

**Anlage 1 zum Gemeinsamen Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen  
Vorschriften des PflegeVG vom 15.07.2008**

**Richtlinien**

**der Spitzenverbände der Pflegekassen  
über die Abgrenzung der Merkmale der Pflegebedürftigkeit  
und der Pflegestufen sowie zum Verfahren  
der Feststellung der Pflegebedürftigkeit**

**(Pflegebedürftigkeits-Richtlinien - PflRi) vom 07.11.1994<sup>1</sup>  
geändert durch Beschlüsse vom 21.12.1995<sup>2</sup>,  
vom 22.08.2001<sup>3</sup> und vom 11.05.2006<sup>4</sup>**

Der AOK-Bundesverband,  
der Bundesverband der Betriebskrankenkassen,  
der IKK-Bundesverband,  
die See-Pflegekasse,  
der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen,  
die Knappschaft,  
der Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. und  
der AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.

handelnd als Spitzenverbände der Pflegekassen haben unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Bundesverbände der Pflegeberufe und der behinderten Menschen, der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, der Kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, der Bundesverbände privater Alten- und Pflegeheime sowie der Verbände der privaten ambulanten Dienste

aufgrund des § 17 SGB XI in Verbindung mit § 213 SGB V

am 07.11.1994 sowie durch Ergänzungsbeschlüsse vom 21.12.1995, vom 22.08.2001 und vom 11.05.2006 gemeinsam und einheitlich die nachstehenden Richtlinien zur Abgrenzung der Merkmale der Pflegebedürftigkeit und der Pflegestufen sowie zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit (Pflegebedürftigkeits-Richtlinien - PflRi) beschlossen.

---

<sup>1</sup> Den Pflegebedürftigkeits-Richtlinien – PflRi – vom 07.11.1994 hat das BMA mit Schreiben vom 10.01.1995 – Va 1-43 104-1 – gemäß § 17 Abs. 2 Satz 2 SGB XI die Genehmigung erteilt.

<sup>2</sup> Den Pflegebedürftigkeits-Richtlinien in der geänderten Fassung vom 21.12.1995 hat das BMA mit Schreiben vom 29.12.1995 – Va 1-43 104-1 – die Genehmigung erteilt.

<sup>3</sup> Den Pflegebedürftigkeits-Richtlinien in der geänderten Fassung vom 22.08.2001 hat das BMG mit Schreiben vom 26.09.2001 – 123-43 371 – und vom 13.11.2001 – 123-43 371/3 – die Genehmigung erteilt. Die Pflegebedürftigkeits-Richtlinien finden mit Wirkung vom 01.01.2002 Anwendung.

<sup>4</sup> Den Pflegebedürftigkeits-Richtlinien in der geänderten Fassung vom 11.05.2006 hat das BMG mit Schreiben vom 21.06.2006 – 233-43371/3 – die Genehmigung erteilt. Die Pflegebedürftigkeits-Richtlinien finden mit Wirkung vom 01.09.2006 Anwendung.

In Ergänzung dieser Richtlinien haben die Spitzenverbände der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unter Beteiligung der Kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene und des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen am 22.03.2002, geändert durch Beschluss vom 11.05.2006, das Verfahren zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz aufgrund § 45a Abs. 2 SGB XI beschlossen (vgl. Anlage).

## **1. Allgemeines**

Die Richtlinien bestimmen die Merkmale der Pflegebedürftigkeit (§ 14 SGB XI) und die Pflegestufen (§ 15 SGB XI) sowie das Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18 SGB XI). Sie gelten unabhängig davon, ob im häuslichen oder stationären Bereich gepflegt werden soll. Regelmäßig ist die Begutachtung im häuslichen Bereich durchzuführen; dies schließt eine Untersuchung im Krankenhaus, in einer stationären Rehabilitationseinrichtung oder in einem Hospiz im Rahmen der Begutachtung nicht aus. Bei Versicherten, die Leistungen der vollstationären Pflege beantragt haben und deren Wohnung bereits aufgelöst ist, gelten die Besonderheiten unter Ziffer 6.

Die Richtlinien sind für die Pflegekassen (§ 46 SGB XI) sowie für die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) verbindlich. Regionale Abweichungen sind nicht zulässig.

Beziehungen der Pflegekassen zu den Leistungserbringern, insbesondere hinsichtlich der Qualität der zu erbringenden Leistungen, des Personalbedarfs der Pflegeeinrichtungen und der Vergütung sind nicht Gegenstand dieser Richtlinien (vgl. Ziffer 4.1).

## **2. Ziele der Pflege**

Pflegebedürftigkeit ist regelmäßig kein unveränderbarer Zustand, sondern ein Prozess, der durch präventive, therapeutische, bzw. rehabilitative Maßnahmen und durch aktivierende Pflege beeinflussbar ist.

Die aktivierende Pflege soll wie auch z. B. Leistungen zur Rehabilitation dem Pflegebedürftigen helfen, trotz seines Hilfebedarfs eine möglichst weit gehende Selbständigkeit im täglichen Leben zu fördern, zu erhalten bzw. wiederherzustellen. Dabei ist insbesondere anzustreben,

- vorhandene Selbstversorgungsfähigkeiten zu erhalten und solche, die verloren gegangen sind, zu reaktivieren,
- bei der Leistungserbringung die Kommunikation zu verbessern,
- dass geistig und seelisch behinderte Menschen, psychisch kranke Menschen und geistig verwirrte Menschen sich in ihrer Umgebung und auch zeitlich zurechtfinden.

Pflegekasse, MDK, ambulante, teil- und vollstationäre Pflegeeinrichtungen sowie Pflegepersonen sind verpflichtet, geeignete Maßnahmen zur Erreichung dieser Ziele vorzuschlagen, zu veranlassen oder auszuführen.

### **3. Merkmale der Pflegebedürftigkeit**

**3.1** Nach § 14 SGB XI sind Personen pflegebedürftig, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. Krankheiten oder Behinderungen in diesem Sinne sind

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

**3.2** Pflegebedürftigkeit auf Dauer liegt vor, wenn sich die eingeschränkten oder nicht vorhandenen Fähigkeiten der hilfebedürftigen Person zur Ausübung der genannten Verrichtungen voraussichtlich innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt der Hilfebedürftigkeit im Sinne des § 14 SGB XI nicht (z. B. durch rehabilitative Maßnahmen) wiederherstellen lassen. Pflegebedürftigkeit auf Dauer ist auch gegeben, wenn der Hilfebedarf nur deshalb nicht über sechs Monate hinausgeht, weil die zu erwartende Lebensspanne voraussichtlich weniger als sechs Monate beträgt.

**3.3** Die Pflegebedürftigkeit muss darauf beruhen, dass die Fähigkeit, bestimmte Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auszuüben, eingeschränkt oder nicht vorhanden ist. Maßstab der Beurteilung der Pflegebedürftigkeit sind daher ausschließlich die Fähigkeiten zur Ausübung dieser Verrichtungen und nicht Art oder Schwere vorliegender Erkrankungen (wie z. B. Krebs oder Aids) oder Schädigungen (wie z. B. Taubheit, Blindheit, Lähmung). Entscheidungen in einem anderen Sozialleistungsbereich über das Vorliegen einer Behinderung oder die Gewährung einer Rente haben keine bindende Wirkung für die Pflegekasse und sagen auch nichts aus über das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit.

Pflegebedürftigkeit ist auch dann gegeben, wenn der Pflegebedürftige die Verrichtung zwar motorisch ausüben, jedoch deren Notwendigkeit nicht erkennen oder nicht in sinnvolles zweckgerichtetes Handeln umsetzen kann (z. B. bei Antriebs- und Gedächtnisstörungen, verminderter Orientierung in der Wohnung oder Umgebung, bei Verwechseln oder Nichterkennen vertrauter Personen oder Gegenständen sowie bei Störungen der emotionalen Kontrolle).

**3.4** Grundlage für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit sind allein die im Gesetz genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens; dies gilt gleichermaßen für körperlich und psy-

chisch kranke Menschen sowie körperlich und geistig behinderte Menschen. Maßstab für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist der individuelle Hilfebedarf bei den im Gesetz abschließend genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens, orientiert an der tatsächlichen Hilfeleistung im Rahmen des medizinisch und pflegerisch Notwendigen.

### 3.4.1 Verrichtungen in diesem Sinne sind

#### - **im Bereich der Körperpflege**

1. das Waschen,
2. das Duschen,
3. das Baden,
4. die Zahnpflege,
5. das Kämmen,
6. das Rasieren,
7. die Darm- oder Blasenentleerung,

#### - **im Bereich der Ernährung**

8. das mundgerechte Zubereiten der Nahrung,
9. die Aufnahme der Nahrung,

#### - **im Bereich der Mobilität**

10. Aufstehen und Zu-Bett-Gehen,
11. An- und Auskleiden,
12. Gehen,
13. Stehen,
14. Treppensteigen,
15. Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,

#### - **im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung**

16. das Einkaufen,
17. das Kochen,
18. das Reinigen der Wohnung,
19. das Spülen,
20. das Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung,
21. das Beheizen.

Die Verrichtungen Waschen, Duschen oder Baden umfassen auch das Haarewaschen einschließlich der Haartrocknung. Das Schneiden von Finger- und Fußnägeln sind regelmäßig keine täglich anfallenden Verrichtungen.

**3.4.2** Die Vor- und Nachbereitung zu den Verrichtungen sind Bestandteil der Hilfen im Sinne der Pflegeversicherung.

Die Hautpflege (einschließlich Gesichtspflege) ist Bestandteil der Körperpflege.

Die Zahnpflege (Ifd. Nr. 4) umfasst auch die Reinigung von Zahnersatz und die Mundpflege.

Zur Darm- und Blasenentleerung (Ifd. Nr. 7) gehören die Kontrolle des Wasserlassens und Stuhlganges sowie die Reinigung und Versorgung von künstlich geschaffenen Ausgängen.

Zur mundgerechten Zubereitung und zur Aufnahme der Nahrung (Ifd. Nr. 8 und 9) gehören alle Tätigkeiten, die zur unmittelbaren Vorbereitung dienen und die die Aufnahme von fester, breiiger oder flüssiger Nahrung ermöglichen, wie z. B.

- portions- und temperaturgerechte Vorgabe,
- Umgang mit Besteck.

Zur mundgerechten Zubereitung der Nahrung gehört allein die letzte Maßnahme vor der Nahrungsaufnahme. Notwendige Aufforderungen zur vollständigen Aufnahme der Nahrung in fester und flüssiger Form (Essen und Trinken) sind beim Hilfebedarf zu berücksichtigen, wenn der Antragsteller aufgrund fehlender Einsichtsfähigkeit dazu nicht in der Lage ist.

Das selbständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen (Ifd. Nr. 10) umfasst auch die eigenständige Entscheidung, zeitgerecht das Bett aufzusuchen bzw. zu verlassen.

Das Umlagern ist Bestandteil der Grundpflege. Sowohl alleiniges Umlagern als auch Umlagern im Zusammenhang mit anderen Verrichtungen der Grundpflege wird der Verrichtung Aufstehen und Zu-Bett-Gehen zugeordnet.

Das Gehen, Stehen und Treppensteigen (Ifd. Nrn. 12, 13, 14) innerhalb der Wohnung ist nur im Zusammenhang mit den gesetzlich definierten Verrichtungen der Grundpflege zu werten. Zum Stehen zählen auch notwendige Transfers. Das Gehen, Stehen oder Treppensteigen im Zusammenhang mit der hauswirtschaftlichen Versorgung wird bei der Hauswirtschaft berücksichtigt.

Beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung (Ifd. Nr. 15) sind nur solche Maßnahmen außerhalb der Wohnung zu berücksichtigen, die unmittelbar für die Aufrechterhaltung der Lebensführung zu Hause notwendig sind und regelmäßig und auf Dauer anfallen und das persönliche Erscheinen des Antragstellers erfordern. Bei den anzuerkennenden Maßnahmen ist das Gehen, Stehen und Treppensteigen außerhalb der Wohnung zu berücksichtigen, sofern es den oben genannten Zielen dient. Weiterer Hilfebedarf, z. B. die Begleitung zur Bushaltestelle auf dem Weg zu Werkstätten für behinderte Menschen, Schulen, Kindergärten oder im Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit, beim Aufsuchen einer Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung sowie bei Spaziergängen oder Besuchen von kulturellen Veranstaltungen, bleibt unberücksichtigt.

Das Einkaufen (Ifd. Nr. 16) umfasst z. B. auch

- den Überblick, welche Lebensmittel wo eingekauft werden müssen,
- Kenntnis des Wertes von Geldmünzen und Banknoten,
- Kenntnis der Genieß- bzw. Haltbarkeit von Lebensmitteln.

Das Kochen (Ifd. Nr. 17) umfasst die gesamte Zubereitung der Nahrung, wie Aufstellen eines Speiseplans (z. B. Zusammenstellung der Diätahrung sowie Berücksichtigung einer konkreten Kalorienzufuhr) für die richtige Ernährung unter Berücksichtigung von Alter und Lebensumständen.

Das Reinigen der Wohnung (Ifd. Nr. 18) beschränkt sich auf den allgemein üblichen Lebensbereich.

Der Begriff Waschen der Wäsche und Kleidung (Ifd. Nr. 20) umfasst die gesamte Pflege der Wäsche und Kleidung (z. B. Bügeln, Ausbessern).

Das Beheizen (Ifd. Nr. 21) umfasst auch die Beschaffung und Entsorgung des Heizmaterials.

### **3.5 Die Hilfe muss in Form**

- der Unterstützung bei den pflegerelevanten Verrichtungen des täglichen Lebens,
- der teilweisen oder vollständigen Übernahme dieser Verrichtungen,
- der Beaufsichtigung der Ausführung dieser Verrichtungen oder der Anleitung zur Selbstvornahme

durch die Pflegeperson erforderlich sein. Ziel der Hilfe ist so weit wie möglich die eigenständige Übernahme der Verrichtungen durch die pflegebedürftige Person (aktivierende Pflege). Bei der Beurteilung, ob und gegebenenfalls in welcher Form Hilfe benötigt wird, ist das häusliche und soziale Umfeld des Antragstellers zu berücksichtigen. Ein Hilfebedarf kann nicht deshalb verneint werden, weil sich der Antragsteller tagsüber außerhalb der Wohnung aufhält.

**3.5.1** Unterstützung bedeutet, den Antragsteller durch die Bereitstellung sächlicher Hilfen in die Lage zu versetzen eine Verrichtung selbständig durchzuführen. Dazu gehört z. B. beim Gehen die Bereitstellung eines Rollators.

**3.5.2** Bei der teilweisen Übernahme werden in Abgrenzung zur Unterstützung unmittelbare personelle Hilfen bei der Durchführung einer Verrichtung berücksichtigt. Teilweise Übernahme bedeutet, dass die Pflegeperson den Teil der Verrichtungen des täglichen Lebens übernimmt, den der Antragsteller selbst nicht ausführen kann.

Vollständige Übernahme bedeutet, dass die Pflegeperson alle Verrichtungen ausführt, die der Antragsteller selbst nicht ausführen kann, d. h. keinen eigenen Beitrag zur Vornahme der Verrichtung leisten kann.

### 3.5.3

Ein Hilfebedarf in Form der Anleitung und Beaufsichtigung ist nur zu berücksichtigen, wenn dieser bei den in § 14 Abs. 4 SGB XI genannten Verrichtungen erforderlich ist. Anleitung bedeutet, dass die Pflegeperson bei einer konkreten Verrichtung den Ablauf der einzelnen Handlungsschritte oder den ganzen Handlungsablauf anregen, lenken oder demonstrieren muss. Bei der Beaufsichtigung steht zum einen die Sicherheit beim konkreten Handlungsablauf der Verrichtungen im Vordergrund, zum anderen die Kontrolle darüber, ob die betreffenden Verrichtungen in der erforderlichen Art und Weise durchgeführt werden. Beaufsichtigung und Anleitung zielen darauf, dass die regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens nach § 14 Abs. 4 SGB XI in sinnvoller Weise vom Antragsteller selbst durchgeführt werden. Beaufsichtigung und Anleitung bei diesen Verrichtungen richten sich auch darauf,

- körperliche, psychische und geistige Fähigkeiten zu fördern und zu erhalten (z. B. Orientierung zur eigenen Person und in der Umgebung),
- Selbst- oder Fremdgefährdung zu vermeiden (z. B. durch unsachgemäßen Umgang mit Strom, Wasser oder offenem Feuer),
- Ängste, Reizbarkeit oder Aggressionen beim Antragsteller abzubauen.

Ein unabhängig von den in § 14 Abs. 4 SGB XI genannten Verrichtungen erforderlicher allgemeiner Aufsichts- und Betreuungsbedarf (z. B. eines geistig behinderten Menschen) ist bei der Feststellung des Hilfebedarfs nicht zu berücksichtigen. Dies gilt auch für die allgemeine Beaufsichtigung und Betreuung zur Vermeidung einer Selbst- oder Fremdgefährdung.

### 3.5.4

Nicht zum berücksichtigungsfähigen Hilfebedarf gehören

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
- Maßnahmen zur Durchführung der beruflichen und sozialen (gesellschaftlichen) Eingliederung,
- Maßnahmen zur Förderung der Kommunikation.

Ebenfalls nicht zum berücksichtigungsfähigen Hilfebedarf gehören Maßnahmen der Krankenbehandlung und Maßnahmen der Behandlungspflege mit Ausnahme der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen. Als verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen kommen nur solche Maßnahmen in Betracht, die aus medizinisch-pflegerischen Gründen regelmäßig und auf Dauer

- untrennbarer Bestandteil der Hilfe bei den in § 14 Abs. 4 SGB XI genannten Verrichtungen der Grundpflege sind oder
- objektiv notwendig im unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit diesen Verrichtungen vorgenommen werden müssen.

Ausgangspunkt für die Bewertung verrichtungsbezogener krankheitsspezifischer Pflegemaßnahmen ist der Hilfebedarf bei der jeweiligen Verrichtung der Grundpflege nach § 14 Abs. 4 SGB XI. Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen stellen für sich allein gesehen keine Verrichtungen des täglichen Lebens dar und können deshalb nur dann berücksichtigt werden, wenn sie bei bestehendem Hilfebedarf bei den Verrichtungen der Grundpflege nach § 14 Abs. 4 SGB XI zusätzlich notwendig sind. Nur dann sind verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen im Sinne eines Erschwerisfaktors bei der Feststellung des individuellen zeitlichen Hilfebedarfs für die jeweilige Verrichtung, ungeachtet der leistungsrechtlichen Konsequenzen, zu erfassen.

#### **4. Abgrenzung der Pflegestufen**

**4.1** Kriterien für die Zuordnung zu einer der drei Pflegestufen sind neben den genannten Voraussetzungen die Häufigkeit des Hilfebedarfs, ein zeitlicher Mindestaufwand sowie die Zuordnung der Verrichtungen im Tagesablauf. Geringfügiger, nicht regelmäßiger oder nur kurzzeitig anfallender Hilfebedarf führt nicht zur Anerkennung einer Pflegestufe. Dies gilt auch, wenn Hilfebedürftigkeit nur bei der hauswirtschaftlichen Versorgung besteht. Die Festlegung des zeitlichen Mindestpflegeaufwandes in den einzelnen Pflegestufen bedeutet keine Vorgabe für die personelle Besetzung von ambulanten, teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen und lässt keine Rückschlüsse hierauf zu.

##### **4.1.1 Pflegestufe I - Erhebliche Pflegebedürftigkeit**

Erhebliche Pflegebedürftigkeit liegt vor bei einem mindestens einmal täglich erforderlichen Hilfebedarf bei mindestens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen der Körperpflege, Ernährung oder Mobilität. Zusätzlich muss mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt werden.

Der wöchentliche Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger, Nachbar oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für alle für die Versorgung des Pflegebedürftigen nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss im Tagesdurchschnitt mindestens eineinhalb Stunden betragen, wobei auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen müssen.

#### **4.1.2 Pflegestufe II - Schwerpflegebedürftigkeit**

Schwerpflegebedürftigkeit liegt vor bei einem mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten erforderlichen Hilfebedarf bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität. Zusätzlich muss mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt werden.

Der wöchentliche Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger, Nachbar oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für alle für die Versorgung des Pflegebedürftigen nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss im Tagesdurchschnitt mindestens drei Stunden betragen, wobei auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen müssen.

#### **4.1.3 Pflegestufe III - Schwerstpflegebedürftigkeit**

Schwerstpflegebedürftigkeit liegt vor, wenn der Hilfebedarf so groß ist, dass der konkrete Hilfebedarf jederzeit gegeben ist und Tag und Nacht anfällt (Rund-um-die-Uhr).

Der wöchentliche Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger, Nachbar oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für alle für die Versorgung des Pflegebedürftigen nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss im Tagesdurchschnitt mindestens fünf Stunden betragen, wobei auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen müssen.

**4.2** Kranke oder behinderte Kinder sind zur Feststellung des Hilfebedarfs mit einem gesunden Kind gleichen Alters zu vergleichen. Maßgebend für die Beurteilung des Hilfebedarfs bei einem Säugling oder Kleinkind ist nicht der natürliche, altersbedingte Pflegeaufwand, sondern nur der darüber hinausgehende Hilfebedarf. Bei kranken oder behinderten Kindern ist der zusätzliche Hilfebedarf zu berücksichtigen, der sich z. B. als Folge einer angeborenen Erkrankung, einer intensivmedizinischen Behandlung oder einer Operation im Bereich der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität ergibt und u. a. in häufigen Mahlzeiten oder zusätzlicher Körperpflege bzw. Lagerungsmaßnahmen bestehen kann. Im ersten Lebensjahr liegt Pflegebedürftigkeit nur ausnahmsweise vor; die Feststellung bedarf einer besonderen Begründung.

**4.3** Für die Beurteilung, ob die Voraussetzungen des § 36 Abs. 4 SGB XI bzw. des § 43 Abs. 3 SGB XI vorliegen, gelten die Härtefall-Richtlinien nach § 17 Abs. 1 Satz 3 SGB XI.

**4.4** Wird vollstationäre Pflege beantragt, ist zusätzlich zu prüfen, ob häusliche oder teilstationäre Pflege z. B. aufgrund des Pflegeumfanges nicht möglich ist oder wegen der individuellen Lebenssituation nicht in Betracht kommt.

Vollstationäre Pflege kann insbesondere erforderlich sein bei

- Fehlen einer Pflegeperson,
- fehlender Pflegebereitschaft möglicher Pflegepersonen,
- drohender oder bereits eingetretener Überforderung der Pflegepersonen,
- drohender oder bereits eingetretener Verwahrlosung des Pflegebedürftigen,
- Selbst- und Fremdgefährdungstendenzen des Pflegebedürftigen,
- räumlichen Gegebenheiten im häuslichen Bereich, die keine häusliche Pflege ermöglichen, und durch Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes (§ 40 Abs. 4 SGB XI) nicht verbessert werden können.

Beantragt ein Schwerstpflegebedürftiger vollstationäre Pflege, wird die Erforderlichkeit von vollstationärer Pflege wegen Art, Häufigkeit und zeitlichem Umfang des Hilfebedarfs unterstellt.

## **5. Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit**

- 5.1** Die Leistungen bei Pflegebedürftigkeit sind bei der Pflegekasse zu beantragen. Die Entscheidung über den Antrag trifft die Pflegekasse unter maßgeblicher Berücksichtigung des Gutachtens des MDK. Weicht die Pflegekasse von der Empfehlung des MDK zum Vorliegen von Pflegebedürftigkeit und zur Pflegestufe ab, teilt sie dies dem MDK unter Angabe der Gründe mit. Die Feststellung, ob und ggf. in welchem Umfang Pflegebedürftigkeit vorliegt, ist in angemessenen Abständen zu überprüfen.
- 5.2** Die Pflegekasse veranlasst eine Prüfung durch den MDK, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welche Stufe der Pflegebedürftigkeit vorliegt. Dazu übergibt die Pflegekasse nach Prüfung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen dem MDK den Antrag und so weit vorhanden, weitere für die Begutachtung erforderliche Unterlagen/Informationen über Vorerkrankungen, Klinikaufenthalte, zur Heilmittelversorgung, zur Hilfs-/Pflegehilfsmittelversorgung, zum behandelnden Arzt, zur häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V und hinsichtlich eines Bevollmächtigten/Betreuers mit entsprechendem Aufgabenkreis.
- 5.3** Die Pflegekasse klärt den Antragsteller bzw. den Bevollmächtigten oder Betreuer über die Mitwirkungspflichten sowie die Folgen fehlender Mitwirkung auf und fordert ihn auf, dem zuständigen MDK eine Einwilligung zur Einholung von Auskünften – so weit diese für die Begutachtung erforderlich sind – bei den behandelnden Ärzten, den betreuenden Pflegepersonen und der betreuenden Pflegeeinrichtung zu erteilen.

Die Pflege- und Krankenkassen sowie die Leistungserbringer sind verpflichtet, dem MDK die für die Begutachtung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen (§ 18 Abs. 5 SGB XI).

**5.4** Der MDK bezieht die behandelnden Ärzte des Versicherten, insbesondere die Hausärzte, und die den Versicherten Pflegenden in erforderlichem Umfang in die Vorbereitungen der Begutachtung ein, um Auskünfte und Unterlagen über die für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit wichtigen Vorerkrankungen sowie zu Art, Umfang und Dauer der Pflege (z. B. bei psychisch kranken Menschen sowie geistig und seelisch behinderten Menschen evtl. vorhandene längerfristige Aufzeichnungen über den Pflegeverlauf) einzuholen. Zusätzlich legen die Pflegeeinrichtungen die für die Begutachtung erforderlichen Unterlagen (insbesondere die Pflegedokumentation) vor und erteilen die im Zusammenhang mit der Begutachtung erforderlichen Auskünfte.

**5.5** Die Begutachtungen sind durch geschulte und qualifizierte Gutachter durchzuführen. Sie erfolgen durch Ärzte, Pflegefachkräfte und andere Fachkräfte, die der Medizinische Dienst für die Bewältigung des laufenden Arbeitsanfalls vorhält. Der Medizinische Dienst kann zur Bewältigung von Antragsspitzen und zu speziellen gutachterlichen Fragestellungen Ärzte, Pflegefachkräfte oder andere Fachkräfte bei der Erstellung des Gutachtens als externe Kräfte beteiligen. Die Verantwortung für die Begutachtung trägt der Medizinische Dienst auch dann, wenn externe Sachverständige beteiligt waren.

Als externe Kräfte sind vorrangig Mitarbeiter anderer Gutachterdienste, insbesondere des öffentlichen Gesundheitswesens und der Versorgungsverwaltung oder anderer Sozialleistungsträger zu beauftragen. Sofern ausnahmsweise niedergelassene Ärzte oder Pflegefachkräfte von Sozialstationen, gewerblichen Pflegediensten sowie in der Pflege selbständig Tätige als externe Kräfte beauftragt werden, ist sicherzustellen, dass keine Interessenkollisionen entstehen.

In allen Phasen des gutachterlichen Verfahrens arbeiten die beteiligten Fachkräfte im Einzelfall eng zusammen.

**5.6** Der Medizinische Dienst entscheidet im Einzelfall unter Berücksichtigung der ihm vorliegenden Unterlagen und des Schwerpunktes der Begutachtung (Ziffer 5.5), welche Gutachter den Besuch im häuslichen Umfeld und/oder in der vollstationären Pflegeeinrichtung, im Krankenhaus, der stationären Rehabilitationseinrichtung bzw. im Hospiz machen. In der Regel ist es ausreichend, dass der Besuch von einem Gutachter durchgeführt wird. Ein gemeinsamer Besuch von Arzt und Pflegefachkraft kann dann sinnvoll sein, wenn mit einer besonders schwierigen Begutachtungssituation zu rechnen ist. Die bei dem Besuch ermittelten Tatsachen sind so weit erforderlich von den an der Begutachtung beteiligten Gutachtern des Medizinischen Dienstes gemeinsam zu werten und im Gutachten einvernehmlich festzuhalten.

**5.7** Der MDK prüft im Einzelfall im Rahmen eines angekündigten Besuchs,

- ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welche Pflegestufe vorliegt,
- ob eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz vorliegt,
- ob und in welchem Umfang Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder andere Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit geeignet, notwendig und zumutbar sind.

Ist dies aufgrund eindeutiger Aktenlage festzustellen, kann eine Begutachtung des Antragstellers im Wohnbereich ausnahmsweise unterbleiben. Sind weitere Feststellungen (z. B. zur pflegerischen Versorgung, Versorgung mit Hilfs-/Pflegehilfsmitteln oder zur Verbesserung des Wohnumfeldes) notwendig, sind diese im Rahmen eines Besuchs zu treffen.

**5.8** Das Ergebnis seiner Prüfung teilt der MDK der Pflegekasse in einem Gutachten mit, wofür das in den Begutachtungs-Richtlinien (Punkt G "Formulargutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI") beigefügte Formular zu verwenden ist. In dem Gutachten ist differenziert zu folgenden Sachverhalten Stellung zu nehmen:

- Vorliegen der Voraussetzungen für Pflegebedürftigkeit und Beginn der Pflegebedürftigkeit/Höherstufung,
- Pflegestufe,
- Prüfung, ob und inwieweit ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vorliegt (§ 36 Abs. 4 SGB XI, § 43 Abs. 3 SGB XI; vgl. Härtefall-Richtlinien nach § 17 Abs. 1 Satz 3 SGB XI),
- Vorliegen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz,
- Umfang der Pfllegetätigkeit der jeweiligen Pflegeperson(en) (§ 44 SGB XI, § 166 Abs. 2 SGB VI).

Beantragt der Versicherte vollstationäre Pflege, hat sich die Stellungnahme auch darauf zu erstrecken, ob vollstationäre Pflege erforderlich ist.

**5.9** Darüber hinaus hat der MDK in einem Empfehlungsteil (individueller Pflegeplan)

- Aussagen über die im Bereich der pflegerischen Leistungen im Einzelfall erforderlichen Hilfen,
- Aussagen über notwendige Hilfs-/Pflegehilfsmittel und technische Hilfen (§ 33 SGB V, § 40 SGB XI),

- Vorschläge für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
- Vorschläge für Leistungen zur Prävention,
- Aussagen zur Prognose über die weitere Entwicklung der Pflegebedürftigkeit und zur Notwendigkeit der Wiederholungsbegutachtung sowie zum Zeitpunkt der Wiederholungsbegutachtung

zu machen.

Ferner hat sich die Stellungnahme auch darauf zu erstrecken, ob die häusliche Pflege in geeigneter Weise sichergestellt ist. Gegebenenfalls sind Vorschläge zur Verbesserung/Veränderung der Pflegesituation abzugeben.

**5.10** Die Pflegekasse teilt dem Versicherten ihre Entscheidung über das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit und der Pflegestufe auf der Grundlage der Begutachtung des MDK schriftlich mit.

## **6. Besonderheiten bei vollstationärer Pflege**

**6.1** Bei Versicherten, die Leistungen der vollstationären Pflege beantragt haben und deren Wohnung bereits aufgelöst ist, sind die Kriterien nach Ziffern 4.1.1 bis 4.1.3 Grundlage für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Dabei ist Maßstab für die Bemessung des zeitlichen Mindestaufwandes in den einzelnen Pflegestufen eine durchschnittliche häusliche Wohnsituation.

Die Begutachtung im vollstationären Bereich ist durch Gutachter durchzuführen, die bereits über ausreichende Erfahrungen im ambulanten Bereich verfügen.

**6.2** Bei pflegebedürftigen Versicherten, die bereits vor dem 01.04.1996 in einer vollstationären Pflegeeinrichtung lebten, wird die Notwendigkeit der vollstationären Pflege unterstellt.

## **7. Widerspruchsverfahren**

Wird im Rahmen eines Widerspruchsverfahrens nach Auffassung der Pflegekasse eine erneute Begutachtung erforderlich, erhält der MDK den Begutachtungsauftrag zusammen mit einer Kopie des Widerspruchsschreibens. Aufgrund dieser Unterlagen haben zunächst die Erstgutachter zu beurteilen, ob sie aufgrund neuer Aspekte zu einem anderen Ergebnis als im Erstgutachten kommen.

Revidieren die Erstgutachter ihre Entscheidung nicht, ist das Zweitgutachten von einem anderen Arzt und/oder einer anderen Pflegefachkraft zu erstellen.

Die Zweitbegutachtung hat ebenfalls in häuslicher Umgebung bzw. in der vollstationären Pflegeeinrichtung stattzufinden, es sei denn, dass in dem Erstgutachten die Pflegesituation ausreichend dargestellt wurde. Dies ist im Zweitgutachten unter Würdigung des Widerspruchs detailliert zu begründen. Bei der Zweitbegutachtung ist die zwischenzeitliche Entwicklung zu würdigen, der Zeitpunkt eventueller Änderungen der Pflegesituation gegenüber dem Erstgutachten zu benennen und gegebenenfalls auf die jeweilige Begründung des Widerspruchs einzugehen. Bei der Bearbeitung von Widersprüchen behinderter oder psychisch kranker Menschen oder von Kindern kann es zur ganzheitlichen Beurteilung der Pflegesituation erforderlich sein, andere Fachkräfte, z. B. aus dem Bereich der Hilfe für behinderte Menschen, der Psychiatrie oder der Kinderheilkunde, zu beteiligen.

Das Ergebnis ist der Pflegekasse mitzuteilen.

## **8. Wiederholungsbegutachtung**

- 8.1** Die Begutachtung des Pflegebedürftigen ist in angemessenen Abständen zu wiederholen. Die Pflegekasse veranlasst eine erneute Begutachtung in Anlehnung an die Empfehlung des MDK, es sei denn, der Pflegekasse wird eine wesentliche Veränderung der Ausgangssituation bekannt. Ein Wechsel zwischen häuslicher und vollstationärer Pflege stellt keine wesentliche Veränderung der Ausgangssituation dar.
- 8.2** Beantragt der Pflegebedürftige eine Höherstufung bei bereits vorliegender Anerkennung der Pflegebedürftigkeit, entspricht das Verfahren dem bei einem Neuantrag.
- 8.3** Soweit die Pflegekasse, z. B. aufgrund des Beratungseinsatzes nach § 37 Abs. 3 SGB XI, Hinweise erhält, dass die häusliche Pflege nicht mehr in geeigneter Weise sichergestellt ist, kommt eine erneute Begutachtung durch den MDK in Betracht.

**Anlage 2 zum Gemeinsamen Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen  
Vorschriften des PflegeVG vom 01.07.2008**

**Richtlinie zur Feststellung von  
Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und  
zur Bewertung des Hilfebedarfs  
vom 22.03.2002<sup>1</sup>**

**geändert durch Beschlüsse vom 11.05.2006<sup>2</sup> und 10.06.2008<sup>3</sup>**

Der AOK-Bundesverband,  
der Bundesverband der Betriebskrankenkassen,  
der IKK-Bundesverband,  
der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen,  
die Knappschaft,  
der Verband der Angestellten Krankenkassen e. V. und  
der AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.

- jetzt GKV-Spitzenverband -

der Verband der privaten Krankenversicherung e. V.

haben 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 und des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen

---

<sup>1</sup> Dem Verfahren zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz vom 22.03.2002 hat das BMG mit Schreiben vom 01.08.2002 – Az.: 123 – 43371/3 – die Zustimmung erteilt.

<sup>2</sup> Dem Verfahren zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz in der geänderten Fassung vom 11.05.2006 hat das BMG mit Schreiben vom 21.06.2006 – Az.: 233-43371/3 – die Zustimmung erteilt. Das Verfahren zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz findet mit Wirkung vom 01.09.2006 Anwendung.

<sup>3</sup> Der Richtlinie zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und zur Bewertung des Hilfebedarfs vom 22.03.2002 in der geänderten Fassung vom 10.06.2008 hat das BMG mit Schreiben vom 26.06.2008 – Az.: 233-43371/13 – und mit Schreiben vom 25. Juni 2010 – Az.: 233-43371/13 – die Zustimmung erteilt.

aufgrund der §§ 45a Abs. 2, 45b Abs. 1 Satz 4 in Verbindung mit § 122 Abs. 2, § 53a Nr. 2 SGB XI sowie § 213 SGB V

am 22.03.2002, geändert durch Beschlüsse vom 11.05.2006 und 17.06.2008 gemeinsam und einheitlich die Richtlinie zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und zur Bewertung des Hilfebedarfs beschlossen.

## **1 Allgemeines**

Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, mit geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen haben häufig einen Hilfe- und Betreuungsbedarf der über den Hilfebedarf hinausgeht, der bei der Beurteilung von Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 14 SGB XI und § 15 SGB XI Berücksichtigung findet. Für ambulant gepflegte bzw. versorgte Versicherte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz besteht ein – seit dem 01.07.2008 je nach Umfang des allgemeinen Betreuungsbedarfs gestaffelter – zusätzlicher Leistungsanspruch (§ 45b SGB XI). Mit dieser Leistung werden insbesondere für die Pflegeperson/-en zusätzliche Möglichkeiten zur Entlastung geschaffen und für Versicherte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz aktivierende und qualitätsgesicherte Betreuungsangebote zur Verfügung gestellt.

Anspruch auf die Leistung nach § 45b SGB XI haben Pflegebedürftige der Pflegestufen I, II und III und Personen, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht, mit einem auf Dauer bestehenden erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung. Für Versicherte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, die sich in einer vollstationären Pflegeeinrichtung befinden, haben die Einrichtungen ab dem 01.07.2008 einen Anspruch auf Vereinbarung leistungsgerechter Zuschläge zur Pflegevergütung, wenn die Einrichtung ein zusätzliches über das normale Betreuungsangebot für pflegebedürftige Menschen hinausgehendes Angebot der Betreuung und Aktivierung dieser Heimbewohner vorhält (§ 87b Abs. 1 Satz 3 SGB XI).

Entsprechend der Definition der Feststellung der Pflegebedürftigkeit im SGB XI wird auch für die Bestimmung des erheblichen Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung nicht auf bestimmte Krankheitsbilder wie z. B. Demenz abgestellt, sondern auf einen tatsächlichen Hilfebedarf, der durch bestimmte Beeinträchtigungen bei Aktivitäten ausgelöst wird, die zu Einschränkungen in der Alltagskompetenz führen. Der zeitliche Umfang dieses Bedarfs ist dabei unerheblich. Grundlage für die Feststellung des Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung wegen Einschränkungen in der Alltagskompetenz sind allein die in § 45a Abs. 2 SGB XI genannten Kriterien (vgl. Anlage 1).

## **2 Begutachtungsverfahren**

Das Begutachtungsverfahren zur Feststellung dieses Personenkreises gliedert sich in zwei Teile, ein Screening und ein Assessment (Punkt G 3.5 "Screening und Assessment zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz" des Formulargutachtens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI in den Begutachtungs-Richtlinien) und baut auf der Begutachtung nach §§ 14 und 15 SGB XI auf. Hierbei sind die Besonderheiten unter Punkt D 4. / III. / 8. "Besonderheiten der Ermittlung des Hilfebedarfs bei Menschen mit psychischen Erkrankungen oder geistigen Behinderungen" der Begutachtungs-Richtlinien hinsichtlich der Vorbereitung der Begutachtung und der Begutachtungssituation zu berücksichtigen. Die Grundlage für das weitere Verfahren ist die Befunderhebung unter Punkt 3.2 "Beschreibung von Schädigungen/Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Ressourcen in Bezug auf den Stütz- und Bewegungsapparat, die Inneren Organe, die Sinnesorgane und Nervensystem/Psyche" des Formulargutachtens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI (Punkt G der Begutachtungs-Richtlinien). Dort sind die vorliegenden Schädigungen, vorhandene Res-

sources sowie die Beeinträchtigungen der Aktivitäten des täglichen Lebens zu dokumentieren.

## 2.1 Screening

Das Screening (Punkt G 3.5 "Screening und Assessment zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz" des Formulargutachtens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI in den Begutachtungs-Richtlinien) ist eine Auswertung der Angaben unter Punkt 3.2 "Beschreibung von Schädigungen/Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Ressourcen in Bezug auf den Stütz- und Bewegungsapparat, die Inneren Organe, die Sinnesorgane und Nervensystem/Psyche" des Formulargutachtens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI (Punkt G der Begutachtungs-Richtlinien) mit dem Ziel der Feststellung, ob ein Assessmentverfahren durchzuführen ist. Hierzu ist in der Tabelle der spezifische Hilfebedarf (nicht jedoch der Pflegebedarf) bei Personen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistiger Behinderung oder psychischer Erkrankung zu erfassen. In der Tabelle ist zu "Orientierung", "Antrieb/Beschäftigung", "Stimmung", "Gedächtnis", "Tag-/Nachtrhythmus", "Wahrnehmung und Denken", Kommunikation/Sprache", "Situatives Anpassen" und "Soziale Bereiche des Lebens wahrnehmen" jeweils eine Bewertung "unauffällig" oder "auffällig" abzugeben. Ein Assessment ist nur dann durchzuführen, wenn das Screening positiv ist. Dies ist der Fall, wenn

- mindestens eine Auffälligkeit in der Tabelle abgebildet ist, die ursächlich auf demenzbedingte Fähigkeitsstörungen, geistige Behinderung oder psychische Erkrankungen zurückzuführen ist und
- hieraus ein regelmäßiger und dauerhafter (voraussichtlich mindestens sechs Monate) Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf resultiert.

Regelmäßig bedeutet, dass grundsätzlich ein täglicher Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf besteht, dessen Ausprägung sich unterschiedlich darstellen kann. So kann bei bestimmten Krankheitsbildern in Abhängigkeit von der Tagesform zeitweilig eine Beaufsichtigung ausreichen oder auch eine intensive Betreuung erforderlich sein.

Werden im Screening (Tabelle in Punkt G 3.5 "Screening und Assessment zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz" des Formulargutachtens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI in den Begutachtungs-Richtlinien) Items als auffällig dokumentiert, die keinen Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf erfordern und daher kein Assessment auslösen, ist dies im Formulargutachten zu begründen.

Bei bereits festgestellter erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz hat der Gutachter zu überprüfen, ob die im vorherigen Assessment bestätigten Beeinträchtigungen der Aktivitäten weiterhin bestehen oder sich Veränderungen ergeben haben.

## 2.2 Assessment

Das Assessment (Punkt G 3.5 "Screening und Assessment zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz" des Formulargutachtens zur Feststellung

der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI in den Begutachtungs-Richtlinien) ist generell zu erstellen, wenn das Screening entsprechend den vorstehenden Ausführungen positiv ist. Unerheblich ist, ob die Voraussetzungen für die Einstufung in eine Pflegestufe erfüllt sind oder ob der Versicherte häuslich oder stationär versorgt wird. Mit dem Assessment erfolgt die Bewertung, ob die Einschränkung der Alltagskompetenz auf Dauer erheblich ist. Dazu werden

- krankheits- oder behinderungsbedingte kognitive Störungen (Wahrnehmen und Denken)

sowie

- Störungen des Affekts und des Verhaltens

erfasst.

Ein Assessment-Merkmal ist dann mit "Ja" zu dokumentieren, wenn wegen dieser Störungen

- ein Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf,
- auf Dauer (voraussichtlich mindestens sechs Monate) und
- regelmäßig besteht.

Regelmäßig bedeutet, dass grundsätzlich ein täglicher Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf besteht, dessen Ausprägung sich unterschiedlich darstellen kann. So kann bei bestimmten Krankheitsbildern in Abhängigkeit von der Tagesform zeitweilig eine Beaufsichtigung ausreichen oder auch eine intensive Betreuung erforderlich sein.

Die Fragen sind eindeutig mit "Ja" oder mit "Nein" zu beantworten. Die einzelnen Punkte sind zu beobachten oder fremdanamnestisch zu erfragen und gutachterlich zu würdigen.

Das Assessment erfasst die 13 gesetzlich festgeschriebenen Items. Nachfolgend werden für die 13 Items besonders typische und eindeutige Beispiele beschrieben, in denen ein "Ja" zu dokumentieren ist. Eine abschließende und vollständige Aufzählung aller Situationen, in denen sich psychopathologische Störungen manifestieren, ist nicht möglich.

## **1. Unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauftendenz)**

Ein "Ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller seinen beaufsichtigten und geschützten Bereich ungezielt und ohne Absprache verlässt und so seine oder die Sicherheit anderer gefährdet. Ein Indiz für eine Weglauftendenz kann sein, wenn der Betroffene z. B.:

- aus der Wohnung heraus drängt,
- immer wieder seine Kinder, Eltern außerhalb der Wohnung sucht bzw. zur Arbeit gehen möchte,

- planlos in der Wohnung umherläuft und sie dadurch verlässt.

## **2. Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen**

Ein "Ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

- durch Eingriffe in den Straßenverkehr, wie unkontrolliertes Laufen auf der Straße, Anhalten von Autos oder Radfahrern sich selbst oder andere gefährdet,
- die Wohnung in unangemessener Kleidung verlässt und sich dadurch selbst gefährdet (Unterkühlung).

## **3. Unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen**

Ein "Ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

- Wäsche im Backofen trocknet, Herdplatten unkontrolliert anstellt ohne diese benutzen zu können/wollen, Heißwasserboiler ohne Wasser benutzt,
- Gasanschlüsse unkontrolliert aufdreht,
- mit kochendem Wasser Zähne putzt,
- unangemessen mit offenem Feuer in der Wohnung umgeht,
- Zigaretten isst,
- unangemessen mit Medikamenten und Chemikalien umgeht (z. B. Zäpfchen oral einnimmt),
- verdorbene Lebensmittel isst.

## **4. Tätlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation**

Ein "Ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

- andere schlägt, tritt, beißt, kratzt, kneift, bespuckt, stößt, mit Gegenständen bewirft,
- eigenes oder fremdes Eigentum zerstört,
- in fremde Räume eindringt,
- sich selbst verletzt,
- andere ohne Grund beschimpft, beschuldigt.

## 5. Im situativen Kontext inadäquates Verhalten

Ein "Ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

- in die Wohnräume uriniert oder einkotet (ohne kausalen Zusammenhang mit Harn- oder Stuhlinkontinenz),
- einen starken Betätigungs- und Bewegungsdrang hat (z. B. Zerpflücken von Inkontinenzeinlagen, ständiges An- und Auskleiden, Nesteln, Zupfen, waschende Bewegungen),
- Essen verschmiert, Kot isst oder diesen verschmiert,
- andere Personen sexuell belästigt, z. B. durch exhibitionistische Tendenzen,
- Gegenstände auch aus fremdem Eigentum (z. B. benutzte Unterwäsche, Essensreste, Geld) versteckt/verlegt oder sammelt,
- permanent ohne ersichtlichen Grund schreit oder ruft.

Hinweis: Hier ist auszuschließen, dass das inadäquate Verhalten in Zusammenhang mit mangelndem Krankheitsgefühl, fehlender Krankheitseinsicht oder therapieresistentem Wahnerleben und Halluzinationen steht, da dies unter Item 11 dokumentiert wird.

## 6. *Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen*

Ein "Ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

- Hunger und Durst nicht wahrnehmen oder äußern kann oder aufgrund mangelndem Hunger- und Durstgefühl bereit stehende Nahrung von sich aus nicht isst oder trinkt oder übermäßig alles zu sich nimmt, was er erreichen kann,
- aufgrund mangelndem Schmerzempfinden Verletzungen nicht wahrnimmt,
- Harn- und Stuhldrang nicht wahrnehmen und äußern kann und deshalb zu jedem Toilettengang aufgefordert werden muss,
- Schmerzen nicht äußern oder nicht lokalisieren kann.

## 7. **Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung**

Ein "Ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

- den ganzen Tag apathisch im Bett verbringt,

- den Platz, an den er z. B. morgens durch die Pflegeperson hingestellt wird, nicht aus eigenem Antrieb wieder verlässt,
- sich nicht aktivieren lässt,
- die Nahrung verweigert.

Hinweis: Die Therapieresistenz einer Depression oder Angststörung muss nervenärztlich/psychiatrisch gesichert sein.

### **8. Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben**

Ein "Ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

- vertraute Personen (z. B. Kinder, Ehemann/-frau, Pflegeperson) nicht wieder erkennt,
- mit (Wechsel-)Geld nicht oder nicht mehr umgehen kann,
- sich nicht mehr artikulieren kann und dadurch in seinen Alltagsleistungen eingeschränkt ist,
- sein Zimmer in der Wohnung oder den Weg zurück zu seiner Wohnung nicht mehr findet,
- Absprachen nicht mehr einhalten kann, da er schon nach kurzer Zeit nicht mehr in der Lage ist sich daran zu erinnern.

### **9. Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus**

Ein "Ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

- nachts stark unruhig und verwirrt ist, verbunden mit Zunahme inadäquater Verhaltensweisen,
- nachts Angehörige weckt und Hilfeleistungen (z. B. Frühstück) verlangt (Umkehr bzw. Aufhebung des Tag-/Nacht-Rhythmus).

### **10. Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren**

Ein "Ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B. aufgrund zeitlicher, örtlicher oder situativer Desorientierung

- eine regelmäßige und der Biografie angemessene Körperpflege, Ernährung oder Mobilität nicht mehr planen und durchführen kann,
- keine anderen Aktivitäten mehr planen und durchführen kann.

Hinweis: Hier sind nur Beeinträchtigungen der Aktivitäten zu berücksichtigen, die nicht bereits unter Item 7 oder 8 erfasst worden sind.

## **11. Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen**

Ein "Ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

- Angst vor seinem eigenen Spiegelbild hat,
- sich von Personen aus dem Fernsehen verfolgt oder bestohlen fühlt,
- Personenfotos für fremde Personen in seiner Wohnung hält,
- aufgrund von Vergiftungswahn Essen verweigert oder Gift im Essen riecht/schmeckt,
- glaubt, dass fremde Personen auf der Straße ein Komplott gegen ihn schmieden,
- mit Nichtanwesenden schimpft oder redet,
- optische oder akustische Halluzinationen wahrnimmt.

Hinweis: Hier geht es um Verhaltensstörungen, die in Item 5 nicht erfasst und durch nicht-kognitive Störungen bedingt sind. Solche Störungen können vor allem bei Menschen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis sowie auch bei demenziell erkrankten und (seltener) depressiven Menschen auftreten. Das Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen muss die Folge von mangelndem Krankheitsgefühl, fehlender Krankheitseinsicht, therapieresistentem Wahnerleben und therapieresistenten Halluzinationen sein, welche nervenärztlich/psychiatrisch gesichert sind.

## **12. Ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten**

Ein "Ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

- häufig situationsunangemessen, unmotiviert und plötzlich weint,
- Distanzlosigkeit, Euphorie, Reizbarkeit oder unangemessenes Misstrauen in einem Ausmaß aufzeigt, das den Umgang mit ihm erheblich erschwert.

## **13. Zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagtheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression**

Ein "Ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

- ständig "jammert" und klagt,
- ständig die Sinnlosigkeit seines Lebens oder Tuns beklagt.

Hinweis: Die Therapieresistenz einer Depression muss nervenärztlich/psychiatrisch gesichert sein.

## **3. Maßstäbe zur Bewertung des Hilfebedarfs und Empfehlungen an die Pflegekasse**

Die zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI werden

- für Versicherte mit einem im Verhältnis geringeren allgemeinen Betreuungsbedarf (erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz) bis zu einem Grundbetrag und
- für Versicherte mit einem im Verhältnis höheren allgemeinen Betreuungsbedarf (in erhöhtem Maße eingeschränkte Alltagskompetenz) bis zu einem erhöhten Betrag

geleistet. Maßstab für die Empfehlung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zur Bemessung der jeweiligen Höhe des Betreuungsbetrages sind die Feststellungen zu den Schädigungen und Fähigkeitsstörungen bei den maßgeblichen Items im Rahmen des Assessments.

Eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz liegt vor, wenn im Assessment wenigstens bei zwei Items ein "Ja" angegeben wird, davon mindestens einmal bei einem Item aus einem der Bereiche 1 bis 9.

Eine in erhöhtem Maße eingeschränkte Alltagskompetenz liegt vor, wenn die für die erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz maßgeblichen Voraussetzungen erfüllt sind und zusätzlich bei mindestens einem weiteren Item aus einem der Bereiche 1, 2, 3, 4, 5, 9 oder 11 ein „Ja“ angegeben wird.

Darüber hinaus hat der Medizinische Dienst der Krankenversicherung zu dokumentieren, seit wann die Alltagskompetenz des Antragstellers entsprechend eingeschränkt ist. Bei

den meist chronischen Verläufen ist eine begründete Abschätzung des Beginns der eingeschränkten Alltagskompetenz notwendig.

**Anlage 3 zum Gemeinsamen Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen  
Vorschriften des PflegeVG vom 01.07.2008**

**R i c h t l i n i e n**

**der Spitzenverbände der Pflegekassen  
zur Anwendung der Härtefallregelungen  
(Härtefall-Richtlinien - HRi) vom 10.07.1995  
geändert durch Beschlüsse vom 19.10.1995<sup>1</sup>,  
vom 03.07.1996<sup>2</sup> und vom 28.10.2005<sup>3</sup>**

Der AOK-Bundesverband, Bonn  
der Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen  
der IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach  
die See-Pflegekasse, Hamburg  
der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel  
die Knappschaft, Bochum  
der Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V., Siegburg und  
der AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V., Siegburg

handelnd als Spitzenverbände der Pflegekassen

haben unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen

aufgrund des § 17 SGB XI in Verbindung mit § 213 SGB V

am 10.07.1995 sowie durch Ergänzungsbeschlüsse vom 19.10.1995, vom 03.07.1996 und vom 28.10.2005 gemeinsam und einheitlich die nachstehenden Richtlinien zur Anwendung der Härtefallregelungen (Härtefall-Richtlinien – HRi) beschlossen.

---

<sup>1</sup> Den Härtefall-Richtlinien – ambulante Pflege in der Fassung vom 19.10.1995 hat das BMA mit Schreiben vom 06.11.1995 – Va 1 - 43 104 1 – gemäß § 17 Abs. 2 SGB XI die Genehmigung erteilt.

<sup>2</sup> Den Härtefall-Richtlinien in der geänderten Fassung vom 03.07.1996 hat das BMA mit Schreiben vom 15.07.1996 – Va 2 - 43 371/1 – gemäß § 17 Abs. 2 SGB XI die Genehmigung erteilt.

<sup>3</sup> Den Härtefall-Richtlinien in der geänderten Fassung vom 28.10.2005 hat das BMG mit Schreiben vom 21.06.2006 – 233-43371/3 – gemäß § 17 Abs. 2 SGB XI die Genehmigung (befristet bis zum 31.03.2009) erteilt. Die Härtefall-Richtlinien finden mit Wirkung vom 01.09.2006 Anwendung. Mit Schreiben vom 24.03.2009 hat das BMG einer Verlängerung der Befristung bis zum 31.12.2010 zugestimmt. Mit Schreiben vom 15.07.2011 hat das BMG einer weiteren Verlängerung der Befristung bis zum 31.12.2012 zugestimmt.

## **1. Allgemeines**

Die Richtlinien bestimmen in Ergänzung der Pflegebedürftigkeits-Richtlinien gemäß § 17 Abs. 1 SGB XI die Merkmale zur Annahme eines Härtefalles (§§ 36 Abs. 4, 43 Abs. 3 SGB XI) sowie das Verfahren zur Feststellung eines Härtefalles. Sie sind für die Pflegekassen (§ 46 SGB XI) sowie für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) verbindlich (§§ 213 SGB V, 53a SGB XI). Regionale Abweichungen sind nicht zulässig.

## **2. Anwendungsbereich**

Die Härtefallregelungen im Sinne dieser Richtlinien finden Anwendung, soweit bei Antragstellern mit einem Hilfebedarf der Pflegestufe III Leistungsanträge auf die häusliche Pflegehilfe nach § 36 SGB XI, die Kombinationsleistung nach § 38 SGB XI oder die vollstationäre Pflege nach § 43 SGB XI gerichtet sind.

## **3. Verfahren zur Feststellung eines Härtefalles**

Liegt bei einem Antragsteller ein Hilfebedarf der Pflegestufe III vor, hat der Gutachter entsprechend den nachstehenden Merkmalen (Ziffer 4) aufgrund konkreter Tatsachen nachvollziehbar festzustellen, ob ein außergewöhnlich hoher bzw. intensiver Pflegeaufwand vorliegt und dokumentiert dies im Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI.

Die Entscheidung, ob ein Härtefall vorliegt, trifft die Pflegekasse auf der Grundlage des Gutachtens des MDK.

## **4. Merkmale für einen außergewöhnlich hohen Pflegeaufwand**

Der Pflegeaufwand wird bestimmt durch die Art, die Dauer und den Rhythmus der erforderlichen Pflegemaßnahmen. Dieser kann sich aufgrund der individuellen Situation des Pflegebedürftigen als außergewöhnlich hoch bzw. intensiv darstellen, wenn die täglich durchzuführenden Pflegemaßnahmen das übliche Maß der Grundversorgung im Sinne von Ziffer 4.1.3 (Pflegestufe III) der Pflegebedürftigkeits-Richtlinien quantitativ oder qualitativ weit übersteigen.

Das ist der Fall, wenn

- Hilfe bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens 6 Stunden täglich, davon mindestens dreimal in der Nacht, erforderlich ist. Bei Pflegebedürftigen in vollstationären Pflegeeinrichtungen ist auch die auf Dauer bestehende medizinische Behandlungspflege zu berücksichtigen.

oder

- die Grundpflege für den Pflegebedürftigen auch des Nachts nur von mehreren Pflegekräften gemeinsam (zeitgleich) erbracht werden kann. Das zeitgleiche Erbringen der Grundpflege des Nachts durch mehrere Pflegekräfte erfordert, dass wenigstens bei einer Verrichtung tagsüber und des Nachts neben einer professionellen Pflegekraft mindestens eine weitere Pflegeperson, die nicht bei einem Pflegedienst beschäftigt sein muss (z. B. Angehörige), tätig werden muss.

Zusätzlich muss ständige Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung erforderlich sein.

Ein solch außergewöhnlich hoher bzw. intensiver Pflegeaufwand kann insbesondere bei folgenden Krankheitsbildern vorliegen:

- Krebserkrankungen im Endstadium
- AIDS-Erkrankungen im Endstadium
- hohe Querschnittslähmung und Tetraplegie
- Enzephalomyelitis disseminata im Endstadium
- Wachkoma
- schwere Ausprägung der Demenz
- bei schweren Fehlbildungssyndromen und Fehlbildungen im Säuglings- und Kleinkindalter
- schwerste neurologische Defektsyndrome nach Schädelhirnverletzungen
- Endstadium der Mukoviszidose

## **5. Anerkennung des Härtefalles bei Pflegebedürftigen in vollstationären Pflegeeinrichtungen**

Voraussetzung für die Anerkennung eines Härtefalles ist, dass stationär versorgte Schwerstpflegebedürftige mit außergewöhnlich hohem Pflegeaufwand (Ziffer 4) zur Deckung ihres Pflegebedarfs zusätzliche Kosten aufbringen müssen. Das kann der Fall sein, wenn sich die vollstationäre Pflegeeinrichtung konzeptionell auf einen Personenkreis mit außergewöhnlich hohem Pflegeaufwand spezialisiert hat (z. B. auf Wachkomapatienten) und einen Pflegesatz der Pflegeklasse III berechnet, der den verbundenen personellen Mehraufwand von vornherein einkalkuliert und deutlich über den Pflegesätzen der Pflegeklasse III liegt, die in nicht spezialisierten vollstationären Pflegeeinrichtungen erhoben werden. Dies gilt auch für vollstationäre Pflegeeinrichtungen, die eine wirtschaftlich getrennt geführte, selbständige Abteilung für Schwerstpflegebedürftige mit außergewöhnlich hohem Pflegeaufwand und eigenständigem Pflegesatz eingerichtet haben, der über dem außerhalb dieser Abteilung berechneten Satz der Pflegestufe III liegt.

**Anlage 4 zum Gemeinsamen Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen  
Vorschriften des PflegeVG vom 01.07.2008**

**Beihilfevorschriften (BhV) des Bundes und Personenkreis nach § 28 Abs. 2 SGB XI**

Abschrift des Schreibens des Bundesministeriums des Innern vom 22.03.1995 – AZ: D III  
5 - 213 106-7/5 –

**Ausgangsfall 1 (Beamtenfamilie: A-D):**

- A.** Beamter ist freiwilliges Mitglied der GKV (§ 20 Abs. 3 SGB XI), Ehegatte nicht berufstätig, Kind und Ehegatte ohne eigenes Einkommen.

Aber: **Kein** originärer Beihilfeanspruch des Ehegatten und des Kindes.

Lösungsmöglichkeiten (Bitte entsprechende Antwort ankreuzen):

- a) Beamter leistet halben Beitrag und erhält hälftige Leistung aus der sozialen Pflegeversicherung (SPV) gemäß § 28 Abs. 2 SGB XI; § 55 Abs. 1 Satz 2 SGB XI. Ehegatte und Kind sind beitragsfrei in der SPV versichert (§ 25 i. V. m. § 56 Abs. 1 SGB XI) und erhalten **volle** Leistung

Ja: \_\_\_\_\_

Nein:   X  

- b) Ehegatte und Kind sind beitragsfrei in der Familienversicherung mitversichert und erhalten wie der Beamte **halbe** Leistung.

Ja:   X  

Nein: \_\_\_\_\_

**B.** Fall wie A., aber: Ehegatte selbst freiwilliges Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung

Beamter erhält halbe Leistung

- a) Ehegatte: § 20 Abs. 3 SGB XI; keine Familienversicherung wegen § 25 Abs. 1 Nr. 2 SGB XI

**Volle** Leistung aus der SPV?

Ja:   X  

Nein: \_\_\_\_\_

Gilt für Ehegatten § 55 Abs. 1 Satz 2 SGB XI?

Ja: \_\_\_\_\_

Nein:   X  

- b) Kind ohne eigenes Einkommen: Familienversicherung § 25 Abs. 2 SGB XI - Frage: Wo kommt Kind "unter"?

Bei der Mutter (volle Leistung):

Ja:   X  

Nein: \_\_\_\_\_

Wahlrecht § 25 Abs. 2 Satz 2 SGB XI i. V. m. § 10 Abs. 5 SGB V

Beim Vater (halbe Leistung):

Ja:   X  

Nein: \_\_\_\_\_

Zusatzfrage:

Wahlrecht des Kindes (vgl. analog § 10 SGB V)?:

Ja:   X  

Nein: \_\_\_\_\_

**C.** Beamter freiwilliges Mitglied in der GKV, Kind o.e. Einkommen, Ehegatte berufstätig, pflichtversichertes Mitglied (§ 20 Abs. 1 Nr. 1 SGB XI)

- a) Ehegatte: Zuordnung zu § 28 Abs. 2 SGB XI?

Ja: \_\_\_\_\_

Nein:   X

Falls Ja: Gilt § 55 Abs. 1 Satz 2 SGB XI?

Ja: \_\_\_\_\_

Nein: \_\_\_\_\_

b) Ehegatte: Leistung **voll** aus der SPV; § 28 Abs. 2 SGB XI nicht anwendbar.

Ja:   X   \_\_\_\_\_

Nein: \_\_\_\_\_

Gilt § 58 Abs. 1 SGB XI?

Ja:   X   \_\_\_\_\_

Nein: \_\_\_\_\_

c) Wahlrecht für das Kind? (Entweder über die Familienversicherung des Vaters, d.h. halbe Leistung aus der SPV oder über die Mutter mit der Folge volle Leistung).

Ja:   X   \_\_\_\_\_

Nein: \_\_\_\_\_

Falls Nein: Familienversicherung bei welchem Elternteil? \_\_\_\_\_

**D.** Fall wie unter C., aber Ehegatte berufstätig und freiwilliges Mitglied in der GKV

a) Versicherungspflicht in der SPV über § 20 Abs. 3 SGB XI nach § 28 Abs. 2 SGB XI?

Ja: \_\_\_\_\_

Nein:   X   \_\_\_\_\_

Volle Beitragspflicht, daneben Beitragszuschuss des Arbeitgebers nach § 61 Abs. 1 SGB XI

Ja:   X   \_\_\_\_\_

Nein: \_\_\_\_\_

b) Wahlrecht für das Kind?

Ja:   X   \_\_\_\_\_

Nein: \_\_\_\_\_

oder

Zuordnung zu höherverdienendem Elternteil?

Ja: \_\_\_\_\_

Nein:   X   \_\_\_\_\_

**Ausgangsfall 2 (Witwenfall: E-F):**

- E.** Beamtenwitwe (nicht berufstätig, freiwilliges Mitglied der GKV): ein Kind o. e. Einkommen

Findet § 28 Abs. 2 SGB XI für die Witwe Anwendung?

Ja:   X  

Nein: \_\_\_\_\_

Gilt § 55 Abs. 1 Satz 2 SGB XI

Ja:   X  

Nein: \_\_\_\_\_

- F.** Beamtenwitwe, berufstätig und aus der Tätigkeit pflichtversichertes Mitglied der GKV, ein Kind (wie oben)

- a) Versicherungspflicht nach § 20 Abs. 1 Satz 1 SGB XI?

Ja:   X  

Nein: \_\_\_\_\_

Gilt § 58 Abs. 1 SGB XI?

Ja:   X  

Nein: \_\_\_\_\_

- b) Fall des § 28 Abs. 2 SGB XI

Ja:   X  

Nein: \_\_\_\_\_

Gilt § 58 Abs. 1 SGB XI?

Ja:   X  

Nein: \_\_\_\_\_

- c) Kind bei a) wie auch bei b) halbe Leistung aus der SPV?

Ja:   X  

Nein: \_\_\_\_\_

**Ausgangsfall 3 (Beamter mit Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung: G-H):**

**G.** Beamter, freiwilliges Mitglied in der GKV und Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung

- a) Personenkreis des § 28 Abs. 2 SGB XI, Beamter leistet halben Beitrag auf der Basis seiner Versorgungsbezüge und erhält daneben zu seiner Rente einen vollen Beitragszuschuss seines RV-Trägers (vgl. Artikel 48 PflegeVG) bis einschl. 30.06.1996 und danach nach Maßgabe § 106a SGB VI. Insgesamt nur halber Leistungsanspruch aus der SPV.

Ja:   X  

Nein: \_\_\_\_\_

- b) Beamter leistet bis einschl. 30.06.1996 keinen Beitrag. Beitrag wird insgesamt vom RV-Träger übernommen?

Ja: \_\_\_\_\_

Nein:   X  

- c) Zuschuss zur Pflegeversicherung nach § 106a SGB VI

Ja:   X  

Nein: \_\_\_\_\_

**H.** Beamter ist Mitglied der privaten Pflegeversicherung und erhält (daneben) eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung.

Voller Zuschuss des RV-Trägers zur Rentenversicherung (bis 30.06.1996, Artikel 48 PflegeVG beachten, danach Regelung entsprechend Artikel 5 Nr. 8 PflegeVG = § 106a SGB VI). Weiterhin Versicherungspflicht des Beamten in der privaten Pflegeversicherung?

Ja:   X  

Nein: \_\_\_\_\_

Leistungsansprüche aus der SPV?

Ja: \_\_\_\_\_

Nein:   X

**Ausgangsfall 4 (Kinder mit Einkommen):**

- I. Beamter, freiwilliges Mitglied in der GKV und Kind mit regelmäßigen Arbeitseinkommen (z.B. Ausbildungsvergütung) über 1/7 der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV (Anm.: Bezugsgröße West 580,-- DM, Bezugsgröße Ost: 470,-- DM).

Ist das Kind Person nach § 28 Abs. 2 SGB XI?

Ja: \_\_\_\_\_

Nein: \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_

Für das Kind keine Familienversicherung nach § 25 Abs. 2 SGB XI?

Ja: \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ keine Familienvers.    Nein: \_\_\_\_\_

Versicherungspflichtig nach § 20 Abs. 1 Nr. 1 SGB XI?

Ja: \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_

Nein: \_\_\_\_\_

Gilt § 58 Abs. 1 SGB XI?

Ja: \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_

Nein: \_\_\_\_\_

**Ausgangsfall 5 (Beamter im Erziehungsurlaub, § 5 ErzUrIV: J-N):**

- J.** Beamter, freiwilliges Mitglied in der GKV, befindet sich im Erziehungsurlaub (daneben keine Berufstätigkeit).

Gilt § 20 Abs. 3 SGB XI?

Ja:   X  

Nein: \_\_\_\_\_

Person des § 28 Abs. 2 SGB XI?

Ja:   X  

Nein: \_\_\_\_\_ (dabei wird Beihilfeberechtigung unterstellt)

Ruht Beitragspflicht des Beamten nach § 56 Abs. 3 SGB XI?

Ja:   X  

Nein: \_\_\_\_\_ wenn keine sonstigen beitragspflichtigen Einnahmen vorhanden sind

- K.** Beamter, freiwilliges Mitglied in der GKV, befindet sich im Erziehungsurlaub und ist in einer daneben ausgeübten Beschäftigung als Nicht-Beamter pflichtversichertes Mitglied in der GKV

- a) Versicherungspflicht in der SPV nach § 20 Abs. 1 SGB XI?

Ja: \_\_\_\_\_

Nein:   X   aber nach § 20 Abs. 3 SGB XI, Begr.: § 6 Abs. 3 SGB V i. V. m. § 20 Abs. 1 Satz 1 SGB X

Gilt § 58 Abs. 1 SGB XI?

Ja: \_\_\_\_\_

Nein:   X  

Versicherungspflicht in der SPV nach § 20 Abs. 3 SGB XI?

Ja:   X  

Nein: \_\_\_\_\_

- b) Kommt § 55 Abs. 1 Satz 2 SGB XI zur Anwendung?

Ja:   X  

Nein: \_\_\_\_\_ auch hier Beihilfeberechtigung unterstellt

- L.** Beamter, freiwilliges Mitglied in der GKV, befindet sich im Erziehungsurlaub und übt daneben eine Teilzeitbeschäftigung (die Hälfte der regelmäßigen Arbeitszeit) als Beamter aus.

Fall des § 28 Abs. 2 SGB XI?

Ja:   X  

Nein: \_\_\_\_\_ wenn Beihilfeberechtigung besteht

- M.** Beamter, privat krankenversichert, befindet sich im Erziehungsurlaub (ohne sonstige Beschäftigung)

Keine entsprechende Regelung wie in § 56 Abs. 3 SGB XI bei der PPV vorgesehen. Beamter leistet beihilfekonforme Beiträge zur PPV ungeachtet des Erziehungsurlaubs.

Versicherungspflicht nach § 23 SGB XI?

Ja:   X  

Nein: \_\_\_\_\_ wenn Beihilfeberechtigung besteht

Ruhen der Beitragspflicht (analog § 56 Abs. 3 SGB XI)?

Ja: \_\_\_\_\_

Nein:   X  

- N.** Beamter, privat versichert, befindet sich im Erziehungsurlaub und übt daneben eine sozialversicherungspflichtige Tätigkeit aus.

Greift § 28 Abs. 2 SGB XI?

Ja:   X  

Nein: \_\_\_\_\_

Versicherungspflicht nach § 20 Abs. 1 Nr. 1 SGB XI?

Ja: \_\_\_\_\_

Nein:   X  

Gilt § 58 Abs. 1 Nr. 1 SGB XI?

Ja: \_\_\_\_\_

Nein:   X  

Kann Beamter gemäß § 27 SGB XI kündigen?

Ja: \_\_\_\_\_

Nein:   X

Wahlrecht zwischen § 20 Abs. 1 Nr. 1 und § 23 SGB XI?

Ja: \_\_\_\_\_

Nein:   X

**Gemeinsames Rundschreiben zu Leistungen  
der Pflegeversicherung bei Auslandsaufenthalt  
vom 17.04.2013**

Der Europäische Gerichtshof (EuGH) hat mit Urteil vom 05.03.1998 – Rechtssache C-160/96 – entschieden, dass Pflegegeld eine Geldleistung bei Krankheit darstellt. Insofern ist das Pflegegeld aus der Pflegeversicherung auch bei einem Aufenthalt in anderen Staaten der Europäischen Union (EU) und des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) zu leisten. Darüber hinaus kommt seit dem Inkrafttreten des sog. Sektoralabkommens zwischen der Europäischen Gemeinschaft und der Schweizerischen Eidgenossenschaft seit dem 01.06.2002 die Zahlung von Pflegegeld in die Schweiz in Betracht.

Insbesondere durch das Inkrafttreten der neuen Verordnung (EG) 883/04 ergibt sich die Notwendigkeit, das Gemeinsame Rundschreiben vom 13.09.2006 zu überarbeiten. Wesentliche Bedeutung kommt dabei der durch die neue Verordnung eingeführten Möglichkeit zu, grenzüberschreitend die Ansprüche auf Sach- und Geldleistungen zu kombinieren.

Die VO (EG) 883/04 gilt seit dem 01.05.2010 für die EU-Staaten, seit dem 01.04.2012 für die Schweiz und seit dem 01.06.2012 für die EWR-Staaten Island, Liechtenstein sowie Norwegen. Damit findet auf die Schweiz und die EWR-Staaten die VO (EWR) 1408/71 keine Anwendung mehr.

Die Erläuterungen ersetzen die Rundschreiben Nr. 18, 22, 38/1998 und 2010/245 des GKV-Spitzenverbandes, DVKA und ergänzen das Gemeinsame Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des PflegeVG vom 17.04.2013.

\* Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gemäß § 53 SGB XI

## Inhaltsverzeichnis

1.	Ausgangslage .....	4
1.1	Ruhen der Leistungsansprüche (§ 34 SGB XI) .....	4
1.2	EuGH-Urteil vom 05.03.1998 (Rs. C-160/96 Molenaar).....	4
2.	Leistungsansprüche bei Aufenthalt in anderen Staaten .....	6
2.1	Leistungsansprüche bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt von bis zu sechs Wochen .....	6
2.2	Leistungsansprüche bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt von mehr als sechs Wochen .....	6
2.2.1	Allgemeines .....	6
2.2.2	Anwendungsbereich der VO (EG) 883/04.....	6
2.2.2.1	Gebietlicher Geltungsbereich.....	6
2.2.2.2	Persönlicher Geltungsbereich .....	7
2.2.2.3	Ausgestaltung des Leistungsanspruchs.....	7
2.2.3	Aufenthalt außerhalb der EU-/EWR-Staaten oder der Schweiz (Abkom- mens- bzw. Nichtvertragsstaaten) .....	8
2.3	Leistungsansprüche bei Wohnort bzw. gewöhnlichem Aufenthalt in anderen EU-/EWR-Staaten oder der Schweiz .....	9
2.3.1	Verfahren bei Wohnort in einem anderen EU-/EWR-Staat oder der Schweiz.....	10
2.3.2	Anwendung des deutschen Verfahrensrechts .....	11
2.4	Leistungsansprüche bei Wohnort bzw. gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb der EU-/EWR-Staaten und der Schweiz (Abkommens- bzw. Nichtvertragsstaaten).....	11
3.	Anrechnung von Leistungen nach ausländischem Recht .....	12
3.1	Allgemeines .....	12
3.2	Sozialhilfeleistungen .....	12

4.	Antrags- und Feststellungsverfahren in EU-/EWR-Staaten oder der Schweiz.....	13
4.1	Antragstellung .....	13
4.2	Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit .....	13
4.3	Beratungseinsatz .....	14
5.	Rentenversicherungspflicht für Pflegepersonen in anderen EU/EWR-Staaten oder der Schweiz .....	14
6.	Leistungsaushilfe in Deutschland.....	15
6.1	Allgemeines .....	15
6.2	Umfang des Leistungsanspruchs .....	15
6.3	Buchung der Aushilfeleistungen.....	16
6.4	Kostenabrechnung.....	16
Anlage 1	Liste Artikel 34 VO (EG) 883/04.....	18
Anlage 2	Hinweise zur Verwendung der im Bereich der Leistungen bei Pflegebedürftigkeit vorgesehenen Strukturierten Elektronischen Dokumente (SEDs) .....	20
Anlage 3	Formulare für den Nachweis über einen Beratungseinsatz nach § 37 Abs. 3 SGB XI bei Aufenthalt in EU-/EWR-Staaten oder der Schweiz .....	23

## **1. Ausgangslage**

### **1.1 Ruhen der Leistungsansprüche (§ 34 SGB XI)**

(1) Der Anspruch auf Leistungen ruht, solange sich der Versicherte im Ausland aufhält. Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr ist das Pflegegeld nach § 37 SGB XI oder das anteilige Pflegegeld nach § 38 SGB XI weiter zu gewähren. Dies gilt seit 01.01.2013 auch für das Pflegegeld nach § 123 SGB XI. Für die Pflegesachleistungen nach §§ 36 und 123 SGB XI gilt dies nur, soweit die Pflegekraft, die ansonsten die Pflegesachleistung erbringt, den Versicherten während des Auslandsaufenthaltes begleitet. Diese Regelung gilt weltweit.

(2) Bei Aufenthalt in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz ruht der Anspruch auf Pflegegeld nach § 37 SGB XI oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 SGB XI sowie der seit 01.01.2013 bestehende Anspruch auf Pflegegeld nach § 123 SGB XI nicht (vgl. § 34 Abs. 1a SGB XI; in Kraft getreten am 29.06.2011). Diese Regelung hat insbesondere bei Aufenthalten, die über sechs Wochen hinausgehen, Bedeutung. Dies entspricht der bisherigen Praxis in Umsetzung des EuGH-Urteils vom 05.03.1998 (Rs. C-160/96 Molenaar), der VO (EWG) 1408/71 und der VO (EG) 883/04.

### **1.2 EuGH-Urteil vom 05.03.1998 (Rs. C-160/96 Molenaar)**

(1) Der EuGH hat am 05.03.1998 in der Rechtssache C-160/96 (Molenaar) bestätigt, dass es nicht gegen Artikel 6 und Artikel 48 Abs. 2 des EU-Vertrages verstößt, wenn ein Mitgliedstaat Personen, die in seinem Gebiet arbeiten, jedoch in einem anderen Mitgliedstaat wohnen, zu Beiträgen zu einem System der sozialen Sicherheit zur Deckung des Risikos der Pflegebedürftigkeit heranzieht. Ist daher aufgrund der Koordinierungsregelungen des Gemeinschaftsrechts deutsches Sozialversicherungsrecht anzuwenden, sind bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 20 SGB XI Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung zu entrichten.

(2) Wie der EuGH in seinem Urteil festgestellt hat, handelt es sich beim Pflegegeld nach dem SGB XI um eine Geldleistung im Sinne der europäischen Verordnungen über soziale Sicherheit. Damit kommt für Versicherte deutscher Pflegekassen, die sich in einem anderen EU-/EWR-Staat oder der Schweiz aufhalten, der Export von Pflegegeld in Betracht.

(3) Der Entscheidung lag ein Fall zugrunde, in dem in Frankreich wohnende und in der Bundesrepublik Deutschland erwerbstätige sowie krankenversicherte Arbeitnehmer niederländischer Staatsangehörigkeit sich gegen die Heranziehung zur Versicherungs- und Beitragspflicht in der sozialen Pflegeversicherung wandten, nachdem sie davon Kenntnis erhalten hatten, dass die Leistungsgewährung nach § 34 Abs. 1 Nr. 1 SGB XI grundsätzlich vom Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland abhängig ist.

(4) Betroffen von der Entscheidung des EuGH sind insbesondere folgende Personengruppen:

- Grenzgänger aus einem EU-/EWR-Staat oder der Schweiz, die in der Bundesrepublik Deutschland in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis stehen. Diese unterliegen, wenn die Beschäftigung ausschließlich in Deutschland ausgeübt wird, den deutschen Rechtsvorschriften (Artikel 11 Abs. 3 Buchstabe a VO (EG) 883/04).
- Bezieher ausschließlich deutscher Rente mit Wohnort bzw. gewöhnlichem Aufenthalt in einem anderen EU-/EWR-Staat oder der Schweiz. Voraussetzung ist, dass ein anderweitiger Krankenversicherungsschutz aufgrund der Ausübung einer versicherungspflichtigen Beschäftigung bzw. einer selbständigen Erwerbstätigkeit oder eines Rentenbezugs nicht besteht (Artikel 24, 25 und 31 VO (EG) 883/04).
- Angehörige, die mit oder ohne den Versicherten im anderen EU-/EWR-Staat oder der Schweiz leben und zu Lasten der deutschen Krankenkassen im Rahmen der Sachleistungsaushilfe vom Träger des Wohnorts betreut werden, wenn für sie im Wohnstaat keine Vorrangversicherung besteht.

(5) Nach den europäischen Verordnungen erhält ein Versicherter, der im Gebiet eines anderen Staates als des zuständigen Staates wohnt und die nach den Rechtsvorschriften des zuständigen Staates für den Leistungsanspruch erforderlichen Voraussetzungen erfüllt,

- a) Geldleistungen vom zuständigen Träger nach den für diesen Träger geltenden Rechtsvorschriften;
- b) Sachleistungen für Rechnung des zuständigen Trägers, bei dem das Mitgliedschaftsverhältnis besteht, vom Träger des Wohnorts (aushelfender Träger) nach den für diesen geltenden Rechtsvorschriften, als ob er bei diesem Träger versichert wäre.

(6) Daher ist zu unterscheiden, ob der Versicherte im europarechtlichen Sinne eine Geldleistung oder eine Sachleistung beansprucht.

- a) Als Geldleistung ist das Pflegegeld nach § 37 SGB XI zu verstehen. Voraussetzung für die Zahlung des Pflegegeldes ist, dass die Pflege selbst sichergestellt wird bzw. werden kann. Bei Aufenthalt des Pflegebedürftigen in einer stationären Pflegeeinrichtung im Ausland ist davon auszugehen, dass die Pflege selbst sichergestellt wird. Insofern kommt die Zahlung des Pflegegeldes nach § 37 SGB XI auch in diesen Fällen in Betracht. Bei Versicherten ohne Pflegestufe, die in ihrer Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt sind, kommt es für die Zahlung des Pflegegeldes nicht auf die Sicherstellung der häuslichen Pflege an.
- b) Zur Sachleistung gehören Leistungen, die zur Sicherstellung der häuslichen oder stationären Pflege des Versicherten oder den Kauf von Pflegehilfsmitteln bestimmt sind. Dazu zählen auch die Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI und die Zuschüsse zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen nach § 40 Abs. 4 SGB XI. Sachleistungen erhält der Versicherte vom Träger des Wohnorts nach den für diesen Träger geltenden Rechtsvorschriften, als ob er bei diesem versichert wäre. Die entsprechenden Kosten trägt zunächst der Träger des Wohnorts, der sie dem zuständigen Träger in Rechnung stellt. Sieht das Recht des Aufenthaltsstaates

solche Leistungen nicht vor, können Sachleistungen nicht in Anspruch genommen werden.

## **2. Leistungsansprüche bei Aufenthalt in anderen Staaten**

### **2.1 Leistungsansprüche bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt von bis zu sechs Wochen**

(1) Grundsätzlich werden die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung solange gewährt, wie sich der Versicherte innerhalb des Hoheitsgebiets der Bundesrepublik Deutschland aufhält. Nach § 34 Abs. 1 Nr. 1 SGB XI werden allerdings die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung bei einem Auslandsaufenthalt von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr weitergewährt. Für diese Zeit kann Pflegegeld oder bei Begleitung durch eine Pflegekraft, die in einem Vertragsverhältnis mit der Pflegekasse nach § 77 SGB XI steht, oder durch eine Pflegekraft eines zugelassenen Pflegedienstes nach § 72 SGB XI, auch die Pflegesachleistung beansprucht werden. Dies gilt auch bei der Kombinationsleistung sowie seit 01.01.2013 auch für die Leistungen nach § 123 SGB XI. Der Anspruch auf Leistungen für längstens sechs Wochen besteht auch, wenn der Auslandsaufenthalt von vornherein für einen längeren Zeitraum als sechs Wochen geplant ist.

(2) Der Leistungsanspruch bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt von längstens sechs Wochen entsteht mit jedem Kalenderjahr neu. Hieraus folgt, dass

- ein am 31. Dezember eines Jahres bestehender oder an diesem Tag endender
- ein vor dem 31. Dezember eines Jahres abgelaufener

Leistungsanspruch bei Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen ab dem 1. Januar des Folgejahres für sechs Wochen weiterbesteht oder wieder auflebt.

(3) Die o. a. Leistungsansprüche bestehen weltweit.

### **2.2 Leistungsansprüche bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt von mehr als sechs Wochen**

#### **2.2.1 Allgemeines**

Geht der vorübergehende Auslandsaufenthalt in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz über die Dauer von sechs Wochen hinaus, besteht ein Anspruch auf Pflegegeld nach § 37 SGB XI oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 SGB XI (vgl. § 34 Abs. 1a SGB XI, VO (EG) 883/04) ggf. i.V.m. § 123 SGB XI.

## **2.2.2 Anwendungsbereich der VO (EG) 883/04**

### **2.2.2.1 Gebietlicher Geltungsbereich**

Die VO (EG) 883/04 gilt seit dem 01.05.2010 für die Staaten der Europäischen Union und seit dem 01.04.2012 für die Schweiz und seit dem 01.06.2012 für die EWR-Staaten. Mitgliedstaaten der EU sind: Belgien, Bulgarien, Deutschland, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Italien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn, Vereinigtes Königreich und Zypern. Staaten des EWR sind darüber hinaus: Island, Liechtenstein und Norwegen.

### **2.2.2.2 Persönlicher Geltungsbereich**

(1) Die VO (EG) 883/04 gilt nur für Staatsangehörige eines EU-Mitgliedstaats, sowie für anerkannte Staatenlose und Flüchtlinge. Familienangehörige dieser Personen werden dagegen auch dann erfasst, wenn sie Staatsangehörige eines anderen Staats sind (sog. Drittstaatsangehörige). Seit dem 01.01.2011 gilt sie auch für selbst versicherte Drittstaatsangehörige und ihre Familienangehörigen, wenn sie rechtmäßig in einem EU-Mitgliedstaat wohnen. Diese Regelung für Drittstaatsangehörige gilt nicht für das Vereinigte Königreich und für Dänemark. Für das Vereinigte Königreich findet jedoch für diesen Personenkreis weiterhin die VO (EWG) 1408/71 Anwendung.

Demnach kann in diesem Fall das Pflegegeld bei einem über sechs Wochen hinausgehenden Aufenthalt im Vereinigten Königreich weiter gezahlt werden. Die Anspruchsvoraussetzungen, Zahlungsweise und die Höhe des Pflegegeldes bleiben unverändert (vgl. auch Gemeinsames Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene zu den leistungsrechtlichen Vorschriften vom 17.04.2013 zu § 37 SGB XI und § 123 SGB XI). Ein Anspruch auf Pflegegeld aus dem Vereinigten Königreich besteht nicht, da Geldleistungen nach den Bestimmungen der VO (EWG) 1408/71 vom zuständigen Träger, also der deutschen Pflegekasse, zu zahlen sind. Da das Recht des Vereinigten Königreichs keine Sachleistungen vorsieht, kommt ein Anspruch auf Pflegesachleistungen in diesem Fall nicht in Betracht.

(2) Vom Abkommen über den EWR werden die EU-Bürger und die der EWR-Staaten Island, Liechtenstein und Norwegen erfasst. Auf Drittstaatsangehörige findet die VO (EG) 883/04 hier jedoch keine Anwendung. Im Verhältnis zur Schweiz gilt die VO (EG) 883/04 für EU-Bürger und Schweizer. Drittstaatsangehörige werden hier ebenfalls nicht erfasst.

### **2.2.2.3 Ausgestaltung des Leistungsanspruchs**

(1) Im Anwendungsbereich der VO (EG) 883/04 kann das Pflegegeld bei einem über sechs Wochen hinausgehenden Aufenthalt in einem EU-/EWR-Staat oder der Schweiz weiter gezahlt werden. Die Anspruchsvoraussetzungen, Zahlungsweise und die Höhe des Pflegegeldes bleiben unverändert (vgl. auch Gemeinsames Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene zu den leistungsrechtlichen Vorschriften vom 17.04.2013 zu § 37 SGB XI und § 123 SGB XI).

Ein Anspruch auf Pflegegeld aus dem Aufenthaltsstaat besteht nicht, da Geldleistungen nach den Bestimmungen der VO (EG) 883/04 vom zuständigen Träger, also der deutschen Pflegekasse, zu zahlen sind.

(2) Gleichwohl kann ein Anspruch auch auf Pflegesachleistungen in Betracht kommen, wenn sie nach dem Recht des Aufenthaltsstaates (wie z. B. den Niederlanden) vorgesehen sind. Artikel 34 Abs. 1 der VO (EG) 883/04 sieht hierzu vor, dass die vom zuständigen Mitgliedstaat wegen Pflegebedürftigkeit gewährte Geldleistung um den Betrag der am Wohn- oder Aufenthaltsort in einem anderen Mitgliedstaat in Anspruch genommenen Sachleistung gemindert wird. Danach erhält der Versicherte vom zuständigen Träger nur noch den Anteil der Geldleistung, der den Betrag der Pflegesachleistung im anderen Mitgliedstaat übersteigt. Der Wert der ausländischen Sachleistung ist immer in voller Höhe vom Pflegegeld nach § 37 SGB XI ggf. unter Berücksichtigung des § 123 SGB XI in Abzug zu bringen. D. h., der Wert der Sachleistung ist weder

➤ ins Verhältnis zum maximalen Sachleistungsbetrag nach § 36 SGB XI ggf. i.V.m. § 123 SGB XI

noch

➤ zu dem nach den Rechtsvorschriften des Staates, in dem die Sachleistung erbracht wird,

zu setzen.

### **Beispiel**

Ein Pflegebedürftiger hat seinen Wohnsitz in Dänemark. Es wird Pflegegeld bei der deutschen Pflegekasse beantragt. Auf Nachfrage stellt sich heraus, dass der dänische Träger Sachleistungen wegen Pflegebedürftigkeit nach dänischen Rechtsvorschriften in Höhe von monatlich 190,00 EUR erbringt.

Da Pflegebedürftigkeit (Stufe I) vorliegt, besteht dem Grunde nach ein Anspruch auf Pflegegeld in Höhe von monatlich 235,00 EUR.

### **Ergebnis:**

Das Pflegegeld ist um den Betrag der nach dänischem Recht erbrachten Pflegesachleistungen zu kürzen. Zur Auszahlung kommen somit 45,00 EUR (235,00 EUR – 190,00 EUR).

(3) Wegen des in diesen Sachverhalten zu beachtenden Verfahrens wird auf Abschnitt 2.3.1 verwiesen.

(4) Aus Anlage 1 sind die Staaten ersichtlich, deren Rechtsvorschriften Sachleistungen bei Pflegebedürftigkeit vorsehen.

### **2.2.3 Aufenthalt außerhalb der EU-/EWR-Staaten oder der Schweiz (Abkommens- bzw. Nichtvertragsstaaten)**

Bei einem Aufenthalt in Abkommens- oder Nichtvertragsstaaten hat die Rechtsprechung des EuGH keine Auswirkungen. Dies bedeutet, dass zur Beurteilung des Leistungsanspruchs bei einem Aufenthalt des Versicherten in diesen Staaten ausschließlich innerstaatliches Recht anzuwenden ist. Demzufolge besteht ein Leistungsanspruch bei vorübergehendem Aufenthalt in diesen Staaten nur im Rahmen der zeitlichen Grenzen des § 34 Abs. 1 Nr. 1 SGB XI.

### **2.3 Leistungsansprüche bei Wohnort bzw. gewöhnlichem Aufenthalt in anderen EU-/EWR-Staaten oder der Schweiz**

(1) Auch bei Wohnort bzw. gewöhnlichem Aufenthalt in einem anderen EU-/EWR-Staat oder der Schweiz kommt die Zahlung von Pflegegeld in Betracht. Kriterien für die Bestimmung des Wohnortes enthält Artikel 11 VO (EG) 987/09. Danach besteht der Wohnort in dem Staat, in dem der gewöhnliche Mittelpunkt der Interessen des Versicherten liegt. Abzustellen ist jeweils auf die Umstände des Einzelfalles. Maßgebende Kriterien können die Dauer und die Kontinuität des bisherigen Wohnortes, die Dauer und der Zweck des beabsichtigten Aufenthaltes im anderen Mitgliedstaat sein. Ggf. haben sich die beteiligten Träger im Rahmen der vertrauensvollen Zusammenarbeit auf den Wohnort zu verständigen. Nur wenn auch dies nicht gelingen sollte, gilt der Wille der betroffenen Person. Es bestehen keine Bedenken, auch im Verhältnis zu den EWR-Staaten bereits entsprechend zu verfahren.

(2) Hat die Krankenkasse eine der folgenden Bescheinigungen zum Nachweis des Anspruchs auf Sachleistungen ausgestellt und wurde hierauf die Einschreibung vom Träger des anderen Staates bestätigt, ist von einem gewöhnlichen Aufenthalt im anderen EU-/EWR-Staat oder der Schweiz auszugehen.

1. Vordruck E 106: Grenzgänger und deren Familienangehörige
2. Vordruck E 109: Familienangehörige von Arbeitnehmern, die ohne den Arbeitnehmer in einem anderen EU-/EWR-Staat oder der Schweiz wohnen
3. Vordruck E 120: Rentenantragsteller und deren Familienangehörige
4. Vordruck E 121: Rentner und deren Familienangehörige
5. Vordruck E 121: Familienangehörige von Rentnern, die ohne den Rentner in einem anderen EU-/EWR-Staat oder der Schweiz wohnen
6. Portables Dokument S1\*: Versicherter mit Wohnort in einem anderen Staat (ersetzt alle vorstehenden Vordrucke)

---

\* Nur im Anwendungsbereich der VO (EG) 883/04



Empfänger des SED S001 ist jeweils der Träger, der den Anspruchsnachweis (Vordruck E106, E 109, E 120 oder E 121 bzw. das Portable Dokument S1) bestätigt hat.

Weitere Hinweise zur Verwendung der o. g. SEDs sind in Anlage 2 aufgeführt.

### **2.3.2 Anwendung des deutschen Verfahrensrechts**

Auch wenn sich die Anrechnung einer ausländischen Sachleistung aus dem europäischen Recht ergibt, sind bei der Feststellung des deutschen Geldleistungsbetrages die deutschen Verfahrensregelungen zu beachten. Dies folgt aus dem Grundsatz, dass sich der Anspruch auf Geldleistungen nach den Rechtsvorschriften des zuständigen Trägers richtet.

In jedem Fall sollte der Pflegegeldbezieher bereits bei Bekanntwerden des Bezugs ausländischer Sachleistungen darauf hingewiesen werden, dass die Anrechnung der ausländischen Sachleistung immer bei der nächsten Zahlung des Pflegegeldes vorgenommen wird, ausgehend vom Eingang der Mitteilung des ausländischen Trägers (SED S003, SED S005).

### **2.4 Leistungsansprüche bei Wohnort bzw. gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb der EU-/EWR-Staaten und der Schweiz (Abkommens- bzw. Nichtvertragsstaaten)**

Bei einem Wohnort bzw. gewöhnlichen Aufenthalt in Abkommens- bzw. Nichtvertragsstaaten kommen Leistungen der sozialen Pflegeversicherung nicht in Betracht. Dies bedeutet, dass bei einem Leistungsbezieher, der seinen Wohnort bzw. gewöhnlichen Aufenthalt in einen solchen Staat verlegt, die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung einzustellen sind. Darüber hinaus ist zu beachten, dass das Mitgliedschaftsverhältnis zur sozialen Pflegeversicherung ebenfalls zu beenden ist. Dies ist selbst dann der Fall, wenn der Wohnort oder gewöhnliche Aufenthalt in einen Abkommensstaat verlegt wird und aufgrund der Bestimmungen des bilateralen Sozialversicherungsabkommens die Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland aufrecht erhalten bleibt. Das Ende des Leistungsanspruchs orientiert sich am Ende der Mitgliedschaft in der sozialen Pflegeversicherung. Hierfür kommen zwei Zeitpunkte in Betracht:

- Mit dem Zeitpunkt der Beendigung der Mitgliedschaft in der Krankenversicherung: Dieser Regelung kommt insbesondere dann Bedeutung zu, wenn ein Doppelrentner seinen Wohnort verlegt.

Beispiel: Eine Person bezieht sowohl deutsche als auch türkische Rente. Aufgrund der deutschen Rente besteht Versicherungspflicht in der KVdR. Am 15.06. verlegt die Person ihren Wohnort in die Türkei.

Lösung: Nach Artikel 14 Abs. 6 des deutsch-türkischen Abkommens über Soziale Sicherheit ist die Mitgliedschaft in der Krankenversicherung bis zum Ende des Monats der Wohnortverlegung in die Türkei weiterzuführen. Gemäß dem Grundsatz "Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung" ist auch die Mitgliedschaft in

der Pflegeversicherung bis zum 30.06. fortzuführen. Leistungsansprüche sind ebenfalls noch bis zu diesem Zeitpunkt realisierbar.

- Mit dem Zeitpunkt der Verlegung des Wohnorts bzw. gewöhnlichen Aufenthalts: Diese Regelung kommt dann in Betracht, wenn die Versicherung in der Krankenversicherung auch nach diesem Zeitpunkt weiter besteht.

Beispiel: Eine Person, die nur deutsche Rente bezieht, verlegt ihren Wohnort am 03.07. in die Türkei. Aufgrund dieser Rente besteht Versicherungspflicht in der KVdR.

Lösung: Da die Mitgliedschaft in der deutschen Krankenversicherung aufgrund des deutsch-türkischen Abkommens über Soziale Sicherheit fortbesteht, endet die Mitgliedschaft in der sozialen Pflegeversicherung mit Verlegung des Wohnsitzes in die Türkei (§ 3 Nr. 2 SGB IV). Leistungen der Pflegeversicherung dürfen in diesem Fall über den 03.07. hinaus nicht mehr erbracht werden.

### **3. Anrechnung von Leistungen nach ausländischem Recht**

#### **3.1 Allgemeines**

Nach § 34 Abs. 1 Nr. 2 SGB XI ruht der Anspruch auf das Pflegegeld, soweit Versicherte bestimmte "Entschädigungsleistungen" beziehen. Das gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen aus dem Ausland oder von einer zwischen- oder überstaatlichen Einrichtung bezogen werden.

Diese weltweit gültige Vorschrift findet bei Leistungen aus anderen EU-/EWR-Staaten und der Schweiz keine Anwendung, wenn die Anrechnung der ausländischen Leistung bereits im Rahmen des Artikels 34 VO (EG) 883/04 erfolgt (vgl. Ziffer 2.3.1). Wird die ausländische Leistung jedoch nicht von der genannten Verordnung erfasst (dies gilt z. B. für Leistungen wegen Kriegsschädigungen), kommt die Anwendung von § 34 Abs. 1 Nr. 2 SGB XI in Betracht.

#### **3.2 Sozialhilfeleistungen**

Nach deutschem Recht sind Sozialhilfeleistungen gegenüber den Leistungen nach dem SGB XI nachrangig. Dies gilt entsprechend für ausländische Sozialhilfeleistungen. Erhält ein Pflegegeldbezieher auch Leistungen eines ausländischen Trägers, ohne dass dieser auf dem SED S003 oder SED S005 anrechenbare Beträge mitteilt, kann von einer sozialhilfeähnlichen Leistung ausgegangen werden. In diesem Fall erfolgt keine Anrechnung auf das deutsche Pflegegeld.

## **4. Antrags- und Feststellungsverfahren in EU-/EWR-Staaten oder der Schweiz**

### **4.1 Antragstellung**

Die Zahlung des Pflegegeldes ist von einer Antragstellung abhängig, die jedoch nicht an eine spezielle Form gebunden ist (vgl. auch Gemeinsames Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene zu den leistungsrechtlichen Vorschriften vom 17.04.2013 zu § 33 SGB XI Ziffer 1). Wird der Antrag bei einer Behörde, einem Träger oder einem Gericht eines anderen Mitgliedstaates als des zuständigen Staates eingereicht, leitet diese Stelle unverzüglich den Antrag an den zuständigen Träger weiter. Der Tag, an dem der Antrag bei dieser zunächst eingeht, gilt als Tag des Eingangs bei dem zuständigen Träger. Diesem Zeitpunkt kann insofern Bedeutung zukommen, als das Pflegegeld ab Antragstellung gewährt wird, frühestens jedoch ab dem Zeitpunkt des Vorliegens der Anspruchsvoraussetzungen.

### **4.2 Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit**

(1) Für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit einschließlich der erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz und die Durchführung der Begutachtung gelten die gleichen Grundsätze und Maßstäbe wie im Inland. Die Begutachtungs-Richtlinien finden Anwendung.

(2) Soweit die Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit einschließlich der erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz (vgl. § 18 SGB XI) nicht bereits vor dem Aufenthalt in einem anderen EU-/EWR-Staat oder der Schweiz erfolgte, ist diese in dem jeweiligen Aufenthalts-Staat durchzuführen. Zur Organisation der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst gilt folgendes Verfahren:

- Um die unterschiedlichen Gegebenheiten der EU-/EWR-Staaten und der Schweiz in der Organisation der Begutachtung jeweils angemessen berücksichtigen zu können, ist die Verantwortung für die Organisation und Durchführung der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit in diesen Staaten an jeweils einen "Partner-MDK" übertragen worden.
- Der Begutachtungsauftrag wird von der Pflegekasse dem Ansprechpartner "Ausland" des für sie zuständigen MDK übermittelt. Dieser dokumentiert den Auftragsingang und leitet den Auftrag an den für das jeweilige Land zuständigen MDK weiter. Dieser MDK bzw. ein vor Ort ansässiger Gutachter vereinbart den Hausbesuchstermin, bestätigt diesen in schriftlicher Form und führt den Hausbesuch durch.
- Danach wird das Pflegegutachten durch den MDK erstellt und direkt an die auftraggebende Pflegekasse zurückgeschickt. Gleichzeitig erhält der Ansprechpartner "Ausland" des auftraggebenden MDK eine Erledigungsmeldung.

Ungeachtet der unterschiedlichen Organisationsstrukturen bezüglich der einzelnen EU-/EWR-Staaten und der Schweiz ist der für die Pflegekasse zuständige MDK immer An-

sprechpartner für die Pflegekassen. Insofern sind alle Begutachtungsaufträge an diesen MDK zu richten.

(3) Angesichts der spezifischen Organisation der Begutachtung in den einzelnen EU-/EWR-Staaten und der Schweiz sollten die Versicherten bzw. deren Betreuer über die Erteilung des Begutachtungsauftrages an den MDK informiert werden. Damit wird gewährleistet, dass der Versicherte über den aktuellen Bearbeitungsstand informiert ist und verhindert, dass die Legitimation des Gutachters bei einem späteren Hausbesuch in Frage gestellt wird.

### **4.3 Beratungseinsatz**

(1) Pflegebedürftige, die ausschließlich Pflegegeld beziehen, sind nach § 37 Abs. 3 SGB XI verpflichtet, bei der Pflegestufe I und II mindestens einmal halbjährlich und bei der Pflegestufe III vierteljährlich einen Beratungseinsatz durch eine Vertragseinrichtung in Anspruch zu nehmen. Dies gilt entsprechend für Versicherte, die sich in anderen EU-/EWR-Staaten oder der Schweiz aufhalten. Der Beratungseinsatz hat durch einen Arzt oder eine Pflegefachkraft zu erfolgen. Als Anlage 3 sind die für den Nachweis erforderlichen Formulare beigefügt. Für Versicherte ohne Pflegestufe, die in ihrer Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt sind, besteht keine Verpflichtung zum Nachweis eines Beratungseinsatzes. Bei Bedarf können die Versicherten diesen wie bisher freiwillig in Anspruch nehmen (§ 37 Abs. 3 Satz 6 SGB XI).

(2) Bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt ist aus praktischen Gründen anzuraten, den Beratungseinsatz kurz vor dem Auslandsaufenthalt bzw. unmittelbar danach durchzuführen. Voraussetzung dafür ist, dass der Auslandsaufenthalt bei Versicherten der Pflegestufe I und II nicht länger als 12 Monate und bei der Pflegestufe III nicht länger als 6 Monate andauert. Die Fristen der Nachweispflicht sind zu beachten (vgl. Gemeinsames Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene zu den leistungsrechtlichen Vorschriften vom 17.04.2013 zu § 37 Abs. 3 SGB XI Ziffer 4.5).

(3) Die Vergütung des Beratungseinsatzes beträgt in den Pflegestufen I und II bis zu 21,00 EUR und in der Pflegestufe III bis zu 31,00 EUR. Evtl. Mehrkosten sind vom Versicherten zu tragen.

(4) Wird der Beratungseinsatz nicht nachgewiesen gelten die im Gemeinsamen Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene zu den leistungsrechtlichen Vorschriften vom 17.04.2013 zu § 37 Abs. 3 SGB XI, Ziffer 4.5, aufgezeigten Konsequenzen.

## **5. Rentenversicherungspflicht für Pflegepersonen in anderen EU-/EWR-Staaten oder der Schweiz**

Nach § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI sind Personen in der Zeit, in der sie einen Pflegebedürftigen im Sinne des § 14 SGB XI nicht erwerbsmäßig mindestens 14 Stunden in der Woche in seiner häuslichen Umgebung pflegen (nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen) versicherungspflichtig, wenn der Pflegebedürftige Anspruch auf Leistungen nach

dem SGB XI hat. Seit 01.01.2013 besteht auch dann für eine Pflegeperson Rentenversicherungspflicht, wenn der Mindestumfang der Pflege von 14 Stunden nur durch die Pflege mehrerer Pflegebedürftiger erreicht wird. Nähere Hinweise zur Umsetzung der Versicherungs- und Beitragspflicht sind dem Gemeinsamen Rundschreiben der Spitzenorganisationen der Sozialversicherung zur Rentenversicherung der nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen vom 09.01.2013 zu entnehmen. Die Versicherungspflicht nicht erwerbsmäßig tätiger Pflegepersonen in der Rentenversicherung kommt unter den näheren Voraussetzungen des § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI auch dann zustande, wenn die Pflegeperson den Pflegebedürftigen außerhalb des Gebietes der Bundesrepublik Deutschland, aber innerhalb eines anderen EU-/EWR-Staates oder der Schweiz pflegt. Für die Prüfung und Umsetzung der Versicherungs- und Beitragspflicht ehrenamtlich Pflegenden gelten die gleichen Grundsätze und Maßstäbe wie im Inland. Die Zahlung der Rentenversicherungsbeiträge für eine nach § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI versicherungspflichtige Person durch die Pflegekasse des Pflegebedürftigen stellt ebenso wie die Zahlung des Pflegegeldes an den Pflegebedürftigen eine Leistung bei Krankheit dar, die vom Anwendungsbereich der VO (EG) 883/04 erfasst wird (Urteil des EuGH vom 08.07.2004, Rechtssachen C-502/01 und C-31/02). Die Beitragszahlung ist als Geldleistung zu qualifizieren, da sie in dem Sinne zum eigentlichen Pflegegeld akzessorisch ist. Als solche ist die Leistung grundsätzlich exportfähig, d. h. sie ist auch für Personen zu zahlen, die im Gebiet eines anderen als des für die Leistung normalerweise zuständigen EU-/EWR-Staates oder der Schweiz wohnen (vgl. hierzu auch TOP 2 der Niederschrift über die Besprechung der Spitzenorganisationen der Sozialversicherung über Fragen der Rentenversicherung von Pflegepersonen vom 17.09.2004).

## **6. Leistungsaushilfe in Deutschland**

### **6.1 Allgemeines**

Ansprüche auf Pflegeleistungen bei vorübergehendem oder gewöhnlichem Aufenthalt in Deutschland aufgrund einer in einem anderen Staat bestehenden Versicherung kommen nur nach EU-Recht in Betracht. Bilaterale Abkommen über Soziale Sicherheit sehen dagegen keine Leistungsaushilfe in Bezug auf Pflegeleistungen nach dem SGB XI vor. Die in anderen EU-/EWR-Staaten oder der Schweiz versicherten Personen weisen ihren Sachleistungsanspruch gegenüber der Krankenkasse, bei der die Pflegekasse errichtet ist, nach. Hierfür kommen insbesondere die unter Ziffer 2.3 Abs. 2 aufgeführten Anspruchsbescheinigungen in Betracht. In Fällen des vorübergehenden Aufenthaltes in Deutschland dürfte der Gewährung von Pflegesachleistungen im Rahmen der Sachleistungsaushilfe kaum praktische Bedeutung zukommen.

### **6.2 Umfang des Leistungsanspruchs**

- (1) Wie bereits unter Ziffer 1.2 ausgeführt, gliedert sich der Leistungsanspruch nach der VO (EG) 883/04 wie folgt:
  - a) Sachleistungen werden für Rechnung des zuständigen Trägers, bei dem das Mitgliedschaftsverhältnis besteht, vom Träger des Wohnorts (aushelfender Träger) nach den für diesen geltenden Rechtsvorschriften (SGB XI) erbracht, als ob er bei diesem Träger versichert wäre. In Bezug auf den vorübergehenden Aufenthalt ist

zu beachten, dass sich die Leistungsdauer nach dem Recht des zuständigen Trägers richtet. Dies dürfte für Leistungen nach dem Ausscheiden aus der (ausländischen) Versicherung von Bedeutung sein.

b) Geldleistungen werden vom zuständigen (ausländischen) Träger nach den für diesen Träger geltenden Rechtsvorschriften erbracht.

(2) Im Rahmen der Sachleistungsaushilfe bei Wohnort in Deutschland sind folgende Leistungen zu erbringen:

- Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI) unter Berücksichtigung des § 123 SGB XI
- häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39 SGB XI)
- Pflegehilfsmittel und die technischen Hilfen einschließlich Zuschüsse für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (§ 40 SGB XI)
- Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI)
- Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI)
- vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI)
- Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 43a SGB XI)
- Pflegekurse (§ 45 SGB XI)
- zusätzliche Betreuungsleistungen (§ 45b Abs. 1 SGB XI)
- Bonuszahlung (§ 87a Abs. 4 SGB XI)
- Vergütungszuschläge (§ 87 b SGB XI)
- Leistungen der häuslichen Betreuung (§ 124 SGB XI)

(3) Da Geldleistungen nach den Rechtsvorschriften des zuständigen Staates zu zahlen sind, scheidet die Zahlung des Pflegegeldes nach § 37 SGB XI ggf. i.V.m. § 123 SGB XI aus. Dies gilt auch dann, wenn nach den Rechtsvorschriften des zuständigen Staates die Zahlung einer Geldleistung wegen Pflegebedürftigkeit nicht vorgesehen ist.

(4) Die Kombinationsleistung nach § 38 SGB XI ggf. i.V.m. § 123 SGB XI kommt in Aushilfefällen ebenfalls nicht in Betracht. Hierfür wäre es erforderlich, dass ein Anspruch auf Geldleistungen nach § 37 SGB XI ggf. i.V.m. § 123 SGB XI besteht. Dieser ist aber aus den o. g. Gründen nicht gegeben.

(5) Leistungen für Pflegepersonen nach § 44 Abs. 1 Satz 1 SGB XI kommen im Rahmen der Leistungsaushilfe nicht in Betracht.

### **6.3 Buchung der Aushilfeleistungen**

Die dem Leistungserbringer gezahlten Beträge sind von der Pflegekasse unter der Kontenart 890 "zwischenstaatliche Leistungen" zu buchen. Die monatlichen Ausgaben sind in die Berechnung des monatlichen Liquiditätsausgleichsbetrages (Vordruck P, Position 106) einzubeziehen. Die von ausländischen Trägern erstatteten Beträge sind unter 891 "Erstattungen für zwischenstaatliche Leistungen" zu vereinnahmen.

## **6.4 Kostenabrechnung**

### **(1) Abrechnung nach tatsächlichem Aufwand**

Es sind die tatsächlich entstandenen Kosten für Sachleistungen abzurechnen. Hierfür steht der Vordruck E 125 zur Verfügung. Die Abrechnung über ein SED kommt gegenwärtig noch nicht in Betracht. Die Kostenabrechnung ist von der Krankenkasse vorzunehmen, bei der die Pflegekasse errichtet ist. Die Krankenkasse ist demnach auch in Feld 7 des Vordrucks als forderungsberechtigter Träger einzutragen.

### **(2) Abrechnung nach Pauschalbeträgen**

Diese Art der Abrechnung kommt für in Deutschland im Rahmen der Leistungsaushilfe entstandene Kosten nicht mehr in Betracht. Einige andere Staaten wenden sie allerdings noch an, wenn sie für Versicherte aus anderen Staaten, z. B. Deutschland, Sachleistungen erbringen. Maßgebend sind die im Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften bekannt gegebenen Pauschbeträge. In diesen Pauschbeträgen sind anteilig auch die Aufwendungen der Pflegeversicherung enthalten. Zahlungspflichtig ist die Krankenkasse, bei der die Pflegekasse errichtet ist. Der GKV-Spitzenverband, DVKA teilt den von den Pflegekassen zu tragenden Anteil des Pauschbetrages mit.

## **Anlage 1**

### **Liste Artikel 34 VO (EG) 883/04**



### Tabelle der Geld- und Sachleistungen gemäß Artikel 34 VO (EG) 883/04

Land		Geldleistungen	Sachleistungen
Belgien (BE)		Ja	Nein
Bulgarien (BG)		Ja	Ja
Dänemark (DK)		Ja	Ja
Deutschland (DE)		Ja	Ja
Estland (EE)		Nein	Ja
Finnland (FI)		Nein	Ja
Frankreich (FR)		Nein	Ja
Griechenland (GR)		Nein	Nein
Irland (IE)		Ja	Ja
Island (IS)		Nein	Ja
Italien (IT)		Nein	Nein
Lettland (LV)		Ja	Nein
Liechtenstein (LI)		Nein	Ja
Litauen (LT)		Ja	Ja
Luxemburg (LU)		Ja	Ja
Malta (MT)		Ja	Ja
Niederlande (NL)		Nein	Ja
Norwegen (NO)		Ja	Ja
Österreich (AT)		Ja	Nein
Polen (PL)		Ja	Ja
Portugal (PT)		Nein	Nein
Rumänien (RO)		Nein	Nein
Schweden (SE)		Nein	Ja
Schweiz (CH)		Nein	Ja
Slowakei (SK)		Nein	Nein
Slowenien (SI)		Ja	Ja
Spanien (ES)		Ja	Ja
Tschechische Rep. (CZ)		Ja	Nein
Ungarn (HU)		Nein	Ja
Verein. Königreich (GB)		Ja	Nein
Zypern (CY)		Ja	Ja

## **Anlage 2**

**Hinweise zur Verwendung der im Bereich  
der Leistungen bei Pflegebedürftigkeit vorgesehenen  
Strukturierten Elektronischen Dokumente (SEDs)**

Geschäftsvorfall	Bescheinigungen Nummern und Be- zeichnung	Entspricht dem E- Vordruck	Wird gesandt von		Handlungsempfeh- lung für Sie als zu- ständigen Träger	Handlungsempfehlung für Sie als Träger des Aufenthalts-/Wohnorts
			zuständi- gen Trä- ger	Träger des Aufenthalts- / Wohnorts		
Geldleistungen bei Pflegebedürftigkeit - Information über Zahlung	S001 - Information Zahlung einer Geld- leistung - Pflegebe- dürftigkeit	-	X		Für Ihre Versicherten stellen Sie bitte den S001 aus	Wenn Sie für einen Be- treuten den S001 erhal- ten, senden Sie als Ant- wort - den S003 und fügen den Bescheid über die Pflege- sachleistung bei. - den S002, falls (noch) keine Sachleistungen we- gen Pflegebedürftigkeit erbracht werden
	S002 - Bestätigung des Eingangs der Information über Zahlung einer Geld- leistung - Pflegebe- dürftigkeit	-		X	Wenn Sie für einen Versicherten den S002 erhalten, wurden für ihn vom Träger des Aufenthalts-/Wohnorts (noch) keine Sachleis- tung wegen Pflege- bedürftigkeit erbracht; ordnungsgemäße Ab- lage	Für Ihre Betreuten stellen Sie bitte den S002 aus, wenn Sie (noch) keine Sachleistungen wegen Pflegerbedürftigkeit erbrin- gen

Geschäftsvorfall	Bescheinigungen Nummern und Be- zeichnung	Entspricht dem E- Vordruck	Wird gesandt von		Handlungsempfeh- lung für Sie als zu- ständigen Träger	Handlungsempfehlung für Sie als Träger des Auf- enthalts-/Wohnorts
			zuständi- gen Trä- ger	Träger des Aufenthalts- / Wohnorts		
	S003 - Mitteilung der Leistungssätze - Pflegebedürftigkeit	-		X	Wenn Sie für einen Versicherten den S003 erhalten, senden Sie als Antwort den S004	Für Ihre Betreuten stellen Sie bitte den S003 aus und fügen diesem den Bescheid über die die Pflege- sachleistung bei
	S004 - Bestätigung des Eingangs der Mitteilung der Leis- tungssätze - Pflege- bedürftigkeit	-	X		Für Ihre Versicherten stellen Sie bitte den S004 aus	Wenn Sie für einen Betreu- ten den S004 erhalten, nehmen Sie diesen zur Kenntnis. Besteht kein wei- terer Handlungsbedarf, le- gen Sie die Mitteilung ord- nungsgemäß ab
	S005 - Information über Änderung der Leistungssätze - Pflegebedürftigkeit	-		X	Wenn Sie für einen Versicherten den S005 erhalten, ist hierauf von Ihnen die deut- sche Geldleistung an- zupassen	Ändert sich der Betrag der von Ihnen erbrachten Pfl- gesachleistung, teilen Sie dies mit dem S005 dem zuständigen Träger mit.

## **Anlage 3**

**Formulare für den Nachweis über einen Beratungseinsatz  
nach § 37 Abs. 3 SGB XI bei Aufenthalt  
in EU-/EWR-Staaten oder der Schweiz**

## Deutsch/Englisch

Belegart/Form type

Deutsch/Englisch

### **Nachweis über einen Beratungseinsatz nach § 37 Abs. 3 SGB XI Certificate on advisory assistance pursuant to section 37 subsection 3 of Book Eleven of the Social Code (SGB XI)**

Pflegeversichertennummer (ggf. entspricht diese der Krankenversichertennummer)  
Long-term care insurance number (may correspond to the person's health insurance number):

Name/Name

Vorname/First name

Geburtsdatum/Date of birth

Anschrift/Address

I. Bei der/dem o. a. Versicherten wurde am \_\_\_\_\_ ein Beratungseinsatz durchgeführt.  
Advisory assistance relating to the abovenamed insured person was given on \_\_\_\_\_.

II. **Nach §§ 37 Abs. 4, 106a SGB XI ist die Durchführung des Beratungseinsatzes gegenüber der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen zu bestätigen. Die Übermittlung der beim Beratungseinsatz gemachten Feststellungen an die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen ist jedoch freiwillig und erfordert die Einwilligung der/des Versicherten. Die Übermittlung dient der regelmäßigen Hilfestellung und Beratung der Pflegenden zur Sicherung der Pflegequalität. Aus einer Ablehnung der Einwilligung entstehen der/dem Versicherten keine Nachteile.**

**Pursuant to section 37 subsection 4 SGB XI and section 106a SGB XI, it must be certified to the long-term care insurance fund or to the private insurance company that advisory assistance was given. The forwarding to the long-term care insurance fund or to the private insurance company of data collected in advisory assistance is however voluntary and requires the consent of the insured person. The transmission serves the routine support and advising of carers in order to assure the quality of nursing care. Refusal to give consent will not place the insured person at any disadvantage.**

Die Pflegesituation wird aus Sicht der/des Pflegebedürftigen sowie der Pflegeperson wie folgt eingeschätzt:  
The person requiring care and the carer evaluate care requirements as follows:

Die Pflegefachkraft schätzt die in der Beratung festgestellte Pflegesituation wie folgt ein:  
The care specialist evaluates care requirements, as determined when advisory assistance was given, as follows:

Zur Verbesserung der Pflegesituation werden folgende Maßnahmen (z. B. Pflegekurs, Tages-/Nachtpflege, niedrigschwellige Betreuung, Pflege-/Hilfsmittel, Wohnraumanpassung, Rehabilitationsleistungen, erneute MDK-Begutachtung) angeregt:

The following measures (e.g. nursing care course, day and night care, low-threshold care offers, care products/aids, living space conversion, rehabilitation services, further assessment by the Medical Service of the Health Insurance (MDK)) are suggested in order to better meet care requirements:

- III. Zur Verbesserung der Betreuungssituation eines Versicherten, dessen Pflegebedarf noch nicht die Kriterien der Pflegestufe I erfüllt, sowie zur Entlastung der Angehörigen werden folgende Maßnahmen (z.B. Unterstützung durch niedrigschwellige Betreuung, Kontakt zu Selbsthilfegruppen) angeregt:

The following measures are proposed in order to improve the care situation of an insured person whose need for care does not yet satisfy the criteria of care category I, as well as to reduce the burden on family members (e.g. support via low-threshold care offers, contact with self-help groups):

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Versicherten  
Signature of the insured person

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Pflegedienstes  
Stamp and signature of the care provider

IK des Pflegedienstes  
Institution code of the care provider

- IV.  Die auf dem Durchschlag für die/den Versicherte(n) getroffenen Feststellungen sind nicht dokumentiert, weil die/der Versicherte der Weitergabe dieser Daten nicht zugestimmt hat.  
Data relating to the insured person on the carbon copy will not be recorded because the insured person has not consented to the forwarding of the data.

Eine Durchschrift wurde ausgehändigt.  
A copy has been handed over.

Anschrift der Pflegekasse/des Versicherungsunternehmens  
Address of the long-term care insurance fund/  
of the insurance company

Belegart / Type de document

Deutsch/Französisch

## Nachweis über einen Beratungseinsatz nach § 37 Abs. 3 SGB XI Attestation d'intervention-consultation selon l'article 37 paragraphe 3 SGB XI

Pflegeversichertennummer (ggf. entspricht diese der Krankenversichertennummer)  
Numéro d'assurance dépendance (le cas échéant celui-ci est identique au numéro d'assuré(e) maladie):

Name/Nom

Vorname/Prénom

Geburtsdatum/Date de naissance

Anschrift/Adresse

- I. Bei der/dem o. a. Versicherten wurde am \_\_\_\_\_ ein Beratungseinsatz durchgeführt.  
Chez l'assuré(e) mentionné(e) ci-dessus une intervention-consultation a eu lieu le \_\_\_\_\_.
- II. **Nach §§ 37 Abs. 4, 106a SGB XI ist die Durchführung des Beratungseinsatzes gegenüber der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen zu bestätigen. Die Übermittlung der beim Beratungseinsatz gemachten Feststellungen an die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen ist jedoch freiwillig und erfordert die Einwilligung der/des Versicherten. Die Übermittlung dient der regelmäßigen Hilfestellung und Beratung der Pflegenden zur Sicherung der Pflegequalität. Aus einer Ablehnung der Einwilligung entstehen der/dem Versicherten keine Nachteile. Selon l'article 37 paragraphe 4 et l'article 106a SGB XI la réalisation de l'intervention-consultation doit être confirmée auprès de la caisse d'assurance dépendance ou de la société d'assurance privée. La transmission des résultats issus de l'intervention-consultation à la caisse d'assurance dépendance ou à la société d'assurance privée est cependant facultative et nécessite l'accord de l'assuré(e). La transmission des résultats sert à soutenir et conseiller régulièrement les personnes soignantes afin de garantir la qualité des soins. L'assuré(e) ne subit aucun préjudice si il/elle ne donne pas son accord à la transmission des résultats.**

Die Pflegesituation wird aus Sicht der/des Pflegebedürftigen sowie der Pflegeperson wie folgt eingeschätzt:  
Du point de vue de la personne dépendante et de celui de la personne soignante la situation de soins est considérée comme suit:

Die Pflegefachkraft schätzt die in der Beratung festgestellte Pflegesituation wie folgt ein:  
L'expert en soins considère la situation de soins jugée lors de la consultation comme suit:

Zur Verbesserung der Pflegesituation werden folgende Maßnahmen (z. B. Pflegekurs, Tages-/Nachtpflege, niedrigschwellige Betreuung, Pflege-/Hilfsmittel, Wohnraumanpassung; Rehabilitationsleistungen, erneute MDK-Begutachtung) angeregt:  
En vue de l'amélioration de la situation de soins, les mesures suivantes sont conseillées (exemples : Cours de soins, soins de jour ou de nuit, offres de services dits « faciles d'accès », équipement et matériel de soins, indemnités pour travaux de transformation du logement exigés par les soins, rééducation, nouvel examen par le Service médical de l'Assurance Maladie (MDK)):

- III. Zur Verbesserung der Betreuungssituation eines Versicherten, dessen Pflegebedarf noch nicht die Kriterien der Pflegestufe I erfüllt, sowie zur Entlastung der Angehörigen werden folgende Maßnahmen (z.B. Unterstützung durch niedrigschwellige Betreuung, Kontakt zu Selbsthilfegruppen) angeregt:  
En vue de l'amélioration de la situation d'assistance d'un(e) assuré(e), dont les besoins en soins de longue durée ne remplissent pas encore les critères de la 1ère catégorie de soins de longue durée et afin d'apporter un allègement aux membres de la famille les mesures suivantes sont conseillées (par exemple: soutien grâce à des offres de service dits "faciles d'accès", contact avec des groupes d'entraide):

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Versicherten  
Signature de l'assuré(e)

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Pflegedienstes  
Cachet et signature du Service de soins

IK des Pflegedienstes  
Code d'institution du Service de soins de longue durée

- IV.  Die auf dem Durchschlag für die/den Versicherte(n) getroffenen Feststellungen sind nicht dokumentiert, weil die/der Versicherte der Weitergabe dieser Daten nicht zugestimmt hat.  
Les conclusions mentionnées sur le double ne sont pas documentées, parce que l'assuré(e) n'a pas donné son accord à la transmission desdites données.

Eine Durchschrift wurde ausgehändigt.  
Un double de la présente a été remis.

Anschrift der Pflegekasse/des Versicherungsunternehmens  
Adresse de la Caisse d'assurance dépendance/ de la  
société d'assurance privée

Belegart / Είδος αποδεικτικού εγγράφου

Deutsch/Griechisch

**Nachweis über einen Beratungseinsatz nach § 37 Abs. 3 SGB XI**  
**Αποδεικτικό παροχής συμβουλών σύμφωνα με § 37, παρ. 3 του Κοινωνικού Κώδικα XI**

Pflegeversichertennummer (ggf. entspricht diese der Krankenversichertennummer)  
Αριθμ. περίθαλψης ασφαλισμένου (ενδεχ. να ανταποκρίνεται στον αριθμό ασφάλισης ασθένειας):

Name/Επώνυμο

Vorname/Όνομα

Geburtsdatum/Ημερομηνία γέννησης

Anschrift/Διεύθυνση

- I. Bei der/dem o. a. Versicherten wurde am \_\_\_\_\_ ein Beratungseinsatz durchgeführt.  
Στην/στον ανωτέρω αναφερόμενη/ο ασφαλισμένη/ο πραγματοποιήθηκε παροχή συμβουλών στις \_\_\_\_\_.
- II. **Nach §§ 37 Abs. 4, 106a SGB XI ist die Durchführung des Beratungseinsatzes gegenüber der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen zu bestätigen. Die Übermittlung der beim Beratungseinsatz gemachten Feststellungen an die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen ist jedoch freiwillig und erfordert die Einwilligung der/des Versicherten. Die Übermittlung dient der regelmäßigen Hilfestellung und Beratung der Pflegenden zur Sicherung der Pflegequalität. Aus einer Ablehnung der Einwilligung entstehen der/dem Versicherten keine Nachteile.** Σύμφωνα με § 37, παρ. 4 και § 106a του Κοινωνικού Κώδικα XI η υπηρεσία περίθαλψης πρέπει να επιβεβαιώσει έναντι του ταμείου περίθαλψης ή έναντι της ιδιωτικής ασφαλιστικής εταιρείας την πραγματοποιηθείσα παροχή συμβουλών. Η μεταβίβαση όμως των διαπιστώσεων κατά την παροχή συμβουλών στο ταμείο περίθαλψης ή στην ιδιωτική ασφαλιστική εταιρεία είναι εθελοντική και απαιτεί την έγκριση της/του ασφαλισμένης/ου. Η μεταβίβαση των διαπιστώσεων στο ταμείο περίθαλψης εξυπηρετεί στην τακτική παροχή βοήθειας και συμβουλών στους περιθάλποντες με σκοπό τη διασφάλιση της ποιότητας της περίθαλψης. Σε περίπτωση άρνησης της έγκρισης δεν προκύπτουν μειονεκτήματα για την/τον ασφαλισμένη/ο.

Die Pflegesituation wird aus Sicht der/des Pflegebedürftigen sowie der Pflegeperson wie folgt eingeschätzt:  
Η εκτίμηση της κατάστασης της περίθαλψης από την πλευρά της/του περιθαλπόμενης/ου και από την πλευρά του περιθάλποντος έχει ως εξής:

Die Pflegefachkraft schätzt die in der Beratung festgestellte Pflegesituation wie folgt ein:  
Το ειδικό προσωπικό περίθαλψης εκτιμά την κατάσταση περίθαλψης που διαπιστώθηκε κατά την παροχή συμβουλών ως εξής:

Zur Verbesserung der Pflegesituation werden folgende Maßnahmen (z. B. Pflegekurs, Tages-/Nachtpflege, niedrigschwellige Betreuung, Pflege-/Hilfsmittel, Wohnraumanpassung, Rehabilitationsleistungen, erneute MDK-Begutachtung) angeregt:  
Για τη βελτίωση της κατάστασης της περίθαλψης γίνεται η σύσταση να ληφθούν τα ακόλουθα μέτρα (π.χ. μαθήματα περίθαλψης, ημερήσια ή νυχτερινή περίθαλψη, υπηρεσίες περίθαλψης άμεσης πρόσβασης, βοηθητικά μέσα περίθαλψης, προσαρμογή του χώρου κατοικίας, παροχές αποκατάστασης υγείας, εκ νέου γνωμοδότηση από την MDK (ιατρική υπηρεσία της ασφάλισης ασθένειας):

- III. Zur Verbesserung der Betreuungssituation eines Versicherten, dessen Pflegebedarf noch nicht die Kriterien der Pflegestufe I erfüllt, sowie zur Entlastung der Angehörigen werden folgende Maßnahmen (z.B. Unterstützung durch niedrigschwellige Betreuung, Kontakt zu Selbsthilfegruppen) angeregt:  
Für die Besserung der Situation der pflegebedürftigen Person, die die Kriterien der Pflegestufe I nicht erfüllt, sowie zur Entlastung der Angehörigen werden folgende Maßnahmen (z.B. Unterstützung durch niedrigschwellige Betreuung, Kontakt zu Selbsthilfegruppen) angeregt:  
Für die Verbesserung der Situation der pflegebedürftigen Person, die die Kriterien der Pflegestufe I nicht erfüllt, sowie zur Entlastung der Angehörigen werden folgende Maßnahmen (z.B. Unterstützung durch niedrigschwellige Betreuung, Kontakt zu Selbsthilfegruppen) angeregt:  
Für die Besserung der Situation der pflegebedürftigen Person, die die Kriterien der Pflegestufe I nicht erfüllt, sowie zur Entlastung der Angehörigen werden folgende Maßnahmen (z.B. Unterstützung durch niedrigschwellige Betreuung, Kontakt zu Selbsthilfegruppen) angeregt:  
Für die Verbesserung der Situation der pflegebedürftigen Person, die die Kriterien der Pflegestufe I nicht erfüllt, sowie zur Entlastung der Angehörigen werden folgende Maßnahmen (z.B. Unterstützung durch niedrigschwellige Betreuung, Kontakt zu Selbsthilfegruppen) angeregt:

Unterschrift der/des Versicherten  
Υπογραφή της/του ασφαλισμένης/ου

Stempel und Unterschrift des Pflegedienstes  
Σφραγίδα και υπογραφή της υπηρεσίας περίθαλψης

IK des Pflegedienstes  
Κωδικός της υπηρεσίας περίθαλψης

- IV.  Die auf dem Durchschlag für die/den Versicherte(n) getroffenen Feststellungen sind nicht dokumentiert, weil die/der Versicherte der Weitergabe dieser Daten nicht zugestimmt hat.  
Οι διαπιστώσεις που αναφέρονται στο αντίγραφο για την/τον ασφαλισμένη/ο δεν είναι τεκμηριωμένες, διότι η/ο ασφαλισμένη/ος δεν έδωσε την έγκριση για τη μεταβίβαση αυτών των δεδομένων.

Eine Durchschrift wurde ausgehändigt.  
Χορηγήθηκε αντίγραφο.

Anschrift der Pflegekasse/des Versicherungsunternehmens  
Διεύθυνση του ταμείου περίθαλψης /της εταιρείας ασφάλισης

Belegart / tipo di attestato

Deutsch/Italianisch

## Nachweis über einen Beratungseinsatz nach § 37 Abs. 3 SGB XI Attestato di consulto in conformità all'art. 37 comma 3 SGB XI

Pflegeversichertennummer (ggf. entspricht diese der Krankenversichertennummer)

Numero dell'assicurato(a) presso la „Pflegeversicherung“ (assicurazione obbligatoria tedesca che interviene nel caso in cui l'assicurato(a) diventi dipendente e bisognoso(a) di assistenza/cure a lungo termine) (eventualmente corrispondente al numero dell'assicurato(a) presso l'assicurazione malattia):

Name/Cognome

Vorname/Nome

Geburtsdatum/Data di nascita

Anschrift/Indirizzo

I. Bei der/dem o. a. Versicherten wurde am \_\_\_\_\_ ein Beratungseinsatz durchgeführt.  
Per il/la suddetto(a) assicurato(a) è stato effettuato un consulto in data \_\_\_\_\_.

II. **Nach §§ 37 Abs. 4, 106a SGB XI ist die Durchführung des Beratungseinsatzes gegenüber der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen zu bestätigen. Die Übermittlung der beim Beratungseinsatz gemachten Feststellungen an die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen ist jedoch freiwillig und erfordert die Einwilligung der/des Versicherten. Die Übermittlung dient der regelmäßigen Hilfestellung und Beratung der Pflegenden zur Sicherung der Pflegequalität. Aus einer Ablehnung der Einwilligung entstehen der/dem Versicherten keine Nachteile. In conformità all'art. 37 comma 4 SGB XI e all'art. 106a SGB XI lo svolgimento del consulto dev'essere confermato all'assicurazione per l'assistenza a lungo termine o all'assicurazione privata. Tuttavia l'inoltro degli accertamenti fatti durante il consulto all'assicurazione per l'assistenza a lungo termine o all'assicurazione privata è volontario e richiede il \_\_\_\_\_ consenso dell'assicurato(a). La \_\_\_\_\_ trasmissione dei dati accertati serve per poter dare regolarmente aiuto e consulto al personale di assistenza per garantire la qualità dell'assistenza. Qualora il consenso fosse negato ciò non comporterà alcuno svantaggio per l'assicurato(a).**

Die Pflegesituation wird aus Sicht der/des Pflegebedürftigen sowie der Pflegeperson wie folgt eingeschätzt:

La persona che ha bisogno dell'assistenza e la persona che presta l'assistenza valutano la situazione assistenziale come segue:

Die Pflegefachkraft schätzt die in der Beratung festgestellte Pflegesituation wie folgt ein:

Il personale specializzato che presta l'assistenza valuta la situazione assistenziale accertata durante il consulto come segue:

Zur Verbesserung der Pflegesituation werden folgende Maßnahmen (z. B. Pflegekurs, Tages-/Nachtpflege, niedrigschwellige Betreuung, Pflege-/Hilfsmittel, Wohnraumanpassung, Rehabilitationsleistungen, erneute MDK-Begutachtung) angeregt:

Per migliorare l'assistenza domiciliare viene proposta l'adozione delle seguenti misure (ad es. corso di formazione all'assistenza, assistenza diurna o notturna, piccoli aiuti nella vita quotidiana ai quali si può accedere facilmente, strumenti e medicinali di cura, adeguamento dello spazio abitativo, servizi di riabilitazione, nuovo accertamento da parte del Servizio medico dell'assicurazione malattia):

- III. Zur Verbesserung der Betreuungssituation eines Versicherten, dessen Pflegebedarf noch nicht die Kriterien der Pflegestufe I erfüllt, sowie zur Entlastung der Angehörigen werden folgende Maßnahmen (z.B. Unterstützung durch niedrigrschwellige Betreuung, Kontakt zu Selbsthilfegruppen) angeregt:  
Per migliorare la situazione assistenziale dell'assicurato(a) il cui bisogno di assistenza non raggiunge ancora i requisiti richiesti per il livello I, e per supportare i familiari, si propone l'adozione delle seguenti misure (ad es. supporto in forma di piccoli aiuti nella vita quotidiana ai quali si può accedere facilmente, contatto con gruppi di mutuo soccorso):

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Versicherten  
Firma dell'assicurato(a)

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Pflegedienstes  
Timbro e firma del servizio di assistenza domiciliare

IK des Pflegedienstes  
Codice istituzione del servizio di assistenza domiciliare

- IV.  Die auf dem Durchschlag für die/den Versicherte(n) getroffenen Feststellungen sind nicht dokumentiert, weil die/der Versicherte der Weitergabe dieser Daten nicht zugestimmt hat.  
Gli accertamenti indicati sulla copia rilasciata all'assicurato(a) non sono documentati perché l'assicurato(a) non ha autorizzato l'inoltro di questi dati.

Eine Durchschrift wurde ausgehändigt.  
È stata consegnata una copia.

Anschrift der Pflegekasse/des Versicherungsunternehmens  
Indirizzo dell'assicurazione per l'assistenza a lungo termine/  
dell'istituto di assicurazione

Belegart / Rodzaj dokumentu

Deutsch/Polnisch

## Nachweis über einen Beratungseinsatz nach § 37 Abs. 3 SGB XI Potwierdzenie udzielenia poradnictwa na podstawie § 37 ust. 3 XI księgi Kodeksu socjalnego (SGB)

Pflegeversichertennummer (ggf. entspricht diese der Krankenversichertennummer)  
Numer ubezpieczenia pielęgnacyjnego (odpowiada ewent. numerowi ubezpieczenia zdrowotnego):

Name/Nazwisko

Vorname/Imię

Geburtsdatum/Data urodzenia

Anschrift/Adres

- I. Bei der/dem o. a. Versicherten wurde am \_\_\_\_\_ ein Beratungseinsatz durchgeführt.  
Ww. ubezpieczonemu udzielono poradnictwa w dniu \_\_\_\_\_.
- II. **Nach §§ 37 Abs. 4, 106a SGB XI ist die Durchführung des Beratungseinsatzes gegenüber der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen zu bestätigen. Die Übermittlung der beim Beratungseinsatz gemachten Feststellungen an die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen ist jedoch freiwillig und erfordert die Einwilligung der/des Versicherten. Die Übermittlung dient der regelmäßigen Hilfestellung und Beratung der Pflegenden zur Sicherung der Pflegequalität. Aus einer Ablehnung der Einwilligung entstehen der/dem Versicherten keine Nachteile. Na podstawie § 37 ust. 4 i § 106a XI księgi SGB udzielenie poradnictwa należy potwierdzić kasie pielęgnacyjnej lub prywatnemu zakładowi ubezpieczeń. Przekazywanie kasie pielęgnacyjnej lub prywatnemu zakładowi ubezpieczeń ustaleń dokonanych w trakcie udzielania poradnictwa jest jednakże dobrowolne i wymaga zgody ubezpieczonego. Przekazywanie tych ustaleń służy udzielaniu regularnej pomocy i porady osobom pielęgnującym w celu zapewnienia odpowiedniej jakości opieki. Niewyrażenie zgody nie ma dla ubezpieczonego skutków ujemnych.**

Die Pflegesituation wird aus Sicht der/des Pflegebedürftigen sowie der Pflegeperson wie folgt eingeschätzt:  
Sytuację w zakresie opieki osoba wymagająca opieki i osoba pielęgnująca oceniają w sposób następujący:

Die Pflegefachkraft schätzt die in der Beratung festgestellte Pflegesituation wie folgt ein:  
Pielęgniarka/Pielęgniaryz w następujący sposób ocenia sytuację w zakresie opieki stwierdzoną w trakcie udzielania poradnictwa:

Zur Verbesserung der Pflegesituation werden folgende Maßnahmen (z. B. Pflegekurs, Tages-/Nachtpflege, niedrigschwellige Betreuung, Pflege-/Hilfsmittel, Wohnraumanpassung, Rehabilitationsleistungen, erneute MDK-Begutachtung) angeregt:

W celu poprawy sytuacji w zakresie opieki zaleca się następujące działania (np. odbycie kursu opieki, opiekę dzienną/ nocną, tzw. opiekę niskoprogową, środki do pielęgnacji/środki pomocnicze, adaptację mieszkania, świadczenia rehabilitacyjne, ponowne orzeczenie realizowane przez MDK, tj. służbę medyczną kas chorych):

- III. Zur Verbesserung der Betreuungssituation eines Versicherten, dessen Pflegebedarf noch nicht die Kriterien der Pflegestufe I erfüllt, sowie zur Entlastung der Angehörigen werden folgende Maßnahmen (z.B. Unterstützung durch niedrigschwellige Betreuung, Kontakt zu Selbsthilfegruppen) angeregt:  
W celu poprawy sytuacji w zakresie opieki w przypadku ubezpieczonego, którego zapotrzebowanie na opiekę nie spełnia kryteriów niesamodzielności pierwszego stopnia, oraz w celu odciążenia członków rodziny zaleca się następujące działania (np. pomoc w formie tzw. opieki niskoprogowej, nawiązanie kontaktu z grupami samopomocy):

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Versicherten  
Podpis ubezpieczonego

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Pflegedienstes  
Pieczęćka i podpis jednostki opiekuńczej

IK des Pflegedienstes  
Kod instytucji jednostki opiekuńczej

- IV.  Die auf dem Durchschlag für die/den Versicherte(n) getroffenen Feststellungen sind nicht dokumentiert, weil die/der Versicherte der Weitergabe dieser Daten nicht zugestimmt hat.  
Ustaleń dotyczących ubezpieczonego zapisanych na egzemplarzu przebitkowym nie ujęto w dokumentacji, ponieważ ubezpieczony nie wyraził zgody na przekazanie tych danych.

Eine Durchschrift wurde ausgehändigt.  
Wydano jedną przebitkę.

Anschrift der Pflegekasse/des Versicherungsunternehmens  
Adres kasy opiekuńczej/zakładu ubezpieczeń

Belegart / Tipo de comprovante

Deutsch/Portugiesisch

**Nachweis über einen Beratungseinsatz nach § 37 Abs. 3 SGB XI**  
**Comprovante de uma actividade de aconselhamento**  
**realizada nos termos do n° 3 do art. 37.° do 11° Livro do Código Social alemão**

Pflegeversichertennummer (ggf. entspricht diese der Krankenversichertennummer)  
N° de seguro de assistência (usualmente corresponde ao n° de seguro de doença):

Name/Apelido

Vorname/Nome

Geburtsdatum/Data de nascimento

Anschrift/Endereço

I. Bei der/dem o. a. Versicherten wurde am \_\_\_\_\_ ein Beratungseinsatz durchgeführt.  
Realizou-se uma actividade de aconselhamento para o/a segurado/a acima indicado no dia \_\_\_\_\_.

II. **Nach §§ 37 Abs. 4, 106a SGB XI ist die Durchführung des Beratungseinsatzes gegenüber der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen zu bestätigen. Die Übermittlung der beim Beratungseinsatz gemachten Feststellungen an die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen ist jedoch freiwillig und erfordert die Einwilligung der/des Versicherten. Die Übermittlung dient der regelmäßigen Hilfestellung und Beratung der Pflegenden zur Sicherung der Pflegequalität. Aus einer Ablehnung der Einwilligung entstehen der/dem Versicherten keine Nachteile. Conforme o n° 4 do artigo 37.° e o artigo 106.°-A do 11° Livro do Código Social alemão, a realização de uma actividade de aconselhamento tem de ser provada à Caixa de Assistência ou à empresa privada de seguros. Mas a comunicação das avaliações feitas durante a actividade de aconselhamento à Caixa de Assistência ou à empresa privada de seguros é voluntária e fica sujeita ao consentimento do/a segurado/a. A comunicação tem por fim oferecer-se em intervalos regulares apoio e aconselhamento às pessoas, que prestam os cuidados domiciliários, com o objectivo de assegurar a qualidade da assistência em casa. Se o/a segurado/a denegar o seu consentimento, isso não lhe causará quaisquer desvantagens.**

Die Pflegesituation wird aus Sicht der/des Pflegebedürftigen sowie der Pflegeperson wie folgt eingeschätzt:

Do ponto de vista do/a assistido e da pessoa que cuida dele/a, a situação de assistência e prestação de cuidados é avaliada do modo seguinte:

Die Pflegefachkraft schätzt die in der Beratung festgestellte Pflegesituation wie folgt ein:

O/A assistente especializado/a do Serviço de Assistência avalia a situação de assistência e prestação de cuidados, que observou durante o aconselhamento, do modo seguinte:

Zur Verbesserung der Pflegesituation werden folgende Maßnahmen (z. B. Pflegekurs, Tages-/Nachtpflege, niedrigschwellige Betreuung, Pflege-/Hilfsmittel, Wohnraumanpassung, Rehabilitationsleistungen, erneute MDK-Begutachtung) angeregt:

Para melhorar a situação de assistência, propõe-se as medidas seguintes (p. ex. um curso de prestação de cuidados em casa, assistência diária ou nocturna, ofertas de assistência profissional de acesso fácil, meios sanitários/auxiliares, adaptação da casa às necessidades do assistido, prestações de reabilitação, elaboração de um novo parecer pelo Serviço Médico da Caixa MDK):

- III. Zur Verbesserung der Betreuungssituation eines Versicherten, dessen Pflegebedarf noch nicht die Kriterien der Pflegestufe I erfüllt, sowie zur Entlastung der Angehörigen werden folgende Maßnahmen (z.B. Unterstützung durch niedrigrschwellige Betreuung, Kontakt zu Selbsthilfegruppen) angeregt:  
Para melhorar a situação de prestação de cuidados para um/a segurado/a, cuja necessidade de assistência ainda satisfaz os critérios da categoria 1 de assistência, bem como para descarregar os seus familiares, propõe-se as medidas seguintes (p. ex. oferta de assistência de acesso fácil, contacto com grupos de auto-ajuda):

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Versicherten  
Assinatura do/a segurado/a

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Pflegedienstes  
Carimbo e assinatura do Serviço de Assistência

IK des Pflegedienstes  
Código da instituição do Serviço de Assistência

- IV.  Die auf dem Durchschlag für die/den Versicherte(n) getroffenen Feststellungen sind nicht dokumentiert, weil die/der Versicherte der Weitergabe dieser Daten nicht zugestimmt hat.  
As avaliações feitas, que constam da cópia para o/a segurado/a, não estão documentadas, porque o/a segurado/a não consentiu com a comunicação desses dados à Caixa.

Eine Durchschrift wurde ausgehändigt.  
Foi entregue uma cópia.

Anschrift der Pflegekasse/des Versicherungsunternehmens  
Endereço da Caixa de Assistência/Empresa de Seguros

Belegart/ Tipo de justificante

Deutsch/Spanisch

## Nachweis über einen Beratungseinsatz nach § 37 Abs. 3 SGB XI Comprobante de consulta según art. 37 apartado 3 SGB XI

Pflegeversichertennummer (ggf. entspricht diese der Krankenversichertennummer)

Número del seguro de asistencia a personas impedidas (posiblemente se corresponda con el número del seguro médico):

Name/APELLIDO

Vorname/Nombre

Geburtsdatum/Fecha de nacimiento

Anschrift/Dirección

I. Bei der/dem o. a. Versicherten wurde am \_\_\_\_\_ ein Beratungseinsatz durchgeführt.  
El asegurado/La asegurada obtuvo la consulta el día \_\_\_\_\_.

II. **Nach §§ 37 Abs. 4, 106a SGB XI ist die Durchführung des Beratungseinsatzes gegenüber der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen zu bestätigen. Die Übermittlung der beim Beratungseinsatz gemachten Feststellungen an die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen ist jedoch freiwillig und erfordert die Einwilligung der/des Versicherten. Die Übermittlung dient der regelmäßigen Hilfestellung und Beratung der Pflegenden zur Sicherung der Pflegequalität. Aus einer Ablehnung der Einwilligung entstehen der/dem Versicherten keine Nachteile. Conforme al art. 37 apartado 4, 106 a SGB XI la consulta realizada deberá confirmarse ante el seguro de asistencia a personas impedidas o ante la entidad privada de seguro. Sin embargo, la transmisión al seguro de asistencia o a la entidad privada de seguro de los resultados de la consulta será voluntaria y requerirá la autorización del asegurado/la asegurada. Esta transmisión tendrá por objeto la ayuda constante y la posibilidad de consulta ofrecida a los cuidadores a fin de garantizar la calidad de los cuidados. Denegarla autorización para la transmisión de datos no supondrá perjuicio alguno para el asegurado/la asegurada.**

Die Pflegesituation wird aus Sicht der/des Pflegebedürftigen sowie der Pflegeperson wie folgt eingeschätzt:

Desde el punto de vista de la persona que precisa dichos cuidados y desde el punto de vista del cuidador la necesidad de cuidados es valorada como sigue:

Die Pflegefachkraft schätzt die in der Beratung festgestellte Pflegesituation wie folgt ein:

El profesional de cuidados ve la necesidad de cuidados establecida durante la consulta como sigue:

Zur Verbesserung der Pflegesituation werden folgende Maßnahmen (z. B. Pflegekurs, Tages-/Nachtpflege, niedrigschwellige Betreuung, Pflege-/Hilfsmittel, Wohnraumanpassung, Rehabilitationsleistungen, erneute MDK-Begutachtung) angeregt:

Para la mejora de los cuidados se proponen las medidas siguientes (por ejemplo, cursillo de cuidados, cuidados diurnos o nocturnos, oferta de custodia a personas necesitadas fácilmente accesible, instrumentos y productos para los cuidados y la asistencia, adaptación del domicilio, prestaciones de rehabilitación, nuevo examen por parte del Servicio Médico del Seguro de Enfermedad (MDK)):

- III. Zur Verbesserung der Betreuungssituation eines Versicherten, dessen Pflegebedarf noch nicht die Kriterien der Pflegestufe I erfüllt, sowie zur Entlastung der Angehörigen werden folgende Maßnahmen (z.B. Unterstützung durch niedrigschwellige Betreuung, Kontakt zu Selbsthilfegruppen) angeregt:

Para la mejora de la situación de custodia de un asegurado/una asegurada cuya necesidad de cuidados todavía no cumple los requisitos del nivel de cuidados I así como para aliviar a los familiares se proponen las medidas siguientes (por ejemplo ofrecer una custodia fácilmente accesible, contacto con grupos de autoayuda):

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Versicherten  
Firma del asegurado/la asegurada

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Pflegedienstes  
Sello y firma del servicio de asistencia

IK des Pflegedienstes  
Código IK de la Institución del servicio de asistencia

- IV.  Die auf dem Durchschlag für die/den Versicherte(n) getroffenen Feststellungen sind nicht dokumentiert, weil die/der Versicherte der Weitergabe dieser Daten nicht zugestimmt hat.  
No queda constancia de los datos establecidos en la copia del asegurado/a porque el asegurado/a no ha autorizado su transmisión.

Eine Durchschrift wurde ausgehändigt.  
Se ha hecho entrega de una copia.

Anschrift der Pflegekasse/des Versicherungsunternehmens  
Dirección del seguro de asistencia/de la entidad  
Aseguradora

Belegart / Bizonylat

Deutsch/Ungarisch

Nachweis über einen Beratungseinsatz nach § 37 Abs. 3 SGB XI  
**Tanácsadói tevékenység igazolása a német társadalombiztosítási törvény (SGB XI)  
37. § 3. bek. alapján**

Pflegeversichertennummer (ggf. entspricht diese der Krankenversichertennummer)  
Az ápolási biztosítás száma (esetleg azonos az egészségbiztosítási számmal):

Name/Név

Vorname/Utónév

Geburtsdatum/Születési dátum

Anschrift/Lakcím

I. Bei der/dem o. a. Versicherten wurde am \_\_\_\_\_ ein Beratungseinsatz durchgeführt.  
A biztosítottnál \_\_\_\_\_ án/én történt tanácsadói tevékenység.

II. **Nach §§ 37 Abs. 4, 106a SGB XI ist die Durchführung des Beratungseinsatzes gegenüber der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen zu bestätigen. Die Übermittlung der beim Beratungseinsatz gemachten Feststellungen an die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen ist jedoch freiwillig und erfordert die Einwilligung der/des Versicherten. Die Übermittlung dient der regelmäßigen Hilfestellung und Beratung der Pflegenden zur Sicherung der Pflegequalität. Aus einer Ablehnung der Einwilligung entstehen der/dem Versicherten keine Nachteile. A német társadalombiztosítási törvény tizenegyedik kötetének (SGB XI) 37. § 4. bek. és 106a §-a alapján a tanácsadói tevékenység elvégzését igazolni kell az ápolási pénztárral vagy a magánbiztosító-vállalattal szemben. A tanácsadói tevékenység során született megállapításokat azonban önkéntes alapon és kizárólag a biztosított hozzájárulásával szabad továbbítani az ápolási pénztárnak vagy a magánbiztosító-vállalatnak. E megállapítások továbbítása a házi ápolást végzők számára történő rendszeres segítségnyújtást és tanácsadást szolgálja a házi ápolás minőségének biztosítása érdekében. A biztosítottat a hozzájárulás megtagadása folytán nem éri hátrány.**

Die Pflegesituation wird aus Sicht der/des Pflegebedürftigen sowie der Pflegeperson wie folgt eingeschätzt:  
Az ápolási szituáció az ápolásra szoruló biztosított és az ápolást végző személy nézete szerint a következő:

Die Pflegefachkraft schätzt die in der Beratung festgestellte Pflegesituation wie folgt ein:  
Az ápolást végző szakember a tanácsadás során megállapított ápolási szituációt a következőképpen értékeli:

Zur Verbesserung der Pflegesituation werden folgende Maßnahmen (z. B. Pflegekurs, Tages-/Nachtpflege, niedrigschwellige Betreuung, Pflege-/Hilfsmittel, Wohnraumanpassung, Rehabilitationsleistungen, erneute MDK-Begutachtung) angeregt:  
A ápolási szituáció javítása érdekében a következő intézkedések javallottak (pl. ápoló tanfolyam, nappali és éjjeli ápolás, alacsonyabb szintű gondozás, ápolási/segédanyagok, a lakóterület átalakítása, rehabilitációs szolgáltatások, a német egészségbiztosítók orvosi szolgálatának [MDK] ismételt szakértői vizsgálata):

- III. Zur Verbesserung der Betreuungssituation eines Versicherten, dessen Pflegebedarf noch nicht die Kriterien der Pflegestufe I erfüllt, sowie zur Entlastung der Angehörigen werden folgende Maßnahmen (z.B. Unterstützung durch niedrigschwellige Betreuung, Kontakt zu Selbsthilfegruppen) angeregt:  
Olyan biztosítottak gondozási szituációjának javítása érdekében, akiknek ápolási igénye nem éri el a német I. ápolási fokozat követelményeit, valamint a hozzátartozók tehermentesítése érdekében a következő intézkedések javallottak (pl. támogatás alacsonyabb szintű gondozás révén, önszolgáltató csoportokkal történő kapcsolatfelvétel):

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Versicherten  
A biztosított aláírása

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Pflegedienstes  
Az ápolási szolgáltató pecsétje és aláírása

IK des Pflegedienstes  
Az ápolási szolgáltató intézménykódja

- IV.  Die auf dem Durchschlag für die/den Versicherte(n) getroffenen Feststellungen sind nicht dokumentiert, weil die/der Versicherte der Weitergabe dieser Daten nicht zugestimmt hat.  
A biztosított példányán szereplő megállapítások nincsenek dokumentálva, mert a megállapítások továbbadásához nem járult hozzá.

Eine Durchschrift wurde ausgehändigt.  
A biztosított egy példányt átvett.

Anschrift der Pflegekasse/des Versicherungsunternehmens  
Az ápolási biztosító/magánbiztosító-vállalat címe