

Anmerkungen zu § 37 BBhV

Übersicht

	Anmerkung
Allgemeines zu § 37 BBhV	1
– historische Entwicklung des Pflegerechts	
– soziale Pflegeversicherung	
– private Pflegeversicherung	
– Beitrittsrecht zur Pflegeversicherung	
– Pflege im Ausland	
Anmerkungen zu Absatz 1	
Leistungen für pflegebedürftige Personen	2
Anspruchsvoraussetzungen für Beihilfe zu Pflegeleistungen	3
Antragsverfahren	4
Zusammentreffen von Mitgliedschaft in der sozialen Pflegekasse und Beihilfeberechtigung	5
Pflegeberatung	6
Anmerkungen zu Absatz 2	
Begriff der Pflegebedürftigkeit	7
Zuordnung zu den Pflegestufen	8
Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf im ambulanten Bereich	9
Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf im stationären Bereich	10

1 Allgemeines zu § 37 BBhV

(1) Pflegeversicherungsgesetz

Am 26. Mai 1994 hat der Bundestag das Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (PflegeVG) verabschiedet. Es wurde am 28. Mai 1994 im BGBl. I S. 1014 verkündet und trat hinsichtlich

- der Beitragspflicht am 1. Januar 1995,
- der Leistungen für ambulante Pflege am 1. April 1995 und
- der stationären Pflegeleistungen mit Wirkung vom 1. Juli 1996

in Kraft. Durch das Gesetz zum Inkrafttreten der 2. Stufe der Pflegeversicherung vom 31. Mai 1996 (BGBl. I S. 718) wurden die Regelungen über die vollstationäre Pflege zum 1. Juli 1996 in Kraft gesetzt. Schließlich wurden durch das Erste SGB XI-Änderungsgesetz vom 14. Juni 1996 (BGBl. I S. 830) vor allem im Zusammenhang mit der vollstationären Pflege wesentliche Änderungen vorgenommen; insbesondere wurde Art. 49a ins PflegeVG eingefügt, der Übergangsregelungen für die Zeit vom 1. Juli 1996 bis 31. Dezember 1997 enthält und in Art. 49b PflegeVG eine Begrenzung für die Vergütungen der Pflegeeinrichtungen geschaffen.

(2) Pflege-Weiterentwicklungsgesetz

Die Pflegeleistungen wurden seit ihrer Einführung im Jahr 1995 zunächst nicht verändert. Sie unterlagen daher einem schleichenden Wertverfall, da die Kosten der Pflege in diesem Zeitraum ständig gestiegen sind. Durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) erfolgte zum einen eine Anpassung der Leistungsbeträge. Ferner wurden die im Rahmen des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes vom 14. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3728) bereits mit Wirkung ab dem 1. Januar 2002 eingeführten Leistungen für Personen mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf deutlich angehoben und erweitert.

Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz ist in seinen maßgebenden Teilen zum 1. Juli 2008 in Kraft getreten (vgl. Art. 17 des Gesetzes vom 28. Mai 2008, a.a.O.). Da die Änderungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes ab diesem Zeitpunkt auch für den Bereich der privaten Pflegeversicherung gelten, musste auch das Bundesministerium des Innern als Verantwortlicher für das Beihilferecht hierauf reagieren.

Im Vorgriff auf die Verordnung über Beihilfe in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen hat das BMI deshalb bereits mit RdS vom 20. Juni 2008 (GMBl. S. 800) besondere Vollzugsregelungen zur Abrechnung von Anträgen aus dem Bereich der Pflege erlassen. Dies war vor allem deshalb erforderlich, weil der Bundesgesetzgeber beim Erlass des Pflege-Weiterentwicklungsgesetz davon ausgegangen war, dass insbesondere angesichts des nur hälftigen Leistungsanspruch i. S. d. § 28 SGB XI für Beihilferechtmäßige, die Mitglied der sozialen Pflegeversicherung sind, die Beihilfavorschriften in Bund und Ländern entsprechend ergänzt und Beamte und Versorgungsempfänger die anteiligen Leistungen von der Beihilfe erhalten werden (vgl. u. a. die Begründung im Teil B der BT-Drs. 16/7439, zu Artikel 1, zu Nummer 28 (§ 45b), zu Buchstabe a, zu Doppelbuchstabe bb).

In den ab 14. Februar 2009 geltenden BBhV sind die analog dem Pflegeversicherungsgesetz für Beihilfeberechtigte geltenden Regelungen im Wesentlichen in den §§ 37 bis 40 dargestellt.

(3) Entwicklung des Pflegerechts in der Beihilfe

Die vor dem 1. April 1995 geltende Beihilferegelung bei häuslicher Dauerpflege (§ 6 Abs. 1 Nr. 7 BhV 1985 war günstiger als das neue Recht. Ersatzpflegekräfte waren Berufspflegekräften gleichgestellt. Das BMI hatte deshalb übergangsweise bis zum 30.9.1995 zugelassen, dass Aufwendungen in diesen Fällen weiterhin gem. dem bis zum 31.3.1995 gültigen § 6 Abs. 1 Nr. 7 beihilfefähig bleiben (RdSchr. vom 5.4.1995 – D III 5 – 213100–1/1h, GMBL. S. 353).

Nach § 6 Abs. 1 Nr. 7 Satz 3 BhV 1985 in der vor dem 1.4.1995 geltenden Fassung wurde bei einer ständigen häuslichen Pflege durch nahe Angehörige eine Pauschalbeihilfe von 400 DM monatlich gewährt, wenn beim Pflegebedürftigen nach dem Zeugnis eines Amts- oder Vertrauensarztes die Voraussetzungen für eine stationäre Pflege nach § 9 vorlagen und diese durch eine häusliche Pflege vermieden wurde sowie der notwendige Einsatz einer Berufs- oder Ersatzpflegekraft entfiel. Die am 31.3.1995 vorhandenen Empfänger dieser Leistung wurden gem. Art. 2 Nr. 2 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zur Änderung der Beihilfavorschriften vom 29.12.1994 ohne Antragstellung ab 1.4.1995 in die Pflegestufe II eingestuft und erhielten eine Pauschalbeihilfe nach § 9 Abs. 4 Satz 2 Nr. 2 in Höhe von 800 DM (ab 1.1.2002: 410 Euro) monatlich. Sie wurden auf Antrag der Pflegestufe III zugeordnet, wenn festgestellt wurde, dass Pflegebedürftigkeit in diesem Umfang besteht, und erhielten dann eine Pauschalbeihilfe nach § 9 Abs. 4 Satz 2 Nr. 3 BhV 1985 in Höhe von monatlich 1300 DM (ab 1.1.2002: 665 Euro). Bei Antragstellung bis 30.6.1995 bestand dieser Anspruch ab 1.4.1995 ansonsten ab dem Zeitpunkt der Antragstellung. Maßgebend war auch hier, wie bei laufenden Fällen, (§ 9 Abs. 8 Satz 2 BhV 1985) die Begutachtung durch die Pflegeversicherung (Hinweis 7 zu § 9 Abs. 4 BhV 1985). Unterblieb ein Antrag auf Höherstufung oder ergab sich ein Pflegebedarf unterhalb der Pflegestufe II, verblieb es nach der Übergangsvorschrift bei Pflegestufe II. Im Hinweis 7 zu § 9 Abs. 4 wurde diese Regelung teilweise wieder zurückgenommen. Anspruch auf Leistungen nach Pflegestufe II bestand danach nur bis zum 30.9.1995. Nach diesem Zeitpunkt war ausschließlich das Ergebnis der Begutachtung durch die Pflegeversicherung maßgebend.

(4) Soziale Pflegeversicherung

Zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit wurde ein neuer, eigenständiger Zweig der Sozialversicherung, die soziale Pflegeversicherung, geschaffen, deren Aufgaben von den Krankenkassen wahrgenommen werden. Kraft Gesetzes sind alle in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen in den Schutz der sozialen Pflegeversicherung einbezogen. Die Pflegekasse hat die Aufgabe, Pflegebedürftigen Hilfe in Form von Sach- oder Geldleistungen zu gewähren, wobei die Leistungen der häuslichen Pflege Vorrang vor der stationären Pflege haben.

In der sozialen Pflegeversicherung Versicherte mit Beihilfeanspruch zahlen den halben Beitrag (§ 55 Abs. 1 Satz 2 SGB XI) und erhalten die halben Leistungen (§ 28 Abs. 2

SGB XI). Zu beachten ist, dass diese Halbierungsregelung nicht für Angehörige eines Beamten (Ehegatte, Kinder) gilt, sofern der Angehörige nicht in der Familienversicherung, sondern eigenständig (z. B. in der Krankenversicherung der Rentner oder als freiwillig versichertes Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung) versichert ist. Dieser Personenkreis hat den vollen Pflegeversicherungsbeitrag zu zahlen und erhält im Gegenzug im Falle der Pflegebedürftigkeit die volle Leistung aus der Pflegeversicherung (vgl. insoweit BSG, U. v. 6. November 1997 – 12 RP 4/96 –).

(5) Private Pflegeversicherung

Diese Vorgaben gelten auch für die private Pflegeversicherung, in der alle privat krankenversicherten Personen pflichtversichert sind (§ 23 Abs. 1 SGB XI), wobei an die Stelle der Sachleistungen entsprechende Geldleistungen treten (§ 23 Abs. 1 Satz 3 SGB XI). Personen mit Beihilfeanspruch sind lediglich zum Abschluss einer beihilfeergänzenden privaten Pflegeversicherung verpflichtet (§ 23 Abs. 3 SGB XI).

Weitergående Pflichten aus dieser Regelung, insbesondere zum Umfang der privaten Pflegeversicherung, ergeben sich aus § 23 Abs. 1 und § 25 SGB XI nicht. Insbesondere schreiben diese Vorschriften nicht vor, dass die Ehefrau eines Beihilfeberechtigten verpflichtet sei, eine private Pflegeversicherung in einem bestimmten Umfang zu unterhalten. Dies folgt auch nicht aus der Tatsache, dass die Ehefrau nach § 25 SGB XI familienversichert wäre, als Mitglied einer privaten Pflegeversicherung aber eine eigenständige Vorsorge betreibt. Eine Verpflichtung zum Abschluss einer Vollversicherung ist darin nicht enthalten (vgl. BVerwG Urteil vom 17.6.2004 – BVerwG 2 C 50.02 –, ZTR 2005, 111). Auch aus der Regelung der Pflegeversicherung ergibt sich nicht eine solche Verpflichtung. Dabei stehen die Vorschriften des § 23 Abs. 1 SGB XI und des § 23 Abs. 3 SGB XI im Verhältnis der Spezialität, so dass sich daraus keine höhere Verpflichtung einer berücksichtigungsfähigen Angehörigen ergibt (vgl. BSG Urteil vom 12.2.2004 – B 12 P 3/02 R).

Ferner schließen sich eine Verpflichtung zur Eigenversicherung nach dem SGB XI und eine über einen beihilfeberechtigten Ehepartner vermittelte Beihilfeberechtigung nicht gegenseitig aus (vgl. BSG Urteile vom 6.11.1997 – 12 RP 1/97 und 12 RP 4/97 –, BSGE 81, 177 ff.). Aus der Sicht der gesetzlichen Pflegeversicherung ist es dabei unerheblich, ob Versicherungsleistungen erst durch die Leistungen der Beihilfe ergänzt werden (vgl. BVerwG Urteil vom 17.6. 2004 a.a.O.).

Beihilfe und Leistungen der Pflegeversicherung sind somit eng miteinander verzahnt. Die Beihilfenvorschriften wurden deshalb stetig an die Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz angepasst.

(6) Beitrittsrecht zur Pflegeversicherung

Mit dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz (PflEG) vom 14. Dezember 2001 wurde in das Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) § 26a eingefügt. Dieser eröffnete Personen mit Wohnsitz im Inland, die nicht pflegeversichert waren, weil sie zum Zeitpunkt der Einführung der Pflegeversicherung am 1. Januar 1995 trotz Wohnsitz im Inland keinen Tatbestand der Versicherungspflicht oder der Mitversicherung in der sozialen oder privaten Pflegeversicherung erfüllten, die Möglichkeit, die freiwillige Mitgliedschaft bei einer der nach § 48 Abs. 2 wählbaren sozialen Pflegekassen zu beantragen

oder einen Pflegeversicherungsvertrag mit einem privaten Versicherungsunternehmen abzuschließen. Ausgenommen waren Personen, die laufende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz beziehen sowie Personen, die nicht selbst in der Lage sind, einen Beitrag zu zahlen. Der Beitritt war gegenüber der gewählten Pflegekasse oder dem gewählten privaten Versicherungsunternehmen bis zum 30. Juni 2002 schriftlich zu erklären; er bewirkte einen Versicherungsbeginn rückwirkend zum 1. April 2001. Die Vorversicherungszeiten nach § 33 Abs. 2 galten als erfüllt. Auf den privaten Versicherungsvertrag fand § 110 Abs. 1 Anwendung.

Gleiches galt für Personen mit Wohnsitz im Inland, die erst ab einem Zeitpunkt nach dem 1. Januar 1995 bis zum Inkrafttreten dieses Gesetzes nicht pflegeversichert waren und keinen Tatbestand der Versicherungspflicht nach SGB XI erfüllten. Auch sie waren berechtigt, die freiwillige Mitgliedschaft bei einer der nach § 48 Abs. 2 wählbaren sozialen Pflegekassen zu beantragen oder einen Pflegeversicherungsvertrag mit einem privaten Versicherungsunternehmen abzuschließen. Vom Beitrittsrecht ausgenommen waren die in Absatz 1 Satz 2 genannten Personen sowie Personen, die nur deswegen nicht pflegeversichert waren, weil sie nach dem 1. Januar 1995 ohne zwingenden Grund eine private Kranken- und Pflegeversicherung aufgegeben oder von einer möglichen Weiterversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung oder in der sozialen Pflegeversicherung keinen Gebrauch gemacht hatten. Der Beitritt war gegenüber der gewählten Pflegekasse oder dem gewählten privaten Versicherungsunternehmen bis zum 30. Juni 2002 schriftlich zu erklären.

(7) Pflege im Ausland

Grundsätzlich beschränkt das Pflege-Versicherungsgesetz seine Leistungen auf Deutschland (§ 34 Abs. 1 Nr. 1 SGB XI). Der Anspruch ruht, solange sich der Versicherte im Ausland aufhält. Dies gilt sowohl für die soziale als auch für die private Pflegeversicherung. Der Europäische Gerichtshof hat sich in einem Urteil vom 5. März 1998 mit der Frage befasst, ob es mit europäischem Recht vereinbar ist, wenn einerseits zwar der Leistungsanspruch wegen Wohnsitznahme außerhalb Deutschlands ruht, andererseits das Versicherungsmitglied auch während des Aufenthaltes außerhalb Deutschlands zur Zahlung von Versicherungsbeiträgen zur Pflegeversicherung verpflichtet ist. Das Gericht kam zu dem Ergebnis, „dass es nicht gegen die Artikel 6 und 48 Absatz 2 EG-Vertrag 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, dass es jedoch gegen die Artikel 19 Absatz 1, 25 Absatz 1 und 28 Absatz 1 der Verordnung Nr. 1408/71 verstößt, den Anspruch auf eine Leistung wie das Pflegegeld, die eine Geldleistung bei Krankheit darstellt, davon abhängig zu machen, dass der Versicherte in dem Staat wohnt, in dem er der Versicherung angeschlossen ist.“

Inzwischen liegt auch ein Urteil des Bundessozialgerichts (BSG v. 28. September 2006 – B – 3 P 3/05R –) vor, das sich ebenfalls mit Ansprüchen auf Leistungen aus der Pflegeversicherung an im Ausland wohnende Versicherte beschäftigt.

Das BSG hat entschieden, dass die private Pflegepflichtversicherung bei Pflegeleistungen im Ausland auch die Kosten für häusliche Pflege durch Pflegedienste übernehmen muss.

Es geht damit noch weiter als der Europäische Gerichtshof, der zunächst nur die „Geldleistung“, also das Pflegegeld zugestanden hatte, die „Sachleistungen“ der Pflegeversicherung (z. B. Betreuung durch Pflegedienste, stationäre Pflege, Pflegehilfsmittel) aber weiterhin ausschloss.

Diese Einschränkung gilt für Leistungen zur Pflege nach den BhV nicht. Der Bund sowie auch die Mehrheit der Länder teilen die Auffassung des BSG, das heißt, dass die Aufwendungen für häusliche Pflege durch Pflegedienste auch bei einer Pflege im Ausland in Anlehnung an die Verfahrensweise bei der Pflegeversicherung als beihilfefähig anerkannt werden können. Ein Transfer deutscher Ansprüche auf Sozialleistungen oder auf Leistungen aus der privaten Pflegeversicherung setzt jedoch stets voraus, dass die hierfür maßgeblichen innerstaatlichen Tatbestandsvoraussetzungen erfüllt sind. Das Verbot, einen Wohnortwechsel mit Nachteilen zu verbinden, führt nicht dazu, im Ausland Leistungsansprüche in der sozialen oder privaten Pflegeversicherung zu begründen, die bei einem Wohnsitz im Inland wegen mangelnder Tatbestandserfüllung nicht gegeben wären. Das heißt, auch bei einer Pflege im EU-Ausland muss sichergestellt und nachgewiesen sein, dass die Pflege von einer fachlich ausgebildeten und qualifizierten Pflegekraft erbracht wird. Darüber hinaus muss eine spezialisierte Rechnung vorgelegt werden, aus der hervorgeht, für welche Leistungen Aufwendungen entstanden sind und für welchen Zeitraum.

Anmerkungen zu Absatz 1

2 Leistungen für pflegebedürftige Personen

(1) Das Pflegeversicherungsgesetz sieht ein breit gefächertes Angebot für den Pflegefall vor. Es reicht von Beratungsleistungen über Pflegehilfsmittel, behindertengerechten Umbau der Wohnung, Pflege im häuslichen sowie im stationären Bereich, Vertretungspflege bis zu sozialen Absicherung der Pflegeperson. Das Bundesgesundheitsministerium hat einen „Ratgeber Pflege“ aufgelegt, der u. a. auch über das Internet bezogen werden kann. Die nachfolgende Zusammenstellung, die einen Überblick über mögliche Hilfen rund um die Pflege gibt, ist diesem Ratgeber entnommen (www.bmg.bund.de).

(2) Das von den Pflegekassen zur Verfügung gestellte Angebot kann auch von den Beihilfeberechtigten in Anspruch genommen werden, die Beihilfe beteiligt sich an den Kosten.

(3) Aufwendungen für eine notwendige Behandlungspflege (z. B. Verbände wechseln, Spritzen verabreichen) sind daneben nach § 27 BBhV beihilfefähig.

(4) Leistungen der Pflegeversicherung im Überblick
Angaben in Euro

Leistungsart	Zeitraum	Pflegestufe I Erheblich Pflege- bedürftige	Pflegestufe II Schwerpflege- bedürftige	Pflegestufe III Schwerpflege- bedürftige	(in Härtefällen)
Häusliche Pflege	Pflegesachleistung bis zu ... € mtl.				
	ab 1.1.2010	440	1040	1510	(1918)
	ab 1.1.2012	450	1100	1550	(1918)
	Pflegegeld € mtl.				
	ab 1.1.2010	225	430	685	
	ab 1.1.2012	235	440	700	
Pflegevertretung¹⁾	Pflegeaufwendungen für bis zu vier Wochen im Kalenderjahr bis zu ... €				
durch nahe Angehörige	ab 1.1.2010	225 ¹⁾	430 ¹⁾	685 ¹⁾	
durch sonstige Personen		1510	1510	1510	
durch nahe Angehörige	ab 1.1.2012	235 ¹⁾	440 ¹⁾	700 ¹⁾	
durch sonstige Personen		1550	1550	1550	
Kurzzeitpflege	Pflegeaufwendungen bis zu ... € im Jahr				
	ab 1.1.2010	1510	1510	1510	
	ab 1.1.2012	1550	1550	1550	
Teilstationäre Tages- und Nachtpflege²⁾	Pflegeaufwendungen bis ... € monatlich				
	ab 1.1.2010	440 ²⁾	1040 ²⁾	1510 ²⁾	
	ab 1.1.2012	450 ²⁾	1100 ²⁾	1550 ²⁾	

1) Auf Nachweis werden den nahen Angehörigen notwendige Aufwendungen (Verdienstausfall, Fahrtkosten usw.) bis zum Höchstbetrag für sonstige Personen erstattet.

2) Neben dem Anspruch auf Tagespflege bleibt ein hälftiger Anspruch auf die jeweilige ambulante Pflegesachleistung oder das Pflegegeld erhalten.

Leistungsart	Zeitraum	Pflegestufe I Erheblich Pflege- bedürftige	Pflegestufe II Schwerpflege- bedürftige	Pflegestufe III Schwepspflege- bedürftige	(in Härtefällen)
Ergänzende Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf ³⁾	Leistungsbeitrag bis zu ... Euro jährlich				
	seit 1.7.2008	2400 ³⁾	2400 ³⁾	2400 ³⁾	
Vollstationäre Pflege	Pflegeaufwendungen pauschal ... Euro monatlich				
	ab 1.1.2010 ab 1.1.2012	1023 1023	1279 1279	1510 1550	(1825) (1918)
Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen	Pflegeaufwendungen in Höhe von	10% des Heimentgelts, höchstens 256,- Euro monatlich			
Pflegehilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind	Aufwendungen bis zu ... Euro monatlich	31			
Technische Pflegehilfsmittel und sonstige Pflegehilfsmittel	Aufwendungen in Höhe von	100 % der Kosten, unter best. Voraussetzungen ist jedoch eine Zuzahlung von 10 %, höchstens 25 Euro je Pflegehilfsmittel zu leisten. Techn. Pflegehilfsmittel werden vorrangig leihweise, also unentgeltlich und somit zuzahlungsfrei zur Verfügung gestellt			
Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes	Aufwendungen in Höhe von bis zu	2557,- je Maßnahme, unter Berücksichtigung einer angemessenen Eigenbeteiligung			
Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen für Pflegepersonen ⁴⁾	je nach Umfang der Pflege Tätigkeit bis zu ... Euro monatlich (Beitriffsgebiet)	135,59 (115,15)	271,17 (230,31)	406,76 (345,46)	
Zahlung von Beiträgen zur Arbeitslosenversicherung für Pflegepersonen bei Pflegezeit	Euro monatlich (Beitriffsgebiet)	7,15 (6,08)			
Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung für Pflege- personen bei Pflegezeit	bis zu ... Euro monatlich Krankenversicherung Pflegeversicherung	126,90 16,61			

³⁾ Abhängig von der persönlichen Pflegesituation auf der Grundlage der dauerhaften und regelmäßigen Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen nach § 45a Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 bis 9 SGB XI werden künftig bis zu 1200 Euro (Grundbetrag) bzw. bis zu 2400 Euro (erhöhter Betrag) gewährt.

⁴⁾ Bei wenigstens 14 Stunden Pflege Tätigkeit pro Woche, wenn die Pflegeperson keiner Beschäftigung von über 30 Stunden nachgeht und sie noch keine Vollrente wegen Alters bezieht.

(5) Weitere Maßnahmen der Pflegeversicherung zugunsten der Versicherten

	Zur Stärkung der Pflege bei	
	häuslicher Versorgung	stationärer Versorgung
Hilfestellung durch wohnortnahe Pflegestützpunkte	x	x
Individuelle Pflegeberatung (Case Management)	x	x
Übermittlung von		
– Leistungs- und Preisvergleichslisten über zugelassene Pflegeeinrichtungen	x	x
– Leistungs- und Preisvergleichslisten über niedrigschwellige Betreuungsangebote	x	
– Informationen zu Selbsthilfekontaktstellen und Selbsthilfegruppen	x	x
– Informationen über Integrierte Versorgungsverträge/Teilnahme an der Integrierten Versorgung im Einzugsbereich des Antragstellers	x	x
Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen	x	
Vergütungszuschläge für zusätzliche Betreuung bei Versorgung von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf		x
Förderung von aktivierenden und rehabilitativen Maßnahmen durch Bonuszahlungen an Pflegeeinrichtungen für deutliche Reduzierung des Hilfebedarfs		x
Förderung der Versorgungsstrukturen für Personen mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf	x	
Förderung des Auf- und Ausbaus ehrenamtlicher Strukturen sowie der Selbsthilfe	x	x

3 Anspruchsvoraussetzungen für Beihilfe zu Pflegeleistungen**(1) Zeitpunkt der Antragstellung**

Anspruch auf Beihilfe zu Pflegeleistungen entsteht gemäß § 33 Abs. 1 SGB XI ab Beginn des Monats der erstmaligen Antragstellung, frühestens jedoch ab dem Zeitpunkt, in dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen. Da Entscheidungsgrundlage für die Beihilfe das für die Versicherung erstellte Gutachten bildet (VV 37.2.7), und ein entsprechender Nachweis dem Beihilfeantrag beizufügen ist, kann nicht der Eingang des Beihilfeantrages bei der Beihilfestelle als maßgeblicher Zeitpunkt für den Anspruchs-

beginn zu Grunde gelegt werden. Anderenfalls würden wegen der erforderlichen Vorlaufzeit bis zur Entscheidung der Pflegeversicherung die Ansprüche des Beihilfeberechtigten unzulässigerweise verkürzt, da einerseits der Eintritt der Pflegebedürftigkeit abgewartet werden muss und die Dauer des Gutachterverfahrens vom Beihilfeberechtigten nicht beeinflusst werden kann. Zur Erzielung eines gerechten Ergebnisses muss deshalb der Antrag auf Versicherungsleistungen gleichzeitig als Antragstellung i. S. des § 37 Abs. 1 und VV 37.2.7 gewertet werden.

(2) Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen

Der Anspruch auf Beihilfe beginnt frühestens mit dem Zeitpunkt, von dem an die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen. Die Anspruchsvoraussetzungen sind erfüllt, wenn die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist und die erste Pflegeleistung erbracht wird.

Beispiel:

Ein Unfall am 12. Mai hatte eine Querschnittslähmung zur Folge. Während der anschließenden stationären Krankenhausbehandlung wird festgestellt, dass mit einer Besserung des Zustandes nicht mehr zu rechnen ist. Daraufhin Antragstellung auf Pflegeleistungen bei der Pflegekasse am 20. Juni. Entlassung aus der stationären Krankenhausbehandlung und Beginn der häuslichen Pflege am 17. September.

Trotz Eintritts der Pflegebedürftigkeit am 12.5. und Antragstellung am 20.6. sind die Anspruchsvoraussetzungen erst mit Beginn der häuslichen Pflege am 17.9. erfüllt.

4 Antragsverfahren

(1) § 37 Abs. 2 und insbesondere die VV Nrn. 37.2.7 bis 37.2.9 regeln die ärztliche Begutachtung sowie den Beginn des Anspruches auf Beihilfe zu Pflegeleistungen. Es handelt sich hierbei weitgehend um Verfahrensvorschriften.

(2) Grundlage für die Entscheidung der Festsetzungsstelle über eine Beihilfe zu Pflegeleistungen bildet ein ärztliches Gutachten. Dieses Gutachten hat der Beihilfeberechtigte beizubringen, um die rechtlichen Voraussetzungen für eine Beihilfe nach § 37 ff. nachzuweisen. Die Vorlage des Gutachtens ist Gegenstand des im Beihilferecht vorgeschriebenen Verwaltungsverfahrens. Für die Verwaltung ergeben sich deshalb keine Probleme wegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Der Gutachter muss sich zu folgenden Punkten äußern:

- Vorliegen der dauernden Pflegebedürftigkeit.

Der Begriff der dauernden Pflegebedürftigkeit ergibt sich aus VV 37.2.2. Zum Vorliegen der Pflegebedürftigkeit gehört auch die Feststellung, zu welchem Zeitpunkt sie eingetreten ist.

– Art der Pflege.

Es handelt sich dabei zunächst um die Frage, ob häusliche, teilstationäre oder vollstationäre Pflege erforderlich ist, ferner auch, ob bei häuslicher Pflege geeignete Pflegekräfte oder andere geeignete Personen, ggf. welche, tätig werden sollen.

– Umfang der Pflege.

Der erforderliche Pflegeumfang ergibt sich aus der Zuordnung zu einer der drei Pflegestufen (vgl. VV 37.2.6), sowie ggf. eines über die Pflegestufe III hinausgehenden außergewöhnlichen Pflegeumfangs. Bei der vollstationären Pflege (§ 39) ergibt sich der Pflegeumfang gleichzeitig aus der Art der Pflegeleistung.

(3) Zur Vermeidung von Doppelbegutachtungen mit ggf. unterschiedlichen Ergebnissen bestimmt die VV 37.2.7, dass bei Versicherten in der privaten oder sozialen Pflegeversicherung das für die Versicherung erstellte Gutachten auch der Entscheidung über die Beihilfe zu Grunde zu legen ist. In der Regel genügt hierfür die Leistungszusage des Versicherers. Das Gutachten ist nur in strittigen oder Zweifelsfällen erforderlich und dann mit Zustimmung des Pflegebedürftigen von der Festsetzungsstelle bei der Versicherung anzufordern. Bei fehlender Geschäftsfähigkeit des Pflegebedürftigen bedarf es der Zustimmung des gesetzlichen Vertreters.

(4) In anderen Fällen bedarf es eines amts- oder vertrauensärztlichen Gutachtens (VV 37.2.8). Um andere Fälle handelt es sich dann, wenn der Pflegebedürftige nicht in der Pflegeversicherung versichert ist.

(5) Die Entscheidung der Festsetzungsstelle über die Gewährung, ggf. auch die völlige oder teilweise Versagung von Beihilfe zu beantragten Pflegeleistungen ist ein verwaltungsgerichtlich nachprüfbarer Verwaltungsakt. Der Umstand, dass sich die Verwaltung bei ihrer Entscheidung der Hilfe ärztlicher Gutachter bedient, schließt die gerichtliche Nachprüfbarkeit nicht aus. Legt die Festsetzungsstelle ihrer Entscheidung das Gutachten der Pflegeversicherung zu Grunde (VV Nr. 37.2.7), kann es im Konfliktfall zu Schwierigkeiten kommen. Es besteht die Möglichkeit, gegen die Entscheidung der Pflegeversicherung oder die der Beihilfefestsetzungsstelle gerichtlich vorzugehen. Obwohl der erstgenannte Weg wegen der größeren Sachnähe der zweckmäßiger ist und im Erfolgsfall auch zu der gewünschten Beihilfe führt, kann der Beihilfeberechtigte hierauf nicht verwiesen werden.

(6) Entschidet er sich für den Verwaltungsrechtsweg und legt er gegen die Entscheidung der Festsetzungsstelle Widerspruch ein, kann diesen die Widerspruchsbehörde nicht unter bloßem Hinweis auf das Gutachten der Pflegeversicherung als unbegründet zurückweisen, sondern müsste sich zur Sache einlassen, denn der Widerspruchsbescheid ist zu begründen (§ 73 Abs. 3 VwGO). Hierzu bedürfte es in der Regel einer nochmaligen Stellungnahme des Gutachters oder der eines Obergutachters. Ist die Pflegeversicherung nicht bereit, diese herbeizuführen, bleibt nur die Möglichkeit einer amts- oder vertrauensärztlichen Begutachtung nach VV 37.2.8.

Diese Schwierigkeit hilft VV 37.2.9 zu vermeiden. Sie legt nämlich für die Beihilfestellen des Bundes verbindlich fest, dass bei einem Widerspruch gegen die im ärztlichen Gutachten festgestellte Höhe der Pflegestufe die Entscheidung über den Widerspruch ausgesetzt werden soll. Diese Verfahrensentscheidung ist im Verwaltungsver-

fahren möglich und entspricht auch der festgelegten Rangfolge der Gutachten. Danach sind grundsätzlich die von der privaten oder der sozialen Pflegeversicherung eingeholten Gutachten vorgeflich. Dies bedeutet, dass die beihilfeberechtigten Mitglieder der (privaten oder sozialen) Pflegeversicherung zunächst auf den Rechtsweg vor den Sozialgerichten verwiesen werden. Die Beihilfestelle kann in diesen Fällen nur eine inhaltlich identische Entscheidung treffen (vgl. VV 37.2.9 letzter Halbsatz).

(7) Richtet sich aber der Widerspruch gegen andere Entscheidungsinhalte des Beihilfebescheides, so gilt das übliche Verwaltungsverfahrensrecht.

5 Zusammentreffen vom Mitgliedschaft in der sozialen Pflegekasse und Beihilfeberechtigung

Für Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften enthält § 28 Abs. 2 SGB XI besondere Regelungen. Die in § 28 Abs. 2 SGB XI aufgestellten Grundsätze gelten sowohl im Bereich der ambulanten als auch der stationären Pflege. Zur Erzielung eines sachgerechten Ergebnisses muss aber auch in allen sonstigen Fällen so verfahren werden, in denen die soziale Pflegeversicherung Leistungen erbringt, z. B. bei Vertretungspflege (§ 39 SGB XI), bei Pflegehilfsmitteln und technischen Hilfen (§ 40 SGB XI) sowie bei Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI). Gemäß § 28 Abs. 2 SGB XI erhalten Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe haben, die jeweils zustehenden Leistungen zur Hälfte. Als solche Personen kommen nur Beihilfeberechtigte im Sinne von § 2 BBhV in Betracht. Nur sie haben einen Beihilfeanspruch, nicht dagegen berücksichtigungsfähige Angehörige im Sinne von § 4 BBhV. Deren Aufwendungen sind zwar beihilfefähig, der Anspruch auf Beihilfe steht aber dem Beihilfeberechtigten zu. Ehegatten und Kinder eines Beihilfeberechtigten gehören nicht zum Personenkreis des § 28 Abs. 2 SGB XI. Etwas anderes gilt nur dann, wenn eine Absicherung ausschließlich im Rahmen der Familienversicherung (§ 25 SGB XI) erfolgt (vgl. BSG, U. vom 6. November 1997 – 12 RP 4/96 –, ZBR 1999, 357). Ansonsten würden die familienversicherten Angehörigen, die keine Beiträge leisten, im Vergleich zum Ehepartner bzw. Elternteil einen höheren Leistungsanspruch gegen die Pflegeversicherung haben. Dies wäre jedoch nicht plausibel.

Nach den Feststellungen des BSG im genannten Urteil vom 6. November 1997 treffen diese Erwägungen jedoch dann nicht zu, wenn die Angehörigen eigenständig versichert sind. Hier geht der volle Schutz aus der sozialen Pflegeversicherung der Absicherung eines berücksichtigungsfähigen Angehörigen vor.

Stirbt der Beihilfeberechtigte, wird dessen Witwe beihilfeberechtigt und erfüllt damit die Voraussetzung des § 28 Abs. 2 SGB XI. Nicht zum Personenkreis des § 28 Abs. 2 SGB XI zählen dagegen Halbwaisen, da diese nicht selbst beihilfeberechtigt sind, sondern lediglich als berücksichtigungsfähige Angehörige gelten.

§ 28 Abs. 2 SGB XI erfasst nur Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften. Beruht der Beihilfeanspruch auf anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften, ist § 28 Abs. 2 SGB XI nicht anwendbar.

(2) Versicherungsverhältnisse nach dem SGB XI können sich ergeben aus

1. § 20 Abs. 1 Nr. 11 SGB XI, weil eine Witwe wegen eines Anspruchs auf Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung krankenversicherungspflichtig ist,
2. § 20 Abs. 2 SGB XI, weil ein Beihilfeberechtigter freiwilliges Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung ist,
3. § 20 Abs. 1 Nr. 1 SGB XI, weil eine Witwe oder Vollwaise als Arbeitnehmer oder Auszubildender krankenversicherungspflichtig ist.

In allen Fällen reduziert sich wegen der hälftigen Leistungsgewährung (§ 28 Abs. 2 SGB XI) der Beitragssatz auf die Hälfte (§ 55 Abs. 1 Satz 2 SGB XI).

(3) Beispiele

1. Ein Beamter ist freiwilliges Mitglied der GKV, der Ehegatte und das pflegebedürftige Kind verfügen über kein eigenes Einkommen.

Der Beamte ist Pflichtmitglied der Pflegeversicherung (§ 20 Abs. 3 SGB XI), der Ehegatte und das Kind sind beitragsfrei mitversichert (Familienversicherung; § 25 SGB XI). Wie der Beamte selbst, erhalten auch der Ehegatte und das Kind Leistungen der sozialen Pflegeversicherung nur zur Hälfte.

2. Ein Beamter und sein Ehegatte sind freiwillige Mitglieder der GKV aus jeweils eigenständigen Versicherungsverhältnissen. Sie haben zwei Kinder, die kein eigenständiges Einkommen beziehen.

– Beamter

Der Beamte ist Pflichtmitglied der Pflegeversicherung (§ 20 Abs. 3 SGB XI). Da er einen originären Beihilfeanspruch besitzt, erhält er Leistungen der Pflegeversicherung nur zu 50 v. H.

– Ehegatte

Auch der Ehegatte ist Pflichtmitglied der Pflegeversicherung (§ 20 Abs. 3 SGB XI). Die Familienversicherung aus dem Versicherungsverhältnis des Beamten scheidet damit aus (vgl. § 25 Abs. 1 Nr. 2 SGB XI). Der Ehegatte selbst hat keinen originären Beihilfeanspruch und damit Anspruch auf volle Leistungen der sozialen Pflegeversicherung.

– Kinder

Die Kinder sind familienversichert (§ 25 Abs. 2 SGB XI). Hierbei besteht nach § 25 Abs. 2 Satz 2 SGB XI i. V. m. § 10 Abs. 5 SGB V ein Wahlrecht, ob die Absicherung über den Beamten (Teilanspruch nach § 28 Abs. 2 SGB XI) oder über den Ehegatten (voller Leistungsanspruch) erfolgen soll.

Entsprechendes gilt auch dann, wenn der Ehegatte auf Grund einer Berufstätigkeit Pflichtmitglied in der GKV ist.

3. Sachverhalt wie in Beispiel Nr. 2, die Kinder erhalten jedoch eine Ausbildungsvergütung, deren Höhe ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (vgl. Sozialversicherungs-Rechengrößenverordnung, abgedruckt im Teil E 5) überschreitet.

Aufgrund der Höhe der Ausbildungsvergütung sind die Kinder entsprechend den Vorgaben des § 25 Abs. 1 Nr. 5 SGB XI nicht mehr familienversichert, sondern selbst versicherungspflichtig (vgl. § 20 Abs. 1 Nr. 1 SGB XI). Da die Kinder selbst keinen originären Beihilfeanspruch haben, besteht gegenüber der Pflegeversicherung jeweils ein Anspruch auf Leistungen in voller Höhe.

4. Ein Beamter ist freiwilliges Mitglied der GKV. Er befindet sich in Elternzeit, geht aber keiner Berufstätigkeit nach.

Auch während der Elternzeit ist der Beamte Pflichtmitglied in der sozialen Pflegeversicherung. Da er während dieser Zeit weiterhin einen Anspruch auf Beihilfe hat (vgl. § 5 Abs. 1 EltZV, abgedruckt in Teil E 2), würden Leistungen der Pflegeversicherung nur zu 50 v. H. gewährt.

5. Sachverhalt wie in Beispiel Nr. 4, der Beamte übt jedoch eine unschädliche Teilzeitbeschäftigung als Arbeitnehmer aus.

Während der Elternzeit zählt der Beamte weiterhin zum Kreis der versicherungsfreien Personen (BSG, U. vom 29. Juni 1993 – 12 RK 91/92). Er behält damit seinen Status als freiwilliges Mitglied der GKV. Er ist damit Pflichtmitglied der sozialen Pflegeversicherung (vgl. § 20 Abs. 3 SGB XI). Da er während der Elternzeit einen Anspruch auf beihilfeähnliche Leistungen besitzt (vgl. § 5 Abs. 1 EltZV), würden Leistungen der Pflegeversicherung nur zur Hälfte gewährt.

6. Sachverhalt wie in Beispiel Nr. 4, der Beamte übt jedoch eine unschädliche Teilzeitbeschäftigung als Beamter aus.

- Reduzierung der Arbeitszeit bis zu 50 v. H.

Aufgrund der Teilzeitbeschäftigung besteht ein unmittelbarer Anspruch nach den Beihilfevorschriften selbst, da ein Anspruch auf anteilige Dienstbezüge besteht. Der nachrangige Anspruch nach § 5 Abs. 1 EltZV kommt insoweit nicht zum Tragen. Der Beamte ist Pflichtmitglied in der sozialen Pflegeversicherung. Leistungen der Pflegeversicherung würden nur zu 50 v. H. gewährt.

- Reduzierung der Arbeitszeit unter 50 v. H.

Auch bei einer unterhältigen Teilzeitbeschäftigung besteht ein unmittelbarer Anspruch auf Beihilfe nach den Beihilfevorschriften selbst. Der nachrangige Anspruch nach § 5 Abs. 1 EltZV kommt ebenfalls nicht zum Tragen. Der Beamte ist Pflichtmitglied in der sozialen Pflegeversicherung. Leistungen der Pflegeversicherung würden nur zu 50 v. H. gewährt.

7. Ein Beamter (privat krankenversichert) befindet sich in Elternzeit und übt als Arbeitnehmer eine unschädliche Teilzeitbeschäftigung aus.

Während der Elternzeit zählt der Beamte weiterhin zum Kreis der versicherungsfreien Personen (BSG, U. vom 29. Juni 1993 – 12 RK 91/92 –). Er wird damit auch nicht in seinem Arbeitsverhältnis als Arbeitnehmer Pflichtmitglied der GKV. Er bleibt allerdings verpflichtet, sich privat gegen das Kostenrisiko bei Pflegebedürftigkeit zu versichern, vgl. § 23 Abs. 3 SGB XI.

8. Ein Versorgungsempfänger ist freiwilliges Mitglied der GKV und bezieht eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung.

Der Versorgungsempfänger ist Pflichtmitglied der sozialen Pflegeversicherung (vgl. § 20 Abs. 3 SGB XI). Er hat einen eigenständigen und damit originären Beihilfeanspruch (vgl. § 2 Abs. 1 Nr. 2). Er erhält Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung nur zur Hälfte.

9. Die Witwe eines Beamten ist nicht berufstätig und ist freiwilliges Mitglied der GKV. Sie hat zwei Kinder, die kein eigenständiges Einkommen beziehen.

Die Witwe hat einen eigenständigen und damit originären Beihilfeanspruch (vgl. § 2 Abs. 1 Nr. 3) und zählt damit zum Personenkreis, wie er in § 28 Abs. 2 SGB XI beschrieben ist, mit der Folge, dass nur Leistungen in Höhe von 50 v. H. von der sozialen Pflegeversicherung gewährt werden. Entsprechendes gilt für die familienversicherten Kinder (vgl. vorstehenden Absatz 1).

Dieses Ergebnis trifft auch im Fall der Berufstätigkeit der Witwe zu.

6 Pflegeberatung

(1) Pflegebedürftige haben ab dem 1. Januar 2009 Anspruch auf kostenfreie individuelle Beratung und Hilfestellung bei der Auswahl und Inanspruchnahme von bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind (vgl. § 7a Abs. 1 SGB XI).

Die Pflegeberatung gemäß § 7a SGB XI umfasst:

1. Auskunft und Beratung in sämtlichen pflegerischen Belangen,
2. Koordinierung aller regionalen Versorgungs- und Unterstützungsangebote sowie die
3. Vernetzung abgestimmter pflegerischer Versorgungs- und Betreuungsangebote.

Die durch die Tätigkeit von Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen entstehenden Aufwendungen werden im Fall von Mitgliedern der sozialen Pflegeversicherung von den Pflegekassen getragen (vgl. § 7a Abs. 4 Satz 5 SGB XI). Zur Durchführung der Pflegeberatung im Fall von privat pflegeversicherten Pflegebedürftigen können die privaten Versicherungsunternehmen,

- Pflegeberater und Pflegeberaterinnen der Pflegekassen für die bei ihnen versicherten Personen nutzen oder
- untereinander Vereinbarungen über eine abgestimmte Bereitstellung von Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen treffen.

Im erst genannten Fall müssen die Unternehmen mit den Pflegekassen vertragliche Vereinbarungen über Art, Inhalt und Umfang der Inanspruchnahme sowie über die Vergütung der hierfür je Fall entstehenden Aufwendungen treffen.

Beihilfeberechtigte und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die Beihilfe erhalten, haben Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch einen Pflegeberater oder eine Pflegeberaterin. Der Umfang der Pflegeberatung und die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen der Pflegeberatung richtet sich nach § 7a SGB XI.