

Fachbereich Sozial- und Kulturwissenschaften
Politikwissenschaften
Blockseminar „Pflege in Deutschland“
Blockseminar 1.02.2012

Die Sozialversicherung in Deutschland

Dr. Harry Fuchs, Düsseldorf

Gemeinsame Verantwortung (§ 8 SGB XI)

- Die pflegerische Versorgung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe
- Die Länder, die Kommunen, die Pflegeeinrichtungen und die Pflegekassen wirken unter Beteiligung des MDK eng zusammen, um eine
- regional gegliederte, ortsnahe und aufeinander abgestimmte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten.
- Sie tragen zum Ausbau und zur Weiterentwicklung der notwendigen Angebotsstrukturen bei;
- Das gilt insbesondere für die Ergänzung des Angebots an häuslicher und stationärer Versorgung durch neue Formen der teilstationären Pflege und Kurzzeitpflege
- sowie für die Vorhaltung eines Angebots von die Pflege ergänzenden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

Aufgaben der Länder (§ 8 SGB XI)

- Die Länder sind verantwortlich für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur.
- Das Nähere zur Planung und Förderung der Pflegeeinrichtungen wird durch Landesrecht bestimmt (Landespflege-Gesetze).
- Durch Landesrecht kann auch bestimmt werden, ob und in welchem Umfang eine im Landesrecht vorgesehene und an der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Pflegebedürftigen orientierte finanzielle Unterstützung
 1. der Pflegebedürftigen bei der Tragung der ihnen von den Pflegeeinrichtungen berechneten betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen oder
 2. der Pflegeeinrichtungen bei der Tragung ihrer betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungenals Förderung der Pflegeeinrichtungen gilt.

Gesetz zur Umsetzung des Pflege-Versicherungsgesetzes (Landespflegegesetz NW) vom 19.3.1996

§ 1 – Ziel – Auszug -

- (1) Ziel dieses Gesetzes ist es, eine leistungsfähige und wirtschaftliche ambulante, teilstationäre, vollstationäre und komplementäre Angebotsstruktur für alle Pflegebedürftigen zu gewährleisten. Die Struktur soll sich an den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen und der sie Pflegenden orientieren. Sie soll in kleinen, überschaubaren und stadtteilbezogenen Formen unter Beachtung der Grundsätze der Qualitätssicherung, der Wirtschaftlichkeit und des Wettbewerbs der Anbieter untereinander entwickelt werden. Die darauf aufbauende Versorgung soll nach dem Grundsatz des Vorrangs der häuslichen Versorgung ortsnah, aufeinander abgestimmt und nach dem allgemein anerkannten medizinisch-pflegerischen Erkenntnisstand sichergestellt werden und die pflegenden Angehörigen bei der häuslichen Pflege unterstützen. Das bürgerschaftliche Engagement in der häuslichen und in der stationären Pflege ist zu stärken.

Gesetz zur Umsetzung des Pflege-Versicherungsgesetzes (Landespflegegesetz NW) vom 19.3.1996

§ 2 - Sicherstellung der pflegerischen Angebotsstruktur –

- (1) Die Kreise und kreisfreien Städte sind verpflichtet, eine den örtlichen Anforderungen entsprechende und die Trägervielfalt berücksichtigende pflegerische Angebotsstruktur nach Maßgabe dieses Gesetzes sicherzustellen.
- (2) Die kreisangehörigen Städte und Gemeinden sind die Aufgabenwahrnehmungen nach diesem Gesetz mit einzubeziehen.
- (3) Öffentliche Träger sollen neue eigene Einrichtungen nur errichten, soweit sich keine geeigneten freigemeinnützigen oder privaten Träger finden.
- (4) Die Träger der Pflegedienste und Pflegeeinrichtungen sind zur Kooperation verpflichtet, um eine auf den Einzelfall abgestimmte Pflege unter Beachtung der Wünsche der Pflegebedürftigen sicherzustellen.

Gesetz zur Umsetzung des Pflege-Versicherungsgesetzes (Landespflegegesetz NW) vom 19.3.1996

§ 5 – Pflegekonferenzen –

- (1) Zur Umsetzung der in diesem Gesetz und in den §§ 8 und 9 SGB XI vorgegebenen Aufgaben richten die Kreise und kreisfreien Städte Pflegekonferenzen ein und übernehmen deren Geschäftsführung.
- (2) Aufgabe der Pflegekonferenzen ist die Mitwirkung bei der Sicherung und qualitativen Weiterentwicklung der pflegerischen Angebotsstruktur einschließlich der notwendigen komplementären Hilfen. Hierzu gehören insbesondere:
 - die Mitwirkung an der kommunalen Pflegeplanung,
 - die Förderung der Beteiligung von Betroffenen an Fragen der zukünftigen Sicherung der Pflege in den Kommunen,
 - die Hinwirkung auf eine koordinierte Aufgabenwahrnehmung im Aufgabenfeld der an der Pflege beteiligten Akteure, insbesondere im Bereich der Beratung und des Fallmanagements.Allgemeine Erfahrungsberichte der Heimaufsicht sind regelmäßig in die Beratungen einzubeziehen.
- (3) Mitglieder der Pflegekonferenzen sind neben dem Kreis oder der kreisfreien Stadt Vertreterinnen oder Vertreter von Pflegeeinrichtungen einschließlich der Heimbeiräte oder der Heimfürsprecher, Pflegekassen und der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, der kommunalen Seniorenvertretung und eine angemessene Zahl von Beteiligten der Arbeitsgemeinschaft der örtlichen Selbsthilfegruppen Pflegebedürftiger, Behinderter und chronisch Kranker, ihrer Angehörigen und gesetzlichen Betreuer. Kreisangehörige Gemeinden können Vertreterinnen und Vertreter entsenden. Andere an der pflegerischen Versorgung beteiligte Institutionen oder Organisationen können hinzugezogen werden.

Gesetz zur Umsetzung des Pflege-Versicherungsgesetzes (Landespflegegesetz NW) vom 19.3.1996

§ 6 – Kommunale Pflegeplanung –

- (1) Die Pflegeplanung der Kreise und kreisfreien Städte dient
1. der Bestandsaufnahme über das vorhandene Angebot an Pflegediensten und Pflegeeinrichtungen,
 2. der Überprüfung, ob über den Pflegemarkt ein qualitativ und quantitativ ausreichendes sowie wirtschaftliches Hilfeangebot für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen zur Verfügung gestellt wird und gemäß § 11 Abs. 2 SGB XI die Vielfalt der Träger von Pflegeeinrichtungen gewahrt und deren Selbstständigkeit, Selbstverständnis und Unabhängigkeit beachtet werden,
 3. der Klärung der Frage, ob und ggf. welche Maßnahmen von den Kreisen und kreisfreien Städten zur Sicherung und Weiterentwicklung des Hilfeangebotes ergriffen werden müssen und
 4. der Förderung der Beteiligung von bürgerschaftlichem Engagement im Zusammenhang von Pflege und Betreuung zur Sicherstellung der sozialen Teilhabe Pflegebedürftiger
- Darüber hinaus soll die kommunale Pflegeplanung Angebote der komplementären Hilfen, neue Wohn- und Pflegeformen sowie zielgruppenspezifische Angebotsformen aufzeigen und bei der Weiterentwicklung der örtlichen Infrastruktur einbeziehen.
- (2) Die Kreise und kreisfreien Städte berichten regelmäßig entsprechend den Vorgaben des Absatzes 1 über die Entwicklung auf dem örtlichen Pflegemarkt und über ihre Maßnahmen zur Sicherung und Weiterentwicklung des örtlichen Hilfeangebotes. Die Kreise beteiligen die kreisangehörigen Gemeinden und die kommunalen Pflegekonferenzen bei der Aufstellung kommunaler Pflegepläne.

Aufgaben der Pflegekassen (§ 12 SGB XI)

- Die Pflegekassen sind für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung ihrer Versicherten verantwortlich.
- Sie arbeiten dabei mit allen an der pflegerischen, gesundheitlichen und sozialen Versorgung Beteiligten eng zusammen und
- wirken, insbesondere durch Pflegestützpunkte nach § 92 c SGB XI, auf eine Vernetzung der regionalen und kommunalen Versorgungsstrukturen hin, um eine Verbesserung der wohnortnahen Versorgung pflege- und betreuungsbedürftiger Menschen zu ermöglichen.
- Die Pflegekassen sollen zur Durchführung der ihnen gesetzlich übertragenen Aufgaben örtliche und regionale Arbeitsgemeinschaften bilden. § 94 Abs. 2 bis 4 SGB X gilt entsprechend.

Sicherstellungsauftrag (§ 69 SGB XI)

- Die Pflegekassen haben im Rahmen ihrer Leistungsverpflichtung eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse entsprechende pflegerische Versorgung der Versicherten zu gewährleisten (Sicherstellungsauftrag).
- Sie schließen hierzu **Versorgungsverträge** sowie **Vergütungsvereinbarungen** mit den Trägern von Pflegeeinrichtungen (§ 71) und sonstigen Leistungserbringern.
- Dabei sind die **Vielfalt, die Unabhängigkeit und Selbständigkeit** sowie das **Selbstverständnis der Träger von Pflegeeinrichtungen** in Zielsetzung und Durchführung ihrer Aufgaben **zu achten**.

Pflegeeinrichtungen (§ 71 SGB XI)

- ambulante Pflegeeinrichtungen -

(1) Ambulante Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste) im Sinne dieses Buches sind selbständig wirtschaftende Einrichtungen, die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung pflegen und hauswirtschaftlich versorgen.

Pflegeeinrichtungen (§ 71 SGB XI - Stationäre Einrichtungen -

- (2) Stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) im Sinne dieses Buches sind selbständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige:
1. unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden,
 2. ganztägig (vollstationär) oder nur tagsüber oder nur nachts (teilstationär) untergebracht und gepflegt werden können.
- (4) Stationäre Einrichtungen, in denen die Leistungen zur medizinischen Vorsorge, zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben oder am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung kranker oder behinderter Menschen im Vordergrund des Zweckes der Einrichtung stehen, sowie Krankenhäuser sind keine Pflegeeinrichtungen im Sinne des Absatzes 2.

Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag (§ 72 SGB XI)

- (1) Die Pflegekassen dürfen ambulante und stationäre Pflege **nur** durch Pflegeeinrichtungen gewähren, mit denen ein **Versorgungsvertrag** besteht (zugelassene Pflegeeinrichtungen).
- In dem Versorgungsvertrag sind **Art, Inhalt und Umfang der allgemeinen Pflegeleistungen** (§ 84 Abs. 4) festzulegen, die von der Pflegeeinrichtung während der Dauer des Vertrages für die Versicherten zu erbringen sind (**Versorgungsauftrag**).
- (2) Der Versorgungsvertrag wird zwischen dem Träger der Pflegeeinrichtungund den Landesverbänden der Pflegekassen im Einvernehmen mit den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe im Land abgeschlossen,...;
- für mehrere oder alle selbständig wirtschaftenden Einrichtungen (§ 71 Abs. 1 und 2) eines Pflegeeinrichtungsträgers, die örtlich und organisatorisch miteinander verbunden sind, kann ein einheitlicher Versorgungsvertrag (Gesamtversorgungsvertrag) geschlossen werden.
 - Er ist für die Pflegeeinrichtung und für alle Pflegekassen im Inland unmittelbar verbindlich.

Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag (§ 72 SGB XI)

- (3) Versorgungsverträge dürfen nur mit Pflegeeinrichtungen abgeschlossen werden, die
1. den Anforderungen des § 71 genügen,
 2. die Gewähr für eine **leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung** bieten sowie eine in Pflegeeinrichtungen **ortsübliche Arbeitsvergütung** an ihre Beschäftigten zahlen,
 3. sich verpflichten, nach Maßgabe der Vereinbarungen nach § 113 einrichtungsintern ein **Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln,**
 4. sich verpflichten, alle Expertenstandards nach § 113a anzuwenden;
- ein **Anspruch auf Abschluss** eines Versorgungsvertrages **besteht**, soweit und solange die Pflegeeinrichtung diese Voraussetzungen erfüllt. Bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren geeigneten Pflegeeinrichtungen sollen die Versorgungsverträge **vorrangig mit freigemeinnützigen und privaten Trägern** abgeschlossen werden.
 - Bei **ambulanten Pflegediensten** ist in den Versorgungsverträgen der **Einzugsbereich** festzulegen, in dem die Leistungen zu erbringen sind.
- (4) Mit Abschluss des Versorgungsvertrages **wird die Pflegeeinrichtung** für die Dauer des Vertrages zur pflegerischen Versorgung der Versicherten **zugelassen**.
- **Nach § 73 Abs. 2 ist (2) gegen die Ablehnung eines Versorgungsvertrages durch die Landesverbände der Pflegekassen der Rechtsweg zu den Sozialgerichten gegeben**

Kündigung von Versorgungsverträgen (§ 74 SGB XI)

- (1) Der Versorgungsvertrag kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt werden, von den Landesverbänden der Pflegekassen jedoch nur, wenn die zugelassene Pflegeeinrichtung nicht nur vorübergehend eine der Voraussetzungen des § 72 Abs. 3 Satz 1 nicht oder nicht mehr erfüllt; dies gilt auch, wenn die Pflegeeinrichtung ihre Pflicht wiederholt gröblich verletzt, Pflegebedürftigen ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu bieten, die Hilfen darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen wiederzugewinnen oder zu erhalten und angemessenen Wünschen der Pflegebedürftigen zur Gestaltung der Hilfe zu entsprechen.
- Vor Kündigung durch die Landesverbände der Pflegekassen ist das Einvernehmen mit dem zuständigen Träger der Sozialhilfe (§ 72 Abs. 2 Satz 1) herzustellen. Die Landesverbände der Pflegekassen können im Einvernehmen mit den zuständigen Trägern der Sozialhilfe zur Vermeidung der Kündigung des Versorgungsvertrages mit dem Träger der Pflegeeinrichtung insbesondere vereinbaren, dass
 1. die verantwortliche Pflegefachkraft sowie weitere Leitungskräfte zeitnah erfolgreich geeignete Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen absolvieren,
 2. die Pflege, Versorgung und Betreuung weiterer Pflegebedürftiger bis zur Beseitigung der Kündigungsgründe ganz oder teilweise vorläufig ausgeschlossen ist.

Kündigung von Versorgungsverträgen (§ 74 SGB XI)

- (2) Der Versorgungsvertrag kann von den Landesverbänden der Pflegekassen auch **ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist** gekündigt werden, **wenn die Einrichtung ihre gesetzlichen oder vertraglichen Verpflichtungen gegenüber den Pflegebedürftigen oder deren Kostenträgern derart gröblich verletzt**, dass ein Festhalten an dem Vertrag nicht zumutbar ist.
- Das gilt insbesondere dann, wenn Pflegebedürftige infolge der Pflichtverletzung **zu Schaden kommen** oder die Einrichtung nicht erbrachte Leistungen gegenüber den Kostenträgern abrechnet. Das gleiche gilt, wenn dem Träger eines Pflegeheimes nach den **heimrechtlichen Vorschriften die Betriebserlaubnis entzogen oder der Betrieb des Heimes untersagt** wird. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.
 - (3) Die Kündigung bedarf der Schriftform. Für Klagen gegen die Kündigung gilt § 73 Abs. 2 entsprechend

Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und –vereinbarungen über die pflegerische Versorgung (§ 75 SGB XI)

- (1) Die Landesverbände der Pflegekassen schließen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung sowie des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. im Land mit den Vereinigungen der Träger der ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen im Land gemeinsam und einheitlich Rahmenverträge mit dem Ziel, eine wirksame und wirtschaftliche pflegerische Versorgung der Versicherten sicherzustellen. Für Pflegeeinrichtungen, die einer Kirche oder Religionsgemeinschaft des öffentlichen Rechts oder einem sonstigen freigemeinnützigen Träger zuzuordnen sind, können die Rahmenverträge auch von der Kirche oder Religionsgemeinschaft oder von dem Wohlfahrtsverband abgeschlossen werden, dem die Pflegeeinrichtung angehört. Bei Rahmenverträgen über ambulante Pflege sind die Arbeitsgemeinschaften der örtlichen Träger der Sozialhilfe, bei Rahmenverträgen über stationäre Pflege die überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die Arbeitsgemeinschaften der örtlichen Träger der Sozialhilfe als Vertragspartei am Vertragsschluss zu beteiligen. Die Rahmenverträge sind für die Pflegekassen und die zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Inland unmittelbar verbindlich.

Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und –vereinbarungen über die pflegerische Versorgung (§ 75 SGB XI)

(2) Die Verträge regeln insbesondere:

1. den Inhalt der Pflegeleistungen sowie bei stationärer Pflege die Abgrenzung zwischen den allgemeinen Pflegeleistungen, den Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung und den Zusatzleistungen,
2. die allgemeinen Bedingungen der Pflege einschließlich der Kostenübernahme, der Abrechnung der Entgelte und der hierzu erforderlichen Bescheinigungen und Berichte,
3. Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene, am **Versorgungsauftrag orientierte personelle und sächliche Ausstattung** der Einrichtungen,
4. die Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Pflege,
5. Abschläge von der Pflegevergütung bei vorübergehender Abwesenheit (Krankenhausaufenthalt, Beurlaubung) des Pflegebedürftigen aus dem Pflegeheim,
6. den Zugang des Medizinischen Dienstes und sonstiger von den Pflegekassen beauftragter Prüfer zu den Pflegeeinrichtungen,
7. die Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für Wirtschaftlichkeitsprüfungen,
8. die Grundsätze zur Festlegung der örtlichen oder regionalen Einzugsbereiche der Pflegeeinrichtungen, um Pflegeleistungen ohne lange Wege möglichst orts- und bürgernah anzubieten,
9. die Möglichkeiten, unter denen sich Mitglieder von Selbsthilfegruppen, ehrenamtliche Pflegepersonen und sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereite Personen an der Betreuung Pflegebedürftiger beteiligen können.

Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und –vereinbarungen über die pflegerische Versorgung (§ 75 SGB XI)

- (3) Als Teil der Verträge nach Absatz 2 Nr. 3 sind entweder
1. landesweite Verfahren zur Ermittlung des Personalbedarfs oder zur Bemessung der Pflegezeiten oder
 2. landesweite Personalrichtwerte zu vereinbaren.
- Dabei ist jeweils der besondere Pflege- und Betreuungsbedarf Pflegebedürftiger mit geistigen Behinderungen, psychischen Erkrankungen, demenzbedingten Fähigkeitsstörungen und anderen Leiden des Nervensystems zu beachten.
 - Bei der Vereinbarung der Verfahren nach Satz 1 Nr. 1 sind auch in Deutschland erprobte und bewährte internationale Erfahrungen zu berücksichtigen.
 - Die Personalrichtwerte nach Satz 1 Nr. 2 können als Bandbreiten vereinbart werden und umfassen bei teil- oder vollstationärer Pflege wenigstens
 1. das Verhältnis zwischen der Zahl der Heimbewohner und der Zahl der Pflege- und Betreuungskräfte (in Vollzeitkräfte umgerechnet), unterteilt nach Pflegestufen (Personalanzahlzahlen), sowie
 2. im Bereich der Pflege, der sozialen Betreuung und der medizinischen Behandlungspflege zusätzlich den Anteil der ausgebildeten Fachkräfte am Pflege- und Betreuungspersonal.
 - Die Heimpersonalverordnung bleibt in allen Fällen unberührt.

Leistungen der Pflegeversicherung

Leistungen bei häuslicher Pflege

Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI)

- Pflegebedürftige haben bei häuslicher Pflege Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung als Sachleistung (häusliche Pflegehilfe).
- Leistungen der häuslichen Pflege sind auch zulässig, wenn Pflegebedürftige nicht in ihrem eigenen Haushalt gepflegt werden; sie sind nicht zulässig, wenn Pflegebedürftige in einer stationären Pflegeeinrichtung oder in einer Einrichtung im Sinne des § 71 Abs. 4 gepflegt werden.
- Häusliche Pflegehilfe wird durch geeignete Pflegekräfte erbracht, die entweder von der Pflegekasse oder bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, mit denen die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, angestellt sind. Auch durch Einzelpersonen, mit denen die Pflegekasse einen Vertrag nach § 77 Abs. 1 abgeschlossen hat, kann häusliche Pflegehilfe als Sachleistung erbracht werden.
- Mehrere Pflegebedürftige können Pflege- und Betreuungsleistungen sowie hauswirtschaftliche Versorgung gemeinsam als Sachleistung in Anspruch nehmen (Poolen)

Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI)

- Der Anspruch auf Betreuungsleistungen als Sachleistung setzt voraus, dass die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung im Einzelfall sichergestellt sind. Betreuungsleistungen als Sachleistungen nach Satz 5 dürfen nicht zulasten der Pflegekassen in Anspruch genommen werden, wenn diese Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem Zwölften Buch, durch den zuständigen Träger der Eingliederungshilfe nach dem Achten Buch oder nach dem Bundesversorgungsgesetz finanziert werden.
- Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung umfassen Hilfeleistungen bei den in § 14 genannten Verrichtungen; die verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen gehören nicht dazu, soweit diese im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches zu leisten sind.

Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI)

Der Anspruch auf häusliche Pflegehilfe umfasst je Kalendermonat

- 1. für Pflegebedürftige der Pflegestufe I Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von
 - a) 420 Euro ab 1. Juli 2008,
 - b) 440 Euro ab 1. Januar 2010,
 - c) 450 Euro ab 1. Januar 2012,
- 2.
 - für Pflegebedürftige der Pflegestufe II Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von
 - a) 980 Euro ab 1. Juli 2008,
 - B 1.040 Euro ab 1. Januar 2010,
 - c) 1.100 Euro ab 1. Januar 2012,
- 3.
 - für Pflegebedürftige der Pflegestufe III Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von
 - a) 1.470 Euro ab 1. Juli 2008,
 - b) 1.510 Euro ab 1. Januar 2010,
 - c) 1.550 Euro ab 1. Januar 2012.

Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen (§ 37 SGB XI)

- Pflegebedürftige können anstelle der häuslichen Pflegehilfe ein Pflegegeld beantragen. Der Anspruch setzt voraus, daß der Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld dessen Umfang entsprechend die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung in geeigneter Weise selbst sicherstellt. Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat
 - 1. für Pflegebedürftige der Pflegestufe I
 - a) 215 Euro ab 1. Juli 2008,
 - b) 225 Euro ab 1. Januar 2010,
 - c) 235 Euro ab 1. Januar 2012,
 - 2. für Pflegebedürftige der Pflegestufe II
 - a) 420 Euro ab 1. Juli 2008,
 - b) 430 Euro ab 1. Januar 2010,
 - c) 440 Euro ab 1. Januar 2012,
 - 3. für Pflegebedürftige der Pflegestufe III
 - a) 675 Euro ab 1. Juli 2008,
 - b) 685 Euro ab 1. Januar 2010,
 - c) 700 Euro ab 1. Januar 2012.

Beratungseinsatz nach § 37 Abs. 3 SGB XI

Pflegebedürftige, die Pflegegeld nach Absatz 1 beziehen, haben

1. bei Pflegestufe I und II halbjährlich einmal,

2. bei Pflegestufe III vierteljährlich einmal

eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch

- eine zugelassene Pflegeeinrichtung, durch
- eine von den Landesverbänden der Pflegekassen nach Absatz 7 anerkannte Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz oder, sofern dies durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung vor Ort oder eine von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannte Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz nicht gewährleistet werden kann,
- durch eine von der Pflegekasse beauftragte, jedoch von ihr nicht beschäftigte Pflegefachkraft abzurufen.
- Die Beratung dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden.
- Die Vergütung für die Beratung ist von der zuständigen Pflegekasse

Kombination von Geldleistung und Sachleistung (Kombinationsleistung - § 38 SGB XI)

- Nimmt der Pflegebedürftige die ihm nach § 36 Abs. 3 und 4 zustehende Sachleistung nur teilweise in Anspruch, erhält er daneben ein anteiliges Pflegegeld im Sinne des § 37.
- Das Pflegegeld wird um den Vomhundertsatz vermindert, in dem der Pflegebedürftige Sachleistungen in Anspruch genommen hat.
- An die Entscheidung, in welchem Verhältnis er Geld- und Sachleistung in Anspruch nehmen will, ist der Pflegebedürftige für die Dauer von sechs Monaten gebunden.

Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39 SGB XI)

- Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse die Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens vier Wochen je Kalenderjahr;
- Voraussetzung ist, daß die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat.
- Die Aufwendungen der Pflegekassen können sich im Kalenderjahr auf bis zu 1.470 Euro ab 1. Juli 2008, auf bis zu 1.510 Euro ab 1. Januar 2010 und auf bis zu 1.550 Euro ab 1. Januar 2012 belaufen, wenn die Ersatzpflege durch Pflegepersonen sichergestellt wird, die mit dem Pflegebedürftigen nicht bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind und nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben.
- Bei einer Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse regelmäßig den Betrag des Pflegegeldes nach § 37 Abs. 1 nicht überschreiten, es sei denn, die Ersatzpflege wird erwerbsmäßig ausgeübt; in diesen Fällen findet der Leistungsbetrag nach Satz 3 Anwendung.
- Bei Bezug der Leistung in Höhe des Pflegegeldes für eine Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, können von der Pflegekasse auf Nachweis notwendige Aufwendungen, die der Pflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sind, übernommen werden.² Die Aufwendungen der Pflegekasse nach den Sätzen 4 und 5 dürfen zusammen den in Satz 3 genannten Betrag nicht übersteigen.

Häusliche Pflege durch Einzelpersonen (§ 77 SGB XI)

- 1) Zur Sicherstellung der häuslichen Pflege und Betreuung sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung kann die zuständige Pflegekasse Verträge mit einzelnen geeigneten Pflegekräften schließen, soweit
 1. die pflegerische Versorgung ohne den Einsatz von Einzelpersonen im Einzelfall nicht ermöglicht werden kann,
 2. die pflegerische Versorgung durch den **Einsatz von Einzelpersonen** besonders wirksam und wirtschaftlich ist (§ 29),
 3. dies den Pflegebedürftigen in besonderem Maße hilft, ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen (§ 2 Abs. 1), oder
 4. dies dem besonderen Wunsch der Pflegebedürftigen zur Gestaltung der Hilfe entspricht (§ 2 Abs. 2);
 - **Verträge mit Verwandten** oder Schwägerten des Pflegebedürftigen bis zum dritten Grad sowie mit Personen, die mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft leben, **sind unzulässig**.
 - In dem Vertrag sind Inhalt, Umfang, Qualität, Qualitätssicherung, Vergütung sowie Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vereinbarten Leistungen zu regeln;
 - die Vergütungen sind für Leistungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung sowie für Betreuungsleistungen nach § 36 Abs. 1 zu vereinbaren.
 - In dem Vertrag ist weiter zu regeln, daß die Pflegekräfte mit dem Pflegebedürftigen, dem sie Leistungen der häuslichen Pflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung erbringen, kein Beschäftigungsverhältnis eingehen dürfen.
 - Die Pflegekassen können Verträge ...schließen, wenn dies zur Sicherstellung der häuslichen Versorgung und der Betreuung ...unter **Berücksichtigung des in der Region vorhandenen ambulanten Leistungsangebots** oder um den Wünschen der Pflegebedürftigen zu entsprechen erforderlich ist.
- (2) **Die Pflegekassen** können bei Bedarf einzelne Pflegekräfte zur Sicherstellung der häuslichen Pflege **anstellen**, für die hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit und Qualität ihrer Leistungen die gleichen Anforderungen wie für die zugelassenen Pflegedienste nach diesem Buch gelten.

Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (§ 40 SGB XI) – Pflegehilfsmittel -

- (1) Pflegebedürftige haben Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, *die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen oder ihm eine selbständigere Lebensführung ermöglichen,*
- soweit die Hilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten sind.
- Die Pflegekasse überprüft die Notwendigkeit der Versorgung mit den beantragten Pflegehilfsmitteln unter Beteiligung einer Pflegefachkraft oder des Medizinischen Dienstes.
- Entscheiden sich Versicherte für eine Ausstattung des Pflegehilfsmittels, die über das Maß des Notwendigen hinausgeht, haben sie die Mehrkosten und die dadurch bedingten Folgekosten selbst zu tragen. § 33 Abs. 6 und 7 des Fünften Buches gilt entsprechend.
- (2) Die Aufwendungen der Pflegekassen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel dürfen monatlich den Betrag von 31 Euro nicht übersteigen. Die Leistung kann auch in Form einer Kostenerstattung erbracht werden.

Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (§ 40 SGB XI) – Technische Pflegehilfsmittel -

- (3) Die Pflegekassen sollen technische Pflegehilfsmittel in allen geeigneten Fällen vorrangig leihweise überlassen.
- Lehnen Versicherte die leihweise Überlassung eines Pflegehilfsmittels ohne zwingenden Grund ab, haben sie die Kosten des Pflegehilfsmittels in vollem Umfang selbst zu tragen
 - Sie können die Bewilligung davon abhängig machen, daß die Pflegebedürftigen sich das Pflegehilfsmittel anpassen oder sich selbst oder die Pflegeperson in seinem Gebrauch ausbilden lassen.
 - Der Anspruch umfaßt auch die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Pflegehilfsmitteln sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch.
 - Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben zu den Kosten der Pflegehilfsmittel mit Ausnahme der Pflegehilfsmittel nach Absatz 2 eine Zuzahlung von zehn vom Hundert, höchstens jedoch 25 Euro je Pflegehilfsmittel an die abgebende Stelle zu leisten.
 - Zur Vermeidung von Härten kann die Pflegekasse den Versicherten in entsprechender Anwendung des § 62 Abs. 1 Satz 1, 2 und 6 sowie Abs. 2 und 3 des Fünften Buches ganz oder teilweise von der Zuzahlung befreien. Versicherte, die die für sie geltende Belastungsgrenze nach § 62 des Fünften Buches erreicht haben oder unter Berücksichtigung der Zuzahlung nach Satz 4 erreichen, sind hinsichtlich des die Belastungsgrenze überschreitenden Betrags von der Zuzahlung nach diesem Buch befreit.

Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (§ 40 SGB XI) – Wohnumfeldverbesserung -

- (4) Die Pflegekassen können subsidiär finanzielle Zuschüsse für *Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen* gewähren, beispielsweise für technische Hilfen im Haushalt, wenn dadurch im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt wird.
- Die Höhe der Zuschüsse ist unter Berücksichtigung der Kosten der Maßnahme *sowie eines angemessenen Eigenanteils in Abhängigkeit von dem Einkommen des Pflegebedürftigen zu bemessen*. Die Zuschüsse dürfen einen Betrag in Höhe von 2 557 Euro je Maßnahme nicht übersteigen.
- (5) Für Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel, die sowohl den in § 23 und § 33 des Fünften Buches als auch den in Absatz 1 genannten Zwecken dienen können, prüft der Leistungsträger, bei dem die Leistung beantragt wird, ob ein Anspruch gegenüber der Krankenkasse oder der Pflegekasse besteht und entscheidet über die Bewilligung der Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel.

Teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege

Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI)

- (1) Pflegebedürftige haben Anspruch **auf teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege**, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist. Die teilstationäre Pflege umfasst auch **die notwendige Beförderung** des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung der Tagespflege oder der Nachtpflege und zurück.
- (2) Die Pflegekasse übernimmt im Rahmen der Leistungsbeträge nach Satz 2 die **pflegebedingten Aufwendungen der teilstationären Pflege**, die **Aufwendungen der sozialen Betreuung** und die Aufwendungen für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der **medizinischen Behandlungspflege**. Der Anspruch auf teilstationäre Pflege umfasst je Kalendermonat
 - 1. für Pflegebedürftige der Pflegestufe I einen Gesamtwert bis zu
 - c) 450 Euro ab 1. Januar 2012,
 - 2. für Pflegebedürftige der Pflegestufe II einen Gesamtwert bis zu
 - c) 1.100 Euro ab 1. Januar 2012,
 - 3. für Pflegebedürftige der Pflegestufe III einen Gesamtwert bis zu
 - c) 1.550 Euro ab 1. Januar 2012.
- (3) Pflegebedürftige können nach näherer Bestimmung der Absätze 4 bis 6 die Ansprüche auf Tages- und Nachtpflege, Pflegegeld und Pflegesachleistung nach ihrer Wahl miteinander kombinieren.

Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI)

- (1) Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht Anspruch auf Pflege in einer vollstationären Einrichtung. Dies gilt:
1. für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen oder
 2. in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist.
- (2) Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf vier Wochen pro Kalenderjahr beschränkt.

Die Pflegekasse übernimmt die **pflegebedingten Aufwendungen**, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu dem Gesamtbetrag von 1.470 Euro ab 1. Juli 2008, 1.510 Euro ab 1. Januar 2010 und 1.550 Euro ab 1. Januar 2012 im Kalenderjahr.

Vollstationäre Leistung

Vollstationäre Leistung (§ 43 SGB XI)

- (1) Pflegebedürftige haben Anspruch auf Pflege in vollstationären Einrichtungen, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt.
- (2) Für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen übernimmt die Pflegekasse im Rahmen der pauschalen Leistungsbeträge nach Satz 2 die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Der Anspruch beträgt je Kalendermonat
 - 1. für Pflegebedürftige der Pflegestufe I 1.023 Euro,
 - 2. für Pflegebedürftige der Pflegestufe II 1.279 Euro,
 - 3. für Pflegebedürftige der Pflegestufe III
 - c) 1.550 Euro ab 1. Januar 2012,
 - 4. für Pflegebedürftige, die nach Absatz 3 als Härtefall anerkannt sind,
 - c) 1.918 Euro ab 1. Januar 2012.
 - Der von der Pflegekasse einschließlich einer Dynamisierung nach § 30 zu übernehmende Betrag darf 75 vom Hundert des Gesamtbetrages aus Pflegesatz, Entgelt für Unterkunft und Verpflegung und gesondert berechenbaren Investitionskosten nach § 82 Abs. 3 und 4 nicht übersteigen.

Vollstationäre Leistung (§ 43 SGB XI)

– Härtefallregel –

- (3) Die Pflegekassen können **in besonderen Ausnahmefällen zur Vermeidung von Härten** die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege **pauschal in Höhe des nach Absatz 2 Satz 2 Nr. 4 geltenden Betrages übernehmen, wenn ein außergewöhnlich hoher und intensiver Pflegeaufwand erforderlich ist, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt**, beispielsweise bei Apallikern, schwerer Demenz oder im Endstadium von Krebserkrankungen.
- Die Ausnahmeregelung des Satzes 1 darf für nicht mehr als **5 vom Hundert aller versicherten Pflegebedürftigen der Pflegestufe III**, die stationäre Pflegeleistungen erhalten, Anwendung finden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen überwacht die Einhaltung dieses Höchstsatzes und hat erforderlichenfalls geeignete Maßnahmen zur Einhaltung zu ergreifen.
- (4) Wählen Pflegebedürftige vollstationäre Pflege, obwohl diese nach Feststellung der Pflegekasse nicht erforderlich ist, erhalten sie zu den pflegebedingten Aufwendungen einen Zuschuss in Höhe des in § 36 Abs. 3 für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Gesamtwertes.

Dynamisierung (§ 30 SGB XI)

- Die Bundesregierung prüft alle drei Jahre, erstmals im Jahre 2014, Notwendigkeit und Höhe einer Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung.
- Als ein Orientierungswert für die Anpassungsnotwendigkeit dient die kumulierte Preisentwicklung in den letzten drei abgeschlossenen Kalenderjahren; dabei ist sicherzustellen, dass der Anstieg der Leistungsbeträge nicht höher ausfällt als die Bruttolohnentwicklung im gleichen Zeitraum. Bei der Prüfung können die gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen mit berücksichtigt werden.
- Die Bundesregierung legt den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes einen Bericht über das Ergebnis der Prüfung und die tragenden Gründe vor. Die Bundesregierung wird ermächtigt, nach Vorlage des Berichts unter Berücksichtigung etwaiger Stellungnahmen der gesetzgebenden Körperschaften des Bundes **die Höhe der Leistungen der Pflegeversicherung** sowie die in § 37 Abs. 3 festgelegten Vergütungen **durch Rechtsverordnung** mit Zustimmung des Bundesrates zum 1. Januar des Folgejahres **anzupassen**. Die Rechtsverordnung soll frühestens zwei Monate nach Vorlage des Berichts erlassen werden, um den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

Pflegebedürftige in Behinderteneinrichtungen (§43a SGB XI)

- 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 Einrichtungszwecks** stehen (§ 71 Abs. 4),
- übernimmt die Pflegekasse zur Abgeltung der in § 43 Abs. 2 genannten Aufwendungen **zehn vom Hundert des nach § 75 Abs. 3 des Zwölften Buches vereinbarten Heimentgelts.**
- Die Aufwendungen der Pflegekasse dürfen im Einzelfall je Kalendermonat **256 Euro nicht überschreiten.**
- Wird für die Tage, an denen die pflegebedürftigen Behinderten zu Hause gepflegt und betreut werden, anteiliges Pflegegeld beansprucht, gelten die Tage der An- und Abreise als volle Tage der häuslichen Pflege.

Leistungen für Pflegepersonen

Begriff der Pflegeperson (§ 19 SGB XI)

- Pflegepersonen im Sinne dieses Buches sind Personen, die **nicht erwerbsmäßig** einen Pflegebedürftigen im Sinne des § 14 in seiner häuslichen Umgebung pflegen.
- Leistungen zur sozialen Sicherung nach § 44 erhält eine Pflegeperson nur dann, wenn sie eine pflegebedürftige Person wenigstens 14 Stunden wöchentlich pflegt.

Leistungen zur sozialen Sicherung von Pflegerpersonen (§ 44 SGB XI)

- Zur Verbesserung der sozialen Sicherung der Pflegerpersonen im Sinne des § 19 entrichten die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen, bei denen eine private Pflege-Pflichtversicherung durchgeführt wird,....**Beiträge an den zuständigen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung**, wenn die Pflegerperson regelmäßig *nicht mehr als dreißig Stunden wöchentlich erwerbstätig* ist.
- Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung stellt im Einzelfall fest, ob und in welchem zeitlichen Umfang häusliche Pflege durch eine Pflegerperson erforderlich ist. Der Pflegebedürftige oder die Pflegerperson haben darzulegen und auf Verlangen glaubhaft zu machen, dass Pflegeleistungen in diesem zeitlichen Umfang auch tatsächlich erbracht werden. Dies gilt insbesondere, wenn Pflegesachleistungen (§ 36) in Anspruch genommen werden.
- Während der pflegerischen Tätigkeit sind die Pflegerpersonen nach Maßgabe der §§ 2, 4, 105, 106, 129, 185 des Siebten Buches in den **Versicherungsschutz der gesetzlichen Unfallversicherung** einbezogen.
- Pflegerpersonen, die nach der Pflege Tätigkeit in das Erwerbsleben zurückkehren wollen, **können bei beruflicher Weiterbildung** nach Maßgabe des Dritten Buches bei Vorliegen der dort genannten Voraussetzungen **gefördert** werden.

Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit (§ 44a SGB XI)

- (1) Beschäftigte, die nach § 3 des Pflegezeitgesetzes von der Arbeitsleistung vollständig freigestellt wurden oder deren Beschäftigung durch Reduzierung der Arbeitszeit zu einer geringfügigen Beschäftigung im Sinne des § 8 Abs. 1 Nr. 1 des Vierten Buches wird, erhalten auf Antrag **Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung.**
- Die Zuschüsse belaufen sich auf die **Höhe der Mindestbeiträge**, die von freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen zur gesetzlichen Krankenversicherung (§ 240 Abs. 4 Satz 1 des Fünften Buches) und zur sozialen Pflegeversicherung (§ 57 Abs. 4) zu entrichten sind und dürfen die tatsächliche Höhe der Beiträge nicht übersteigen; dabei wird ab 1. Januar 2009 für die Berechnung der Mindestbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung der allgemeine Beitragssatz zugrunde gelegt.
- (2) Pflegende Personen sind während der Inanspruchnahme einer Pflegezeit im Sinne des Pflegezeitgesetzes nach Maßgabe des Dritten Buches **nach dem Recht der Arbeitsförderung versichert.**

Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen (§ 45 SGB XI)

- (1) Die Pflegekassen sollen für Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pfllegetätigkeit interessierte Personen Schulungskurse unentgeltlich anbieten, um soziales Engagement im Bereich der Pflege zu fördern und zu stärken, Pflege und Betreuung zu erleichtern und zu verbessern sowie pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen zu mindern.
 - Die Kurse sollen Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege vermitteln. Die Schulung soll auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen stattfinden.
- (2) Die Pflegekasse kann die Kurse entweder selbst oder gemeinsam mit anderen Pflegekassen durchführen oder geeignete andere Einrichtungen mit der Durchführung beauftragen.

Leistungen für Versicherte mit erheblichem
allgemeinem Betreuungsbedarf und
Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen

Berechtigter Personenkreis (§ 45a SGB XI)

- (1) Die Leistungen in diesem Abschnitt betreffen Pflegebedürftige in häuslicher Pflege, bei denen **neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege** und der hauswirtschaftlichen Versorgung (§§ 14 und 15) **ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist**. Dies sind
1. Pflegebedürftige der Pflegestufen I, II und III sowie
 2. Personen, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht,
- mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen, bei denen der Medizinische Dienst der Krankenversicherung im Rahmen der Begutachtung nach § 18 als Folge der Krankheit oder Behinderung **Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens festgestellt hat, die dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz geführt haben**.

Berechtigter Personenkreis (§ 45a SGB XI)

- Die Alltagskompetenz ist erheblich eingeschränkt, wenn der Gutachter des Medizinischen Dienstes bei dem Pflegebedürftigen **wenigstens in zwei Bereichen**, davon **mindestens einmal aus einem der Bereiche 1 bis 9, dauerhafte und regelmäßige Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen feststellt**.
- Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt unter Beteiligung der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen auf Bundesebene**das Nähere** zur einheitlichen Begutachtung und Feststellung des erheblichen und dauerhaften Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung. (Richtlinien)

(2) Für die Bewertung, ob die Einschränkung der Alltagskompetenz auf Dauer erheblich ist, sind folgende Schädigungen und Fähigkeitsstörungen maßgebend:

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

Zusätzliche **Betreuungsleistungen** (§ 45b SGB XI)

- (1) Versicherte, die die Voraussetzungen des § 45a erfüllen, können **je nach Umfang** des erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarfs **zusätzliche Betreuungsleistungen** in Anspruch nehmen.
- Die Kosten hierfür werden ersetzt, **höchstens jedoch 100 Euro monatlich** (Grundbetrag) oder **200 Euro monatlich** (erhöhter Betrag).
 - Die Höhe des jeweiligen Anspruchs nach Satz 2 wird von der Pflegekasse auf Empfehlung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung im Einzelfall festgelegt und dem Versicherten mitgeteilt. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt **.....Richtlinien über einheitliche Maßstäbe zur Bewertung des Hilfebedarfs**zur Bemessung der jeweiligen Höhe des Betreuungsbetrages;
 - Der Betrag ist **zweckgebunden einzusetzen für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen**. Er dient der Erstattung von Aufwendungen, die den Versicherten entstehen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen
 1. der Tages- oder Nachtpflege,
 2. der Kurzzeitpflege,
 3. der zugelassenen Pflegedienste, sofern es sich um besondere Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung und nicht um Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung handelt, oder
 4. der nach Landesrecht anerkannten niedrigschwelligen Betreuungsangebote, die nach § 45c gefördert oder förderungsfähig sind.

Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen (§ 45c SGB XI)

- (1) Zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte **insbesondere für demenzkranke Pflegebedürftige** fördert der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Wege der Anteilsfinanzierung aus Mitteln des Ausgleichsfonds mit 25 Millionen Euro je Kalenderjahr den Auf- und Ausbau von **niedrigschwelligen Betreuungsangeboten** sowie Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen insbesondere für demenzkranke Pflegebedürftige. Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung durchführen, beteiligen sich an dieser Förderung mit insgesamt 10 vom Hundert des in Satz 1 genannten Fördervolumens.
- (2) Der Zuschuss aus Mitteln der sozialen und privaten Pflegeversicherung ergänzt eine Förderung der niedrigschwelligen Betreuungsangebotedurch das jeweilige Land oder die jeweilige kommunale Gebietskörperschaft. Der Zuschuss wird jeweils in gleicher Höhe gewährt wie der Zuschuss, der vom Land oder von der kommunalen Gebietskörperschaft für die einzelne Fördermaßnahme geleistet wird, so dass insgesamt ein Fördervolumen von 50 Millionen Euro im Kalenderjahr erreicht wird.

Niedrigschwellige Betreuungsangebote (§ 45c SGB XI)

- (3) Niedrigschwellige Betreuungsangebote ... sind Betreuungsangebote, in denen **Helfer und Helferinnen** unter pflegefachlicher Anleitung **die Betreuung von Pflegebedürftigen mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung** in Gruppen oder im häuslichen Bereich übernehmen sowie pflegende Angehörige **entlasten und beratend unterstützen**.
- Die Förderung dieser niedrigschwelligen Betreuungsangebote erfolgt als **Projektförderung** und dient insbesondere dazu, **Aufwandsentschädigungen für die ehrenamtlichen Betreuungspersonen zu finanzieren**, sowie notwendige **Personal- und Sachkosten, die mit der Koordination und Organisation der Hilfen** und der **fachlichen Anleitung und Schulung der Betreuenden durch Fachkräfte** verbunden sind.
 - Dem Antrag auf Förderung ist ein Konzept zur Qualitätssicherung des Betreuungsangebotes beizufügen. Aus dem Konzept muss sich ergeben, dass **eine angemessene Schulung und Fortbildung der Helfenden sowie eine kontinuierliche fachliche Begleitung und Unterstützung** der ehrenamtlich Helfenden in ihrer Arbeit gesichert ist.
 - Als grundsätzlich förderungsfähige niedrigschwellige Betreuungsangebote kommen in Betracht Betreuungsgruppen für Demenzkranke, Helferinnenkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger im häuslichen Bereich, die Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung durch anerkannte Helfer, Agenturen zur Vermittlung von Betreuungsleistungen für Pflegebedürftige im Sinne des § 45a sowie Familienentlastende Dienste

Förderung der ehrenamtlichen Strukturen sowie der Selbsthilfe (§ 45d SGB XI)

- (1) In entsprechender Anwendung des § 45c können die dort vorgesehenen Mittel des Ausgleichsfonds, die dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen zur Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte insbesondere für demenziell Erkrankte zur Verfügung stehen, auch verwendet werden zur Förderung und zum Auf- und Ausbau
1. von Gruppen ehrenamtlich tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen, die sich die Unterstützung, allgemeine Betreuung und Entlastung von Pflegebedürftigen, von Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen zum Ziel gesetzt haben, und
 2. von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, die sich die Unterstützung von Pflegebedürftigen, von Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen zum Ziel gesetzt haben.
- (2) Selbsthilfegruppen im Sinne von Absatz 1 sind freiwillige, neutrale, unabhängige und nicht gewinnorientierte Zusammenschlüsse von Personen, die entweder auf Grund eigener Betroffenheit oder als Angehörige das Ziel verfolgen, durch persönliche, wechselseitige Unterstützung, auch unter Zuhilfenahme von Angeboten ehrenamtlicher und sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen, die Lebenssituation von Pflegebedürftigen, von Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen zu verbessern.
 - Selbsthilfeorganisationen im Sinne von Absatz 1 sind die Zusammenschlüsse von Selbsthilfegruppen nach Satz 1 in Verbänden. Selbsthilfekontaktstellen im Sinne von Absatz 1 sind örtlich oder regional arbeitende professionelle Beratungseinrichtungen mit hauptamtlichem Personal, die das Ziel verfolgen, die Lebenssituation von Pflegebedürftigen, von Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen zu verbessern.

Selbsthilfegruppen/Selbsthilfeorganisationen (§ 45d Abs. 2 SGB XI)

- (2) Selbsthilfegruppen im Sinne ...sind freiwillige, neutrale, unabhängige und nicht gewinnorientierte Zusammenschlüsse von Personen, die entweder auf Grund eigener Betroffenheit oder als Angehörige das Ziel verfolgen, durch persönliche, wechselseitige Unterstützung, auch unter Zuhilfenahme von Angeboten ehrenamtlicher und sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen, die Lebenssituation von Pflegebedürftigen, von Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen zu verbessern.
- Selbsthilfeorganisationen ...sind die Zusammenschlüsse von Selbsthilfegruppen ... in Verbänden.
 - Selbsthilfekontaktstellen im Sinne ...sind örtlich oder regional arbeitende professionelle Beratungseinrichtungen mit hauptamtlichem Personal, die das Ziel verfolgen, die Lebenssituation von Pflegebedürftigen, von Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen zu verbessern.