

SEESTADT BREMERHAVEN



Fachliche Weisung zu §§ 61 - 66 SGB XII

Hilfe zur Pflege 1. Teil Leistungen der sozialen Pflegeversicherung nach dem SGB XI

01.01.2017
50-10-20



**Magistrat der Stadt Bremerhaven
Sozialamt
Postfach 21 03 60, 27524 Bremerhaven**



**BREMERHAVEN
MEER ERLEBEN!**

Verwaltungsanweisung Hilfe zur Pflege

Erster Teil: Leistungen der sozialen Pflegeversicherung nach dem SGB XI

Inhaltsverzeichnis

1. Zweites Pflegestärkungsgesetz.....	1
2. Erstes Pflegestärkungsgesetz.....	3
3. Pflege-Neuausrichtungsgesetz.....	4
4. Leistungsberechtigung.....	5
5. Pflegebedürftigkeit.....	5
6. Begutachtungsfristen § 18 SGB XI.....	8
7. Pflegeberatung/Pflegestützpunkte.....	9
8. Qualitätssicherung in der Pflege.....	10
9. Trägerübergreifendes Persönliches Budget gem. § 35a SGB XI.....	11
10. Leistungen bei Pflegegrad 1.....	11
11. Pflegesachleistung § 36 SGB XI.....	12
12. Pflegegeld § 37 SGB XI.....	12
13. Kombinationsleistung nach § 38 SGB XI.....	13
14. Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in amb. betreuten Wohngruppen.....	14
15. Häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson (§ 39 SGB XI).....	15
16. Pflegehilfsmittel und technische Hilfen § 40 SGB XI.....	15
17. Tages- und Nachtpflege § 41 SGB XI.....	16
18. Kurzzeitpflege § 42 SGB XI.....	16
19. Leistungen der vollstationären Pflege § 43 SGB XI.....	17
20. Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen.....	17
21. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson §§ 44, 44a SGB XI.....	18
22. Angebote zur Unterstützung im Alltag, Entlastungsbetrag.....	19
23. Überleitungs- und Übergangsrecht.....	20
24. Besitzstand.....	21
25. In Kraft treten.....	21

Im Nachfolgenden werden einige der wichtigen leistungsrechtlichen Regelungen im Sozialgesetzbuch XI (SGB XI) beschrieben. Nähere Informationen auch mit Beispielberechnungen sind im Gemeinsamen Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Vorschriften (Stand gültig ab 01.01.2017) vom GKV-Spitzenverband – Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene veröffentlicht.

1. Zweites Pflegestärkungsgesetz [↑](#)

Das Zweite Pflegestärkungsgesetz ist mit den wesentlichen Änderungen zum 01.01.2017 in Kraft getreten. Einige wenige Änderungen gelten bereits seit dem 01.01.2016.

Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz wird die seit 2006 eingeleitete Pflegereform abgeschlossen.

Zentraler Inhalt dieser Gesetzesänderung ist die neue Definition des Pflegebedürftigkeitsbegriffes und damit verbunden auch das Neue Begutachtungsassessment (NBA). Mit dem NBA wird die Pflegebedürftigkeit und damit der Zugang zu den Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung festgestellt.

Der Pflegebedürftigkeitsbegriff steht bereits seit seiner Einführung in der Kritik. Wesentlicher Kritikpunkt ist die verengte vorrangig auf Alltagsverrichtungen ausgerichtete Sicht in der Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Er ist unter pflegefachlichen Gesichtspunkten nicht ausreichend fundiert und vorrangig auf Alltagsverrichtungen in den Bereichen Mobilität, Ernährung, Körperpflege und hauswirtschaftliche Versorgung ausgerichtet. Kognitive und psychische Beeinträchtigung wurden bisher nicht oder nicht ausreichend berücksichtigt. Das führte dazu, dass Menschen mit kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen seltener höhere Pflegestufen erhielten, als Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen.

Diese Kritikpunkte aufnehmend waren durch verschiedene Gesetzesänderungen die Leistungen der Pflegeversicherung für die Personen mit einer eingeschränkten Alltagskompetenz verbessert worden (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, Pflege-Neuausrichtungsgesetz, Pflegestärkungsgesetz 1). Dies führte, so die Kritik des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, zu „einem unübersichtlichen Flickenteppich“. „Ohne die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird das ‚System Pflege‘ durch weitere kleinteilige Änderungen zu einem, insbesondere für die pflegebedürftigen Menschen selbst [Anmerkung: auch für die Beratungsstellen], immer unübersichtlicheren Flickenteppich“– Quelle: Stellungnahme des Deutschen Vereins vom 23.06.2014.

Bereits 2006 wurde vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) der Expertenbeirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes einberufen. Der Expertenbeirat unter Mitwirkung aller relevanten Organisationen, Pflegewissenschaft und Rechtsprechung übergab den Bericht 2009 dem BMG. Zur Klärung noch offener fachlicher, administrativer und rechtstechnischer Fragen wurde 2012 erneut ein Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes einberufen, der Abschlussbericht erfolgte 2013. Auf dieser Grundlage ist das Zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II) am 28.12.2015 im Bundesgesetzblatt verkündet worden.

Wesentliche Inhalte des PSG II sind unter anderem:

- Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des Neuen Begutachtungs-Assessments (NBA)

Der Pflegebedürftigkeitsbegriff wird neu gefasst. Der bisherige defizitorientierte und verrichtungsbezogene Pflegebedürftigkeitsbegriff wird abgelöst und damit auch die Orientierung nach Zeitkorridoren für die einzelnen Verrichtungen.

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff orientiert sich nach der Beeinträchtigung von Selbstständigkeit und Fähigkeiten. Es werden alle relevanten Aspekte der Pflegebedürft-

tigkeit erfasst unabhängig, ob diese auf körperlichen, psychischen oder kognitiven Beeinträchtigungen bestehen. Die Sonderbegutachtung für Personen mit einer eingeschränkten Alltagskompetenz entfällt dadurch.

Erfasst wird die Beeinträchtigung in sechs Modulen. In zwei weiteren Modulen wird zudem darüber hinausgehende Hilfebedürftigkeit erhoben.

Die in den Modulen erreichten und gewichteten Punktwerte ergeben in der Summe addiert die Zuordnung zu einem der fünf Pflegegrade. Mit dem Pflegegrad erfolgt die Zuordnung zu den Leistungen der Gesetzlichen Pflegeversicherung.

Die fünf Pflegegrade lösen die drei Pflegestufen ab. Das NBA ist somit wesentlich differenzierter als die vor dem 01.01.2017 geltenden Begutachtungsrichtlinien.

- Stärkung der Empfehlungen zu einer medizinischen Rehabilitation

Bisher haben Empfehlungen zu einer medizinischen Rehabilitation in der Pflegebegutachtungspraxis kaum eine Rolle gespielt. Es wird dazu ein bundeseinheitliches strukturiertes Verfahren zu Präventions- und Rehabilitationsempfehlungen eingeführt (§ 18 Abs.6 Satz 3 SGB XI).

- Das Leistungsrecht des SGB XI wird insgesamt an die Pflegegrade angepasst. Grundsätzlich werden die Leistungen der Pflegeversicherung für die Pflegegrade 2 bis 5 gewährt. Die Beeinträchtigungen von Personen im Pflegegrad 1 sind gering und liegen vorrangig im somatischen Bereich. Sie erfordern Teilhilfen bei der Selbstversorgung, beim Verlassen der Wohnung und bei der Haushaltsführung. Daneben sind beratende Unterstützungsangebote von Bedeutung.

- Neuordnung der Angebote zur Betreuung und Entlastung

Die bisherigen Betreuungs- und Entlastungsleistungen werden neu geregelt. Es gibt nur noch eine einheitliche Leistung für den Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI. Alle Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege haben diesen Anspruch. Die Zweckbestimmung hat sich nicht verändert. Er ist zweckgebunden einzusetzen zur Entlastung pflegender Angehöriger und vergleichbar Nahestehender sowie zur Förderung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmung des Pflegebedürftigen bei der Gestaltung des Alltags.

Parallel wird die Landesverordnung zur Anerkennung von niedrigschwelligen Angeboten gem. § 45a Abs.3 SGB XI den geänderten gesetzlichen Vorgaben angepasst.

- Änderungen im Leistungserbringungsrecht

Die Landesrahmenverträge und Landesvereinbarungen werden an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff angepasst. In der vollstationären Pflege erfolgt ein Systemwechsel bei der Berechnung des Eigenanteils (Pflegesatz minus Leistung der Pflegeversicherung). Es wird ein einrichtungseinheitlicher Eigenanteil eingeführt. Alle Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2-5 leisten in einer Einrichtung unabhängig vom Pflegegrad einen einheitlichen Eigenanteil.

Ziel der Regelung ist ein Interessenausgleich:

Interesse des Pflegebedürftigen nach einer geringeren Einstufung, weil der Eigenanteil dadurch geringer ist.

Interesse der Einrichtung nach einer hohen Einstufung, weil dadurch ein höheres Entgelt der Einrichtung zufließt.

- Überleitungsregelungen

Im § 140 SGB XI ist die Überleitung von Pflegestufen in Pflegegrade ohne neue Begutachtung gesetzlich geregelt. Personen mit einer bereits festgestellten Einschränkung in der Alltagskompetenz vollziehen „zwei Stufensprünge“, z.B. von Pflegestufe 1 in Pflegegrad 3, Personen ohne diese Einschränkung einen „einfachen Stufensprung“, z.B. von Pflegestufe 1 in Pflegegrad 2.

- Besitzstandsregelung

Durch § 141 SGB XI wird sichergestellt, dass hinsichtlich der Leistungsansprüche keine Schlechterstellung erfolgt.

2. Erstes Pflegestärkungsgesetz [↑](#)

Am 17.10.2014 hat der Deutsche Bundestag das Erste Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung (PSG 1) verabschiedet. Mit diesem Gesetz soll die Pflegeversicherung weiterentwickelt und zukunftsfest gemacht werden. In einem zweiten Schritt wird nach Erprobung einer neuen Begutachtungssystematik (neues Begutachtungsassessment - NBA) auf ihre Umsetzbarkeit und Praktikabilität, ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt werden.

Der Gesetzgeber sieht im PSG 1 einen weiteren Zwischenschritt bis zur Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes. Er sieht die Notwendigkeit von Maßnahmen zur Stabilisierung und flexibleren Gestaltung der häuslichen Pflege und eine weitere Verbesserung in der ergänzenden Betreuung der stationären Pflege. Mit weiteren Verbesserungen der Leistungen erfahren insbesondere Menschen mit Demenzerkrankungen eine bessere Betreuung. Durch die Einführung des Pflegevorsorgefonds wird Vorsorge für besondere Demografie bedingte Belastungen getroffen.

Wesentliche Inhalte des PSG I sind unter anderem:

- Dynamisierung der Leistungen um 4% bzw. 2,67%.
- Verbesserte Leistungen insbesondere in der Tages-, Kurzzeit- und Verhinderungspflege, den verbesserten Pflegeleistungen nach § 123 SGB XI und in der stationären Betreuung.
- Flexibilisierung der Leistungen, die ausschließliche Abrechnung der Pflegesachleistungen durch anerkannte Pflegedienste wird durch die Möglichkeit niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistungen in Anspruch zu nehmen, eingeschränkt.
- Bildung eines Pflegevorsorgefonds.

Ergänzend zum PSG 1 wurde das „Gesetz zur besseren Vereinbarung von Familie, Pflege und Beruf“ verabschiedet. Die in diesem Gesetz formulierten Rechtsansprüche bieten die Möglichkeit sich innerhalb der Familie aktiv in die Pflege von Angehörigen einzubringen. Die Möglichkeiten, die das Familienpflegezeitgesetz und das Pflegezeitgesetz bieten, werden in diesem Gesetz weiterentwickelt.

3. Pflege-Neuausrichtungsgesetz

Das Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz – SGB XI) trat bei der häuslichen Pflege ab 01.04.1995 und bei der stationären Pflege ab 01.07.1996 in Kraft. Seitdem ist das Gesetz laufend fortentwickelt worden. Mit dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz im Jahr 2002 und dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz im Jahr 2008 sind wichtige Ergänzungen gerade für Pflegebedürftige mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz vorgenommen worden. Die Rechte von Pflegebedürftigen wurden mit der Ausweitung von Beratungspflichten der Pflegekassen und dem Aufbau von Beratungsstellen (Pflegestützpunkte) im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wesentlich gestärkt.

Diese Entwicklung setzt sich jetzt mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) fort.

Aus der Gesetzesbegründung ist zu entnehmen, dass es einer weiteren Fortentwicklung der Leistungsangebote der Pflegeversicherung insbesondere für den Personenkreis der an Demenz erkrankten Menschen bedarf. Für die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes gibt es einen breiten Konsens. Ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff ist in mehreren Schritten umzusetzen. Aber im Hinblick darauf, dass an Demenz erkrankte Menschen zeitnah konkrete Hilfe brauchen, werden sie durch das Pflege-Neuausrichtungsgesetz mehr und bessere Leistungen erhalten. Diese Leistungen werden gewährt, bis ein Gesetz in Kraft tritt, das eine Leistungsgewährung aufgrund eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes vorsieht. Die §§ 123 (verbesserte Pflegeleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz) und 124 (Häusliche Betreuung) sind deshalb auch nur als Übergangsbestimmung geregelt.

Wesentliche Inhalte des PNG sind unter anderem:

- **Leistungsverbesserung für demenziell erkrankte Menschen im § 123 SGB XI**
Im § 123 SGB XI sind die Leistungen für den Personenkreis nach § 45a SGB XI verbessert worden.
- **Flexibilisierung der Leistungsanspruchnahme**
Pflegebedürftige erhalten die Wahlmöglichkeiten bei der Gestaltung und Zusammenstellung des von ihnen gewünschten Leistungsangebots. Sie können neben den heutigen, verrichtungsbezogenen Leistungskomplexen auch bestimmte Zeitvolumen für die Pflege wählen. Bis zur Leistungsgewährung aufgrund eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes können neben Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung auch häusliche Betreuungsleistungen abgerufen werden.
- **Stärkung neuer Wohn- und Betreuungsformen**
Neue Wohn- und Betreuungsformen zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung entsprechen nicht nur den Bedürfnissen vieler Pflegebedürftiger. Sie tragen auch dazu bei, stationäre Pflege zu vermeiden. Dass die Organisation von pflegerischer Versorgung in Wohngruppen erleichtert wird, stärkt den Vorrang der ambulanten vor der stationären Versorgung.
- **Stärkere Dienstleistungsorientierung bei der Begutachtung von Antragstellern auf Leistungen der Pflegeversicherung**
Begutachtungsverfahren und Entscheidungen über Pflegebedürftigkeit sollen für die Versicherten zügiger erfolgen und transparenter gestaltet werden.

- Sicherstellung einer frühzeitigen Beratung

Um eine möglichst frühzeitige Beratung der Antragstellenden in ihrer häuslichen Umgebung zu gewährleisten, haben die Pflegekassen innerhalb von zwei Wochen einen Ansprechpartner nebst Kontaktdaten sowie einen konkreten Termin für eine umfassende Beratung anzubieten und durchzuführen.

4. 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.

5. 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 Personen, die gesundheitliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere benötigen. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich mindestens sechs Monate vorliegen. Pflegebedürftigkeit liegt auch dann vor, wenn der personelle Unterstützungsbedarf nur deswegen nicht mindestens 6 Monate lang gegeben ist, weil die zu erwartende Lebensdauer kürzer ist.

Es ist bei der Begutachtung zu berücksichtigen, dass nicht die Schwere der Erkrankung oder Behinderung, sondern die gesundheitlichen Beeinträchtigungen in der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten als Grundlage der Bestimmung der Pflegebedürftigkeit ist.

Der Begriff der Pflegebedürftigkeit ist in § 14 SGB XI definiert.

„Maßgeblich für das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit bei Erwachsenen sind gesundheitliche

Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten in den nachfolgenden sechs Bereichen, die sich auf die in den Bereichen angegebenen Aktivitäten und Fähigkeiten beziehen (§ 14 Abs. 2 SGB XI):

1. Mobilität:

Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereiches, 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, Beschädigung 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 (Kämmen, Zahnpflege/Prothesenreinigung, Rasieren), 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

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

in Bezug auf: Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel, in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung bei Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abfuhrmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,

in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, 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.

Quelle: Richtlinien zum Verfahren der Feststellung von Pflegebedürftigkeit sowie zur pflegefachlichen Konkretisierung der Inhalte des Begutachtungsinstruments nach dem Elften Buch des Sozialgesetzbuches (Begutachtungs-Richtlinien – BRi)

In § 15 SGB XI sind die Kriterien zur Ermittlung der Pflegebedürftigkeit genannt, das Neue Begutachtungsassessment (NBA).

Der Pflegegrad wird mithilfe eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments in sechs Modulen ermittelt.

„Im Mittelpunkt steht die Beurteilung der Selbständigkeit eines Menschen in sechs Lebensbereichen, die jeden Menschen jeden Tag betreffen. Selbständig ist eine Person, die eine Handlung bzw. Aktivität alleine, d. h. ohne Unterstützung durch andere Personen oder unter Nutzung von Hilfsmitteln durchführen kann. Die Selbständigkeit einer Person bei der Ausführung bestimmter Handlungen bzw. Aktivitäten wird unter der Annahme bewertet, dass sie diese ausführen möchte. Es ist unerheblich, welche Hilfeleistungen tatsächlich erbracht werden.“

Quelle: Richtlinien zum Verfahren der Feststellung von Pflegebedürftigkeit sowie zur pflegefachlichen Konkretisierung der Inhalte des Begutachtungsinstruments nach dem Elften Buch des Sozialgesetzbuches (Begutachtungs-Richtlinien – BRi)

Festgestellt wird die Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten in einer Skala von

0 = selbstständig

1 = überwiegend selbstständig

2 = überwiegend unselbstständig

3 = unselbstständig.

Die sechs Module sind unterschiedlich gewichtet:

Modul 1 Mobilität: mit 10%

Modul 2+3 Kognitive und kommunikative Fähigkeiten und Verhaltensweisen und psychische Problemlagen: zusammen mit 15%

Modul 4 Selbstversorgung: mit 40%

Modul 5 Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen: mit 20%

Modul 6 Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte: mit 15%

Die Module 7 Außerhäusliche Aktivitäten und 8 Haushaltsführung werden mit erhoben, sind aber nicht pflegegradrelevant.

Mit den Informationen aus der Erfassung der außerhäuslichen Aktivitäten sollen eine umfassende Pflegeberatung und die Erstellung eines individuellen Versorgungsplanes ermöglicht werden.

Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, sind bereits in den Modulen 1-6 berücksichtigt. Es führen bestimmte körperliche oder kognitive Beeinträchtigungen, die bereits erfasst sind, dazu dass zugleich auch die Fähigkeit zur eigenständigen Haushaltsführung beeinträchtigt ist.

In einer Bewertungssystematik werden die Punktwerte der einzelnen Module unter Berücksichtigung der Gewichtung summiert und ergeben den Pflegegrad.

6. Begutachtungsfristen § 18 SGB XI [↑](#)

und Weiterleitung der Rehabilitationsempfehlung, Berichtspflichten (§18a SGB XI)

Die Begutachtung der versicherten Pflegebedürftigen, welche die Pflegekassen vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen oder anderen unabhängigen Gutachtern durchführen lässt, umfasst die Prüfung der Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI und Anwendung des Neuen Begutachtungsassessments, die Eingraduierung in den entsprechenden Pflegegrad. 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 oder an den von der Pflegekasse beauftragten Gutachter weiter, der diesen Antrag so bearbeitet, dass die Pflegekasse innerhalb von 25 Arbeitstage* nach Antragstellung dem Antragsteller schriftlich eine Entscheidung mitteilen kann. Erteilt die Pflegekasse den Bescheid über den Antrag nicht innerhalb von 25 Arbeitstage nach Eingang des Antrags, hat die Pflegekasse nach Fristablauf für jede begonnene Woche der Fristüberüberschreitung unverzüglich 70 € an den Antragsteller zu zahlen. Dies gilt nicht, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat (§ 18 Abs. 3a SGB XI) sowie der Antragsteller sich in stationärer Pflege befindet und bereits mindestens als erheblich pflegebedürftig anerkannt ist (mindestens Pflegegrad 2). Verzögerungsgründe, die die Pflegekasse nicht zu vertreten hat, können unter anderem sein:

- der Antragsteller kommt seinen Mitwirkungspflichten nicht nach.
- der Antragsteller sagt angekündigte und vereinbarte Termine ab.

Diese Regelung gilt nicht für Wiederholungs- oder Widerspruchsgutachten (§ 18 Abs.3b SGB XI).

*Diese Frist ist vom 01.11.2016 bis 31.12.2016 ausgesetzt (abweichend davon jedoch, wenn ein besonders dringlicher Entscheidungsbedarf vorliegt).

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

der Antragsteller sich 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.

Das Gutachten wird dem Antragsteller durch die Pflegekasse übersandt, sofern er der Übersendung nicht widerspricht.

Die Pflegekasse ist verpflichtet, dem Antragsteller die gesonderte Präventions- und Rehabilitationsempfehlung zuzuleiten und hierzu umfassend und begründet Stellung zu nehmen. Stellt die Pflegekasse auf Grundlage der Empfehlungen des MDK oder des beauftragten Gutachters einen Rehabilitationsbedarf fest und willigt der Antragsteller in das Verfahren ein, löst dieses ein Antragsverfahren auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation beim zuständigen Rehabilitationsträger aus (§ 18a SGB XI).

Die Feststellungen zur Prävention oder zur medizinischen Rehabilitation sind durch den MDK auf der Grundlage eines bundeseinheitlichen strukturierten Verfahrens zu treffen.

Die Empfehlungen des MDK zu einer Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung gelten jeweils als Antrag, wenn die Zustimmung erfolgt.

7. Pflegeberatung/Pflegestützpunkte

Leistungsberechtigte und auf Wunsch auch ihren Angehörigen oder weiteren Personen haben nach § 7a SGB XI Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch einen Pflegeberater.

Die Beratung umfasst unter anderem den Hilfebedarf unter Berücksichtigung des Gutachtens des MDK zu erfassen und zu analysieren, 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.

Auf Wunsch der anspruchsberechtigten Person erfolgt die Beratung auch gegenüber ihren Angehörigen oder unter deren Einbeziehung und in der häuslichen Umgebung oder Einrichtung.

Die Pflegekasse hat dem Antragsteller unmittelbar nach Eingang eines erstmaligen Antrages auf Leistungen nach dem SGB XI einen konkreten Beratungsbesuch spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang anzubieten und durchzuführen. Wo die Beratung durchzuführen ist, ist nicht ausdrücklich geregelt. Sie kann auch in der Geschäftsstelle der Pflegekasse oder telefonisch erfolgen. Auf Wunsch des Antragstellers hat die Beratung in der häuslichen Umgebung zu erfolgen.

Nach § 7b SGB XI ist die Pflegekasse alternativ einen Beratungsgutschein auszustellen, in den Beratungsstellen benannt sind, bei denen die Beratung erfolgt.

Korrespondierend zum Rechtsanspruch auf Pflegeberatung, wurden Pflegestützpunkte gem. § 92c SGB XI geschaffen. Die Kernaufgaben der Mitarbeiter/innen der Pflegestützpunkte sind die Beratung 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, unabhängige und kostenlose Beratung jederzeit gewährleistet ist.

Die Pflegeberater haben auch eine Koordinierungsfunktion und betreiben Case - Management, d.h. sie erstellen Versorgungspläne, die auf Wunsch den Kunden zur Verfügung gestellt werden.

8. Qualitätssicherung in der Pflege

Bei Bezug von Pflegegeld besteht für den Pflegebedürftigen die Verpflichtung bei Pflegegrad 2 und 3 einmal halbjährlich und bei Pflegegrad 4 und 5 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 pflegfachlichen 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.

9. 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.

10. Leistungen bei Pflegegrad 1 [↑](#)

Die Beeinträchtigungen von Personen im Pflegegrad 1 sind gering und liegen vorrangig im somatischen Bereich. Sie erfordern Teilhilfen bei der Selbstversorgung, beim Verlassen der Wohnung und bei der Haushaltsführung. Daneben sind beratende Unterstützungsangebote von Bedeutung. Insgesamt stehen Leistungen im Vordergrund, die den Verbleib in der häuslichen Umgebung sicherstellen, ohne dass bereits voller Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung angezeigt ist. Dies gilt insbesondere für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1, die alleine leben, aber auch für diejenigen, deren soziales Umfeld die erforderlichen Unterstützungsleistungen nicht erbringen kann oder will.

Damit Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 die ihnen zustehenden Ansprüche leicht finden und realisieren können und somit möglichst selbständig in der gewohnten häuslichen Umgebung verbleiben können, gibt § 28a einen Überblick über die Leistungen, die für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 gewährt werden.

Im Einzelnen sind die Leistungen bei Pflegegrad 1 im § 28a SGB XI abschließend aufgeführt. Der Gesetzgeber gibt keinen Raum für weitere Leistungen:

- Beratung: Pflegeberatung, Beratung gem. § 37 Abs.3 SGB XI
- Wohngruppenschlag nach § 38a SGB XI
- Pflegehilfsmittel
- Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes gem. § 40 Absatz 4 SGB XI
- Betreuung und Aktivierung in stationären Einrichtungen gem. § 43b SGB XI
- Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen gem. § 45 SGB XI
- Den Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI; die Inanspruchnahme von Leistungen von ambulanten Pflegediensten gem. § 36 SGB XI umfasst auch die Selbstversorgung.

Der Entlastungsbetrag für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 kann auch in vollstationären Pflegeeinrichtungen in Anspruch genommen werden.

11. Pflegesachleistung § 36 SGB XI [↑](#)

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2-5 haben bei häuslicher Pflege als Pflegesachleistung einen Anspruch auf körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie auf Hilfen bei der Haushaltsführung. Häusliche Pflege wird durch geeignete Pflegekräfte oder über ambulante Pflegedienste erbracht, die mit den Pflegekassen einen Versorgungsvertrag abgeschlossen haben.

Der Anspruch umfasst pflegerische Maßnahmen in den nach § 14 SGB XI genannten Bereichen (Modulen). Sie umfasst auch die pflegerische Anleitung von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen.

Pflegerische Betreuungsmaßnahmen umfassen die in § 36 Abs.2 SGB XI genannten Unterstützungsleistungen, die keine abschließende Aufzählung darstellt.

Gem. § 45a Abs.4 SGB XI können Pflegebedürftige in häuslicher Pflege mit mindestens einem Pflegegrad 2 bis zu 40% der Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI für anerkannte niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistungen in Anspruch nehmen. Diese Regelung des § 45b Abs.4 SGB XI bezieht sich auf die Anspruchsberechtigung, die

- ausschließlich Pflegesachleistungen nach den §§ 36 SGB XI ,
- Kombinationsleistungen nach den §§ 38 SGB XI oder
- ausschließlich Pflegegeld nach den §§ 37 SGB XI

beziehen und ist unabhängig von der Inanspruchnahme des Entlastungsbetrages.

12. Pflegegeld § 37 SGB XI [↑](#)

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2-5 haben einen Anspruch auf Pflegegeld. Der Anspruch setzt voraus, dass der Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld die Pflege in geeigneter Weise selbst sicherstellt und zwar für die erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung. Ist dies – z. B. nach einer Feststellung des MDK nach § 18 Abs. 6 Satz 4 SGB XI – nicht der Fall, kann das Pflegegeld nicht gezahlt werden. Mit dem Pflegegeld soll der Pflegebedürftige in die Lage versetzt werden, Angehörigen, dem Lebenspartner und sonstigen Pflegepersonen eine materielle Anerkennung für die im häuslichen Bereich erbrachte Pflege und Betreuung zukommen zu lassen.

(3)

Die Höhe des Pflegegeldes ist abhängig vom Pflegegrad.

Hinsichtlich der Inanspruchnahme der Leistungen besteht ein Wahlrecht zwischen ausschließlich 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 V 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. Die Weiterzahlung des Pflegegeldes während eines vollstationären Krankenhausaufenthaltes setzt voraus, dass vor dem Krankenhausaufenthalt bereits einen Anspruch auf Pflegegeld bestand. Wird während des Krankenhausaufenthaltes Pflegegeld beantragt, setzt dieses erst mit dem Tag ein, an dem der Pflegebedürftige sich wieder in seiner häuslichen Umgebung befindet

In Fällen der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI und der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI wird seit dem 30.10.2012 die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes jeweils für bis zu acht Wochen bei der Kurzzeitpflege und 6 Wochen bei der Verhinderungspflege weitergezahlt. Voraussetzung: Anspruch von Pflegegeld vor Beginn der Maßnahme.

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 § 63b Abs.6Satz 1 SGB XII Anwendung findet, das Pflegegeld auch über die ersten vier Wochen hinaus gezahlt.

Die Inanspruchnahme von Angeboten zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a SGB XI niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsleistungen ist in dem in § 45a Abs.4 SGB XI genannten Umfang auch auf das Pflegegeld anzuwenden (siehe hierzu die Ausführungen in Ziffer 10). Pflegebedürftige, die Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a SGB XI in Verbindung mit dem Pflegegeld nutzen, haben die Pflicht, regelmäßig eine Beratung im Sinne des § 37 Abs. 3 SGB XI abzurufen.

13. Kombinationsleistung nach § 38 SGB XI [↑](#)

Wird die Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI 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 dem jeweiligen Pflegegrad!

Zur Inanspruchnahme von Angeboten zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a SGB XI in dem nach § 45a Abs.4 SGB XI genannten Umfang wird auf die Ausführungen zu §§ 36 und 37 SGB XI verwiesen (Ziffer 10 und Ziffer 11).

14. Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in amb. betreuten Wohngruppen

Mit Inkrafttreten des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes haben Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen neben dem Anspruch auf Leistungen nach den §§ 36 bis 38 SGB XI gem. § 38 a SGB XI zusätzlich einen Anspruch auf einen pauschalen „Wohngruppenzuschlag“ in Höhe von pauschal 214 €.

Die Zahlung der Leistung setzt voraus, dass mindestens drei und höchstens 12 Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung zum Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung zusammen leben. Pflegebedürftigkeit setzt, den Bezug von Leistungen nach §§ 36,37, 38, 45a oder 45b SGB XI voraus. Das Zusammenleben innerhalb eines Familienverbandes verfolgt diesen Zweck der gemeinschaftlichen pflegerischen Versorgung nach dem Willen des Gesetzgebers nicht.

Für den Anspruch ist es erforderlich, dass in der Wohngruppe eine Pflegekraft auf einer gesondert erkennbaren vertraglichen Grundlage mit den Pflegebedürftigen tätig ist. Die organisatorischen, verwaltenden, betreuenden oder das Gemeinschaftsleben fördernden Tätigkeiten müssen über die in der häuslichen Pflege üblichen Leistungen (Leistungsinhaltes des § 36 SGB XI) hinaus erbracht werden. Die Dauer dieser Tätigkeit ist nicht beschrieben, eine Rufbereitschaft ist aber nicht ausreichend. Es muss sich nicht um eine ausgebildete Pflegekraft handeln. Ein konkreter Nachweis über die entstandenen Kosten muss nicht erbracht werden.

Der Anspruch setzt voraus, dass die freie Wählbarkeit der Pflege- und Betreuungsleistungen rechtlich und tatsächlich nicht eingeschränkt sind. Um eine ambulant betreute Wohngruppe handelt es sich nicht, wenn eine Versorgungsform vorliegt, in denen Leistungen angeboten bzw. gewährleistet werden, die denen im Rahmenvertrag für die vollstationäre Pflege vereinbarten Leistungsumfang entsprechen.

Die grundsätzliche Zielstellung dieser Leistung ist nicht vorrangig auf eine Umwidmung stationärer Einrichtungen in Wohngruppen hinzuwirken, sondern gemeinschaftliche Pflegewohnformen außerhalb der stationären Pflegeeinrichtungen und außerhalb klassischen „betreuten Wohnens“ zu unterstützen. Bei Umwandlungen von stationären Pflegeeinrichtungen in ambulant betreute Wohngruppen, ist es insbesondere Aufgabe der Heimaufsicht zu prüfen, ob es sich nicht weiterhin um eine stationäre Form des Wohnens im Sinne des Bremischen Wohn- und Betreuungsgesetzes handelt (Auszug aus der Gesetzesbegründung des „Gesetzes zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf“ zur Änderung des § 38a SGB XI).

Die gleichzeitige Inanspruchnahme von Tages- und Nachtpflege gem. § 41 SGB XI kann nur in Anspruch genommen werden, wenn die Notwendigkeit durch den MDK überprüft ist. Mit dieser Regelung soll erreicht werden, dass Anbieter von ambulant betreuten Wohngruppen diese Leistungen verknüpfen ohne dass eine Verbesserung der pflegerischen Versorgung erreicht wird.

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

Leistungsberechtigt sind Pflegebedürftige der Pflegegrade 2-5.

Ist die Pflegeperson wegen Urlaub, Krankheit oder aus sonstigen Gründen an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse die Kosten für eine Ersatzpflege für längstens sechs 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. Der Pflegegrad 2 muss nicht bereits während der sechsmonatigen Vorpflegezeit vorgelegen haben. Es ist nicht erforderlich, dass dieselbe Pflegeperson den Pflegebedürftigen sechs Monate gepflegt haben muss.

Pflegepersonen im Sinne des SGB XI sind Personen, die nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen in seiner häuslichen Umgebung mindestens 10 Stunden verteilt auf mindestens zwei Tage 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.

Der Anspruch kann sich seit dem 01.01.2015 um 806 € aus in dem Kalenderjahr noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege erhöhen. Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege angerechnet, wenn im Laufe des Kalenderjahres Kurzzeitpflege notwendig wird.

16. 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, Waschsyste me, 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.

17. Tages- und Nachtpflege § 41 SGB XI [↑](#)

Leistungsberechtigt sind Pflegebedürftige der Pflegegrade 2-5.

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 den jeweiligen Pflegegrad entspricht.

Die Leistungen der Tages- und Nachtpflege können zusätzlich zu den Leistungen der Pflegeleistungen, Pflegegeld oder Kombinationsleistung in Anspruch genommen werden, ohne dass eine Anrechnung erfolgt. 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 erkrankten Menschen, von großer Bedeutung. Die Tagespflege dient daher der Ergänzung und Stärkung der häuslichen Pflege.

18. Kurzzeitpflege § 42 SGB XI [↑](#)

Leistungsberechtigt sind Pflegebedürftige der Pflegegrade 2-5.

Voraussetzung ist, dass die häusliche Pflege und teilstationäre Pflege nicht ausreichend ist 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 acht Wochen im Kalenderjahr begrenzt und umfasst pflegebedingte Aufwendungen und die Kosten der sozialen Betreuung bis zu einem Höchstbetrag. Der Leistungsbetrag kann um bis zu 1.612 € aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Verhinderungspflege erhöht werden, wenn ein Anspruch auf Verhinderungspflege besteht. Die Pflegekassen im Lande Bremen übernehmen Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI:

- nach einer stationären Krankenhausversorgung im Sinne des § 39 SGB V nur für Pflegeeinrichtungen, die über einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI für Leistungen nach § 42 SGB XI verfügen („sogenannte Solitäreinrichtungen“).
- In sonstigen Krisensituationen auch außerhalb der „sogenannten Solitäreinrichtungen“ in der Kurzzeitpflege der vollstationären Pflegeeinrichtungen („sogenannte Streubetten“ in den Pflegeeinrichtungen).

Sofern für Anspruchsberechtigte keine geeignete Kurzzeitpflegeeinrichtungen vorhanden sind, kann gem. § 42 Abs.3 SGB XI die Kurzzeitpflege auch in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen oder anderen geeigneten Einrichtungen durchgeführt werden. Gem. § 42 Abs.4 SGB XI besteht auch ein Anspruch auf Kurzzeitpflege, wenn eine gleichzeitige Unterbringung des Pflegebedürftigen in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung

notwendig ist, weil die Pflegeperson dort eine Maßnahme der medizinischen Rehabilitation durchführt.

19. Leistungen der vollstationären Pflege § 43 SGB XI [↑](#)

Leistungsberechtigt sind Pflegebedürftige der Pflegegrade 2-5.

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. 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).

20. Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen [↑](#)

Leistungsberechtigt sind Pflegebedürftige der Pflegegrade 2-5.

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.

21. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson §§ 44, 44a SGB XI [↑](#)

Leistungsberechtigt sind Pflegebedürftige der Pflegegrade 2-5.

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. Der Begriff der Pflegeperson ergibt sich aus § 19 SGB XI.

Pflegepersonen sind während der pflegerischen Tätigkeit in den Versicherungsschutz der gesetzlichen Unfallversicherung einbezogen (§ 44 Abs. 2a SGB XI) und nach dem Recht der Arbeitsförderung versichert. Die Pflegekassen entrichten Beiträge an die Agentur für Arbeit (§ 44 Abs.2b SGB XI).

Nach dem Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf können ergänzend folgende Leistungen in Anspruch genommen werden:

- Pflegeunterstützungsgeld bei einer bis zu 10 Tagen andauernden kurzzeitigen Arbeitsverhinderung in einem Akutfall gem. § 44a SGB XI, Lohnersatzleistung etwa 90% des Nettoarbeitsentgelts,
- Zinsloses Darlehen bei einer bis zu 6monatigen Pflegezeit inclusive 3 Monaten Begleitung in der letzten Lebensphase bei einer vollständigen oder teilweisen Freistellung und Kündigungsschutz bis zum Ende der Pflegezeit,
- Zinsloses Darlehen bei einer bis zu 24monatigen teilweisen Freistellung auf eine Mindestarbeitszeit von 15 Stunden, die Familienpflegezeit gilt nur in Betrieben mit mehr als 25 Mitarbeitern. Es gilt wie bei der Pflegezeit ein Kündigungsschutz bis zum Ende der Pflegezeit.

Auf ein zinsloses Darlehen durch das Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben besteht ein Rechtsanspruch.

22. Angebote zur Unterstützung im Alltag, Entlastungsbetrag

Der fünfte Abschnitt des SGB XI beschreibt die Angebote zur Unterstützung im Alltag, den Entlastungsbetrag sowie die Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen, des Ehrenamtes und der Selbsthilfe in den §§ 45a bis 45d SGB XI.

Die bisherigen niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote werden unter dem Oberbegriff Angebote zur Unterstützung im Alltag zusammengefasst.

Je nach Ausrichtung der Angebote kann es sich um Betreuungsangebote, Angebote zur Entlastung von Pflegenden oder Angebote zur Entlastung im Alltag handeln.

Sie sollen Pflegepersonen entlasten und helfen Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung zu bleiben. Sie sollen soziale Kontakte aufrechterhalten und helfen ihren Alltag weiterhin möglichst selbstständig zu bewältigen.

Angebote zur Unterstützung im Alltag können sein:

Betreuung von Einzelpersonen, z.B. Betreuung von Pflegebedürftigen im häuslichen Bereich durch ehrenamtliche Helferinnen und Helfer,

Angebote für Gruppen, z.B. Tagesbetreuungsgruppen für dementiell erkrankte Menschen oder ihrer Angehörigen,

Angebote zur Entlastung von Pflegenden, z.B. beratende Unterstützung,

Angebote zur Entlastung im Alltag, z.B. durch Unterstützung bei der Bewältigung von allgemeinen oder pflegebedingten Anforderungen, Unterstützung bei der Haushaltsführung.

Die für diese Angebote vorgesehene Leistung des Entlastungsbetrages gem. § 45b SGB XI in Höhe von 125 € erhalten alle Pflegebedürftigen (Pflegegrad 1-5).

Der Entlastungsbetrag dient der Erstattung der Aufwendungen für die Inanspruchnahme

- Der Leistungen der Tages- und Nachtpflege und Kurzzeitpflege

Der Entlastungsbetrag nach § 45 b SGB XI kann die Regelleistung der Tages- und Nachtpflege sowie die der Kurzzeitpflege insoweit ergänzen, als damit diese Leistungen für einen längeren Zeitraum oder in höherer Frequenz beansprucht werden können. Gefordert wird bei der Tages- und Nachtpflege nicht, dass ein spezielles Leistungsangebot bereitgestellt wird. Sie können Leistungen nach § 41 bzw. § 42 SGB XI und nach § 45 b SGB XI mit der Pflegekasse nebeneinander abrechnen. Zu den erstattungsfähigen Eigenbelastungen zählen auch die zu tragenden Entgelte für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten.

Leistungen der ambulanten Pflegedienste nach § 36 SGB XI, jedoch keine Leistungen der Selbstversorgung. Dies gilt für die Pflegegrade 2-5, für den Pflegegrad 1 gelten die Regelungen des § 28a SGB XI.

- Leistungen der nach Landesrecht anerkannten niedrigschwelligen Angebote zur Unterstützung im Alltag. Das Nähere regelt eine Rechtsverordnung des Landes. Die Verordnungsermächtigung der Landesregierungen ergibt sich aus § 45a Abs.3 SGB XI.

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.

23. Überleitungs- und Übergangsrecht

Die Überleitung von Pflegestufen in Pflegegrade zum 01.01.2017 ist im § 140 SGB XI gesetzlich geregelt.

In die Überleitungsregelung einbezogen sind alle Pflegebedürftigen, die am 31.12.2016 einen Antrag auf Leistungen nach dem SGB XI gestellt haben und eine Leistungsberechtigung in den Pflegestufen I-III haben oder bei denen eine eingeschränkte Alltagskompetenz im Sinne des § 45a SGB XI anerkannt wurde. Es gilt somit, dass zum Zeitpunkt der Antragstellung geltende Recht.

Die Überleitungsregelungen wurden so gestaltet, wie sie die Mehrheit der bisherigen Leistungsbezieher bei einer Neubegutachtung haben würde. Die Empfehlungen des Expertenbeirates zur konkreten Ausgestaltung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes und die Ergebnisse der Erprobungsstudien wurden einbezogen.

Für die Überleitung gelten folgende Kriterien:

- Leistungsberechtigte, die nicht zusätzlich in der Alltagskompetenz eingeschränkt sind, vollziehen einen „einfachen Stufensprung“; sie werden übergeleitet von:
 - Pflegestufe I in den Pflegegrad 2,
 - Pflegestufe II in den Pflegegrad 3,
 - Pflegestufe III in den Pflegegrad 4 oder in Pflegegrad 5 soweit ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vorliegt, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt (Härtefall).
- Leistungsberechtigte, bei denen eine eingeschränkte Alltagskompetenz im Sinne des § 45a SGB XI festgestellt wurde, vollziehen einen „zweifachen Stufensprung“; sie werden übergeleitet:
 - bei nicht gleichzeitigem Vorliegen einer Pflegestufe in den Pflegegrad 2,
 - bei gleichzeitigem Vorliegen der Pflegestufe I in den Pflegegrad 3,
 - bei gleichzeitigem Vorliegen der Pflegestufe II in den Pflegegrad 4,
 - bei gleichzeitigem Vorliegen der Pflegestufe III in den Pflegegrad 5, **auch** soweit ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vorliegt, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt (Härtefall).

Der sich aus der Überleitung ergebende Pflegegrad besteht grundsätzlich bis zu einer neuen Begutachtung, unabhängig, ob die Begutachtung aufgrund eines Höherstufungsantrags oder einer späteren Wiederholungsbegutachtung erfolgt. Soweit sich durch die Neubegutachtung keine Anhebung des Pflegegrades oder die Feststellung, dass keine Pflegebedürftigkeit mehr vorliegt, ergibt, kann der Pflegebedürftige in dem Pflegegrad bleiben, der sich aus der Überleitung ergeben hat.

24. Besitzstand

Der Gesetzgeber hat einen Besitzstandsschutz formuliert. Kein Pflegebedürftiger soll nach der Umstellung betragsmäßig niedrigere Leistungen erhalten oder einen völligen Verlust von Ansprüchen haben grundsätzlich auf Dauer.

Der Besitzstandsschutz ist im § 141 SGB XI geregelt.

Pflegebedürftige, die am 31.12.2016 einen Anspruch auf Leistungen haben, erhalten einen Besitzstandsschutz auf die ihnen unmittelbar vor dem 01.01.2017 zustehenden, regelmäßig wiederkehrenden Leistungen.

Wird im Rahmen einer erneuten Begutachtung ein höherer Pflegegrad festgestellt, sind die Leistungen des höheren Pflegegrades ab Änderung der tatsächlichen Verhältnisse zu gewähren. Wird ein niedriger Pflegegrad festgestellt, verbleibt der Pflegebedürftige in dem übergeleiteten Pflegegrad. Erfolgt die Feststellung, dass eine Pflegebedürftigkeit nicht mehr vorliegt, werden die Leistungen für die Zukunft eingestellt.

In den Besitzstandsschutz einbezogen sind auch Pflegebedürftige, die am 31.12.2016 einen erhöhten Betrag nach § 45b SGB XI haben.

Für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2-5 in vollstationären Pflegeeinrichtungen richtet sich der Besitzstandsschutz nach dem Eigenanteil im Dezember 2016 (Pflegesatz und Ausbildungsumlage abzüglich Leistungen der Pflegeversicherung) und dem einrichtungseinheitlichen Eigenanteil einschließlich der Ausbildungsumlage im Januar 2017.

25. In Kraft treten

Diese Fachliche Weisung tritt am 01.01.2017 in Kraft. Gleichzeitig tritt die bisherige Fachliche Weisung vom 29.02.2016 außer Kraft.

Bremerhaven, 28.02.2017

gez. Henriksen
Amtsleiterin