

Einführung

von Kurt Rauch, Richter am Landessozialgericht Saarland

Inhaltsübersicht

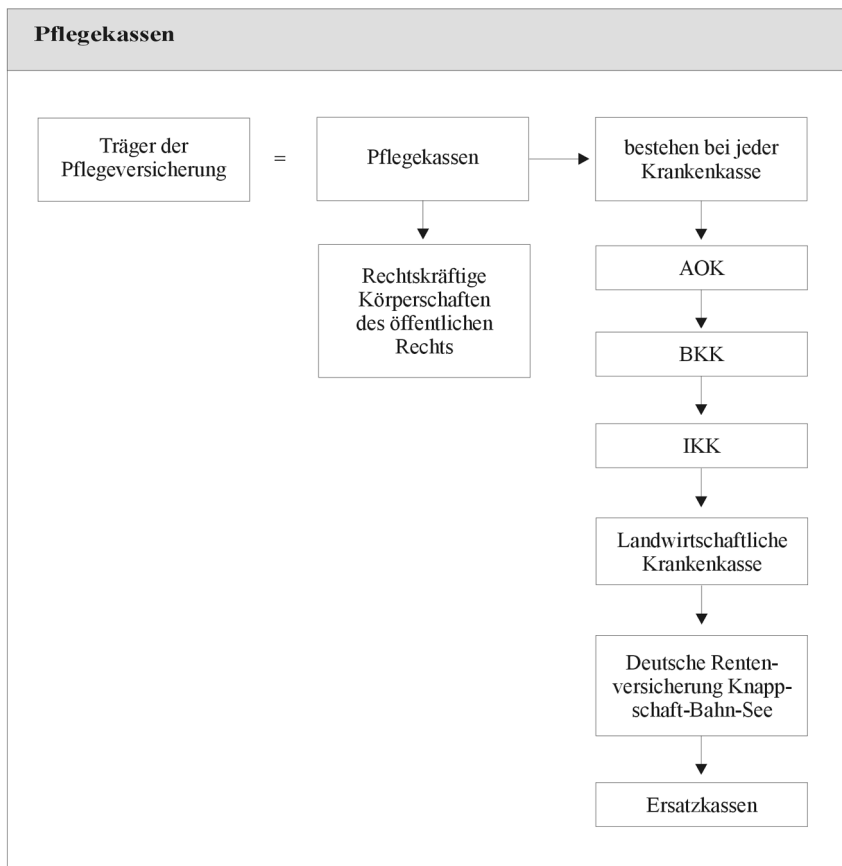
1. SGB XI als Rechtsgrundlage für die Pflegeversicherung
2. Versicherter Personenkreis
3. Familienversicherung
4. Pflegebedürftigkeit
5. Pflegestufen
6. Leistungen der Pflegeversicherung
 - 6.1. Grundsätze
 - 6.2 Leistungen bei häuslicher Pflege
 - 6.3 Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen
 - 6.4 Kombinationsleistung
 - 6.5 Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen
 - 6.6 Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson
- 6.7 Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen
- 6.8 Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinen Pflegebedarf
- 6.9 Stationäre Leistungen
7. Pflegestützpunkte
8. Zulagenförderung der privaten Pflegevorsorge
9. Arbeitsverhinderung und Pflegezeit
 - 9.1 Grundsätze
 - 9.2 Kurzzeitige Arbeitsverhinderungen
 - 9.3 Pflegezeit
 - 9.4 Begriffsbestimmungen
10. Familienpflegezeitgesetz

1. SGB XI als Rechtsgrundlage für die Pflegeversicherung

Das SGB XI datiert vom 26.5.1994 und wurde zwischenzeitlich mehrfach geändert. Die letzte Änderung ist durch das Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) eingetreten, welches der Bundestag am 29.6.2012 beschlossen hat; der Bundesrat hat am 21.9.2012 zugestimmt. Im Bundesgesetzblatt veröffentlicht wurde es am 29.10.2012 (BGBl. 2012, S. 2246). Die recht weitreichenden Änderungen betreffen vor allem bessere Leistungen in den Pflegestufen, die Stärkung der Selbsthilfe sowie bessere Bedingungen für Angehörige und Wohngruppen. Sie sind teils am Tag nach der Verkündung, teils am 1.1.2013 in Kraft getreten. Der neue § 18 Abs. 3a tritt erst mit Wirkung zum 1.6.2013 in Kraft.

Regelungen der Pflegeversicherung finden sich nicht nur im SGB XI, sondern auch in den anderen Teilen des SGB. Die allgemeinen Teile wie das SGB I, aber auch das SGB IV (Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung) sowie das SGB X (Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz) gelten auch für das SGB XI.

§§ 4 Abs. 2, 21a SGB I begründen die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung. Nach § 21a Abs. 2 SGB XI sind die bei den Krankenkassen errichteten Pflegekassen für die Leistungsgewährung zuständig.



In § 1 SGB XI wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Pflegeversicherung ein eigenständiger Zweig der Sozialversicherung ist. Nach § 2 SGB XI sollen die Leistungen der Pflegeversicherung den Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbst-

bestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht. Die Hilfen sind darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte des Pflegebedürftigen wiederzugewinnen oder zu erhalten.

Die Aufgaben der Pflegekassen, bei denen es sich um eigenständige rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts handelt und nicht etwa um Untergliederungen der Krankenkassen, bei denen sie errichtet sind (§§ 1 Abs. 3, 46 SGB XI), werden in § 12 SGB XI geregelt. Sie sind für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung ihrer Versicherten verantwortlich. Für die Erfüllung dieser Aufgabe arbeiten sie mit allen an der pflegerischen, gesundheitlichen und sozialen Versorgung Beteiligten eng zusammen. Sie zielen darauf ab, dass Mängel der pflegerischen Versorgungsstruktur beseitigt werden. Sie wirken durch Pflegestützpunkte auf eine Vernetzung der regionalen und kommunalen Versorgungsstruktur hin. Dies ermöglicht eine Verbesserung der wohnortnahen Versorgung pflege- und betreuungsbedürftiger Menschen.

Sie sind zur Pflegeberatung verpflichtet (vgl. dazu § 7a SGB XI), auch in häuslicher Umgebung, und haben nach dem PNG nunmehr auch konkret einen unmittelbar nach Antragseingang durchzuführenden Beratungstermin anzubieten bzw. einen Beratungsgutschein auszustellen (§ 7b SGB XI).

2. Versicherter Personenkreis

Die Pflegeversicherung ist von dem Grundsatz geleitet, dass derjenige, der in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist, in der Pflegeversicherung der Versicherungspflicht unterliegt (§ 1 Abs. 2 SGB XI). Das gilt auch dann, wenn es sich um eine freiwillige Krankenversicherung handelt (§ 20 Abs. 3 SGB XI). Der Personenkreis der Pflichtversicherten ist in erster Linie in § 20 SGB XI enthalten. Hier werden Arbeitnehmer, aber auch arbeitslose Personen und Personen, die Arbeitslosengeld II beziehen, genannt.

§ 21 SGB XI sieht die Versicherungspflicht von sonstigen Personen vor. Hier werden beispielsweise Zeitsoldaten, Kriegsbeschädigte sowie Bezieher von Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe angesprochen. Voraussetzung für die Versicherungspflicht ist, dass die betreffenden Personen gegen das Risiko der Krankheit weder in der gesetzlichen Krankenversicherung noch bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind.

Die Befreiung von der Versicherungspflicht ist nach § 22 SGB XI für Personen möglich, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert und deshalb versicherungspflichtig in der Pflegeversicherung sind.

Freiwillige Pflegeversicherung

Genau wie die gesetzliche Krankenversicherung kennt auch die Pflegeversicherung in § 26 SGB XI die freiwillige Versicherung (Weiterversicherung)

auf Antrag. Angesprochen sind Personen, die aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind.

Warum ein Ausscheiden aus der Versicherung erfolgt, ist gleichgültig. Voraussetzung für die Weiterversicherung in der Pflegeversicherung ist aber, dass die Betroffenen

- in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden mindestens 24 Monate oder
- unmittelbar vor dem Ausscheiden mindestens 12 Monate versichert waren.

Weiterversichern können sich auch Personen, deren Familienversicherung erlischt oder nicht besteht.

Personen, die wegen der Verlegung ihres Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland aus der Versicherungspflicht ausscheiden, können sich auf Antrag ebenfalls weiterversichern. Die Weiterversicherung erstreckt sich auch auf die mitversicherten Familienangehörigen, die gemeinsam mit dem Mitglied ihren

- Wohnsitz oder
 - gewöhnlichen Aufenthalt
- in das Ausland verlegen.

Weitere Sonderregelungen für ein Beitrittsrecht sieht § 26a SGB XI vor.

Versicherungspflicht für Versicherte der privaten Krankenversicherungsunternehmen

Privat Krankenversicherte müssen das Pflegerisiko ebenfalls privat absichern. Rechtsgrundlage ist hier § 23 SGB XI. Personen, die gegen das Risiko der Krankheit bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind, sind verpflichtet, bei einem Unternehmen zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit einen Versicherungsvertrag abzuschließen. Der Versicherte muss den Versicherungsvertrag auch aufrechterhalten.

Der Vertrag muss ab dem Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht für den Versicherten selbst und seine sonst mitversicherten Angehörigen Vertragsleistungen vorsehen, die nach Art und Umfang den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung gleichstehen. Dabei tritt an die Stelle der Sachleistungen eine der Höhe nach gleiche Kostenerstattung. Der private Vertrag kann nach § 23 Abs. 2 SGB XI auch bei einem „anderen“ privaten Versicherungsunternehmen abgeschlossen werden. Das Wahlrecht ist innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht auszuüben.

Bei Versicherungspflichtigen wird die Vertragskündigung jedoch erst wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist. Die privaten Versicherungsunternehmen dürfen den zur Versicherung Verpflichteten nicht abweisen (Kontrahierungszwang).

§ 23 Abs. 3 SGB XI sieht eine Einschränkung der Verpflichtung zum Abschluss einer privaten Pflegeversicherung vor. Dabei geht es um Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Beihilfe haben. Sie sind lediglich zum Abschluss einer entsprechenden anteiligen beihilfekonformen Versicherung verpflichtet, sofern sie nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert und deshalb versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung sind.

Die Möglichkeit, einen privaten Pflegeversicherungsvertrag zu kündigen, sieht § 27 SGB XI lediglich für Personen vor, die durch das SGB XI versicherungspflichtig werden und bislang privat pflegeversichert gewesen sind.

3. Familienversicherung

Die Pflegeversicherung sieht in § 25 SGB XI eine Familienversicherung vor, die derjenigen der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar ist.

Versichert sind

- der Ehegatte,
- der (gleichgeschlechtliche) Lebenspartner,
- die Kinder und
- die Kinder von familienversicherten Kindern.

Zur Familienversicherung sind – wie in der Krankenversicherung auch – keine Beiträge zu entrichten.

Der Anspruch für Kinder besteht meist nur bis zu einer bestimmten Altersgrenze:

Anspruchsdauer für Kinder in der Familienversicherung

Bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres	keine besonderen Voraussetzungen
Bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres	keine Erwerbstätigkeit
Bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres	Schul- oder Berufsausbildung oder freiwilliges soziales bzw. ökologisches Jahr
Ohne Altersgrenze	Kind ist wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Störung außerstande, sich selbst zu unterhalten

Wie in der Krankenversicherung sind Kinder dann nicht versichert, wenn der mit den Kindern verwandte Ehegatte des Mitglieds nicht Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse (also privat krankenversichert) ist. Außerdem muss sein Gesamteinkommen regelmäßig im Monat ein Zwölftel der Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigen und regelmäßig höher als das Gesamteinkommen des Mitglieds sein. Bei Renten wird der Zahlbetrag berücksichtigt.

Die Praxis verwendet zur Prüfung entsprechender Sachverhalte die Einkommensteuerbescheide der Ehegatten, bei gemeinsamer Veranlagung die gemeinsamen Einkommensteuerbescheide.

4. Pflegebedürftigkeit

§ 14 SGB XI regelt – wie seither – den Begriff der Pflegebedürftigkeit, der trotz reger Diskussion, der pflegewissenschaftlichen Erkenntnis, dass der Begriff der Pflegebedürftigkeit überholt ist, und des Vorschlags der Einrichtung sog. Bedarfsstufen nach der Einschränkung des Grades der Selbständigkeit durch das PNG (noch) nicht geändert wurde. Dass der Gesetzgeber aber weiterhin die Pflegebedürftigkeit neu regeln will, hat er in §§ 38 Abs. 1d und 123 SGB XI mit Zwischenlösungen für die Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen sowie mit Leistungsverbesserungen für Pflegebedürftige mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz sogar schon festgeschrieben.

Nach § 14 SGB XI sind nach wie vor Personen pflegebedürftig, die wegen einer

- körperlichen
- geistigen oder
- seelischen Krankheit oder
- Behinderung

für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens der Hilfe bedürfen.

Der Bedarf muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße bestehen.

Es ist Aufgabe der Pflegekasse, den Zeitpunkt des Eintritts der Hilfebedürftigkeit festzustellen.

In § 14 Abs. 2 SGB XI werden die Krankheiten und Behinderungen im vorstehenden Sinne aufgezählt.

Nach § 14 Abs. 3 SGB XI besteht die Hilfe

- in der Unterstützung,
- in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder
- in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.

Gegenstand der Unterstützung ist die Hilfe, die der Pflegebedürftige braucht, um seine Fähigkeiten bei den Verrichtungen des täglichen Lebens zu erhalten oder diese Fähigkeiten (wieder) zu erlangen, damit er ein möglichst eigenständiges Leben führen kann (§ 2 Abs. 1 SGB XI).

Die oben erwähnte Beaufsichtigung oder Anleitung kommt insbesondere bei psychisch Kranken sowie geistig und seelisch Behinderten in Betracht.

Krankheiten oder Behinderungen im Sinne des Gesetzes sind:

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

Wie bereits erwähnt, muss es sich um „Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens“ handeln.

Als derartige Verrichtungen gelten solche, die notwendig sind, um der individuellen Lebenssituation Rechnung zu tragen und deren Bestand zu sichern.

Die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen werden auf vier Sachverhalte verteilt, nämlich die Bereiche der

- Körperpflege
- Ernährung
- Mobilität
- hauswirtschaftlichen Versorgung.

Im Bereich der Körperpflege sind diese Verrichtungen:

- Waschen
- Duschen
- Baden
- Zahnpflege
- Kämmen
- Rasieren
- Darm- oder Blasenentleerung

Im Bereich der Ernährung sind Verrichtungen im pflegeversicherungsrechtlichen Sinne:

- mundgerechtes Zubereiten der Nahrung
- Aufnahme der Nahrung

Im Bereich der Mobilität geht es um das

- Aufstehen und Zu-Bett-Gehen
- An- und Auskleiden
- Gehen
- Stehen
- Treppensteigen
- Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung

Verrichtungen in Zusammenhang mit der hauswirtschaftlichen Versorgung sind:

- Einkaufen
- Kochen
- Reinigen der Wohnung
- Spülen
- Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung
- Beheizen

Haarewaschen sowie das Schneiden von Finger- und Fußnägeln sind regelmäßig keine täglich anfallenden Verrichtungen.

Die Zahnpflege umfasst auch die Mundpflege. Zum Rasieren gehört auch die damit zusammenhängende Haut- und Gesichtspflege.

Zur mundgerechten Zubereitung und zur Aufnahme der Nahrung gehören alle Tätigkeiten, die zur unmittelbaren Vorbereitung dienen und die Aufnahme von fester oder flüssiger Nahrung ermöglichen. Dazu gehören beispielsweise die portionsgerechte Vorgabe und der Umgang mit Besteck.

Unter Gehen ist das Bewegen im Zusammenhang mit den Verrichtungen im Bereich der Körperpflege, der Ernährung und der hauswirtschaftlichen Versorgung zu verstehen.

Auch Stehen und Treppensteigen kommen nur im Zusammenhang mit diesen Verrichtungen in Betracht.

Beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung sind lediglich solche Verrichtungen außerhalb der Wohnung zu berücksichtigen, die für die Aufrechterhaltung der Lebensführung zu Hause unumgänglich sind und das persönliche Erscheinen des Pflegebedürftigen erfordern.

Weiterer Hilfebedarf, z. B. bei Spaziergängen oder Besuch von kulturellen Veranstaltungen, bleibt unberücksichtigt.

Zum Kochen gehört auch das Vor- und Zubereiten der Bestandteile der Mahlzeiten.

Das Reinigen der Wohnung beschränkt sich auf den allgemein üblichen Lebensbereich.

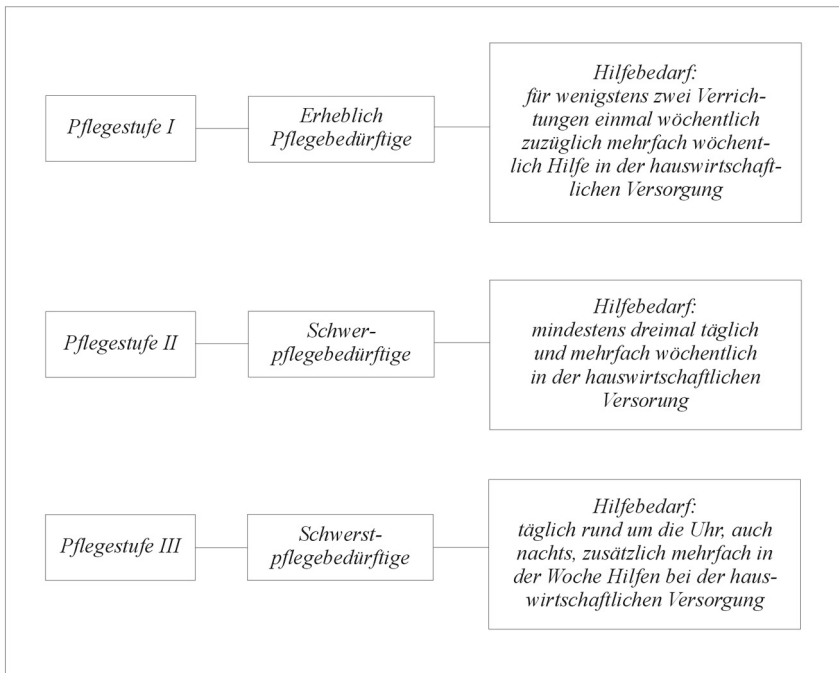
Der Begriff „Waschen der Wäsche und Kleidung“ umfasst die gesamte Pflege der Wäsche und Kleidung (z. B. auch Bügeln, Ausbessern).

Das Beheizen umfasst auch die Beschaffung und Entsorgung des Heizmaterials.

5. Pflegestufen

Das PNG hat in Konsequenz der Beibehaltung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit auch die Pflegestufen des § 15 SGB XI nicht geändert. Für die

Gewährung von Leistungen nach dem SGB XI sind pflegebedürftige Personen einer der drei (nachfolgenden) Pflegestufen zuzuordnen:



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

Die Zeit, die ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt bestimmte Mindestzeiten in Anspruch nehmen:

- in der Pflegestufe I mindestens 90 Minuten – dabei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen,
- in der Pflegestufe II mindestens drei Stunden – auf die Grundpflege müssen mindestens zwei Stunden entfallen,
- in der Pflegestufe III mindestens fünf Stunden – auf die Grundpflege müssen mindestens vier Stunden entfallen.

§ 18 SGB XI regelt das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Diese Vorschrift ist durch das PNG maßgeblich geändert worden, was vor allem zu einer Beschleunigung des Verfahrens führen soll.

Hiernach haben die Pflegekassen entweder durch Gutachter des MDK oder – neuerdings nach dem PNG – auch durch andere unabhängige Gutachter prüfen zu lassen, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welche Stufe der Pflegebedürftigkeit vorliegt. Diesbezüglich ist die Pflegekasse verpflichtet, dem Antragsteller mindestens drei unabhängige Gutachter zur Auswahl zu benennen, soweit unabhängige Gutachter mit der Prüfung beauftragt werden sollen, oder wenn innerhalb von vier Wochen ab Antragstellung keine Begutachtung erfolgt ist. Hat sich der Antragsteller für einen benannten Gutachter entschieden, wird dem Wunsch Rechnung getragen. Der Antragsteller hat der Pflegekasse seine Entscheidung innerhalb einer Woche ab Kenntnis der Namen der Gutachter mitzuteilen, ansonsten kann die Pflegekasse einen Gutachter aus der übersandten Liste beauftragen. Die Gutachter sind bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nur ihrem Gewissen unterworfen.

Im Rahmen dieser Prüfungen hat der Gutachter durch eine Untersuchung des Antragstellers die Einschränkungen bei den Verrichtungen im Sinne des § 14 Abs. 4 SGB XI festzustellen. Ferner hat er Art, Umfang und voraussichtliche Dauer der Hilfebedürftigkeit und das Vorliegen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI zu ermitteln (dazu unten Gliederungspunkt 6.8).

Außerdem sind auch Feststellungen darüber zu treffen, ob und in welchem Umfang Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit einschließlich der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind. Insoweit haben Versicherte einen Anspruch gegen den zuständigen Träger auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

Der Gutachter ist verpflichtet, den Versicherten in seinem Wohnbereich zu untersuchen. Schließlich kann er hier am besten feststellen, wie groß der Hilfebedarf ist. Erteilt der Versicherte zu dieser Untersuchung nicht sein Einverständnis, kann die Pflegekasse die besonderen Leistungen verweigern.

Die Untersuchung im Wohnbereich des Pflegebedürftigen kann ausnahmsweise unterbleiben, wenn auf Grund einer eindeutigen Aktenlage das Ergebnis der medizinischen Untersuchung bereits feststeht. Die Untersuchung ist in angemessenen Zeiträumen zu wiederholen.

Die Untersuchungen werden in Einzelfällen auch im Krankenhaus, in sehr vielen Fällen in einem Pflegeheim durchgeführt.

Der Gutachter soll, soweit der Versicherte einwilligt, die behandelnden Ärzte des Versicherten, insbesondere die Hausärzte, in die Begutachtung einbeziehen. Er kann ärztliche Auskünfte und Unterlagen über die für die Begutachtung wichtigen Vorerkrankungen sowie Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit einholen.