe. Damit entfällt seit 01.01.2020 in der Eingliederungshilfe die Differenzierung zwischen ambulanten, teilstationären und vollstationären Leistungen der Eingliederungshilfe. Dies hat zur Folge, dass die Leistungen der Eingliederungshilfe unabhängig vom Ort der Inanspruchnahme gewährt werden und zudem in Fachleistungen und existenzsichernden Leistungen differenziert werden. Der bisherige Anknüpfungspunkt des § 43a SGB XI an die Leistungserbringung im Bereich der vollstationären Versorgung erwachsener Menschen mit Behinderungen fällt künftig weg.

Um den bisherigen an dem Wohnort orientierten Leistungsanspruch nach § 43a SGB XI aufrecht erhalten zu können, besteht der Anspruch auf Leistungen nach § 43a SGB XI, wenn die pflegebedürftige Person mit einem Pflegegrad 2 bis 5 in einer Einrichtung i. S. d. 71 Abs. 4 Nr. 1 SGB XI oder Räumlichkeiten i. S. d. § 71 Abs. 4 Nr. 3 SGB XI lebt. Bei den Einrichtungen i. S. d. § 71 Abs. 4 Nr. 1 SGB XI handelt es sich um stationäre Einrichtungen, in der die Teilhabe am Arbeitsleben, an Bildung oder die soziale Teilhabe, die schulische Ausbildung oder die Erziehung von Menschen mit Behinderungen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen.

Die Räumlichkeiten i. S.d. § 71 Abs. 4 Nr. 3 SGB XI sind dadurch geprägt, dass die Bewohner und Bewohnerinnen die Überlassung des Wohnraums sowie die Erbringung von Leistungen der Eingliederungshilfe und gegebenenfalls darüber hinaus erforderliche Leistungen zur Pflege oder Betreuung in einer Weise erhalten, die sich im Rahmen einer Gesamtbetrachtung so darstellt, dass die Versorgung durch Leistungserbringer umfassend organisiert wird und die Mitbestimmungsmöglichkeiten vergleichbar wie in einer stationären Einrichtung eingeschränkt sind. Die Merkmale und Prüfkriterien wann eine Gesamtversorgung der in den Räumlichkeiten wohnenden Menschen mit Behinderungen durch Leistungserbringer regelmäßig einen Umfang erreicht, der weitgehend einer Versorgung in einer vollstationären Einrichtung entspricht, sind in den Richtlinien Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes nach § 71 Abs. 5 SGB XI () festgelegt.

Für Pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen des Pflegerades 2 bis 5, die am 01.01.2017 in häuslicher Pflege lebten, ist die Besitzstandsschutzregelung nach § 145 SGB XI zu beachten.

2. Leistungshöhe

Pflegebedürftige behinderte Menschen des Pflegegrades 2 bis 5, die in Einrichtungen i. S. d. § 71 Abs. 4 Nr. 1 SGB XI oder einer Räumlichkeit i. S. d. § 71 Abs. 4 Nr. 3 SGB XI ganztägig (Tag und Nacht) untergebracht und verpflegt werden, wird zur Abgeltung des Anspruchs auf Leistungen bei vollstationärer Pflege ein Pauschalbetrag gezahlt. Dieser beläuft sich auf 15 v. H. der nach Teil 2 Kapitel 8 des SGB IX vereinbarten Vergütung. Die Aufwendungen der Pflegekasse dürfen je Einzelfall nicht höher sein als 278,00 Euro monatlich.

Anspruch auf Leistungen nach § 43a SGB XI haben jedoch nur pflegebedürftige Personen der Pflegegrade 2 bis 5. Für pflegegebedürftige Personen des Pflegegrades 1, die in einer Einrichtung i. S. d. § 71 Abs. 4 Nr. 1 SGB XI oder einer Räumlichkeit nach § 71 Abs. 4 Nr. 3 SGB XI leben, beteiligen sich die Pflegekassen nicht an den pflegebedingten Aufwendungen. Die Leistungen der Eingliederungshilfe erstrecken sich in diesen Fällen auch auf die Pflegeleistungen in der Einrichtung (vgl. §§ 90 ff. SGB IX und Erläuterungen zu § 13 SGB XI Ziffer 3).

Sofern in den Einrichtungen der Eingliederungshilfe i. S. d. § 71 Abs. 4 Nr. 1 SGB XI bzw. Räumlichkeiten i. S. d. § 71 Abs. 4 Nr. 3 SGB XI tagesgleiche Pflegesätze vereinbart sind und auf dieser Basis monatliche Zahlbeträge anhand der tatsächlichen Kalendertage des jeweiligen Monats ermittelt werden, würde dies für die Berechnung der 15 v. H.-Regelung 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 ausgegangenen, 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 15 v. H. maßgebliche Größe – bei vollen Kalendermonaten – zu erhalten.

3. Anspruchsvoraussetzungen und Zahlungsweise

(1) Anspruchsvoraussetzung für die Zahlung des Pauschalbetrages ist das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit mindestens des Pflegegrades 2.

(2) Der dem pflegebedürftigen Bewohner bzw. der der pflegebedürftigen Bewohnerin der Einrichtung i. S. d. § 71 Abs. 4 Nr. 1 SGB XI oder Räumlichkeiten i. S. d. § 71 Abs. 4 Nr. 3 SGB XI zustehende Leistungsbetrag ist von seiner bzw. ihrer Pflegekasse mit befreiender Wirkung unmittelbar an den Träger der Einrichtung bzw. der Räumlichkeit 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 der pfflegebedürftigen Person, bei Abwesenheitszeiten sowie bei einem Wechsel der Einrichtungen i. S. d. § 71 Abs. 4 Nr. 1 SGB XI oder Räumlichkeiten i. S. d. § 71 Abs. 4 Nr. 3 SGB XI gelten die gleichen Grundsätze wie in der vollstationären Pflege (vgl. Ziffer 6 bis 8 zu § 43 SGB XI).

Beispiel 1

Eine pflegebedürftige Person des Pflegegrades 3 wird am 14.01. in eine Räumlichkeit i. S. d. § 71 Abs. 4 Nr. 3 SGB XI aufgenommen. Das tägliche Entgelt beträgt 89,53 Euro.

Berechnung des Entgelts:

vom 14.01. bis 31.01. = 18 Tage x 89,53 Euro = 1.611,54 Euro davon 15 v. H. = 241,73 Euro

Ermittlung des Leistungsanspruchs:

Da 15 v. H. des Entgelts in Höhe von 241,73 Euro den Pauschbetrag in Höhe von 278,00 Euro nicht übersteigt, kann der Betrag von 241,73 Euro zur Auszahlung gelangen.

Beispiel 2

Eine pflegebedürftige Person des Pflegegrades 2 befindet sich jeweils von Freitagmittag bis Sonntagabend im häuslichen Bereich. Das tägliche Entgelt in der Räumlichkeit beträgt 66,15 Euro. Während vorübergehender Abwesenheit wird ein reduziertes tägliches Entgelt in Höhe von 50,00 Euro – jeweils nur für den Samstag und den Sonntag – berechnet. In diesem Beispiel wird der Monat Januar 2025 zugrunde gelegt. Grundlage für die Berechnung sind jeweils die tatsächlichen Tage der Anwesenheit bzw. Abwesenheit.

Berechnung des Entgelts:

23 Tage x 66,15 Euro	= 1.521,45 Euro
8 Tage x 50,00 Euro	= 400,00 Euro
	1.921,45 Euro
davon 15 v. H.	= 288,22 Euro

Ermittlung des Leistungsanspruchs:

Da 15 v. H. des Entgelts in Höhe von 288,22 Euro den monatlichen Pauschbetrag in Höhe von 278,00 Euro übersteigen, ist der Betrag auf 278,00 Euro begrenzt.

4. Zusammentreffen mit anderen Leistungen nach dem SGB XI

4.1 Kombination von ambulanten und stationären Leistungen nach § 43a SGB XI

Pflegebedürftigen Personen in Einrichtungen i. S. d. § 71 Abs. 4 Nr. 1 SGB XI (z. B. Internatsunterbringung) oder in Räumlichkeiten i. S. d. § 71 Abs. 4 Nr. 3 SGB XI, für die zur Abgeltung des Anspruchs auf Pflegeleistungen der Pauschbetrag nach § 43a SGB XI gezahlt wird, kann für die Zeit der Pflege im häuslichen Bereich (z. B. an Wochenenden oder in Ferienzeiten) die Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI für die tatsächlichen Pflegetage in der Familie zur Verfügung gestellt werden. In diesen Fällen wird der Betrag nach § 43a SGB XI auf den Sachleistungshöchstanspruch nach § 36 Abs. 3 SGB XI des jeweiligen Pflegegrades angerechnet.

Beispiel 1

Pflegebedürftige Person des Pflegegrades 4

Pflege in häuslicher Umgebung im März jeweils von Freitagabend bis Sonntagabend und in den Ferien vom 15.03. bis 28.03.	= 20 Tage
in Anspruch genommene Sachleistung nach § 43a SGB XI (für die Zeit vom 15.03. bis 28.03. berechnet die Einrichtung ein reduziertes Entgelt – sog. "Abwesenheitsvergütung")	= 170,00 Euro

Ergebnis:

Der pflegebedürftigen Person kann in Höhe von 1.689,00 Euro (1.859,00 Euro – 170,00 Euro) 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. Der Anspruch auf ungekürztes Pflegegeld besteht anteilig für die Tage, an denen sich die pflegebedürftige Person ab Pflegegrad 2 tatsächlich in der häuslichen Pflege befindet. Das bedeutet, dass für jeden Tag der häuslichen Pflege zusätzlich zur Leistung nach § 43a SGB XI 1/30 des Leistungsbetrages nach § 37 SGB XI zu zahlen ist. Befindet sich die pflegebedürftige Person ab Pflegegrad 2 den vollen Monat in häuslicher Pflege, wird das gesamte Pflegegeld für den Monat gezahlt.

Beispiel 2

Pflegebedürftige Person des Pflegegrades 3

Pflege in häuslicher Gemeinschaft im Februar 2025 jeweils von Freitagabend bis Montagmorgen	= 16 Tage
in Anspruch genommene Sachleistung nach § 43a SGB XI	= 236,00 Euro

Ergebnis:

Der pflegebedürftigen Person kann zusätzlich zu der Leistung nach § 43a SGB XI ein anteiliges Pflegegeld in Höhe von 319,47 Euro (599,00 Euro x 16 : 30) gezahlt werden.

Neben den Leistungen nach § 43a SGB XI kann der pflegebedürftigen Person ab Pflegegrad 2 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

Pflegegrad 2

Pflege in häuslicher Umgebung im März 2024 jeweils von Freitagabend bis Montagmorgen	= 19 Tage
in Anspruch genommene Sachleistung nach § 43a SGB XI	= 236,00 Euro
Sachleistungsanteil nach § 36 SGB XI (796,00 Euro – 236,00 Euro)	= 560,00 Euro
Geldleistungsanteil 347,00 Euro x 19 : 30)	= 219,77 Euro

Ergebnis:

Es besteht für den Monat März 2024 ein Anspruch auf Sachleistungen in Höhe von 560,00 Euro und ein anteiliges Pflegegeld in Höhe von insgesamt 219,77 Euro.

4.2 Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege bei der Gewährung der Leistungen nach § 43a SGB XI

Ist bei pflegebedürftigen Personen der Pflegegrade 2 bis 5, 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 die pflegebedürftige Person mit mindestens Pflegegrad 2 in der Zeit, in der keine Pflege im häuslichen Bereich durchgeführt werden kann, die Unterbringung in derselben Einrichtung i. S. d. 71 Abs. 4 Nr. 1 SGB XI oder der Räumlichkeit i. S. d. § 71 Abs. 4 Nr. 3 SGB XI 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.

§ 43b SGB XI
Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Einrichtungen
Inhalt der Leistungen

Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen haben nach Maßgabe von § 84 Absatz 8 und § 85 Absatz 8 Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung, die über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinausgeht.

1. Allgemeines

Pflegebedürftige Personen in stationären Einrichtungen haben einen Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung. Der Anspruch entspricht inhaltlich unverändert dem bis zum 31.12.2016 in § 87b SGB XI geregelten Anspruch der stationären Pflegeeinrichtungen auf Vergütungszuschläge für zusätzliche Betreuungsleistungen. Mit Inkrafttreten des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes zum 01.01.2017 erhält die pflegebedürftige Person einen individuellen Rechtsanspruch auf diese zusätzlichen Betreuungsleistungen gegenüber ihrer Pflegekasse. Daher wurde diese neue Leistung ebenfalls im Leistungskatalog des § 28 Abs. 1 Nr. 9a SGB XI und § 28a Satz 1 Nr. 9 SGB XI aufgenommen. Gemäß § 33 SGB XI werden Leistungen der Pflegeversicherung nur auf Antrag gewährt. Bei pflegebedürftigen Personen, die ab 01.01.2017 stationäre Leistungen (Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege oder vollstatuionäre Pflege) beantragen, kann jedoch davon ausgegangen werden, dass konkludent mit diesem Antrag gleichzeitig ein Antrag auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung nach § 43b SGB XI gestellt wird.

Zugelassene stationäre Pflegeeinrichtungen (vollstationäre Pflegeeinrichtungen, Kurzzeitpflegeeinrichtungen, Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen) erhalten zur Erbringung der Leistungen einen Vergütungszuschlag. seit 01.01.2017 sind die Einrichtungen verpflichtet, ein entsprechendes Angebot vorzuhalten.

Versicherte Personen, für die bis zum 31.12.2016 ein Vergütungszuschlag geleistet wurde, die aber nicht pflegebedürftig i. S. d. seit 01.01.2017 geltenden Rechts sind, haben keinen Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 43b SGB XI. Infolgedessen erhält die stationäre Pflegeeinrichtung für diesen Personenkreis auch keinen Vergütungszuschlag mehr. Auf das zusätzliche Betreuungs- und Aktivierungsangebot muss die stationäre Pflegeeinrichtung die versicherte Person im Rahmen der Verhandlung und des Abschlusses des Vertrages nachprüfbar hinweisen (§ 85 Abs. 8 SGB XI). Die Pflegekassen haben die notwendige Transparenz durch entsprechende Hinweise in den Leistungs- und Preisvergleichslisten nach § 7 Abs. 3 SGB XI herzustellen.

Ein Anspruch auf Leistungen der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung besteht ebenso in den Fällen, in denen in der Kurzzeitpflege oder Tages- oder Nachtpflege zugleich ein Anspruch auf Leistungen nach § 45b SGB XI besteht. Von daher schmälert der Anspruch auf Leistungen der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung nicht den Anspruch der pflegebedürftigen Person auf Leistungen nach § 45b SGB XI. Der Anspruch auf Leistungen der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung besteht auch bei einem Aufenthalt in der Kurzzeitpflege, wenn in dieser Zeit die Leistungen der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI in Anspruch genommen werden oder der Aufenthalt durch Leistungen nach § 45b SGB XI, das Pflegegeld oder durch eigene finanzielle Mittel finanziert wird (vgl. Ziffer 2 zu § 45b SGB XI).

Beispiel

Eine seit 01.04. pflegebedürftige Person des Pflegegrades 2 hat einen Antrag auf Leistungen der Kurzzeitpflege für die Zeit vom 07.05. bis 28.05. (22 Kalendertage) gestellt. Die Kurzzeitpflegeeinrichtung berechnet für die täglichen pflegebedingten Aufwendungen 64,48 Euro sowie für Verpflegung und Unterkunft täglich 16,23 Euro. Es wird ein Vergütungszuschlag in Höhe von 3,38 Euro täglich abgerechnet.

Berechnung des Entgelts:

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

Ermittlung des Leistungsanspruchs:

Die Pflegekasse übernimmt nach § 42 SGB XI die pflegebedingten Aufwendungen in Höhe von 1.418,56 Euro, da der Höchstbetrag von 1.854,00 Euro nicht überschritten wird.

Die Einrichtung der Kurzzeitpflege erhält einen Vergütungszuschlag für die Erbringung der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung in Höhe von 74,36 Euro (3,38 Euro x 22 Tage). Der Anspruch auf Leistungen der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung in der Kurzzeitpflegeeinrichtung schmälert nicht den Anspruch der pflegebedürftigen Person auf Leistungen nach § 45b SGB XI. Somit können der pflegebedürftigen Person auf Antrag die entstandenen Aufwendungen für Verpflegung und Unterkunft in Höhe von 357,06 Euro mit dem erworbenen Anspruch auf Leistungen nach § 45b SGB XI von April bis Mai in einem Umfang von bis zu 262,00 Euro erstattet werden. Der pflegebedürftigen Person entsteht ein Eigenanteil in Höhe von 95,06 Euro. Dieser Restbetrag kann mit dem Anspruch auf Leistungen nach § 45b SGB XI in den Folgemonaten (Juni bis Dezember) aufgefangen werden.

Für Beihilfeempfänger und Beihilfeempfängerinnen besteht entsprechend der Regelung des § 28 Abs. 2 SGB XI lediglich Anspruch auf die Hälfte des Vergütungszuschlages nach § 84 SGB XI (vgl. Ziffer 2 zu § 28 SGB XI)

§ 43c SGB XI
Begrenzung des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die bis einschließlich 12 Monate Leistungen nach § 43 beziehen, erhalten einen Leistungszuschlag in Höhe von 15 Prozent ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen. Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die seit mehr als 12 Monaten Leistungen nach § 43 beziehen, erhalten einen Leistungszuschlag in Höhe von 30 Prozent ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen. Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die seit mehr als 24 Monaten Leistungen nach § 43 beziehen, erhalten einen Leistungszuschlag in Höhe von 50 Prozent ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen. Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die seit mehr als 36 Monate Leistungen nach § 43 beziehen, erhalten einen Leistungszuschlag in Höhe von 75 Prozent ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen. Bei der Bemessung der Monate, in denen Pflegebedürftige Leistungen nach § 43 beziehen, werden Monate, in denen nur für einen Teilzeitraum Leistungen nach § 43 bezogen worden sind, berücksichtigt. Die Pflegeeinrichtung, die den Pflegebedürftigen versorgt, stellt der Pflegekasse des Pflegebedürftigen neben dem Leistungsbetrag den Leistungszuschlag in Rechnung und dem Pflegebedürftigen den verbleibenden Eigenanteil. Die Pflegekasse übermittelt für jeden Pflegebedürftigen beim Einzug in die Pflegeeinrichtung sowie zum 1. Januar 2022 für alle vollstationär versorgten Pflegebedürftigen die bisherige Dauer des Bezugs von Leistungen nach § 43.

1. Allgemeines

Um eine finanzielle Überforderung der vollstationär versorgten pflegebedürftigen Personen in den Pflegegraden 2 bis 5 zu vermeiden, wird der von der pflegebedürftigen Person zu tragende Eigenanteil an den pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Ausbildungsumlagen mit zunehmender Dauer der vollstationären Pflege schrittweise verringert. Seit dem 01.01.2022 reduziert sich der Eigenanteil in Abhängigkeit der Dauer des Bezugs von Leistungen der vollstationären Pflege nach § 43 SGB XI durch einen von der Pflegekasse zu zahlenden Leistungszuschlag.

Es handelt sich um einen Leistungsanspruch der pflegebedürftigen Person gegenüber ihrer Pflegekasse und nicht um einen Vergütungsanspruch der vollstationären Pflegeeinrichtung gegenüber der Pflegekasse der anspruchsberechtigten pflegebedürftigen Person. Ein Antrag der pflegebedürftigen Person auf Zahlung des Leistungszuschlags ist nicht erforderlich.

Die Pflegeeinrichtung, die die pflegebedürftige Person versorgt, stellt der Pflegekasse der pflegebedürftigen Person neben dem Leistungsbetrag nach § 43 SGB XI den Leistungszuschlag in Rechnung. Der pflegebedürftigen Person wird der noch verbleibende Eigenanteil von der vollstationären Pflegeeinrichtung in Rechnung gestellt. Die Pflegekasse übermittelt für jede pflegebedürftige Person der Pflegegrade 2 bis 5 beim Einzug sowie zum 01.01.2022 für alle vollstationär versorgten Pflegebedürftigen die bisherige Dauer des Bezugs von vollstationären Leistungen nach § 43 SGB XI. Die Zahlung des Leistungszuschlags erfolgt mit befreiender Wirkung an die Pflegeeinrichtung (§ 87a Abs. 3 SGB XI).

Pflegebedürftige Personen des Pflegegrades 1, die den Leistungszuschuss nach § 43 Abs. 3 SGB XI erhalten, haben keinen Anspruch auf den Leistungszuschlag nach § 43c SGB XI (vgl. Ziffer 3 Absatz 2).

Für eine pflegebedürftige Person, die Leistungen nach § 39a Abs.1 SGB V bezieht, besteht kein Anspruch auf den Leistungszuschlag nach § 43c SGB XI. In diesen Fällen hat die pflegebedürftige Person keine Eigenanteile zu tragen. Dies gilt auch für pflegebedürftige Personen in vollstationären Pflegeeinrichtungen mit Leistungsanspruch nach § 37c Abs. 3 SGB V.
Sofern während des Aufenthaltes Leistungen nach § 43 SGB XI bezogen werden, sind diese jedoch bei einem späteren Wechsel in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung bei der Berechnung der Dauer des Bezugs von Leistungen nach § 43 SGB XI und damit für die Höhe des Leistungszuschlags nach § 43c SGB XI zu berücksichtigen.

2. Leistungsinhalt

Pflegebedürftige Personen der Pflegegrade 2 bis 5 erhalten einen Leistungszuschlag in Höhe von

- 15 v. H. ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen bei einem Leistungsbezug nach § 43 SGB XI von bis einschließlich 12 Monaten,
- 30 v. H. ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen bei einem Leistungsbezug nach § 43 SGB XI von mehr als 12 Monaten,
- 50 v. H. ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen bei einem Leistungsbezug nach § 43 SGB XI von mehr als 24 Monaten,
- 75 v. H. ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen bei einem Leistungsbezug von mehr als 36 Monaten.

Der Leistungszuschlag wird in entsprechender Höhe zum Eigenanteil an den pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Ausbildungsumlagen, die die pflegebedürftige Person zu zahlen hat, geleistet. Bei der Berechnung des Leistungszuschlages sind die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie die Investitionskosten nicht zu berücksichtigen, so dass diese in voller Höhe von der pflegebedürftigen Person zu tragen sind.

3. Berechnung der Dauer des Leistungsbezugs

(1) Für die Höhe des Leistungszuschlags zu den von den pflegebedürftigen Personen des Pflegegrades 2 bis 5 zu tragenden Eigenanteilen an den pflegebedingten Aufwendungen einschließlich Ausbildungsumlagen ist die Dauer des Bezugs von Leistungen nach § 43 SGB XI maßgeblich. Demzufolge ist unerheblich, ob die pflegebedürftige Person während des Leistungsbezugs einen Heimwechsel oder Kassenwechsel vorgenommen hat. Dies gilt ebenfalls für Zeiten, in denen die pflegebedürftige Person privat pflegeversichert war und vollstationäre Leistungen bezogen hat.

Bei der Ermittlung der Dauer des Leistungsbezuges nach § 43 SGB XI werden Kalendermonate, in denen nur für einen Teilzeitraum Leistungen bezogen worden, als volle Kalendermonate berücksichtigt. Dabei ist unerheblich, ob in dem betreffenden Teilkalendermonat bereits weitere ambulante, teilstationäre Leistungen oder Leistungen der Kurzzeitpflege bezogen wurden.

Für die Ermittlung der Dauer des Bezugs von Leistungen nach § 43 SGB XI werden alle Zeiten berücksichtigt, in denen die Leistungen nach § 43 SGB XI bezogen wurden. Es ist nicht erforderlich, dass es sich um zusammenhängende Zeiträume des Leistungsbezugs nach § 43 SGB XI handelt. In der Vergangenheit liegende Zeiträume werden bei Unterbrechungen mitgerechnet. Auf den Grund oder den Zeitraum der Unterbrechung des Leistungsbezugs nach § 43 SGB XI kommt es nicht an.

Da der Pflegeplatz bei vorübergehender Abwesenheit von bis zu 42 Tagen im Kalenderjahr freizuhalten ist und ein Anspruch auf Leistungen nach § 43 SGB XI besteht (§ 87a Abs. 1 Satz 5 SGB XI), ist eine vorübergehende Abwesenheit bei der Berechnung der Dauer des Leistungsbezuges nach § 43 SGB XI unschädlich. Verlängert sich dieser Abwesenheitszeitraum aufgrund vollstationärem Krankenhausaufenthalt oder einem Aufenthalt in einer Rehabilitationseinrichtung gilt dies für deren gesamte Dauer.

Beispiel 1

Eine pflegebedürftige Person des Pflegegrades 3 ist am 31.07.2021 in die vollstationäre Pflegeeinrichtung eingezogen.

Der Juli 2021 wird für die Ermittlung der Dauer des Leistungsbezugs nach § 43 SGB XI als voller Kalendermonat gezählt. Die pflegebedürftige Person bezog bis zum 31.12.2021 für insgesamt 6 Kalendermonate Leistungen nach § 43 SGB XI. Daher erhält sie ab 01.01.2022 einen Leistungszuschlag in Höhe von 5 v. H. zu dem von ihr zu zahlenden Eigenanteil an den pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Ausbildungsumlagen. Die nächste Erhöhung des Leistungszuschlages auf 25 v. H. erfolgte mit Ablauf des 12. Kalendermonats des Leistungsbezugs zum 01.07.2022 und mit Ablauf des 24. Kalendermonats zum 01.07.2023 auf 45 v. H, der sich ab 01.01.2024 auf 50 v. H. erhöht hat. Mit Ablauf des 36. Kalendermonats zum 01.07.2024 hat sich der Leistungszuschlag auf 75 v. H. erhöht.

Beispiel 2

Eine pflegebedürftige Person des Pflegegrades 3 ist am 21.01.2021 in die vollstationäre Pflegeeinrichtung eingezogen.

Der Januar 2021 wird für die Ermittlung der Dauer des Leistungsbezugs nach § 43 SGB XI als voller Kalendermonat gezählt. Die pflegebedürftige Person bezog bis zum 31.12.2021 für insgesamt 12 Kalendermonate Leistungen nach § 43 SGB XI. Daher erhält sie ab 01.01.2022 einen Leistungszuschlag in Höhe von 25 v. H. zu dem von ihr zu zahlenden Eigenanteil an den pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Ausbildungsumlagen. Die nächste Erhöhung des Leistungszuschlages auf 45 v. H. erfolgte mit Ablauf des 24. Kalendermonats des Leistungsbezugs zum 01.01.2023.

Mit Ablauf des 36. Kalendermonats erfolgte ab 01.01.2024 eine Erhöhung des Leistungszuschlages auf 75 v. H.

Beispiel 3

Eine pflegebedürftige Person des Pflegegrades 2 lebt seit 01.05.2020 in der vollstationären Pflegeeinrichtung A. Sie zieht am 15.03.2021 von der Pflegeeinrichtung A in die Pflegeeinrichtung B. Zum 31.08.2021 fand ein Pflegekassenwechsel statt.

Ergebnis:

Die pflegebedürftige Person bezog bis zum 31.12.20213 für insgesamt 20 Kalendermonate Leistungen der vollstationären Pflege nach § 43 SGB XI. Daher erhält sie ab 01.01.2022 einen Leistungszuschlag in Höhe von 25 v. H. zu dem von ihr zu zahlenden Eigenanteil an den pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Ausbildungsumlagen. Für die Höhe des Zuschlags ist allein die Dauer des Bezugs von Leistungen der vollstationären Pflege nach § 43 SGB XI maßgeblich. Der Heimwechsel im März 2021 und der Wechsel der Pflegekasse im August 2021 haben keinen Einfluss auf die Ermittlung des Leistungsbezuges nach § 43 SGB XI.

Die nächste Erhöhung des Leistungszuschlags auf 45 v. H. erfolgte mit Ablauf des 24. Kalendermonats zum 01.05.2022 und mit Ablauf des 36. Kalendermonats zum 01.05.2023 auf 70 v. H.. Ab 01.01.2024 erhöhte sich der Leistungszuschlag auf 75 v. H.

Beispiel 4

Eine pflegebedürftige Person des Pflegegrades 2 bezog vom 01.02.2018 bis zum 31.03.2020 für insgesamt 26 Kalendermonate Leistungen der vollstationären Pflege nach § 43 SGB XI. Im Anschluss an ambulante Pflegeleistungen nach § 37 SGB XI bezieht sie ab 15.07.2021 erneut Leistungen der vollstationären Pflege nach § 43 SGB XI.

Ergebnis:

Die Zeit des Leistungsbezugs nach § 43 SGB XI vom 01.02.2018 bis zum 31.03.2020 wird auf die Zeit des erneuten Bezugs von Leistungen nach § 43 SGB XI ab dem 15.07.2021 angerechnet. Da der Juli 2021 für die Ermittlung der Dauer des Leistungsbezugs nach § 43 SGB XI als voller Kalendermonat gezählt wird, bezog die pflegebedürftige Person bis zum 31.12.2021 für insgesamt 32 Kalendermonate Leistungen der vollstationären Pflege nach § 43 SGB XI. Daher erhält sie ab 01.01.2022 einen Leistungszuschlag in Höhe von 45 v. H. zu dem von ihr zu zahlenden Eigenanteil an den pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Ausbildungsumlagen. Für die Höhe des Zuschlags sind alle Zeiten des Bezuges von vollstationärer Pflege nach § 43 SGB XI zu berücksichtigen, unabhängig davon, ob sie zusammenhängend erbracht wurden oder für welchen Zeitraum sie unterbrochen waren.

Ab 01.05.2022 erhöhte sich der Leistungszuschlag auf 70 v. H. mit Ablauf des 36. Kalendermonats und ab 01.01.2024 hat sich der Leitungszuschlag auf 75 v. H. erhöht.

(2) Pflegebedürftige Personen des Pflegegrades 1, die einen Leistungszuschuss nach § 43 Abs. 3 SGB XI beziehen, haben keinen Anspruch auf den Leistungszuschlag nach § 43c SGB XI. Erfolgt jedoch eine Höherstufung in mindestens Pflegegrad 2 besteht ein Anspruch auf den Leistungszuschlag. Der Zeitraum des Bezugs des Leistungszuschusses nach § 43 Abs. 3 SGB XI wird bei der Berechnung der Dauer des Bezugs von Leistungen nach § 43 SGB XI berücksichtigt.

Beispiel 5

Eine pflegebedürftige Person des Pflegegrades 1 lebt seit 05.10.2023 in einer vollstationären Pflegeeinrichtung. Am 01.02.2025 erfolgt eine Höherstufung in den Pflegegrad 2. Bis zum 31.01.2025 hat die Pflegekasse einen Leistungszuschuss nach § 43 Abs. 3 SGB XI in Höhe von 131,00 Euro gezahlt. Ab dem 01.02.2025 wird der Pauschbetrag nach § 43 Abs. 2 SGB XI gezahlt.

Ab dem 01.02.2025 besteht ein Anspruch der pflegebedürftigen Person auf den Leistungszuschlag nach § 43c SGB XI. Für die Berechnung der Dauer des Leistungsbezugs nach § 43 SGB XI wird der Zeitraum des Leistungszuschusses nach § 43 Abs. 3 SGB XI vom 05.10.2023 bis 31.01.2025 berücksichtigt.

Die pflegebedürftige Person bezog bis zum 31.01.2025 für insgesamt 16 Kalendermonate Leistungen der vollstationären Pflege nach § 43 SGB XI. Daher erhält sie ab 01.02.2025 einen Leistungszuschlag in Höhe von 30 v. H. zu dem von ihr zu zahlenden Eigenanteil an den pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Ausbildungsumlagen. Die nächste Erhöhung des Leistungszuschlags auf 50 v. H. erfolgt mit Ablauf des 24. Kalendermonats zum 01.10.2026.

Beispiel 6

Eine pflegebedürftige Person des Pflegegrades 3 lebt seit 31.07.2020 in einer vollstationären Pflegeeinrichtung. In der Zeit vom 08.02.2021 bis 17.03.2021 (38 Tage) befindet sich die pflegedürftige Person in Urlaub.

Der Juli 2020 wird für die Ermittlung der Dauer des Leistungsbezugs nach § 43 SGB XI als voller Kalendermonat gezählt. Die Zeit der Abwesenheit vom 08.02.2021 bis 17.03.2021 kann auch im vollen Umfang berücksichtigt werden, da der Zeitraum unter 42 Tage im Kalenderjahr liegt. Die pflegebedürftige Person bezog bis zum 31.12.2021 für insgesamt 18 Kalendermonate Leistungen nach § 43 SGB XI. Daher erhält sie ab 01.01.2022 einen Leistungszuschlag in Höhe von 25 v. H. zu dem von ihr zu zahlenden Eigenanteil an den pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Ausbildungsumlagen. Mit Ablauf des 24. Kalendermonats des Leistungsbezugs zum 01.07.2022 erhöhte sich der Leistungszuschlag auf 45 v. H. sowie mit Ablauf des 36. Kalendermonats des Leistungsbezugs zum 01.07.2023 auf 70 v. H.. Ab 01.01.2024 erhöhte sich der Leistungszuschlag auf 75 v. H..

Beispiel 7

Eine pflegebedürftige Person des Pflegegrades 4 lebt seit 25.09.2020 in einer vollstationären Pflegeeinrichtung. In der Zeit vom 08.02.2021 bis 27.04.2021 befindet sich die pflegedürftige Person in einer stationären Krankenhausbehandlung.

Der September 2020 wird für die Ermittlung der Dauer des Leistungsbezugs nach § 43 SGB XI als voller Kalendermonat gezählt. Die Zeit der Abwesenheit vom 08.02.2021 bis 27.04.2021 kann auch im vollen Umfang berücksichtigt werden, da nach § 87a Abs. 1 Satz 5 SGB XI für diesen Zeitraum weiterhin ein Anspruch auf Leistungen nach § 43 SGB XI besteht. Die pflegebedürftige Person bezog bis zum 31.12.2021 für insgesamt 16 Kalendermonate Leistungen nach § 43 SGB XI. Daher erhält sie ab 01.01.2022 einen Leistungszuschlag in Höhe von 25 v. H. zu dem von ihr zu zahlenden Eigenanteil an den pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Ausbildungsumlagen. Die nächste Erhöhung des Leistungszuschlages auf 45 v. H. erfolgte mit Ablauf des 24. Kalendermonats des Leistungsbezugs zum 01.09.2022. Mit Ablauf des 36. Kalendermonats des Leistungsbezugs zum 01.09.2023 erhöhte sich der Leistungszuschlag auf 70 v. H. und ab 01.01.2024 erhöhte sich der Leistungszuschlag auf 75 v. H.

(3) Bei einem Heimwechsel im laufenden Monat wird der Monat als ein Gesamtmonat betrachtet, da die pflegebedürftige Person durchgehend Leistungen nach § 43 SGB XI bezieht. Hinsichtlich der Berechnung der Höhe des Leistungszuschlages vgl. Ziffer 4.

(4) Werden Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI in der vollstationären Pflegeeinrichtung in Anspruch genommen, wird der Zeitraum des Bezugs von Leistungen nach § 42 SGB XI bei der Berechnung der Bezugsdauer der Leistungen nach § 43 SGB XI nicht berücksichtigt. Dies gilt insbesondere auch dann, wenn die pflegebedürftige Person in der vollstationären Pflegeeinrichtung zunächst die Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI und nach Ausschöpfen des Anspruchs nach § 42 SGB XI Leistungen der vollstationären Pflege nach § 43 SGB XI im Rahmen dieser Kurzzeitpflegeunterbringung bezieht. Sofern jedoch im Anschluss an die Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI innerhalb des Monats ein Wechsel von der ambulanten in die vollstationäre Pflege nach § 43 SGB XI erfolgt, wird der Monat des Wechsels trotz der Inanspruchnahme der Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI als voller Kalendermonat für den Leistungsbezug nach § 43 SGB XI gezählt.

Beispiel 8

Eine pflegebedürftige Person des Pflegegrades 2 nimmt vom 05.05.2021 bis 31.05.2021 die Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI in Anspruch. Ab 01.06.2021 erfolgt ein Wechsel in die vollstationäre Pflege. Die pflegebedürftige Person nimmt die Leistungen der vollstationären Pflege nach § 43 SGB XI in der gleichen Pflegeeinrichtung in Anspruch.

Für die Berechnung der Dauer des Leistungsbezugs nach § 43 SGB XI wird der Zeitraum der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI vom 05.05.2021 bis 31.05.2021 nicht berücksichtigt. Auch wenn sich die pflegebedürftige Person bereits in der gleichen vollstationären Pflegeeinrichtung befand, hat sie die Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI in Anspruch genommen.

Mit dem Wechsel von der ambulanten in die vollstationäre Pflege ab dem 01.06.2021 werden die Monate des Leistungsbezugs nach § 43 SGB XI berücksichtigt.

Die pflegebedürftige Person bezog bis zum 31.12.2021 für insgesamt 7 Kalendermonate Leistungen der vollstationären Pflege nach § 43 SGB XI. Daher erhält sie ab 01.01.2022 einen Leistungszuschlag in Höhe von 5 v. H. zu dem von ihr zu zahlenden Eigenanteil an den pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Ausbildungsumlagen. Die nächste Erhöhung des Leistungszuschlags auf 25 v. H. erfolgte mit Ablauf des 12. Kalendermonats zum 01.06.2022. Mit Ablauf des 24. Kalendermonats des Leistungsbezugs zum 01.06.2023 erhöhte sich der Leistungszuschlag auf 45 v. H. und ab 01.01.2024 erhöhte sich der Leistungszuschlag auf 50 v. H. Mit Ablauf des 36. Kalendermonats erhöhte sich der Leistungszuschlag auf 75 v. H.

Beispiel 9

Eine pflegebedürftige Person des Pflegegrades 3 nimmt vom 25.05.2020 bis 10.06.2020 die Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI in Anspruch. Ab 11.06.2020 erfolgt ein Wechsel in die vollstationäre Pflege. Die pflegebedürftige Person nimmt die Leistungen der vollstationären Pflege nach § 43 SGB XI in der gleichen Pflegeeinrichtung in Anspruch.

Die Leistungen der vollstationären Pflege nach § 43 SGB XI werden ab dem 11.06.2020 bezogen. Der Juni 2020 wird als voller Kalendermonat für die Berechnung der Dauer des Leistungsbezugs nach § 43 SGB XI berücksichtigt. Da die pflegebedürftige Person bis zum 31.12.2021 vollstationäre Leistungen nach § 43 SGB XI für insgesamt 19 Kalendermonate bezogen hat, erhält sie ab 01.01.2022 einen Leistungszuschlag in Höhe von 25 v. H. zu dem von ihr zu zahlenden Eigenanteil an den pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Ausbildungsumlagen. Die nächste Erhöhung des Leistungszuschlags auf 45 v. H. mit Ablauf des 24. Kalendermonats erfolgte zum 01.06.2022. Mit Ablauf des 36. Kalendermonats des Leistungsbezugs zum 01.06.2023 erhöhte sich der Leistungszuschlag auf 70 v. H. und ab 01.01.2024 erhöhte er sich auf 75 v. H..

4. Berechnung der Höhe des Leistungszuschlags

(1) Die Höhe des Leistungszuschlags ist abhängig von der Dauer des Bezugs von Leistungen nach § 43 SGB XI und bemisst sich an dem tatsächlichen Eigenanteil an den pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Ausbildungsumlagen. Hierfür sind die pflegebedingten Aufwendungen und die Summe der Ausbildungsumlagen abzüglich des Leistungsbetrags nach § 43 Abs. 2 SGB XI maßgeblich. Hinsichtlich der Berechnung der pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Ausbildungsumlagen für Teilzeiträume (z. B. Auszug, Tod, Heimwechsel im laufenden Kalendermonat) wird auf die Ausführungen zu § 43 SGB XI (vgl. Ziffer 6 zu § 43 SGB XI) verwiesen. Abhängig von dem ermittelten tatsächlichen Eigenanteil an den pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Ausbildungsumlagen zahlt die Pflegekasse den von der Dauer des Leistungsbezugs nach § 43 SGB XI abhängigen prozentualen Leistungszuschlag.

Dies gilt auch für pflegebedürftige Personen der Pflegegrade 2 bis 5, die bis zum 31.12.2021 aufgrund der Regelung nach § 141 Abs. 3 SGB XI einen Besitzstandsschutzbetrag erhalten

haben. Da die Regelung des § 141 Abs. 3 SGB XI zum 31.12.2021 entfallen ist, findet diese bei der Ermittlung des Leistungszuschlages nach § 43c SGB XI folglich keine Berücksichtigung mehr.

Beispiel 1

Eine pflegebedürftige Person des Pflegegrades 3 lebt seit dem 15.06.2021 in einer vollstationären Pflegeeinrichtung.

Ermittlung Höhe des Leistungszuschlags ab dem 01.01.2024

Pflegebedingte Aufwendungen	74,28 Euro x 30,42 =	2.259,60 Euro
Ausbildungsumlagen	6,42 Euro x 30,42 =	195,30 Euro
(Ausbildungsumlage täglich 3,14 Euro		
+ Ausbildungsumlage nach Pflegeberufegesetz täglich 3,28 Euro)		
Gesamtsumme		**2.454,90 Euro**
abzüglich Leistungsbetrag § 43 SGB XI		1.319,00 Euro
Eigenanteil		1.135,90 Euro
davon 50 v. H.		567,95 Euro

Ergebnis:

Die pflegebedürftige Person bezieht seit 15.06.2021 Leistungen der vollstationären Pflege nach § 43 SGB XI. Der Monat Juni 2021 wird als voller Kalendermonat für die Dauer des Leistungsbezugs nach § 43 SGB XI berücksichtigt. Da die pflegebedürftige Person bis zum 31.12.2023 für insgesamt 31 Kalendermonate Leistungen nach § 43 SGB XI bezogen hat, erhält sie ab 01.01.2024 einen Leistungszuschlag in Höhe von 50 v. H. zu dem von ihr zu zahlenden Eigenanteil an den pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Ausbildungsumlagen. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie für Investitionskosten sind von der pflegebedürftigen Person selbst zu tragen.

Beispiel 2

Eine pflegebedürftige Person des Pflegegrades 3 lebt seit dem 27.01.2021 in einer vollstationären Pflegeeinrichtung.

Ermittlung Höhe des Leistungszuschlags

Pflegebedingte Aufwendungen	74,28 Euro x 30,42 =	2.259,60 Euro
Ausbildungsumlagen	6,42 Euro x 30,42 =	195,30 Euro
(Ausbildungsumlage täglich 3,14 Euro		
+ Ausbildungsumlage nach Pflegeberufegesetz täglich 3,28 Euro)		
Gesamtsumme		**2.454,90 Euro**
abzüglich Leistungsbetrag § 43 SGB XI		1.319,00 Euro
Eigenanteil		1.135,90 Euro
davon 75 v. H.		851,93 Euro

Ergebnis:

Die pflegebedürftige Person bezieht seit 27.01.2021 Leistungen der vollstationären Pflege nach § 43 SGB XI. Der Monat Januar 2021 wird als voller Kalendermonat für die Dauer des Leistungsbezugs nach § 43 SGB XI berücksichtigt. Da die pflegebedürftige Person bis zum 31.12.2023 für insgesamt 36 Kalendermonate Leistungen nach § 43 SGB XI bezogen hat, erhält sie ab 01.01.2024 einen Leistungszuschlag in Höhe von 75 v. H. zu dem von ihr zu zahlenden Eigenanteil an den pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Ausbildungsumlagen. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie für Investitionskosten sind von der pflegebedürftigen Person selbst zu tragen.

Beispiel 3

Eine pflegebedürftige Person des Pflegegrades 4 lebt seit 15.10.2016 in einer vollstationären Pflegeeinrichtung. Aufgrund des Besitzstandsschutzes nach § 141 Abs. 3 SGB XI zahlt die Pflegekasse einen monatlichen Besitzstandsschutzbetrag in Höhe von 85,50 Euro an die vollstationäre Pflegeeinrichtung.

Ermittlung Höhe des Leistungszuschlags

Pflegebedingte Aufwendungen	75,30 Euro x 30,42 =	2.290,63 Euro
Ausbildungsumlagen	6,42 Euro x 30,42 =	195,30 Euro
(Ausbildungsumlage täglich 3,14 Euro + Ausbildungsumlage nach Pflegeberufegesetz täglich 3,28 Euro)		
Gesamtsumme		**2.485,93 Euro**
abzüglich Leistungsbetrag § 43 SGB XI		1.855,00 Euro
Eigenanteil		630,93 Euro
davon 75 v. H.		473,20 Euro

Ergebnis:

Die pflegebedürftige Person bezieht seit 15.10.2016 Leistungen der vollstationären Pflege nach § 43 SGB XI. Der Monat Oktober 2016 wird als voller Kalendermonat für die Dauer des Leistungsbezugs nach § 43 SGB XI berücksichtigt. Da die pflegebedürftige Person bis zum 31.12.2021 für insgesamt 63 Kalendermonate Leistungen nach § 43 SGB XI bezogen hat, erhält sie ab 01.01.2022 einen Leistungszuschlag in Höhe von 70 v. H. zu dem von ihr zu zahlenden Eigenanteil an den pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Ausbildungsumlagen. Durch den Wegfall des Besitzstandsschutzes nach § 141 Abs. 3 SGB XI findet der von der Pflegekasse bis zum 31.12.2021 zu zahlende Besitzstandsschutzbetrag keine Berücksichtigung bei der Berechnung der Höhe des Leistungszuschlags nach § 43c SGB XI. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie für Investitionskosten sind von der pflegebedürftigen Person selbst zu tragen. Ab 01.01.2024 erhöhte sich der Leistungszuschlag auf 75 v. H..

(2) Sofern der monatliche Pauschbetrag nach § 43 Abs. 2 SGB XI höher ist als die Summe der pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Ausbildungsumlagen und der pflegebedürftigen Person kein von ihr zu zahlender Eigenanteil entsteht, zahlt die Pflegekasse keinen

Leistungszuschlag. Die Pflegekasse übernimmt in Höhe des Differenzbetrags zwischen der Höhe des monatlichen Pauschbetrags und der Summe der pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Ausbildungsumlagen die Kosten für Unterkunft und Verpflegung (§ 43 Abs. 3 Satz 3 SGB XI).

Beispiel 4

Eine pflegebedürftige Person des Pflegegrades 4 lebt seit dem 01.04.2024 in einer vollstationären Pflegeeinrichtung.

Ermittlung Höhe des Leistungszuschlags im Monat Mai 2025

Pflegebedingte Aufwendungen	50,50 Euro x 30,42 =	1.536,21 Euro
Ausbildungsumlagen	5,60 Euro x 30,42 =	170,35 Euro
(Ausbildungsumlage 2,50 Euro täglich		
+ Ausbildungsumlage nach Pflegeberufegesetz 3,10 Euro täglich)		
Gesamtsumme		**1.706,56 Euro**

Ergebnis:

Die pflegebedürftige Person bezieht seit 01.04.2024 Leistungen der vollstationären Pflege nach § 43 SGB XI. Bis zum 30.04.2024 hat sie für insgesamt 14 Kalendermonate Leistungen nach § 43 SGB XI bezogen. Dem Grunde nach wäre somit im Monat Mai 2025 ein Leistungszuschlag in Höhe von 30 v. H. zu dem von der pflegebedürftigen Person zu zahlenden Eigenanteil an den pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Ausbildungsumlagen zu zahlen.

Da der monatliche Pauschbetrag nach § 43 Abs. 2 SGB XI jedoch höher ist (1.855,00 Euro) als die Summe der pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Ausbildungsumlagen verbleibt kein von der pflegebedürftigen Person zu tragender Eigenanteil.

Demzufolge zahlt die Pflegekasse keinen Leistungszuschlag nach § 43c SGB XI. Der verbleibende Pauschbetrag in Höhe von 148,44 Euro (1.855,00 Euro – 1.706,56 Euro) wird für die Kosten der Unterkunft und Verpflegung verwendet, so dass sich die von der pflegebedürftigen Person zu tragenden Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten entsprechend reduzieren.

(3) Durch eine Höherstufung erhöhen sich die pflegebedingten Aufwendungen und damit der von der pflegebedürftigen Person zu zahlende Eigenanteil an den pflegebedingten Aufwendungen. Erfolgt der Wechsel in einen höheren Pflegegrad zahlt die Pflegekasse den Pauschbetrag des höheren Pflegegrades für den gesamten Monat (vgl. Ziffer 9 zu § 43 SGB XI). Das macht in der Regel für diesen Monat eine Neuberechnung des Leistungszuschlags erforderlich.

Beispiel 5

Eine pflegebedürftige Person des Pflegegrades 2 lebt seit 01.02.2023 in einer vollstationären Pflegeeinrichtung. Aufgrund eines Höherstufungsantrags wird sie ab 14.05.2025 in den Pflegegrad 3 eingestuft.

Ermittlung Höhe des Leistungszuschlags

vom 01.05.2025 bis 13.05.2025	
Pflegebedingte Aufwendungen in Pflegegrad 2	50,50 Euro x 13 = 656,50 Euro
vom 14.05.2025 bis 31.05.2025	
Pflegebedingte Aufwendungen in Pflegegrad 3	60,00 Euro x 18 =1.080,00 Euro
Gesamtsumme pflegebedingte Aufwendungen	**1.736,60 Euro**
Ausbildungsumlagen	5,60 Euro x 30,42 = 170,35 Euro
(Ausbildungsumlage 2,50 Euro täglich + Ausbildungsumlage nach Pflegeberufegesetz 3,10 Euro täglich)	
Gesamtsumme	**1.906,85 Euro**
abzüglich Leistungsbetrag § 43 SGB XI	1.319,00 Euro
Eigenanteil	587,85 Euro
davon 50 v. H.	293,93 Euro

Ergebnis:

Die pflegebedürftige Person bezieht seit 01.02.2023 Leistungen der vollstationären Pflege nach § 43 SGB XI. Bis zum 31.01.2025 bezog sie für insgesamt 24 Kalendermonate Leistungen. Mit Beginn des 25. Kalendermonats (01.02.2025) erhält sie einen Leistungszuschlag in Höhe von 50 v. H. zu dem von ihr zu zahlenden Eigenanteil an den pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Ausbildungsumlagen.

Im Monat April 2025 übernimmt die Pflegekasse nach dem Pflegegrad 2 für die pflegebedingten Aufwendungen in Höhe von 805,00 Euro (50,50 Euro x 30,42 = 1.536,21 Euro + 170,35 Euro = 1.706,56 Euro).
Da die Pflegekasse für den Monat Mai 2025 den höheren Pauschbetrag des Pflegegrades 3 leistet, übernimmt sie pflegebedingte Aufwendungen in Höhe von 1.319,00 Euro. Zu dem von der pflegebedürftigen Person zu zahlende Eigenanteil für pflegebedingte Aufwendungen erhält sie einen Leistungszuschlag in Höhe von 50 v. H.

Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten sind von der pflegebedürftigen Person selbst zu tragen.

(3) Die Leistungen nach dem SGB XI ruhen gemäß § 34 Abs. 1 Nr. 2 SGB XI in Höhe der gesetzlichen Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit nach dem SGB VII, dem Soldatenentschädigungsrecht oder aus öffentlichen Kassen auf Grund von gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge (vgl. hierzu Ziffer 2ff. zu § 34 SGB XI). Werden die Kosten einer vollstationären Pflege nach § 44 Abs. 5 SGB VII übernommen, so ist für die Berechnung der Höhe des von der pflegebedürftigen Person zu tragenden Eigenanteils zunächst die Heimpflege nach § 44 Abs. 5 SGB VII von den pflegebedingten Aufwendungen

einschließlich der Ausbildungsumlagen zum Abzug zu bringen. Sofern die Leistungen nach § 43 SGB XI höher sind, ist der Differenzbetrag ebenfalls zum Abzug zu bringen.

Beispiel 5

Eine pflegebedürftige Person des Pflegegrades 4 lebt seit 15.10.2016 in einer vollstationären Pflegeeinrichtung. Sie erhält Heimpflege nach § 44 Abs. 5 SGB VII in Höhe von 1.386,00 EUR monatlich.

Ermittlung Höhe des Leistungszuschlags

Pflegebedingte Aufwendungen	75,30 EUR x 30,42 =	2.290,63 EUR
Ausbildungsumlagen	6,42 EUR x 30,42 =	195,30 EUR
(Ausbildungsumlage 3,28 EUR täglich + Ausbildungsumlage nach Pflegeberufegesetz 3,14 EUR täglich)		
Gesamtsumme		2.485,93 EUR
abzüglich Heimpflege § 44 SGB VII		1.386,00 EUR
abzüglich Leistungsbetrag § 43 SGB XI (verringert um den vorrangigen Betrag der Heimpflege nach § 44 SGB VII =1.855,00 EUR – 1.386,00 EUR)		469,00 EUR
Eigenanteil		630,93 EUR
davon 75 v. H.		473,20 EUR

Ergebnis:

Die pflegebedürftige Person bezieht seit 15.10.2016 Leistungen der vollstationären Pflege nach § 43 SGB XI. Der Monat Oktober 2016 wird als voller Kalendermonat für die Dauer des Leistungsbezugs nach § 43 SGB XI berücksichtigt. Da die pflegebedürftige Person bis zum 31.12.2021 für insgesamt 63 Kalendermonate Leistungen nach § 43 SGB XI bezogen hat, erhält sie ab 01.01.2022 einen Leistungszuschlag in Höhe von 70 v. H. und seit dem 01.01.2024 in Höhe von 75 v. H. zu dem von ihr zu zahlenden Eigenanteil an den pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Ausbildungsumlagen. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie die Investitionskosten sind von der pflegebedürftigen Person selbst zu tragen.

Die von der pflegebedürftigen Person bezogene Heimpflege nach § 44 Abs. 5 SGB VII ist von den pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Ausbildungsumlagen zum Abzug zu bringen. Da die Leistungen der Pflegeversicherung höher sind als die Heimpflege nach § 44 Abs. 5 SGB VII kann die pflegebedürftige Person die Differenz in Höhe von 469,00 EUR 1.855,00 EUR – 1.386,00 EUR) beanspruchen.

5. Berechnung der Höhe des Leistungszuschlags bei Einzug, Auszug oder Tod der pflegebedürftigen Person im laufenden Monat

Bei Einzug oder Tod der pflegebedürftigen Person besteht ein Anspruch auf den Leistungszuschlag für den Zeitraum der Unterbringung in der vollstationären Pflegeeinrichtung. Die täglichen pflegebedingten Aufwendungen und täglichen Ausbildungsumlagen werden jeweils mit

den tatsächlichen Tagen der Unterbringung in der vollstationären Einrichtung multipliziert. Von der Summe wird der Leistungsbetrag nach § 43 SGB XI in Abzug gebracht. Von dem verbleibenden Eigenanteil wird der von der Dauer des Leistungsbezugs nach § 43 SGB XI abhängige Leistungszuschlag gewährt.

Beispiel

Eine pflegebedürftige Person des Pflegegrades 4 lebt seit 01.02.2023 in einer vollstationären Pflegeeinrichtung. Sie verstirbt am 29.07.2025.

Ermittlung Höhe des Leistungszuschlags für den Monat Juli 2025

Pflegebedingte Aufwendungen	82,90 Euro x 29 =	2.404,10 Euro
Ausbildungsumlagen	8,68 Euro x 29 =	251,72 Euro
(Ausbildungsumlage 5,23 Euro täglich		
+ Ausbildungsumlage nach Pflegeberufegesetz 3,45 Euro täglich)		
Gesamtsumme		**2.655,82 Euro**
abzüglich Leistungsbetrag nach § 43 SGB XI		1.855,00 Euro
Eigenanteil		800,82 Euro
davon 50 v. H.		400,41 Euro

Ergebnis:

Die pflegebedürftige Person bezog seit 01.02.2023 Leistungen der vollstationären Pflege nach § 43 SGB XI. Die Dauer des Leistungsbezugs nach § 43 SGB XI betrug am 29.07.2025 insgesamt 30 Kalendermonate. Damit erhält die pflegebedürftige Person einen Leistungszuschlag in Höhe von 50 v. H. zu dem von ihr zu zahlenden Eigenanteil an den pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Ausbildungsumlagen. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten sind von der pflegebedürftigen Person selbst zu tragen.

6. Berechnung der Höhe des Leistungszuschlags bei Heimwechsel im laufenden Monat

In Fällen, in denen pflegebedürftige Personen im Laufe des Monats die (bisherige) vollstationäre Pflegeeinrichtung wechseln, wird der Leistungszuschlag sowohl an die bisherige als auch an die neue vollstationäre Pflegeeinrichtung gezahlt. Für die Höhe des Leistungszuschlags sind die tatsächlichen Kalendertage des Kalendermonats, in dem der Heimwechsel erfolgt, in der jeweiligen vollstationären Pflegeeinrichtung maßgeblich (vgl. Ziffer 7 zu § 43 SGB XI).

Beispiel 1

Eine pflegebedürftige Person des Pflegegrades 2 lebt seit 01.03.2023 in der vollstationären Pflegeeinrichtung A. Sie zieht am 15.05.2025 in die Pflegeeinrichtung B.

Ermittlung Höhe des Leistungszuschlags in der vollstationären Pflegeeinrichtung A

Pflegebedingte Aufwendungen	74,28 Euro x 14 = 1.039,92 Euro
Ausbildungsumlagen	9,55 Euro x 14 = 133,70 Euro
(Ausbildungsumlage 4,75 Euro täglich	
+ Ausbildungsumlage nach Pflegeberufegesetz 4,80 Euro täglich)	
Gesamtsumme	**1.173,62 Euro**
abzüglich Leistungsbetrag § 43 SGB XI	805,00 Euro
Eigenanteil	368,62 Euro
davon 50 v. H.	184,31 Euro

Ermittlung Höhe des Leistungszuschlags in der vollstationären Pflegeeinrichtung B

Pflegebedingte Aufwendungen	82,90 Euro x 17 = 1.409,30 Euro
Ausbildungsumlagen	9,08 Euro x 17 = 154,36 Euro
(Ausbildungsumlage 5,23 Euro täglich	
+ Ausbildungsumlage nach Pflegeberufegesetz 3,85 Euro täglich)	
Gesamtsumme	**1.563,66 Euro**
abzüglich Leistungsbetrag § 43 SGB XI	0 Euro
Eigenanteil	1.563,66 Euro
davon 50 v. H.	781,83 Euro

Ergebnis:

Die pflegebedürftige Person bezieht seit 01.03.2023 Leistungen der vollstationären Pflege nach § 43 SGB XI. Bis zum 28.02.2025 bezog sie für insgesamt 24 Kalendermonate Leistungen. Mit Beginn des 25. Kalendermonats (01.03.2025) erhält sie einen Leistungszuschlag in Höhe von 50 v. H. zu dem von ihr zu zahlenden Eigenanteil für pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Ausbildungsumlagen. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten sind von der pflegebedürftigen Person selbst zu tragen.

Die Pflegekasse zahlt im Mai 2025 an die vollstationäre Pflegeeinrichtung A neben dem Pauschbetrag für die pflegebedingten Aufwendungen in Höhe von 805,00 Euro einen Leistungszuschlag in Höhe von 184,31 Euro zu dem von der pflegebedürftigen Person zu zahlenden Eigenanteil für pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Ausbildungsumlagen.

Da die pflegebedingten Aufwendungen der vollstationären Pflegeeinrichtung A den monatlichen Pauschbetrag für die pflegebedingten Aufwendungen im Mai 2025 bereits übersteigen, kann keine Zahlung für die pflegebedingten Aufwendungen mehr an die vollstationäre Pflegeeinrichtung B erfolgen. Es wird jedoch ein Leistungszuschlag in Höhe von 781,83 Euro zu dem von der pflegebedürftigen Person zu zahlenden Eigenanteil für pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Ausbildungsumlagen gezahlt.

Beispiel 2

Eine pflegebedürftige Person des Pflegegrades 3 lebt seit 01.08.2024 in der vollstationären Pflegeeinrichtung A. Sie zieht am 07.01.2025 in die Pflegeeinrichtung B.

Ermittlung Höhe des Leistungszuschlags in der vollstationären Pflegeeinrichtung A

Pflegebedingte Aufwendungen	76,04 Euro x 6 = 456,24 Euro
Ausbildungsumlagen	5,81 Euro x 6 = 34,86 Euro
(Ausbildungsumlage 3,20 Euro täglich	
+ Ausbildungsumlage nach Pflegeberufegesetz 2,61 Euro täglich)	
Gesamtsumme	**491,10 Euro**
abzüglich Leistungsbetrag § 43 SGB XI	1.319,00 Euro
Eigenanteil	0 Euro

Ermittlung Höhe des Leistungszuschlags in der vollstationären Pflegeeinrichtung B

Pflegebedingte Aufwendungen	68,68 Euro x 25 = 1.717,00 Euro
Ausbildungsumlagen	5,14 Euro x 25 = 128,50 Euro
(Ausbildungsumlage 3,00 Euro täglich	
+ Ausbildungsumlage nach Pflegeberufegesetz 2,14 Euro täglich)	
Gesamtsumme	**1.845,50 Euro**
abzüglich verbleibender Leistungsbetrag § 43 SGB XI	
	827,90 Euro
(1.319,00 Euro – 491,10 Euro)	
Eigenanteil	1.017,60 Euro
davon 15 v. H.	
152,64 Euro	

Ergebnis:

Die pflegebedürftige Person bezieht seit 01.08.2024 Leistungen der vollstationären Pflege nach § 43 SGB XI. Im Januar 2025 bezog sie für insgesamt 6 Kalendermonate Leistungen der vollstationären Pflege nach § 43 SGB XI. Sie erhält somit einen Leistungszuschlag in Höhe von 15 v. H. zu dem von ihr zu zahlenden Eigenanteil für pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Ausbildungsumlagen. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten sind von der pflegebedürftigen Person selbst zu tragen (vgl. § 43 SGB XI Ziffer 6).

Die Pflegekasse zahlt im Januar 2025 an die vollstationäre Pflegeeinrichtung A den Pauschbetrag für die pflegebedingten Aufwendungen in Höhe von 491,10 Euro. Da der Pauschbetrag höher ist als die pflegebedingten Aufwendungen hat die pflegebedürftige Person keinen Eigenanteil für pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Ausbildungsumlagen zu zahlen. Insofern hat die Pflegekasse auch keinen Leistungszuschlag an die vollstationäre Pflegeeinrichtung A zu zahlen.

Da die pflegebedingten Aufwendungen der vollstationären Pflegeeinrichtung A den monatlichen Pauschbetrag für die pflegebedingten Aufwendungen im Januar 2025 nicht übersteigen,

kann der noch verbleibende Pauschbetrag in Höhe von 827,90 Euro für die pflegebedingten Aufwendungen an Einrichtung B gezahlt werden.

Es wird jedoch ein Leistungszuschlag in Höhe von 152,64 Euro zu dem von der pflegebedürftigen Person zu zahlenden Eigenanteil für pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Ausbildungsumlagen gezahlt. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten sind von der pflegebedürftigen Person selbst zu tragen (vgl. § 43 SGB XI Ziffer 6).

7. Berechnung der Höhe des Leistungszuschlags in Abwesenheitszeiten

Im Fall der vorübergehenden Abwesenheit der pflegebedürftigen Person wird der Leistungszuschlag bis zum Wegfall der Leistungspflicht nach § 43 SGB XI fortgezahlt.

Bei einer Abwesenheitszeit 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) vorgesehen. In einigen Bundesländern auch für die Ausbildungspauschalen. Dies führt dazu, dass sich der von der pflegebedürftigen Person zu zahlende Eigenanteil an den pflegebedingten Aufwendungen entsprechend reduziert. Da sich die Höhe des Leistungszuschlags nach der Höhe des pflegebedingten Eigenanteils bemisst, reduziert sich in der Folge ebenfalls auch der Leistungszuschlag. Bei der Berechnung des Leistungszuschlags sind die Rahmenverträge des entsprechenden Bundeslandes zu berücksichtigen.

Beispiel

Eine pflegebedürftige Person des Pflegegrades 2 lebt seit 25.09.2023 in einer vollstationären Pflegeeinrichtung. In der Zeit vom 10.05.2025 bis 24.05.2025 befindet sich die pflegedürftige Person in einer stationären Krankenhausbehandlung. Der Rahmenvertrag sieht in diesen Fällen ab dem vierten Tag der Abwesenheit einen Abschlag auf die pflegebedingten Aufwendungen in Höhe von 25 v. H. vor.

Ermittlung Höhe des Leistungszuschlags

Pflegebedingte Aufwendungen	68,56 Euro x 30,42 =	2.085,60 Euro
Abzug bei Abwesenheit (68,56 Euro x 25 v. H. x 10 Tage)	=	171,40 Euro
Gesamtsumme pflegebedingte Aufwendungen		**1.914,20 Euro**
Ausbildungsumlagen	8,68 Euro x 30,42 =	264,05 Euro
(Ausbildungsumlage 5,23 Euro täglich		
+ Ausbildungsumlage nach Pflegeberufegesetz 3,45 Euro täglich)		
Gesamtsumme		**2.178,25 Euro**
abzüglich Leistungsbetrag nach § 43 SGB XI		805,00 Euro
Eigenanteil		1.373,25 Euro
davon 30 v. H.		411,98 Euro

Ergebnis:

Die pflegebedürftige Person bezog seit 25.09.2023 Leistungen der vollstationären Pflege nach § 43 SGB XI. Der Monat September 2023 wird für die Ermittlung der Dauer des Leistungsbezugs nach § 43 SGB XI als voller Kalendermonat berücksichtigt. Die pflegebedürftige Person bezog bis zum 10.05.2025 für insgesamt 21 Kalendermonate Leistungen nach § 43 SGB XI. Daher erhält sie einen Leistungszuschlag in Höhe von 30 v. H. zu dem von ihr zu zahlenden Eigenanteil an den pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Ausbildungsumlagen.

Aufgrund der vorübergehenden Abwesenheit der pflegebedürftigen Person von mehr als drei Tagen reduziert sich die Pflegevergütung (pflegebedingte Aufwendungen) um 25 v. H. In der Folge reduziert sich ebenfalls der von der pflegebedürftigen Person zu zahlende Eigenanteil an den pflegebedingten Aufwendungen und damit der von der Pflegekasse zu zahlende Leistungszuschlag nach § 43c SGB XI. Die reduzierten Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten sind von der pflegebedürftigen Person selbst zu tragen.

8. Leistungszuschlag in nicht zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen

Pflegebedürftige Personen in nicht zugelassenen Pflegeeinrichtungen (keine Einrichtungen und Räumlichkeiten i. S. d. § 71 Abs. 4 SGB XI) haben keinen Anspruch auf den Leistungszuschlag, da sie keine Leistungen der vollstationären Pflege nach § 43 SGB XI beziehen.

9. Kostenerstattung nach § 91 SGB XI

Pflegebedürftige Personen, die von zugelassenen Pflegeeinrichtungen ohne Vergütungsvereinbarung versorgt werden, haben keinen Anspruch auf den Leistungszuschlag nach § 43c SGB XI. Sie beziehen keine Leistungen nach § 43 SGB XI, sondern erhalten eine Kostenerstattung nach § 91 Abs. 2 SGB XI (vgl. Ziffer 2 zu § 91 SGB XI).

10. Beihilfeberechtigung

Pflegebedürftige Personen der Pflegegrade 2 bis 5, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben, erhalten den Leistungszuschlag gemäß § 28 Abs. 2 SGB XI zur Hälfte.

Beispiel

Eine pflegebedürftige Person des Pflegegrades 3 lebt seit dem 27.01.2021 in einer vollstationären Pflegeeinrichtung.

Ermittlung Höhe des Leistungszuschlags

Pflegebedingte Aufwendungen	74,28 Euro x 30,42 =	2.259,60 Euro
Ausbildungsumlagen	6,42 Euro x 30,42 =	195,30 Euro
(Ausbildungsumlage täglich 3,14 Euro + Ausbildungsumlage nach Pflegeberufegesetz täglich 3,28 Euro)		
Gesamtsumme		**2.454,90 Euro**

abzüglich Leistungsbetrag § 43 SGB XI	1.319,00 Euro
Eigenanteil	1.135,90 Euro
davon 75 v. H.	851,93 Euro

Ergebnis:

Die pflegebedürftige Person bezieht seit 27.01.2021 Leistungen der vollstationären Pflege nach § 43 SGB XI. Der Monat Januar 2021 wird als voller Kalendermonat für die Dauer des Leistungsbezugs nach § 43 SGB XI berücksichtigt. Da die pflegebedürftige Person bis zum 31.12.2023 für insgesamt 36 Kalendermonate Leistungen nach § 43 SGB XI bezogen hat, erhält sie ab 01.01.2024 einen Leistungszuschlag in Höhe von 75 v. H. zu dem von ihr zu zahlenden Eigenanteil an den pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Ausbildungsumlagen. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie für Investitionskosten sind von der pflegebedürftigen Person selbst zu tragen.

Die Pflegekasse trägt die Hälfte der Aufwendungen von dem Leistungsbetrag nach § 43 SGB XI in Höhe von 659,50 Euro (1.319,00 Euro : 2) sowie von dem Leistungszuschlag nach § 43c SGB XI in Höhe von 425,97 Euro (851,93 Euro : 2). Die Beihilfe trägt 659,50 Euro sowie 425,96 Euro.

§ 44a SGB XI
Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung

(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 Absatz 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 Absatz 1 Nr. 13 des Fünften Buches oder nach § 2 Absatz 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 Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches) und zur sozialen Pflegeversicherung (§ 57 Absatz. 4) zu entrichten sind und dürfen die tatsächliche Höhe der Beiträge nicht übersteigen. Für die Berechnung der Mindestbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung werden bei Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung der allgemeine Beitragssatz nach § 241 SGB XI des Fünften Buches sowie der kassenindividuelle Zusatzbeitrag nach § 242 Absatz 1 des Fünften Buches zugrunde gelegt. Bei Mitgliedern der landwirtschaftlichen Krankenversicherung sowie bei Personen, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, werden der allgemeine Beitragssatz nach § 241 des Fünften Buches sowie der durchschnittliche Zusatzbeitrag nach § 242a des Fünften Buches zugrunde gelegt. Beschäftigte haben Änderungen in den Verhältnissen, die sich auf die Zuschussgewährung auswirken können, unverzüglich der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen, bei dem der Pflegebedürftige versichert ist, mitzuteilen.

(2) (weggefallen)

(3) Für kurzzeitige Arbeitsverhinderung nach § 2 des Pflegezeitgesetzes hat eine Beschäftigte oder ein Beschäftigter im Sinne des § 7 Absatz 1 des Pflegezeitgesetzes, die oder der für diesen Zeitraum keine Entgeltfortzahlung vom Arbeitgeber und kein Kranken- oder Verletztengeld bei Erkrankung oder Unfall eines Kindes nach § 45 des Fünften Buches oder nach § 45 Absatz 4 des Siebten Buches beanspruchen kann, Anspruch auf einen Ausgleich für entgangenes Arbeitsentgelt (Pflegeunterstützungsgeld) für bis zu zehn Arbeitstage je Kalenderjahr. Wenn mehrere Beschäftigte den Anspruch nach § 2 Absatz 1 des Pflegezeitgesetzes für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen geltend machen, ist deren Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld auf insgesamt bis zu zehn Arbeitstage je Kalenderjahr begrenzt. Das Pflegeunterstützungsgeld wird auf Antrag, der unverzüglich zu stellen ist, unter Vorlage der ärztlichen Bescheinigung nach § 2 Absatz 2 Satz 2 des Pflegezeitgesetzes von der Pflegekasse oder dem Versicherungsunternehmen des pflegebedürftigen nahen Angehörigen gewährt. Für die Höhe des Pflegeunterstützungsgeldes gilt § 45 Absatz 2 Satz 3 bis 5 des Fünften Buches entsprechend.

(4) Beschäftigte, die Pflegeunterstützungsgeld nach Absatz 3 beziehen, erhalten für die Dauer des Leistungsbezuges von den in Absatz 3 bezeichneten Organisationen auf Antrag Zuschüsse zur Krankenversicherung. Zuschüsse werden gewährt für eine Versicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, eine Versicherung bei der Postbeamtenkrankenkasse oder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten. Die Zuschüsse belaufen sich auf den Betrag, der bei Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung

als Leistungsträgeranteil nach § 249c des Fünften Buches aufzubringen wäre, und dürfen die tatsächliche Höhe der Beiträge nicht übersteigen. Für die Berechnung nach Satz 3 werden der allgemeine Beitragssatz nach § 241 des Fünften Buches sowie der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz nach § 242a Absatz 2 des Fünften Buches zugrunde gelegt. Für Beschäftigte, die Pflegeunterstützungsgeld nach Absatz 3 beziehen und wegen einer Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit sind, zahlen die in § 170 Absatz 1 Nr. 2 Buchstabe e des Sechsten Buches genannten Stellen auf Antrag Beiträge an die zuständige berufsständische Versorgungseinrichtung in der Höhe, wie sie bei Eintritt von Versicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nummer 3 des Sechsten Buches an die gesetzliche Rentenversicherung zu entrichten wären. Die von den in § 170 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe e des Sechsten Buches genannten Stellen zu zahlenden Beiträge sind auf die Höhe der Beiträge begrenzt, die von diesen Stellen ohne die Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung für die Dauer des Leistungsbezugs zu tragen wären; die Beiträge dürfen die Hälfte der in der Zeit des Leistungsbezugs vom Beschäftigten an die berufsständische Versorgungseinrichtung zu zahlenden Beiträge nicht übersteigen. § 47 Absatz 2 des Fünften Buches gilt für die Pflegekassen, die Beiträge an berufsständische Versorgungseinrichtungen entrichten, entspechend.

(5) Die Pflegekasse oder das private Pflegeversicherungsunternehmen des pflegebedürftigen nahen Angehörigen stellt dem Leistungsbezieher nach Absatz 3 mit der Leistungsbewilligung eine Bescheinigung über den Zeitraum des Bezugs und die Höhe des gewährten Pflegeunterstützungsgeldes aus. Der Leistungsbezieher hat diese Bescheinigung unverzüglich seinem Arbeitgeber vorzulegen. In den Fällen des § 170 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe e Doppelbuchstabe cc des Sechsten Buches bescheinigt die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen die gesamte Höhe der Leistung.

(6) Landwirtschaftlichen Unternehmern im Sinne des § 2 Absatz 1 Nummer 1 und 2 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte, die an der Führung des Unternehmens gehindert sind, weil sie für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherstellen müssen, wird anstelle des Pflegeunterstützungsgeldes für bis zu zehn Arbeitstage je Kalenderjahr Betriebshilfe entsprechend § 9 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte gewährt. Diese Kosten der Leistungen für die Betriebshilfe werden der landwirtschaftlichen Pflegekasse von der Pflegeversicherung des pflegebedürftigen nahen Angehörigen erstattet; innerhalb der sozialen Pflegeversicherung wird von einer Erstattung abgesehen. Privat pflegeversicherte landwirtschaftliche Unternehmer, die an der Führung des Unternehmens gehindert sind, weil dies erforderlich ist, um für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherzustellen, erhalten von der Pflegekasse des Pflegebedürftigen oder in Höhe des tariflichen Erstattungssatzes von dem privaten Versicherungsunternehmen des Pflegebedürftigen eine Kostenerstattung für bis zu zehn Arbeitstage je Kalenderjahr Betriebshilfe; dabei werden nicht die tatsächlichen Kosten, sondern ein pauschaler Betrag in Höhe von 200 Euro je Tag Betriebshilfe zugrunde gelegt.

(7) Die Pflegekasse und das private Versicherungsunternehmen haben in den Fällen, in denen ein Leistungsbezieher nach Absatz 3 einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen pflegt, der Anspruch auf Beihilfeleistungen oder Leistungen der Heilfürsorge hat, und für den Beiträge anteilig getragen werden, im Antragsverfahren auf Pflegeunterstützungsgeld von dem Pflege-

bedürftigen die zuständige Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder den Dienstherrn unter Hinweis auf die beabsichtigte Information dieser Stelle über den beitragspflichtigen Bezug von Pflegeunterstützungsgeld zu erfragen. Der angegebenen Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder dem angegebenen Dienstherrn sind bei der Feststellung der Beitragspflicht folgende Angaben zum Leistungsbezieher mitzuteilen:
1. die Versicherungsnummer, soweit bekannt,
2. der Familien- und der Vorname,
3. das Geburtsdatum,
4. die Staatsangehörigkeit,
5. die Anschrift,
6. der Beginn des Bezugs von Pflegeunterstützungsgeld,
7. die Höhe des dem Pflegeunterstützungsgeld zugrunde liegenden ausgefallenen Arbeitsentgelts und
8. Name und Anschrift der Krankenkasse oder des privaten Krankenversicherungsunternehmens.

1. Allgemeines

Das Pflegezeitgesetz sieht für beschäftigte Personen im Rahmen der „kurzzeitigen Arbeitsverhinderung“ nach § 2 die Möglichkeit vor, bis zu zehn Arbeitstage je Kalenderjahr der Arbeit fernzubleiben, wenn dies erforderlich ist, um für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen bzw. für eine pflegebedürftige nahe Angehörige in einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherzustellen. Zudem regelt § 3 Pflegezeitgesetz einen Anspruch auf Befreiung von der Arbeitsleistung für längstens sechs Monate als sog. Pflegezeit.

2. Kurzzeitige Arbeitsverhinderung (Pflegeunterstützungsgeld)

2.1 Grundsätze der Leistungserbringung und Anspruchsvoraussetzungen

2.1.1 Allgemeines

(1) Beschäftigte Personen, die eine kurzzeitige Arbeitsverhinderung nach § 2 Pflegezeitgesetz für die Dauer von bis zu zehn Arbeitstagen je Kalenderjahr in Anspruch nehmen, haben einen Anspruch auf Ausgleich für entgangenes Arbeitsentgelt gegenüber der Pflegekasse der pflegebedürftigen Person, das Pflegeunterstützungsgeld.

(2) Die kurzzeitige Freistellung von der Arbeit muss erforderlich sein, um für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen bzw. für eine pflegebedürftige nahe Angehörige in einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherzustellen. Damit ist der Anspruch auf Akutereignisse begrenzt (z. B. die Organisation der pflegerischen Anschlussversorgung nach einem Krankenhausaufenthalt, bei akut eingetretener Pflegebedürftigkeit oder plötzlichen Verschlimmerung einer bereits bestehenden Pflegebedürftigkeit). Die Pflegesituation ist nur akut, wenn sie plötzlich, also unerwartet und unvermittelt aufgetreten ist. Regelhaft wird dies zu Beginn einer Pflegebedürftigkeit und damit einmalig je pflegebedürftiger Person eintreten, so dass der Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld an weniger als 10 Arbeitstagen bestehen kann. Das Pflegeunterstützungsgeld muss zudem nicht zusammenhängend in Anspruch genommen werden, sondern kann auf mehrere (Teil-)Zeiträume verteilt werden. Es gibt Fälle, in denen es erforderlich

sein kann, die kurzzeitige Freistellung von der Arbeit und damit das Pflegeunterstützungsgeld in mehreren Teilleistungen in Anspruch zu nehmen. Dies gilt z. B. für teilzeitbeschäftigte Personen, die an nur zwei Tagen in der Woche arbeiten und das Pflegeunterstützungsgeld daher auf mehrere Teilzeiträume verteilen oder auch für Fälle einer lediglich tageweisen Freistellung. Allerdings muss es sich um ein und dasselbe Akuterreignis handeln. Wird der Anspruch auf kurzzeitige Arbeitsfreistellung von mehreren beschäftigten Personen für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen bzw. für eine pflegebedürftige nahe Angehörige geltend gemacht, ist deren Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld auf insgesamt bis zu zehn Arbeitstagen begrenzt. Als Arbeitstag wird der Tag gezählt, an dem die beschäftigte Person tatsächlich hätte arbeiten müssen.

(3) Ein akuter Krankheitsfall der pflegebedürftigen Person (z. B. Bronchitis, Magen-/ Darmerkrankung, etc.) ist nicht anspruchsauslösend für die Gewährung des Pflegeunterstützungsgeldes. In diesen Fällen fehlt es grundsätzlich an der (Neu-)Organisation bzw. Sicherstellung der bedarfsgerechten Pflege, bzw. der pflegerischen Versorgung.

(4) Der vorübergehende Ausfall einer Pflegeperson (z. B. Krankheit oder Urlaub) kann nicht anspruchsbegründend für die Zahlung des Pflegeunterstützungsgeldes sein. Hierfür ist die Leistung der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI vorgesehen.

In Fällen, in denen die Pflegeperson jedoch gänzlich ausscheidet und die Pflege nicht mehr erbringt (z. B. Umzug oder Tod), kann Pflegeunterstützungsgeld auf Antrag gewährt werden, da in einem solchen Fall davon auszugehen ist, dass die pflegerische Versorgung neu zu organisieren ist.

(5) Die kurzzeitige Freistellung dient dazu, dass sich nahe Angehörige in dieser Zeit beispielsweise über die Pflegeleistungsangebote informieren oder entsprechende Leistungsanträge bei den zuständigen Behörden stellen. Die kurzzeitige Arbeitsverhinderung kann ebenfalls genutzt werden, um für die pflegebedürftige nahe angehörige Person nach einem Krankenhausaufenthalt eine sachgerechte Anschlussversorgung – z.B. durch die Beauftragung eines ambulanten Pflegedienstes – zu organisieren.

2.1.2 Anspruchsberechtigter Personenkreis

(1) Pflegebedürftige nahe Angehörige sind gemäß § 7 Absatz 3 Nr. 1 bis 3 Pflegezeitgesetz Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Stiefeltern, Ehegatten, Lebenspartner/Lebenspartnerinnen, Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft, Geschwister, Schwägerinnen oder Schwäger, eigene Kinder oder Adoptiv- oder Pflegekinder oder die des Ehegatten oder Lebenspartners sowie die Schwiegerkinder und Enkelkinder.

(2) Anspruchsberechtigt sind Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen, die zu ihrer Berufsbildung Beschäftigten und Personen, die wegen ihrer wirtschaftlichen Unselbständigkeit als arbeitnehmerähnliche Personen anzusehen sind. Zu diesen gehören insbesondere Heimarbeiter bzw. Heimarbeiterinnen und ihnen Gleichgestellte (vgl. § 7 Absatz 1 Nr. 1 bis 3 Pflegezeitgesetz). Arbeitnehmerähnliche Personen sind im Hinblick auf die Inanspruchnahme von Pflegezeit wegen ihrer wirtschaftlichen Abhängigkeit sozial ebenso schutzwürdig wie Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen. Auch geringfügig beschäftigte Personen, und Rentner bzw. Rentnerinnen, die eine Beschäftigung ausüben, haben einen Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld, wenn sie während der Arbeitsverhinderung einen Verlust an Arbeitsentgelt haben. Für Selbständige, Beamte und Beamtinnen sowie Bezieher und Bezieherinnen von Leistungen nach SGB II und

SGB III, die keine Beschäftigung gegen Arbeitsentgelt ausüben, besteht hingegen kein Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld.

2.1.3 Nachrangigkeit des Pflegeunterstützungsgeldes

Der Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld ist nachrangig gegenüber Leistungen des Arbeitgebers wegen Entgeltfortzahlung und gegenüber Kranken- oder Verletztengeld bei Erkrankung oder Unfall eines Kindes nach § 45 SGB V oder nach § 45 Abs. 4 SGB VII. Sofern ein solcher Anspruch besteht, hat der bzw. die wegen kurzzeitiger Arbeitsverhinderung nach dem Pflegezeitgesetz freigestellte Beschäftigte keinen Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld. Dies gilt auch für Auszubildende, bei denen nach § 19 Abs. 1 Nr. 2b Berufsbildungsgesetz (BBiG) die Vergütung bis zur Dauer von sechs Wochen zu zahlen ist, wenn sie aus einem, in ihrer Person liegenden Grund unverschuldet verhindert sind, ihre Pflichten aus dem Berufsbildungsverhältnis zu erfüllen. Der bestehende Entgeltfortzahlungsanspruch durch den Arbeitgeber kann nicht abgedungen werden; ist also vorrangig vor dem Krankengeld nach § 45 SGB V zu erfüllen. Entsprechend der Anwendung des § 19 BBiG auf die Zahlung des Kinderkrankengeld ist die Pflege einer nahen pflegebedürftigen angehörigen Person als ein in der Person des bzw. der Auszubildenden unverschuldeter Grund anzusehen. Für die Ausbildung im Gesundheitswesen findet jedoch das BBiG keine Anwendung (vgl. § 22 KrPflG, § 26 HebG, § 28 AltPflG), so dass hier die allgemeinen Voraussetzungen zum Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld gelten.

2.1.4 Antragsverfahren

(1) Das Pflegeunterstützungsgeld wird nur auf Antrag gewährt. Dieser ist unverzüglich bei der Pflegekasse oder dem Versicherungsunternehmen der pflegebedürftigen Person zu stellen. Hierdurch wird sichergestellt, dass in Fällen, in denen der Arbeitgeber auf ein entsprechendes ärztliches Attest verzichtet hat, die Pflegekasse der pflegebedürftigen Person zeitnah ein ärztliches Attest verlangen kann. Das erforderliche ärztliche Attest kann nachgereicht werden. Für die Vorlage des ärztlichen Attestes ist eine Kopie ausreichend. Aus dem ärztlichen Attest müssen folgende Angaben hervorgehen:

- Name der pflegebedürftigen nahen angehörigen Person,
- Vorliegen der Notwendigkeit zur Organisation oder Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung der pflegebedürftigen Person in einer akut aufgetretenen Pflegesituation,
- Zeitraum der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung sowie
- voraussichtliches Erfüllen der Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit i.S.d. §§ 14 und 15 SGB XI, sofern noch keine Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch den MD oder den von der Pflegekasse beauftragten unabhängigen Gutachter bzw. der von der Pflegekasse beauftragten unabhängigen Gutachterin getroffen wurde.

Es muss sich hierbei nicht um einen Vertragsarzt oder um eine Vertragsärztin handeln. Die Kosten für die ärztliche Bescheinigung gehen zu Lasten der antragstellenden Person.

Die Pflegekasse der pflegebedürftigen nahen angehörigen Person stellt dem Beschäftigten bzw. der Beschäftigten eine Entgeltbescheinigung zur Weiterleitung an den Arbeitgeber zur

Verfügung. In den Fällen der Gewährung des Pflegeunterstützungsgeldes erfolgt kein Datenaustausch im Rahmen des Datenaustauschverfahrens Entgeltersatzleistungen mit Arbeitgebern (DTA EEL), z. B. analog dem Verfahren bei Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes. Für den Nachweis des ausgefallenen Arbeitsentgelts hat der bzw. die Beschäftigte die von seinem bzw. ihrem Arbeitgeber ausgefüllte Entgeltbescheinigung zur Berechnung des Pflegeunterstützungsgeldes einzureichen. Im Falle der arbeitnehmerähnlichen Personen, insbesondere für die in Heimarbeit Beschäftigten und die ihnen Gleichgestellten, ist die Entgeltbescheinigung durch den Auftraggeber oder dem Zwischenmeister auszufüllen.

2.2 Leistungsinhalt/ Leistungshöhe/ Zahlungsweise

(1) Die Höhe des Pflegeunterstützungsgeldes berechnet sich nach den für die Berechnung des Kinderkrankengeldes geltenden Vorschriften nach § 45 Abs. 2 Satz 3 bis 5 SGB V. Das Pflegeunterstützungsgeld beträgt demnach 90 v. H. des tatsächlich ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts aus beitragspflichtigem Arbeitsentgelt des Anspruchsberechtigten, bei Bezug von Einmalzahlungen in den vorangegangenen 12 Kalendermonaten 100 v. H. des tatsächlich ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts; es darf 70 v. H. der Beitragsbemessungsgrenze nach § 223 Abs. 3 SGB V nicht überschreiten (BBG KV/PV im Jahr 2019 = 151,25 Euro; 70 v. H. von 151,25 Euro = 105,88 Euro). Zu den Einzelheiten zur Berechnung der Höhe des Pflegeunterstützungsgeldes erfolgen die Abstimmungen zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene.

Für die Gewährung des Pflegeunterstützungsgeldes ist es nicht erforderlich, dass bei der pflegebedürftigen nahen angehörigen Person bereits Pflegebedürftigkeit i. S. d. SGB XI festgestellt worden ist. Es muss auch nicht bereits ein Antrag auf Pflegeleistungen nach dem SGB XI vorliegen. Entscheidend für die Zahlung des Pflegeunterstützungsgeldes ist, dass der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin der (voraussichtlich) pflegebedürftigen nahen angehörigen Person bestätigt hat, dass voraussichtlich die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit i. S. d. §§ 14, 15 SGB XI vorliegen.

(2) Über den Zeitraum des Bezugs und der Höhe des Pflegeunterstützungsgeldes stellt die Pflegekassen der pflegebedürftigen Person eine Bescheinigung gemeinsam mit der Leistungsbewilligung aus. Die Bescheinigung enthält Angaben

- zum Beginn und Ende,
- zur Zahlungsweise (Arbeitstage oder Kalendertage) und
- zur Höhe des täglichen netto und brutto

des Pflegeunterstützungsgeldes (vergleichbar dem DTA EEL). Diese Bescheinigung hat die anspruchsberechtigte Person unverzüglich seinem bzw. ihrem Arbeitgeber bzw. Auftraggeber oder Zwischenmeister für die Entgeltabrechnung und Beitragszahlung vorzulegen.

(3) Verstirbt die pflegebedürftige Person während der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung, endet der Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld mit dem Todestag. Die Pflegekasse zahlt das Pflegeunterstützungsgeld für die Zeit der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung bis zum Todestag. Sofern das Pflegeunterstützungsgeld für den gesamten Freistellungszeitraum und damit über den Todestag hinaus ausgezahlt wurde, erfolgt keine Rückforderung des bereits zu viel gezahlten Pflegeunterstützungsgeldes.

(4) Aus dem Pflegeunterstützungsgeld sind Beiträge zur Arbeitsförderung sowie zur Renten- und Krankenversicherung zu entrichten. Für anspruchsberechtigte Personen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, werden die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung von der Pflegekasse und der pflegebedürftigen Person entrichtet. Privat Krankenversicherte erhalten auf Antrag Zuschüsse zur Krankenversicherung. Die Zuschüsse belaufen sich auf den Betrag, der bei Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung als Leistungsträgeranteil nach § 249c SGB V aufzubringen wäre, und dürfen die tatsächliche Höhe der Beiträge nicht übersteigen. Pflichtmitglieder einer berufsständischen Versorgungseinrichtung, die von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit sind, werden mit Beziehern und Bezieherinnen von Pflegeunterstützungsgeld, für die eine Pflichtversicherung in der gesetzlichen Rentenversicherung besteht, gleichgestellt.

Einzelheiten zur Beitragszahlung sind der gemeinsamen Verlautbarung „Versicherungs-, beitrags- und melderechtliches Auswirkungen des Bezugs von Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a Abs. 3 SGB XI“ vom 31.08.2015 des GKV-Spitzenverbandes, der Deutschen Rentenversicherung Bund, der Bundesagentur für Arbeit sowie dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. zu entnehmen.

2.3 Landwirtschaftliche Unternehmer

(1) Ist ein landwirtschaftliches Unternehmen i. S. d. § 2 Abs. 1 Nr. 1 und 2 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte aufgrund der Organisation oder Sicherstellung der bedarfsgerechten Pflege einer nahen pflegebedürftigen angehörigen Person in einer akut aufgetretenen Pflegesituation an der Führung des Unternehmens gehindert, wird anstelle des Pflegeunterstützungsgeldes eine Betriebshilfe entsprechend des § 9 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte gewährt. Diese Kosten der Leistungen für die Betriebshilfe werden der landwirtschaftlichen Pflegekasse von der Pflegeversicherung der pflegebedürftigen nahen angehörigen Person erstattet. Eine Erstattung innerhalb der sozialen Pflegeversicherung erfolgt jedoch nicht.

(2) Privat pflegeversicherte landwirtschaftliche Unternehmer und Unternehmerinnen, die an der Führung des Unternehmens gehindert sind, erhalten von der Pflegekasse der pflegebedürftigen nahen angehörigen Person eine Kostenerstattung für bis zu zehn Tagen Betriebshilfe in Höhe von 200,00 Euro je Tag Betriebshilfe. Hier besteht insofern ein Unterschied zur Bearbeitung eines Betriebshilfeanspruches eines/einer - bei der landwirtschaftlichen Krankenkasse - pflichtversicherten landwirtschaftlichen Unternehmers/Unternehmerin, dass sie als Privatversicherte keine Sachleistungen von der landwirtschaftlichen Pflegekasse erhalten können, sondern eine entsprechende Kostenerstattung für eine selbstbeschaffte Betriebshilfe unmittelbar von dem Versicherungsträger der pflegebedürftigen Person erhalten. Die Antragstellung, Bearbeitung und Kostenerstattung der selbst beschafften Betriebshilfe an privat versicherte landwirtschaftliche Unternehmer und Unternehmerinnen erfolgt demnach jeweils von der zuständigen Pflegekasse der pflegebedürftigen Person. Aus Gründen der Praktikabilität wird für die Kostenerstattung eine bundesweit einheitliche Pauschale in Höhe von 200,00 Euro vorgesehen, es genügt der Nachweis, dass eine Betriebshilfe im Einsatz war. Als Nachweis sollte daher sowohl der Landwirt bzw. die Landwirtin, als auch die selbstbeschaffte Betriebshilfe in schriftlicher Form den Einsatz der Betriebshilfe bestätigen (Einreichung einer schriftlichen Bestätigung unter Angabe des Einsatzzeitraumes mit Unterschrift des Landwirts bzw. der Landwirtin und des Betriebshelfers bzw. der Betriebshelferin).

2.4 Verhältnis zu anderen Vorschriften

(1) Wird die Pflege der pflegebedürftigen nahen angehörigen Person aufgrund der Verhinderung der Pflegeperson durch den Beschäftigten oder die Beschäftige erbracht (§ 39 SGB XI), kann die pflegebedürftige Person im Rahmen der Verhinderungspflege pflegebedingten Aufwendungen in Höhe des 1,5-fachen Pflegegeldes geltend machen. Bei pflegebedürftigen Personen mit Pflegegrad 4 oder 5, die noch nicht das 25. Lebensjahr vollendet haben, können im Rahmen der Verhinderungspflege pflegebedingte Aufwendungen in Höhe des 2-fachen Pflegegeldes geltend gemacht werden. Der Verdienstausfall bis zu dem in § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB XI genannten Leistungsbetrag in Höhe von 1.685,00 Euro kann nur in Fällen geltend gemacht werden, in denen der bzw. die Beschäftigte für den geltend gemachten Zeitraum kein Pflegeunterstützungsgeld erhalten hat. Die Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI und das Pflegeunterstützungsgeld sind insofern gleichrangig, können aber nicht nebeneinander für den Ersatz des Verdienstausfalls in Anspruch genommen werden. Pflegebedingte Aufwendungen und nachgewiesene Fahrkosten können jedoch zusätzlich zum Pflegeunterstützungsgeld im Rahmen des in § 39 Abs. 1 Satz 3 sowie Abs. 2 SGB XI genannten Leistungsbetrags erstattet werden (vgl. Ziffer 2.5 zu § 39 SGB XI).

(2) Die Ruhensvorschrift des § 34 Abs. 1 Nr. 2 SGB XI findet keine Anwendung. Eine dem Pflegeunterstützungsgeld vergleichbare gesetzliche Entschädigungsleistung besteht nicht nach den Regelungen des SGB VII, dem SGB XIV und entsprechenden Versorgungsgesetzen.

(3) Die Ruhensvorschrift des § 34 Abs. 2 SGB XI finden keine Anwendung. Befindet sich die pflegebedürftige Person im Zeitraum der Arbeitsfreistellung beispielsweise in einer vollstationären Krankenhausbehandlung, werden bei Vorliegen einer akuten Pflegesituation i. S. d. § 2 Abs. 1 Pflegezeitgesetz das Pflegeunterstützungsgeld gewährt.

(4) Das Pflegeunterstützungsgeld stellt eine Geldleistung bei Pflegebedürftigkeit im Sinne der Verordnung (EG) 883/2004 dar. Daher besteht ein Anspruch auf diese Leistung bei vorübergehendem oder dauerhaftem Aufenthalt der nahen pflegebedürftigen angehörigen Person bzw. des oder der Beschäftigten im EU-/EWR-Ausland oder der Schweiz. Bei der Prüfung, ob § 44a SGB XI in grenzüberschreitenden Sachverhalten Anwendung findet, ist entscheidend, ob die nahe pflegebedürftige angehörige Person in Deutschland pflegeversichert ist. Wenn diese Voraussetzung erfüllt ist, wird in einem zweiten Schritt geprüft, ob der bzw. die Beschäftigte einen Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld nach deutschem Recht hat.

Beschäftigte, die im EU-/EWR-Ausland oder der Schweiz einkommenssteuerpflichtig sind, können durch Nachweis eines tatsächlich höheren Nettoarbeitsentgelts eine Neuberechnung des Pflegeunterstützungsgeldes beantragen, die zu einer ergänzenden Zahlung führen kann (analoge Vorgehensweise zur Berechnung von Kranken- und Mutterschaftsgeld sowie des Zuschusses zum Mutterschaftsgeld bei in Deutschland versicherten Personen mit Wohnort in einem anderen Mitgliedstaat, vgl. Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes, DVKA RS 2012/41 vom 31.01.2012).

(5) Da der bzw. die Beschäftigte i. S. d. § 7 Abs. 1 Pflegezeitgesetz anspruchsberechtigt ist und nicht die versicherte Person, muss für die Gewährung des Pflegeunterstützungsgeldes die Vorversicherungszeit nach § 33 SGB XI nicht erfüllt sein.

(6) Hat die pflegebedürftige nahe angehörige Person nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge, so erhält

der bzw. die Beschäftigte das Pflegeunterstützungsgeld von der Pflegekasse in entsprechender Anwendung des § 28 Abs. 2 SGB XI zur Hälfte.

(7) Das Pflegeunterstützungsgeld gilt als Einnahme zum Lebensunterhalt und wird somit als Einkommen bei Sozialleistungen, deren Gewährung von anderen Einkommen abhängig ist, entsprechend berücksichtigt.

3. Längerfristige Arbeitsverhinderung

Nach § 3 Pflegezeitgesetz haben Beschäftigte einen Anspruch auf vollständige oder teilweise Freistellung von der Arbeitsleistung von bis zu sechs Monaten, wenn sie eine pflegebedürftigen nahe angehörige Person in häuslicher Umgebung pflegen.

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 Abs. 1 SGB XI geregelt, dass Beschäftigte, 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.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/204974/
publicationFile/1910/niederschrift_080612_pdf.pdf)

§ 45 SGB XI
Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

(1) Die Pflegekassen haben für Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflegetätigkeit interessierte Personen unentgeltlich Schulungskurse durchzuführen, 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 und ihrer Entstehung vorzubeugen. Die Kurse sollen Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege vermitteln. Auf Wunsch der Pflegeperson und der pflegebedürftigen Person findet die Schulung auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen statt. § 114a Absatz 3a gilt entsprechend. Die Pflegekassen sollen auch digitale Pflegekurse anbieten; die Pflicht der Pflegekassen zur Durchführung von Schulungskursen nach Satz 1 vor Ort bleibt unberührt.

(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 haben für ehrenamtlich Pflegende, und zwar nicht nur für Pflegepersonen im engen Sinne des § 19 SGB XI, Kurse durchzuführen, um die häusliche Pflege zu erleichtern und zu verbessern. Unbeachtlich ist auch, ob eine bereits zu pflegende versicherte Person (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 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 der pflegebedürftigen Person 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. Die Kurse umfassen nicht nur Hilfen zur Minderung seelischer und körperlicher Belastungen, sondern beugen ihrer Entstehung vor. Auf Wunsch der Pflegeperson oder der pflegebedürftigen Person findet die Schulung auch in der häuslichen Umgebung der pflegebedürftigen Person statt. Dies kann z. B. der Fall sein für eine Unterweisung im Gebrauch von Hilfsmitteln oder für bestimmte Pflegetätigkeiten. In diesem Fall ist die Einwilligung der pflegebedürftigen Person einzuholen. Zur Einholung der Einwilligung sind die Vorgaben nach § 114a Abs. 3a SGB XI zu beachten. Demnach muss die Einwilligung in Textform vorliegen. Aus dieser muss der Name des bzw. der Erklärenden genannt und der Abschluss der Erklärung durch Nachbildung der Namensunterschrift erkennbar gemacht werden. Ist die pflegebedürftige Person einwilligungsunfähig, ist die Einwilligung der hierzu berechtigten Person (z. B. gesetzlicher Betreuer/gesetzliche Betreuerin) einzuholen.

(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. Neben der Durchführung der Pflegekurse vor Ort sollen die Pflegekassen auch digitale Pflegekurse anbieten.

(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 der Pflegeversicherung angerechnet werden, und zwar selbst dann nicht, wenn eine Schulung in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen erfolgt.

§ 45a SGB XI
Angebot zur Unterstützung im Alltag, Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags (Umwandlungsanspruch), Verordnungsermächtigung

(1) Angebote zur Unterstützung im Alltag tragen dazu bei, Pflegepersonen zu entlasten, und helfen Pflegebedürftigen, möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung zu bleiben, soziale Kontakte aufrechtzuerhalten und ihren Alltag weiterhin möglichst selbständig bewältigen zu können. Angebote zur Unterstützung sind

1. *Angebote, in denen insbesondere ehrenamtliche Helferinnen und Helfer unter pflegefachlicher Anleitung die Betreuung von Pflegebedürftigen mit allgemeinem oder mit besonderem Betreuungsbedarf in Gruppen oder im häuslichen Bereich übernehmen (Betreuungsangebote),*

2. *Angebote, die der gezielten Entlastung und beratenden Unterstützung von pflegenden Angehörigen und vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen in ihrer Eigenschaft als Pflegende dienen (Angebote zur Entlastung von Pflegenden),*

3. *Angebote, die dazu dienen, die Pflegebedürftigen bei der Bewältigung von allgemeinen oder pflegebedingten Anforderungen des Alltags oder im Haushalt, insbesondere bei der Haushaltsführung, oder bei der eigenverantwortlichen Organisation individuell benötigter Hilfeleistungen zu unterstützen (Angebote zur Entlastung im Alltag).*

Die Angebote benötigen eine Anerkennung durch die zuständige Behörde nach Maßgabe des gemäß Absatz 3 erlassenen Landesrechts. Durch ein Angebot zur Unterstützung im Alltag können auch mehrere der in Satz 2 Nummer 1 bis 3 genannten Bereiche abgedeckt werden. In Betracht kommen als Angebote zur Unterstützung im Alltag insbesondere Betreuungsgruppen für an Demenz erkrankte Menschen, Helferinnen- und Helferkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger oder vergleichbar nahestehender Pflegepersonen im häuslichen Bereich, die Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung durch anerkannte Helferinnen oder Helfer, Agenturen zur Vermittlung von Betreuungs- und Entlastungsleistungen für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige sowie vergleichbar nahestehende Pflegepersonen, Familienentlastende Dienste, Alltagsbegleiter, Pflegebegleiter und Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen.

(2) Angebote zur Unterstützung im Alltag beinhalten die Übernahme von Betreuung und allgemeiner Beaufsichtigung, eine die vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten stärkende oder stabilisierende Alltagsbegleitung, Unterstützungsleistungen für Angehörige und vergleichbar Nahestehende in ihrer Eigenschaft als Pflegende zur besseren Bewältigung des Pflegealltags, die Erbringung von Dienstleistungen, organisatorische Hilfestellungen oder andere geeignete Maßnahmen. Die Angebote verfügen über ein Konzept, das Angaben zur Qualitätssicherung des Angebots sowie eine Übersicht über die Leistungen, die angeboten werden sollen, und die Höhe der den Pflegebedürftigen hierfür in Rechnung gestellten Kosten enthält. Das Konzept umfasst ferner Angaben zur zielgruppen- und tätigkeitsgerechten Qualifikation der Helfenden und zu dem Vorhandensein von Grund- und Notfallwissen im Umgang mit Pflegebedürftigen sowie dazu, wie eine angemessene Schulung und Fortbildung der Helfenden sowie eine kontinuierliche fachliche Begleitung und Unterstützung insbesondere von ehrenamtlich

Helfenden in ihrer Arbeit gesichert werden. Bei wesentlichen Änderungen hinsichtlich der angebotenen Leistungen ist das Konzept entsprechend fortzuschreiben; bei Änderung der hierfür in Rechnung gestellten Kosten sind die entsprechenden Angaben zu aktualisieren.

(3) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Anerkennung der Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne der Absätze 1 und 2 einschließlich der Vorgaben zur regelmäßigen Qualitätssicherung der Angebote und zur regelmäßigen Übermittlung einer Übersicht über die aktuell angebotenen Leistungen und die Höhe der hierfür erhobenen Kosten zu bestimmen. Beim Erlass der Rechtsverordnung sollen sie die gemäß § 45c Absatz 7 beschlossenen Empfehlungen berücksichtigen.

(4) Pflegebedürftige in häuslicher Pflege mit mindestens Pflegegrad 2 können eine Kostenerstattung zum Ersatz von Aufwendungen für Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag unter Anrechnung auf ihren Anspruch auf ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 erhalten, soweit für den entsprechenden Leistungsbetrag nach § 36 in dem jeweiligen Kalendermonat keine ambulanten Pflegesachleistungen bezogen wurden. Der hierfür verwendete Betrag darf je Kalendermonat 40 Prozent des nach § 36 für den jeweiligen Pflegegrad vorgesehenen Höchstleistungsbetrags nicht überschreiten. Zur Inanspruchnahme der Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags nach Satz 1 bedarf es keiner voherigen Antragstellung. Die Anspruchsberechtigten erhalten die Kostenerstattung nach Satz 1 bei Beantragung der dafür erforderlichen finanziellen Mittel von der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen sowie im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von der Beihilfefestsetzungsstelle gegen Vorlage entsprechender Belege über Eigenbelastungen, die ihnen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der Leistungen der Angebote zur Unterstützung im Alltag entstanden sind. Die Vergütungen für ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 sind vorrangig abzurechnen. Im Rahmen der Kombinationsleistung nach § 38 gilt die Erstattung der Aufwendungen nach Satz 1 als Inanspruchnahme der dem Pflegebedürftigen nach § 36 Absatz 3 zustehenden Sachleistung. Ist vor der Auszahlung der Kostenerstattung nach Satz 1 für den jeweiligen Kalendermonat bereits mehr Pflegegeld oder anteiliges Pflegegeld an den Pflegebedürftigen ausgezahlt worden, als er nach Berücksichtigung des Betrags der zu erstatttenden Aufwendungen beanspruchen kann, wird der Kostenerstattungsbetrag insoweit mit dem bereits ausgezahlten Pflegegeldbetrag verrechnet. Beziehen Anspruchsberechtigte die Leistung nach Satz 1, findet § 37 Absatz 3 bis 5 und 7 bis 9 Anwendung; § 37 Absatz 6 findet mit der Maßgabe entsprechende Anwendung, dass eine Kürzung oder Entziehung in Bezug auf die Kostenerstattung nach Satz 1 erfolgt. Die Inanspruchnahme der Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags nach Satz 1 und die Inanspruchnahme des Entlastungsbetrags nach § 45b erfolgen unabhängig voneinander.

1. Allgemeines

Angebote zur Unterstützung im Alltag tragen dazu bei, Pflegepersonen zu entlasten, und pflegebedürftigen Personen zu helfen, möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung zu bleiben, soziale Kontakte aufrechtzuerhalten und ihren Alltag weiterhin möglichst selbständig bewältigen zu können. Je nach Ausrichtung des Angebotes kann es sich dabei um Betreuungsangebote für die pflegebedürftige Person, Angebote zur Entlastung von Pflegepersonen oder um Angebote zur Entlastung im Alltag handeln. Sie beinhalten die Übernahme von Betreuung und allgemeiner Beaufsichtigung, eine die vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten stärkende oder stabilisierende Alltagsbegleitung, Unterstützungsleistung für Pflegepersonen in ihrer Eigenschaft als Pflegende zur besseren Bewältigung des Pflegealltags, die Erbringung von Dienstleistungen, organisatorischer Hilfestellungen oder andere geeignete Maßnahmen.

1.1 Betreuungsangebote

Es handelt sich um Angebote, in denen insbesondere ehrenamtliche Helfer und Helferinnen unter pflegefachlicher Anleitung die Betreuung von pflegebedürftigen Personen mit einem allgemeinen oder besonderen Betreuungsbedarf in Gruppen oder im häuslichen Bereich, z. B. in Form der Tages- oder Einzelbetreuung, übernehmen.

1.2 Angebote zur Entlastung von Pflegenden

Hierbei handelt es sich um Angebote, die der gezielten Entlastung und beratenden Unterstützung von pflegenden Angehörigen oder vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen in ihrer Eigenschaft als Pflegende dienen. Dies kann beispielsweise in Form einer kontinuierlichen qualifizierten Pflegebegleitung oder als feste Ansprechpartner bzw. Ansprechpartnerinnen in Notsituationen erfolgen.

1.3 Angebote zur Entlastung im Alltag

Diese Angebote dienen dazu, die pflegebedürftigen Personen bei der Bewältigung von allgemeinen und pflegebedingten Anforderungen des Alltags, des Haushalts, insbesondere bei der Haushaltsführung, oder bei der eigenverantwortlichen Organisation benötigter Hilfeleistungen zu unterstützen.

1.4 Art der Angebote

Zu den Angeboten zur Unterstützung im Alltag zählen insbesondere

- Betreuungsgruppen für an Demenz erkrankte Menschen (z B. Alzheimergruppen),
- Helferkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger oder vergleichbar nahestehender Pflegepersonen im häuslichen Bereich,
- Tagesbetreuung in Kleingruppen (Tagesmuttermodell) oder Einzelbetreuung,
- Agenturen zur Vermittlung von Betreuungs- und Entlastungsleistungen sowohl für pflegebedürftige Personen als auch für Pflegepersonen,
- Familienentlastende Dienste,
- Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen,
- Alltagsbegleitung,
- Pflegebegleitung.

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 Angeboten zur Unterstützung im Alltag, ehrenamtlichen Strukturen und der Selbsthilfe sowie von Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen nach § 45c Abs. 7 SGB XI i.V.m. § 45d SGB XI in der jeweils gültigen Fassung geregelt. Um welche Angebote zur Unterstützung im Alltag es sich im Einzelnen handelt, bestimmt das jeweilige Land auf der Grundlage einer Rechtsverordnung. Eine Übersicht über die Angebote zur Unterstützung im Alltag einschließlich der von ihnen angebotenen Leistungen und der Höhe der hierfür erhobenen Kosten werden vom Land bzw. einer vom Land bestimmten Stelle den Landesverbänden der Pflegekassen übermittelt, welche die Übersicht auf einer eigenen Internetseite veröffentlichen.

2. Verwendung des Pflegesachleistungsbetrages für Angebote zur Unterstützung im Alltag (Umwandlungsanspruch)

2.1 Allgemeines

(1) Pflegebedürftige Personen in häuslicher Pflege mit mindestens Pflegegrad 2 können bis zu 40 v. H. des Pflegesachleistungsbetrages nach § 36 SGB XI für anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag in Anspruch nehmen, soweit für die entsprechenden Leistungsbeträge keine ambulanten Pflegesachleistungen bezogen wurden (Umwandlungsanspruch). Anspruchsberechtigte sind versicherte Personen, die

- ausschließlich Pflegesachleistungen (§ 36 SGB XI),
- Kombinationsleistungen (§ 38 SGB XI) oder
- ausschließlich Pflegegeld (§ 37 SGB XI)

beziehen.

(2) Für die Verwendung von bis zu 40 v. H. des Pflegesachleistungsbetrages für Angebote zur Unterstützung im Alltag bedarf es keiner vorherigen Antragsstellung, so dass die Kostenerstattung im Rahmen des Umwandlungsanspruchs auch nachträglich geltend gemacht werden kann. Damit ist eine Inanspruchnahme von Leistungen der Angebote zur Unterstützung im Alltag bereits möglich, ohne dass von der pflegebedürftigen Person zuvor bereits ein Antrag auf Nutzung des Umwandlungsanspruchs gestellt werden muss. Für die Geltendmachung des Kostenerstattungsanspruchs im Rahmen des Umwandlungsanspruchs ist es ausreichend, wenn der Antrag nachträglich eingereicht wird. Das Einreichen eines Nachweises über die im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der Leistungen der Angebote zur Unterstützung im Alltag entstandenen Aufwendungen ist als Antrag zu werten, sofern erkennbar ist, dass die pflegebedürftige Person den Umwandlungsanspruch in Anspruch nimmt. Voraussetzung für eine Kostenerstattung im Rahmen des Umwandlungsanspruchs bleibt aber, dass die Leistungsinanspruchnahme tatsächlich erfolgte, der ambulante Pflegesachleistungsbetrag für den betreffenden Monat noch nicht für Sachleistungen eines ambulanten Pflege- oder Betreuungsdienstes ausgeschöpft ist und die Maximalgrenze für die Umwandlung von 40 v. H. nicht überschritten wird.

(3) Die Erstattung der Aufwendungen für die in Anspruch genommenen Angebote zur Unterstützung im Alltag erfolgt auf Nachweis entsprechender Aufwendungen. Eine Verwendung von maximal 40 v. H. des Pflegesachleistungsbetrages für Angebote zur Unterstützung im Alltag ist unabhängig von der Inanspruchnahme des Entlastungsbetrages nach § 45b Abs. 1 SGB XI. Somit kann der Umwandlungsanspruch nach § 45a Abs. 4 SGB XI entweder gleichzeitig, vor oder nach der Inanspruchnahme des Entlastungsbetrages nach § 45b Abs. 1 SGB XI genutzt werden.

Sofern sich die pflegebedürftige Person für eine Art der Inanspruchnahme entschieden hat, ist sie an diese Entscheidung für bereits erstattete Aufwendungen gebunden. Es erfolgt somit keine Rückabwicklung.

(4) Die Vergütungen für ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI sind vorrangig abzurechnen. Erst nach erfolgter Abrechnung der ambulanten Pflegesachleistung kann ermittelt werden, in welchem Umfang noch Mittel für die Erstattung der Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag im Rahmen des § 45a Abs. 4 SGB XI zur Verfügung stehen.

Beispiel 1

Eine pflegebedürftige Person des Pflegegrades 3 nimmt im März Pflegesachleistungen in Höhe von 950,00 Euro in Anspruch.

Ergebnis:

60 v. H. des Pflegesachleistungsbetrages sind 898,20 Euro. Die pflegebedürftige Person hat für ambulante Pflegesachleistungen 950,00 Euro und damit mehr als 60 v. H. des Leistungsbetrages nach § 36 Abs. 3 SGB XI in Anspruch genommen. Der nicht für ambulante Pflegesachleistungen verwendete Betrag in Höhe von 547,00 Euro (1.497,00 Euro – 950,00 Euro) kann für Angebote zur Unterstützung im Alltag verwendet werden.

Beispiel 2

Eine pflegebedürftige Person des Pflegegrades 2 nimmt im April Pflegesachleistungen in Höhe von 250,00 Euro in Anspruch.

Ergebnis:

60 v. H. des Pflegesachleistungsbetrages sind 477,60 Euro. Der Pflegebedürftige hat für ambulante Pflegesachleistungen 250,00 Euro und damit weniger als 60 v. H des Leistungsbetrages § 36 Abs. 3 SGB XI in Anspruch genommen. Somit stehen für die Angebote zur Unterstützung im Alltag maximal 318,40 Euro (40 v. H. von 796,00 Euro) zur Verfügung.

Beispiel 3

Eine pflegebedürftige Person des Pflegegrades 2 nimmt im Februar Pflegesachleistungen in Höhe von 490,00 Euro in Anspruch. Für die im Februar in Anspruch genommenen Angebote zur Unterstützung im Alltag in Höhe von 150,00 Euro reicht sie im März einen Nachweis zur Erstattung der Aufwendungen ein. Im Januar und Februar hat sie den Entlastungsbetrag nach § 45b Abs. 1 SGB XI nicht in Anspruch genommen.

Ergebnis:

60 v. H. des Pflegesachleistungsbetrages sind 477,60 Euro. Die pflegebedürftige Person hat Pflegesachleistungen in Höhe von 490,00 Euro und damit mehr als 60 v. H. des Leistungsbetrags nach § 36 Abs. 3 SGB XI in Anspruch genommen. Somit stehen für die Angebote zur Unterstützung im Alltag maximal 306,00 Euro (796,00 Euro – 490,00 Euro) aus der Pflegesachleistung zur Verfügung.

Da die pflegebedürftige Person in den Monaten Januar und Februar den Entlastungsbetrag nach § 45b Abs. 1 SGB XI nicht in Anspruch genommen hat, steht ihr dieser ebenfalls zur Erstattung der Aufwendungen für die in Anspruch genommenen Angebote zur Unterstützung im Alltag in Höhe von insgesamt 262,00 Euro (2 Monate x 131,00 Euro) zur Verfügung.

Die pflegebedürftige Person kann wählen, ob sie den Entlastungsbetrag nach § 45b Abs. 1 SGB XI oder den nicht verwendeten Pflegesachleistungsbetrag für die Erstattung der Aufwendungen verwendet.

Beispiel 4

Eine pflegebedürftige Person des Pflegegrades 3 nimmt im Mai Pflegesachleistungen in Höhe von 1.150,00 Euro in Anspruch. Im Juli reicht sie einen Nachweis zur Erstattung von Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag für den Monat Mai in Höhe von 250,00 Euro ein. Der Leistungsanspruch nach § 45b Abs. 1 SGB XI ist für die Monate Januar bis Juni ausgeschöpft. Die pflegebedürftige Person wünscht die vorrangige Inanspruchnahme des Entlastungsbetrages nach § 45b Abs. 1 SGB XI.

Ergebnis:

60 v. H. des Pflegesachleistungsbetrages sind 898,20 Euro. Die pflegebedürftige Person hat Pflegesachleistungen in Höhe von 1.150,00 Euro und damit mehr als 60 v. H. des Leistungsbetrags nach § 36 Abs. 3 SGB XI in Anspruch genommen. Somit stehen für die Angebote zur Unterstützung im Alltag maximal 347,00 Euro (1.497,00 Euro – 1.150,00 Euro) zur Verfügung.

Für die Erstattung der Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag steht im Juli der Entlastungsbetrag nach § 45b Abs. 1 SGB XI in Höhe von 131,00 Euro zur Verfügung. Die Aufwendungen der Angebote zur Unterstützung im Alltag betragen jedoch 262,00 Euro, so dass sie den zur Verfügung stehenden Entlastungsbetrag nach § 45b Abs. 1 SGB XI um 131,00 Euro übersteigen.

Da die pflegebedürftige Person den Pflegesachleistungsbetrag nach § 36 Abs. 3 SGB XI im Mai 2025 nicht ausgeschöpft hat, kann sie den nicht verwendeten Betrag zur Erstattung der Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag in Höhe von 131,00 Euro verwenden.

(5) Neben der Verwendung des in § 36 Abs. 3 SGB XI vorgesehenen Leistungshöchstbetrages des jeweiligen Pflegegrades für Angebote zur Unterstützung im Alltag kann die pflegebedürftige Person ambulante Pflegesachleistungen und ein anteiliges Pflegegeld (Kombinationsleistung) in Anspruch nehmen. Für die Berechnung des anteiligen Pflegegeldes gilt der im Rahmen der Kombinationsleistung für Angebote zur Unterstützung im Alltag verwendete Leistungsbetrag nach § 36 SGB XI als Inanspruchnahme der Pflegesachleistung.

Beispiel 5

Kombinationsleistung bei einer pflegebedürftigen Person des Pflegegrades 2. Sie nimmt im Monat Februar ambulante Pflegesachleistungen in Höhe von 320,00 Euro in Anspruch. Für Angebote zur Unterstützung im Alltag verwendet sie 150,00 Euro des Leistungshöchstbetrages nach § 36 Abs. 3 SGB XI.

Ergebnis:

60 v. H. des Pflegesachleistungsbetrages sind 477,60 Euro. Da die pflegebedürftige Person insgesamt 59,05 v. H. (320,00 Euro + 150,00 Euro = 470,00 Euro von 796,00 Euro) des Leistungsbetrag nach § 36 Abs. 3 SGB XI für Pflegesachleistungen und die Erstattung von Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag verwendet hat, hat sie einen Anspruch auf anteiliges Pflegegeld in Höhe von 142,10 Euro (40,95 v. H. von 347,00 Euro).

(6) Unmittelbar nach der Abrechnung der Vergütungen für ambulante Pflegesachleistungen wird das anteilige Pflegegeld nach § 38 SGB XI ausgezahlt. Eine nachträgliche Kostenerstattung der Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag für den gleichen Abrechnungsmonat, ist mit dem bereits ausgezahlten anteiligen Pflegegeld zu verrechnen. Somit reduziert sich der Kostenerstattungsbetrag für Angebote zur Unterstützung im Alltag um das zu viel gezahlte anteilige Pflegegeld.

Beispiel 6

Kombinationsleistung bei einer pflegebedürftigen Person des Pflegegrades 4. Im Monat Mai nimmt sie Pflegesachleistungen in Höhe von 1.100,00 Euro in Anspruch. Im Juli reicht sie einen Nachweis für Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag in Höhe von 250,00 Euro für den Monat Mai ein. Die pflegebedürftige Person entscheidet sich für die Verwendung des Pflegesachleistungsbetrages.

Sachleistungsanteil (1.300,00 Euro von 1.859,00 Euro) = 69,93 v. H.

Geldleistungsanteil = 30,07 v. H.

Ergebnis:

Nachdem die Pflegekasse die Leistungen des ambulanten Pflegedienstes in Höhe von 1.300,00 Euro abgerechnet hat, überweist sie das anteilige Pflegegeld in Höhe von 240,56 Euro (30,07 v. H. von 800,00 Euro) an die pflegebedürftige Person.

Anteil der Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag am Sachleistungsanspruch (250,00 Euro von 1.859,00 Euro) = 13,45 v. H.

Somit beträgt der Sachleistungsanteil für den Monat Mai insgesamt 83,38 v. H. (1.300,00 Euro + 250,00 Euro = 1.550,00 Euro von 1.859,00 Euro) des Leistungsbetrages nach § 36 Abs. 3 SGB XI. Damit reduziert sich jedoch der Geldleistungsanteil auf 16,62 v. H., so dass die pflegebedürftige Person lediglich einen Anspruch auf Pflegegeld in Höhe von 132,96 Euro (16,62 v. H. von 800,00 Euro) hat. Da das anteilige Pflegegeld bereits ausgezahlt wurde, wird das zu viel gezahlte Pflegegeld in Höhe von 107,60 Euro (240,56 Euro – 132,96 Euro) mit der Erstattung der Aufwendungen für die Angebote zur Unterstützung im Alltag verrechnet. Die Pflegekasse erstattet der pflegebedürftigen Person die Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag in Höhe von insgesamt 142,40 Euro (250,00 Euro – 107,60 Euro).

(7) Anspruchsberechtigte, die ausschließlich Pflegegeld nach § 37 Abs. 1 SGB XI beziehen, können bis zu 40 v. H des in § 36 Abs. 3 SGB XI vorgesehenen Leistungshöchstbetrages des jeweiligen Pflegegrades für die Erstattung der Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung

im Alltag verwenden. Der für Angebote zur Unterstützung im Alltag verwendete Leistungsbetrag nach § 36 SGB XI gilt als Inanspruchnahme der Pflegesachleistung. Von daher ist für die Berechnung des anteiligen Pflegegeldes die Kombinationsregelung nach § 38 SGB XI entsprechend anzuwenden (vgl. Erläuterungen zu § 38 SGB XI).

Beispiel 7

Eine Pflegegeld beziehende Person des Pflegegrades 3 beantragt im Februar die Verwendung des Pflegesachleistungsbetrages ab März. Im April reicht sie einen Nachweis über Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag in Höhe von 350,00 Euro für den Monat März ein.

Ergebnis:

Die Pflegekasse hat für den Monat März an die pflegebedürftige Person ein Pflegegeld in Höhe von 599,00 Euro gezahlt. Da der für die Erstattung der Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag verwendete Leistungsbetrag nach § 36 Abs. 3 SGB XI als Pflegesachleistung gilt, ist die Kombinationsregelung des § 38 SGB XI anzuwenden.

Sachleistungsanteil (350,00 Euro von 1.497,00 Euro)	= 23,38 v. H.
Geldleistungsanteil	= 76,62 v. H.

Damit reduziert sich das bereits ausgezahlte Pflegegeld, so dass die pflegebedürftige Person lediglich einen Anspruch auf Pflegegeld in Höhe von 458,95 Euro (76,62 v. H. von 599,00 Euro) hat. Da das Pflegegeld für den Monat März bereits ausgezahlt wurde, wird das zu viel gezahlte Pflegegeld in Höhe von 140,05 Euro (599,00 Euro – 458,95 Euro) mit der Erstattung der Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag verrechnet. Die Pflegekasse erstattet der pflegebedürftigen Person die Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag in Höhe von insgesamt 209,95 Euro (350,00 Euro – 140,05 Euro).

2.2 Beratungseinsatz

(1) Pflegebedürftige Personen des Pflegegrades 2 bis 5, die Pflegegeld nach § 37 Abs. 1 SGB XI beziehen und Angebote zur Unterstützung im Alltag im Rahmen der Kombinationsleistung nach § 45a Abs. 4 SGB XI nutzen, haben die Pflicht, regelmäßig eine Beratung i. S. d. § 37 Abs. 3 SGB XI abzurufen. Dies gilt nicht für pflegebedürftige Personen, die Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI oder die Kombinationsleistung nach § 38 SGB XI in Anspruch nehmen. Sie können diese jedoch freiwillig in Anspruch nehmen. Insbesondere bei pflegebedürftigen Personen, die keine Pflegesachleistungen über einen ambulanten Pflegedienst abrufen, sollen die häuslich Pflegenden auch in diesem Fall regelmäßig Hilfestellungen und praktische pflegefachliche Unterstützung durch die Beratungseinsätze zur Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege erhalten. Darüber hinaus kann im Rahmen der Beratungseinsätze gemeinsam mit der pflegebedürftigen Person ggf. eine individuelle Planung bezüglich der Nutzung der verschiedenen vorhandenen Kombinationsmöglichkeiten erfolgen. Jede pflegebedürftige Person, die dies wünscht, kann dadurch in die Lage versetzt werden, einen Überblick über die von ihr bezogenen Leistungen und deren Kosten sowie einen in ihrer Situation optimalen Pflege-Mix erhalten.

(2) Pflegegeld beziehende Personen, die den in § 36 Abs. 3 SGB XI vorgesehenen Leistungshöchstbetrag des jeweiligen Pflegegrades für die Erstattung von Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag verwenden, haben je nach Grad ihrer Pflegebedürftigkeit einmal halbjährlich (Pflegegrad 2 und 3) bzw. vierteljährlich (Pflegegrad 4 und 5) einen Beratungseinsatz i. S. d. § 37 Abs. 3 SGB XI nachzuweisen. Pflegebedürftige Personen, die Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI oder Kombinationsleistungen nach § 38 SGB XI in Anspruch nehmen, können in den genannten Fristen einen Beratungseinsatz abrufen (vgl. Ziffer 5.1 zu § 37 SGB XI).

(3) Pflegebedürftige Personen, 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 für diese Zeiten Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI und Pflegegeld nach § 37 SGB XI zur Verfügung gestellt werden. Der zur Verfügung gestellte Pflegesachleistungsbetrag kann für die Erstattung von Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag verwendet werden. Diese müssen wie alle Kombinationsleistungsempfänger keinen Beratungseinsatz nachweisen (vgl. Ziffer 5.1 zu § 37 SGB XI).

(4) Weist die pflegebedürftige Person den Beratungseinsatz nach § 37 Abs. 3 SGB XI i.V.m. § 45a Abs. 4 SGB XI nicht nach, ist die Erstattung der Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 37 Abs. 6 SGB XI angemessen zu kürzen und im Wiederholungsfall nicht vorzunehmen. Als angemessen ist eine Kürzung des Erstattungsbetrages von 50 v. H. anzusehen. Hierbei ist die Situation im Einzelfall zu berücksichtigen. Die fehlende Nachweisführung des Beratungseinsatzes ist bereits bei der Ermittlung der Höhe des tatsächlichen Anspruchs auf anteiliges Pflegegeld zu berücksichtigen. D.h., die Aufwendungen für die Angebote zur Unterstützung im Alltag werden in gekürzter Form für die Ermittlung des Sachleistungsanteils angesetzt. Sofern ein anteiliges Pflegegeld ausgezahlt wurde, erfolgt die Verrechnung des zu viel gezahlten Pflegegeldes mit den gekürzten Angeboten zur Unterstützung im Alltag.

Von der Kürzung und dem Wegfall der Erstattung sind die Ansprüche auf die Leistungsbeträge nach § 45b Abs. 1 SGB XI in Höhe von 131,00 Euro sowie der Anspruch auf anteiliges Pflegegeld nicht betroffen.

(5) Das vorstehend beschriebene Verfahren wird nur in Gang gesetzt, wenn die pflegebedürftige Person bis zu 40 v. H. des in § 36 Abs. 3 SGB XI genannten Leistungsbetrages regelmäßig für Angebote zur Unterstützung im Alltag verwendet. Von einer Regelmäßigkeit kann dann ausgegangen werden, wenn eine pflegebedürftige Person der Pflegegrade 2 und 3 mindestens in vier Monaten im Kalenderhalbjahr Angebote zur Unterstützung i.S. des § 45a Abs. 4 SGB XI in Anspruch genommen hat; eine pflegebedürftige Person der Pflegegrade 4 und 5 mindestens in zwei Monaten im Kalendervierteljahr. Erfolgt eine geringere Inanspruchnahme im Kalenderhalbjahr (nur in drei Monaten oder noch weniger) bzw. im Kalendervierteljahr (nur in einem Monat) kann nicht von einer Regelmäßigkeit ausgegangen werden.

(6) Verwendet eine Pflegegeld beziehende Person regelmäßig bis zu 40 v. H. der Pflegesachleistung für Angebote zur Unterstützung, wird sie aufgrund der Konstruktion der gesetzlichen Regelungen zu § 45a Abs. 4 SGB XI zu einer Kombinationsleistung beziehenden Person. Wird ein Beratungseinsatz nicht nachgewiesen, erfolgt eine Kürzung des Erstattungsbetrages für die Angebote zur Unterstützung im Alltag. Dies zieht keine Kürzung des Pflegegeldes nach sich.

Nimmt die Pflegegeld beziehende Person die Angebote zur Unterstützung im Alltag aus der Pflegesachleistung nicht regelmäßig in Anspruch (im Kalenderhalbjahr nur in drei Monaten oder noch weniger bzw. im Kalendervierteljahr nur in einem Monat) ist in Hinblick auf die Zahlung des Pflegegeldes an die Durchführung des Beratungseinsatzes nach § 37 Abs. 3 SGB XI zu erinnern. Erfolgt kein Nachweis des Beratungseinsatzes und werden die Angebote zur Unterstützung im Alltag weiterhin nicht regelmäßig in Anspruch genommen, ist eine Kürzung des Pflegegeldes vorzunehmen (vgl. Ziffer 5 zu § 37 SGB XI). In diesen Fällen sollte der pflegebedürftigen Person auch eine Beratung angeboten werden.

Beispiel 1

Eine Pflegegeld beziehende Person des Pflegegrades 4 hat in den Monaten März, April und Mai erstmals einen Teil der Pflegesachleistung für die Erstattung der Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag verwendet. Die für diesen Zeitraum eingereichten Nachweise für Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag hat die Pflegekasse erstattet. Im Vierteljahreszeitraum vom 01.04. bis 30.06. wird kein Nachweis über einen Beratungseinsatz nach § 45a Abs. 4 i. V. m. § 37 Abs. 3 SGB XI erbracht. Es werden erneut in den Monaten August und September Angebote zur Unterstützung im Alltag in Höhe von monatlich 300,00 Euro in Anspruch genommen. Für diesen Zeitraum ist der Anspruch nach § 45b Abs. 1 SGB XI ausgeschöpft. Auch in dem zweiten Vierteljahreszeitraum vom 01.07. bis 30.09. wird kein Nachweis über einen Beratungseinsatz nach § 45a Abs. 4 SGB XI i. V. m. § 37 Abs. 3 SGB XI erbracht. Im Dezember reicht die Pflegegeld beziehende Person einen Nachweis über Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag in Höhe von 400,00 Euro für den Monat November ein.

Ergebnis:

Der Pflegesachleistungsbetrag nach § 36 Abs. 3 SGB XI wird in dem Vierteljahreszeitraum vom 01.04. bis zum 30.06. in zwei Monaten und damit regelmäßig für Angebote zur Unterstützung im Alltag verwendet, so dass ein Beratungsnachweis nach § 45a Abs. 4 SGB XI i. V. m. § 37 Abs. 3 SGB XI zu führen ist. Da die Nachweisführung des Beratungseinsatzes im Vierteljahreszeitraum vom 01.04. bis 30.06. nicht erfolgt, ist die Erstattung der Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag für die Monate August und September ab dem 01.08. um jeweils 50 v. H. zu kürzen (50 v. H. von 300,00 Euro = 150,00 Euro).

Der für die Erstattung der Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag verwendete Leistungsbetrag nach § 36 Abs. 3 SGB XI gilt als Pflegesachleistung, so dass die Kombinationsregelung des § 38 SGB XI anzuwenden ist.

Sachleistungsanteil (150,00 Euro von 1.859,00 Euro)	= 8,07 v. H.
Geldleistungsanteil	= 91,93 v. H.

Das bereits ausgezahlte Pflegegeld in Höhe von 800,00 Euro reduziert sich daher auf einen Anspruch auf Pflegegeld in Höhe von 735,44 Euro (91,93 v. H. von 800,00 Euro). Das zu viel gezahlte Pflegegeld in Höhe von 64,56 Euro (800,00 Euro – Euro) wird mit der Erstattung der Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag verrechnet.
Die Pflegekasse erstattet der pflegebedürftigen Person die Aufwendungen der Angebote zur Unterstützung im Alltag in Höhe von insgesamt 85,43 Euro (150,00 Euro – 64,57 Euro).

Da im Vierteljahreszeitraum vom 01.07. bis 30.09. ebenfalls kein Beratungsnachweis geführt wird, erfolgt ab 04.10. die Mitteilung der Pflegekasse über die Einstellung der Erstattung der Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag ab 01.11. Somit wird für den November das Pflegegeld in Höhe von 765,00 Euro gezahlt. Jedoch werden die Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag für November nicht erstattet.

Beispiel 2

Eine Pflegegeld Person des Pflegegrades 4 hat in den Monaten März, Mai und Juli einen Teil der Pflegesachleistung für die Erstattung der Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag verwendet. Erst im November nimmt sie erneut Angebote zur Unterstützung im Alltag in Anspruch. Hierüber reicht sie im Dezember einen Nachweis über deren Aufwendungen in Höhe von 350,00 Euro ein. Der Anspruch nach § 45b Abs. 1 SGB XI ist ausgeschöpft. Sowohl im Vierteljahreszeitraum vom 01.04. bis 30.06. als auch im Vierteljahreszeitraum vom 01.07. bis 30.09. wird kein Nachweis über einen Beratungseinsatz nach § 45a Abs. 4 SGB XI i. V. m. § 37 Abs. 3 SGB XI erbracht.

Ergebnis:

Der Pflegesachleistungsbetrag nach § 36 Abs. 3 SGB XI wird in dem Vierteljahreszeitraum vom 01.04. bis 30.06. in nur einem Monat (Mai) für die Erstattung der Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag verwendet und damit unregelmäßig. Demzufolge hat sie für diesen Vierteljahreszeitraum keinen Beratungseinsatz nach § 45a Abs. 4 SGB XI i. V. m. § 37 SGB XI zu führen, mit der Folge, dass keine Kürzung in Höhe von 50 v. H. der Erstattung für Angebote zur Unterstützung im Alltag ab dem 01.08. vorzunehmen ist. Jedoch besteht durch die unregelmäßige Verwendung des Pflegesachleistungsbetrages nach § 36 Abs. 3 SGB XI für die Erstattung von Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag die Pflicht zum Nachweis eines Beratungseinsatzes nach § 37 Abs. 3 SGB XI für die Zahlung des Pflegegeldes nach § 37 SGB XI. Für den Vierteljahreszeitraum vom 01.07. bis zum 30.09. wird wiederum kein Nachweis erbracht. Somit ist das Pflegegeld ab dem 01.11. um 50 v. H. zu kürzen. Demzufolge zahlt die Pflegekasse für November ein Pflegegeld in Höhe von 382,50 Euro (50 v. H. von 765,00 Euro).

Der fehlende Beratungseinsatz hat keine Auswirkungen auf die Erstattung der Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag im November in Höhe von 350,00 Euro.

Der für die Erstattung der Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag verwendete Leistungsbetrag nach § 36 Abs. 3 SGB XI gilt als Pflegesachleistung, so dass die Kombinationsregelung des § 38 SGB XI anzuwenden ist.

Pflegesachleistungsanteil	= 19,69 v. H.
Geldleistungsanteil	= 80,31 v. H.

Das bereits ausgezahlte Pflegegeld in Höhe von 382,50 Euro reduziert sich daher auf einen Anspruch auf Pflegegeld in Höhe von 307,19 Euro (80,31 v. H. von 50 v. H. von 765,00 Euro). Das zu viel gezahlte Pflegegeld in Höhe von 75,31 Euro (382,50 Euro – 307,19 Euro) wird mit der Erstattung der Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag verrechnet. Die Pflegekasse erstattet der pflegebedürftigen Person die Aufwendungen der Angebote zur Unterstützung im Alltag in Höhe von insgesamt 274,69 Euro (350,00 Euro – 75,31 Euro).

(7) Auf die Einzelheiten zum Beratungseinsatz, der Durchführung und des Nachweises des Beratungseinsatzes wird auf Ziffer 5 zu § 37 SGB XI verwiesen.

2.3 Zusammentreffen von Leistungen nach § 45a Abs. 4 SGB XI mit Fürsorgeleistungen zur Pflege

Verwendet die anspruchsberechtigte Person den Leistungsbetrag nach § 36 Abs. 3 SGB XI für die Erstattung der Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag findet § 13 Abs. 3 SGB XI Anwendung (vgl. Ziffer 6 zu § 45b SGB XI).

§ 45b SGB XI
Entlastungsbetrag

(1) Pflegebedürftige in häuslicher Pflege haben Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von 125 Euro monatlich. Der Betrag ist zweckgebunden einzusetzen für qualitätsgesicherte Leistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger und vergleichbar Nahestehender in ihrer Eigenschaft als Pflegende sowie zur Förderung der Selbständigkeit und Selbstbestimmtheit der Pflegebedürftigen bei der Gestaltung ihres Alltags. 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. *Leistungen der ambulanten Pflegedienste im Sinne des § 36, in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht für Leistungen im Bereich der Selbstversorgung,*
4. *Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a.*

Die Erstattung der Aufwendungen aus dem Entlastungsbetrag erfolgt auch in dem Fall, in dem für die in Satz 3 genannten Leistungen Mittel im Rahmen einer Verhinderungspflege gemäß § 39 eingesetzt werden. Die Leistung nach Satz 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

(2) Der Anspruch auf den Entlastungsbetrag entsteht, sobald die in Absatz 1 Satz 1 genannten Anspruchsvoraussetzungen vorliegen, ohne dass es einer vorherigen Antragstellung bedarf. Die Kostenerstattung in Höhe des Entlastungsbetrags nach Absatz 1 erhalten die Pflegebedürftigen von der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen sowie im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von der Beihilfefestsetzungsstelle bei Beantragung der dafür erforderlichen finanziellen Mittel gegen Vorlage entsprechender Belege über entstandene Eigenbelastungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der in Absatz 1 Satz 3 genannten Leistungen. Für Zwecke der statistischen Erfassung bei den Pflegekassen und den privaten Versicherungsunternehmen muss auf den Belegen eindeutig und deutlich erkennbar angegeben sein, im Zusammenhang mit welcher der in Absatz 1 Satz 3 Nummer 1 bis 4 genannten Leistungen die Aufwendungen jeweils entstanden sind.

(3) Der Entlastungsbetrag nach Absatz 1 Satz 1 findet bei den Fürsorgeleistungen zur Pflege nach § 13 Absatz 3 Satz 1 keine Berücksichtigung. § 63b Absatz 1 Satz 3 des Zwölften Buches findet auf den Entlastungsbetrag keine Anwendung. Abweichend von den Sätzen 1 und 2 darf der Entlastungsbetrag hinsichtlich der Leistungen nach § 64i oder § 66 des Zwölften Buches bei der Hilfe zur Pflege Berücksichtigung finden, soweit nach diesen Vorschriften Leistungen zu gewähren sind, deren Inhalte den Leistungen nach Absatz 1 Satz 3 entsprechen.

(4) Die für die Erbringung von Leistungen nach Absatz 1 Satz 3 Nummern 1 bis 4 verlangte Vergütung darf die Preise für vergleichbare Sachleistungen von zugelassenen Pflegeeinrichtungen nicht übersteigen. Näheres zur Ausgestaltung einer entsprechenden Begrenzung der Vergütung, die für die Erbringung von Leistungen nach Absatz 1 Satz 3 Nummer 4 durch nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag verlangt werden darf, können die Landesregierungen in der Rechtsverordnung nach § 45a Absatz 3 bestimmen.

1. Leistungsvoraussetzungen

Pflegebedürftige Personen i. S. d. §§ 14, 15 SGB XI haben einen Anspruch auf den Entlastungsbetrag.

Der Entlastungsbetrag ist Bestandteil der häuslichen Pflege, d. h. er ergänzt die Leistungen der ambulanten und teilstationären Pflege in der häuslichen Umgebung. Dies kann der eigene Haushalt, der Haushalt der Pflegeperson oder ein Haushalt sein, in dem die pflegebedürftige Person aufgenommen wurde. Das gilt gleichermaßen, wenn die pflegebedürftige Person in einer Altenwohnung oder in einem Altenheim wohnt (vgl. Ziffer 1 Abs. 1 zu § 36 SGB XI).

Zum Nebeneinander des Anspruchs nach § 45b SGB XI mit Fürsorgeleistungen zur Pflege vgl. Ziffer 5 zu § 13 SGB XI.

2. Leistungsinhalt

Bei dem Entlastungsbetrag handelt es 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 und vergleichbar Nahestehenden sowie zur Förderung der Selbständigkeit und Selbstbestimmtheit der pflegebedürftigen Personen bei der Gestaltung ihres Alltags ausgerichtet sind. Darüber hinaus soll der Entlastungsbetrag dazu beitragen, die Infrastruktur und damit das notwendige Angebot für die pflegebedürftigen Personen sowie deren pflegende Angehörige und vergleichbar Nahestehenden zu verbessern.

Der Entlastungsbetrag dient der Erstattung von Aufwendungen, die der versicherten Person im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme folgender Leistungen entstehen:

- Tages- und Nachtpflege oder Kurzzeitpflege

  Der Entlastungsbetrag kann zum einen die Regelleistung der Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI) sowie der Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI, § 39c SGB V nur im Falle des Pflegegrades 1) insoweit ergänzen, als damit diese Leistungen für einen längeren Zeitraum oder in höherer Frequenz beansprucht werden können. Zum anderen können die Leistungen der Kurzzeitpflege ausschließlich durch den Entlastungsbetrag finanziert werden. Dies beispielsweise wenn die pflegebedürftige Person aus den vergangenen Monaten den Entlastungsbetrag nicht genutzt hat (vgl. Ziffer 3). In diesen Fällen handelt es sich nicht um eine Inanspruchnahme der Leistungen nach § 42 SGB XI, so dass keine Anrechnung auf die Leistungsdauer und –höhe nach § 42 SGB XI erfolgt. Das Pflegegeld nach § 37 SGB XI wird bei pflegebedürftigen Personen der Pflegegrade 2 bis 5 in voller Höhe weitergezahlt. Eine Anrechnung des Pflegegeldes auf den Entlastungsbetrag ist ausgeschlossen. Im Einzelfall könnte es sich anbieten, vorrangig den Entlastungsbetrag einzusetzen. Hierauf sollte insbesondere in der Beratung nach §§ 7, 7a SGB XI hingewiesen werden.

  Gefordert wird nicht, dass die Tages- und Nachtpflegeeinrichtung bzw. die Kurzzeitpflegeeinrichtung ein spezielles auf den pflegebedürtigen Personenkreis ausgerichtetes Leistungsangebot bereitstellt. Die Entlastung der/des pflegenden Angehörigen und vergleichbar nahestehender Pflegepersonen sowie infrastrukturfördernde Effekte stehen im Mittelpunkt. Maßgeblich für die Leistungsgewährung ist allein die finanzielle Eigenbelastung der versicherten Person aufgrund der Inanspruchnahme der Tages- und Nachtpflege bzw. der Kurzzeitpflege.

Zu den erstattungsfähigen Eigenbelastungen bei Inanspruchnahme der Tages- und Nachtpflege bzw. der Kurzzeitpflege zählen auch die von der pflegebedürftigen Person 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

Tages-/Nachtpflege und Entlastungsbetrag

Die pflegebedürftige Person (Pflegegrad 3) besucht an insgesamt 22 Tagen im April eine Tagespflegeeinrichtung. Diese berechnet einen täglichen Pflegesatz in Höhe von 62,80 Euro.

Berechnung des Entgelts:

62,80 Euro x 22 Tage = 1.381,60 Euro

Ermittlung des Leistungsanspruchs:

Die Pflegekasse kann nach § 41 SGB XI 1.298,00 Euro zur Verfügung stellen. Auf Antrag der pflegebedürftigen Person erstattet die Pflegekasse die Differenz in Höhe von 83,60 Euro (1.381,60 Euro – 1.298,00 Euro) als Entlastungsbetrag, da die pflegebedürftige Person von Januar bis April insgesamt einen Anspruch auf den Entlastungsbetrag im Umfang von bis zu 524,00 Euro (131,00 Euro x 4 Monate) erworben hat. Es besteht noch ein Restanspruch auf den Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 455,40 Euro (525,00 Euro – 68,60 Euro).

- Zugelassene Pflegedienste und zugelassene Betreuungsdienste

  Der Entlastungsbetrag kann für die Erstattung von Leistungen ambulanter Pflegedienste nach § 36 SGB XI verwendet werden. Die Leistungen können sich dabei auf die Inanspruchnahme von körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsleistungen und Hilfen bei der Haushaltsführung erstrecken. Bei pflegebedürftigen Personen der Pflegegrade 2 bis 5 erfolgt jedoch keine Erstattung von Aufwendungen, die im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen aus dem Bereich der Selbstversorgung nach § 14 Abs. 2 Nr. 4 SGB XI entstehen. Um den Bedarf an Leistungen aus dem Bereich der Selbstversorgung abzudecken, steht diesem Personenkreis jeweils der Pflegesachleistungsbetrag nach § 36 SGB XI zur Verfügung. Diese Leistungseinschränkung gilt jedoch nicht für pflegebedürftige Personen des Pflegegrades 1. Diese können den Entlastungsbetrag hingegen auch für Aufwendungen einsetzen, die ihnen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen aus dem Bereich der Selbstversorgung entstehen.

  Zu den erstattungsfähigen Eigenbelastungen bei der Inanspruchnahme von Leistungen zugelassener Pflegedienste zählen auch die von der pflegebedürftigen Person zu tragenden Investitionskosten. Bei pflegebedürftigen Personen der Pflegegrade 2 bis 5 gilt dies nur insoweit, dass diese nicht in Zusammenhang mit der Inanspruchnahme

von Leistungen aus dem Bereich der Selbstversorgung entstanden sind. Investitionskosten, die im Rahmen des Beratungsbesuchs nach § 37 Abs. 3 SGB XI bei pflegebedürftigen Personen entstehen, können nicht übernommen werden.

Der Entlastungsbetrag kann ebenso für die Erstattung von Leistungen zugelassener Betreuungsdienste nach § 71 Abs. 1a SGB XI verwendet werden, sofern es sich ausschließlich um pflegerische Betreuungsleistungen und Hilfen bei der Haushaltsführung handelt. Dies gilt gleichfalls für die erstattungsfähigen Investitionskosten.

- Angebote zur Unterstützung im Alltag i. S. d. § 45a SGB XI (vgl. Ziff. 1 zu § 45a SGB XI)

Die Erstattung der Aufwendung erfolgt auch, wenn für die Finanzierung der

- Tages- oder Nachtpflege,
- Kurzzeitpflege,
- entsprechenden Angebote zugelassener Pflegedienste,
- anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag

Mittel der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI eingesetzt werden.

Ein Anspruch auf den Entlastungsbetrag besteht beispielsweise dann, wenn die Leistungen der Kurzzeitpflege ausgeschöpft sind und die pflegebedürftige Person der Pflegegrade 2 bis 5 weiterhin in der Einrichtung der Kurzzeitpflege verbleibt, die Finanzierung nunmehr aber im Rahmen der Leistungen der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI erfolgt. Gleiches gilt, wenn anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag im Rahmen der Verhinderungspflege in Anspruch genommen werden (z. B. Freizeiten für Menschen mit Behinderung).

3. Leistungsumfang und Zahlung

(1) Pflegebedürftige Personen der Pflegegrade 1 bis 5 haben einen Anspruch auf den Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125,00 Euro monatlich.

(2) Die Leistungsansprüche sind als monatliche Ansprüche ausgewiesen, um der Zielsetzung einer regelmäßig fortlaufenden Betreuung Ausdruck zu verleihen. Hierbei ist § 41 SGB I maßgeblich, wonach Ansprüche auf Sozialleistungen erst mit ihrem Entstehen fällig werden. Ein Zugriff auf zukünftig entstehende Leistungsansprüche ist deshalb nicht möglich. Nicht in Anspruch genommene Beträge für zurückliegende Monate können in den Folgemonaten des Kalenderjahres berücksichtigt werden.

Beispiel 1

Tages-/Nachtpflege und Entlastungsbetrag

Die pflegebedürftige Person (Pflegegrad 2 seit) besucht an insgesamt 19 Tagen im März eine Tagespflegeeinrichtung. Diese berechnet einen täglichen Pflegesatz in Höhe von 65,50 Euro.

Berechnung des Entgelts:

65,50 Euro x 19 Tage = 1.244,50 Euro

Ermittlung des Leistungsanspruchs:

Die Pflegekasse kann nach § 41 SGB XI 721,00 Euro zur Verfügung stellen. Auf Antrag der pflegebedürftigen Person können mit dem erworbenen Anspruch auf den Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI von Januar bis März darüber hinaus Leistungen in Höhe von 393,00 Euro (131,00 Euro x 3 Monate) erstattet werden. Der pflegebedürftigen Person entsteht ein Eigenanteil in Höhe von 130,50 Euro (1.244,50 Euro – 721,00 Euro – 393,00 Euro). Dieser Restbetrag kann mit dem Anspruch auf den Entlastungsbetrag in den Folgemonaten (April bis Dezember) aufgefangen werden.

(3) Die Erstattung erfolgt gegen Nachweis entsprechender Aufwendungen und ergänzt bei pflegebedürftigen Personen des Pflegegrades 2 bis 5 die ambulanten Leistungen (Pflegegeld, Pflegesachleistung, Kombinationsleistung) sowie die teil- bzw. stationären Leistungen (Tages-/Nachtpflege, Kurzzeitpflege). Dies gilt auch für pflegebedürftige Personen, die Leistungen nach § 43a SGB XI erhalten und den Entlastungsbetrag während der Betreuung an den Wochenenden oder in den Ferienzeiten in der Familie in Anspruch nehmen. Für pflegebedürftige Personen des Pflegegerades 1 ergänzt der Entlastungsbetrag die nach § 28a SGB XI gewährten ambulanten Leistungen. Für beihilfeberechtigte Personen gilt § 28 Abs. 2 SGB XI entsprechend (vgl. Ziffer 2 zu § 28 SGB XI).

(4) Einer gesonderten Antragstellung vor der erstmaligen Inanspruchnahme des Entlastungsbetrages bedarf es nicht. Vielmehr ist ausreichend, wenn der Antrag auf Erstattung der Kosten nachträglich eingereicht wird. Der Anspruch entsteht mit Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen, also mit Feststellung des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit i. S. v. §§ 14, 15 SGB XI und häuslicher Pflege. Wird ein Nachweis über die erbrachten Aufwendungen für die in § 45b Abs. 1 Nr. 1 bis 4 SGB XI genannten Leistungen eingereicht, ist dies als Antrag zu werten.

(5) Erfüllt die versicherte Person die Anspruchsvoraussetzungen für die Leistungsgewährung erst im Laufe eines Kalenderjahres, ist der Entlastungsbetrag ab dem Kalendermonat und für den vollen Monat zur Verfügung zu stellen, in dem der Anspruch auf die Leistung erfüllt wird. Der Entlastungsbetrag kann nicht für Leistungen verwendet werden, die vor der Leistungsbewilligung in Anspruch genommen worden sind.

Beispiel 2

Eine versicherte Person erfüllt ab 15.04. die Anspruchsvoraussetzungen einer Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 2 und wird in der Häuslichkeit gepflegt.

Ab April kann die pflegebedürftige Person den Entlastungsbetrag monatlich in Höhe von bis zu 131,00 Euro in Anspruch nehmen.

4. Übertragung nicht in Anspruch genommener Beträge

Die in einem Kalenderjahr von der versicherten Person nicht in Anspruch genommenen Beträge werden auf das nächste Kalenderhalbjahr übertragen. Ein Antrag der versicherten Person ist hierzu nicht erforderlich. Wird der auf das folgende Kalenderhalbjahr übertragene Leistungsanspruch nicht ausgeschöpft, verfällt dieser Anspruch mit dem 30.06. Im 1. Halbjahr eines Kalenderjahres sind deshalb ggf. aus dem Vorjahr übertragene Ansprüche vorrangig zur

Erstattung von Aufwendungen einzusetzen. Für nicht in Anspruch genommene Beträge aus den Jahren 2015 und 2016 wurde die Möglichkeit der Übertragbarkeit bis zum 31.12.2018 ausgeweitet (vgl. Ziffer 3 zu § 144 SGB XI).

5. Vergütungshöhe

Die von den Leistungserbringern erbrachten Leistungen nach § 45b Abs. 1 Satz 3 SGB XI dürfen mit den Pflegekassen für vergleichbare Leistungen ausgehandelten Vergütungen zugelassener Pflegeeinrichtungen nicht übersteigen. Vergleichsmaßstab ist dabei die jeweils für den betreffenden ambulanten Pflegedienst gültige Vergütungsvereinbarung.

6. Zusammentreffen mit Fürsorgeleistungen der Hilfe zur Pflege

Der allgemeine Grundsatz hinsichtlich des Zusammentreffens der Pflegeversicherung mit denen der Fürsorgeleistungen zur Pflege wird insoweit durchbrochen, als der Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI bei den Fürsorgeleistungen zur Pflege grundsätzlich keine Berücksichtigung findet. Beide Leistungsansprüche bestehen daher nebeneinander (vgl. hierzu Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 8.10.2008, Rundschreiben Nr. 2008/141 des GKV-Spitzenverbandes). Dies gilt jedoch nicht für Leistungsansprüche nach §§ 64i und 66 SGB XII (Entlastungsbetrag bei Pflegegrad 1 und bei den Pflegegraden 2 bis 5), soweit diese Regelungen Leistungen vorsehen, die inhaltlich deckungsgleich mit den Leistungen nach § 45b Abs. 1 Satz 3 SGB XI sind. In diesem Fall findet der Entlastungsbetrag Berücksichtigung und die Regelung des § 63b Abs. 1 Satz 3 SGB XII Anwendung.

7. Anforderungen an die Angaben in Rechnungsbelegen

Der Leistungserbringer hat auf den jeweiligen Nachweisen zur Kostenerstattung anzugeben, für welche der in § 45b Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 bis 4 SGB XI genannten Leistungen die Aufwendungen erstattet werden sollen. Die Angaben haben in der Art und Weise zu erfolgen, dass sie für die Pflegekasse ohne Weiteres eindeutig erkennbar und zuordnungsfähig ist. Macht der Leistungserbringer keine Angaben welche Leistung erbracht wurde, erfolgt keine Differenzierung.

§ 45c SGB XI
Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts, Verordnungsermächtigung

(1*) Zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte und zur Förderung ehrenamtlicher Strukturen fördert der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Wege der Anteilsfinanzierung aus Mitteln des Ausgleichsfonds mit 25 Millionen Euro je Kalenderjahr*

1. *den Auf- und Ausbau von Angeboten zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a,*
2. *den Auf- und Ausbau und die Unterstützung von Gruppen ehrenamtlich tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen und entsprechender ehrenamtlicher Strukturen sowie*
3. *Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen insbesondere für an Demenz erkrankte Pflegebedürftige sowie andere Gruppen von Pflegebedürftigen, deren Versorgung in besonderem Maße struktureller Weiterentwicklung bedarf.*

Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung durchführen, beteiligen sich an dieser Förderung mit insgesamt 10 Prozent des in Satz 1 genannten Fördervolumens. Darüber hinaus fördert der Spitzenverband Bund der Pflegekassen aus Mitteln des Ausgleichsfonds mit 20 Millionen Euro je Kalenderjahr die strukturierte Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken nach Absatz 9; Satz 2 gilt entsprechend. Fördermittel nach Satz 3, die in dem jeweiligen Kalenderjahr nicht in Anspruch genommen worden sind, erhöhen im Folgejahr das Fördervolumen nach Satz 1; dadurch erhöht sich auch das in Absatz 2 Satz 2 genannte Gesamtfördervolumen entsprechend.

(2) Der Zuschuss aus Mitteln der sozialen und privaten Pflegeversicherung ergänzt eine Förderung der in Absatz 1 Satz 1 genannten Zwecke 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. Im Einvernehmen mit allen Fördergebern können Zuschüsse der kommunalen Gebietskörperschaften auch als Personal- oder Sachmittel eingebracht werden, sofern diese Mittel nachweislich ausschließlich und unmittelbar dazu dienen, den jeweiligen Förderzweck zu erreichen. Soweit Mittel der Arbeitsförderung bei einem Projekt eingesetzt werden, sind diese einem vom Land oder von der Kommune geleisteten Zuschuss gleichgestellt.

(3) Die Förderung des Auf- und Ausbaus von Angeboten zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 erfolgt als Projektförderung und dient insbesondere dazu, Aufwandsentschädigungen für die ehrenamtlich tätigen Helfenden zu finanzieren sowie notwendige Personal- und Sachkosten, die mit der Koordination und Organisation der Hilfen und der fachlichen Anleitung und Schulung der Helfenden durch Fachkräfte verbunden sind. Dem Antrag auf Förderung ist ein Konzept zur Qualitätssicherung des Angebots 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.

(4) Die Förderung des Auf- und Ausbaus und der Unterstützung von Gruppen ehrenamtlich tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen und entsprechender ehrenamtlicher Strukturen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 erfolgt zur Förderung von Initiativen, die sich die Unterstützung, allgemeine Betreuung und Entlastung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen sowie vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen zum Ziel gesetzt haben.

(5) Im Rahmen der Modellförderung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 sollen insbesondere modellhaft Möglichkeiten einer wirksamen Vernetzung der erforderlichen Hilfen für an Demenz erkrankte Pflegebedürftige und andere Gruppen von Pflegebedürftigen, deren Versorgung in besonderem Maße der strukturellen Weiterentwicklung bedarf, 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.

(6) Um eine gerechte Verteilung der Fördermittel der Pflegeversicherung auf die Länder zu gewährleisten, werden die nach Absatz 1 Satz 1 und 2 zur Verfügung stehenden 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. Nach Satz 2 übertragene Mittel, die am Ende des Folgejahres nicht in Anspruch genommen worden sind, können für Projekte, für die bis zum Stichtag nach Satz 5 mindestens Art, Region und geplante Förderhöhe konkret benannt werden, im darauf folgenden Jahr von Ländern beantragt werden, die im Jahr vor der Übertragung der Mittel nach Satz 2 mindestens 80 Prozent der auf sie nach dem Königsteiner Schlüssel entfallenden Mittel ausgeschöpft haben. Die Verausgabung der nach Satz 3 beantragten Fördermittel durch die Länder oder kommunalen Gebietskörperschaften darf sich für die entsprechend benannten Projekte über einen Zeitraum von maximal drei Jahren erstrecken. Der Ausgleichsfonds sammelt die nach Satz 3 eingereichten Anträge bis zum 30. April des auf das Folgejahr folgenden Jahres und stellt anschließend fest, in welchem Umfang die Mittel jeweils auf die beantragenden Länder entfallen. Die Auszahlung der Mittel für ein Projekt erfolgt, sobald für das Projekt eine konkrete Förderzusage durch das Land oder die kommunale Gebietskörperschaft vorliegt. Ist die Summe der bis zum 30. April beantragten Mittel insgesamt größer als der dafür vorhandene Mittelbestand, so werden die vorhandenen Mittel nach dem Königsteiner Schlüssel auf die beantragenden Länder verteilt. Nach dem 30. April eingehende Anträge werden in der Reihenfolge des Antragseingangs bearbeitet, bis die Fördermittel verbraucht sind. Fördermittel, die bis zum Ende des auf das Folgejahr folgenden Jahres nicht beantragt sind, verfallen.

(7) 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 in Absatz 1 Satz 1 genannten Zwecke. In den Empfehlungen ist unter anderem auch festzulegen, welchen Anforderungen die Einbringung von Zuschüssen der kommunalen Gebietskörperschaften als Personal- und Sachmittel genügen muss und dass jeweils im Einzelfall zu prüfen ist,

ob im Rahmen der in Absatz 1 Satz 1 genannten Zwecke Mittel und Möglichkeiten der Arbeitsförderung genutzt werden können. Die Empfehlungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit und der Länder. Soweit Belange des Ehrenamts betroffen sind, erteilt das Bundesministerium für Gesundheit seine Zustimmung im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Umsetzung der Empfehlungen zu bestimmen.

(8) 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.

(9) Zur Verbesserung der Versorgung und Unterstützung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen sowie vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen können die in Absatz 1 Satz 3 genannten Mittel für die Beteiligung von Pflegekassen an regionalen Netzwerken verwendet werden, die der strukturierten Zusammenarbeit von Akteuren dienen, die an der Versorgung Pflegebedürftiger beteiligt sind und die sich im Rahmen einer freiwilligen Vereinbarung vernetzen. Je Kreis oder kreisfreier Stadt können zwei regionale Netzwerke, je Kreis oder kreisfreier Stadt ab 500 000 Einwohnern bis zu vier regionale Netzwerke gefördert werden. Abweichend von Satz 1 können pro Bezirk in den Stadtstaaten, die nur aus einer kreisfreien Stadt bestehen, zwei regionale Netzwerke gefördert werden. Der Förderbetrag pro Netzwerk darf dabei 25 000 Euro je Kalenderjahr nicht überschreiten. Die Landesverbände der Pflegekassen erstellen eine Übersicht über die in ihrem Zuständigkeitsbereich geförderten regionalen Netzwerke, aktualisieren diese mindestens einmal jährlich und veröffentlichen sie auf einer eigenen Internetseite. Den Kreisen und kreisfreien Städten, Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen im Sinne des § 45d sowie organisierten Gruppen ehrenamtlich tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen im Sinne des Absatzes 4 ist in ihrem jeweiligen Einzugsgebiet die Teilnahme an der geförderten strukturierten regionalen Zusammenarbeit zu ermöglichen. Für private Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, gelten die Sätze 1 bis 4 entsprechend. Absatz 7 Satz 1 bis 4 und Absatz 8 finden entsprechende Anwendung. Die Absätze 2 und 6 finden keine Anwendung. Die Empfehlungen nach Absatz 7, soweit sie die Förderung regionaler Netzwerke betreffen, sind bis zum 31. Dezember 2021 zu aktualisieren.

1. Allgemeines

Diese Regelung zielt darauf ab, verstärkt Pflegearrangements zu entwickeln, die insbesondere für an Demenz erkrankten Pflegebedürftigen sowie von anderen Gruppen Pflegebedürftigen und ihre pflegenden Angehörigen und vergleichbar Nahestehende mehr Lebensqualität schaffen. So sollen beispielsweise der Auf- und Ausbau von Angeboten zur Unterstützung im Alltag, bei denen ehrenamtliche Helferinnen und Helfer unter fachlicher Anleitung die Betreuung der Pflegebedürftigen übernehmen können (Betreuungsangebote), gefördert sowie Versorgungskonzepte und -strukturen weiter entwickelt werden. Von der Förderung umfasst sind ebenso Angebote, die der Deckung des Bedarfs der pflegebedürftigen Personen an Unterstützung im

Haushalt, insbesondere bei der Hauswirtschaft, bei der Bewältigung von allgemeinen oder pflegebedingten Anforderungen des Alltags oder bei der eigenverantwortlichen Organisation individuell benötigter Hilfe dienen (Angebote zur Entlastung im Alltag) oder dazu beitragen, Angehörige oder vergleichbar nahestehende in ihrer Eigenschaft als Pflegende zu entlasten (Angebote zur Entlastung von Pflegenden). Ebenfalls sollen ehrenamtliche Strukturen gefördert 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 Angebote zur Unterstützung im Alltag,
- die Modellprojekte,
- die Beteiligung der Pflegekassen an regionalen Netzwerken sowie
- ehrenamtlicher Strukturen

beschließt der GKV-Spitzenverband und der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. die Empfehlungen nach § 45c Abs. 7 SGB XI i. V. m. § 45d SGB XI. In diesen ist auch festzulegen, welchen Anforderungen die Einbringung der Länder oder kommunalen Gebietskörperschaften von Zuschüssen der kommunalen Gebietskörperschaften als Personal- und Sachmittel genügen muss. Der Empfehlung stimmen das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie die Länder zu.

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. Dies gilt nicht für die Beteiligung der Pflegekassen an regionalen Netzwerken.

§ 45d SGB XI
Förderung der Selbsthilfe, Verordnungsermächtigung

Je Kalenderjahr werden 0,15 Euro je Versicherten verwendet zur Förderung und zum Auf- und Ausbau von Selbsthilfegruppen, -organisationen und - kontaktstellen, die sich die Unterstützung von Pflegebedürftigen sowie von deren Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden zum Ziel gesetzt haben; um eine gerechte Verteilung dieser Fördermittel auf die Länder zu gewährleisten, werden die Fördermittel der Pflegeversicherung nach dem Königsteiner Schlüssel aufgeteilt. Der Zuschuss aus den Mitteln der sozialen und privaten Pflegeversicherung nach Satz 1 ergänzt eine Förderung durch das jeweilige Land oder die jeweilige kommunale Gebietskörperschaft und wird jeweils in Höhe von 75 Prozent des Zuschusses gewährt, der für die einzelne Fördermaßnahme insgesamt geleistet wird. Davon abweichend können von den nach Satz 1 auf die Länder aufgeteilten Mitteln Fördermittel in Höhe von insgesamt je Kalenderjahr bis zu 0,01 Euro je Versicherten als Gründungszuschüsse für neue Selbsthilfegruppen, -organisationen und –kontaktstellen verwendet werden, ohne dass es für die Förderung einer Mitfinanzierung durch das Land oder durch eine kommunale Gebietskörperschaft bedarf. Die Gründungszuschüsse sind von den Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen unmittelbar beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen zu beantragen; das Nähere zur Durchführung der Förderung und zum Verfahren wird in den Empfehlungen nach § 45c Absatz 7 festgelegt. Im Übrigen werden für die Förderung der Selbsthilfe die Vorgaben des § 45c und das dortige Verfahren, einschließlich § 45c Absatz 2 Satz 3 und 4 und Absatz 6 Satz 2, entsprechend angewendet. § 45c Absatz 6 Satz 3 bis 9 findet mit der Maßgabe entsprechende Anwendung, dass von den in das Folgejahr übertragenen Mitteln nach Satz 1, die am Ende des Folgejahres nicht in Anspruch genommen worden sind, Fördermittel in Höhe von 0,01 Euro je Versicherten in dem auf das Folgejahr folgenden Jahr von einer Übertragung auf die Länder ausgenommen sind. Die nach Satz 6 von der Übertragung ausgenommenen Mittel werden zur Förderung von bundesweiten Tätigkeiten von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen verwendet. Die Förderung der bundesweiten Selbsthilfetätigkeiten erfolgt durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, ohne dass es einer Mitfinanzierung durch das Land oder durch eine kommunale Gebietskörperschaft bedarf. Die Förderung der bundesweiten Selbsthilfetätigkeiten ist von den Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen unmittelbar beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen zu beantragen. Die Bewilligung der Fördermittel aus den gemäß den Sätzen 6 und 7 zur Verfügung stehenden Mitteln durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen darf jeweils für einen Zeitraum von maximal fünf Jahren erfolgen. Nach erneuter Antragstellung kann eine Förderung erneut bewilligt werden. Die Einzelheiten zu den Voraussetzungen, Zielen, Inhalten und der Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel nach Satz 7 werden in den Empfehlungen nach § 45c Absatz 7 festgelegt.Selbsthilfegruppen im Sinne dieser Vorschrift sind freiwillige, neutrale, unabhängige und nicht gewinnorientierte Zusammenschlüsse von Personen, die entweder aufgrund eigener Betroffenheit oder als Angehörige oder vergleichbar Nahestehende 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 von deren Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden 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 von deren Angehörigen und vergleichbar Nahenstehenden zu verbessern. Eine Förderung der Selbsthilfe nach dieser Vorschrift ist ausgeschlossen, soweit

für dieselbe Zweckbestimmung eine Förderung nach § 20h des Fünften Buches erfolgt. § 45c Abs. 7 Satz 5 gilt entsprechend.

1. Allgemeines

Die Selbsthilfe wird in den Kreis der förderungsfähigen Versorgungsstrukturen nach § 45c SGB XI sowohl für pflegebedürftige Personen und deren Angehörige und vergleichbar Nahestehende einbezogen.

Die Höhe der Förderung zum Auf- und Ausbau von Selbsthilfegruppen, -organisationen und –kontaktstellen, die sich die Unterstützung von pflegebedürftigen Personen und deren Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden zum Ziel gesetzt haben, ist auf 0,15 Euro pro versicherte Person festgelegt. Die zur Verfügung stehenden Fördermittel werden nach dem Königsteiner Schlüssel auf die Länder verteilt. Die Länder und Kommunen tragen für die Fördermöglichkeiten im Rahmen der Modellförderung nach § 45c SGB XI die Steuerungsverantwortung. Dies gilt jedoch nicht für die Förderung des Gründungszuschusses für neue Selbsthilfegruppen, -organisationen und –kontaktstellen. Für deren Förderung können von den auf die Länder aufgeteilten Mitteln 0,01 Euro je versicherte Person verwendet werden. Hierfür trägt der GKV-Spitzenverband die Steuerungsverantwortung. Dies gilt gleichfalls für die Förderung von bundesweiten Tätigkeiten von Selbsthilfegruppen, -organisationen und –kontakstellen, für deren Förderung ebenfalls 0,01 Euro je versicherte Person.

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 § 20h SGB V erfolgt.

2. Abgrenzung zur Förderung nach § 20h 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 und Vertreterinnen 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 § 20h SGB V geförderten Antragstellenden 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 Antragstellende, 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 Antragstellende, wie u.a. Wohlfahrtsverbände, von der Förderung ausschließt. Eine Förderung nach § 20h SGB V

ist z. B. zudem nicht für indikationsspezifische Selbsthilfekontaktstellen zum Thema „Pflege“ möglich. Um Doppelförderungen zu vermeiden, ist daher unverzichtbar, dass Antragstellende 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 2.613 Euro gewährt. Der Gesamtbetrag ist je Wohngruppe auf 10.452 Euro begrenzt und wird bei mehr als vier Pflegebedürftigen anteilig auf die Versicherungsträger der Pflegebedürftigen aufgeteilt. Der Antrag ist innerhalb eines Jahres nach Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen zu stellen. Dabei kann die Umgestaltungsmaßnahme auch vor der Gründung und dem Einzug erfolgen. Die Sätze 1 bis 4 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. 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 Personen des Pflegegrades 1 bis 5, die die Anspruchsvoraussetzungen des § 38a SGB XI erfüllen, erhalten zusätzlich zu dem Wohngruppenzuschlag von 224,00 Euro monatlich und unbeschadet des Anspruchs nach § 40 Abs. 4 SGB XI einen einmaligen Förderbetrag von bis zu 2.613,00 Euro, wenn sie an der Neugründung der Wohngruppe beteiligt sind.

Der Anspruch besteht für 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. Euro erreicht worden ist.

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 Personen erfolgen. Für pflegebedürftige Personen 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 der pflegebedürftigen Person 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). Die Umbaumaßnahme kann auch erfolgen, bevor mit der Neugründung der ambulant betreuten Wohngruppe und dem Einzug in die gemeinsame Wohnung ein Anspruch auf den Wohngruppenzuschlag nach § 38a SGB XI besteht. Eine Erstattung der Kosten der Umbaumaßnahmen kann jedoch erst nach Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen des § 38a SGB XI erfolgen.

(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 der pflegebedürftigen Person voraussetzt (vgl. Ziffer 2.1 zu § 40 SGB XI), kann es für die pflegebedürftigen Personen 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 pflegebedürftige Person in der Wohngruppe maximal 2.613,00 Euro und ist je Wohngruppe auf maximal 10.452,00 Euro begrenzt. Bei mehr als vier anspruchsberechtigten pflegebedürftigen Personen sind die Gesamtkosten gleichmäßig auf die pflegebedürftigen Personen 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 Personen, die in der Wohngruppe leben. Zur Abrechnung ist der antragstellenden pflegebedürftigen Person für jeden pflegebedürftigen Mitbewohner bzw. für jede pflegbedürftige Mitbewohnerin 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 Personen 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 einem höheren Pflegegrad zuzuordnen ist, so ist er auf schriftliche Aufforderung des Heimträgers verpflichtet, bei seiner Pflegekasse die Zuordnung zu einem höheren Pflegegrad 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 dem nächsthöheren Pflegegrad berechnen. Werden die Voraussetzungen für einen höheren Pflegegrad 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 3.085 Euro, wenn der Pflegebedürftige nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in einen niedrigeren Pflegegrad zurückgestuft wurde oder festgestellt wurde, dass er nicht mehr pflegebedürftig im Sinne der §§ 14, 15 ist. 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 einen höheren Pflegegrad oder wieder als pflegebedürftig im Sinne der §§ 14, 15 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 Gesamtheimentgeltes, insbesondere bei Auszug und Tod des Heimbewohners bzw. der Heimbewohnerin, bei dessen/deren Umzug in eine andere vollstationäre Pflegeeinrichtung, bei dessen/deren Abwesenheit, im Falle der Aufforderung der Pflegeeinrichtung zur Stellung eines Höherstufungsantrages (vgl. Ziffer 6 bis 8 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 bzw. der Heimbewohnerin und dessen/deren Kostenträger sind nichtig. Der Anspruch der Pflegeeinrichtung gegenüber der Pflegekasse ist jedoch auf die in § 43 Abs 2 SGB XI festgelegten Höchstbeträge begrenzt (vgl. Ziffer 2 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 3.085,00 Euro, wenn die pflegebedürftige Person nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in einen niedrigeren Pflegegrad zurückgestuft wurde oder festgestellt wurde, dass keine Pflegebedürftigkeit i. S. d. §§ 14, 15 SGB XI vorliegt. Die Bonuszahlung setzt voraus, dass die Pflegeeinrichtung spezielle eigene aktivierende oder rehabilitative Maßnahmen anbietet und die pflegebedürftige Person, für die sich eine entsprechende Herabstufung in einen niedrigeren Pflegegrad oder die Feststellung des Nichtvorliegens der Pflegebedürftigkeit i. S. d. §§ 14, 15 SGB XI 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 einen niedrigeren Pflegegrad führt hingegen nicht zur Zahlung des Bonus.

Die Zahlung des Bonus erfolgt auf Anforderung der Pflegeeinrichtung. Der Betrag ist zurückzuzahlen, wenn die pflegebedürftige Person innerhalb von sechs Monaten in einen höheren Pflegegrad oder wieder als pflegebedürftig i. S. d. §§ 14, 15 SGB XI eingestuft wird. Für Beihilfeberechtigte erfolgt eine hälftige Zahlung an die Pflegeeinrichtung (vgl. § 39 Abs. 5 Bundesbeihilfeverordnung).

Für pflegebedürftige Personen, die nach § 140 SGB XI zum 01.01.2017 von einer Pflegestufe in einen Pflegegrad übergeleitet werden, findet die Regelung der Bonuszahlung keine Anwendung, da in diesen Fällen keine Rückstufung erfolgt.

§ 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 der pflegebedürftigen Person nach den §§ 36, 38 und 41 bis 43 SGB XI und max. jedoch 80 v. H. der jeweiligen Höchstwerte. Sofern Leistungen der vollstationären Pflege beansprucht werden, beträgt der Leistungsanspruch 80 v. H. der pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Ausbildungsumlage. Die eingangs beschriebene Verfahrensweise gilt auch bei beihilfeberechtigte Personen. Vom ermittelten Leistungsanspruch übernimmt die Pflegekasse die Hälfte. Die Kombinationsleistung wird auch bei beihilfeberechtigte Personen auf der Grundlage des § 38 SGB XI (vgl. Ziffer 1 zu § 38 SGB XI) ermittelt und der Anteil der Sachleistung auf 80 v. H. begrenzt, nicht hingegen das Pflegegeld. Die Pflegekasse gewährt die der pflegebedürftigen Person 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. Unabhängig davon besteht kein Anspruch auf einen Leistungszuschlag nach § 43c SGB XI (vgl. Ziffer 9 zu § 43c SGB XI).
(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 Personen, ihre Angehörigen und ihren Lebenspartner bzw. ihre Lebenspartnerin 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.

Beispiel 1:

Eine pflegebedürftige Person des Pflegegrades 3 erhält Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI durch einen zugelassenen Pflegedienst, der keine vertragliche Regelung der Pflegevergütung nach §§ 85 und 89 SGB XI hat. Für den Monat Mai sind Aufwendungen für Pflegesachleistungen in Höhe von 1.100,00 Euro entstanden.

Pflegesachleistungs-Höchstanspruch gemäß § 36 Abs. 3 Nr. 2 SGB XI 1.497,00 Euro
Ermittlung von 80 v. H. des Sachleistungshöchstwertes**:** **1.197,60 Euro**

Ergebnis:

Da die entstandenen Aufwendungen in Höhe von 1.100,00 Euro nicht 80 v. H. des Pflegesachleistungs-Höchstwertes in Höhe von 1.197,60 Euro übersteigt, erstattet die Pflegekasse der pflegebedürftigen Person die in Rechnung gestellten Aufwendungen in voller Höhe.

Beispiel 2

Eine pflegebedürftige Person des Pflegegrades 2 erhält Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI durch einen zugelassenen Pflegedienst, der keine vertragliche Regelung der Pflegevergütung nach §§ 85 und 89 SGB XI hat. Für den Monat April sind Aufwendungen für Pflegesachleistungen in Höhe von 750,00 Euro entstanden.

Pflegesachleistungs-Höchstanspruch gemäß § 36 Abs. 3 Nr. 1 SGB XI 796,00 Euro
Ermittlung von 80 v. H. des Sachleistungshöchstwertes**:** **636,80 Euro**

Ergebnis:

Die in Rechnung gestellten Aufwendungen in Höhe von 796,00 EUR übersteigen 80 v. H. des Pflegesachleistungs-Höchstbetrags nach § 36 Absatz 3 Nr. 1 SGB XI. Die Pflegekasse erstattet daher die Aufwendungen in Höhe von 636,80 Euro. Die pflgebedürftige Person hat die Differenz in Höhe von 159,20 Euro selbst zu tragen.

§ 140 SGB XI
Anzuwendendes Recht und Überleitung in die Pflegegrade

(1) Die Feststellung des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit oder einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung erfolgt jeweils auf der Grundlage des zum Zeitpunkt der Antragstellung geltenden Rechts. Der Erwerb einer Anspruchsberechtigung auf Leistungen der Pflegeversicherung richtet sich ebenfalls nach dem zum Zeitpunkt der Antragstellung geltenden Rechts.

(2) Versicherte der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung,

1. *bei denen das Vorliegen einer Pflegestufe im Sinne der §§ 14 und 15 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung oder einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung festgestellt worden ist und*

2. *bei denen spätestens am 31. Dezember 2016 alle Voraussetzungen für einen Anspruch auf eine regelmäßig wiederkehrende Leistung der Pflegeversicherung vorliegen,*

werden mit Wirkung ab dem 1. Januar 2017 ohne erneute Antragstellung und ohne erneute Begutachtung nach Maßgabe von Satz 3 einem Pflegegrad zugeordnet. Die Zuordnung ist dem Versicherten schriftlich mitzuteilen. Für die Zuordnung gelten die folgenden Kriterien:

1. *Versicherte, bei denen eine Pflegestufe nach den §§ 14 und 15 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung, aber nicht zusätzlich eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung, festgestellt wurde, werden übergeleitet*

   a) von Pflegestufe I in den Pflegegrad 2,
   b) von Pflegestufe II in den Pflegegrad 3,
   c) von Pflegestufe III in den Pflegegrad 4 oder
   d) von Pflegestufe III in den Pflegegrad 5, soweit die Voraussetzungen für Leistungen nach § 36 Absatz 4 oder § 43 Absatz 3 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung festgestellt wurden;

2. *Versicherte, bei denen eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung festgestellt wurde, werden übergeleitet*

   a) bei nicht gleichzeitigem Vorliegen einer Pflegestufe nach den §§ 14 und 15 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung in den Pflegegrad 2,

   b) bei gleichzeitigem Vorliegen der Pflegestufe I nach den §§ 14 und 15 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung in den Pflegegrad 3,

   c) bei gleichzeitigem Vorliegen der Pflegestufe II nach den §§ 14 und 15 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung in den Pflegegrad 4,

   d) bei gleichzeitigem Vorliegen der Pflegestufe III nach den §§ 14 und 15 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung, auch soweit zusätzlich die Voraussetzungen für Leistungen nach § 36 Absatz 4 oder § 43 Absatz 3 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung festgestellt wurden, in den Pflegegrad 5.

(3) Die Zuordnung zu dem Pflegegrad, in den der Versicherte gemäß Absatz 2 übergeleitet worden ist, bleibt auch bei einer Begutachtung nach dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht erhalten, es sei denn, die Begutachtung führt zu einer Anhebung des Pflegegrades oder zu der Feststellung, dass keine Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung mehr vorliegt. Satz 1 gilt auch bei Erlöschen der Mitgliedschaft im Sinne von § 35 ab dem 1. Januar 2017, wenn die neue Mitgliedschaft unmittelbar im Anschluss begründet wird. Die Pflegekasse, bei der die Mitgliedschaft beendet wird, ist verpflichtet, der Pflegekasse, bei der die neue Mitgliedschaft begründet wird, die bisherige Einstufung des Versicherten rechtzeitig schriftlich mitzuteilen. Entsprechendes gilt bei einem Wechsel zwischen privaten Krankenversicherungsunternehmen und einem Wechsel von sozialer zu privater sowie von privater zu sozialer Pflegeversicherung.

(4) Stellt ein Versicherter, bei dem das Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit oder einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung festgestellt wurde, ab dem 1. Januar 2017 einen erneuten Antrag auf Feststellung von Pflegebedürftigkeit und lagen die tatsächlichen Voraussetzungen für einen höheren als durch die Überleitung erreichten Pflegegrad bereits vor dem 1. Januar 2017 vor, richten sich die ab dem Zeitpunkt der Änderung der tatsächlichen Verhältnisse zu erbringenden Leistungen im Zeitraum vom 1. November 2016 bis 31. Dezember 2016 nach dem ab 1. Januar 2017 geltenden Recht. Entsprechendes gilt für Versicherte bei einem privaten Pflegeversicherungsunternehmen.

1. Allgemeines

(1) Die Feststellung des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit und der weiteren für das Vorliegen einer Anspruchsberechtigung erforderlichen Voraussetzungen (z. B. Vorliegen der Vorversicherungszeiten) erfolgt auf der Grundlage des zum Zeitpunkt der Antragstellung geltenden Rechts. Wird ein Antrag auf Feststellung des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit demzufolge bis zum 31.12.2016 gestellt, so findet das bis zum 31.12.2016 geltende Begutachtungsverfahren Anwendung. Bei einer Antragsstellung ab dem 01.01.2017 finden hingegen die neuen Begutachtungs-Richtlinien Anwendung. Der Zeitpunkt der Antragsstellung ist maßgeblich für das gesamte Verfahren von der Antragstellung über die Begutachtung bis hin zum Erlass des Leistungsbescheids und gilt auch für nachfolgende Widerspruchs- und sozialgerichtliche Verfahren. Für den Zeitpunkt der Antragstellung ist der Eingang des Antrags bei der Pflegekasse maßgeblich.

Beispiel 1

Die versicherte Person stellt einen erstmaligen Antrag auf Pflegeleistungen.

Eingang des Antrags bei Pflegekasse	am 22.12.2016
Begutachtung	am 26.01.2017
Bescheiderteilung	am 01.02.2017

Ergebnis:

Obwohl die Begutachtung zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit am 26.01.2017 erfolgt, finden die bis zum 31.12.2016 geltenden Begutachtungs-Richtlinien Anwendung. Maßgeblich für das anzuwendende Recht ist nicht der Zeitpunkt der Begutachtung, sondern der Zeitpunkt des Antragseingangs bei der Pflegekasse am 22.12.2016.

Beispiel 2

Die versicherte Person stellt einen erstmaligen Antrag auf Pflegeleistungen

Eingang des Antrags bei Pflegekasse	am 02.01.2017
Begutachtung	am 06.02.2017
Bescheiderteilung	am 10.02.2017

Ergebnis:

Da der Antrag der versicherten Person am 02.01.2017 bei der Pflegekasse eingegangen ist, finden die ab 01.01.2017 gültigen Begutachtungs-Richtlinien Anwendung.

(2) Versicherte Personen, bei denen Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14, 15 SGB XI oder eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI nach dem am 31.12.2016 geltenden Recht bereits festgestellt wurde und die die Voraussetzung für einen Anspruch auf eine regelmäßig wiederkehrende Leistung nach dem SGB XI erfüllen, sind ohne Antragstellung und ohne erneute Begutachtung durch den MD oder einem von der Pflegekasse beauftragten Gutachter bzw. einer von der Pflegekasse beauftragten Gutachterin ab dem 01.01.2017 einem Pflegegrad zuzuordnen. Dabei ist ausreichend, dass der Anspruch dem Grunde nach besteht. Die Zuordnung ist der versicherten Person schriftlich mitzuteilen.

2. Zuordnung der Pflegegrade

Pflegebedürftige Personen, bei denen die Anspruchsvoraussetzungen der §§ 14, 15 SGB XI des bis zum 31.12.2016 geltenden Rechts vorliegen, sind ab dem 01.01.2017

- von der Pflegestufe I in den Pflegegrad 2,
- von der Pflegestufe II in den Pflegegrad 3,
- von der Pflegestufe III in den Pflegegrad 4

überzuleiten (so genannter einfacher Stufensprung).

Soweit die Voraussetzungen eines Härtefalls (§ 36 Abs. 4 oder § 43 Abs. 3 SGB XI) nach dem bis zum 31.12.2016 geltenden Rechts vorliegen, ist die pflegebedürftige Person ab dem 01.01.2017 dem Pflegegrad 5 zuzuordnen.

Versicherte Personen, bei denen eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI in der am 31.12.2016 geltenden Fassung festgestellt wurde, sind ab dem 01.01.2017

regelhaft einen Pflegegrad höher einzustufen als pflegebedürftige Personen, bei denen ausschließlich die Anspruchsvoraussetzungen der §§ 14, 15 SGB XI des am 31.12.2016 geltenden Rechts vorliegen. Sie sind ab dem 01.01.2017

- beim Vorliegen der Pflegestufe 0 in den Pflegegrad 2,
- beim Vorliegen der Pflegestufe I in den Pflegegrad 3,
- beim Vorliegen der Pflegestufe II in den Pflegegrad 4,
- beim Vorliegen der Pflegestufe III bzw. eines Härtefalles (§ 36 Abs. 4 oder § 43 Abs. 3 SGB XI) in den Pflegegrad 5

überzuleiten (sogenannter doppelter Stufensprung).

3. Besitzstandsschutz

(1) Pflegebedürftige Personen, die zum 01.01.2017 in einen Pflegegrad übergeleitet werden, verbleiben grundsätzlich in diesem auf Dauer. Wird im Rahmen einer erneuten Begutachtung ein höherer Pflegegrad festgestellt, ist der höhere Pflegegrad ab Änderung der tatsächlichen Verhältnisse zu gewähren (vgl. Ziffer 2.2. zu § 33 SGB XI). Wird ein niedrigerer Pflegegrad festgestellt, verbleibt die pflegebedürftige Person in dem übergeleiteten Pflegegrad (vgl. § 140 Abs. 3 Satz 1 SGB XI). Erfolgt die Feststellung, dass keine Pflegebedürftigkeit i. S. d. §§ 14, 15 SGB XI in der ab dem 01.01.2017 geltenden Fassung (mehr) vorliegt, sind die Leistungen der Pflegeversicherung für die Zukunft einzustellen.

Beispiel 1

Eine pflegebedürftige Person der Pflegestufe II wird zum 01.01.2017 in den Pflegegrad 3 übergeleitet.

Antrag auf Höherstufung	am 03.03.2017
Feststellung Pflegegrad 4 durch MD	am 29.03.2017
Pflegegrad 4 liegt vor seit	am 02.02.2017

Ergebnis:

Im Rahmen der erneuten Begutachtung wurde ein im Vergleich zur Überleitung höherer Pflegegrad festgestellt. Insofern ist der höhere Pflegegrad ab Änderung der tatsächlichen Verhältnisse zu gewähren (§ 48 SGB X). Die Leistungen nach dem Pflegegrad 4 sind daher ab 02.02.2017 zu gewähren.

Beispiel 2

Eine pflegebedürftige Person der Pflegestufe II wird zum 01.01.2017 in den Pflegegrad 3 übergeleitet.

Antrag auf Höherstufung	am 03.03.2017
Feststellung Pflegegrad 2 durch MD	am 29.03.2017
Pflegegrad 2 liegt vor seit	am 03.03.2017

Ergebnis:

Im Rahmen der erneuten Begutachtung wurde ein im Vergleich zur Überleitung niedrigerer Pflegegrad festgestellt. Aufgrund des Besitzstandsschutzes nach § 140 Abs. 3 SGB XI bleibt die Zuordnung zu dem zum 01.01.2017 übergeleiteten Pflegegrad erhalten. Die pflegebedürftige Person verbleibt im Pflegegrad 3.

Beispiel 3

Eine pflegebedürftige Person der Pflegestufe I wird zum 01.01.2017 in den Pflegegrad 2 übergeleitet.

Antrag auf Höherstufung	am 03.03.2017
Feststellung durch MD, dass die Voraussetzungen für Pflegebedürftigkeit seit 01.03.2017 nicht mehr vorliegen	am 29.03.2017

Ergebnis:

Im Rahmen der erneuten Begutachtung wurde festgestellt, dass keine Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14, 15 SGB XI in der ab 01.01.2017 geltenden Fassung mehr vorliegt. Insofern besteht kein Besitzstandsschutz. Die Leistungen der Pflegeversicherung sind daher für die Zukunft einzustellen.

(2) Der durch die Überleitung zum 01.01.2017 erworbene Besitzstandsschutz bleibt auch bei einem Wechsel der Pflegekasse nach dem 01.01.2017 erhalten, wenn die neue Mitgliedschaft unmittelbar an die Mitgliedschaft der vorherigen Pflegekasse anschließt. Ein neuer Antrag auf Pflegeleistungen ist nicht erforderlich. Die Pflegekasse, bei der die Mitgliedschaft beendet wird, hat der neu zuständigen Pflegekasse die bisherige Einstufung der pflegebedürftigen Person rechtzeitig schriftlich mitzuteilen.

4. Änderung der tatsächlichen Verhältnisse für Zeiten vor dem 01.01.2017

(1) Stellen pflegebedürftige Personen, die zum 01.01.2017 in einen Pflegegrad übergeleitet wurden, einen Antrag auf Höherstufung und ergibt die Prüfung, dass die Voraussetzungen für einen höheren als durch die Überleitung erreichten Pflegegrad bereits im Zeitraum vom

01.11.2016 bis 31.12.2016 vorlagen, richten sich die ab dem Zeitpunkt der Änderung der tatsächlichen Verhältnisse zu erbringenden Leistungen für diesen Zeitraum nach dem ab dem 01.01.2017 geltenden Recht.

Beispiel 1

Eine pflegebedürftige Person der Pflegestufe III wird zum 01.01.2017 in den Pflegegrad 4 übergeleitet. Am 13.01.2017 beantragt sie die Zuordnung in einen höheren Pflegegrad. Der MD stellt am 24.01.2017 das Vorliegen der Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 5 ab 28.11.2016 fest. Für die Monate November und Dezember 2016 wurde ein Pflegegeld jeweils in Höhe von 728,00 Euro sowie ein Wohngruppenzuschlag in Höhe von jeweils 205,00 Euro gezahlt.

Berechnung des Pflegegeldanspruchs:

vom 01.11.2016 bis 27.11.2016	= 728,00 Euro x 27 : 30	= 655,20 Euro
vom 28.11.2016 bis 30.11.2016	= 901,00 Euro x 3 : 30	= 90,10 Euro
Gesamt		**= 745,30 Euro**

vom 01.12.2016 bis 31.12.2016	= 901,00 Euro
vom 01.01.2017 bis 31.01.2017	= 901,00 Euro

Die Ansprüche sind mit dem bereits ausgezahlten Pflegegeld zu verrechnen.
Berechnung des Wohngruppenzuschlags

November 2016	= 214,00 Euro
Dezember 2016	= 214,00 Euro

Die Ansprüche sind mit dem bereits ausgezahlten Wohngruppenzuschlag zu verrechnen.

Ergebnis:

Ab dem 28.11.2016 sind Leistungen in Höhe des Pflegegrades 5 zu gewähren.

(2) Ergibt die Prüfung, dass die Voraussetzungen für einen höheren als durch die Überleitung erreichten Pflegegrad bereits vor dem 01.11.2016 vorlagen, werden die höheren Leistungen des neu festgestellten Pflegegrades erst ab dem 01.11.2016 zur Verfügung gestellt.

(3) Wird bei einer Begutachtung im Jahr 2017 festgestellt, dass die Voraussetzungen für einen höheren als durch die Überleitung erreichten Pflegegrad bereits im Zeitraum vom 01.11.2016 bis 31.12.2016 vorlagen, wird der im Januar 2017 ermittelte Bestandschutz weitergewährt und nicht neu berechnet (vgl. Ziffer 4.2 zu § 141 SGB XI).

Beispiel 2

Eine pflegebedürftige Person der Pflegestufe II, die sich in einer vollstationären Pflegeeinrichtung befindet, wird zum 01.01.2017 in den Pflegegrad 3 übergeleitet. Am 20.01.2017 beantragt sie die Zuordnung in einen höheren Pflegegrad. Der MD stellt am 24.01.2017 fest, dass Pflegegrad 4 bereits seit dem 03.12.2016 vorliegt. Für den Monat Dezember 2016 wurden vollstationäre Leistungen nach § 43 SGB XI in Höhe von 1.330,00 Euro gewährt.

Ergebnis:

Für den Monat Dezember 2016 wurden Leistungen nach § 43 SGB XI (nach dem bis 31.12.2016 geltenden Recht) in Höhe von 1.330,00 Euro gewährt. Da Pflegebedürftigkeit in Höhe des Pflegegrades 4 jedoch tatsächlich ab dem 03.12.2016 vorlag, wird für den Monat Dezember 2016 ein Differenzbetrag in Höhe von 445,00 Euro (1.775,00 Euro – 1.330,00 Euro) gewährt. Da tatsächlich keine Zuordnung zu einer höheren Pflegestufe in Dezember 2016 erfolgte, sondern lediglich ein leistungsrechtlicher Ausgleich gezahlt wurde, verbleibt es bei der Rechnungslegung der Einrichtung bei der Pflegestufe II auf Grundlage der bis zum 31.12.2016 geltenden Vergütungsvereinbarung.

(4) Im Sinne der versicherten Person findet die Regelung des § 140 Abs. 4 SGB XI keine Anwendung auf den erhöhten Betrag nach § 45b Abs. 1 SGB XI in der bis zum 31.12.2016 geltenden Fassung. Für November und Dezember 2016 besteht Anspruch auf den erhöhten Betrag in Höhe von 208,00 Euro. Dieser Betrag steht auch anspruchsberechtigten Personen für eine Erstattung von Leistungen zur Verfügung, kann aber auch angespart werden.

§ 141 SGB XI
Besitzstandsschutz und Übergangsrecht zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen

(1) Versicherte der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung sowie Pflegepersonen, die am 31. Dezember 2016 Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung haben, erhalten Besitzstandsschutz auf die ihnen unmittelbar vor dem 1. Januar 2017 zustehenden, regelmäßig wiederkehrenden Leistungen nach den §§ 36, 37, 38, 38a, 40 Absatz 2, den §§ 41, 44a, 45b, 123 und 124 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung. Hinsichtlich eines Anspruchs auf den erhöhten Betrag nach § 45b in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung richtet sich die Gewährung von Besitzstandsschutz abweichend von Satz 1 nach Absatz 2. Für Versicherte, die am 31. Dezember 2016 Leistungen nach § 43 bezogen haben, richtet sich der Besitzstandsschutz nach Absatz 3. Kurzfristige Unterbrechungen im Leistungsbezug lassen den Besitzstandsschutz jeweils unberührt.

(2) Versicherte,

1. *die am 31. Dezember 2016 einen Anspruch auf den erhöhten Betrag nach § 45b Absatz 1 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung haben und*
2. *deren Höchstleistungsansprüche, die ihnen nach den §§ 36, 37 und 41 unter Berücksichtigung des § 140 Absatz 2 und 3 ab dem 1. Januar 2017 zustehen, nicht um jeweils mindestens 83 Euro monatlich höher sind als die entsprechenden Höchstleistungsansprüche, die ihnen nach den §§ 36, 37 und 41 unter Berücksichtigung des § 123 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung am 31. Dezember 2016 zustanden,*

haben ab dem 1. Januar 2017 Anspruch auf einen Zuschlag auf den Entlastungsbetrag nach § 45b in der ab dem 1. Januar 2017 jeweils geltenden Fassung. Die Höhe des monatlichen Zuschlags ergibt sich aus der Differenz zwischen 208 Euro und dem Leistungsbetrag, der in § 45b Absatz 1 Satz 1 in der ab dem 1. Januar 2017 jeweils geltenden Fassung festgelegt ist. Das Bestehen eines Anspruchs auf diesen Zuschlag ist den Versicherten schriftlich mitzuteilen und zu erläutern. Für den Zuschlag auf den Entlastungsbetrag gilt § 45b Absatz 3 entsprechend. Bei Versicherten, die keinen Anspruch auf einen Zuschlag haben und deren Ansprüche nach § 45b zum 1. Januar 2017 von 208 Euro auf 125 Euro monatlich abgesenkt werden, sind zur Sicherstellung des Besitzstandsschutzes monatlich Leistungen der Pflegeversicherung in Höhe von bis zu 83 Euro nicht auf Fürsorgeleistungen zur Pflege anzurechnen.

(3) Aufgehoben

(3a) Aufgehoben

(3b) Aufgehoben

(3c) Aufgehoben

(4) Für Personen, die am 31. Dezember 2016 wegen nicht erwerbsmäßiger Pflege rentenversicherungspflichtig waren und Anspruch auf die Zahlung von Beiträgen zur gesetzlichen Rentenversicherung nach § 44 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung hatten, besteht die Versicherungspflicht für die Dauer dieser Pflegetätigkeit fort. Die beitragspflichtigen Einnahmen ab dem 1. Januar 2017 bestimmen sich in den Fällen des Satzes 1 nach Maßgabe des § 166 Absatz 2 und 3 des Sechsten Buches in der am 31. Dezember 2016 geltenden

Fassung, wenn sie höher sind als die beitragspflichtigen Einnahmen, die sich aus dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht ergeben.

(4a) In den Fällen des § 140 Absatz 4 richten sich die Versicherungspflicht als Pflegeperson in der Rentenversicherung und die Bestimmung der beitragspflichtigen Einnahmen für Zeiten vor dem 1. Januar 2017 nach den §§ 3 und 166 des Sechsten Buches in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung. Die dabei anzusetzende Pflegestufe erhöht sich entsprechend dem Anstieg des Pflegegrades gegenüber dem durch die Überleitung erreichten Pflegegrad.

(5) Absatz 4 ist ab dem Zeitpunkt nicht mehr anwendbar, zu dem nach dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht festgestellt wird, dass

1. bei der versorgten Person keine Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung vorliegt oder
2. die pflegende Person keine Pflegeperson im Sinne des § 19 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung ist.

Absatz 4 ist auch nicht mehr anwendbar, wenn sich nach dem 31. Dezember 2016 eine Änderung in den Pflegeverhältnissen ergibt, die zu einer Änderung der beitragspflichtigen Einnahmen nach § 166 Absatz 2 des Sechsten Buches in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung führt oder ein Ausschlussgrund nach § 3 Satz 2 oder 3 des Sechsten Buches eintritt.

(6) Für Pflegepersonen im Sinne des § 44 Absatz 2 gelten die Absätze 4, 4a und 5 entsprechend.

(7) Für Personen, die am 31. Dezember 2016 wegen nicht erwerbsmäßiger Pflege in der gesetzlichen Unfallversicherung versicherungspflichtig waren, besteht die Versicherungspflicht für die Dauer dieser Pflegetätigkeit fort. Satz 1 gilt, soweit und solange sich aus dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht keine günstigeren Ansprüche ergeben. Satz 1 ist ab dem Zeitpunkt nicht mehr anwendbar, zu dem nach dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht festgestellt wird, dass bei der versorgten Person keine Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung vorliegt.

(8) Pflegebedürftige, die am 31. Dezember 2016 von zugelassenen Pflegeeinrichtungen ohne Vergütungsvereinbarung versorgt werden, haben ab dem 1. Januar 2017 Anspruch auf Erstattung der Kosten für die pflegebedingten Aufwendungen gemäß § 91 Absatz 2 in Höhe des ihnen für den Monat Dezember 2016 zustehenden Leistungsbetrags, wenn dieser höher ist als der ihnen für Januar 2017 zustehende Leistungsbetrag. Dies gilt entsprechend für Versicherte der privaten Pflege-Pflichtversicherung.

1. Allgemeines

Diese Vorschrift regelt den Besitzstandsschutz für regelmäßig wiederkehrende Leistungen der Pflegeversicherung, die den leistungsberechtigten Personen bis zum Zeitpunkt der Umstellung auf das ab 01.01.2017 geltende Recht zustehen. Damit wird sichergestellt, dass keine leistungsberechtigte Person nach der Überleitung in einen Pflegegrad niedrigere Leistungsansprüche hat. Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei

Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben, erhalten den jeweils zustehenden Besitzstandsschutzbetrag zur Hälfte (vgl. § 28 Abs. 2 SGB XI analog i. V. m. § 58 Abs. 7 Bundesbeihilfeverordnung).

Darüber hinaus wird der Besitzstandsschutz zur sozialen Sicherung der Pflegeperson geregelt (§ 141 Abs. 4 und 5 SGB XI). Einzelheiten hierzu sind dem Gemeinsamen Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes, der Deutschen Rentenversicherung Bund, der Bundesagentur für Arbeit und dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. zur Renten- und Arbeitslosenversicherung der nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegeperson vom 13.12.2016 zu entnehmen.

2. Besitzstandsschutz im Bereich der häuslichen Pflege

Der Besitzstandsschutz im Bereich der häuslichen Pflege bezieht sich auf regelmäßig wiederkehrenden Leistungen:

- Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI
- Pflegegeld nach § 37 SGB XI
- Kombinationsleistung nach § 38 SGB XI
- zusätzliche Leistungen für pflegebedürftige Personen in ambulant betreuten Wohngruppen nach § 38a SGB XI
- für den Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel nach § 40 Abs. 2 SGB XI
- Tages- und Nachtpflege nach § 41 SGB XI
- zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit nach § 44a Abs. 1 SGB XI (Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung)
- zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach § 45b SGB XI in Höhe des Grundbetrages von 104,00 Euro (bis zum 31.12.2016 geltende Fassung)
- verbesserte Pflegeleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 123 SGB XI (bis zum 31.12.2016 geltende Fassung)
- Leistungen der häuslichen Betreuung nach § 124 SGB XI (bis zum 31.12.2016 geltende Fassung).

Der Besitzstandsschutz bezieht sich auf die jeweiligen Leistungshöchstbeträge der oben genannten Leistungen der jeweiligen Pflegestufe zum Umstellungszeitpunkt, unabhängig vom tatsächlichen Leistungsbezug. Kommt es zu einer Leistungsumstellung im häuslichen Bereich, werden ebenfalls die jeweiligen Leistungshöchstbeträge aus 2016 als Vergleichswerte herangezogen.

Die neuen Leistungsbeträge liegen aufgrund der Überleitungsregelungen des § 140 SGB XI über den bisherigen Leistungsbeträgen oder bleiben gleich. Daher findet die Regelung zunächst keine Anwendung.

Beispiel

Eine Pflegegeld beziehende Person der Pflegestufe II mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz in einer Wohngruppe nach § 38a SGB XI wird übergeleitet in den Pflegegrad 4. Sie nimmt regelmäßig niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote in Anspruch.

Ansprüche	bis Dezember 2016	ab Januar 2017
Pflegegeld	545,00 Euro	728,00 Euro
Wohngruppenzuschlag	205,00 Euro	214,00 Euro
Betreuungs- und Entlastungsleistungen/ Entlastungsbetrag	104,00 Euro	125,00 Euro

Ergebnis:

Die Besitzstandsregelung kommt nicht zum Tragen, da die Leistungshöchstbeträge ab 01.01.2017 höher sind.

Für pflegebedürftige Personen, die nach dem bis zum 31.12.2016 geltenden Recht neben dem Wohngruppenzuschlag nach § 38a SGB XI ebenfalls Leistungen der Tages- und Nachtpflege nach § 41 SGB XI bezogen haben, gilt der Besitzstandsschutz nach § 141 Abs. 1 SGB XI. In diesen Fällen können die Leistungen der Tages- und Nachtpflege weiterhin in Anspruch genommen werden, ohne dass durch den MD nachgewiesen wird, dass die Pflege ohne teilstationäre Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt ist (vgl. Ziffer 2.6 zu § 38a SGB XI).

Bei einmaligen Leistungen, wie z. B. Zuschüssen zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen nach § 40 Abs. 4 SGB XI und Pflegeunterstützungsgeld nach § 44 Abs. 3 SGB XI, bedarf es keines Besitzstandsschutzes, weil hier keine Änderungen in der Leistungshöhe erfolgen. Auch bei der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI und der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI hat der Besitzstandsschutz keine Bedeutung, weil der jeweilige Leistungsbetrag nicht verändert wird.

Der Besitzstand gilt sowohl in der sozialen als auch in der privaten Pflegeversicherung.

3. Besitzstandsrecht bei Anspruch auf den erhöhten Betrag nach § 45b SGB XI in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung

(1) § 141 Abs. 2 SGB XI regelt den Besitzstandsschutz für pflegebedürftige Personen, die am 31.12.2016 einen Anspruch auf den erhöhten Betrag nach § 45b SGB XI haben. Sind die der pflegebedürftigen Person zustehenden Leistungsansprüche nach §§ 36, 37 oder § 41 SGB XI ab dem 01.01.2017 nicht um jeweils mindestens 83,00 Euro höher als die am 31.12.2016 bestehenden Ansprüche, erhalten sie Besitzstandsschutz in Form eines Zuschlags auf den

Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI in der ab dem 01.01.2017 geltenden Fassung. Die erhöhten Leistungsbeträge nach § 123 SGB XI in der bis zum 31.12.2016 geltenden Fassung sind dabei in die vergleichende Betrachtung mit einzubeziehen.

(2) Die Höhe des Zuschlags errechnet sich aus der Differenz zwischen dem am 31.12.2016 geltenden erhöhten Betrag (208,00 Euro) und dem Entlastungsbetrag nach § 45b Abs. 1 Satz 1 SGB XI in der ab dem 01.01.2017 geltenden Fassung (125,00 Euro). Somit ergibt sich zum 01.01.2017 ein monatlicher Zuschlag in Höhe von 83,00 Euro. Wird der Entlastungsbetrag zukünftig angehoben, sinkt der Zuschlag entsprechend, so dass stets ein Anspruch in Höhe von bis zu 208,00 Euro monatlich für Leistungen nach § 45b SGB XI besteht.

Beispiel 1

Eine Pflegesachleistung beziehende Person der Pflegestufe III, bei der ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand i.S.d. § 36 Abs. 4 SGB XI sowie eine in erhöhtem Maße eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45b Abs. 1 SGB XI vorliegt, wird zum 01.01.2017 in den Pflegegrad 5 übergeleitet.

Höchstleistungsansprüche	bis Dezember 2016	ab Januar 2017
Pflegesachleistung	1.995,00 Euro	1.995,00 Euro

Ergebnis:

Die Differenz zwischen den Pflegesachleistungen bis Dezember 2016 und dem Pflegesachleistungsanspruch ab Januar 2017 beträgt 0,00 Euro. Da der Höchstleistungsanspruch ab Januar 2017 nicht um mindestens 83,00 Euro höher ist als der entsprechende Höchstleistungsanspruch in der am 31.12.2016 geltenden Fassung, besteht Anspruch auf einen Zuschlag auf den Entlastungsbetrag im Rahmen des Besitzstandsschutzes nach § 141 Abs. 2 SGB XI in Höhe von 83,00 Euro.

Beispiel 2

Eine Pflegesachleistung beziehende Person der Pflegestufe III, bei der ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand i.S.d. § 36 Abs. 4 SGB XI sowie eine in erhöhtem Maße eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45b Abs. 1 SGB XI vorliegt, wird zum 01.01.2017 in den Pflegegrad 5 übergeleitet. Die versicherte Person nimmt ebenfalls Leistungen der Tagespflege nach § 41 SGB XI in Anspruch.

Höchstleistungsansprüche	bis Dezember 2016	ab Januar 2017
Pflegesachleistung	1.995,00 Euro	1.995,00 Euro
Tagespflege	1.612,00 Euro	1.995,00 Euro

Ergebnis:

Der Leistungsbetrag der Tages- und Nachtpflege nach § 41 SGB XI erhöht sich zum 01.01.2017 um 383,00 Euro. Die Differenz zwischen den Pflegesachleistungen bis Dezember 2016 und dem Pflegesachleistungsanspruch ab Januar 2017 beträgt 0,00 Euro. Da die Höchstleistungsansprüche nach §§ 36 und 41 SGB XI jeweils getrennt voneinander zu vergleichen sind und der Sachleistungsanspruch ab Januar 2017 nicht um mindestens 83,00 Euro höher ist als der entsprechende Höchstleistungsanspruch in der am 31.12.2016 geltenden Fassung, ist ein Zuschlag im Rahmen des Besitzstandsschutzes nach § 141 Abs. 2 SGB XI in Höhe von 83,00 Euro auf den Entlastungsbetrag zu gewähren.

Beispiel 3

Eine Pflegegeld beziehende Person der Pflegestufe I mit einer in erhöhtem Maße eingeschränkten Alltagskompetenz wird zum 01.01.2017 in den Pflegegrad 3 übergeleitet.

Höchstleistungsansprüche	bis Dezember 2016	ab Januar 2017
Pflegegeld	316,00 Euro	545,00 Euro

Ergebnis:

Die Differenz zwischen dem Pflegegeldanspruch bis Dezember 2016 und dem Pflegegeldanspruch ab Januar 2017 beträgt 229,00 Euro. Da der Höchstleistungsanspruch ab Januar 2017 damit um mindestens 83,00 Euro höher ist als der entsprechende Höchstleistungsanspruch in der am 31.12.2016 geltenden Fassung, ist kein Zuschlag zu gewähren. Das höhere Pflegegeld kompensiert den Wegfall des erhöhten Betrages nach § 45b Abs. 1 SGB XI in der bis zum 31.12.2016 geltenden Fassung.

Beispiel 4

Eine Kombinationsleistung beziehende Person der Pflegestufe III, bei der ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand i.S.d. § 36 Abs. 4 SGB XI sowie eine in erhöhtem Maße eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45b Abs. 1 SGB XI vorliegt, wird zum 01.01.2017 in den Pflegegrad 5 übergeleitet.

Höchstleistungsansprüche	bis Dezember 2016	ab Januar 2017
Pflegesachleistung	1.995,00 Euro	1.995,00 Euro
Pflegegeld	728,00 Euro	901,00 Euro

Ergebnis:

Der Leistungsbetrag des Pflegegeldes nach § 37 SGB XI erhöht sich zum 01.01.2017 um 173,00 Euro. Die Differenz zwischen den Pflegesachleistungen bis Dezember 2016 und dem Pflegesachleistungsanspruch ab Januar 2017 beträgt 0,00 Euro. Da die Höchstleistungsansprüche nach §§ 36 und 37 SGB XI jeweils getrennt voneinander zu vergleichen sind und der Sachleistungsanspruch ab Januar 2017 nicht um mindestens 83,00 Euro höher ist als der entsprechende Höchstleistungsanspruch in der am 31.12.2016 geltenden Fassung, ist ein Zuschlag im Rahmen des Besitzstandsschutzes nach § 141 Abs. 2 SGB XI in Höhe von 83,00 Euro auf den Entlastungsbetrag zu gewähren.

(3) Der monatliche Zuschlag kann ebenso wie der Entlastungsbetrag gemäß § 45b Abs. 2 SGB XI flexibel innerhalb des jeweiligen Kalenderjahres in Anspruch genommen und der nicht verbrauchte Betrag ebenfalls in das darauffolgende Kalenderhalbjahr übertragen werden. Der Zuschlag wird bei Bestehen eines Anspruchs auf den Entlastungsbetrag automatisch gewährt, er muss also nicht gesondert beantragt werden.

Versicherte Personen, die nach dieser Vorschrift Anspruch auf einen Zuschlag auf den Entlastungsbetrag haben, sind von der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen hierüber schriftlich zu informieren. Die Höhe und die Verwendbarkeit des Betrages sind den Versicherten dabei zu erläutern.

(4) Auf den monatlichen Zuschlag findet § 45b Abs. 3 SGB XI entsprechend Anwendung, mit der Folge, dass der allgemeine Grundsatz hinsichtlich des Zusammentreffens der Pflegeversicherung mit denen der Fürsorgeleistungen zur Pflege durchbrochen wird. Der Zuschlag findet wie der Entlastungsbetrag nach § 45b Abs. 1 SGB XI keine Berücksichtigung bei den Fürsorgeleistungen zur Pflege. Beide Leistungsansprüche bestehen daher nebeneinander. Dies gilt jedoch nicht für Leistungsansprüche nach §§ 64i und 66 SGB XII (Entlastungsbetrag bei Pflegegrad 1 und bei den Pflegegraden 2 bis 5), soweit diese Leistungen vorsehen, die inhaltlich deckungsgleich mit den Leistungen nach § 45b Abs. 1 Satz 3 SGB XI sind. In diesem Fall findet der Zuschlag Berücksichtigung und die Regelung des § 63b Abs. 1 Satz 3 SGB XII Anwendung.

(5) Bei pflegebedürftigen Personen, die am 31.12.2016 einen Anspruch auf den erhöhten Betrag in Höhe von bis zu 208,00 Euro hatten, aber keinen Anspruch auf den monatlichen Zuschlag nach § 141 Abs. 2 Satz 1 SGB XI haben, werden die monatlichen Leistungen der Pflegeversicherung (§§ 36, 37 oder § 41 SGB XI) in Höhe von 83,00 Euro nicht auf die Fürsorgeleistungen zur Pflege angerechnet.

§ 144 SGB XI
Überleitungs- und Übergangsregelung; Verordnungsermächtigung

(1) Für Personen, die am 31. Dezember 2014 einen Anspruch auf einen Wohngruppenzuschlag nach § 38a in der bis zum 31. Dezember 2014 geltenden Fassung haben, wird diese Leistung weiter erbracht, wenn sich an den tatsächlichen Verhältnissen nichts geändert hat.

(2) Am 31. Dezember 2016 nach Landesrecht anerkannte niedrigschwellige Betreuungsangebote und niedrigschwellige Entlastungsangebote im Sinne der §§ 45b und c in der zu diesem Zeitpunkt geltenden Fassung gelten auch ohne neues Anerkennungsverfahren als nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung. Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung hiervon abweichende Regelungen zu treffen.

(3) Soweit Versicherte im Zeitraum vom 1. Januar 2015 bis zum 31. Dezember 2016 die Anspruchsvoraussetzungen nach § 45b Absatz 1 oder Absatz 1a in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung erfüllt haben und ab dem 1. Januar 2017 die Anspruchsvoraussetzungen nach § 45b Absatz 1 Satz 1 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung erfüllen, können sie Leistungsbeträge nach § 45b, die sie in der Zeit vom 1. Januar 2015 bis zum 31. Dezember 2016 nicht zum Bezug von Leistungen nach § 45b Absatz 1 Satz 6 in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung genutzt haben, bis zum 31. Dezember 2018 zum Bezug von Leistungen nach § 45b Absatz 1 Satz 3 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung einsetzen. Die in Satz 1 genannten Mittel können ebenfalls zur nachträglichen Kostenerstattung für Leistungen nach § 45b Absatz 1 Satz 6 in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung genutzt werden, die von den Anspruchsberechtigten in der Zeit vom 1. Januar 2015 bis zum 31. Dezember 2016 bezogen worden sind. Die Kostenerstattung nach Satz 2 ist bis zum Ablauf des 31. Dezember 2018 zu beantragen. Dem Antrag sind entsprechende Belege über entstandene Eigenbelastungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der bezogenen Leistungen beizufügen.

(4) Die im Jahr 2015 gemäß § 45c zur Verfügung gestellten Fördermittel, die nach § 45c Absatz 5 Satz 2 in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung auf das Folgejahr 2016 übertragen und bis zum Ende des Jahres 2016 in den Ländern nicht in Anspruch genommen worden sind, können im Jahr 2017 gemäß § 45c Absatz 6 Satz 3 bis 9 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung von den Ländern beantragt werden, die im Jahr 2015 mindestens 80 Prozent der auf sie gemäß § 45c Absatz 5 Satz 1 in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung nach dem Königsteiner Schlüssel entfallenden Mittel ausgeschöpft haben.

(5) In Fällen, in denen am 31. Dezember 2016 der Bezug von Leistungen der Pflegeversicherung mit Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach dem Zwölften Buch, dem Bundesversorgungsgesetz oder dem Achten Buch bereits zusammentrifft, muss eine Vereinbarung nach § 13 Absatz 4 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung nur dann abgeschlossen werden, wenn einer der beteiligten Träger oder der Leistungsbezieher dies verlangt. Trifft der Bezug von Leistungen der Pflegeversicherung außerdem mit Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch oder dem Bundesversorgungsgesetz zusammen, gilt Satz 1 entsprechend.

(6) Für Personen, die Leistungen nach dem Soldatenversorgungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. September 2009 (BGBL. I. S. 3054), das zuletzt durch Artikel 19

des Gesetzes vom 4. August 2019 (BGBL. I. S. 1147) geändert worden ist, in Verbindung mit dem Bundesversorgungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 22. Januar 1982 (BGBL. I. S. 21), das zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 13. Juni 2019 (BGBL. I. S. 793) geändert worden ist, erhalten, gelten die Vorschriften des § 13 Absatz 1 Nummer 1, Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 und Satz 3, des 20 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6, des § 21 Nummer 1 und 3, des § 23 Absatz 5, des § 34 Absatz 1 Nummer 2, des § 50 Absatz 2 Nummer 1 und 3, des § 56 Absatz 4, des § 57 Absatz 4 Satz 4, des § 59 Absatz 3 Satz 2 und Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 und des § 144 Absatz 5 Satz 2 in der am 31. Dezember 2023 geltenden Fassung weiter.

1. Besitzstandsregelung für den Wohngruppenzuschlag nach § 38a SGB XI

Zum 01.01.2015 haben sich die Anspruchsvoraussetzungen für den Bezug eines Wohngruppenzuschlages geändert. Unabhängig davon ist für pflegebedürftige Personen, die am 31.12.2014 einen Anspruch auf den Wohngruppenzuschlag hatten, die Leistung weiter zu erbringen, wenn sich an den tatsächlichen Verhältnissen nichts geändert hat. Dies gilt auch in den Fällen, in denen in der Wohngruppe mehr als zwölf Bewohner/Bewohnerinnen leben. Zu den Einzelheiten zur Änderung der tatsächlichen Voraussetzungen vgl. Ziffer 5 zu § 38a SGB XI.

2. Besitzstandregelung für anerkannte niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote

Zum 01.01.2017 werden die bisherigen anerkannten niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote unter dem Begriff der Angebote zur Unterstützung im Alltag i. S. d. § 45a SGB XI zusammengefasst. Niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote, die am 31.12.2016 nach Landesrecht als solche i. S. d. §§ 45b und 45c SGB XI der zu diesem Zeitpunkt geltenden Fassung anerkannt sind, gelten ab 01.01.2017 als anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag. Ein neues Anerkennungsverfahren ist somit grundsätzlich für diese Angebote nicht erforderlich. Die Landesregierungen sind ermächtigt, durch Rechtsverordnung hiervon abweichende Regelungen zu treffen.

3. Erweiterung des Übertragungszeitraums für Leistungen nach § 45b SGB XI

Zum 01.01.2017 wird der Anspruch auf zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen als Entlastungsbetrag bezeichnet. Unabhängig vom Ausmaß der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten steht er jeder pflegebedürftigen Person monatlich in Höhe von bis zu 125,00 Euro zur Verfügung.

Für pflegebedürftige Personen, die im Zeitraum vom 01.01.2015 bis zum 31.12.2016 dem Grunde nach die Anspruchsvoraussetzungen nach § 45b Abs. 1 oder Abs. 1a SGB XI in der bis zum 31.12.2016 geltenden Fassung erfüllt haben und die Anspruchsvoraussetzungen nach § 45b Abs. 1 Satz SGB XI in der ab 01.01.2017 geltenden Fassung erfüllen, wird die Übertragung nicht ausgeschöpfter Leistungsbeträge einmalig ausgeweitet. Wurden die Leistungen in diesem Zeitraum nicht oder nicht vollständig ausgeschöpft, können die nicht verwendeten Leistungsbeträge bis zum 31.12.2018 übertragen werden. Die nicht verwendeten Leistungsbeträge können zum einen nachträglich für bezogene Leistungen im Zeitraum vom 01.01.2015 bis zum 31.12.2016 und zum anderen für den Bezug von Leistungen nach der ab dem 01.01.2017 geltenden Fassung des § 45b SGB XI genutzt werden. Die Kostenerstattung muss spätestens bis zum 31.12.2018 unter Vorlage entsprechender Belege über entstandene

Eigenbelastungen beantragt werden. Diese Regelung gilt nicht für im Jahr 2017 entstandene Leistungsansprüche. Diese können nur bis zum 30.06.2018 übertragen werden. Daher sollte die Kostenerstattung in einer für die pflegebedürftige Person günstigen Weise erfolgen, d. h. die im Jahr 2017 entstandenen Leistungsansprüche sind ggf. vorrangig vor den in den Jahren 2015 und 2016 entstandenen Leistungsansprüchen zu verwenden.

5. Besitzstandsregelung von Entschädigungsleistungen

Pflegebedürftige Personen, die Leistungen nach dem Soldatenversorgungsgesetz in der in § 144 Abs. 6 SGB XI genannten Fassung erhalten, haben auch nach Inkrafttreten des SGB XIV einen Anspruch auf die bisher von ihnen bezogenen Leistungen.

4. Übertragbarkeit von Fördermitteln nach § 45c SGB XI

Nicht verwendete Mittel zur Förderung der in § 45c SGB XI genannten Vorhaben aus dem Jahr 2016, die im Jahr 2015 nicht verwendet wurden und gemäß § 45c Abs. 5 Satz 2 SGB XI (in der bis zum 31.12.2016 geltenden Fassung) in das Jahr 2016 übertragen wurden, können im Jahr 2017 von den Ländern beantragt werden. Voraussetzung ist, dass das beantragende Land im Jahr 2015 die nach dem Königsteiner Schlüssel entfallenden Fördermittel mindestens zu 80 v. H. ausgeschöpft hat. Die Fördermittel können vom Land für Projekte, für die bis zum 30.04.2017 mindestens Art, Region und geplante Förderhöhe benannt werden, beantragt werden.

5. Zusammentreffen von Leistungen der Pflegeversicherung mit anderen Leistungen

Sofern am 31.12.2016 Leistungen der Pflegeversicherung mit Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII, den Hilfen zur Pflege nach dem SGB XII, dem Bundesversorgungsgesetz oder dem SGB VIII zusammentreffen, ist eine Vereinbarung nach § 13 Abs. 4 SGB XI (vgl. Ziffer 4 zu § 13 SGB XI) zwischen den beteiligten Leistungsträgern nur dann abzuschließen, wenn einer der beteiligten Träger oder der Pflegebedürftige dies verlangt.

§ 144 SGB XI
Überleitungs- und Übergangsregelung; Verordnungsermächtigung

Für pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen, die am 1. Januar 2017 Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung bei häuslicher Pflege haben und in einer Wohnform leben, auf die § 43a in der am 1. Januar 2017 geltenden Fassung keine Anwendung findet, findet § 43a auch in der ab dem 1. Januar 2020 geltenden Fassung keine Anwendung. Wechseln diese pflegebedürftigen Menschen mit Behinderungen nach dem 1. Januar 2017 die Wohnform, findet Satz 1 keine Anwendung, solange sie in der Wohnform leben, auf die § 43a in der am 1. Januar 2017 geltenden Fassung Anwendung gefunden hätte, wenn sie am 1. Januar 2017 in einer solchen Wohnform gelebt hätten.

1. Allgemeines

Zum 01.01.2020 erfolgt aufgrund der Einführung der Personenzentrierung in der Eingliederungshilfe die Neuregelung des § 43a SGB XI (vgl. Ziffer 1 zu § 43a SGB XI). Demnach haben pflegebedürftige Personen der Pflegegrade 2 bis 5 einen Anspruch auf Leistungen nach § 43a SGB XI, die in Einrichtungen i. S. d. § 71 Abs. 4 Nr. 1 SGB XI oder Räumlichkeiten i. S. d. § 71 Abs. 4 Nr. 3 SGB XI leben.

Pflegebedürftige Personen der Pflegegrade 2 bis 5, die am 01.01.2017 einen Anspruch auf ambulante Leistungen hatten und nicht in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für Menschen mit Behinderungen nach § 71 Abs. 4 SGB XI in der am 31.12.2016 geltenden Fassung lebten, haben auch weiterhin einen Anspruch auf die ambulanten Leistungen. Die ab 01.01.2020 geltende Fassung des § 43a SGB XI findet auf diese keine Anwendung, auch wenn es sich bei der Wohnform, in der sie leben, tatsächlich um eine Räumlichkeit i. S. d. § 71 Abs. 4 SGB XI handelt.

Der Besitzstand gilt auch dann, wenn die anspruchsberechtigte pflegebedürftige Person nach dem 01.01.2017 in eine andere Wohnform gewechselt hat, die ebenfalls nicht der Regelung des § 43a SGB XI in der am 01.01.2017 geltenden Fassung unterfallen wäre (z. B. Wechsel von einer ambulant betreuten Wohngruppe i. S. d. § 38a SGB XI in einen Einzelhaushalt).

Wechselt der anspruchsberechtigte pflegebedürftige Person nach dem 01.01.2017 in eine Wohnform, auf die die Regelung des § 43a SGB XI in der am 01.01.2017 geltenden Fassung Anwendung gefunden hätte, wenn sie zu diesem Zeitpunkt dort gelebt hätte, so findet der Besitzstandsschutz keine Anwendung. Der Besitzstandschutz besteht jedoch dann wieder, wenn sie aus dieser Wohnform in eine Wohnform wechselt, die der Regelung des § 43a SGB XI in der am 01.01.2017 geltenden Fassung nicht unterlegen hätte (z. B. Wechsel aus einem Einzelhaushalt in eine vollstationäre Einrichtung der Behindertenhilfe und anschließender Wechsel in eine ambulant betreuten Wohngruppe).

§ 146 SGB XI
Übergangs- und Überleitungsregelungen zur Beratung nach § 37 Absatz 3

(1) Für die jeweilige beratende Stelle gelten die Vergütungssätze nach § 37 Absatz 3 Satz 5 und 6 in der am 31. Dezember 2018 geltenden Fassung so lange, bis die Vergütung für Beratungseinsätze erstmals für die jeweilige beratende Stelle vereinbart oder durch die Landesverbände der Pflegekassen festgelegt wird.

(2) Zugelassene stationäre Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 71 Absatz 2, die Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 in der bis zum 31. Dezember 2018 geltenden Fassung durchgeführt haben, gelten ab dem 1. Januar 2019 als nach § 37 Absatz 7 anerkannten Beratungsstellen.

1. Vergütung der Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI

Seit 01.01.2019 vereinbaren die Pflegekassen oder deren Arbeitsgemeinschaften mit dem Träger der zugelassenen Pflegedienste oder mit den von der Pflegekasse beauftragten Pflegefachkraft unter Berücksichtigung der ambulanten Vergütungsregelungen nach § 89 Abs. 1 und 3 SGB XI die Höhe der Vergütung der Beratungsbesuche durch zugelassene Pflegedienste oder der von der Pflegekasse beauftragten Pflegefachkraft.

Die Höhe der Vergütung der Beratungen durch zugelassene Beratungsstellen und von Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften werden ab dem Jahr 2020 durch die Landesverbände der Pflegekassen unter Zugrundelegung der mit den Pflegediensten oder von der Pflegekasse beauftragten Pflegefachkräften vereinbarten Vergütungssätze mit Wirkung für alle Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen jeweils für die Dauer eines Jahres festgelegt.

Bis zum Zeitpunkt der Festlegung der Vergütungshöhen gelten die bis zum 31.12.2018 geltenden gesetzlichen Vergütungssätze. Demnach beträgt die Höhe der Vergütung für pflegebedürftige Personen der Pflegegrade 2 und 3 bis zu 23,00 Euro und in den Pflegegraden 4 und 5 bis zu 33,00 Euro. Diese Regelung gilt entsprechend für pflegebedürftige Personen der Pflegegrade 2 bis 5, die ambulante Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI beziehen und den Beratungseinsatz nicht verpflichtend in Anspruch nehmen. Für pflegebedürftige Personen des Pflegegrades 1 können bis zu 23,00 Euro vergütet werden. Für Beihilfeberechtigte gilt § 28 Abs. 2 SGB XI (vgl. Ziffer 2 zu § 28 SGB XI).

2. Beratungsbesuche durch stationäre Einrichtungen

In der bis zum 31.12.2018 geltenden Fassung des § 37 Abs. 3 SGB XI konnten stationäre Einrichtungen i. S. d § 71 Abs. 2 SGB XI Beratungsbesuche durchführen. Damit diese Einrichtungen auch weiterhin Beratungsbesuche durchführen können, gelten sie seit dem 01.01.2019 als anerkannte Beratungsstellen nach § 37 Abs. 7 SGB XI. Dies gilt jedoch nur für stationäre Einrichtungen, die nach der bis zum 31.12.2018 geltenden Fassung tatsächlich Beratungsbesuche durchgeführt haben.

Für die Höhe der Vergütung gilt das Verfahren der Festlegung der Vergütungshöhe durch die Landesverbände der Pflegekassen nach § 37 Abs. 3 Satz 7 SGB XI.