
Fachliche Weisung Hilfe zur Pflege

Erster Teil: Leistungen der sozialen Pflegeversicherung nach dem SGB XI

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	1
1. Leistungsberechtigung	2
1.1 Pflegebedürftigkeit	2
2. Begutachtungsfristen § 18 SGB XI	5
3. Pflegeberatung/Pflegestützpunkte	6
4. Qualitätssicherung in der Pflege	7
5. Einzelne Leistungen im SGB XI	8
5.1 Trägerübergreifendes Persönliches Budget gem. § 35a SGB XI	8
5.2 Pflegesachleistung § 36 SGB XI	8
5.3 Pflegegeld § 37 SGB XI	8
5.4 Kombinationsleistung nach § 38 SGB XI	9
5.5 Häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson (§ 39 SGB XI)	9
5.6 Pflegehilfsmittel und technische Hilfen § 40 SGB XI	9
5.7 Tages- und Nachtpflege § 41 SGB XI	10
5.8 Kurzzeitpflege § 42 SGB XI	13
5.9 Leistungen der vollstationären Pflege § 43 SGB XI	13
5.10 Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen	14
5.11 Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson §§ 44, 44a SGB XI	14
5.12 Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf	15

Die Leistungen des SGB XI sind gegenüber den Leistungen des 7. Kapitels SGB XII vorrangig. Die wichtigsten Regelungen des SGB XI werden im folgenden näher erläutert, weil sie bei den Leistungen nach dem SGB XII aufgrund der Vorrangigkeit zu berücksichtigen sind.

Weitere Informationen erhalten Sie auf der Webseite des GKV-Spitzenverbandes (GKV= Gesetzliche Krankenversicherung). Der GKV-Spitzenverband ist gleichzeitig Spitzenverband der Pflegekassen.

<https://www.gkv-spitzenverband.de/Home.gkvnet>

1. Leistungsberechtigung

Leistungsberechtigt nach dem SGB XI ist, wer:

- mit Beiträgen oder beitragsfrei versichert ist (§ 33 SGB XI)
- pflegebedürftig ist (§14 SGB XI)
- die Vorversicherungszeiten erfüllt (§ 33 Abs.2 SGB XI)
- einen Antrag stellt (§ 33 Abs.1 SGB XI)

In der Pflegeversicherung sind kraft des Gesetzes alle versichert, die in der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung versichert sind.

Die Regelungen des § 264 SGB V sind nicht auf die Pflegeversicherung anzuwenden.

Die Vorversicherungszeit gilt als erfüllt, wenn der Versicherte in den letzten 10 Jahren vor der Antragstellung mindestens 2 Jahre in der Pflegeversicherung versichert war.

1.1 Pflegebedürftigkeit

Die Pflegebedürftigkeit wird nach den „Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches“ in der jeweils gültigen Fassung beurteilt.

Als pflegebedürftig im Sinne des SGB XI gelten Antragsteller, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, vor aus sichtlich für mindestens 6 Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. Pflegebedürftigkeit liegt auch dann vor, wenn der Hilfebedarf nur deswegen nicht mindestens 6 Monate lang gegeben ist, weil die zu erwartende Lebensdauer kürzer ist.

Ursachen der Pflegebedürftigkeit müssen demnach Krankheiten oder Behinderungen sein. Der Grad der Pflegebedürftigkeit muss erheblich oder höher sein (§ 15 SGB XI).

Es ist bei der Begutachtung zu berücksichtigen, dass nicht die Schwere der Erkrankung oder Behinderung, sondern allein der aus der konkreten Schädigung und Beeinträchtigung der Aktivitäten resultierende Hilfebedarf in Bezug auf die gesetzlich definierten Verrichtungen als Grundlage der Bestimmung der Pflegebedürftigkeit dient.

Der für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu einer Pflegestufe maßgebliche Hilfebedarf bei den Verrichtungen nach § 14 Abs. 4 SGB XI nach Art, Häufigkeit, zeitlichem Umfang und Prognose ergibt sich aus

- der individuellen Ausprägung von Schädigungen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten durch Krankheit oder Behinderung,
- den individuellen Ressourcen,
- der individuellen Lebenssituation (z. B. umweltbezogene Kontextfaktoren wie Wohnverhältnisse, soziales Umfeld),
- der individuellen Pflegesituation (z. B. personenbezogene Kontextfaktoren wie Lebensgewohnheiten)

unter Zugrundelegung der Laienpflege.

Maßstab für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu einer Pflege stufe ist der individuelle Hilfebedarf des Antragstellers bei den im SGB XI abschließend genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen, orientiert an der tatsächlichen Hilfeleistung im Rahmen des medizinisch und pflegerisch Notwendigen. Für die Begutachtung kann also nur das berücksichtigt werden, was medizinisch und pflegerisch notwendig ist.

Bei den Formen der Hilfe werden die Unterstützung, die teilweise oder vollständige Übernahme der Verrichtung sowie die Beaufsichtigung und Anleitung unterschieden. Individuelle Hilfeleistungen können dabei aus einer Kombination einzelner Hilfeformen zusammengesetzt sein oder im Tagesverlauf wechselnde Hilfeformen bedingen. Sie sind dann in ihrer Gesamtheit zu werten.

Ziel der Hilfe ist, so weit wie möglich, die eigenständige Übernahme der Verrichtungen durch die pflegebedürftige Person im Sinne aktivierender Pflege zu erreichen.

Für die Feststellung einer Pflegestufe nach dem SGB XI ist nur ein dauerhaft bestehender Hilfebedarf (6 Monate) relevant. Entscheidend ist,

- bei wie vielen in § 14 Abs. 4 SGB XI genannten Verrichtungen,
- wie häufig,
- zu welchen verschiedenen Zeiten des Tages (ggf. "rund um die Uhr") und
- in welchem zeitlichen Umfang für die einzelnen Verrichtungen

ein regelmäßiger Hilfebedarf besteht.

Das SGB XI definiert in § 14 Abs. 4 die Verrichtungen des täglichen Lebens, die bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit zu berücksichtigen sind. Die Verrichtungen sind in vier Bereiche unterteilt:

- Körperpflege (Waschen, Duschen, Zahnpflege, Kämmen, Rasieren, Darm- und Blasenentleerung),
- Ernährung (mundgerechtes Zubereiten und Aufnahme der Nahrung),
- Mobilität (selbstständiges Aufstehen und Zubettgehen, Umlagern, An- und Auskleiden, Gehen innerhalb der Wohnung und nur im Zusammenhang mit den gesetzlich definierten Verrichtungen, Stehen, Treppensteigen innerhalb der Wohnung, Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung) und
- hauswirtschaftliche Versorgung (Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche, Beheizen).

Andere Aktivitäten des täglichen Lebens, z. B. Maßnahmen zur Förderung der Kommunikation und der allgemeinen Betreuung, finden hierbei keine Berücksichtigung.

Bedingungen für die Gewährung der Pflegestufen:

	Grundpflege	Hauswirtschaft	Bedingungen
Pflegestufe I	>45 min.	45 min.	
Pflegestufe II	≥120 min.	60 min.	
Pflegestufe III	≥240 min.	60 min.	tägl. rund um die Uhr/in der Nacht
Pflegestufe III (Härtefall)	≥360 min.	in der Grundpflege enthalten	mind. 3 x pro Nacht oder des nachts durch mehrere Pflegekräfte (zeitgleich)

Weitere Informationen sind in den "Pflegebedürftigkeitsrichtlinien" dargestellt.

2. Begutachtungsfristen § 18 SGB XI

Die Begutachtung der versicherten Pflegebedürftigen, die die Pflegekassen vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen durchführen lässt, umfasst die Prüfung der Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI (Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit), die Einstufung in die entsprechende Pflegestufe sowie das Vorliegen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45 a SGB XI. Die Begutachtung hat im Wohnbereich des Hilfebedürftigen stattzufinden, und kann im Sonderfall unterbleiben, wenn aufgrund eindeutiger Aktenlage entschieden werden kann. Begutachtungen sind in angemessenen Zeiträumen zu wiederholen.

Die Pflegekasse leitet die Anträge unverzüglich an den MDK weiter, der diesen Antrag so bearbeitet, dass die Pflegekasse innerhalb von 5 Wochen nach Antragstellung dem Antragsteller schriftlich eine Entscheidung mitteilen kann.

Die Begutachtung ist unverzüglich spätestens nach einer Woche durchzuführen, wenn sich der Antragsteller im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung befindet, und Hinweise darauf bestehen, dass die ambulante oder stationäre Weiterversorgung oder Betreuung nicht sichergestellt ist, und dieses eine Begutachtung in der Einrichtung erforderlich macht,

oder sich der Antragsteller im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung befindet, und eine Pflegezeit im Sinne des Pflegezeitgesetzes gegenüber dem Arbeitgeber der Pflegeperson angekündigt wurde,

oder sich der Antragsteller in einem Hospiz befindet oder ambulant palliativ versorgt wird.

Spätestens nach 2 Wochen muss der MDK eine Begutachtung durchführen, wenn der Antragsteller ambulant nicht palliativ gepflegt wird, jedoch eine Pflegezeit im Sinne des Pflegezeitgesetzes gegenüber dem Arbeitgeber der Pflegeperson angekündigt wurde.

Gemäß § 18 SGB XI soll der MDK vor der Begutachtung, soweit der Hilfebedürftige einwilligt, ärztliche Auskünfte der behandelnden Ärzte und wichtige Unterlagen (insbesondere über Vorerkrankungen, aber auch zur Information über Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit) einholen, um diese in die Begutachtung mit einzubeziehen.

3. Pflegeberatung/Pflegestützpunkte

Leistungsberechtigte haben nach § 7a SGB XI Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch einen Pflegeberater. Die Beratung umfasst die Begutachtung durch den MDK, die Erstellung eines individuellen Versorgungsplans, die Durchführung von sich aus dem Versorgungsplan ergebenden Maßnahmen, die Anpassung des Versorgungsplans an veränderte Bedarfslagen, sowie die Auswertung bei besonders komplexer Fallgestaltung.

Korrespondierend zum Rechtsanspruch auf Pflegeberatung, wurden Pflegestützpunkte gem. § 92c SGB XI geschaffen. Die Kernaufgaben der Mitarbeiter/innen der Pflegestützpunkte sind die Beratung, Versorgung und Begleitung der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen. Die Pflegestützpunkte im Land Bremen sind von den Pflegekassen in Kooperation mit dem Land Bremen und den Kommunen Bremen und Bremerhaven errichtet worden. Die Pflegestützpunkte sind so konzipiert, dass eine neutrale und unabhängige Beratung jederzeit gewährleistet ist.

Die Pflegeberater haben auch eine Koordinierungsfunktion und betreiben Care- Management, d.h. sie erstellen Versorgungspläne, die von weiterführenden Stellen genutzt werden können.

4. Qualitätssicherung in der Pflege

Bei Bezug von Pflegegeld besteht für den Pflegebedürftigen die Verpflichtung bei Pflegestufe I und II einmal halbjährlich (Pfleigestufe 3 einmal vierteljährlich) eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch einen Pflegeberater zu beauftragen (§ 37 Abs.3 SGB XI).

Die Beratung soll der Qualitätssicherung der häuslichen Pflege und der regelmäßigen pflegefachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden Personen dienen. Die Beratungskosten werden von der zuständigen Pflegekasse bzw. privaten Versicherungsunternehmen getragen.

Für die Qualitätssicherung in Einrichtungen bleiben in Eigenverantwortung die jeweils zuständigen Träger zuständig. Zu diesem Zweck findet eine Beratung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung statt.

Die Prüfung der Qualitätsstandards findet durch den MDK oder durch einen von der Pflegekasse gestellten Sachverständigen in den zugelassenen Pflegeeinrichtungen statt. Bei teil- und vollstationärer Pflege ist der Sachverständige jederzeit berechtigt Räume und Grundstücke der zu prüfenden Einrichtung gegebenenfalls unangemeldet zu betreten, um das Ziel der Qualitätssicherung zu erreichen (§ 114, § 114a SGB XI).

Bei ambulanter Pflege bedarf die Prüfung des Pflegedienstes die Zustimmung des Pflegeberechtigten bzw. dessen Vertreters/ Betreuers.

Die Prüfungen beinhalten Inaugenscheinnahme des gesundheitlichen und pflegerischen Zustands der Pflegebedürftigen, sowie die Befragung von Angehörigen und Betreuern.

Nähere Informationen zum Transparentbericht erhalten Sie auf den Seiten des [Medizinischen Dienstes](#) des Spitzenverbandes der Krankenkassen e.V. Die Pflegenoten sind veröffentlicht in einer [Übersicht](#) des GKV Spitzenverbandes.

5. Einzelne Leistungen im SGB XI

5.1 Trägerübergreifendes Persönliches Budget gem. § 35a SGB XI

Seit dem 1.7.2004 können Pflegebedürftige an dem trägerübergreifenden Persönlichen Budget teilnehmen. Die Teilnahme bezieht sich auf die Leistungen der Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI, auf das Pflegegeld nach § 37 SGB XI, auf die Kombinationsleistung nach § 38 SGB XI – hier ist nur das anteilige und im Voraus bestimmte Pflegegeld budgetfähig, die zum Verbrauch bestimmten Hilfsmittel nach § 40 Abs.2 SGB XI und die Kosten für Tages- und Nachtpflege nach § 41 SGB XI. Die Sachleistungen nach den §§ 36, 38 und 41 SGB XI dürfen nur in Form von Gutscheinen zur Verfügung gestellt werden, die zur Inanspruchnahme von zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Sinne des SGB XI berechtigen.

5.2 Pflegesachleistung § 36 SGB XI

Pflegebedürftige Menschen erhalten als Pflegesachleistung Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung als häusliche Pflegehilfe. Häusliche Pflege wird durch geeignete Pflegekräfte oder über ambulante Pflegedienste erbracht, die mit den Pflegekassen einen Versorgungsvertrag abgeschlossen haben. Sie umfassen nur die Hilfeleistungen bei den gewöhnlich und wiederkehrenden Verrichtungen nach § 14 SGB XI. Die Pflege umfasst Unterstützung, teilweise oder vollständige Übernahme, Beaufsichtigung oder Anleitung zur eigenständigen Übernahme. Die Höchstgrenze der Leistung ist abhängig vom Grad der Pflegebedürftigkeit (der Pflegestufe).

5.3 Pflegegeld § 37 SGB XI

Das Pflegegeld ist dafür vorgesehen, dass Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung in geeigneter Weise selbst sicherstellen.

Die Höhe des Pflegegeldes ist abhängig vom Grad der Pflegebedürftigkeit (der Pflegestufe).

Hinsichtlich der Inanspruchnahme der Leistungen besteht ein Wahlrecht zwischen ausschließlicher Pflegesachleistungen (§ 36 SGB XI) ausschließlich Pflegegeld (§ 37 SGB XI) und Kombinationsleistungen (§ 38 SGB XI).

Der Anspruch auf Pflegegeld ruht nach § 34 Abs.2 SGB XI wenn der Anspruch auf häusliche Pflege nach § 37 SGB XI besteht und diese auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung umfasst. Der Anspruch ruht weiter bei einem stationären Aufenthalt im Sinne des § 71 Abs.4 SGB XI (u.a. stationäre Einrichtungen, in denen Leistungen zur medizinischen Vorsorge, zur medizinischen Rehabilitation).

Das Pflegegeld nach § 37 SGB XI oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 SGB XI ist in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung, einer häuslichen Krankenpflege mit einem Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung, einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation, weiter zu zahlen.

Durch das Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs im Krankenhaus vom 30.07.2009 wird für pflegebedürftige Menschen, die ihre Pflege durch von ihnen selbst beschäftigte Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 66 Abs.4 Satz 2 SGB XI Anwendung findet, das Pflegegeld auch über die ersten vier Wochen hinaus gezahlt.

5.4 Kombinationsleistung nach § 38 SGB XI

Die Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI wird nur teilweise in Anspruch genommen. Dann wird ein anteiliges Pflegegeld nach § 37 SGB XI geleistet. Die Höhe richtet sich nach der in Anspruch genommenen Pflegesachleistung.

Beispiel:

In Anspruch genommene Pflegesachleistung: 80%

Es besteht ein Anspruch auf ein Pflegegeld: 20%

Die Höhe ist abhängig von der jeweiligen Pflegestufe !

5.5 Häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson (§ 39 SGB XI)

Ist die Pflegeperson wegen Urlaub, Krankheit oder aus sonstigen Gründen an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse die Kosten für eine Ersatzpflege für längstens vier Wochen im Kalenderjahr und einem Höchstbetrag. Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der ersten Verhinderung mindestens 6 Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat. Pflegepersonen im Sinne des SGB XI sind Personen, die nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen in seiner häuslichen Umgebung mindestens 14 Stunden in der Woche pflegen (§ 19 SGB XI). Bei einer Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, wird vermutet, dass die Ersatzpflege nicht erwerbsmäßig ausgeübt wird; in diesen Fällen dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse den Betrag des Pflegegeldes der festgestellten Pflegestufe nach § 37 Abs. 1 SGB XI nicht überschreiten.

5.6 Pflegehilfsmittel und technische Hilfen § 40 SGB XI

Pflegebedürftige haben Anspruch auf die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden führen oder eine selbstständige Lebensführung ermöglichen.

Zu unterscheiden sind:

- Pflegehilfsmittel, die zur Erleichterung der Pflege dienen, z.B. Pflegebetten, Waschsysteme, Hausnotrufsysteme
- zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel, z.B. Desinfektionsmittel, Bettschutzeinlagen bis zu einem Höchstbetrag im Monat.

Die Leistungen sind in einem Pflegehilfsmittelverzeichnis gem. § 78 SGB XI zusammengefasst. Diese wird von Spitzenverbänden der Krankenkassen regelmäßig veröffentlicht.

§ 40 SGB XI beinhaltet im Absatz 4 auch Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes wie zum Beispiel Türverbreiterung, behindertengerechter Umbau von Sanitäranlagen.

Eine Maßnahme zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen liegt auch vor, wenn eine Verbesserung durch einen Umzug in eine den Anforderungen des Pflegebedürftigen entsprechende Wohnung erreicht werden kann. In diesem Fall kann nach den Besonderheiten des Einzelfalles die Pflegekasse die Umzugskosten bezuschussen.

Diese Leistungen sind abhängig vom Einkommen des Pflegebedürftigen und in der Höhe je Maßnahme begrenzt.

5.7 Tages- und Nachtpflege § 41 SGB XI

Voraussetzung ist, dass die häusliche Pflege nicht ausreichend sicherzustellen ist oder die Tages- und Nachtpflege zur Ergänzung und Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist. Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen, Kosten der sozialen Betreuung und die Fahrtkosten bis zu einer Höhe die den Leistungen nach § 36 SGB XI für die jeweilige Pflegestufe entsprechend ist.

Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten werden von der Pflegekasse nicht übernommen.

Die Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege haben eine wichtige Funktion bei der Entlastung pflegender Angehöriger. Sie sind unter aktivierenden Gesichtspunkten, bei der Versorgung und Betreuung von demenziell erkrankter Menschen, von großer Bedeutung. Die Tagespflege dient daher der Ergänzung und Stärkung der häuslichen Pflege.

Der höchstmögliche Gesamtanspruch der ambulanten Leistung (§§ 36-38 SGB XI) und der Leistung der teilstationären Pflege (§ 41 SGB XI) beträgt daher bis zu das 1,5- fache des Anspruches auf Pflegesachleistungen der entsprechenden Pflegestufe.

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

Berechnungsbeispiele:

Beispiel 1:

Pflegesachleistung und Tages- und Nachtpflege bei einem Pflegebedürftigen der Pflegestufe III im Januar 2010:

in Anspruch genommene Tages- und Nachtpflege 755,00€

Sachleistungsanspruch bis zu 1.510,00€

(Tages- und Nachtpflege = 50 v. H. des Leistungshöchstbetrages nach § 41 Abs. 2 SGB XI)

Das heißt in diesem Beispiel:

Leistungen der Tages- und Nachtpflege: 755€

Leistungen nach §§ 36-38 SGB XI: 1.510€

Beispiel 2

Pflegesachleistung und Tages- und Nachtpflege bei einem Pflegebedürftigen der Pflegestufe III im Januar 2010:

in Anspruch genommene Tages- und Nachtpflege 1.208,00€

Sachleistungsanspruch bis zu 1.057,00€

(Tages- und Nachtpflege = 80 v. H. des Leistungshöchstbetrages nach § 41 Abs. 2 SGB XI)

Da Tages- und Nachtpflege im Umfang von mehr als 50 v. H. (hier: 80 v. H.) in Anspruch genommen wird, ist der Sachleistungsanspruch um den über 50 liegenden Vomhundertsatz (80 – 50 = 30) zu mindern. Der Sachleistungsanspruch beträgt demnach bis zu 70 v. H. des Leistungshöchstbetrages nach § 36 Abs. 3 SGB XI (70 v. H. von 1.510 €)

Das heißt in diesem Beispiel:

Leistungen der Tages- und Nachtpflege: 1.208€ (80%)

Leistungen nach §§ 36-38 SGB XI: 1.057€ (70%)

Beispiel 3

Pflegesachleistung und Tages- und Nachtpflege bei einem Pflegebedürftigen der Pflegestufe III im Januar 2010:

in Anspruch genommene Tages- und Nachtpflege 528,50€

Sachleistungsanspruch bis zu 1.510,00 EUR

(= 35 v. H. des Leistungshöchstbetrages nach § 41 Abs. 2 SGB XI)

Es bleibt bei dem auf den Höchstbetrag nach § 36 Abs. 3 SGB XI begrenzten Sachleistungsanspruch.

Eine Aufstockung des Anspruchs um nicht in Anspruch genommene Tages- und Nachtpflege bis zu 50 v. H. erfolgt nicht.

Das heißt in diesem Beispiel:

Leistungen der Tages- und Nachtpflege: 528,50€ (35%)

Leistungen nach §§ 36-38 SGB XI: 1.510,00€ (100%)

Quelle: [„Gemeinsames Rundschreiben“](#) der Spitzenverbände der Pflegekassen und des Spitzenverbandes der Pflegekassen zur Umsetzung des SGB XI“ vom 01.07.2008 Ausführungen zu § 41 SGB XI mit Stand vom 13.01.2011.

5.8 Kurzzeitpflege § 42 SGB XI

Voraussetzung sind, dass die häusliche Pflege und teilstationäre Pflege nicht ausreichend sind und 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.

Die Leistung nach dem SGB XI ist auf vier Wochen im Kalenderjahr begrenzt und umfasst pflegebedingte Aufwendungen und die Kosten der sozialen Betreuung bis zu einem Höchstbetrag. Die Pflegekassen im Lande Bremen übernehmen in der Regel nur Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI nach einer stationären Krankenhausversorgung im Sinne des § 39 SGB V nur noch für Pflegeeinrichtungen, die über einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI für Leistungen nach § 42 SGB XI verfügen (sogenannte Solitäreinrichtungen).

Gem. § 42 Abs.3 SGB XI besteht der Anspruch auf Kurzzeitpflege in begründeten Einzelfällen bei zu Hause gepflegten Kindern bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres auch in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen, wenn die Pflege in einer von den Pflegekassen zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich ist oder nicht zumutbar ist.

5.9 Leistungen der vollstationären Pflege § 43 SGB XI

Häusliche bzw. teilstationäre Pflege ist der stationären Pflege vorrangig. Vollstationäre Pflege soll erst dann einsetzen, wenn dem Umfang der Pflegebedürftigkeit in der Häuslichkeit nicht mehr entsprochen werden kann, oder keine Pflegeperson zur Verfügung steht. Trotz der Nachrangigkeit der vollstationären Pflege, hat der Pflegebedürftige dennoch die Wahlmöglichkeit zwischen beiden Pflegeformen. Wählen Pflegebedürftige vollstationäre Pflege, obwohl diese nach Feststellung der Pflegekasse nicht erforderlich ist, erhalten sie zu den pflegebedingten Aufwendungen einen Zuschuss in Höhe des in § 36 Abs.3 SGB XI für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Gesamtwertes (weitere Regelungen siehe auch Punkt 6.1.1. in Teil 4 der Weisung).

Die Pflegekassen erbringen die Leistungen in vollstationären Einrichtungen gem. § 43 Abs.2 SGB XI nach Pauschalen. Die Leistungen umfassen die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Aufwendungen der medizinischen Behandlungspflege. Bei vorübergehender Abwesenheit von Pflegebedürftigen aus dem Pflegeheim werden gem. § 43 Abs.5 SGB XI die Leistungen der vollstationären Pflege erbracht, solange die Voraussetzungen des § 87a Abs.1 Satz 5 und 6 SGB XI vorliegen (siehe hierzu Abwesenheitsregelung in Teil 4 der Weisung).

5.10 Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen

Für Pflegebedürftige in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen, in der die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung behinderter Menschen im Vordergrund des Einrichtungszweckes steht (§ 71 Abs.4), übernimmt die Pflegekasse gem. § 43a Satz 1 SGB XI zur Abgeltung der in § 43 Abs. 2 genannten Aufwendungen 10 % des nach § 75 Abs. 3 SGB XII vereinbarten Heimentgeltes. Jedoch dürfen die Aufwendungen der Pflegekassen gem. § 43a Satz 2 SGB XI im Einzelfall den Monatsbetrag in gesetzlich festgelegter Höhe nicht überschreiten (vergleiche Punkt 6.1.2. in Teil 4 der Weisung).

Wird für die Tage, an denen der pflegebedürftige behinderte Mensch zu Hause gepflegt und betreut wird, anteiliges Pflegegeld beansprucht, so gelten gem. § 43a Satz 3 SGB XI die Tage der An- und Abreise als volle Tage der häuslichen Pflege.

5.11 Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson §§ 44, 44a SGB XI

Die gesetzlichen Pflegekassen sowie die privaten Pflegeversicherungsunternehmen zahlen für die Pflegeperson Beiträge in die gesetzliche Rentenversicherung, sofern die Pflegeperson nicht mehr als 30 Stunden in der Woche berufstätig ist. Näheres regeln die §§ 3, 137, 166 und 170 SGB VI. Der MdK stellt im Einzelfall fest, ob und in welchem zeitlichen Umfang häusliche Pflege durch eine Pflegeperson erforderlich ist.

Pflegende Personen, die nach dem Pflegezeitgesetz vollständig von der Arbeitsstelle freigestellt sind, erhalten während der Pflegezeit den Mindestbetrag (wie eine freiwillige Versicherung) für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung, sofern keine Familienversicherungsmöglichkeit besteht. Zudem sind Personen, die die Pflegezeit in Anspruch nehmen, während dieser Zeit nach dem SGB III versichert.

5.12 Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf

nach (§ 45b, §87b SGB XI) bei eingeschränkter Alltagskompetenz

Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen haben Pflegebedürftige der Pflegestufen I, II oder III, sowie Pflegebedürftige unterhalb der Pflegestufe I, die einen Bedarf an Grundpflege haben, mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen, bei denen der MDK im Rahmen der Begutachtung Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens festgestellt hat, die dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz geführt haben.

Ob die Einschränkung der Alltagskompetenz auf Dauer erheblich ist, wird anhand von Schädigungen und Fähigkeitsstörungen gesetzlich festgelegt.

Grundlage für die Feststellung eines erheblichen Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung wegen erheblicher Einschränkung der Alltagskompetenz sind allein die im Gesetz genannten Kriterien:

- unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauftendenz);
- Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen;
- unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen;
- tötlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation
- im situativen Kontext inadäquates Verhalten;
- Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen;
- Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung;
- Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben;
- Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus;
- Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren;
- Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen;
- ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten;
- zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagttheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression.

← - - - - **Formatiert:** Nummerierung und Aufzählungszeichen

Die Alltagskompetenz ist erheblich eingeschränkt, wenn der MDK bei dem Versicherten wenigstens in zwei Bereichen, davon mindestens einmal aus einem der Bereiche 1 bis 9, dauerhafte und regelmäßige Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen feststellt. Die Alltagskompetenz ist in erhöhtem Maße eingeschränkt, wenn die für die erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz maßgeblichen Voraussetzungen erfüllt sind und **zusätzlich** bei mindestens einem weiteren Bereich aus einem der Bereiche

1, 2, 3, 4, 5, 9 oder 11 dauerhafte und regelmäßige Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen festgestellt werden.

Bei Neuanträgen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit beim MDK erfolgt die Feststellung des zusätzlichen Betreuungsbedarfes automatisch.

[Richtlinien zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz](#) und zur Bewertung des Hilfebedarfs vom 22.03.2002, geändert durch Beschlüsse vom 11.05.2006 und 10.06.2008

Zusätzliche Betreuungsleistungen (§ 45 b SGB XI)

Anspruchsberechtigte Pflegebedürftige können neben Leistungen der ambulanten und teilstationären Pflege zusätzliche Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen und erhalten zur Finanzierung dieser Leistungen einen Betreuungsbetrag in Höhe von bis zu 100 € bzw. 200 € pro Monat. Dieser Betrag dient im wesentlichen dazu, den Familienangehörigen zu ermöglichen, eine Entlastung in der Betreuung für die beaufsichtigungsbedürftige pflegebedürftige Person zu finanzieren. Er ist zweckgebunden für qualitätsgesicherte Leistung einzusetzen u.a. für Tages- oder Nachtpflege, Kurzzeitpflege oder für besondere Betreuungsangebote der zugelassenen Pflegedienste oder der nach Landesrecht anerkannten niedrighschwelligigen Betreuungsangeboten (semiprofessionell).

Gemäß § 45b Absatz 2 SGB XI können Leistungen , die in einem Kalenderjahr von dem Versicherten nicht in Anspruch genommen wurden, auf das nächste Kalenderhalbjahr übertragen werden. Wird der auf das folgende Kalenderhalbjahr übertragene Leistungsanspruch nicht ausgeschöpft, verfällt dieser.

In analoger Anwendung des § 45a SGB XI sieht das SGB XI für Menschen mit einer eingeschränkten Alltagskompetenz im stationären Pflegeeinrichtungen eine zusätzliche Betreuung und Aktivierung vor. Diese Vergütungszuschläge sind im § 87b SGB XI geregelt. Die Voraussetzungen sind im § 87b SGB XI benannt. Anspruchsträger ist die Einrichtung, die diese Vergütungszuschläge gegenüber der Pflegekasse geltend machen kann.