

Das Recht der Pflegeversicherung nach dem Pflege-Neuausrichtung-Gesetz (PNG)

ASBH Hamburg e.V.

14. April 2013

Christian Au LL.M., Buxtehude

Rechtsanwalt und Fachanwalt für Sozialrecht /

Berufsbetreuer

I. Allgemeine Grundsätze

II. Pflegeversicherungsrecht

I. Allgemeine Grundsätze

§ 14 SGB I - Beratung

- Jeder hat Anspruch auf Beratung über seine Rechte und Pflichten nach diesem Gesetzbuch. Zuständig für die Beratung sind die Leistungsträger, denen gegenüber die Rechte geltend zu machen oder die Pflichten zu erfüllen sind.

I. Allgemeine Grundsätze

§ 16 SGB I - Antragstellung

- Anträge auf Sozialleistungen sind beim zuständigen Leistungsträger zu stellen. Sie werden auch von allen anderen Leistungsträgern, von allen Gemeinden und bei Personen, die sich im Ausland aufhalten, auch von den amtlichen Vertretungen der Bundesrepublik Deutschland im Ausland entgegengenommen.
- Anträge, die bei einem unzuständigen Leistungsträger, bei einer für die Sozialleistung nicht zuständigen Gemeinde oder bei einer amtlichen Vertretung der Bundesrepublik Deutschland im Ausland gestellt werden, sind unverzüglich an den zuständigen Leistungsträger weiterzuleiten. Ist die Sozialleistung von einem Antrag abhängig, gilt der Antrag als zu dem Zeitpunkt gestellt, in dem er bei einer der in Satz 1 genannten Stellen eingegangen ist.
- Die Leistungsträger sind verpflichtet, darauf hinzuwirken, dass unverzüglich klare und sachdienliche Anträge gestellt und unvollständige Angaben ergänzt werden.

I. Allgemeine Grundsätze

§ 17 SGB I - Ausführung der Sozialleistungen

- Die Leistungsträger sind verpflichtet, darauf hinzuwirken, dass
 - jeder Berechtigte die ihm zustehenden Sozialleistungen in zeitgemäßer Weise, umfassend und zügig erhält,
 - die zur Ausführung von Sozialleistungen erforderlichen sozialen Dienste und Einrichtungen rechtzeitig und ausreichend zur Verfügung stehen,
 - der Zugang zu den Sozialleistungen möglichst einfach gestaltet wird, insbesondere durch Verwendung allgemein verständlicher Antragsvordrucke und
 - ihre Verwaltungs- und Dienstgebäude frei von Zugangs- und Kommunikationsbarrieren sind und Sozialleistungen in barrierefreien Räumen und Anlagen ausgeführt werden.
- Hörbehinderte Menschen haben das Recht, bei der Ausführung von Sozialleistungen, insbesondere auch bei ärztlichen Untersuchungen und Behandlungen, Gebärdensprache zu verwenden. Die zuständigen Leistungsträger sind verpflichtet, die durch die Verwendung der Gebärdensprache und anderer Kommunikationshilfen entstehenden Kosten zu tragen.
- In der Zusammenarbeit mit gemeinnützigen und freien Einrichtungen und Organisationen wirken die Leistungsträger darauf hin, dass sich ihre Tätigkeit und die der genannten Einrichtungen und Organisationen zum Wohl der Leistungsempfänger wirksam ergänzen.

I. Allgemeine Grundsätze

§ 9 SGB X - Nichtförmlichkeit des Verwaltungsverfahrens

- Das Verwaltungsverfahren ist an bestimmte Formen nicht gebunden, soweit keine besonderen Rechtsvorschriften für die Form des Verfahrens bestehen. Es ist einfach, zweckmäßig und zügig durchzuführen.

I. Allgemeine Grundsätze

§ 28 SGB X - Wiederholte Antragstellung

- Hat ein Leistungsberechtigter von der Stellung eines Antrages auf eine Sozialleistung abgesehen, weil ein Anspruch auf eine andere Sozialleistung geltend gemacht worden ist, und wird diese Leistung versagt oder ist sie zu erstatten, wirkt der nunmehr nachgeholt Antrag bis zu einem Jahr zurück, wenn er innerhalb von sechs Monaten nach Ablauf des Monats gestellt ist, in dem die Ablehnung oder Erstattung der anderen Leistung bindend geworden ist.
- Satz 1 gilt auch dann, wenn der rechtzeitige Antrag auf eine andere Leistung aus Unkenntnis über deren Anspruchsvoraussetzung unterlassen wurde und die zweite Leistung gegenüber der ersten Leistung, wenn diese erbracht worden wäre, nachrangig gewesen wäre.

I. Allgemeine Grundsätze

§ 48 SGB X - Aufhebung eines Verwaltungsaktes mit Dauerwirkung bei Änderung der Verhältnisse

- Soweit in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die beim Erlass eines Verwaltungsaktes mit Dauerwirkung vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eintritt, ist der Verwaltungsakt mit Wirkung für die Zukunft aufzuheben.

I. Allgemeine Grundsätze

§§ 83, 84 SGG - Form und Frist des Widerspruchs

- Das Vorverfahren beginnt mit der Erhebung des Widerspruchs, § 83.
- Der Widerspruch ist binnen eines Monats, nachdem der Verwaltungsakt dem Beschwerdeführer bekanntgegeben worden ist, schriftlich oder zur Niederschrift bei der Stelle einzureichen, die den Verwaltungsakt erlassen hat. Die Frist beträgt bei Bekanntgabe im Ausland drei Monate, § 84 Abs. 1.

I. Allgemeine Grundsätze

§ 84a SGG - Akteneinsicht

- Für das Vorverfahren gilt § 25 Abs. 4 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch nicht.
- Das heißt, der Grundsatz, dass die Akteneinsicht bei der Behörde zu erfolgen hat, die die Akten führt, gilt im Widerspruchsverfahren nicht.

I. Allgemeine Grundsätze

§ 86a SGG - aufschiebende Wirkung

- Widerspruch und Anfechtungsklage haben aufschiebende Wirkung.
- Die aufschiebende Wirkung entfällt u.a.
 - für die Anfechtungsklage in Angelegenheiten der Sozialversicherung bei Verwaltungsakten, die eine laufende Leistung herabsetzen oder entziehen (Beispiel: Rückstufung in der Pflegeversicherung)

I. Allgemeine Grundsätze

§ 1 BerHG - Beratungshilfe

- Die Kosten im Widerspruchsverfahren werden durch die Staatskasse getragen, wenn sich der Rechtssuchende (in der Regel vorab) einen Beratungshilfeschein beim Amtsgericht seines Wohnortes besorgt.
- Hilfe für die Wahrnehmung von Rechten außerhalb eines gerichtlichen Verfahrens wird auf Antrag gewährt, wenn
 - der Rechtssuchende die erforderlichen Mittel nach seinen persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen nicht aufbringen kann,
 - nicht andere Möglichkeiten für eine Hilfe zur Verfügung stehen, deren Inanspruchnahme dem Rechtssuchenden zuzumuten ist,
 - die Wahrnehmung der Rechte nicht mutwillig ist.
- Die Stadtstaaten Hamburg, Bremen und Berlin haben von einer Sonderregelungsbefugnis Gebrauch gemacht. Hier gibt es die öffentlichen Rechtsauskunftsstellen. Beratungshilfescheine werden nicht ausgegeben.

I. Allgemeine Grundsätze

§ 63 SGB X - Erstattung von Kosten im Vorverfahren

- Soweit der Widerspruch erfolgreich ist, hat der Rechtsträger, dessen Behörde den angefochtenen Verwaltungsakt erlassen hat, demjenigen, der Widerspruch erhoben hat, die zur zweckentsprechenden Rechtsverfolgung oder Rechtsverteidigung notwendigen Aufwendungen zu erstatten.
- Die Gebühren und Auslagen eines Rechtsanwalts oder eines sonstigen Bevollmächtigten im Vorverfahren sind erstattungsfähig, wenn die Zuziehung eines Bevollmächtigten notwendig war.

I. Allgemeine Grundsätze

§ 73a SGG - Prozesskostenhilfe

- Die Vorschriften der Zivilprozessordnung über die Prozesskostenhilfe gelten entsprechend. Macht der Beteiligte, dem Prozesskostenhilfe bewilligt ist, von seinem Recht, einen Rechtsanwalt zu wählen, nicht Gebrauch, wird auf Antrag des Beteiligten der beizuordnende Rechtsanwalt vom Gericht ausgewählt.
- PKH wird gewährt, wenn die Klage /der Eilantrag hinreichende Aussicht auf Erfolg verspricht und nicht mutwillig ist.

I. Allgemeine Grundsätze

§ 88 SGG - Untätigkeitsklage

- Ist ein Antrag auf Vornahme eines Verwaltungsakts ohne zureichenden Grund in angemessener Frist sachlich nicht beschieden worden, so ist die Klage nicht vor Ablauf von sechs Monaten seit dem Antrag auf Vornahme des Verwaltungsakts zulässig.
- Das gleiche gilt, wenn über einen Widerspruch nicht entschieden worden ist, mit der Maßgabe, dass als angemessene Frist eine solche von drei Monaten gilt.

I. Allgemeine Grundsätze

II. Pflegeerversicherungsrecht

III. Pflegeversicherung

§ 33 SGB XI - formelle Voraussetzungen

- Antragserfordernis
- Leistungen werden ab Antragstellung gewährt
- frühestens jedoch ab dem Zeitpunkt, in dem alle Leistungsvoraussetzungen vorliegen

III. Pflegeversicherung

§ 33 SGB XI - formelle Voraussetzungen

- **Achtung:**
 - Lässt man sich z.B. in einem Widerspruchsverfahren auf den Vorschlag der Pflegekasse ein, den Widerspruch gegen eine Ablehnung zurückzunehmen und einen Neuantrag zu stellen, verschiebt sich der potentielle Leistungsbeginn unwiderruflich auf den Termin des Neuantrags.
- **Tipp:**
 - Neuantrag stellen, aber das Widerspruchsverfahren ruhend stellen. Erbringt der Neuantrag die Pflegestufe, kann das Widerspruchsverfahren im Vergleichswege durch Einigung auf einen Anfangstermin der Leistungen beendet werden.

III. Pflegeversicherung

§ 7b SGB XI - Beratungsgutscheine

- Die Pflegekasse hat dem Antragsteller unmittelbar nach Eingang eines erstmaligen Antrags auf Leistungen nach diesem Buch entweder
 - 1. unter Angabe einer Kontaktperson einen konkreten Beratungstermin anzubieten, der spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang 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

III. Pflegeversicherung

§ 14 SGB XI - Begriff der Pflegebedürftigkeit

- Pflegebedürftig sind Personen,
 - die **wegen** einer körperlichen, geistigen oder seelischen **Krankheit** **oder** **Behinderung** für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen

III. Pflegeversicherung

§ 14 SGB XI - Begriff der Pflegebedürftigkeit

Pflegeaufwand eines gesunden Kindes in Minuten pro Tag

	Säugling		Kleinkind			Kindergarten			Grundschule				weiterführende Schule	
Alter des Kindes	0-½ J.	½-1 J.	1-1 ½ J.	1 ½-2 J.	2-3 J.	3-4 J.	4-5 J.	5-6 J.	6-7 J.	7-8 J.	8-9 J.	9-10 J.	10-11 J.	11-12 J.
Körperpflege														
Waschen = Teilwäschen + H/G*	10	10	12	12	10	10	8	6	4	2	-	-	-	-
Duschen/Baden = GK*	15	18	18	18	15	15	12	12	10	6	4	2	-	-
Zahnpflege	0	2	5	6	12	12	9	6	3	3	-	-	-	-
Kämmen	1	2	3	3	4	4	3	3	2	-	-	-	-	-
Darm-/Blasenentleerung	35	30	28	32	40	35	15	5	3	-	-	-	-	-
Summe Körperpflege	61	62	66	71	81	76	47	32	22	11	4	2	-	-
Ernährung*														
mundgerechte Zubereitung	5	5	8	8	8	8	6	4	3	2	2	-	-	-
Nahrungsaufnahme	140	120	100	80	40	20	15	6	-	-	-	-	-	-
Summe Ernährung	145	125	108	88	48	28	21	10	3	2	2	-	-	-
Mobilität														
Aufstehen/Zubettgehen*	10	10	12	15	15	15	10	5	5	4	2	2	-	-
An-/Auskleiden*	10	16	20	20	15	15	10	5	5	4	2	2	-	-
Gehen*	10	10	10	12	8	4	-	-	-	-	-	-	-	-
Stehen = Transfer ¹⁾	2	2	2	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Verlassen/Wiederaufsuchen der Wohnung	Regelmäßige Arzt- oder Therapeutenbesuche fallen bei einem gesunden Kind nicht an.													
Summe Mobilität	32	38	44	49	40	34	20	10	10	8	4	4	-	-
Gesamtsumme	238 - 225	225 - 218	218 - 208	208 - 169	169 - 138	138 - 88	88 - 52	52 - 35	35 - 21	21 - 10	10 - 6	6 - 0	-	-
Treppensteigen*	4	4	4	8	6	4	-	-	-	-	-	-	-	-
Gesamtsumme mit Treppensteigen	242 - 229	229 - 222	222 - 216	216 - 175	175 - 142	142 - 88	88 - 52	52 - 35	35 - 21	21 - 10	10 - 6	6 - 0	-	-

*siehe Erläuterungen zum Pflegeaufwand eines gesunden Kindes

III. Pflegeversicherung

BSG 2012 zu den Abzugswerten bei Kindern

- Die in den Begutachtungsrichtlinien seit 2006 neu geregelten Abzugswerte für den Hilfebedarf gesunder Kinder gelten auch schon für Zeiten vor dem 1.9.2006, weil es sich bei der Berechnung von Abzugswerten für Kinder um generelle Tatsachen handelt, die früheren Werte und Zeitkorridore offensichtlich nicht realistisch gewesen sind und dem neuen Katalog keine Änderung in der Bewertungspraxis zugrunde liegt.
- **Die Abzugswertekorridore der Begutachtungsrichtlinien 2006 sind nicht linear anzuwenden. Vielmehr ist stets der Mittelwert des einschlägigen Korridors (Die Tabelle finden Sie hier auf den Seiten 60/61 der Begutachtungsrichtlinien.) in Abzug zu bringen.**
- Urteil vom 15. März 2012, Az: B 3 P 1/11 R

III. Pflegeversicherung

Konsequenzen aus Urteil vom 15.3.2012

- Es können Kinder seit Jahren falsch eingestuft sein (zu hoch oder zu niedrig)
- Es kann zu Unrecht keine Rentenversicherungspflicht der Pflegeperson festgestellt worden sein, bzw. eine zu niedrige oder zu hohe Einstufung erfolgt sein.
- Überprüfung der Pflegestufe durch Überprüfungsantrag nach § 44 SGB X
- Antrag auf Feststellung der RV-Pflicht bzw. Feststellung höherer RV-Einstufung

III. Pflegeversicherung

§ 15 SGB XI - die Pflegestufen

- **Pflegestufe I:**
 - Hilfebedarf bei wenigstens **zwei Verrichtungen** aus den Bereichen Körperpflege, Ernährung oder Mobilität mindestens einmal täglich
 - Zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfebedarf bei der hauswirtschaftlichen Versorgung
 - Täglicher Hilfebedarf muss mindestens 90 Minuten betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen

III. Pflegeversicherung

§ 15 SGB XI - die Pflegestufen

- **Pflegestufe II:**
 - Hilfebedarf bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten
 - Zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfebedarf bei der hauswirtschaftlichen Versorgung
 - Täglicher Hilfebedarf muss mindestens 3 Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens 2 Stunden entfallen

III. Pflegeversicherung

§ 15 SGB XI - die Pflegestufen

- **Pflegestufe III:**
 - Hilfebedarf bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts
 - Zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfebedarf bei der hauswirtschaftlichen Versorgung
 - Täglicher Hilfebedarf muss mindestens 5 Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens 4 Stunden entfallen

III. Pflegeversicherung

Begutachtungsrichtlinien des MDK

Der MDK richtet sich bei der Pflegebegutachtung nach den Pflegebegutachtungsrichtlinien, download unter:

http://www.mds-ev.de/media/pdf/BRi_Pflege_090608.pdf

III. Pflegeversicherung

§ 18 SGB XI - Begutachtungs- / Entscheidungsfristen

- **Verbindliche** Entscheidungsfrist der Pflegekasse über jegliche Leistungsanträge: 5 Wochen
- Begutachtungsfrist für den MDK, wenn der Antragsteller noch im Krankenhaus oder in einer stationären Reha-Einrichtung ist: 1 Woche; Informationspflicht des MDK
- Begutachtungsfrist für den MDK, wenn der Antragsteller ambulant gepflegt wird und die Inanspruchnahme einer Pflegezeit nach dem Pflegezeitengesetz angekündigt wurde: 2 Wochen; Informationspflicht des MDK

III. Pflegeversicherung

§ 18 Abs. 3a SGB XI - alternative Gutachter (ab 1.6.2013)

- Die Pflegekasse ist verpflichtet, dem Antragsteller mindestens drei unabhängige Gutachter zur Auswahl zu benennen,
 - 1. soweit die Kasse von sich aus unabhängige Gutachter mit der Prüfung beauftragen möchte oder
 - 2. wenn innerhalb von vier Wochen ab Antragstellung keine MDK-Begutachtung erfolgt ist.
- Hat sich der Antragsteller für einen benannten Gutachter entschieden, wird dem Wunsch Rechnung getragen.

III. Pflegeversicherung

§ 18 Abs. 3b SGB XI - „Strafgeld“

- Erteilt die Pflegekasse den schriftlichen Bescheid über den Antrag nicht innerhalb von fünf Wochen nach Eingang des Antrags oder wird eine der in Absatz 3 genannten verkürzten Begutachtungsfristen nicht eingehalten, hat die Pflegekasse nach Fristablauf für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung unverzüglich 70 Euro an den Antragsteller zu zahlen. Dies gilt nicht, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder wenn sich der Antragsteller in stationärer Pflege befindet und bereits als mindestens erheblich pflegebedürftig (mindestens Pflegestufe I) anerkannt ist.

III. Pflegeversicherung

§ 18 SGB XI - Begutachtung von Kindern

- Prüfung der Pflegebedürftigkeit von Kindern (**bis 25 Jahren???** vgl. § 42) ist in der Regel durch besonders geschulte Gutachter mit einer Qualifikation

- als Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in oder
- als Kinderärztin oder Kinderarzt

vorzunehmen (§ 18 Abs. 7)

- **Tipp:**

- Kündigt sich ein Gutachter mit einer anderen Qualifikation an, sollte die Begutachtung abgelehnt werden!

III. Pflegeversicherung

§ 33 SGB XI - Befristung

- Zuordnung zu einer Pflegestufe, Anerkennung als Härtefall sowie Bewilligung von Leistungen können befristet werden und enden mit Ablauf der Frist
- Verringerung des Hilfebedarfs muss laut MDK **zu erwarten** sein
- Wiederholte Befristung möglich; Befristungszeitraum darf insgesamt die Dauer von drei Jahren nicht überschreiten
- Änderungen bei der Zuordnung zu einer Pflegestufe, bei der Anerkennung als Härtefall sowie bei bewilligten Leistungen (z.B. nach § 48 SGB X) sind auch im Befristungszeitraum zulässig
- Pflegekasse hat nahtlose Leistungsgewährung sicherzustellen, und vor Ablauf einer Befristung rechtzeitig zu prüfen und dem Pflegebedürftigen sowie der ihn betreuenden Pflegeeinrichtung mitzuteilen, ob Pflegeleistungen weiterhin bewilligt werden und welcher Pflegestufe der Pflegebedürftige zuzuordnen ist

III. Pflegeversicherung

§ 33 SGB XI- Befristung

- **Achtung:**
 - Eine befristete Leistung beinhaltet gegenüber der unbefristet beantragten Leistung eine Tei ablehnung.
- **Tipp:**
 - Es sollte gegen den Bewilligungsbescheid Widerspruch eingelegt werden, „insoweit damit die Leistung „XY“ nur befristet bewilligt wird“.

III. Pflegeversicherung

§ 19, 44 SGB XI - soziale Sicherung der Pflegeperson

- Mindestvoraussetzungen:
 - 14 Stunden Pflegetätigkeit pro Woche, **nun auch verteilt auf mehrere Pflegebedürftige möglich (!)**
 - keine Erwerbstätigkeit über 30 Stunden pro Woche
- Renten- und Unfallversicherung
- Förderung bei beruflicher Weiterbildung nach Beendigung der Pflegetätigkeit

III. Pflegeversicherung

§ 28a SGB III - soz. Sicherung d. Pflegeperson

- **Tipp:**

- Ein Versicherungspflichtverhältnis auf Antrag können Personen begründen, die als Pflegeperson einen der Pflegestufe I bis III im Sinne des Elften Buches zugeordneten Angehörigen, der Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung nach dem Elften Buch oder Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch oder gleichartige Leistungen nach anderen Vorschriften bezieht, wenigstens 14 Stunden wöchentlich pflegen. (Weitere Voraussetzungen in Absatz 2)

- **Achtung:**

- Der Antrag muss spätestens innerhalb eines Monats nach Aufnahme der Tätigkeit gestellt werden.

III. Pflegeversicherung

§§ 23 und 40 SGB V- Vorsorge/Reha für Pflegepersonen

- Bei Anträgen auf Vorsorge- und Rehaleistungen soll die Krankenkasse in besonderer Weise würdigen, wenn der Antragsteller pflegender Angehöriger ist oder war.

III. Pflegeversicherung

§ 45a SGB XI - zusätzliche Betreuungsleistungen

- Personen mit erheblichem oder besonders hohem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung (**Pflegestufe nicht erforderlich**)
- 100 EUR oder 200 EUR monatlich, Einstufung erfolgt nach MDK-Begutachtung gem. Katalog des § 45a Abs. 2
- zweckgebundene Kostenerstattung für Betreuungsleistungen zugelassener Dienste

III. Pflegeversicherung

§ 45a SGB XI - zusätzliche Betreuungsleistungen

- Für die Bewertung, ob die Einschränkung der Alltagskompetenz auf Dauer erheblich ist, sind folgende Schädigungen und Fähigkeitsstörungen maßgebend:
- 1. unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauftendenz);
- 2. Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen;
- 3. unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen;
- 4. tätlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation;
- 5. im situativen Kontext inadäquates Verhalten;
- 6. Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle und Bedürfnisse wahrzunehmen;
- 7. Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung;
- 8. Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben;
- 9. Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus;
- 10. Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren;
- 11. Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen;
- 12. ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten;
- 13. zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagtheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression.

III. Pflegeversicherung

§ 45a SGB XI - zusätzliche Betreuungsleistungen

- Eine **erheblich eingeschränkte** Alltagskompetenz (100 mtl. EUR) liegt vor, wenn im Assessment wenigstens bei zwei Items ein "Ja" angegeben wird, davon mindestens einmal bei einem Item aus einem der Bereiche 1 bis 9.
- Eine **in erhöhtem Maße eingeschränkte** (200 EUR mtl.) Alltagskompetenz liegt vor, wenn die für die erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz maßgeblichen Voraussetzungen erfüllt sind und zusätzlich bei mindestens einem weiteren Item aus einem der Bereiche 1, 2, 3, 4, 5, 9 oder 11 ein "Ja" angegeben wird.

III. Pflegeversicherung

BSG, Urteil vom 12.08.2010

- Die Einschränkung der Alltagskompetenz ist "dauerhaft", wenn sie voraussichtlich für mindestens sechs Monate besteht.
- Schädigungen und Fähigkeitsstörungen liegen nicht "regelmäßig" vor, wenn der krankheitsbedingte allgemeine Betreuungsbedarf in der Regel nur einmal wöchentlich anfällt.
- Die Regelung des § 45b SGB 11 sieht für die **zusätzlichen Betreuungsleistungen** ein zweiteilig gestuftes Verfahren der Leistungsgewährung vor. In einem ersten Schritt wird entschieden, ob der Versicherte dem Grunde nach leistungsberechtigt ist und wie hoch der Betrag ausfällt, den er ausschöpfen kann, falls er eines der in § 45b Abs. 1 S 6 SGB 11 genannten Pflege- und Betreuungsangebote wahrnimmt (§ 45b Abs. 1 S 1 bis 3 SGB 11). In einem zweiten Schritt wird dann festgelegt, wie hoch die Kostenerstattung für tatsächlich in Anspruch genommene zusätzliche Betreuungsleistungen ausfällt (§ 45b Abs. 2 S 1 SGB 11).
- Der allgemeine Betreuungsbedarf **muss auf demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen und psychischen Erkrankungen beruhen** (§ 45a Abs. 1 S 2 SGB 11). Ein aus anderen Ursachen resultierender allgemeiner Betreuungsbedarf ist nicht zu berücksichtigen.

III. Pflegeversicherung

zusätzliche Betreuungsleistungen bei HC?

- Nochmals der Auszug aus der VersMedV:
 - 3. Nervensystem und Psyche
 - 3.1 Hirnschäden
 - d) Bei einem mit Ventil versorgten Hydrozephalus ist ein GdB von wenigstens 30 anzusetzen.
- Vertretbar erscheint daher, den HC als „geistige Behinderung“ im Sinne des § 45a SGB XI anzuführen
- Gegenteilige Auffassung verweist auf die G-Definition im Schulrecht: $IQ < 70$

III. Pflegeversicherung

§ 36 SGB XI - Pflegesachleistung

- Pflege wird durch einen anerkannten Pflegedienst sichergestellt
- Leistungsumfang (monatlich):
 - „Pflegestufe 0“: 225 EUR (bei 45a-Bezug)
 - Pflegestufe I: 450 EUR bzw. 665 EUR
 - Pflegestufe II: 1.100 EUR bzw. 1.250 EUR
 - Pflegestufe III: 1.550 EUR
 - Pflegestufe III Härtefall: 1.918 EUR

III. Pflegeversicherung

§ 37 SGB XI - Pflegegeld

- Pflege wird über Angehörige, Freunde, Nachbarn sichergestellt
- Leistungsumfang (monatlich):
 - „Pflegestufe 0“: 120 EUR (bei 45a-Bezug)
 - Pflegestufe I: 235 EUR bzw. 305 EUR
 - Pflegestufe II: 440 EUR bzw. 525 EUR
 - Pflegestufe III: 700 EUR
- Sicherstellung der Pflege wird halbjährlich (PS I und II) bzw. vierteljährlich (PS III) durch sog. Beratungseinsätze geprüft

III. Pflegeversicherung

§ 38 SGB XI - Kombinationsleistung

- Kombination aus Pflegesachleistung und Pflegegeld
- Monatliche Auszahlung anteiligen Pflegegelds entsprechend dem Umfang der erhaltenen Pflegesachleistung
 - Beispiel:
Pflegesachleistung wurde zu 60 % verbraucht, es werden somit noch 40 % des Pflegegelds für den Monat ausgezahlt

III. Pflegeversicherung

§ 120 Abs. 3 SGB XI - „Zeitkontingente“

- Mit Pflegediensten können Zeitkontingente vereinbart werden.
- In dem Pflegevertrag sind mindestens Art, Inhalt und Umfang der Leistungen einschließlich der dafür mit den Kostenträgern nach § 89 vereinbarten Zeitvergütungen und der vom Zeitaufwand unabhängigen vereinbarten Vergütungen für jede Leistung oder jede Komplexleistung gesondert zu beschreiben.
- Der Pflegedienst hat den Pflegebedürftigen unmittelbar nach Inkrafttreten dieser Regelung sowie vor Vertragsschluss und bei jeder wesentlichen Veränderung darüber zu unterrichten, wie sich die vom Zeitaufwand unabhängige Vergütung im Vergleich zu einer rein zeitbezogenen Vergütung darstellt und ihn auf seine Wahlmöglichkeiten bei der Zusammenstellung dieser Vergütungsformen hinzuweisen.
- Diese Gegenüberstellung hat in der Regel schriftlich zu erfolgen.
- Auf dieser Grundlage entscheidet der Pflegebedürftige über die Vergütungsform.
- In dem Pflegevertrag ist die Entscheidung zu dokumentieren.

III. Pflegeversicherung

§ 124 SGB XI - „häusliche Betreuung“

- Pflegebedürftige der Pflegestufen I bis III sowie Versicherte, die wegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz die Voraussetzungen des § 45a erfüllen, haben bis zum Inkrafttreten eines Gesetzes, das die Leistungsgewährung aufgrund eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines entsprechenden Begutachtungsverfahrens regelt, nach den §§ 36 und 123 einen Anspruch auf häusliche Betreuung.
- Leistungen der häuslichen Betreuung werden neben Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung als pflegerische Betreuungsmaßnahmen erbracht. Sie umfassen Unterstützung und sonstige Hilfen im häuslichen Umfeld des Pflegebedürftigen oder seiner Familie und schließen insbesondere ein:
 - **Unterstützung von Aktivitäten im häuslichen Umfeld**, die dem Zweck der Kommunikation und der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte dienen,
 - **Unterstützung bei der Gestaltung des häuslichen Alltags**, insbesondere Hilfen zur Entwicklung und Aufrechterhaltung einer Tagesstruktur, zur Durchführung bedürfnisgerechter Beschäftigungen und zur Einhaltung eines bedürfnisgerechten Tag-/Nacht-Rhythmus.
- Häusliche Betreuung kann von mehreren Pflegebedürftigen oder Versicherten mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz auch als gemeinschaftliche häusliche Betreuung im häuslichen Umfeld einer oder eines Beteiligten oder seiner Familie als Sachleistung in Anspruch genommen werden.
- Anspruch auf häusliche Betreuung besteht nur bei sichergestellter Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung

III. Pflegeversicherung

§ 38a SGB XI - Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen

- Pflegebedürftige haben Anspruch auf einen pauschalen Zuschlag in Höhe von 200 Euro monatlich, wenn
 - 1. sie in ambulant betreuten Wohngruppen in einer gemeinsamen Wohnung mit häuslicher pflegerischer Versorgung leben,
 - 2. sie Leistungen nach § 36, § 37 oder § 38 beziehen,
 - 3. in der ambulant betreuten Wohngruppe eine Pflegekraft tätig ist, die organisatorische, verwaltende oder pflegerische Tätigkeiten verrichtet, **und**
 - 4. es sich um ein gemeinschaftliches Wohnen von regelmäßig mindestens drei Pflegebedürftigen handelt mit dem Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung, dem die jeweils maßgeblichen heimrechtlichen Vorschriften oder ihre Anforderungen an Leistungserbringer nicht entgegenstehen.

III. Pflegeversicherung

§ 45e SGB XI - Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen

- Zur Förderung der Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen wird Pflegebedürftigen, die Anspruch auf Leistungen nach § 38a haben und die an der gemeinsamen Gründung beteiligt sind, für die altersgerechte oder barrierearme Umgestaltung der gemeinsamen Wohnung zusätzlich zu dem Betrag nach § 40 Absatz 4 einmalig ein Betrag von bis zu 2 500 Euro gewährt.
- Der Gesamtbetrag ist je Wohngruppe auf 10 000 Euro begrenzt und wird bei mehr als vier Anspruchsberechtigten anteilig auf die Versicherungsträger der Anspruchsberechtigten aufgeteilt. Der Antrag ist innerhalb eines Jahres nach Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen zu stellen.
- Der Anspruch endet, wenn mit der Förderung eine Gesamthöhe von 30 Millionen Euro erreicht worden ist, spätestens aber am 31. Dezember 2015.

III. Pflegeversicherung

§ 39 SGB XI - Verhinderungspflege

- Verhinderung der Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen
- Kostenübernahme einer notwendigen ambulanten Ersatzpflege für längstens vier Wochen je Kalenderjahr
- Pflegeperson muss den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt haben
- Leistungsumfang bis zu 1.550 Euro pro Jahr
- Ist die Ersatzpflegekraft mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert oder lebt sie mit ihm in häuslicher Gemeinschaft, wird nur der Betrag in Höhe des Pflegegeldes gezahlt zzgl. Erstattung nachgewiesener notwendiger Aufwendungen
- Die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes wird für bis zu vier Wochen je Kalenderjahr fortgewährt.
- Auch bei 45a-Bezug besteht Anspruch auf Verhinderungspflege.

III. Pflegeversicherung

§ 40 SGB XI - Pflegehilfsmittel

- typische Pflegehilfsmittel sind Pflegebetten
- für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel werden höchstens 31 EUR pro Monat gewährt
- diese Pauschale kann auch als Kostenerstattung erbracht werden
- erstattungsfähige Hilfsmittel bei der Pflegekasse erfragen
- Auch bei 45a-Bezug besteht Anspruch auf Pflegehilfsmittel.

III. Pflegeversicherung

§ 40 SGB XI - Pflegehilfsmittel

- **Tipp:**
 - Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel, die im Zusammenhang mit Verrichtungen der häuslichen Krankenpflege (z.B. Einmalkatheterisieren) benötigt werden, sind keine Pflegehilfsmittel. Sie sind von der Krankenkasse – abgesehen von der gesetzlichen Zuzahlung – vollständig ohne Deckelung zu bezahlen.

III. Pflegeversicherung

§ 40 SGB XI - wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

- Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes
- Ermöglichung oder Erleichterung der häuslichen Pflege oder Ermöglichung oder Wiederherstellung einer möglichst selbstständigen Lebensführung
- Zuschusshöhe ist abhängig von den Kosten der Maßnahme
- Eigenanteil in Abhängigkeit vom Einkommen
- Höchstzuschuss 2.557 EUR je Maßnahme
- Ermessensleistung!
- **Leben mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung, dürfen die Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des gemeinsamen Wohnumfeldes einen Betrag in Höhe von 2 557 Euro je Pflegebedürftigem nicht übersteigen. Der Gesamtbetrag je Maßnahme nach Satz 3 ist auf 10 228 Euro begrenzt und wird bei mehr als vier Anspruchsberechtigten anteilig auf die Versicherungsträger der Anspruchsberechtigten aufgeteilt.**
- **Auch bei der Pflegestufe „0“ besteht Anspruch auf wohnumfeldverbessernde Maßnahmen.**

III. Pflegeversicherung

§ 40 SGB XI - wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

- Tipp:

- Der Höchstzuschuss ist „je Maßnahme“ zu leisten.
- Das BSG hat mit Urteil vom 03.11.1999 (B 3 P 3/99 R) ausgeführt, dass alle in einem bestimmten Zeitpunkt aufgrund des objektiven Pflegebedarfs notwendigen und vom Grundsatz her bezuschussungsfähigen Einzelschritte zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes in ihrer Gesamtheit rechtlich „eine Maßnahme“ darstellen.
- Die Gewährung eines zweiten Zuschusses kommt daher in Betracht, wenn sich die Pflegesituation objektiv ändert (z.B. durch das Hinzutreten einer weiteren Behinderung oder altersbedingte Ausweitung des Pflegebedarfs eines Behinderten) und dadurch im Laufe der Zeit Schritte zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes erforderlich werden, die bei der Durchführung der ersten Umbaumaßnahme noch nicht notwendig waren.

III. Pflegeversicherung

§ 42 SGB XI - Kurzzeitpflege

- Stationäre Aufnahme in zugelassener vollstationärer Einrichtung
 - für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen oder
 - in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist
- Kostenübernahme für längstens vier Wochen je Kalenderjahr bis zu dem Gesamtbetrag von 1.550 EUR
- Kurzzeitpflege für zu Hause gepflegte Kindern unter **25 Jahren** kann auch in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen in Anspruch genommen werden, wenn die Pflege in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich ist oder nicht zumutbar erscheint.
- **Die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes wird für bis zu vier Wochen je Kalenderjahr fortgewährt.**

III. Pflegeversicherung

§ 42 SGB XI - Kurzzeitpflege

- Zudem 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.

III. Pflegeversicherung

§ 43 SGB XI - vollstationäre Pflege

- Voraussetzung: häusliche oder teilstationäre Pflege ist nicht möglich oder kommt nicht in Betracht
- Leistungsumfang (monatlich):
 - Pflegestufe I: 1 023 EUR
 - Pflegestufe II: 1 279 EUR
 - Pflegestufe III: 1 550 EUR
 - Pflegestufe III (Härtefall): 1 918 EUR

III. Pflegeversicherung

Widerspruch gegen Rückstufung

- **Tipp:**
 - Der Widerspruch gegen eine Rückstufung hat aufschiebende Wirkung. Das bedeutet, die Pflegekasse ist verpflichtet, die Leistungen entsprechend der höheren Pflegestufe weiter zu gewähren, bis der Widerspruchsbescheid erlassen wurde. Wird der Widerspruchsbescheid mangels Klageerhebung bestandskräftig oder wird die Klage rechtskräftig abgewiesen, kann die Pflegekasse die Rückzahlung des überzahlten Betrags verlangen.

III. Pflegeversicherung

§ 127 SGB XI - Vorsorgeförderung „Pflege-Bahr“

- Gefördert werden Pflege-Tagegeldversicherungen
- verbindlicher Mindestschutz erforderlich, d.h. Geldleistungen für jede der 3 Pflegestufen und bei Vorliegen von erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz müssen zugesichert werden, mindestens in Höhe von 600 EUR für die Pflegestufe III
- Für die Feststellung des Versicherungsfalls sowie die Festsetzung der Pflegestufe muss auf das Ergebnis des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit der gesetzlichen Pflegeversicherung abgestellt werden.
- Als Wartezeit für den Leistungsanspruch darf der Vertrag maximal 5 Jahre vorsehen.
- Monatlicher Mindestbeitrag in Höhe von 10 EUR
- Maximalbegrenzung auf Versicherungsumfang der gesetzlichen Pflegeversicherung
- Die Zulagenberechtigung besteht einkommensunabhängig ab dem vollendeten 18. Lebensjahr.
- **Voraussetzung ist weiterhin, dass weder zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses noch zuvor Pflegeleistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung oder gleichwertige Vertragsleistungen der privaten Pflegeversicherung bezogen werden oder wurden.**
- Die Zulage in Höhe 5 EUR im Monat bzw. 60 EUR jährlich wird als Zuschuss zu der Versicherungsprämie direkt an das Versicherungsunternehmen gezahlt und dem Vertrag zugerechnet.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Christian Au LL.M.
Rechtsanwalt und
Fachanwalt für Sozialrecht
Bweufsbetreuer

Bahnhofstraße 28
21614 Buxtehude

Tel.: 04161 / 8665110
Fax: 04161 / 8665112
info@rechtsanwalt-au.de
www.rechtsanwalt-au.de