

WALHALLA

Thomas Knoche

Grundlagen – SGB XI: Soziale Pflegeversicherung

Textausgabe mit praxisorientierter
Einführung

2., aktualisierte Auflage

**Verbesserungen durch das
Pflegeunterstützungs- und
entlastungsgesetz (PUEG)**

- AKTUELL
- PRAXISGERECHT
- VERSTÄNDLICH

Rechtsgrundlagen kennen, verstehen und anwenden!

Diese Arbeitshilfe enthält den aktuellen Gesetzestext des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) sowie begleitender Gesetze zu Pflegezeit und Familienpflegezeit.

Die Einführung gibt Überblick über die Rechtsmaterie. Sie erläutert den Gesetzesaufbau, die leistungsrechtlichen Ansprüche bei Pflegebedürftigkeit sowie das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit:

- Versicherter Personenkreis
- Pflegebedürftigkeitsbegriff
- Einordnung in Pflegegrade
- Häusliche und stationäre Pflege
- Pflegehilfsmittel und technische Hilfen

Ideal geeignet, um sich in das Rechtsgebiet einzuarbeiten, für Aus- und Fortbildungen sowie zum schnellen Nachschlagen in der Praxis.

Thomas Knoche, Diplom-Sozialpädagoge in der Behindertenhilfe, Fachautor von FOKUS Sozialrecht.

Thomas Knoche

Grundlagen – SGB XI: Soziale Pflegeversicherung

**Textausgabe mit praxisorientierter
Einführung**

2., aktualisierte Auflage

Dieses E-Book enthält den Inhalt der gleichnamigen Druckausgabe, sodass folgender Zitiervorschlag verwendet werden kann:

Thomas Knoche, Grundlagen – SGB XI: Soziale Pflegeversicherung
Walhalla Fachverlag, Regensburg 2024

Hinweis: Unsere Werke sind stets bemüht, Sie nach bestem Wissen zu informieren. Alle Angaben in diesem Werk sind sorgfältig zusammengetragen und geprüft. Durch Neuerungen in der Gesetzgebung, Rechtsprechung sowie durch den Zeitablauf ergeben sich zwangsläufig Änderungen. Bitte haben Sie deshalb Verständnis dafür, dass wir für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Inhalts keine Haftung übernehmen.

Bearbeitungsstand: Januar 2024

WALHALLA Digital:

Mit den WALHALLA E-Books bleiben Sie stets auf aktuellem Stand! Auf www.WALHALLA.de finden Sie unser komplettes E-Book-Angebot. Klicken Sie doch mal rein!

Wir weisen darauf hin, dass Sie die gekauften E-Books nur für Ihren persönlichen Gebrauch nutzen dürfen. Eine entgeltliche oder unentgeltliche Weitergabe oder Leihe an Dritte ist nicht erlaubt. Auch das Einspeisen des E-Books in ein Netzwerk (z. B. Behörden-, Bibliotheksserver, Unternehmens-Intranet) ist nur erlaubt, wenn eine gesonderte Lizenzvereinbarung vorliegt.

Sollten Sie an einer Campus- oder Mehrplatzlizenz interessiert sein, wenden Sie sich bitte an den WALHALLA-E-Book-Service unter 0941 5684-0 oder walhalla@walhalla.de. Weitere Informationen finden Sie unter www.walhalla.de/b2b.

© Walhalla u. Praetoria Verlag GmbH & Co. KG, Regensburg
Dieses E-Book ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt.
Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung, vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Bestellnummer: 7348600

Schnellübersicht

Seite

Vorwort	7	
Abkürzungen	8	
Pflegebedürftigkeit und Leistungsübersicht	9	1
Leistungen bei häuslicher Pflege	25	2
Leistungen bei stationärer Pflege	37	3
Leistungen für Pflegepersonen, pflegende Angehörige	43	4
Gesetzliche Grundlagen (SGB XI, PflegeZG, FPfZG)	53	5

Vorwort

Die Pflegebedürftigkeit von Menschen jeden Alters wird immer mehr zur Herausforderung in Deutschland. Deshalb trat Anfang 1995 die beitragsfinanzierte Pflegeversicherung als jüngster Zweig der Sozialversicherung in Kraft. Ihr Ziel ist es, dem Pflegebedürftigen die Führung eines selbstbestimmten, menschenwürdigen Lebens vorrangig in seinem häuslichen Umfeld zu ermöglichen.

Seitdem hat die Pflegeversicherung maßgeblich zu einer Verbesserung der Versorgung pflegebedürftiger Menschen und zur Unterstützung pflegender Angehöriger beigetragen. Pflegebedürftigen und ihren Familien hilft sie, die finanziellen Aufwendungen und Belastungen zu tragen, die mit der Krankheit oder der Behinderung einhergehen.

Pflegebedürftigkeit betrifft alle Bevölkerungsgruppen. Sie kann plötzlich, etwa durch einen Unfall, oder schleichend, z. B. als Krankheitsfolge, eintreten. Auch Menschen mit Behinderungen haben oft Anspruch auf Leistungen aufgrund von Pflegebedürftigkeit. In Deutschland gibt es derzeit rund fünf Millionen Menschen, die von Pflegebedürftigkeit betroffen sind. Die Tendenz ist steigend. Mit dieser demografischen Entwicklung erreicht das Thema „Pflege“ sowohl auf der individuellen als auch auf der gesellschaftlichen Ebene einen immer höheren Stellenwert.

Um diese Herausforderungen zu meistern, wurde die Pflegeversicherung in den letzten Jahren stufenweise reformiert, zuletzt durch das Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG), das zahlreiche Verbesserungen bringt, u. a. zum 01.01.2024 Leistungserhöhungen und Verbesserungen bei der Verhinderungspflege bei Pflegebedürftigen unter 25 Jahren aufgrund eines Gemeinsamen Jahresbetrags. Soweit Verbesserungen Mitte 2024 bzw. Mitte 2025 in Kraft treten, wird darauf bereits verwiesen.

Die vorliegende Einführung (Kapitel 1 bis 4) erläutert die Grundlagen der sozialen Pflegeversicherung auf aktuellem Rechtsstand.

In Kapitel 5 steht der Wortlaut des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) zum Nachlesen der gesetzlichen Grundlagen zur Verfügung.

Thomas Knoche

Abkürzungen

Abs.	Absatz
EEE	einrichtungseinheitlicher Eigenanteil
ff.	fortfolgend(e)
FPfZG	Familienpflegezeitgesetz
i.V.m.	in Verbindung mit
MD	Medizinischer Dienst (bis 2021: MDK)
NBI	Neues Begutachtungsinstrument
PflegeZG	Pflegezeitgesetz
PG	Pflegegrad
PUEG	Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz
SGB	Sozialgesetzbuch
SGB I	Sozialgesetzbuch – Erstes Buch (Allgemeiner Teil)
SGB III	Sozialgesetzbuch – Drittes Buch (Arbeitsförderung)
SGB V	Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch (Gesetzliche Krankenversicherung)
SGB VI	Sozialgesetzbuch – Sechstes Buch (Gesetzliche Rentenversicherung)
SGB VII	Sozialgesetzbuch – Siebtes Buch (Gesetzliche Unfallversicherung)
SGB XI	Sozialgesetzbuch – Elftes Buch (Soziale Pflegeversicherung)
SGB XII	Sozialgesetzbuch – Zwölftes Buch (Sozialhilfe)
z. B.	zum Beispiel

1 Pflegebedürftigkeit und Leistungsübersicht

Versicherungsrechtliche Voraussetzungen	10
Der Pflegebedürftigkeitsbegriff	14
Die fünf Pflegegrade	17
Das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit	19
Grundsätze des Leistungsrechts, Leistungsübersicht	21

1 Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

1

Mitgliedschaft

Die soziale Pflegeversicherung leistet nur an Mitglieder der Versicherung. Grundsätzlich ist jeder, der Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse ist, auch Mitglied in der gesetzlichen Pflegeversicherung (§ 1 Abs. 2 SGB XI). Die gilt sowohl für Pflichtversicherte (siehe Katalog in § 20 SGB XI) als auch für freiwillig Versicherte. Wie in den anderen Sparten der Sozialversicherung gilt das Prinzip der Familienversicherung. So sind Ehegatten und Kinder von Versicherten in der Pflegeversicherung mitversichert. Für die Mitversicherung der Kinder gelten Einkommens- und Altersgrenzen (§ 25 Abs. 2 SGB XI).

Personen, die aufgrund ihrer Lebens-, Einkommens- oder Beschäftigungsverhältnisse nicht mehr zum Personenkreis der Pflicht- oder Familienversicherten zählen, können die Weiterversicherung in der Pflegeversicherung beantragen (§ 26 SGB XI).

Bei Beziehern von Sozialleistungen (Bürgergeld, Sozialhilfe) zahlt der Träger (Jobcenter, Sozialamt) die Beiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung; Privatversicherte erhalten einen Zuschuss.

Endet die Mitgliedschaft durch Tod, erlöschen Ansprüche auf Kostenerstattung nicht, wenn sie innerhalb von zwölf Monaten nach dem Tod des Berechtigten geltend gemacht werden (§ 35 SGB XI). Das gilt insbesondere bei Kurzzeitpflege, bei Angeboten zur Unterstützung im Alltag, beim Entlastungsbetrag und bei Pflegehilfsmitteln. Hier geht der Berechtigte in der Regel in Vorleistung und erhält nachfolgend bei Vorlage der Rechnungsbelege von der Pflegeversicherung eine Erstattung der Kosten.

Vorversicherungszeit

Für den Bezug von Leistungen aus der Pflegeversicherung ist eine bestimmte Vorversicherungszeit erforderlich (§ 33 Abs. 2 SGB XI). Anspruch auf Leistungen besteht, wenn der Versicherte in den letzten zehn Jahren vor der Antragstellung mindestens zwei Jahre als Mitglied versichert oder familienversichert war. Zeiten der Weiterversicherung während eines Auslandsaufenthalts (§ 26 Abs. 2 SGB XI) werden bei der Ermittlung der erforderlichen Vorversicherungszeit mitberücksichtigt. Für versicherte Kinder gilt die Vorversicherungszeit als erfüllt, wenn ein Elternteil sie erfüllt.

Beitragsfinanzierung

Die Pflegeversicherung ist beitragsfinanziert (§55 SGB XI). Der Beitragssatz liegt seit dem 01.07.2023 grundsätzlich bei 3,4 Prozent des Bruttoeinkommens. Eine Ausnahme gibt es bei kinderlosen Versicherten: Sie müssen – alleine – einen Zuschlag leisten. Dieser Beitragszuschlag für Kinderlose beläuft sich seit dem 01.07.2023 auf 0,6 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen.

Eine weitere Ausnahme gilt für Versicherte mit mehr als einem Kind, denn seit 01.07.2023 gelten für Eltern unterschiedliche Beitragssätze in der Pflegeversicherung, je nachdem, wie viele Kinder sie haben. Ab dem zweiten Kind unter 25 Jahren gilt nun je Kind ein Abschlag in Höhe von 0,25 Beitragssatzpunkten. Dies gilt bis zum fünften Kind. Ab dem fünften Kind bleibt es bei einer Entlastung in Höhe eines Abschlags von insgesamt bis zu 1,0 Beitragssatzpunkten. Der Abschlag gilt bis zum Ablauf des Monats, in dem das jeweilige Kind das 25. Lebensjahr vollendet hat.

Der Arbeitgeberanteil beträgt unabhängig von der Anzahl der zu berücksichtigenden Kinder stets 1,7 Prozent. Diese paritätische Beitragsfinanzierung gilt (fast) im ganzen Bundesgebiet – mit Ausnahme des Freistaates Sachsen: Dort muss der Arbeitgeber stets nur 1,2 Prozent des Pflegeversicherungsbeitrags übernehmen; sächsische Arbeitnehmer müssen also einen höheren Arbeitnehmerbeitrag zahlen. Hintergrund dieser Sonderregelung ist, dass 1995 zur Finanzierung der neu geschaffenen Pflegeversicherung ein gesetzlicher Feiertag (Buß- und Betttag) gestrichen wurde – außer eben in Sachsen. Dies wird nun nach wie vor durch einen höheren Beitrag kompensiert (vgl. §58 Abs. 3 SGB XI).

Es gelten somit seit dem 01.07.2023 folgende Beitragssätze:

- Mitglieder ohne Kinder = 4,00 % (Arbeitnehmer-Anteil: 2,3 %)
- Mitglieder mit 1 Kind = 3,40 % (Arbeitnehmer-Anteil: 1,7 %)
- Mitglieder mit 2 Kindern = 3,15 % (Arbeitnehmer-Anteil: 1,45 %)
- Mitglieder mit 3 Kindern = 2,90 % (Arbeitnehmer-Anteil: 1,2 %)
- Mitglieder mit 4 Kindern = 2,65 % (Arbeitnehmer-Anteil: 0,95 %)
- Mitglieder ab 5 Kindern = 2,40 % (Arbeitnehmer-Anteil: 0,7 %)

Teilleistungssystem

- 1 Die Pflegeversicherung ist als ein sogenanntes Teilleistungssystem konzipiert, was zur Begrenzung der Versicherungsleistungen auf gesetzlich festgesetzte Höchstbeträge führt. Ein darüber hinausgehender Bedarf an Pflegeleistungen muss aus eigenem Einkommen oder Vermögen finanziert werden; ist dies nicht möglich, werden notwendige Leistungen durch die Sozialhilfe im Rahmen der Hilfe zur Pflege sichergestellt.

Wichtig: Das Sozialamt prüft, ob es unterhaltspflichtige Dritte, meist die Kinder, gibt. Ist das der Fall, fordert sie die Aufwendungen zurück. Mit dem Angehörigenentlastungsgesetz wurde Anfang 2020 für Unterhaltspflichtige eine entscheidende Verbesserung eingeführt: Auf ihr Einkommen wird seitdem erst ab einem Jahresbetrag von mehr als 100.000 Euro zurückgegriffen.

Antragspflicht, Beratungsanspruch

Leistungen der Pflegeversicherung werden nur auf Antrag gewährt! Die Pflegeversicherung wird also nicht automatisch auf den Versicherten zukommen.

Unverzüglich nach Eingang eines Antrags auf Leistungen sind die Pflegekassen verpflichtet, den Pflegebedürftigen kostenlos zu informieren, insbesondere über:

- die unentgeltliche Pflegeberatung (§ 7a SGB XI)
- die nächstgelegenen Pflegestützpunkte (§ 7c SGB XI)
- die Leistungs- und Preisvergleichslisten der zugelassenen Pflegeeinrichtungen und Dienstleister für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistungen (diese Listen müssen auf Anforderung zugesandt werden, bei vielen Kassen sind diese auch auf der Homepage abrufbar)

Neben dieser Informationspflicht besteht auch ein Beratungsanspruch des Versicherten, wenn er erstmals einen Antrag stellt, aber auch bei späteren Folgeanträgen. Gleiches gilt, wenn der Versicherte gegenüber der Pflegekasse den Bedarf einer Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit erklärt (§ 7b SGB XI).

Dem Pflegebedürftigen ist in diesen Fällen ein Angebot auf eine Beratung innerhalb von zwei Wochen nach Antragstellung zu machen. Dazu kann die Pflegekasse einen konkreten Beratungstermin und

eine Kontaktperson benennen oder einen Beratungsgutschein für eine Beratungsstelle ausstellen. Auf Wunsch des Pflegebedürftigen darf der Termin zur Beratung aber auch außerhalb der Zweiwochenfrist liegen und/oder in der häuslichen Umgebung des Versicherten stattfinden. Auch über diese Optionen muss die Pflegekasse informieren.

Mitwirkungspflichten

Der Pflegebedürftige, der Leistungen der Pflegeversicherung beantragt hat oder bereits erhält, muss – wie im Sozialleistungsrecht üblich – mitwirken. Er muss also dazu beitragen, dass der Antrag bearbeitet werden kann bzw. dass nur Leistungen gewährt werden, die ihm in der jeweiligen Lebenssituation zustehen. Die Mitwirkungspflichten sind – übergreifend für alle Sozialleistungen – im Ersten Buch Sozialgesetzbuch (SGB I; dort in den §§ 60 ff.) geregelt, insbesondere:

- Angabe aller leistungserheblichen Tatsachen (z. B. Beispiel Name, Alter, Pflegegrad, Bezug anderer Sozialleistungen)
- Änderungen in den Verhältnissen, die für den Bezug der Leistung erheblich sind (z. B. gesundheitliche Verbesserungen)
- Benennung und – wenn gewünscht – Vorlage von Beweismitteln (z. B. Gutachten)
- Persönliches Erscheinen auf Verlangen der Pflegekasse
- Untersuchungspflicht
- Unterziehung einer Heilbehandlung

Kommt der Versicherte den Mitwirkungspflichten nicht oder nicht vollständig nach, kann die Pflegekasse die Leistung bis zur Nachholung ganz oder teilweise versagen oder entziehen (vgl. § 66 SGB I). Über diese Folgen muss die Kasse den Versicherten schriftlich informieren und ihm für die Nachholung seiner Mitwirkungspflicht eine angemessene Frist setzen.

Die Mitwirkungspflicht ist nicht grenzenlos, sie muss sich im Rahmen des Verhältnismäßigen halten. Die Grenzen zeigt § 65 SGB I auf. Danach muss die Mitwirkungspflicht nicht erfüllt werden, wenn

- sie in keinem angemessenen Verhältnis zu der in Anspruch genommenen Pflegeversicherungsleistung steht, der finanzielle und zeit-

1

liche Aufwand für den Pflegebedürftigen also höher ist als der Nutzen der Leistung;

- ihre Erfüllung dem Betroffenen aus einem wichtigen (körperlichen, seelischen, geistigen, familiären oder sozialen) Grund nicht zugemutet werden kann;
- die Pflegekasse sich mit einem geringeren Aufwand als der Pflegebedürftige die erforderliche Kenntnis beschaffen kann;
- bei Untersuchungen oder einer Behandlung ein Schaden für das Leben oder die Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht ausgeschlossen werden kann oder für den Versicherten mit erheblichen Schmerzen verbunden ist.

Der Pflegebedürftigkeitsbegriff

Als pflegebedürftig werden in § 14 SGB XI Personen definiert, die aufgrund gesundheitlich bedingter Beeinträchtigungen ihrer Selbstständigkeit oder ihrer Fähigkeiten nach Maßgabe der im SGB XI abschließend festgelegten Bereiche (sog. Module) und deren Kriterien der Hilfe durch andere bedürfen. Der Hilfebedarf muss auf den in den Kriterien beschriebenen, gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten beruhen. Andere Ursachen für einen Hilfebedarf bleiben außer Betracht.

Die Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten werden personenbezogen und unabhängig vom jeweiligen (Wohn-)Umfeld in einem Begutachtungstermin (siehe unten „Feststellung der Pflegebedürftigkeit“) ermittelt.

Pflegebedürftigkeit wird dann über die gesetzliche Versicherung abgesichert, wenn sie längerfristig und nicht nur gelegentlich besteht. Eine zeitliche Untergrenze bilden Beeinträchtigungen, die voraussichtlich für mindestens sechs Monate vorliegen.

Wichtig: Die Entscheidung über das Bestehen einer voraussichtlichen längerfristigen Pflegebedürftigkeit kann bereits vor Ablauf von sechs Monaten getroffen werden. Voraussetzung ist, dass die Dauerhaftigkeit vorhersehbar ist. Dauerhaftigkeit ist auch dann gegeben, wenn die verbleibende Lebensspanne möglicherweise weniger als sechs Monate beträgt.

Ob eine Pflegebedürftigkeit vorliegt, prüft ein Gutachter. Dieser wird von der Pflegekasse beauftragt, sobald dort vom Versicherten Leis-

tungen der Pflegeversicherung beantragt wurden. Bei gesetzlich Versicherten wird der Medizinische Dienst (bis 2021 als „MDK“ bekannt) beauftragt, bei Privatversicherten die Firma Medicproof.

Ergibt die Prüfung des Gutachters, dass Defizite in der Selbstständigkeit bzw. in den Fähigkeiten vorliegen, stellt er zusätzlich fest, in welchem Maße diese beeinträchtigt sind. Nach einem festen Prüf- und Punktesystem (dem Begutachtungsinstrument NBI) ermittelt er den Pflegegrad. Dieser Pflegegrad wiederum entscheidet darüber, welche Leistungen bzw. in welcher Höhe Leistungen bewilligt werden.

Zur Ermittlung der Pflegebedürftigkeit und des Pflegegrades werden die in § 14 Abs. 2 SGB XI aufgelisteten sechs Bereiche (sog. Module) näher betrachtet:

1. Mobilität

Zu bewertende Kriterien innerhalb dieses Moduls: Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen

2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Zu bewertende Kriterien innerhalb dieses Moduls: 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

Zu bewertende Kriterien innerhalb dieses Moduls: 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

4. Selbstversorgung

Zu bewertende Kriterien innerhalb dieses Moduls: Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und

Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parental oder über Sonde, Bestehen gravierender Probleme bei Sonde, Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen

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

Zu bewertende Kriterien innerhalb dieses Moduls:

- a) Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel
- b) Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abfuhrmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung
- c) zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie
- d) das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften

6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Zu bewertende Kriterien innerhalb dieses Moduls: Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds

Die fünf Pflegegrade

Ausschlaggebend für die Einstufung in den jeweiligen Pflegegrad (PG) ist die Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten.

Pflegegrad (PG)	Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten
PG 1	Geringe
PG 2	Erhebliche
PG 3	Schwere
PG 4	Schwerste
PG 5	Schwerste mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung

Bei der Ermittlung des Pflegegrades wird der Grad der Selbstständigkeit bzw. der Fähigkeiten in den sechs oben genannten Lebensbereichen (Modulen) ermittelt.

Der Gutachter prüft dabei das Ausmaß der Einschränkung in diesen Bereichen (Modulen) und nimmt eine Gesamtbewertung vor. Dann erfolgt die Einstufung in einen der fünf Pflegegrade.

Die in § 14 SGB XI festgelegten Lebensbereiche (Module) korrespondieren also mit der Festlegung der Pflegegrade; diese wird anhand der in § 15 SGB XI und seiner Anlagen 1 und 2 festgelegten Vorgaben vorgenommen:

- **Schritt 1:** Zuordnung von Einzelpunkten in den Modulen 1 bis 6 nach der **Anlage 1** zu § 15 SGB XI
- **Schritt 2:** Zusammenrechnen der Einzelpunkte und Gewichtung der Gesamtpunkte im jeweiligen Modul gemäß der **Anlage 2** zu § 15 SGB XI sowie Zusammenrechnen der gewichteten Punkte

Modul	Modulinhalt	Gewichtung
Modul 1	Mobilität	10 %
Module 2 und 3	Kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Probleme	15 %
Modul 4	Selbstversorgung	40 %

Modul	Modulinhalt	Gewichtung
Modul 5	Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	20 %
Modul 6	Gestaltung des Alltagslebens, soziale Kontakte	15 %

- **Schritt 3:** Das Gesamtergebnis der gewichteten Punkte wird dem jeweiligen Pflegegrad nach § 15 Abs. 3 SGB XI zugeordnet.

PG	Einstufung der Beeinträchtigung	Gesamtpunkte
PG 1	geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	ab 12,5 bis unter 27
PG 2	erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	ab 27 bis unter 47,5
PG 3	schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	ab 47,5 bis unter 70
PG 4	schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	ab 70 bis unter 90
PG 5	schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung	ab 90 bis 100

Diese Schritte sind gesetzlich vorgegeben, der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat zudem in „Richtlinien zum Verfahren der Feststellung von Pflegebedürftigkeit sowie zur pflegefachlichen Konkretisierung der Inhalte des Begutachtungsinstruments nach dem Elften Buch des Sozialgesetzbuches (Begutachtungs-Richtlinien – BRi)“ genau definiert, was unter den einzelnen Kriterien je Modul zu verstehen ist und wie diese nach der Einteilung „selbstständig“, „überwiegend selbstständig“, „überwiegend unselbstständig“ und „unselbstständig“ bzw. „Fähigkeit vorhanden/unbeeinträchtigt“, „Fähigkeit größtenteils vorhanden“, „Fähigkeit in geringem Maße vorhanden“, „Fähigkeit nicht vorhanden“ (vgl. Anlage 1 zu § 15 SGB XI) zu bewerten sind.

Das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

1

Normale Frist zur Begutachtung

Nach Antragstellung durch den Versicherten beauftragt die Pflegekasse den Medizinischen Dienst (MD; bis 2021 besser bekannt als MDK) oder andere unabhängige Gutachter mit der Prüfung, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welcher Pflegegrad vorliegt. Die voraussichtliche Dauer der Pflegebedürftigkeit ist ebenso zu ermitteln. Darüber hinaus 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.

Nach § 18a Abs. 2 SGB XI soll die Begutachtung im Wohnbereich des Antragstellers erfolgen. Dazu muss der Antragsteller sein Einverständnis erklären. Wird die Einwilligung nicht gegeben, kann die Pflegekasse die beantragten Leistungen verweigern.

Der Begutachtungstermin muss innerhalb von 20 Arbeitstagen nach Ihrem Antrag durchgeführt werden. Wird diese Frist nicht eingehalten, muss die Pflegekasse dem Antragsteller mindestens drei unabhängige Gutachter nennen. Der Antragsteller muss dann einen davon auswählen und die Pflegekasse innerhalb einer Woche entsprechend informieren.

Verkürzte Frist zur Begutachtung

Die Frist von 20 Arbeitstagen kann auch kürzer sein. Befindet sich der Pflegebedürftige im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung, kann die Frist für den Begutachtungstermin auch stark verkürzt sein; § 18a Abs. 5 SGB XI spricht hier von unverzüglich bzw. innerhalb von 5 Arbeitstagen (sog. Eilbegutachtung), wenn die dort genannten Voraussetzungen erfüllt sind:

- Es liegen Hinweise vor, dass eine Begutachtung in der Einrichtung zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung erfolgen muss, oder
- es wurde Pflegezeit gegenüber dem Arbeitgeber der Pflegeperson angekündigt bzw. Familienpflegezeit mit dem Arbeitgeber der Pflegeperson vereinbart.

1

Die kürzere Frist zur Durchführung der Begutachtung gilt auch für den Fall, dass sich der Antragsteller in einem Hospiz befindet oder ambulant palliativ versorgt wird.

Eine verkürzte Begutachtungsfrist von 10 Arbeitstagen gibt § 18a Abs. 6 SGB XI vor, wenn

- der Antragsteller im häuslichen Umfeld gepflegt wird, ohne palliativ versorgt zu werden, und
- die Inanspruchnahme von Pflegezeit gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt oder mit dem Arbeitgeber eine Familienpflegezeit vereinbart wurde.

Bei der verkürzten Begutachtungsfrist muss die Empfehlung des Gutachters nur eine Aussage darüber treffen, ob überhaupt eine Pflegebedürftigkeit vorliegt und – wenn ja – ob mindestens der Pflegegrad 2 erfüllt ist. Eine abschließende Beurteilung, insbesondere welcher Pflegegrad vorliegt, wird nachgeholt.

Begutachtung nach Aktenlage

In Ausnahmefällen ist es auch möglich, dass das Gutachten nach Aktenlage erfolgt. Dies ist etwa der Fall, wenn eine persönliche Begutachtung

- unzumutbar ist (z. B. bei stationärer Hospizversorgung oder ambulanter Palliativpflege),
- unnötig ist, weil sich bereits aus der Aktenlage eindeutig ergibt, dass die Voraussetzungen des beantragten Pflegegrades erfüllt sind (z. B. schwerste Einschränkungen durch fortgeschrittene Krankheiten wie ALS).

Frist zur Bearbeitung, Entscheidung

Dem Antragsteller soll die Entscheidung der Pflegekasse spätestens 25 Arbeitstage nach Antragseingang schriftlich mitgeteilt werden (§ 18c Abs. 1 Satz 1 SGB XI); innerhalb dieser 25 Arbeitstage haben also folgende Arbeitsschritte zu erfolgen:

- Die Pflegekasse beauftragt einen Gutachter mit der Prüfung, ob Pflegebedürftigkeit vorliegt.
- Der Gutachter vereinbart einen Termin für die persönliche Begutachtung mit dem Antragsteller.
- Der Begutachtungstermin findet statt.

- Der Gutachter verfasst sein Gutachten und sendet es an die Pflegekasse.
- Die Pflegekasse entscheidet über den Antrag und versendet das Schreiben mit der Entscheidung über das Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit und den erreichten Pflegegrad.

Es kann vorkommen, dass die Entscheidung nicht innerhalb dieser Frist erfolgt. Nach § 18c Abs. 5 SGB XI muss die Pflegekasse dann grundsätzlich für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung unverzüglich einen Betrag von 70 Euro an den Antragsteller zahlen.

Wurde der Antrag auf einen Pflegegrad abgelehnt, so können Versicherte Widerspruch einlegen. In der Praxis kommt dies nicht selten vor, jeder dritte Antrag wird derzeit zunächst einmal abgelehnt (vgl. BARMER-Report, 2020, S. 7). Dazu muss eine Frist von einem Monat nach Zugang der Entscheidung der Pflegekasse vom Versicherten eingehalten werden.

Grundsätze des Leistungsrechts, Leistungsübersicht

Bei den Leistungen der Pflegeversicherung wird unterschieden zwischen Dienst-, Sach- und Geldleistungen für den Bedarf an körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung sowie Kostenerstattung, soweit sie im SGB XI vorgesehen ist (§ 4 SGB XI). Hinzu kommen bei teilstationärer Pflege, Kurzzeitpflege und vollstationärer Pflege die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege.

Die Pflegekassen und die Leistungserbringer haben sicherzustellen, dass die Leistungen nach allgemein anerkanntem Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse erbracht werden.

In der Pflegeversicherung geht man von den Grundsätzen „Vorrang der häuslichen Pflege“ und „Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation“ aus (§§ 3 und 5 SGB XI). Den Pflegebedürftigen soll es dadurch ermöglicht werden, möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung zu bleiben – mit der Konsequenz, dass zunächst auf die Pflegebereitschaft von Angehörigen und Nachbarn abgestellt wird (vgl. § 3 Satz 1 SGB XI). Damit einher geht die Verpflichtung der Pflegeversicherung, diesen Personenkreis zu unterstützen und zum Kompetenzerwerb beizutragen, z.B. durch Pflegeberatung (§ 7a SGB XI), durch die bei Bezug von Pflegegeld abzurufenden Bera-