

Pflegebedürftigkeit

Normen

§§ 14 ff. SGB XI

Richtlinien zum Verfahren der Feststellung von Pflegebedürftigkeit sowie zur pflegefachlichen Konkretisierung der Inhalte des Begutachtungsinstruments nach dem SGB XI

Richtlinien zur Zusammenarbeit der Pflegekassen mit anderen unabhängigen Gutachtern nach § 53b SGB XI (Unabhängige Gutachter-Richtlinien - UGu-RiLi)

Gemeinsames Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des SGB XI vom 21.04.2020

Kurzinfo

Pflegebedürftig i.S.d. Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder einer 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.

Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz haben neben den Leistungen nach § 45b SGB XI einen Anspruch auf Leistungen nach § 123 SGB XI .

Krankheiten oder Behinderungen i.d.S. sind:

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

Information

Inhaltsübersicht

1. Voraussetzungen
2. BSG-Rechtsprechung zur Pflegebedürftigkeit

1. Voraussetzungen

Pflegebedürftig nach dem SGB XI sind Personen, die aufgrund von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten nach Maßgabe der im Gesetz abschließend definierten Kriterien in den sechs Bereichen des § 14 Abs. 2 SGB XI der Hilfe anderer bedürfen.

Der Hilfebedarf muss auf den in den Kriterien beschriebenen, gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten beruhen; andere Ursachen für einen Hilfebedarf bleiben außer Betracht. Die Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten werden personenbezogen und unabhängig vom jeweiligen (Wohn-)Umfeld ermittelt. Dabei sind nur solche Personen pflegebedürftig, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen sowie gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können. Die Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten und der Hilfebedarf durch andere müssen zumindest in der in § 15 SGB XI festgelegten Schwere und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, bestehen. Liegt der erforderliche Hilfebedarf nur kurzzeitig oder unterhalb der Schwelle der geringen Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten, ist dieser nicht von der Solidargemeinschaft der Pflegeversicherten zu finanzieren.

Der Leistungsanspruch nach dem SGB XI setzt eine auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, bestehende Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten des Antragstellers mit daraus resultierendem Bedarf an Hilfe durch andere voraus. Der Einschub "voraussichtlich für mindestens sechs

Monate" präzisiert den Begriff "auf Dauer" in mehrfacher Hinsicht. Zum einen wird festgelegt, dass nur Zeiträume von mindestens sechs Monaten die Voraussetzung "auf Dauer" erfüllen. Zum anderen wird verdeutlicht, dass bereits vor Ablauf von sechs Monaten eine Entscheidung über das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit getroffen werden kann, wenn vorhersehbar ist, dass der Zustand der Beeinträchtigung mindestens sechs Monate andauern wird. Pflegebedürftigkeit auf Dauer ist auch gegeben, wenn die Beeinträchtigung der Selbstständigkeit nur deshalb nicht über sechs Monate hinausgeht, weil die zu erwartende Lebensspanne voraussichtlich weniger als sechs Monate beträgt.

Bei der Bestimmung des Sechs-Monats-Zeitraums ist vom Eintritt der Beeinträchtigung und nicht vom Zeitpunkt der Begutachtung auszugehen.

Das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist in den Begutachtungs-Richtlinien verbindlich geregelt. Die Entscheidung über das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung in einen Pflegegrad ist von der Pflegekasse unter maßgeblicher Berücksichtigung des Gutachtens des MD oder des von ihr beauftragten Gutachters zu treffen und ihr obliegt auch die Entscheidung über die zu erbringenden Leistungen nach dem SGB XI.

Die Pflegekasse hat - trotz evtl. vorliegender eindeutiger Aussagen - bei Eingang des Leistungsantrags des Versicherten eine Prüfung durch den MD oder durch einen von ihr beauftragten Gutachter zu veranlassen. Ausnahmsweise kann die Einschaltung des MD oder des von der Pflegekasse beauftragten Gutachters unterbleiben, wenn die Anspruchsvoraussetzungen auch ohne eine Begutachtung von vornherein verneint werden können.

Als Leistungsantrag ist die Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung über die Pflegebedürftigkeit oder die Notwendigkeit bestimmter Leistungen nicht erforderlich. Häufig wird aus den Unterlagen der Krankenkasse ersichtlich sein, dass eine Pflegebedürftigkeit oder die Notwendigkeit zur Erbringung bestimmter diesbezüglicher Leistungen besteht.

In den Begutachtungs-Richtlinien werden die Begutachungskriterien erläutert. Die Richtlinien sind für die Pflegekassen und den MD sowie die von den Pflegekassen beauftragten Gutachter verbindlich. Der MD oder der von der Pflegekasse beauftragte Gutachter soll die behandelnden Ärzte des Versicherten, insbesondere die Hausärzte, in die Begutachtung einbeziehen und ärztliche Auskünfte und Unterlagen über die für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit wichtigen Vorerkrankungen sowie Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit einholen. Hierzu wurden auf regionaler Ebene zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und dem MD Vereinbarungen über ärztliche Informationen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit geschlossen.

2. BSG-Rechtsprechung zur Pflegebedürftigkeit

Das BSG, 18.06.1997 - 6 RKa 8/92, hat entschieden, dass die Zusammenstellung vorhandener medizinischer Unterlagen über Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen durch einen Vertragsarzt und ihre Übersendung an den MD, die auf Anforderung des MD im Rahmen dessen Aufgabenwahrnehmung nach § 275 SGB V erfolgt, Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung ist und nach den vertragsärztlichen Bestimmungen keinen Aufwendungsersatzanspruch zugunsten des Vertragsarztes gegenüber dem MD begründet. Für Leistungen, die innerhalb des Systems der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden, kann sich ein Vergütungs- oder Auslagenersatzanspruch des Vertragsarztes nur aus dem Vertragsarztrecht ergeben. Diesem Urteil lag ein Fall der Schwerpflegebedürftigkeit nach § 53 SGB V a.F. zugrunde.

Mit der Reform der Pflegeversicherung zum 01.07.2008 wurde in der Regelung des § 33 Abs. 1 SGB XI die Möglichkeit der Befristung aufgenommen. Die Zuordnung zu einer Pflegestufe, die Anerkennung als Härtefall sowie die Bewilligung von Leistungen können befristet werden und enden mit Ablauf der Frist. Die Befristung erfolgt, wenn und soweit eine Verringerung des Hilfebedarfs nach der Einschätzung des Medizinischen Dienstes zu erwarten ist. Die Befristung kann wiederholt werden und schließt Änderungen bei der Zuordnung zu einer Pflegestufe, bei der Anerkennung als Härtefall sowie bei bewilligten Leistungen im Befristungszeitraum nicht aus, soweit dies durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuches angeordnet oder erlaubt ist. Der Befristungszeitraum darf insgesamt die Dauer von drei Jahren nicht überschreiten. Um eine nahtlose Leistungsgewährung sicherzustellen, hat die Pflegekasse vor Ablauf einer Befristung rechtzeitig zu prüfen und dem Pflegebedürftigen sowie der ihn betreuenden Pflegeeinrichtung mitzuteilen, ob

Pflegeleistungen weiterhin bewilligt werden und welcher Pflegestufe der Pflegebedürftige zuzuordnen ist.

Im Rahmen der Feststellung eines überhöhten Aufsichtsbedarfs bei **übermäßiger Nahrungsaufnahme** erging folgendes Urteil des Bundessozialgerichtes:

Eine Klägerin (Pflegestufe I) machte bei ihrer Klage vor dem BSG geltend, der aufgrund eines nicht beherrschbaren Esszwanges notwendige Aufsichtsbedarfs müsste bei der Beurteilung der Pflegebedürftigkeit berücksichtigt werden. Das BSG stellte fest, dass die Beaufsichtigung, um eine übermäßige Nahrungsaufnahme zu verhindern, bei der Bemessung des Pflegebedarfs unberücksichtigt bleibt. Die Beaufsichtigung werde nur dann berücksichtigt, wenn sie notwendigerweise in zeitlichem Zusammenhang mit einer Verrichtung nach § 14 Abs. 4 SGB XI anfällt.

Deshalb könne nicht derjenige Aufsichtsbedarf berücksichtigt werden, der durch die ganztägige Neigung der Klägerin auftritt, jegliche irgendwie erreichbare Nahrung an sich zu nehmen und zu verzehren, denn dabei handele es sich um eine allgemeine Aufsicht zur Vermeidung einer Selbstgefährdung durch übermäßiges Essen, vergleichbar einer Aufsicht zur Vermeidung von aktiv aggressiven Verhaltensweisen.

Die Aufsicht zur Verhinderung der Nahrungsaufnahme ist auch keine Hilfe bei der Nahrungsaufnahme i.S.v. § 14 Abs. 3 und Abs. 4 Nr. 2 SGB XI. Solche Maßnahmen zählen zu dem allgemeinen Aufsichtsbedarf, den der Gesetzgeber bislang bewusst noch nicht in den berücksichtigungsfähigen Pflegebedarf einbezogen hat (BSG, 28.06.2001 - B 3 P 7/00 R).

Das Bundessozialgericht hat mit seinem Urteil vom 27.08.1998 - B 10 KR 4/97, die Weichen für eine Ausweitung der Pflegeversicherung gestellt. Der Zehnte Senat des Gerichts entschied, dass unter Umständen auch Hilfen der **medizinischen Behandlungspflege** berücksichtigt werden können, die von den Pflegekassen bisher meist nicht erstattet wird. Voraussetzung sei, dass sie im "unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang" mit den klassischen Pflegeleistungen stehen. Im konkreten Fall ging es um einen Jungen, der unter der schweren Stoffwechselerkrankung **Mukoviszidose** leidet.

Mukoviszidose-Kranke müssen mit Inhalieren, Abklopfen des Brustraumes und Drainagen regelmäßig ihre Atemwege von einem zähflüssigen Schleim reinigen, den der Körper produziert. Sonst laufen sie Gefahr zu ersticken. Laut BSG könne in einem solchen Fall zur "Hilfe beim Aufstehen"- einer klassischen Pflegeleistung - auch das Inhalieren gehören. Die Anwältin des Jungen nannte außerdem die Hilfe beim Essen und beim Stuhlgang - ebenfalls anerkannte Pflegeleistungen.

Mukoviszidose-Kranke müssen ständig zum Essen über ihren natürlichen Hunger hinaus animiert werden, weil der Körper die Nährstoffe nur unzureichend aufnehmen kann. Nach dem Stuhlgang muss die Toilette wegen erhöhter Infektionsgefahr regelmäßig desinfiziert werden. Beide Leistungen können möglicherweise den anerkannten Pflegeleistungen zugerechnet werden, weil sie direkt mit ihnen zusammenhängen. Der Junge hatte seinerzeit auf Pflegegeld der Stufe zwei - 800,00 DM monatlich - geklagt (BSG, 27.08.1998 - B 10 KR 4/97 R).

Das Bundessozialgericht entschied in einem Urteil, dass das **An- und Auskleiden von Kompressionsstrümpfen** der Kompressionsklassen (II bis IV) bei Pflegebedürftigen eine Maßnahme der Behandlungspflege ist, die im notwendigen zeitlichen Zusammenhang mit der Hilfe beim Anziehen/Ausziehen der Kleidung steht und deshalb nach ständiger Rechtsprechung des Senats bei der Grundpflege zulasten der Pflegeversicherung zu berücksichtigen ist (BSG, 30.10.2001 - B 3 KR 2/01 R).

Das Bundessozialgericht entschied (BSG, 17.03.2005 - B 3 P 2/04 R) die Rechtsfrage, ob eine Höherstufung in der Pflegestufe zu unterbleiben hat, wenn sich während des Verwaltungs- oder anschließenden Gerichtsverfahrens herausstellt, dass der höhere Pflegebedarf nur für einen Zeitraum von unter sechs Monaten bestanden hat. Das Gericht kam zum Ergebnis, dass es für die Beurteilung, ob Pflegebedürftigkeit oder eine höhere Stufe der Pflegebedürftigkeit von voraussichtlich mindestens sechs Monaten vorliegt, auf die Sichtweise zum Zeitpunkt der Antragstellung ankommt. Auf den Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens abzustellen, würde bedeuten, dass ein Versicherter allein durch die Dauer des Verwaltungsverfahrens einen Rechtsnachteil erleiden könnte, den er bei zügiger Entscheidung nicht gehabt hätte. Bei einer Änderung der Verhältnisse durch plötzliche Verringerung des Pflegebedarfs hätte dann zwar die Möglichkeit bestanden, die Leistung zu entziehen bzw. herabzusetzen, dies aber nur mit Wirkung für die Zukunft.

Einstufung bei Verbesserung des Gesundheitszustandes nach den rechtlichen Bestimmungen vor dem 01.01.2017

Die Klägerin bezog seit Juni 2000 Pflegegeld nach der Pflegestufe I. Grundlage der Entscheidung war ein vorliegendes Gutachten des Medizinischen Dienstes. Aufgrund eines Höherstufungsantrags erfolgte eine Nachuntersuchung im November 2000. Diese Untersuchung bestätigte die Einstufung in der Pflegestufe I. Nach einem Hinweis einer Nachbarin über eine Tätigkeit der Pflegebedürftigen holte die beklagte Pflegekasse ein weiteres MDK-Gutachten ein. Das Gutachten kam zum Ergebnis, dass zum Vorgutachten eine Verbesserung des Allgemeinzustandes der Klägerin vorlag und die zeitliche Voraussetzung für die Einstufung in die Pflegestufe I nicht mehr gegeben war. Mit Bescheid vom 12.11.2001 stellte die Beklagte die Pflegeleistungen ein. Gegen diese Entscheidung richteten sich der Widerspruch, die Klage und die Berufung. Die Revision der Klägerin blieb ohne Erfolg. Das Landessozialgericht hat zu Recht entschieden, dass die Beklagte berechtigt war, die Pflegegeldleistungen wegen wesentlicher Veränderung der Verhältnisse nach § 48 SGB X einzustellen. Es ist allerdings zu Unrecht davon ausgegangen, dass der im November 2001 festgestellte Umfang des Pflegebedarfs mit dem zum Zeitpunkt der Erstbewilligung im Juni 2000 zu vergleichen sei. Maßgebend hierfür ist der Zeitpunkt der letzten Leistungsbewilligung im Juni 2001, als durch die Nachuntersuchung die Voraussetzungen für die Pflegestufe I bestätigt wurden. Der Leistungsbescheid war wie ein Verwaltungsakt zu werten, der nur unter den Voraussetzungen des § 48 SGB X geändert werden durfte. Allerdings reichte die Feststellung des Landessozialgerichtes aus, um eine wesentliche Änderung der Verhältnisse in der Zeit von Juni 2001 bis November 2001 zu bejahen (BSG, 07.07.2005 - B 3 P 8/04 R).

In einem anderen Verfahren leidet die 1967 geborene Klägerin an einem genetisch bedingten Krankheitssyndrom, das sich durch hochgradige Fettleibigkeit und Minderwuchs sowie Verhaltensstörungen äußert. Aufgrund dessen besteht eine Schwerbehinderung mit dem GdB von 100. Der Pflegegeldantrag wurde aufgrund des erstellten MDK-Gutachten abgelehnt, weil der Hilfebedarf in der Grundpflege 22 Minuten täglich beträgt. Der Sachverständige im Klageverfahren stellte sogar einen Hilfebedarf von drei Minuten täglich fest. Unter Hinzunahme von durch die Klägerin benannten Zeugen und eines weiteren Sachverständigengutachtens hat das Landessozialgericht die Voraussetzungen der Pflegestufe I bejaht. Da die Pflege nicht selbst durch die Pflegebedürftige organisiert wird, ist in diesem Fall Pflegesachleistung zu gewähren.

Gegen diese Entscheidung hatten sowohl die beklagte Pflegekasse als auch die Klägerin Revision eingelegt. Die Revision der Beklagten hatte Erfolg, während die Revision der Klägerin zurückzuweisen war. Die Beklagte hat zutreffend gerügt, dass das Landessozialgericht zu Unrecht die Voraussetzungen für die Pflegestufe I bejaht und der Klägerin auf ihren Hilfsantrag hin Pflegesachleistungen zugesprochen hat. Der vom Sachverständigen im Berufungsverfahren festgestellte Pflegebedarf der Klägerin im Bereich der Ernährung ist nicht zu berücksichtigen, weil die Klägerin an der Nahrungsaufnahme körperlich nicht gehindert ist, sondern allenfalls einer Aufforderung zur regelmäßigen Nahrungsaufnahme bedarf. Ein allgemeiner Aufsichtsbedarf, der insbesondere bei geistig und psychisch Behinderten häufig besteht, ist aber nur insoweit zu berücksichtigen, wie er eine Pflegeperson in gleicher Weise zeitlich und örtlich bindet wie bei einer körperlichen Unterstützung. Da das hier nicht der Fall war, erreicht der verbleibende Pflegebedarf der Klägerin nicht mehr die Mindestzeit von mehr als 45 Minuten täglicher Grundpflege. Damit konnte auch die auf Zahlung von Pflegegeld für die Vergangenheit und für die Zukunft gerichtete Revision der Klägerin keinen Erfolg haben (BSG, 01.09.2005 - B 3 P 5/04 R).

Hilfebedarf "Gehen" nach den rechtlichen Bestimmungen vor dem 01.01.2017

Das Bundessozialgericht (10.03.2010 - B 3 P 10/05) hatte die strittige Frage zu klären, wie der Zeitaufwand für die Hilfe beim Gehen zu ermitteln ist.

Bei der Ermittlung des Hilfebedarfs "Gehen" war die auf die einzelnen Wegstrecken notwendige Begleitung bei den Toilettengängen in der Pflegebegutachtung nicht berücksichtigt worden. Die Klägerin rügte dabei, dass der Gesetzgeber den Toilettengang nicht berücksichtigt habe und die Regelungen des § 14 Abs. 4 SGB XI keine abschließende Regelung darstelle. Sollte jedoch der Toilettengang nicht als eigene Verrichtung verstanden werden, sondern zur Verrichtung "Gehen" zuzuordnen sein, so müsse jeder Gang zur Toilette und zurück mit jeweils einem Zeitwert berücksichtigt werden.

Das Bundessozialgericht hat die Revision zurückgewiesen. Der Katalog des § 14 Abs. 4 SGB XI ist grundsätzlich abschließend, eine Verrichtung "Toilettengang" ist nicht zusätzlich aufzunehmen.

Ermittlung Mehrbedarf bei Kindern nach den rechtlichen Bestimmungen vor dem 01.01.2017

Das Bundessozialgericht entschied am 15.03.2012 - B 3 P 1/11 R die Frage, ob die Begutachtungsrichtlinien, die am 01.09.2006 in Kraft getreten sind, auch für Leistungszeiträume vor dem Inkrafttreten anzuwenden sind. In dem zu entscheidenden Sachverhalt stritten die Beteiligten im Rahmen eines Überprüfungsverfahrens nach § 44 SGB X, ob dem Kläger für die Zeit vor Inkrafttreten eine höhere Pflegestufe anzuerkennen ist, weil mit der modifizierten Begutachtungsrichtlinie neue, deutlich niedrigere Zeitwerte für den normalen Grundpflegebedarf für Kinder angesetzt wurden.

Das Bundessozialgericht entschied mit der Klagerückweisung, dass grundsätzlich die neuen Begutachtungsrichtlinien auch schon für Zeiten vor dem 01.09.2006 anwendbar sind, weil es sich bei der Berechnung von Abzugswerten für Kinder um generelle Tatsachen handelt, die früheren Werte und Zeitkorridore offensichtlich nicht realistisch waren und dem neuen Katalog keine Änderungen in der Bewertungspraxis zugrunde liegen. Dabei hat der Senat grundsätzlich entschieden, dass in den Zeitkorridoren nicht mehr zwischen Ober- und Unterwerten zu interpolieren ist, sondern immer noch der rechnerische Mittelwert zur Anwendung kommt. Wegen der stärkeren Ausdifferenzierung der neuen Zeitkorridore ist eine Berücksichtigung von Zwischenwerten nicht mehr geboten (BSG, 15.03.2012 - B 3 P 1/11 R).

Parenterale Ernährung - ggf. verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahme nach den rechtlichen Bestimmungen vor dem 01.01.2017

Die Frage, ob die parenterale Ernährung zu den Verrichtungen im Bereich der Ernährung nach § 14 Abs. 4 Nr. 2 SGB XI oder zu den verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen nach § 15 Abs. 3 Satz 2, 3 SGB XI gehört, wurde vom BSG BSG, 08.10.2014 - B 3 P 4/13 R entschieden.

Der Kläger leidet aufgrund einer schweren Darmnekrose an einem schweren Kurzdarm-Syndrom. Die Nahrungsaufnahme über Sondenkosternahrung musste aufgrund der zu geringen Resorptionsmenge aufgegeben werden. Der Kläger ernährt sich über bis zu zwölf kleine Mahlzeiten über den Tag verteilt und wird zusätzlich parenteral ernährt.

Die parenterale Ernährung kann eine verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahme sein, die bei der Ermittlung des Zeitaufwandes für die Zuordnung zu einer Pflegemaßnahme zu berücksichtigen ist (Anrechnung gemäß § 15 Abs. 3 SGB XI). Die parenterale Nahrungsaufnahme über eine Infusion umgeht den Mund- und Halsbereich des Betroffenen und auch (insoweit im Unterschied zur Ernährung über eine Magensonde) den Verdauungstrakt. Sie bleibt aber, wie bereits für die Ernährung über eine Magensonde höchstrichterlich entschieden wurde, eine Form der Nahrungsaufnahme i.S.d. § 14 Abs. 4 Nr. 2 SGB XI . Die Hilfe ist deshalb eine verrichtungsbezogene Maßnahme zur Grundpflege.

Dass in anderen Konstellationen die Durchführung der parenteralen Ernährung eines Versicherten auch die Merkmale der Behandlungspflege i.S.d. § 37 Abs. 2 SGB V erfüllen kann, war hierbei ohne Bedeutung.

Anwendbarkeit von Gutachten des MDK oder eines Gutachters von privaten Versicherungsunternehmen

Das BSG, 22.04.2015 - B 3 P 8/13 R , hat entschieden, dass in sozialgerichtlichen Verfahren die Gutachten (ob durch den MDK oder einem Gutachter von privaten Versicherungsunternehmen) zur Feststellung des Pflegebedarfes beweisrechtlich grundsätzlich unterschiedslos allein nach ihrer Überzeugungskraft zu werten sind. Insbesondere durch das Pflegeneuausrichtungsgesetz vom 23.10.2012 hat der Gesetzgeber das Gutachterverfahren verändert und die Rechte bei der Auswahl eines Gutachters gestärkt. Gutachten der privaten Pflegeversicherung ist kein höherer Beweiswert beizumessen.

Verrichtungsbezogene Pflegemaßnahme nach den rechtlichen Bestimmungen vor dem 01.01.2017

Die Frage, ob Blutzuckermessungen im zeitlichen Zusammenhang mit Mahlzeiten sowie die Vergabe von zusätzlichen Insulindosen i.R.e. pumpengesteuerten Insulintherapie als verrichtungsbezogene Pflegemaßnahme bei der Ermittlung des Grundpflegebedarfs berücksichtigt werden können (somit untrennbarer Bestandteil einer Verrichtung nach § 14 Absatz 4 SGB XI a.F. ist), wurde durch das BSG verneint (BSG, 28.09.2017 – B 3 P 3/16 R) .

Das BSG führte aus, dass die eingangs beschriebene Tätigkeit zunächst auf das Vorliegen der Voraussetzungen für die rechtlichen Bestimmungen des SGB XI vor dem 01.01.2017 zu klären war. Bei der Insulingabe handelt es sich um eine Medikamentengabe, die nicht im Kontext zu einer zur Grundpflege zeitlich wie sachlich untrennbarer Maßnahme eines behandlungspflegerischen Hilfebedarfs steht. Diese leistungsrechtliche (und nicht medizinische) Einschätzung wird im Ergebnis auch durch die Häufigkeit und stetigen Messungen der Stoffwechselsituation von ca. 10 Messungen am Tag unterstrichen. Daher kann der zeitliche Aufwand zur Ermittlung der Werte für die Grundpflege nach der Rechtslage vor dem 01.01.2017 nicht berücksichtigt werden.

Mit Urteil vom 17.02.2022 entschied das Bundessozialgericht (BSG, 17.02.2022 - B3 P6/20R) über eine begründete Revision der Klägerin. Das Berufungsurteil wurde aufgehoben und es erfolgte eine Zurückweisung an das zuständige Landessozialgericht. Das Bundessozialgericht erkannte es als zutreffend an, dass ggf. Leistungen der Pflegeversicherung anzuerkennen sind, über diese während der Übergangsphase zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff aufgrund anhängiger Verfahren noch nicht entschieden wurden,