



...alles was Recht ist...

Sozial-Info 04/09



## 1. Aktuelles zur Pflegeversicherung

Durch die Reform der Pflegeversicherung zum 1.7.2008 wurde auch die regelmäßige **Erhöhung** der Leistungen festgelegt.

Somit ergeben sich ab 1.Januar 2010 folgende Leistungen:

### 1.1. Pflegesachleistung

Der Pflegedienst kann ab 1.1.2010 monatlich Sachleistungen bis zu maximal in

- **Pflegestufe I** 440,-- €
- **Pflegestufe II** 1.040,-- €
- **Pflegestufe III** 1.510,-- €
- **Stufe III / Härtefälle** 1.918,-- €

### 1.2. Pflegegeld

- **Pflegestufe I** 225,-- €
- **Pflegestufe II** 430,-- €
- **Pflegestufe III** 685,-- €

### 1.3. Kombination von Geld und Sachleistung

Pflegestufe I :					
Wert der Sachleistung			Restwert der Geldleistung		
Grundbetrag	Verbrauch in %	Wert der Sachleistung	Grundbetrag	Restwert in %	anteilige Geldleistung
440,-- €	100 %	440,00 €	225,-- €	0 %	0,00 €
440,-- €	90 %	396,00 €	225,-- €	10 %	22,50 €
440,-- €	80 %	352,00 €	225,-- €	20 %	45,00 €
440,-- €	70 %	308,00 €	225,-- €	30 %	67,50 €
440,-- €	60 %	264,00 €	225,-- €	40 %	90,00 €
440,-- €	50 %	220,00 €	225,-- €	50 %	112,50 €
440,-- €	40 %	176,00 €	225,-- €	60 %	135,00 €
440,-- €	30 %	132,00 €	225,-- €	70 %	157,50 €
440,-- €	20 %	88,00 €	225,-- €	80 %	180,00 €
440,-- €	10 %	44,00 €	225,-- €	90 %	202,50 €
440,-- €	0 %	0,00 €	225,-- €	100 %	225,00 €

Pflegestufe II :					
Wert der Sachleistung			Restwert der Geldleistung		
Grundbetrag	Verbrauch in %	Wert der Sachleistung	Grundbetrag	Restwert in %	anteilige Geldleistung
1.040,-- €	100 %	1.040,00 €	430,-- €	0 %	0,00 €
1.040,-- €	90 %	936,00 €	430,-- €	10 %	43,00 €
1.040,-- €	80 %	832,00 €	430,-- €	20 %	86,00 €
1.040,-- €	70 %	728,00 €	430,-- €	30 %	129,00 €
1.040,-- €	60 %	624,00 €	430,-- €	40 %	172,00 €
1.040,-- €	50 %	520,00 €	430,-- €	50 %	215,00 €
1.040,-- €	40 %	416,00 €	430,-- €	60 %	258,00 €
1.040,-- €	30 %	312,00 €	430,-- €	70 %	301,00 €
1.040,-- €	20 %	208,00 €	430,-- €	80 %	344,00 €
1.040,-- €	10 %	104,00 €	430,-- €	90 %	387,00 €
1.040,-- €	0 %	0,00 €	430,-- €	100 %	430,00 €

Pflegestufe III :					
Wert der Sachleistung			Restwert der Geldleistung		
Grundbetrag	Verbrauch in %	Wert der Sachleistung	Grundbetrag	Restwert in %	anteilige Geldleistung
1.510,-- €	100 %	1.510,00 €	685,-- €	0 %	0,00 €
1.510,-- €	90 %	1.359,00 €	685,-- €	10 %	68,50 €
1.510,-- €	80 %	1.208,00 €	685,-- €	20 %	137,00 €
1.510,-- €	70 %	1.057,00 €	685,-- €	30 %	205,50 €
1.510,-- €	60 %	906,00 €	685,-- €	40 %	274,00 €
1.510,-- €	50 %	755,00 €	685,-- €	50 %	342,50 €
1.510,-- €	40 %	604,00 €	685,-- €	60 %	411,00 €
1.510,-- €	30 %	441,00 €	685,-- €	70 %	479,50 €
1.510,-- €	20 %	302,00 €	685,-- €	80 %	548,00 €
1.510,-- €	10 %	151,00 €	685,-- €	90 %	616,50 €
1.510,-- €	0 %	0,00 €	685,-- €	100 %	685,00 €

#### 1.4. Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson/Verhinderungspflege

Hier stehen Ihnen ab 1.1.2010 1.510,-- € pro Kalenderjahr für max. 28 Tage zur Verfügung.

##### Tages - und Nachtpflege

- Pflegestufe I 440,-- €
- Pflegestufe II 1.040,-- €
- Pflegestufe III 1.510,-- €

#### 1.5. Kurzzeitpflege

Hier stehen Ihnen ab 1.1.2010 1.510,-- € pro Kalenderjahr für max. 28 Tage zur Verfügung.

## 1.6. Anrechnung von Blindengeld auf Leistungen der Pflegeversicherung

Ab 01.01.2010:

Pflegestufe	Betrag	Kürzung in %	Kürzungsbetrag
I	225,--- €	70 %	157,50 €
II	430,-- €	50 %	max. 150,50 €
III	685,-- €	50 % von 420,-- €	max. 150,50 €

## 1.7. Vollstationäre Pflege in Pflegeheimen

- Pflegestufe I 1.023,-- €
- Pflegestufe II 1.279,-- €
- Pflegestufe III 1.510,-- €
- Stufe III / Härtefälle 1.825,-- €

## 1.8. Pflege in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe

tageweises Pflegegeld bei Aufenthalten außerhalb der Einrichtung

Pflegestufe	Anspruch auf Geldleistung	Anspruch auf Sachleistung	Anteil für Kostenträger	Pflegegeld pro Tag im Elternhaus	Höchstbetrag für Pflege im Elternhaus
I	225,-- €	440,-- €	max. 256,-- €	7,50 €	184,-- €
II	430,-- €	1.040,-- €	max. 256,-- €	14,33 €	430,-- €
III	685,-- €	1.510,-- €	max. 256,-- €	22,83 €	685,-- €

## 1.9. Rentenversicherungsbeiträge für die Pflegeperson

Werte für die Zeit vom 1.1. – 31.12.2010– alte Bundesländer				
Stufe	Mindestpflegezeit pro Woche	beitragspflichtiges Entgelt pro Jahr	monatl. Beitragshöhe	monatl. Bruttorente für 1 Jahr ehrenamtl. Pflege
I	14 Stunden	8.176,01 €	135,59 €	6,95 €
II	14 Stunden	10.901,32 €	180,78 €	9,27 €
II	21 Stunden	16.351,90 €	271,17 €	13,90 €
III	14 Stunden	12.264,00 €	203,38 €	10,42 €
III	21 Stunden	18.396,00 €	305,07 €	15,64 €
III	28 Stunden	24.528,00 €	406,76 €	20,85 €

Werte für die Zeit vom 1.1. – 31.12.2010– neue Bundesländer				
Stufe	Mindestpflegezeit pro Woche	beitragspflichtiges Entgelt pro Jahr	monatl. Beitragshöhe	monatl. Bruttorente für 1 Jahr ehrenamtl. Pflege
I	14 Stunden	6.944,01 €	115,15 €	6,22 €
II	14 Stunden	9.258,65 €	153,54 €	8,30 €
II	21 Stunden	13.887,99 €	230,31 €	12,45 €
III	14 Stunden	10.416,00 €	172,73 €	9,34 €
III	21 Stunden	15.624,00 €	259,10 €	14,01 €
III	28 Stunden	20.832,00 €	345,46 €	18,67 €

### 1.10. Freiwillige Versicherung gegen Arbeitslosigkeit

Der Beitrag beträgt 2010 in den alten Bundesländern **7,15 €/ Monat** - in den neuen Bundesländern 6,08 €/ Monat.

### 1.11. Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII

#### **Pflegebeihilfe für Pflegebedürftige unterhalb von Pflegestufe I (einkommensabhängig):**

Wenn der wöchtl. Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger, Nachbar oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Person für alle für die Versorgung des Pflegebedürftigen nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit erforderlichen Leistungen der Grundpflege, hauswirtschaftlichen Versorgung und pflegeunterstützenden Maßnahmen benötigt, im Tagesdurchschnitt

30 bis 44 Minuten beträgt, so werden 20 v.H. = **45,00 €**

45 bis 59 Minuten beträgt, so werden 40 v.H. = **90,00 €**

60 bis 75 Minuten beträgt, so werden 60 v.H. = **135,00 €**

über 74 bis unter 90 Minuten beträgt, so werden 80 v.H. = **180,00 €** von Pflegestufe I bezahlt.

### 1.12. Hauswirtschaftliche Versorgung im SGB XII – z.B. für Personen im Betreuten Wohnen

Der Bedarf an hauswirtschaftlicher Versorgung ist Bestandteil pflegerischer Leistung. Er beträgt in der Pflegestufe I – 45 Minuten pro Tag und in den Pflegestufen II und III je 60 Minuten pro Tag.

Die hauswirtschaftliche Versorgung kann als Sach- oder Geldleistung in Betracht kommen. Wird die Hilfe zur Pflege nur in Geld geleistet, können Fälle auftreten, bei denen der Anteil der Geldleistung für hauswirtschaftliche Versorgung ermittelt werden muss, wenn ein **weitergehender Bedarf** hierfür anzuerkennen ist. Dies kann der Fall sein, wenn gem. § 66 Abs. 4 SGB XII der Pflegebedürftige nicht in der Lage ist, entsprechende Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften, z. B. nach dem SGB XI in Anspruch zu nehmen. Bei diesem Sachverhalt ist für die einzelne Pflegestufe von folgender Anteilsberechnung auszugehen:

- Pflegestufe I = 45 % von 225 € = **101,25 €**
- Pflegestufe II = 30 % von 430 € = **129,00 €**
- Pflegestufe III = 20 % von 685 € = **137,00 €**

### 2. Angemessene Unterkunftskosten für die Stadt Düsseldorf:

Anzahl der Personen	Wohnraumbedarf qm	Mietrichtwert (7,70 €/qm inkl. Nebenkosten zzgl. Heizung)
1 Person	45 qm	347,-- €
2 Personen	60 qm	462,-- €
3 Personen	75 qm	578,-- €
4 Personen	90 qm	693,-- €
5 Personen	105 qm	809,-- €
Mehr als 5 Personen	+ 15 qm je Person	+ 116,-- €

### 3. Kindergeld

Das Kindergeld wird ab 1.1.2010 um 20 € erhöht - von derzeit 164 € pro Monat auf **184 €** für das erste und zweite Kind. Ab dem dritten Kind erhöht sich der Betrag entsprechend auf **190 €** ab dem vierten Kind gibt es dann monatlich **215 €**. Der Kinderfreibetrag wird auf **7.008 €** angehoben werden.

Der Grundfreibetrag wird ab dem 1. Januar 2010 auf **8.004 €** angehoben.

Durch die Erhöhung des Kindergeldes wird auch der **Unterhaltsbeitrag** der Eltern an den LVR steigern und zwar voraussichtlich für die Eingliederungshilfe von derzeit 27,69 €/Monat auf **31,07 €/Monat** und für den Anteil der Hilfe zum Lebensunterhalt von 21,30 €/Monat auf **23,90 €/Monat**. Insgesamt wären dann ab 1.1.2010 monatlich **54,97 €** zu zahlen.

#### Bedarfsberechnung des behinderten Kindes bei Wohnheimunterbringung:

Grundbedarf	Für 2009	Für 2010
	7.834,-- €	8.004,-- €
Heimkosten pro Jahr ( Pflegesatz x 365 Tage )	z.B. 150 €/Tag= 54.750,00 €	z.B. 150 €/Tag= 54.750,00 €
<b>./. Verpflegung gem. Sachbezugsverordn.</b>	<b><u>./. 2.520,00 €</u></b> 52.230,00 €	<b><u>./. 2.568,00 €</u></b> 52.182,00 €
Pflegebedarf (gezahlt tageweises Pflegegeld)	z.B.14,00 €x 60 Tage = 840,00 €	z.B.14,33 €x 60 Tage = 859,80 €
Fahrtbedarf (Fahrkosten zur Abholung des Behinderten )	z.B. 15 km pro Fahrt x 104 Fahrten x 0,30 = 468,00 €	z.B. 15 km pro Fahrt x 104 Fahrten x 0,30 = 468,00 €
<b>Gesamtbedarf:</b>	<b>61.372,00 €</b>	<b>61.453,80 €</b>

\* ab 1.7.2008

#### Einkommensberechnung des behinderten Kindes bei Wohnheimunterbringung:

	Für 2009	Für 2010
Heimkosten pro Jahr ( Pflegesatz x 365/366 Tage )	54.750,00 €	54.750,00 €
Taschengeld	01-6/09= 94,77 €* 07-12/09= 96,93 € 1.150,20 €	01-12/10= 96,93 € 1.163,16 €
Kleidergeld	332,-- €	332,-- €
Arbeitseinkommen aus WfB abzgl. Kostenbeitrag	z.B. 840,00 €	z.B. 840,00 €
<b>./. Werbekostenpauschale</b>	<b>./. 235,08 €</b> <b>./. 920,00 €</b>	<b>./. 235,08 €</b> <b>./. 920,00 €</b>
Anzurechnendes EK	<b>0,00 €</b>	<b>0,00 €</b>
erhaltenes Pflegegeld	840,00 €	859,80 €
erhaltene Fahrtkosten	keine	keine
<b>./. Kostenpauschale</b>	<b>./. 180,00 €</b>	<b>./. 180,00 €</b>
<b>Gesamteinkünfte:</b>	<b>56.892,20 €</b>	<b>56.924,96 €</b>

**behinderte Kinder im Elternhaus bei Bezug von EU – Rente  
Bedarfsberechnung des behinderten Kindes**

	für 2009	für 2010
<b>Grundbedarf</b>	<b>7.834,00 €</b>	<b>8.004,00 €</b>
<b>Behindertenpauschbetrag bei Hilflosigkeit</b>	<b>3.700,00 €</b>	<b>3.700,00 €</b>
<b>Pflegegeld z.B.</b>	<b>5.040,00 €</b>	<b>5.160,00 €</b>
<b>Gesamtbedarf:</b>	<b>16.574,00 €</b>	<b>16.864,00 €</b>

**Einkünfte des behinderten Kindes**

		für 2009	für 2010
<b>EU-Rente</b>	<b>Januar bis Dezember</b>	z.B. 730 €x 12 = <b>8.760,00 €</b>	z.B. 730 €x 12 = <b>8.760,00 €</b>
<b>./. Werbekostenpauschale</b>		<b>./. 102,00 €</b>	<b>./. 102,00 €</b>
<b>Arbeitseinkommen</b>		<b>840,00 €</b>	<b>840,00 €</b>
<b>./. Werbekostenpauschale</b>		<b>./. 920,00 €Jahr</b>	<b>./. 920,00 €Jahr</b>
<b>anzurechnendes EK</b>		<b>0,00 €</b>	<b>0,00 €</b>
<b>./. Kostenpauschale</b>		<b>./. 180,00 €Jahr</b>	<b>./. 180,00 €Jahr</b>
<b>Mittagessen in WFB nach SachBezV</b>	<b>82,00 €/Monat = 984,00 €/ Jahr*</b>		
<b>anzurechnende Einkünfte:</b>		<b>8.658,00 €</b>	<b>8.658,00 €</b>

Zur Durchführung des Familienleistungsausgleichs gibt es für die Familienkassen eine verbindliche Dienstanweisung (DA – FamEStG). Darin ist das Verfahren u.a. in diesen Fällen folgendermaßen geregelt:

Zum behinderungsbedingten Mehrbedarf rechnen bei allen behinderten Kindern persönliche Betreuungsleistungen der Eltern, soweit sie über die durch das Pflegegeld abgedeckte Grundpflege und hauswirtschaftlichen Verrichtungen hinausgehen und nach **amtsärztlicher Bescheinigung** unbedingt erforderlich sind. Der hierfür anzusetzende Stundensatz beträgt lt. Dienstanweisung z. Zt. €8,00.

Daraus folgt - nunmehr in noch strengerer Weise als wir bisher geraten haben – dass Eltern und Angehörige wie auch rechtliche Betreuer – soweit sie Kindergeld beziehen - für ihr Kind über alle Ausgaben Buch führen und alle Familienaufenthalte dokumentieren sollten, um bei einem Abzweigungsantrag des Sozialhilfeträgers Belege für ihre Leistungen vorweisen zu können.

#### **4. Krankenversicherung**

##### **4.1. Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung**

Die Bemessungsgrundlage (Mindestarbeitsentgelte für behinderte Menschen) für die Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge beträgt für alle Bundesländer ab 1.1.2010 **511,- €** Für die Rentenversicherungsbeiträge beträgt die Bemessungsgrundlage in 2010 für die alten Bundesländer **2.044,- €** bzw. **1.736,- €** für die neuen Bundesländer.

##### **4.2. Allgemeine Belastungsgrenze für Versicherte**

Für Versicherte und ihre im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen beträgt die Belastungsgrenze 2 v. H. der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Bevor die

Belastungsgrenze ermittelt wird, wird von den jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für den ersten in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen ein Betrag in Höhe von 15 v. H. der jährlichen Bezugsgröße = **4.599 €** abgezogen. Für jedes familienversicherte Kind sind die Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt grundsätzlich um einen Kinderfreibetrag von **4.368 €** zu mindern.

**Beispiel:**

Familie mit 3 Kindern, 1 Alleinverdiener mit einem Bruttoeinkommen von 25.000,-- €Jahr:	
Bruttoeinkommen	25.000,-- €
Kinderfreibetrag ( 3 x 4.368,-- €)	13.104,-- €
Freibetrag Ehefrau	<u>4.599,-- €</u>
	7.297,-- €anzurechnendes Einkommen
davon 2 %	145,94 €Zuzahlungen pro Jahr

**4.3. Härtefallregelung bei Zahnersatz**

Die Krankenkasse übernimmt die Kosten für die gesamte Zuzahlung, wenn im Jahr 2010 die monatlichen Bruttoeinnahmen des Mitglieds und der im Haushalt lebenden Angehörigen folgende bundeseinheitliche Grenzen nicht übersteigen:

für Alleinstehende (40 % der Bezugsgröße =)	1.022,00 €
für Ehepaare bzw. 2 Haushaltsangehörige (+ 15 %)	1.405,25 €
für Ehepaare mit 1 Kind bzw. 3 Haushaltsangehörige(+ 10 %)	1.660,75 €
je weiterem Haushaltsangehörigen (+ 10 %)	255,00 €

**Beispiel:**

Ein 2-Personen-Haushalt bezieht monatliche Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt in Höhe von 1.500 € und liegt dabei oberhalb der Härtefallgrenze ( 1.405,25 €). Für Zahnersatz fällt ein Eigenanteil von 1.000 € an; dieser Eigenanteil mindert sich wie folgt:

a)	Einnahmen des Haushalts	<b>1.500,00 €</b>
b)	maßgebende Härtefallgrenze	<b>1.405,25 €</b>
c)	Differenz (a) – (b)	<b>94,75 €</b>
d)	Dreifacher Differenzbetrag	<b>284,25 €</b>
e)	Differenz 1.000 €- (d)	<b>715,75 €</b>

Der Eigenanteil des Versicherten reduziert sich hier von 1.000 € auf **284,25 €** - die Differenz von 715,75 € übernimmt die Krankenkasse.

**4.4. Kinderpflege-Krankengeld**

Das der Berechnung des Kinderpflege-Krankengeldes zugrunde liegende Regelentgelt darf das **Höchstregelentgelt** nach § 47 Abs. 6 SGB V nicht übersteigen. Dieses beträgt für **2010 für das Kinderpflege-Krankengeld 87,50 €/ Kalendertag**.

**4.5. Erstattung der Aufwendungen für eine selbstbeschaffte Haushaltshilfe**

Erstattet werden **8,-- €Std.** bzw. max. 63,88 €/Tag.

**4.6. Gemeinsames Rundschreiben der Krankenversicherung vom 25.8.09**

**4.6.1. Ruhen des Anspruchs auf Leistungen der Krankenversicherung**

Bei wiederholtem Nichtzahlen der Beiträge wird ein Ruhen des Leistungsanspruchs angeordnet. Nunmehr wird klargestellt, dass sich die Ruhensanordnung im Falle von Beitragslücken

allein auf das **zur Zahlung verpflichtete Mitglied** bezieht. Die Ruhensanordnung endet zudem, sobald eine **Ratenzahlung** vereinbart wurde. Außerdem wurden Früherkennungsuntersuchungen von der Ruhensregelung ausgenommen. Im Nachfolgenden werden lediglich die gesetzlichen Änderungen erläutert. Die darüber hinausgehenden bisherigen Aussagen der ehemaligen Spitzenverbände der Krankenkassen sind entsprechend weiter gültig.

### **Begrenzung der Ruhensregelung auf das Mitglied**

Die Krankenkasse hat für Mitglieder, die mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für **zwei Monate** trotz Mahnung im Rückstand sind, das Verfahren zur Feststellung des Ruhens der Leistungsansprüche analog § 16 Abs. 2 KSVG einzuleiten. Die Beschränkung der Ruhensregelung auf Mitglieder führt dazu, dass die Ruhensregelung auf Familienversicherte nicht (mehr) angewandt werden kann. Die Nichtanwendung der Ruhensregelung auf Familienversicherte gilt auch, wenn in einer der Familienversicherung vorangegangenen eigenen Mitgliedschaft Beitragsrückstände aufgebaut und nicht getilgt wurden. Kommt es nach einer Familienversicherung wieder zu einer eigenen Mitgliedschaft und sind die Beitragsrückstände noch nicht getilgt, so ruht unter Beachtung verwaltungsverfahrenrechtlicher Regelungen der Leistungsanspruch erneut. Dies gilt unabhängig davon, ob die Person aufgrund der neuen Mitgliedschaft verpflichtet ist, die Beiträge selbst zu zahlen.

### **Ausnahmen vom Ruhen**

Bisher waren vom Ruhen nur Leistungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und von Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind, nicht erfasst. Neu ist, dass nunmehr auch Früherkennungsuntersuchungen nach den §§ 25 und 26 SGB V von der Ruhensregelung ausgenommen sind.

### **Beendigung des Ruhens bei Ratenzahlung**

[1] Über die bisher im Gesetz vorgesehene Beendigung des Ruhens bei vollständiger Begleichung der Beitragsschuld oder bei **Eintreten von Hilfebedürftigkeit** nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch hinaus endet das Ruhen auch dann, wenn eine Ratenzahlungsvereinbarung zur Zahlung der Beitragsrückstände zwischen dem Mitglied und der Krankenkasse geschlossen wird. Nach dem Gesetzeswortlaut soll "ab diesem Zeitpunkt wieder Anspruch auf Leistungen bestehen. Dies muss jedoch so ausgelegt werden, dass die Ruhenswirkung ab diesem Zeitpunkt nicht mehr besteht. Maßgeblich ist hierfür der Zeitpunkt, an dem die Ratenzahlung vereinbart wird.

[2] Diese Regelung ist jedoch nur so lange anwendbar, wie die vereinbarten Raten auch gezahlt werden. Sollte das Mitglied mit der Zahlung seinen vereinbarten Raten (die vereinbarten Raten müssen in voller Höhe geleistet werden, Teilraten sind nicht ausreichend) in Verzug kommen, setzt die Ruhenswirkung ab dem Zeitpunkt des Verzuges mit sofortiger Wirkung wieder ein. Auf diese ggf. künftig eintretende Rechtsfolge ist das Mitglied, z. B. in dem Bescheid zur Beendigung der Ruhensregelung wegen der Ratenzahlungsvereinbarung, hinzuweisen.

### **4.6.2. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung**

Mit der Neuregelung wird den Versicherten in stationären Hospizen ein Anspruch auf Teilleistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) in Form der spezialisierten palliativärztlichen Leistungen eingeräumt. Damit wird der Anspruch auf SAPV nach der bereits erfolgten Ergänzung durch das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG), wonach seit dem 25. März 2009 Versicherte **auch in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen** und der Kinder- und Jugendhilfe Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung haben, um einen weiteren Anwendungsbereich erweitert.

## Leistungsinhalt

[1] Die SAPV umfasst grundsätzlich palliativärztliche und palliativpflegerische Leistungen als Gesamtleistung. Hinzu kommen die im Einzelfall erforderliche Koordination der diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Teilleistungen sowie die Beratung, Anleitung und Begleitung der behandelnden Ärzte und sonst an der Versorgung beteiligten Personen. Der Inhalt und der Umfang der SAPV sind in § 5 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV-RL) geregelt.

[2] In stationären Hospizen besteht nur ein Anspruch auf die Teilleistung der ärztlichen Versorgung im Rahmen der SAPV, der nicht im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden kann. Die notwendigen Leistungen der Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftlichen Versorgung sind auch bei Versicherten, die die Voraussetzungen für einen Anspruch auf SAPV erfüllen, im Rahmen der stationären Hospizversorgung nach § 39a Abs. 1 SGB V durch das Hospiz zu erbringen und mit der Finanzierung nach § 39a SGB V abgegolten.

[3] Ausgehend von der Leistungsbeschreibung in § 5 Abs. 3 SAPV-RL kommen als Leistungen der SAPV in stationären Hospizen im Wesentlichen palliativmedizinische Maßnahmen in Betracht, die nach ihrer Art, Schwere oder Komplexität eine Kompetenz erfordern, die der einer Ärztin oder eines Arztes mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin entspricht. Die ärztliche Versorgung im Übrigen ist in den stationären Hospizen gemäß § 3 Abs. 6 Satz 2 der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 S. 4 SGB V nach wie vor im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung sicherzustellen.

[4] Der Leistungsinhalt ist auch dann nur auf die ärztlichen Teilleistungen der SAPV begrenzt, wenn das stationäre Hospiz - wie im Regelfall - auch über einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI als stationäre Pflegeeinrichtung verfügt. Insoweit gilt § 37b Abs. 1 Satz 4 SGB V als lex specialis gegenüber § 37b Abs. 2 Satz 1 SGB V.

## Abgrenzung zu Leistungen anderer Leistungsträger

Die Leistungen der SAPV sind nach § 37b Abs. 1 Satz 5 SGB V nicht zu erbringen, wenn und soweit andere Leistungsträger zur Leistung verpflichtet sind. Diese Regelung ist im Zusammenhang mit dem KHRG und der Erweiterung des Anspruchs auch in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und der Kinder- und Jugendhilfe ergänzt worden und sollte insoweit nicht zu einer Kostenverlagerung von anderen Sozialleistungsträgern auf die gesetzliche Krankenversicherung führen. Sie hat für die palliativärztliche Versorgung in stationären Hospizen keine Bedeutung.

### 4.6.3. Stationäre und ambulante Hospizleistungen

[1] Mit der Änderung des § 39a SGB V wird die Finanzierung der ambulanten und stationären Hospizleistungen neu geregelt. Die Änderungen treten am 23. Juli 2009 in Kraft.

[2] Die Versicherten sollen für stationäre Hospizleistungen über die in der GKV vorgesehenen Zuzahlungen für z. B. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel hinaus nicht mehr zu Eigenbeteiligungen herangezogen werden. Stattdessen werden die Krankenkassen verpflichtet, die zuschussfähigen und nicht durch den Leistungsanteil insbesondere der Pflegeversicherung gedeckten Kosten zu 90 v. H. bzw. bei Kinderhospizen zu 95 v. H. zu tragen. Die satzungsgemäße Festlegung des Zuschusses entfällt.

[3] Ambulante Hospizdienste erhalten von den Krankenkassen nunmehr gesetzlich festgelegte Zuschüsse (ab 1.1.2010 – **153,30 €/Tag**) zu den zuschussfähigen Aufwendungen. Die Zuschüsse beziehen sich weiterhin auf Leistungseinheiten, die aus der Zahl der ehrenamtlich Tätigen und den geleisteten Sterbebegleitungen ermittelt werden.

### Finanzierung stationärer Hospizleistungen

[1] Die Krankenkassen legen die Höhe des Zuschusses nicht mehr in der Satzung selbst fest, sondern müssen gemäß § 39a Abs. 1 Satz 2 SGB V unter Anrechnung des Leistungsanteils der Pflegeversicherung insgesamt 90 v. H. bzw. bei Kinderhospizen 95 v. H. der zuschussfähigen Kosten übernehmen. Die zuschussfähigen Kosten werden von den Vertragspartnern als tagesbezogene Bedarfssätze vereinbart. Zuschussfähig sind maximal die tatsächlich entstandenen Aufwendungen. Die Rechtsänderung ist in laufenden Fällen unmittelbar ab 23. Juli 2009 anzuwenden.

[2] Ungeachtet der neuen Finanzierungssystematik wird weiterhin ein gesetzlicher Mindestzuschuss von 7 v. H. der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV festgelegt (ab 1.1.2010 - **178,85 €**). Der Mindestzuschuss bezieht sich auf die kalendertägliche Vergütung. Auch dieser Mindestzuschuss soll aber nicht dazu führen, dass die Zuschüsse unter Anrechnung der Leistungen der anderen Sozialleistungsträger die tatsächlichen kalendertäglichen und zuschussfähigen Kosten überschreiten. Er soll ausweislich der Gesetzesbegründung sicherstellen, dass stationäre Hospize im Regelfall nicht weniger als den genannten Betrag als Zuschuss erhalten. Vor dem Hintergrund, dass der tagesbezogene Bedarfssatz von den Vertragsparteien zu verhandeln ist, entfaltet diese Regelung von daher keine praktische Wirkung.

#### 4.6.4. Bezuschussung ambulanter Hospizdienste

[1] Auch für die Bezuschussung ambulanter Hospizdienste wird nunmehr die Höhe der Zuschüsse der Krankenkassen durch die Neuregelung gesetzlich festgelegt. Die Zuschüsse betragen je Leistungseinheit 11 v. H. der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV (ab 1.1.2010 - **281,05 €**). Die Höhe des Zuschusses ist jedoch weiterhin begrenzt auf die tatsächlich entstandenen zuschussfähigen Personalkosten des Hospizdienstes.

[2] Die Ermittlung der Zahl der Leistungseinheiten erfolgt nach den Regelungen der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 7 SGB V.

### 4.7. Besprechungsergebnis der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 16./17.3.09

#### Fahrkosten zur ambulanten Behandlung

**hier: Umsetzung der Krankentransport-Richtlinien; Interpretation der Kriterien "hohe Behandlungsfrequenz" und "längerer Zeitraum" i. S. des § 8 der Krankentransport-Richtlinien**

#### Sachstand:

Die Krankenkasse übernimmt die Fahrkosten zu einer ambulanten Behandlung unter Abzug des sich nach § 61 Satz 1 SGB V ergebenden Betrages nur nach vorheriger Genehmigung in besonderen Ausnahmefällen, die der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB V festgelegt hat.

Voraussetzung für eine Verordnung und eine Genehmigung nach § 8 der Krankentransport-Richtlinien (KrTrRL) ist u. a., dass der Patient

- mit einem durch die Grunderkrankung vorgegebenen Therapieschema behandelt wird, das eine **hohe Behandlungsfrequenz** über einen **längeren Zeitraum** aufweist (§ 8 Abs. 2 KrTrRL), oder
- von einer den Inhabern eines Schwerbehindertenausweises mit den Merkzeichen "aG", "Bl" oder "H" oder Versicherten mit der Pflegestufe II oder III i. S. des SGB XI vergleichbaren Beeinträchtigung der Mobilität betroffen ist und einer ambulanten Behandlung über einen **längeren Zeitraum** bedarf (§ 8 Abs. 3 der KrTrRL).

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben anlässlich ihrer Besprechung vom 28./29. Juli 2004 (TOP 6) die Begriffe "**hohe Behandlungsfrequenz**" und "**längerer Zeitraum**" näher konkretisiert: im Falle des § 8 Abs. 2 der KrTrRL ist von einer mindestens zweimal wöchentlichen Behandlung über mindestens sechs Monate und im Falle des § 8 Abs. 3 der KrTrRL Richtlinien von einer Behandlungsdauer von mindestens sechs Monaten auszugehen.

Das Bundessozialgericht (BSG) hatte am 28. Juli 2008 - B 1 KR 27/07 R - über einen Fall zu urteilen, bei der die Krankenkasse die Fahrkostenübernahme einer 1 x wöchentlich über einen nicht absehbaren Zeitraum stattfindenden Behandlung abgelehnt hatte. In der Urteilsbegründung wird ausgeführt, dass der Begriff "hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum" i. S. von § 8 Abs. 2 KrTrRL danach zu bestimmen sei, ob die Behandlung, zu deren Ermöglichung die Fahrten durchgeführt werden sollen, mit den in Anlage 2 der KrTrRL genannten anderen Behandlungsformen von ihrem zeitlichen Ausmaß her wertungsmäßig vergleichbar ist; dabei sei die Häufigkeit einerseits und die Gesamtdauer andererseits gemeinsam zu den Regelbeispielen in Beziehung zu setzen. Für die Behandlungshäufigkeit könne eine durchgehende Therapiedichte von mindestens zwei Mal pro Woche nicht allgemein gefordert werden, da weder Gesetz noch KrTrRL eine solche explizite Forderung enthalte. Diese Auffassung entspreche auch den Vorstellungen des GBA, der in seinem Internetauftritt zu der Frage "Was bedeutet hohe Behandlungsfrequenz?" u. a. ausgeführt habe: "Der Gemeinsame Bundesausschuss hat bewusst keine Bezifferung der "hohen Behandlungsfrequenz" (z. B. 2 x pro Woche) vorgenommen, weil hier eine konkrete Zahl nicht sachgerecht gewesen wäre. Dies liegt in erster Linie daran, dass bestimmte Krankheiten über einen kurzen Zeitraum in sehr hoher Frequenz und andere Krankheiten über einen sehr langen Zeitraum in mittlerer Frequenz behandelt werden müssen." (vgl. Randziffern 29, 31 und 32 der Urteilsbegründung). Es ist zu beraten, ob weiterhin an dem o. a. Besprechungsergebnis festgehalten werden kann.

#### **Besprechungsergebnis:**

Die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene bestätigen die mit dem Besprechungsergebnis vom 28./29. Juli 2004 (TOP 6) vorgenommenen Konkretisierungen der Begriffe "hohe Behandlungsfrequenz" und "längerer Zeitraum". Sie empfehlen, grundsätzlich im Falle des § 8 Abs. 2 der KrTrRL von einer **mindestens zweimal wöchentlichen** Behandlung über **mindestens sechs Monate** und im Falle des § 8 Abs. 3 der KrTrRL von einer Behandlungsdauer von mindestens sechs Monaten auszugehen.

Mit Blick auf das Urteil des BSG vom 28. Juli 2008 - B 1 KR 27/07 R - sind aber auch von diesen Empfehlungen abweichende Sachverhalte denkbar, bei denen z. B.

- in Folge eines **nicht absehbaren Behandlungszeitraumes eine geringere als zweimal wöchentliche** Behandlungsfrequenz oder
- aufgrund einer höheren als zweimal wöchentlichen Behandlungsfrequenz ein **kürzerer Zeitraum als 6 Monate**

einen § 8 Abs. 2 KrTrRL vergleichbaren Ausnahmefall darstellt, welcher eine Kostenübernahme im Einzelfall rechtfertigt. In Zweifelsfällen sollte der Medizinische Dienst der Krankenversicherung eingeschaltet werden.

#### **5. Aufwandspauschale für gesetzliche Betreuer**

Bitte denken Sie daran, dass Sie die Aufwandspauschale bis zum 31.3.2010 bei dem zuständigen Vormundschaftsgericht beantragen.

**Erstattung der pauschalen Aufwendungen für Betreuer**

An das

Amtsgericht.....

AZ:.....

Postfach.....

PLZ..... Ort.....

Betrifft: Betreuung/Aktenzeichen:.....

Name des/der Betreuten:.....

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich, mir für die Führung oben genannter Betreuung eine Aufwands-  
pauschale gem. § 1835a BGB in Höhe von 323,-- € aus der Landeskasse zu bewilligen.Der/die Betreute ist mittellos. Ich habe für die Aufwendungen in diesem Zeitraum keinen  
Aufwendungsersatz und keine Vergütung erhalten.

Der Antrag bezieht sich auf den Zeitraum von ..... bis .....

Ich bitte um Überweisung des Betrages auf mein Konto Nr..... bei der.....

BLZ.....

Mit freundlichen Grüßen

**6. Vererben und das WTG (Wohn-und Teilhabe-Gesetz)****Verfahren bei testamentarischen Zuwendungen in Form von Spenden**

In § 10 Abs. 1 WTG heißt es: „Dem Betreiber, der Einrichtungsleitung, den Beschäftigten oder sonstigen in der Betreuungseinrichtung tätigen Personen ist es untersagt, sich von oder zugunsten von Bewohnern und Bewerbern um einen Platz in einer Betreuungseinrichtung Geld- oder geldwerte Leistungen über das vertraglich vereinbarte Entgelt hinaus versprechen oder gewähren zu lassen.“

Diese und die folgenden Abschnitte haben zu der Annahme geführt, dass überhaupt keine Spenden oder testamentarische Zuwendungen für eine Einrichtung getätigt werden dürfen, wenn Sie von Bewohnern oder Ihnen nahestehenden Personen um einen Platz in der Wohneinrichtung erfolgen.

Hierzu stellt das Arbeits-, Gesundheits- und Sozialministerium in einem Rundschreiben fest:

1. Eine Spende (Anmerkung des Verfassers: dementsprechend auch eine testamentarische Zuwendung) ist zulässig, wenn der Betreiber nachweist, dass er in Bezug auf die Spende dem Bewohner keine günstigere Behandlung zukommen lässt oder hat zukommen lassen als den anderen Bewohnern der Einrichtung.“ (Schreiben des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW vom 27.04.09)

Die oben angeführte Regelung soll nämlich verhindern, dass ein Bewohner im Zusammenhang mit der Annahme einer solchen Leistung günstiger behandelt wird als eine andere Person in einer vergleichbaren Situation.

Hierbei kommt es im Endeffekt bei Spenden und testamentarischen Zuwendungen nicht darauf an, ob es sich um eine Verfügung zu Lebzeiten oder von Todes wegen handelt. Die Gleichbehandlung hat der Betreiber nicht nur glaubhaft zu machen. Er muss geeignete Tatsachen vortragen, die im Sinne des Nachweises Zweifel endgültig ausräumen. Das ist beispielsweise der Fall, wenn der Betreiber nachweist, dass durch die Geldspende eine allen Bewohnern zukommende bauliche Verbesserung in der Einrichtung finanziert wird.

1. Bei einer Verfügung von Todes wegen, die dem Betreiber erst nach dem Versterben des Bewohners bekannt wird, erübrigt sich die Pflicht eines Nachweises, weil der Betreiber infolge der Unkenntnis über die zugedachte Verfügung den Bewohner nicht bevorzugen konnte.
2. In der Gesetzesbegründung zu § 10 Abs. 4 WTG NRW (LT – Drucks. 14/6972 S. 54 f) heißt es ferner: „Durch die Möglichkeit, diese Spende über eine juristische Person, die gemeinnützige und deshalb steuerbegünstigte Zwecke verfolgt, der jeweiligen Einrichtung zukommen zu lassen, wird verhindert, dass die Spenden privatnützig verwendet werden, indem sie einzelne Bewohner begünstigen. Die Gemeinnützigkeit der juristischen Person, bei denen es sich regelmäßig um einen Förderverein (Anmerkung: auch Stiftung) handeln wird, wird von den Finanzbehörden überwacht. Damit ist eine sachlich nicht zu rechtfertigende Ungleichbehandlung einzelner Bewohner ausgeschlossen.“

## 7. zum Schluss.....

...stelle ich mir wie jedes Jahr die Frage, wo die Zeit eigentlich geblieben ist.

2009 war ein turbulentes Jahr – wirtschaftlich und politisch gesehen. Die neue Bundesregierung beschert uns zunächst mal einige „Wohltaten“ – irgendwann werden wir die Rechnung dafür bekommen.

Hat sich die Situation behinderter Menschen verbessert, z.B. durch mehr Selbstbestimmung durch das Persönliche Budget oder durch die Ratifizierung der UN-Konventionen? Diese Frage sollte jeder für sich selbst beantworten.

Eines ist jedoch sicher – das neue Jahr 2010 wird mit Sicherheit ähnlich aufregend und spannend wie das alte Jahr.

Und damit diese Info auch eine passende Anzahl von Doppelseiten hat, bekommen Sie dieses Jahr statt Geschenken natürlich eine Dienstanweisung, die Sie durchaus auch zu Hause anwenden können:

### **Der Dienstweihnachtsbaum - Dwbm**

(Autor unbekannt)

#### **Eine Dienstanweisung für Beamte**

Arbeitsorganisationsrichtlinien über die Handhabung und Verwendung von Nadelbäumen kleineren und mittleren Wuchses, die in Diensträumen Verwendung als Dienstweihnachtsbäume finden (ArbOrgRichtl. Dwbm, Fassung vom 01. Dezember 1980):

#### **§ 1 Dienstweihnachtsbäume**

Dienstweihnachtsbäume (Dwbm) sind Weihnachtsbäume natürlichen Ursprungs oder natürlichen Bäumen nachgebildete Weihnachtsbäume, die zur Weihnachtszeit in Diensträumen aufgestellt werden.

#### **§ 2 Aufstellen von Dwbm**

Dienstweihnachtsbäume dürfen nur von sachkundigem Personal nach Anweisung des unmittelbaren Vorgesetzten aufgestellt werden.

Dieser hat darauf zu achten, dass:

1. der Dwbm mit seinem unteren, der Spitze entgegengesetzten Ende, in einen zur Aufnahme von Baumenden geeigneten Halter eingebracht und befestigt wird,

2. der DwBm in der Haltevorrichtung derart verkeilt wird, dass er senkrecht steht (in schwierigen Fällen ist ein zweiter Beamter hinzuziehen, der die Senkrechtstellung überwacht, bzw. durch Zurufe wie mehr links, mehr rechts usw. korrigiert),
3. im Unfallbereich des DwBm keine zerbrechlichen oder durch umfallende DwBm in ihrer Funktion zu beeinträchtigenden Anlagen vorhanden sind.

### § 3 Behandlung der Beleuchtung

Die DwBm sind mit weihnachtlichem Behang nach Maßgabe des Betriebsleiters zu versehen. Weihnachtsbaumbeleuchtungen, deren Leuchtwirkung auf dem Verbrennen eines Brennstoffs mit Flammenwirkung beruht (sog. Kerzen), dürfen nur Verwendung finden, wenn die Bediensteten über die Gefahren von Feuerbrünsten hinreichend unterrichtet sind und während der Brennzeit der Beleuchtungskörper ein in der Feuerbekämpfung unterwiesener Beamter mit Feuerlöscher bereitsteht.

### § 4 Aufführen von Krippenspielen und Absingen von Weihnachtsliedern

In Dienststellen mit ausreichendem Personal können Krippenspiele unter Leitung eines erfahrenen Vorgesetzten zur Aufführung gelangen. Zur Besetzung sind folgende in der Personalplanung vorzusehende Personen notwendig:

- **Maria:** möglichst weibliche Beamtin oder ähnliche Person
- **Josef:** älterer Beamter mit Bart
- **Kind:** kleinwüchsiger Beamter oder Auszubildender
- **Esel und Schafe:** geeignete Beamte aus verschiedenen Laufbahnen
- **Heilige Drei Könige:** sehr religiöse Beamte

Zum Absingen von Weihnachtsliedern stellen sich die Bediensteten unter Anleitung eines Vorgesetzten ganz zwanglos nach Dienstgraden geordnet um den DwBm auf. Eventuell vorhandene Weihnachtsgeschenke können bei dieser Gelegenheit durch den Vorgesetzten in Gestalt eines Weihnachtsmannes an die Untergebenen verteilt werden.

Wir bitten, vorgenannte Richtlinie in geeigneter Weise in den jeweiligen Zuständigkeitsbereichen bekannt zu geben.

Die verfassungsmäßigen Rechte des Bundesrates sind gewahrt.

Im Auftrag  
Müller-Lüdenscheidt

**Ich wünsche Ihnen eine besinnliche Weihnachtszeit im Kreise Ihrer Familien und Freunde und alles Gute für das neue Jahr.**

*Evelyn Hüpfner*

im Dezember 2009