

zung der Leistungsträger in der Pflegeversicherung hat Rückwirkungen auch auf die Ausgestaltung der Qualitätssicherung. Hierauf wird an späterer Stelle zurückzukommen sein.

#### *IV. Umfang der Sozialleistungen der stationären Langzeitpflege*

##### *1. Pflegeleistungen der sozialen Pflegeversicherung*

Das Leistungsspektrum der sozialen Pflegeversicherung umfaßt gem. § 28 SGB XI verschiedenste Hilfeangebote. Zu diesen zählen häusliche Pflegehilfen, Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen, Kombinationen aus diesen beiden Leistungen, häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson, Pflegehilfsmittel und technische Hilfen, Tagespflege, Nachtpflege, Kurzzeitpflege und eben auch Leistungen der vollstationären Pflege. Neben diesen Leistungen sieht das SGB XI zudem die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für Behinderte, bestimmte Leistungen für Pflegepersonen sowie Budgetleistungen vor.

Im Jahr 2006 erhielten 47,4 % der Empfänger von Leistungen nach dem SGB XI Pflegegeld, vollstationäre Pflege wurde von 28 % in Anspruch genommen, gefolgt von Kombinationsleistungen (10,1 %), Pflegesachleistungen (8,8 %) und vollstationärer Pflege in Behinderteneinrichtungen (3,3 %). Die übrigen Leistungsarten (Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege, häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson) wurden nur in geringem Umfang nachgefragt.<sup>2292</sup> Die höchsten Kosten werden von der stationären Langzeitpflege verursacht, auf die derzeit – mit steigender Tendenz – 50,6 % der Leistungsausgaben entfallen.<sup>2293</sup>

Die Pflegeversicherung ist als Grundsicherung, nicht aber als Vollversorgung konzipiert.<sup>2294</sup> Dies zeigt insbesondere der Umfang der Versicherungsleistungen, die durch Höchstbeträge begrenzt sind (vgl. z.B. §§ 36 Abs. 3, 37 Abs. 3 S. 2, 40 Abs. 2 und 4 S. 3, 41 Abs. 2, 43 Abs. 5 SGB XI). Bei der stationären Unterbringung werden derzeit Aufwendungen in Höhe von bis zu 1.023 € bei Pflegestufe I, 1.279 € bei Pflegestufe II und 1.510 € bei Pflegestufe III (bzw. in Härtefällen 1.825 €) pro Monat übernommen, § 43 Abs. 2 S. 2 SGB XI.<sup>2295</sup> Die durchschnittlichen Pflegesätze für vollstationäre

---

2292 *Bundesministerium für Gesundheit*, Die Entwicklung der Pflegeversicherung. Vierter Bericht, S. 17.

2293 Ebenfalls bezogen auf das Jahr 2006, s. *Bundesministerium für Gesundheit*, Die Entwicklung der Pflegeversicherung. Vierter Bericht, S. 19.

2294 BT-Drs. 12/5262, S. 90.

2295 Anders als bei der ambulanten Pflege sieht das Pflegeweiterentwicklungsgesetz eine stufenweise Anhebung der Pflegesätze bei der stationären Pflege lediglich bei Pflegestufe III und bei Härtefällen vor. Dies geht zurück auf einen Vorschlag der „Rürup-Kommission“, wonach Anreizstrukturen verändert werden sollen, um einen Anstieg der vollstationären Pflege in den Pflegestufen I und II einzudämmen, vgl. *Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung*, Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme, S. 193 ff.; *von und zu Frankenstein/Gräfigenstein*, Pflegereform 2008 – Auswirkungen auf den Pachtzins für Pflegeheime?, NZS 2009, S. 194, sehen

Dauerpflege einschließlich Unterkunft und Verpflegung lagen 2005 im Vergleich hierzu bei 1.830 € pro Person und Monat (Pflegestufe I), 2.250 € (Pflegestufe II) bzw. 2.670 € (Pflegestufe III).<sup>2296</sup> Die Leistungen der Pflegeversicherung reichen daher in aller Regel nicht aus, um die Kosten für eine stationäre Unterbringung in einem Pflegeheim zu decken. Überdies ist der von der Pflegekasse zu erstattende Gesamtbetrag nach § 43 Abs. 2 S. 3 SGB XI auf maximal 75 % des Gesamtheimentgeltes (aus Pflegesatz, Entgelt für Unterkunft und Verpflegung und gesondert berechenbaren Investitionskosten) begrenzt. Aus diesen Gründen ist etwa ein Viertel der Bezieher stationärer Pflegeversicherungsleistungen zusätzlich auf Hilfe zur Pflege nach § 61 SGB XII angewiesen.<sup>2297</sup>

Um künftig die Betreuung dementer Personen in vollstationären Einrichtungen zu verbessern, ohne diese aber angesichts der gedeckelten Leistungen der Pflegeversicherung finanziell zusätzlich zu belasten, wurden durch das Pflegeweiterentwicklungsgesetz<sup>2298</sup> (PflWG) Vergütungszuschläge für Pflegebedürftige mit einem erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf eingeführt, die allein von den Pflegekassen finanziert werden, § 87b SGB XI. Diese Zuschläge ermöglichen den Pflegeeinrichtungen die Einstellung zusätzlichen Betreuungspersonals, ohne gleichzeitig die Pflegesätze nach oben anpassen zu müssen. Für Pflegeheimbewohner mit einem erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf wirken sich diese Zuschläge faktisch wie eine entsprechende Erhöhung der Leistungsobergrenzen aus.<sup>2299</sup>

Im Rahmen der Höchstbeträge werden bei einer Heimunterbringung gem. § 43 SGB XI die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege von der Pflegeversicherung übernommen.<sup>2300</sup> Die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sind demgegenüber gem. § 4 Abs. 2 S. 2 SGB XI von den Pflegebedürftigen selbst zu tragen.

---

hierin einen Schritt hin zu einer zunehmenden Hospizprägung von stationären Altenpflegeeinrichtungen.

2296 Bundesministerium für Gesundheit, Die Entwicklung der Pflegeversicherung. Vierter Bericht, S. 31 (Abb. 11).

2297 S. oben, S. 392.

2298 G vom 28. Mai 2008, BGBl. 2008 I, S. 874.

2299 Oder anders ausgedrückt: Mit der Zahlung des Vergütungszuschlags von der Pflegekasse an die Einrichtung erwirbt der Pflegebedürftige einen Anspruch gegenüber der Pflegeeinrichtung auf die Erbringung der zusätzlichen Betreuungs- und Aktivierungsleistungen (§ 87b Abs. 2 S. 4 SGB XI), für den er jedoch keine weiteren finanziellen Mittel aufzuwenden braucht.

2300 Die Zuständigkeit der sozialen Pflegeversicherung für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen wurde erstmals befristet für den Zeitraum vom 1. Juli 1996 bis zum 31. Dezember 1999 eingeführt (vgl. § 43 Abs. 3 SGB XI in der Fassung vom 14. Juni 1996). Die Befristung wurde anschließend regelmäßig verlängert, bis sie schließlich durch Art. 8 des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) ganz aufgehoben wurde. Gleichzeitig wurde auch die in § 43b SGB XI a.F. enthaltene künftige Finanzierungszuständigkeit der Krankenkassen für die Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen gestrichen.

Zur Behandlungspflege zählen in Abgrenzung zur Grundpflege<sup>2301</sup> alle pflegerischen Maßnahmen, die aufgrund einer Erkrankung erforderlich werden, speziell auf den Krankheitszustand des Pflegebedürftigen ausgerichtet sind und zur Behandlung der Krankheit beitragen.<sup>2302</sup> Maßnahmen der Behandlungspflege sind danach beispielsweise das Wechseln eines Verbandes, das Verabreichen von Medikamenten oder Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Dekubitusprophylaxe oder das Legen und Wechseln von Magensonden.<sup>2303</sup> Im Einzelfall können sich gerade bei der sog. „verrichtungsbezogenen Behandlungspflege“, also bei Maßnahmen, die auf Verrichtungen der Grundpflege bezogen sind,<sup>2304</sup> erhebliche Abgrenzungsschwierigkeiten ergeben, was insbesondere darauf zurückzuführen ist, daß die Pflegewissenschaften einen einheitlichen, nicht in Grund- und Behandlungspflege differenzierten Pflegebegriff verwenden.<sup>2305</sup>

Ähnliche Abgrenzungsschwierigkeiten bestehen in Bezug auf die Versorgung der Heimbewohner mit Hilfsmitteln. Anders als bei der häuslichen Pflege (§ 40 SGB XI) sieht das SGB XI bei der stationären Pflege keinen gesonderten Anspruch des Pflegebedürftigen auf die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln vor. Grund hierfür ist, daß ein Großteil der Hilfsmittel im stationären Bereich Anlagegüter der Heime darstellen, die den Regelungen über die Investitionskosten unterfallen, die nicht in die Finanzierungszuständigkeit der Pflegekassen fallen (vgl. §§ 9, 82 Abs. 2 Nr. 1 SGB XI).<sup>2306</sup> Daher haben die Pflegeeinrichtungen grundsätzlich diejenigen Pflegehilfsmittel als Teil der stationären Pflege nach § 43 SGB XI zur Verfügung zu stellen, die für eine sachgerechte, dem Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse entsprechende Pflege und Betreuung erforderlich sind. Medizinische Hilfsmittel sind demgegenüber gem. § 33 Abs. 1 SGB V von der Krankenkasse zu gewähren. Die zur Abgrenzung der Leistungszuständigkeiten für Hilfsmittel entwickelte Rechtsprechung des BSG, das maßgeblich darauf abstellte, ob noch eine Krankenbehandlung und ein Behinderungsausgleich im Sinne medizinischer Rehabilitation stattfand oder ob ganz überwiegend die Pflege im Vordergrund stand, weil eine Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben

---

2301 Zum Inhalt der Grundpflege s. § 14 Abs. 4 Nr. 1 - 3 SGB XI.

2302 Ausführlich zum Begriff der Behandlungspflege *Richter*, Der Irrweg der verrichtungsbezogenen Behandlungspflege, RsDE 64 (2007), S. 53 ff.; zur Abgrenzung von Grund- und Behandlungspflege s. etwa *Igl*, Leistungsinhalte der häuslichen Krankenpflege, VSSR 1995, S. 117; *Wilde/Pilz*, Behandlungspflege und Beaufsichtigung in der Pflegeversicherung, SGB 1997, S. 409; *Vogel/Schaaf*, Zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit – Anmerkungen zu dem Urteil des BSG vom 17.04.1996 – 3 RK 28/95, SGB 1997, S. 560.

2303 Vgl. die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von „häuslicher Krankenpflege“ nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V in der Fassung vom 16.2.2000 (BANz. 2000, Nr. 91 S. 8878), in Kraft getreten am 14. Mai 2000, zuletzt geändert am 17. Januar 2008 und 10. April 2008 (BANz 2008, Nr. 84 S. 2028 ff.).

2304 Eingehend dazu *Richter*, Der Irrweg der verrichtungsbezogenen Behandlungspflege, RsDE 64 (2007), S. 56 ff.

2305 Vgl. *Menche* [Hrsg.], Pflege heute, S. 32 ff.; dazu auch *Klie*, in: *Klie/Krahmer* [Hrsg.], SGB XI, vor §§ 14-19, Rn. 6.

2306 *Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung*, Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, S. 102.

in der Gesellschaft nicht mehr möglich war,<sup>2307</sup> wurde vom Gesetzgeber zu Recht als unzutreffend empfunden und daher durch § 33 Abs. 1 S. 2 Hs. 1 SGB V korrigiert. Der krankenversicherungsrechtliche Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln zum Behinderausgleich bei stationärer Pflege hängt nun nicht mehr länger davon ab, in welchem Umfang eine Teilhabe am Leben der Gemeinschaft möglich ist. Unberührt bleibt die Pflicht der stationären Pflegeeinrichtungen zur Vorhaltung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln, die für den üblichen Pflegebetrieb notwendig sind, § 33 Abs. 1 S. 2 Hs. 1 SGB V.<sup>2308</sup>

Die in der deutschen Rechtsordnung auftretenden Abgrenzungsprobleme sind durchaus mit denen des englischen Sozialleistungssystems vergleichbar, die die Grenzziehung zwischen *nursing*- und *social care*-Leistungen<sup>2309</sup> betreffen. Während sich der Gesetzgeber dort aber – jedenfalls bei einem primär auf *social care* bezogenen Pflegebedarf – mit pauschalisierten Zahlungen seitens des NHS behilft, die grundsätzliche Leistungszuständigkeit also (abgesehen von der Möglichkeit der Bildung von *Care Trusts*) unangetastet läßt, wird im deutschen Sozialrecht die Zuständigkeitsproblematik im Überschneidungsbereich von Langzeitpflege und medizinischer Versorgung – abgesehen von der Hilfsmittelproblematik – dahingehend gelöst, daß in stationären Einrichtungen auch die Behandlungspflege, die systematisch zur Krankenbehandlung zählt,<sup>2310</sup> der Leistungszuständigkeit der Pflegeversicherung unterstellt wurde.<sup>2311</sup>

Zusammen mit den Leistungsobergrenzen gem. § 43 Abs. 2 S. 2 SGB XI führt die Einordnung der Behandlungspflege als Pflegeversicherungsleistung dazu, daß der von den Höchstbeträgen nicht gedeckte Teil der Leistungen von den Pflegebedürftigen selbst bezahlt werden muß (§ 82 Abs. 1 S. 2 SGB XI).<sup>2312</sup> Weil dies die Finanzkraft der Pflegebedürftigen häufig überforderte,<sup>2313</sup> bestimmt § 37 Abs. 2 S. 3 SGB V inzwischen zumindest dann eine Finanzierungszuständigkeit der Krankenversicherung, wenn Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung in zugelassenen Pflegeeinrichtungen untergebracht sind und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, einen besonders hohen Bedarf<sup>2314</sup> an medizinischer Behandlungspflege haben.

---

2307 BSG, Urt. v. 22. Juli 2004, SozR 4-2500 § 33 Nr. 5; vgl. auch BSG, Urt. v. 10. Februar 2000, SozR 3-2500 § 33 Nr. 37.

2308 Zum Ganzen etwa *Vogel*, in: Klie/Krahmer, SGB XI, § 40 Rn. 8; *Pöld-Krämer/Richter*, in: Klie/Krahmer, SGB XI, § 43 Rn. 18.

2309 Dazu ausführlich oben, S. 146 ff.

2310 Vgl. § 37 Abs. 2 SGB V zur Behandlungspflege in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen.

2311 Damit sind zwar die Abgrenzungsschwierigkeiten bezüglich der Leistungszuständigkeit entfallen, im Hinblick auf die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und die Bestimmung des Umfangs des Pflegebedarfs bleiben sie jedoch erhalten. Vgl. diesbezüglich zu den „verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Hilfeleistungen der Behandlungspflege“ unten, S. 404.

2312 *Pöld-Krämer/Richter*, in: Klie/Krahmer [Hrsg.], SGB XI, § 43 Rn. 14.

2313 Vgl. BT-Drs. 16/3100, S. 105.

2314 Der besonders hohe Bedarf ist verrichtungsbezogen, d.h. quantitativ und nicht diagnosebezogen, zu bestimmen (s. *Pöld-Krämer/Richter*, in: Klie/Krahmer [Hrsg.], SGB XI, § 43 Rn. 14) und etwa bei der Betreuung von Dauerbeatmeten gegeben (BT-Drs. 16/3100, S. 105).

Eine weitere parallele Entwicklung, die sich aus den abgegrenzten Zuständigkeiten für die Langzeitpflege einerseits und die medizinische Versorgung andererseits ergibt, ist – trotz grundsätzlicher Unterschiede in der Ausgestaltung – in der Gründung von Care Trusts in England und der Möglichkeit zur Teilnahme von Pflegeeinrichtungen an der sog. „Integrierten Versorgung“ in Deutschland zu erblicken. Nach § 92b SGB XI, der mit dem GKV-WSG ins Gesetz aufgenommen wurde, können sich nunmehr auch zugelassene Pflegeeinrichtungen des SGB XI an der Integrierten Versorgung nach §§ 140a ff. SGB V beteiligen. Durch diese neue, versicherungszweigübergreifende Versorgungsform sollen die starren Grenzen zwischen der gesetzlichen Kranken- und der sozialen Pflegeversicherung sowie auch zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung aufgebrochen werden<sup>2315</sup> – ein Gedanke, der auch bei der Errichtung der englischen *Care Trusts* eine Rolle spielte. Anders als bei den *Care Trusts* geschieht die Zusammenfassung verschiedener Leistungssysteme aber nicht auf der Seite der Leistungsträger, sondern setzt unmittelbar bei der Leistungserbringung an.

## 2. Sozialhilferechtliche Pflegeleistungen

Die sozialhilferechtliche Hilfe zur Pflege nach §§ 8 Nr. 5 i.V.m. 61 ff. SGB XII schließt neben der häusliche Pflege, Hilfsmitteln, der teilstationäre Pflege und der Kurzzeitpflege auch stationäre Pflegeleistungen ein.<sup>2316</sup> Die in § 71 SGB XII gesondert geregelte Altenhilfe enthält demgegenüber keine Pflegeleistungen im eigentlichen Sinne; nach ihr können allerdings Beratungs- und Unterstützungsleistungen bei der Beschaffung eines Heimplatzes in Anspruch genommen werden (§ 71 Abs. 2 Nr. 3 SGB XII).

Der Inhalt der einzelnen Leistungen der Hilfe zur Pflege ist am Leistungsrecht des SGB XI ausgerichtet (§ 61 Abs. 2 S. 2 SGB XII). Dem Grundsatz der Bedarfsdeckung<sup>2317</sup> entsprechend geht der Umfang der Hilfen nach dem SGB XII aber über den Leistungsumfang nach dem SGB XI hinaus. Neben pflegebedingten Aufwendungen, Aufwendungen der sozialen Betreuung und Aufwendungen für die medizinische Behandlungspflege deckt die Hilfe zur Pflege in stationären Einrichtungen – in Übereinstimmung mit den englischen Leistungen nach s. 21 NAA 1948 – auch die für Unterkunft und Verpflegung anfallenden Kosten.<sup>2318</sup> Zudem haben die Sozialhilfeträger im Rahmen der Hilfe zur Pflege auch die nicht durch die Landesförderung nach § 9 SGB XI abgedeckten Investitionskosten zu tragen.<sup>2319</sup> Die betragsmäßigen Begrenzungen des § 43 Abs. 2 SGB XI gelten im Sozialhilferecht nicht,<sup>2320</sup> vielmehr sind die zur

---

2315 Richter, in: Klie/Krahmer [Hrsg.], SGB XI, § 92b Rn. 5.

2316 Str. ist, ob der Leistungskatalog des § 61 Abs. 2 S. 1 SGB XII abschließend zu verstehen ist (so etwa von Renesse, in: Jahn [Hrsg.], SGB XII, § 61 Rn. 25), oder nicht (so Baur/Zink, in: Mergler/Zink [Hrsg.], SGB XII, § 61 Rn. 44).

2317 Dazu Luthe, in: Hauk/Nofz [Hrsg.], SGB XII, E 010 Rn. 26 ff.

2318 Klie, in: Hauk/Nofz [Hrsg.], SGB XII, K § 61 Rn. 14. Baur/Zink, in: Mergler/Zink [Hrsg.], SGB XII, § 61 Rn. 74.

2319 Klie, in: Hauk/Nofz [Hrsg.], SGB XII, K § 61 Rn. 14.

2320 Baur/Zink, in: Mergler/Zink [Hrsg.], SGB XII, § 61 Rn. 74.

Deckung des konkret bestehenden Bedarfs erforderlichen und angemessenen Hilfen vollumfänglich zu erbringen (vgl. §§ 9 Abs. 1 und Abs. 2 S. 2 SGB XII, § 13 Abs. 1 SGB XII). Dies entspricht im Grundsatz der Rechtslage nach s. 21 NAA 1948, wonach die Kommunen die von ihnen übernommene *standard rate* so festzusetzen haben, daß hiermit eine dem Bedarf entsprechende pflegerische Versorgung gewährleistet ist. Nur wenn in einem anderen Heim eine bedarfsgerechte Unterbringung zur Standardgebühr möglich wäre, dürfen Pflegebedürftige (bzw. deren Angehörige oder Freunde) für ein bestimmtes Heim auf die Zahlung von „*top-ups*“ verwiesen werden.<sup>2321</sup>

### 3. Vergleichende Zusammenfassung

Ein wesentlicher Unterschied zwischen den stationären Langzeitpflegeregimen der verglichenen Rechtsordnungen liegt darin, daß der Leistungsumfang in Deutschland nur aus einer Zusammenschau der Leistungen der sozialen Pflegeversicherung und der sozialhilferechtlichen Hilfe zur Pflege erkennbar wird.<sup>2322</sup> In England hingegen folgen die Leistungen allein aus der Verpflichtung der Kommunen zur Bereitstellung von *residential accommodation* nach s. 21 NAA 1948.

Bei den Pflegeversicherungsleistungen handelt es sich im Gegensatz zu den Leistungen nach s. 21 NAA 1948 um Sozialversicherungsleistungen, die nicht von der finanziellen Bedürftigkeit des Pflegebedürftigen abhängen. Allerdings reichen die gedeckelten Leistungen nach dem SGB XI in der Regel nicht zur Bestreitung der Kosten, die die stationäre Unterbringung in einem Pflegeheim mit sich bringt. Erst unter Berücksichtigung<sup>2323</sup> der bedürftigkeitsabhängigen Hilfe zur Pflege erreichen die deutschen staatlichen Langzeitpflegeleistungen ein Niveau, das zur vollständigen Deckung aller im Heim entstehenden Kosten ausreicht. In England sind demgegenüber allein bedürftigkeitsabhängige staatliche Langzeitpflegeleistungen verfügbar. Die Standardsätze der Kommunen müssen dabei so bemessen sein, daß sie die Aufwendungen für am individuellen Bedarf orientierte Pflege- und Betreuungsleistungen sowie die Unterkunft und Verpflegung abdecken.<sup>2324</sup>

Faktisch liegt die durchschnittliche *standard rate* der englischen Kommunen umgerechnet<sup>2325</sup> bei 1.960 € (*residential care*) bzw. bei 2.409 € (*nursing care*) pro Monat<sup>2326</sup> und liegt somit deutlich über den für die soziale Pflegeversicherung geltenden Leistungshöchstbeträgen. Vergleichbare Standardgebührensätze lassen sich für die Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII schon deshalb nicht angeben, weil sie im Großteil der

---

2321 Siehe oben, S. 187.

2322 Dies ist im Übrigen der maßgebliche Grund dafür, daß Zuständigkeit, Leistungsinhalt und Leistungsvoraussetzungen jeweils für beide Leistungsregime zusammen erörtert werden anstatt die Darstellung insgesamt nach den Leistungen zu trennen.

2323 Sei es in Form der ergänzenden Hilfe zur Pflege, sei es, daß allein diese Hilfen nach dem SGB XII bezogen werden.

2324 Zum Leistungsinhalt von s. 21(1) NAA 1948 s. oben, S. 159 ff., 180 ff.

2325 1,20 EUR/GBP am 6. Juli 2010.

2326 Errechnet aus dem 4,3-fachen Wochensatz, vgl. oben, S. 143.



Fälle nur als ergänzende Hilfe geleistet wird. Wird sie mangels berücksichtigungsfähiger eigener finanzieller Mittel des Pflegebedürftigen als alleinige Hilfe in voller Höhe geleistet, dürften die Hilfeleistungen den Umfang der in England geleisteten *standard fees* angesichts der oben genannten<sup>2327</sup> Höhe der Heimgebühren und Investitionskosten aufgrund des sozialhilferechtlichen Bedarfsdeckungsgrundsatzes in den meisten Fällen überschreiten.

## *V. Leistungsvoraussetzungen*

### *1. Leistungsvoraussetzungen nach dem Recht der sozialen Pflegeversicherung*

Neben den persönlichen Leistungsvoraussetzungen der Versicherteneigenschaft<sup>2328</sup> und grundsätzlich auch der Mitgliedschaft<sup>2329</sup> der betreffenden Person in der sozialen Pflegeversicherung bildet der Eintritt des Versicherungsfalls „Pflegebedürftigkeit“ die zentrale Voraussetzung für einen Anspruch auf stationäre Pflegeleistungen nach § 43 SGB XI.<sup>2330</sup> Der Pflegebedürftigkeitsbegriff<sup>2331</sup> ist – anders als in der insoweit rudimentären Regelung der s. 21 NAA 1948 – in den §§ 14 f. SGB XI ausführlich geregelt. Danach ist pflegebedürftig, wer wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedarf. Die in Betracht kommenden Krankheiten oder Behinderungen sind in § 14 Abs. 2 SGB XI genannt, die relevanten Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens sind in § 14 Abs. 4 Nr. 1-3 SGB XI (Grundpflege) und in § 14 Abs. 4 Nr. 4 SGB XI (hauswirtschaftliche Versorgung) beschrieben. Ob der Hilfebedarf den für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit relevanten Umfang erreicht, ist anhand der Häufigkeit der Hilfe bei der Grundpflege und des dafür benötigten Zeitaufwands zu beurteilen. Hierbei werden auch verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Hilfeleistungen der Behandlungspflege berücksichtigt (§ 15 Abs. 3 S. 2 SGB XI). Dies sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen sich der behandlungspflegerische Hilfebedarf als untrennbarer Bestandteil einer Katalogverrichtung nach § 14 Abs. 4 SGB XI darstellt oder die mit einer solchen Verrichtung in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang stehen, § 15 Abs. 3 S. 3 SGB XI.<sup>2332</sup>

---

<sup>2327</sup> Näher dazu oben, S. 389.

<sup>2328</sup> Vgl. § 33 Abs. 1 S. 1 SGB XI; zum Kreis der Versicherungspflichtigen s. oben, S. 391.

<sup>2329</sup> Vgl. §§ 33 Abs. 2 S. 1, 35, 49 SGB XI. Nicht erforderlich ist ein Mitgliedschaftsverhältnis etwa für Familienversicherte, §§ 33 Abs. 2 S. 1, 25 SGB XI.

<sup>2330</sup> Zu weiteren Voraussetzungen, etwa Antragstellung und Wartezeit, s. § 33 SGB XI.

<sup>2331</sup> Zum Pflegebedürftigkeitsbegriff ausführlich *Igl*, Pflegebedürftigkeit, Pflege und Pflegebedarf im rechtlichen Verständnis, RsDE 66 (2008), S. 6 ff.

<sup>2332</sup> So – vor Inkrafttreten von § 15 Abs. 3 SGB XI – in ständiger Rechtsprechung schon BSG, SozR 3-3300 § 14 Nr. 7; SozR 3-3300 § 14 Nr. 9; SozR 3-3300 § 14 Nr. 15.