

Verwaltungs- und Sozialrecht für Pflegeberufe

Modellstudiengang Pflege

Bezugswissenschaftliches Modul BM 2

Rechtliche Rahmenbedingungen pflegerischen Handelns

Teilbereich 2:

Leistungserbringung in der öffentlich- und privatrechtlichen
Gesundheitsversorgung

2. Auflage 2013

Bearbeitet von: Prof. Dr. Christof Stock

Aachen, den 22. September 2013

Inhalt

1	Einleitung	6
1.1	Auszüge aus dem Modulhandbuch	6
1.2	Arbeitshilfen beim Lesen dieses Skripts	8
1.3	Praktische Tipps	9
1.3.1	Wo finde ich ein Gesetz?	9
1.3.2	Wie lese ich ein Gesetz?	9
1.3.3	Wie zitiere ich ein Gesetz?	10
1.3.4	Gesetzessammlung, Kommentar, Lehrbuch	10
1.3.5	Wie finde und zitiere ich Urteile?	11
1.3.6	Was ist ein Leitsatz?	11
2	Der rechtliche Rahmen pflegerischen Handelns	12
2.1	Die Perspektive des Patienten	12
2.1.1	Lebensrisiken und Interessen des Patienten	12
2.1.2	Umsetzung der Interessenlage durch den rechtlichen Rahmen	12
2.1.3	Prüfschema pflegerische und existenzsichernde Leistungen	13
2.2	Die Perspektive der Pflegenden	15
2.2.1	Interessen der Pflegenden	15
2.2.2	Umsetzung der Interessenlage durch den rechtlichen Rahmen	15
2.2.3	Das Berufsrecht der Pflegeberufe	15
2.3	Die Perspektive des Staates	24
2.3.1	Grundrechte und Pflege: siehe Teilbereich 3	24
2.3.2	Rechtsstaatsprinzipien und Pflege: siehe Teilbereich 3	24
2.3.3	Übersicht: Materielles und prozessuales Recht	24
2.3.4	Die Rechtsquellen des Sozialrechts	29
3	Das System der Privaten Sicherung in der Pflege	31
3.1	Die privat Versicherten	31
3.1.1	Der Personenkreis	31
3.1.2	Die private Krankenversicherung	32
3.1.3	Die private Pflegeversicherung	34
3.2	Die Beamtenversorgung	35
3.3	Die Selbstbeteiligung der gesetzlich Versicherten	36

3.3.1	Eigenanteile in der gesetzlichen Versorgung.....	36
3.3.2	Private Zusatzversicherungen	37
4	Die Sozialversicherungen.....	38
4.1	Die gesetzliche Krankenversicherung.....	38
4.1.1	Typischer Fall.....	38
4.1.2	Einführung in das Rechtsgebiet.....	38
4.1.3	Standort der Pflege	39
4.1.4	Gesetze und andere Rechtsnormen.....	39
4.1.5	Zuständige Behörden und Gerichte	39
4.1.6	Solidarität und Eigenverantwortung	40
4.1.7	Mitgliedschaft und Beitragspflicht.....	40
4.1.8	Leistungen der Krankenversicherung	42
4.1.9	Übersicht: Die Leistungen der GKV.....	43
4.1.10	Das Sachleistungsprinzip	44
4.1.11	Die Krankenbehandlung	45
4.1.12	Die Vertragsärzte, -psychotherapeuten und Vertragszahnärzte.....	47
4.1.13	Der Leistungskatalog der vertragsärztlichen Versorgung	49
4.1.14	Anordnungen, Überweisungen und Verordnungen	51
4.1.15	Modellvorhaben: Heilkunde-Übertragungsrichtlinie	52
4.1.16	Häusliche Krankenpflege	53
4.1.17	Die Krankenhausbehandlung.....	58
4.1.18	Hospiz.....	65
4.1.19	Lösungsschema für den geschilderten Fall	65
4.2	Die soziale Pflegeversicherung	66
4.2.1	Ein typischer Pflegefall	66
4.2.2	Einführung in das Rechtsgebiet.....	66
4.2.3	Standort der Pflege	67
4.2.4	Übersicht: Bestimmungen der Pflegeversicherung.....	67
4.2.5	Gesetze und andere Rechtsnormen.....	68
4.2.6	Die Versicherungspflicht, zuständige Institutionen und Gerichte	68

4.2.7	Der Pflegebedürftigkeitsbegriff.....	69
4.2.8	Die Stufen der Pflegebedürftigkeit.....	69
4.2.9	Übersicht über die ambulanten Leistungen der Pflegeversicherung	70
4.2.10	Teil- und vollstationäre Pflege	73
4.2.11	Prüfschema: Kostentragung für Heimkosten	75
4.2.12	Pflegeeinrichtungen und -dienste	75
4.2.13	Lösung für den geschilderten das Fall	77
4.3	Die gesetzliche Unfallversicherung.....	78
4.3.1	Einführung in das Rechtsgebiet	78
4.3.2	Übersicht: Leistungen der Unfallversicherung.....	78
4.4	Die gesetzliche Rentenversicherung	79
4.4.1	Typischer Fall	79
4.4.2	Einführung in das Rechtsgebiet	79
4.4.3	Standort der Pflege	80
4.4.4	Gesetze und andere Rechtsnormen	80
4.4.5	Übersicht: Leistungen der Rentenversicherung	80
4.4.6	Zuständige Behörden und Gerichte.....	81
4.4.7	Vertiefende Hinweise zum Rechtsgebiet	81
4.4.8	Lösungsschema für den geschilderten Fall	83
4.5	Die Arbeitslosenversicherung.....	84
4.5.1	Einführung in das Rechtsgebiet	84
4.5.2	Übersicht: Leistungen der Arbeitslosenversicherung	84
4.5.3	Gesetze und andere Rechtsnormen	86
4.5.4	Zuständige Behörden und Gerichte.....	86
4.5.5	Organisation und Finanzierung.....	86
4.5.6	Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen.....	87
5	Sozialstaatliche Hilfe- und Fördersysteme	87
5.1	Die Kinder- und Jugendhilfe.....	87
5.2	Rehabilitation und Teilhabe.....	87
5.2.1	Typischer Fall	87

5.2.2	Einführung in das Rechtsgebiet.....	88
5.2.3	Übersicht: Leistungen zur Teilhabe.....	89
5.2.4	Gesetze und andere Rechtsnormen.....	90
5.2.5	Zuständige Behörden und Gerichte.....	90
5.2.6	Vertiefende Hinweise zum Rechtsgebiet.....	91
5.2.7	Behinderung.....	91
5.2.8	Schwerbehinderung.....	91
5.2.9	Gleichgestellte behinderter Menschen.....	91
5.2.10	Teilhabeleistungen.....	91
5.2.11	Zuständigkeit der Rehabilitationsträger.....	92
5.2.12	Schwerbehindertenrecht.....	93
5.2.13	Lösung für den geschilderten Fall.....	94
6	Existenzsichernde Leistungen.....	94
6.1	Arbeitslosengeld II und Sozialgeld.....	94
6.1.1	Typischer Fall.....	94
6.1.2	Einführung in das Rechtsgebiet.....	95
6.1.3	Übersicht: Regelbedarfsstufen nach SGB II und XII.....	96
6.1.4	Lösung für den geschilderten Fall.....	97
6.2	Die Sozialhilfe.....	97
6.2.1	Hilfe zum Lebensunterhalt sowie Grundsicherung.....	98
6.2.2	Hilfe zur Pflege.....	98
6.2.3	Weitere Hilfen zur Gesundheit und bei Behinderungen.....	98
6.3	Asylbewerberleistungen.....	99
7	Stichwortverzeichnis.....	101
8	Impressum.....	103

1 Einleitung

1.1 Auszüge aus dem Modulhandbuch

Angaben zum Gesamtmodul				
Moduldeckblatt				
Studiengang		Pflege		
Modulname		B M2 Rechtliche Rahmenbedingungen		
Modulkürzel	Modulumfang in SWS	Modulumfang in CREDITS	Studienbereich (Stb)	Studienabschnitt
B M2	5 SWS	8 CREDITS	Pflege und Gesundheit	3-4 Sem.
Modulverantwortlicher		Prof. Dr. C. Stock		
Hauptkompetenz- auf der Ebene des Moduls		Die Studenten stellen ihr Grundverständnis, zu Menschenwürde, Patientenrechten, der öffentlich- und privatrechtlichen Leistungserbringung sowie Haftungsfragen für Fehler in der Pflege dar.		
Prüfungsform		Schriftliche Modulabschlussprüfung Klausur		
Prüfungsanforderungen		Die Studierenden stellen in einer schriftlichen Klausur unter Beweis, ob und in wie weit sie sich mit den grundsätzlich relevanten gesetzlichen Bestimmungen auseinander gesetzt haben. Hierbei geht es nicht um eine juristische Befähigung, sondern um eine juristische Verständniserwicklung		
Eingeführt				

Angaben zu den Lehr-Lernveranstaltungen im Modul pro Semester	
Studiengang	Pflege
Modulname	B M2 Rechtliche Rahmenbedingungen pflegerischen Handelns
Teilbereiche der Lehr- Lern- einheiten (LLE)	<p>TB 1: Menschenwürde, Grundrechte, Patientenrechte</p> <p>TB 2: Leistungserbringung in der öffentlich- und privatrechtlichen Gesundheitsversorgung</p> <p>TB 3: Zivil- und strafrechtliche Haftung für Fehler in der ambulanten bzw. stationären Pflege</p>
Modul-Verantwortliche(r)	Prof. Dr. Stock (Aachen)

Teilbereich 2	TB2 Leistungserbringung in der öffentlich- und privatrechtlichen Gesundheitsversorgung
Dozent/in	Prof. Dr. Stock (Aachen) Prof. Dr. Beermann / Prof. Dr. Kilz (Münster, Paderborn) Prof. Dr. Großkopf (Köln)
Umfang und Zeitpunkt	1 SWS im 3. Semester
Anzahl Studierende	20
Modulvoraussetzung	
Fachkompetenz	<ul style="list-style-type: none"> • Fähigkeit zur Darstellung der Rechtsbeziehungen zwischen den Leistungserbringern, den Leistungsträgern (Sozialversicherungen u.a.) und den Patienten im Hinblick auf die Abgrenzung zwischen öffentlichem und zivilem Recht • Kenntnis möglicher Vertragspartner eines Krankenhaus-, Heim- oder ambulanten Pflegevertrages • Kenntnis der Interdependenz zwischen dem rechtlich verbindlichen Leistungskatalog der Sozialleistungsträger und der Leistungspflicht gegenüber dem Patienten
Schlüsselkompetenzen	<p><u>Personale Schlüsselkompetenzen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Fähigkeit, das eigene Handeln in den Zusammenhang mit dem Rechtssystem der Leistungserbringung zu bringen. • Bereitschaft und Kompetenz, eigenes und fremdes medizinisch-pflegerisches Handeln rechtlich angemessen zu bewerten. • Verständnis und Wertschätzung entwickeln für die (rechtliche) Lage des Patienten, seiner Angehörigen und aller am Pflegeprozess Beteiligter • Bereitschaft entwickeln für die „Garantieübernahme“ zur Vermeidung einrichtungstypischer Gefahren
Inhalte der LLE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rechtsgrundlagen der Pflegeberatung (Leistungsvergütungen) 2. „Pflege“ als Arbeitsleistung in der Rechtsbeziehung zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber (Arbeitsvertrag/ Weisungsrecht) 3. Berufe und Berufsrecht im Gesundheitswesen 4. Die rechtliche Dimension der Pflegedokumentation in Zusammenhang mit Standards 5. Tarifliche und individuelle Vergütung der Pflegetätigkeit

	<ul style="list-style-type: none"> • Organisationspflicht (Schicht-/Bereitschaftsdienst) • Vertragstypen des Krankenhausvertrages; Heimrecht und Heimvertrag, Wohn- und Teilhabegesetz und -formen
Methodische Bearbeitung der LLE	<ul style="list-style-type: none"> • Seminaristischer Unterricht • Gruppendiskussion • Fallarbeit • Textarbeit
Leistungsanforderungen	Die Studierenden sollen sich mit dem Arbeitsrecht, Heim- und Betreuungsrecht, sowie mit den normativen Anforderungen, auch von Versicherungsträgern, zur Abwehr einrichtungstypischer Gefahren auseinandersetzen.
Literatur	<ul style="list-style-type: none"> • Großkopf, Volker [Hrsg.] Vorschriften und Gesetze für das Gesundheitswesen 2.Auflage , Spitta Jahr 2010 • Großkopf, Volker; Klein, Hubert Recht in Medizin und Pflege, 4.Auflage , Spitta Jahr 2010 • Großkopf, Volker [Hrsg.] Praxiswissen Krankenpflege-recht Beck Verlag 2010 München • Klie, Thomas [Hrsg.], Stascheit, Ulrich [Hrsg.] Gesetze für Pflegeberufe: [Textsammlung] 12. Auflage Baden-Baden Verlag Nomos-Verl.-Ges.2011

1.2 Arbeitshilfen beim Lesen dieses Skripts

Symbole (>Einfügen > Symbole)

☒ Beispiele

▲ Kernaussagen

! Vertiefung und grafische Darstellung

§ Gesetzestext

1.3 Praktische Tipps

1.3.1 Wo finde ich ein Gesetz?

Sie können im Internet danach suchen, in dem Sie einfach den Namen (Bürgerliches Gesetzbuch) oder die Abkürzung des Gesetzes (BGB) eingeben.

Wenn Sie es lieber schwarz auf weiß haben, suchen Sie einfach nach einer Gesetzessammlung. Das sind Bücher, in denen nur der Gesetzestext abgedruckt ist. Meistens werden hier einige Gesetze zusammengefasst. Als praktisch haben sich die Gesetzessammlung des nomos-Verlages¹ oder von Großkopf² oder die Beck-Texte im dtv.

WICHTIG! Die Gesetze werden ständig geändert. Sie müssen also darauf achten, dass Sie die jeweils neueste Fassung anwenden. Zu Beginn ist das nicht so entscheidend, aber wenn es darauf ankommt, schon!

Für das praktische Lernen benötigen Sie eine Textausgabe. Bei der Klausur geben Sie einfach an, mit welcher Ausgabe des Gesetzestextes Sie arbeiten (z.B. Ausgabe 2013). Die „Beschriftung“ dieses Textes mit Ihren Anmerkungen ist unzulässig, wenn Sie den Text in der Klausur verwenden wollen. An der Hochschule sind wir insoweit großzügig, weil die Gesetzessammlung ihr Handwerkszeug sein könnte.

1.3.2 Wie lese ich ein Gesetz?

Am einfachsten schauen Sie in das Inhaltsverzeichnis des Gesetzes. Orientieren Sie sich an den Überschriften. Gesetze sind meistens so strukturiert, dass das Allgemeine vorne und das Spezielle hinten stehen. Probieren Sie einmal aus, ob Sie die Antwort auf eine spezielle Frage in Ihrem Gesetzestext wieder finden!

Eine zweite Möglichkeit ist, nach dem Schlagwortverzeichnis vorzugehen, das den meisten Gesetzessammlungen angefügt ist. Die Arbeit mit den Stichworten setzt voraus, dass Sie die Struktur eines Gesetzes verstanden haben.

¹ *Pflegerecht*: Textsammlung für Pflegeberufe, Stand: 01.11.2012. Nomos, 2013. - ISBN: 978-3-8329-7963-8

² Großkopf, Volker: Vorschriften und Gesetze für das Gesundheitswesen. Balingen: 2., überarb. und erw. Aufl, Spitta-Verl, 2010. - ISBN: 978-3-941964-13-6

1.3.3 Wie zitiere ich ein Gesetz?

Gesetze sind meistens gegliedert nach Paragraphen, dann Absätze, dann Sätze, dann Nummern.

α

Die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung ist geregelt in § 5 des Sozialgesetzbuches V. Dort wird die größte Gruppe der Versicherungspflichtigen, die Arbeiter und Angestellte, als erste genannt. Dies geschieht in § 5 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB V. Es haben sich zwei Schreibweisen eingebürgert:

- § 5 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB V oder
- § 5 I 1 Nr. 1 SGB V

§

§ 5 SGB V Versicherungspflicht

(1) 1 Versicherungspflichtig sind

1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind,
2. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld ... beziehen,
3. ...

Schauen Sie sich ruhig § 5 SGB V einmal an und klären, welche Personen sonst noch gesetzlich krankenversichert sind. Die Familienversicherung ist übrigens in § 10 SGB V geregelt.

1.3.4 Gesetzessammlung, Kommentar, Lehrbuch

Juristen gehen, na klar, vom Gesetzestext aus. Den finden sie in Gesetzessammlungen. Daneben gibt es noch die folgenden juristischen Bücher:

- Ein Kommentar gibt nicht nur den Text eines Gesetzes wieder, sondern erläutert jeden einzelnen Paragraphen. Dort finden Sie zum Beispiel die zu der jeweiligen Vorschrift ergangene Rechtsprechung oder auch Literaturmeinung.
- Ein Lehrbuch hingegen stellt ein ganzes Rechtsgebiet dar, z.B. das Ausländerrecht mit seinen verschiedenen Gesetzen.
- Entscheidungssammlungen hingegen dokumentieren die Rechtsprechung. Die wichtigsten Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts veröffentlicht dieses Gericht z.B. in der BVerfGE.

1.3.5 Wie finde und zitiere ich Urteile?

Nahezu alle Gerichte verfügen heute über eine Internetseite. Von dort können Sie deren Urteile herunterladen. Voraussetzung ist, dass Sie das Datum der Entscheidung oder das Aktenzeichen kennen. Damit andere es finden, sollten Sie darüber hinaus auch eine Fundstelle angeben, das ist z.B. eine juristische Fachzeitschrift wie die Neue Juristische Wochenschrift (NJW). Im nachfolgenden Beispiel ist die für Juristen gängigste Fundstelle angegeben

- ⌘ BVerfG, Beschl.v. 12.01.2011 – 1 BvR 2539/10 –, Gewährung rechtlichen Gehörs bei Einrichtung einer Betreuung, NJW 2011, 1275

1.3.6 Was ist ein Leitsatz?

Die höchsten deutschen Gerichte stellen ihren Entscheidungen einen Merksatz voran, die den Inhalt der Entscheidung im Kern wiedergeben.

- ⌘ In der oben angegebenen Entscheidung ging es um die Gewährung rechtlichen Gehörs bei Einrichtung einer Betreuung. Die Leitsätze des Gerichts lauten:

1. Aufgrund Art 103 Abs 1 GG muss ein Gericht vor dem Erlass einer Entscheidung prüfen, ob den Verfahrensbeteiligten rechtliches Gehör gewährt wurde. Aufgrund des erheblichen Grundrechtseingriffs, der mit der Einrichtung einer Betreuung verbunden ist, kommt dem Recht des Betroffenen auf rechtliches Gehör im Betreuungsverfahren besondere Bedeutung zu.

2. Die Erforderlichkeit einer Anhörung entfällt auch nicht dadurch, dass der Betroffene nicht zu einer Zusammenarbeit mit dem Gutachter bereit ist. Gerade in diesem Fall ist es vielmehr angezeigt, mittels der Anhörung die Gründe für die Verweigerungshaltung des Betroffenen in Erfahrung zu bringen.

2 Der rechtliche Rahmen pflegerischen Handelns

In diesem einleitenden Kapitel werden unterschiedliche Perspektiven auf das Recht in der Pflege geworfen. Die Auflistungen sind bewusst nicht vollständig. Das soll sie anregen, selbst zu überlegen, in welchem rechtlichen Rahmen sich die Patienten und auch die Pfleger bewegen. Nach dem Studium dieses Skripts können Sie überprüfen, ob die Interessen hier richtig wiedergegeben sind und ob sie ihre Kenntnisse des rechtlichen Rahmens vertieft haben.

2.1 Die Perspektive des Patienten

2.1.1 Lebensrisiken und Interessen des Patienten

- Lebensrisiken: Krankheit, Mutterschaft, Pflegebedürftigkeit, Behinderung, Erwerbsunfähigkeit, Alter, Arbeitslosigkeit,
- Interessen: Gesund werden oder zumindest medizinisch-pflegerisch versorgt sein; Schutz der Privatsphäre; Keine finanziellen Sorgen in Bezug auf die medizinisch-pflegerische Versorgung und die weitere wirtschaftliche Existenz

2.1.2 Umsetzung der Interessenlage durch den rechtlichen Rahmen

- Zivilrecht: Der Behandlungsvertrag (mit Arzt, Krankenhaus usw.) verpflichtet die Einrichtung zur Einhaltung der medizinisch-pflegerischen Expertenstandards, Schutz der Privatsphäre (Selbstbestimmung durch Aufklärung und Einwilligung), Einhaltung der all-gemeingültigen Tarife; zivilrechtliche Haftung bei Pflichtenverletzung
- Strafrecht: Staatliche Sanktionierung des Missbrauchs von ärztlicher bzw. pflegerischer Macht
- Öffentliches Recht: Berufsrecht definiert, wer wie behandeln darf; Sozialrecht beschreibt das Sozialversicherungsrecht, d.h. die Beteiligung der Arbeitgeber und Arbeitnehmer an dem Krankheits-/Pflege-/Berufsunfähigkeitsrisiko, Sozialhilferecht sichert die Existenz bei Eintritt der o.a. Risiken und fehlender Versorgung im Übrigen
- Lastenverteilung durch ein 3-Säulen-System der privaten, staatlichen und sozialversicherungsrechtlichen Absicherung; Existenzsicherung durch die staatliche Grundsicherung bzw. Sozialhilfe

Es entsteht häufig die Frage, an wen man sich überhaupt wenden kann, um die Finanzierung pflegerischer Leistungen zu erhalten. Mit dem nächsten Schema kann ebenso die Frage beantwortet werden, welche Möglichkeiten der finanziellen Existenzsicherung überhaupt bestehen. Hilfreich und einprägsam dürfte das folgende Schema sein:

2.1.3 Prüfschema pflegerische und existenzsichernde Leistungen		
Private Sicherung	Staatlich finanzierte Leistungen	Leistungen der Sozialversicherungsträger
Eigene Sicherung <ul style="list-style-type: none"> • Einkommen • Vermögen Unterhaltsansprüche <ul style="list-style-type: none"> • Eltern • Kinder 	<ul style="list-style-type: none"> • Kindergeld • Elterngeld • Wohngeld • BAFÖG • Unterhaltsvorschuss 	<ul style="list-style-type: none"> • Krankenversicherung • Pflegeversicherung • Arbeitslosenversicherung • Rentenversicherung • Unfallversicherung
Existenzsichernde Leistungen nach SGB II oder XII		

Mit diesem Schema kann die Pflegekraft die Finanzierungsmöglichkeiten für pflegerische Leistungen, ein Sozialarbeiter mögliche finanzielle Ansprüche auf Existenzsicherung prüfen. Ich nenne es das **3-Säulen-System**, denn die Sicherung erfolgt privat, staatlich oder sozialversicherungsrechtlich.

Auszugehen ist zunächst von dem Prinzip der Selbstbestimmtheit und Eigenverantwortlichkeit. Wer sich in einer Notlage befindet, muss zunächst einmal selbst für sich sorgen. Er muss also primär sein eigenes Einkommen und Vermögen zur Überwindung der Notlage einsetzen. Unter dem Einkommen versteht man die monatlichen Einnahmen; Vermögen

hingegen ist das im Laufe der Zeit gebildete Kapital (Haus, Bank- und Sparguthaben, Lebensversicherungen usw.)

Kinder haben Unterhaltsansprüche gegenüber ihren Eltern, sind aber diesen gegenüber im Notfall auch selbst zum Unterhalt verpflichtet. In der Pflege kann dies beispielsweise im Rahmen der Unterbringung in ein Altenheim notwendig werden. Am Beispiel BAFÖG wird deutlich, dass staatliche Leistungen grundsätzlich gegenüber Unterhaltsansprüchen nachrangig sind. Wie hoch die Unterhaltsansprüche sind, ist eine Einzelfallentscheidung. Die Oberlandesgerichte haben Kriterien entwickelt, mit deren Hilfe der Unterhaltsbedarf ermittelt werden kann (Sog. Düsseldorfer Tabelle).

Nicht jede steuerfinanzierte staatliche Leistung ist gegenüber eigenem Einkommen, Vermögen oder bestehenden Unterhaltsansprüchen nachrangig. Insbesondere das Kindergeld wird den Eltern unabhängig von ihrer finanziellen Situation bewilligt.

Wer über pflegerische oder finanzielle Hilfen beraten will, muss die möglichen Geldleistungen der 5 Sozialversicherungen kennen. Dies wird in einem eigenen Kapitel³ behandelt.

Schließlich kann das System existenzsichernder Leistungen als **Netz mit doppeltem Boden** bezeichnet werden: wer nicht ausreichend Unterstützung durch eigene, staatliche oder Leistungen der Sozialversicherungen erhält, kann Leistungen der Sozialhilfe oder Arbeitslosengeld II erwarten.

„Das Grundrecht auf Gewährleistung eines menschenwürdigen Existenzminimums ... sichert jedem Hilfebedürftigen diejenigen materiellen Voraussetzungen zu, die für seine physische Existenz und für ein Mindestmaß an Teilhabe am gesellschaftlichen, kulturellen und politischen Leben unerlässlich sind.“⁴

³ Die Sozialversicherungen, S. 27

⁴ BVerfG, Urt. v. 09.02.2010 – 1 BvR 1/09 –

2.2 Die Perspektive der Pflegenden

2.2.1 Interessen der Pflegenden

- Durch den Beruf die wirtschaftliche Existenz der Familie sichern.
- In dem Beruf sich selbst verwirklichen: „gute“ Arbeit leisten, ohne überfordert zu sein.

2.2.2 Umsetzung der Interessenlage durch den rechtlichen Rahmen

- Zivilrecht: Arbeitsvertragsrecht gibt Sicherheit in Bezug auf Kündigung, Lohnfortzahlung im Krankheitsfall und bei Schwangerschaft, tarifliche Vergütung, Urlaub usw.; Patienten-Behandlungsvertrag integriert Standards in die Rechtsbeziehung Arzt (Pfleger) – Patient und schafft Einkommen,
- Strafrecht: Drohende Sanktionierung strafbaren Verhaltens von Ärzten, Kollegen, Patienten schützt eigene Interessen z.B. vor sexuellen Übergriffen
- Öffentliches Recht: Berufsrecht erlaubt die Tätigkeit, steckt Grenzen ab, setzt Standards; Sozialrecht (insb. Kranken- und Pflegeversicherung) integriert die Pflegeberufe in das gesetzliche System, setzt ebenso Standards

2.2.3 Das Berufsrecht der Pflegeberufe

2.2.3.1 Rechtsgrundlagen

Das Berufsrecht der Pflegeberufe enthält alle rechtlichen Vorgaben, die den Zugang und die Ausübung eines Pflegeberufes betreffen.

Derartige Vorschriften sind weit verstreut und teilweise auch versteckt in verschiedenen Gesetzen zu finden. So z.B. die Meldepflicht bei Infektionskrankheiten:

§ 8 IfSG Zur Meldung verpflichtete Personen

§

(1) Zur Meldung oder Mitteilung (einer Infektionskrankheit) sind verpflichtet:

5. im Falle des § 6 Abs. 1 Nr. 1, 2 und 5 und Abs. 3 **Angehörige eines anderen Heil- oder Pflegeberufs**, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung oder Anerkennung erfordert,

Zudem haben die Vorschriften ein anderes Gewicht, je nachdem ob es sich um allgemeinverbindliche Rechtsvorschriften oder um nicht gesetzlich normierte Standards handelt (von denen man im Einzelfall abweichen darf).

Die wichtigsten Gesetze für das Berufsrecht der Pflegeberufe sind:

- Das Krankenpflegegesetz und (KrPflG) und die darauf basierende Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV), welche zuletzt am 6.12.2011 aktualisiert worden sind. Hier ist auch der Beruf des Gesundheits- und Kinderkrankenpflegers geregelt.
- Das Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz) und die darauf basierende Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (AltPflAPrV). Mit diesem Gesetz, ist die Ausbildung in der Altenpflege erstmals bundeseinheitlich geregelt worden. Die Ausbildung in der Altenpflegehilfe hingegen, wird nach wie vor von den Bundesländern geregelt.

Rechtlich wichtig ist, dass sowohl der Beruf des Gesundheits-/Kranken- wie auch des Gesundheits-/Kinderkrankenpflegers und der des Altenpflegers als sog. Heilhilfsberuf den Heilberufen zuzuordnen ist. Das ist nach der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahr 2002 bei dem Beruf des Altenpflegehelfers nicht der Fall⁵.

!	<p>Auszug aus der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts zum Altenpflegegesetz⁶</p> <p>"Ausübung der Heilkunde im Sinne dieses Gesetzes ist jede berufs- oder gewerbsmäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden bei Menschen, auch wenn sie im Dienste von anderen ausgeübt wird."</p> <p>167 Die Ausübung von "Heilkunde" dient danach nicht nur der Heilung im engeren Sinn, sondern auch der Linderung körperlicher Defekte, mithin schon einer Situationsverbesserung (vgl. Dünisch-Bachmann, Kommentar zum Heilpraktikergesetz <Stand November 2000>, § 1 Rn. 6.2, S. 24). Die Tätigkeiten in der "Heilkunde" erstrecken sich auch auf Leiden und Körperschäden, also auf Störungen der normalen Beschaffenheit oder Tätigkeit des Körpers, die nicht geheilt werden können (vgl. Narr, in: Narr/Hess/Schirmer, Ärztliches Berufsrecht, Band I <Stand Januar 2000>, Rn. 14). Unter "Leiden" werden "langanhaltende, häufig kaum oder gar nicht mehr therapeutisch beeinflussbare Funktionsstörungen" (Dünisch-Bachmann, a.a.O., S. 25) verstanden, unter "Körperschäden" die "grundsätzlich irreparablen, nicht krankhaften Veränderungen des Zustandes oder der Funktion des Körpers, einzelner Organe oder Organeile, wie z.B. Sterilität, Taubheit oder Blindheit" (Dünisch-Bachmann, a.a.O., S. 25).</p>
----------	--

⁵ Diese Entscheidung ist auch deshalb lesenswert, weil dort die Geschichte der Pflegeberufe referiert wird!

⁶ BVerfG, Urt.v. 24.10.02 – 2 BvF 1/01 – –, Verfassungswidrigkeit des Altenpflegegesetzes, BVerfGE 106, 62 ff.; NJW 2003, 41 ff.

168 Das Heilpraktikergesetz diene damals wie heute der Abwehr von Gefahren, die vor allem von fachlich ungeeigneten Personen für die Gesundheit der Patienten ausgehen (vgl. BVerfGE 78, 155 <163>; 78, 179 <192>).

169 In der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts sind, dieser Zweckrichtung folgend, ungeschriebene Tatbestandsmerkmale entwickelt worden, die die gesetzliche Definition der Heilkunde ergänzen. Zum einen ist der Bereich ausgenommen, in dem die Behandlung keine Fachkenntnisse voraussetzt (vgl. etwa BVerwG, DÄ 1966, S. 446 ff.; BVerwGE 35, 308 <310>; 66, 367 <369>; 94, 269 <274>) oder keinen Schaden anrichten kann (vgl. etwa BVerwGE 35, 308 <310 f.>; 66, 367 <369>; 94, 269 <274 f.>), mithin keine Gefahr für den Patienten bedeutet.

170 Zum anderen ist der Bereich eingeschlossen, in dem es um die gefährliche Behandlung an sich gesunder Menschen geht (prophylaktische oder kosmetische Eingriffe, vgl. BVerwG, NJW 1959, S. 833; Dünisch-Bachmann, a.a.O., Rn. 6.3.6 m.w. Hinweisen auf hierzu zählende therapeutische Maßnahmen; vgl. BVerwGE 66, 367 <369>).

Die Altenpflegeberufe können sowohl nach den gesetzlichen Vorgaben als auch nach den Erfahrungen der Praxis den so skizzierten Heilhilfsberufen zugeordnet werden, da sie einen Schwerpunkt im medizinisch-pflegerischen Bereich haben, der den sozial-pflegerischen Anteil aus Gründen des Sachzusammenhangs kompetentiell mit sich zieht; für die Altenpflegehelfer ist ein solcher Schwerpunkt hingegen nicht erkennbar, sodass für sie schon aus diesem Grund eine kompetentielle Einordnung unter Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG ausscheidet.

185 (1) Die Ausrichtung des Berufs der Altenpflegerin und des Altenpflegers, wie sie das Altenpflegegesetz sieht, lässt sich anhand der Ausbildungsziele verdeutlichen, die in § 3 AltPflG wie folgt niedergelegt sind:

§ 3

186 Die Ausbildung in der Altenpflege soll die Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten vermitteln, die zur selbstständigen und eigenverantwortlichen Pflege einschließlich der Beratung, Begleitung und Betreuung alter Menschen erforderlich sind. Dies umfasst insbesondere:

187 1. die sach- und fachkundige, den allgemein anerkannten pflegewissenschaftlichen, insbesondere den medizinisch-pflegerischen Erkenntnissen entsprechende, umfassende und geplante Pflege,

188 2. die Mitwirkung bei der Behandlung kranker alter Menschen einschließlich der Ausführung ärztlicher Verordnungen,

189 3. die Erhaltung und Wiederherstellung individueller Fähigkeiten im Rahmen geriatrischer und gerontopsychiatrischer Rehabilitationskonzepte,

190 4. die Mitwirkung an qualitätssichernden Maßnahmen in der Pflege, der Betreuung und der Behandlung,

191 5. die Gesundheitsvorsorge einschließlich der Ernährungsberatung,

192 6. die umfassende Begleitung Sterbender,

193	7. die Anleitung, Beratung und Unterstützung von Pflegekräften, die nicht Pflegefachkräfte sind,
194	8. die Betreuung und Beratung alter Menschen in ihren persönlichen und sozialen Angelegenheiten,
195	9. die Hilfe zur Erhaltung und Aktivierung der eigenständigen Lebensführung einschließlich der Förderung sozialer Kontakte und
196	10. die Anregung und Begleitung von Familien- und Nachbarschaftshilfe und die Beratung pflegender Angehöriger.

In Deutschland gibt es etwa 50 Berufsgruppen, die unter dem Begriff der Heilberufe zusammenzufassen sind. Ihre Tätigkeit betrifft die berufs- oder gewerbsmäßige Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden⁷. Bislang konnte unterschieden werden zwischen solchen Heilberufen mit akademischem Abschluss, (Apotheker, Arzt, Psychotherapeut) und solchen mit einer Berufsausbildung im Bereich der Pflege von Menschen oder des medizinischen Handwerks⁸. Durch den Bologna-Prozess ist eine zunehmende Akademisierung dieser Heilhilfsberufe festzustellen⁹. Den Absolventen der beruflichen Ausbildung wird also entweder parallel oder im Nachhinein die Möglichkeit geboten, den Bachelor-Grad zu erwerben. Dies eröffnet auch die Möglichkeit zur Weiterqualifizierung in Richtung Masterabschluss oder Promotion. Von dem Erwerb eines akademischen Grades scharf zu trennen ist der Erwerb der Erlaubnis zur Ausübung des Berufes. Nach einer staatlichen – also nicht ausschließlich hochschulinternen – Prüfung erwerben Ausbildungskandidaten der Heilberufe i.e.S. eine Approbation. Sie berechtigt zur Berufsausübung. Die Angehörigen der Heilhilfsberufe müssen ebenso eine staatliche Prüfung ablegen; ihnen ist danach in der Regel nur eine Berufstätigkeit im Rahmen einer ärztlichen Verordnung erlaubt – deshalb heißen sie Heilhilfsberufe¹⁰. Typisch ist auch, dass mit dem Bestehen der staatlichen Prüfung die Berechtigung zur Führung der Berufsbezeichnung verbunden ist.

⁷ § 1 Abs. 2 HPG; § 2 Abs. 5 BÄO; zur Ausübung der Heilkunde im Bereich der Wunschmedizin: Stock, Die Indikation in der Wunschmedizin, S. 67 ff.

⁸ Zurstraßen/Kosch, Grundlagen des Berufsrechts anderer Heilberufe in: Wenzel, Frank, Handbuch des Fachanwalts für Medizinrecht, Rdnr. 245.

⁹ Kluth, Winfried: Verlangt der demographische Wandel eine neue Zuordnung der ärztlichen und sonstigen Gesundheitsdienstleistungen? – Eine Problemskizze, MedR 2010 (28) 372

¹⁰ BVerwG, Urt. v. 26.8.2009 – 3 C 19/08, Beschränkte Erlaubnis für selbstständig tätige Physiotherapeuten nur nach zusätzlicher Prüfung.

In gleicher Weise wie Heil(hilfs)beruf sind inzwischen die Begriffe Gesundheitsfachberuf / Pflegefachkraft eingeführt.

!	<p>Auszug aus der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts zum Altenpflegegesetz¹¹</p> <p>Aus systematischen wie teleologischen Gründen ist es verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden, wenn der Gesetzgeber den neuen Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers als Gesundheitsfachberuf den Heil(hilfs)berufen des Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG zuordnet.</p> <p>221 Die bisherige Staatspraxis in anderen neuen Berufsfeldern des Gesundheitswesens bestätigt dieses Auslegungsergebnis (vgl. Maier, DVBl 1991, S. 249 <253>). So hat der Bundesgesetzgeber folgende gesetzliche Regelungen über die Berufsausbildung in Heilberufen - einschließlich Heilhilfsberufen - erlassen:</p> <p>222 1. Gesetz über den Beruf des pharmazeutisch-technischen Assistenten i.d.F. vom 23. September 1997 (BGBl I S. 2349);</p> <p>223 2. Gesetz über den Beruf des Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten (Beschäftigungs- und Arbeitstherapeutengesetz - BeArbThG) vom 25. Mai 1976 (BGBl I S. 1246), zuletzt geändert durch Art. 2 des Gesetzes vom 8. März 1994 (BGBl I S. 446);</p> <p>224 3. Gesetz über den Beruf des Logopäden vom 7. Mai 1980 (BGBl I S. 529), zuletzt geändert durch Art. 3 des Gesetzes vom 8. März 1994 (BGBl I S. 446);</p> <p>225 4. Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz - KrPflG) vom 4. Juni 1985 (BGBl I S. 893), zuletzt geändert durch das hier zur Überprüfung stehende Gesetz;</p> <p>226 5. Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers (Hebammengesetz - HebG) vom 4. Juni 1985 (BGBl I S. 902), zuletzt geändert durch Art. 1 Nr. 1 des Gesetzes vom 27. September 1993 (BGBl I S. 1666);</p> <p>227 6. Gesetz über den Beruf der Rettungsassistentin und des Rettungsassistenten (Rettungsassistentengesetz - RettAssG) vom 10. Juli 1989 (BGBl I S. 1384), zuletzt geändert durch Art. 5 des Gesetzes vom 8. März 1994 (BGBl I S. 446);</p> <p>228 7. Gesetz über den Beruf der Orthoptistin und des Orthoptisten (Orthoptistengesetz - OrthoptG) vom 28. November 1989 (BGBl I S. 2061), zuletzt geändert durch Art. 4 des Gesetzes vom 8. März 1994 (BGBl I S. 446);</p> <p>229 8. Gesetz über technische Assistenten in der Medizin (MTA-Gesetz - MTAG) vom 2. August 1993 (BGBl I S. 1402);</p> <p>230 9. Gesetz über den Beruf der Diätassistentin und des Diätassistenten und zur Änderung verschiedener Gesetze über den Zugang zu anderen Heilberufen (Heilberufsänderungsgesetz - HeilBÄndG) vom 8. März 1994 (BGBl I S. 446);</p> <p>231 10. Gesetz über die Berufe in der Physiotherapie (Masseur- und Physiotherapeutengesetz - MPhG) vom 26. Mai 1994 (BGBl I S. 1084).</p> <p>232 Allen hier in Rede stehenden Berufsbildern ist ein Schwerpunkt im heil(hilfs)kundlichen Bereich eigen, ohne dass dieser quantitativ immer überwiegt.</p> <p>233 In gleicher Weise wie bei den genannten Berufen birgt auch bei der Alten-</p>
---	---

¹¹ BVerfG, Urt.v. 24.10.02 – – 2 BvF 1/01 – –, Verfassungswidrigkeit des Altenpflegegesetzes, BVerfGE 106, 62 ff.; NJW 2003, 41 ff.

pflege die Berufsausübung erhebliche Risiken für die Gesundheit der Pflegebedürftigen in sich (vgl. die Stellungnahme des DBVA). Anders als in der Krankenpflege, die vorrangig noch als Arzt-Assistenz ausgestaltet und darauf angelegt ist, ärztliche Anordnungen auszuführen, sind die Altenpfleger vielfach auf sich alleine gestellt und müssen eigenverantwortlich und selbstständig medizinisch relevante Entscheidungen auch in Notsituationen fällen (vgl. Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft staatlich anerkannter evangelischer Ausbildungsstätten für Altenpflege im DEVAP; Stellungnahme des DBVA). Dies gilt nicht nur für die geriatrischen Fachstationen der Krankenhäuser, in denen ärztliche Hilfe noch relativ schnell erreichbar ist, sondern vor allem für stationäre Einrichtungen der Altenpflege (hier sind Ärzte in der Regel nur als Konsiliarärzte tätig) sowie insbesondere für ambulante Dienste (hier besteht in der Regel lediglich ein nicht sehr dichter Kontakt zu den behandelnden Hausärzten, vgl. Stellungnahme des DBVA).

234 Die Altenpflege ist in den letzten Jahren immer stärker mit der Behandlungspflege betraut worden, die mehr erfordert als die Betreuung und pflegerische Versorgung von Menschen mit altersbedingten Defiziten (vgl. hierzu und zum Folgenden Robert-Bosch-Studie, S. 216 f.; Stellungnahme des DBfK). In einem Altenpflegeheim wird heute von den Pflegenden das gefordert, was früher in postoperativen Phasen, nach Schlaganfällen, bei der langfristigen Einstellung von Diabetikern, bei der medikamentösen Versorgung von Langzeitkranken in Krankenhäusern geleistet wurde (vgl. Stellungnahme der ver.di). Der kostenbedingte Rückgang der durchschnittlichen Verweildauer in den Krankenhäusern korrespondiert mit einem Anstieg der Plätze in stationären Altenpflegeheimen (vgl. die Zahlen bei Landenberger/Görres, Gutachten, S. 12/13). Hinzu kommt die Pflege verwirrter alter Menschen, die fundierte gerontopsychiatrische Kenntnisse erfordert. Die demografischen Veränderungen und die Umsetzung des Prinzips "ambulante vor stationärer Pflege" senken die Zahl der in Alten(wohn)heimen lebenden und steigern die Zahl der in stationären Pflegeeinrichtungen untergebrachten Pflegebedürftigen. Oft kommen ältere Menschen "erst" zum Sterben hierher (Stellungnahme des DBfK); das Durchschnittsalter der Bewohner bei Eintritt in ein Heim liegt bei etwa 86 Jahren (Landenberger/Görres, Gutachten, S. 10).

235 Beleg für die Erforderlichkeit einer medizinischen Ausrichtung der Altenpflege sind weiterhin die Anforderungen an das Heimpersonal, wie sie in der Heimpersonalverordnung niedergelegt sind (§ 6 HeimPersV). Dasselbe belegt § 71 Abs. 3 Satz 1 SGB XI, wonach für die Anerkennung als Pflegefachkraft der Abschluss einer Ausbildung und eine zweijährige praktische Berufserfahrung in den Krankenpflegeberufen oder im Beruf der Altenpflegerin vorgesehen sind, ohne dass für letztere eine Einschränkung der Verwendbarkeit, wie sie für Heilerziehungsberufe gilt (§ 71 Abs. 3 Satz 2 SGB XI), angeordnet wäre. Nach § 11 Abs. 1 SGB XI müssen die Leistungen der Pflegeeinrichtungen "dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse" entsprechen.

236 Im ambulanten Bereich sind die Altenpflegerinnen und Altenpfleger völlig auf sich gestellt und müssen ad hoc entscheiden, welche medizinischen Maßnahmen zu ergreifen sind und ob sie selber hierzu kompetent sind oder umgehend ärztliche Hilfe holen müssen. Eine Trennung von Kranken- und Altenpflege wäre hier mit wachsenden Problemen verknüpft. Das Ziel der häuslichen Pflege besteht darin, Unterbringungen im Krankenhaus zu verkürzen oder einen Aufenthalt im Altenpflegeheim zu vermeiden. Die Pflegebedürftigen sind subjektiv wie objektiv mit oft lebensbedrohlichen Situationen, Krankheit, Leid und Tod konfrontiert (Robert-Bosch-Studie, S. 279). Ambulante Pflege ist daher durch eine Vielfalt von Aufgaben medizinischer Art gekennzeichnet.

237 Dieser Befund wird noch dadurch verdeutlicht, dass der Anteil der Pflegekräfte mit einer Krankenpflegeausbildung in den ambulanten Pflegeeinrichtungen deutlich überwiegt (41,1 v.H. gegenüber 29,5 v.H. Altenpflegern; Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Band II, Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege, 2001, S. 40 f.; allerdings ist der Anteil der Krankenpflegekräfte seit 1996, wo er noch 65 v.H. ausmachte, stark zurückgegangen, und der Anteil der Altenpflegekräfte ist entsprechend gestiegen (Landenberger/Görres, Gutachten, S. 21). Vor diesem Hintergrund verfolgt das Gesetz gerade den Zweck, die Dominanz der Krankenpflegeberufe gegenüber den Altenpflegeberufen zu mildern und letzteren als "Spezialkräften" die Chance zu geben, in allen Bereichen der Altenpflege gleichermaßen – auch auf der Führungsebene – tätig zu werden.

Während es sich bei dem KrPflG und dem AltenpflG um Bundesgesetze handelt, ist die Fort- und Weiterbildung dieser Gesundheitsfachberufe landesrechtlich geregelt: in Niedersachsen beispielsweise existiert das Gesetz über Berufsbezeichnungen, Weiterbildung und Fortbildung in Gesundheitsfachberufen; in einer speziellen Verordnung sind die Berufsbezeichnungen und Ausbildungsmerkmale der Weiterbildungen, z.B. der Fachkraft für Intensiv- und Anästhesiepflege, Fachkraft für onkologische Pflege, Fachkraft für psychiatrische Pflege usw. vorgegeben. Ähnliches ist in NRW in der Weiterbildungs- und Prüfungsverordnung für Pflegeberufe¹² geregelt. Bundesweit orientiert man sich an den Weiterbildungsempfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG)¹³.

¹² Verordnung zur Umsetzung der Richtlinie 2006/123/EG und zur Zusammenführung der Weiterbildungsverordnungen nach dem Weiterbildungsgesetz Alten- Gesundheits- und Krankenpflege sowie zur Evaluierung weiterer Verordnungen Vom 15. Dezember 2009, Artikel 1, Weiterbildungs- und Prüfungsverordnung für Pflegeberufe (WBVO-Pflege-NRW); http://www.caritas-akademie-koeln.de/documents/WBVO-Pflege-NRW_2009.pdf Zugriff vom 18.09.2013

¹³ Neiheiser, Ralf ; Walger, Martin: Weiterbildung in der Krankenpflege. Düsseldorf: Erstauf, Deutsche Krankenhaus-Verl.-Ges, 2002. – ISBN: 3935762062

Wo ist die Akademisierung der Pflege geregelt? Jetzt kommt ein schönes Wort: Das Gesundheitsfachberufweiterentwicklungsgesetz (GBWEG) des Landes Nordrhein–Westfalen ermöglicht es in § 2 Abs. 2 dem zuständigen Ministerium, Modellstudiengänge für die Pflege durch Rechtsverordnung zu regeln und zu erlauben. Das ist geschehen.

Lediglich als Gesetzesvorhaben existiert ein Eckpunktepapier, die Pflegeausbildung zu vereinheitlichen¹⁴.

2.2.3.2 Inhalte

Eine gesetzliche Definition, die die Berufe des Gesundheits- und Krankenpflegers, des Gesundheits- und Kinderkrankenpflegers bzw. des Altenpflegers beschreibt, enthalten die Gesetze nicht. Allerdings findet sich eine Beschreibung des Ausbildungsziels. Wichtig in diesem Zusammenhang ist die Differenzierung zwischen eigenverantwortlichen und Tätigkeiten, an denen mitgewirkt werden soll:

§ 3 KrPflG

§

(1) Die Ausbildung für Personen nach § 1 Abs. 1 Nr. 1 und 2 soll entsprechend dem allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse fachliche, personale, soziale und methodische Kompetenzen zur verantwortlichen Mitwirkung insbesondere bei der Heilung, Erkennung und Verhütung von Krankheiten vermitteln. Die Pflege im Sinne von Satz 1 ist dabei unter Einbeziehung präventiver, rehabilitativer und palliativer Maßnahmen auf die Wiedererlangung, Verbesserung, Erhaltung und Förderung der physischen und psychischen Gesundheit der zu pflegenden Menschen auszurichten. Dabei sind die unterschiedlichen Pflege- und Lebenssituationen sowie Lebensphasen und die Selbstständigkeit und Selbstbestimmung der Menschen zu berücksichtigen (Ausbildungsziel).

(2) Die Ausbildung für die Pflege nach Absatz 1 soll insbesondere dazu befähigen,

1. die folgenden Aufgaben eigenverantwortlich auszuführen:
 - a) Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs, Planung, Organisation, Durchführung und Dokumentation der Pflege,
 - b) Evaluation der Pflege, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege,
 - c) Beratung, Anleitung und Unterstützung von zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen in der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit,
 - d) Einleitung lebenserhaltender Sofortmaßnahmen bis zum Eintreffen der Ärztin oder des Arztes,
2. die folgenden Aufgaben im Rahmen der Mitwirkung auszuführen:
 - a) eigenständige Durchführung ärztlich veranlasster Maßnahmen,
 - b) Maßnahmen der medizinischen Diagnostik, Therapie oder Rehabilitation,

¹⁴

http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Pflegeberuf/20120301_Endfassung_Eckpunktepapier_Weiterentwicklung_der_Pflegeberufe.pdf

c) Maßnahmen in Krisen- und Katastrophensituationen,

3. interdisziplinär mit anderen Berufsgruppen zusammenzuarbeiten und dabei multidisziplinäre und berufsübergreifende Lösungen von Gesundheitsproblemen zu entwickeln.

(3) Soweit in Modellvorhaben nach § 4 Abs. 7 erweiterte Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten erprobt werden, hat sich die Ausbildung auch auf die Befähigung zur Ausübung der Tätigkeiten zu erstrecken, für die das Modellvorhaben qualifizieren soll. Das Nähere regeln die Ausbildungspläne der Ausbildungsstätten.

§

§ 3 AltPflG

(1) Die Ausbildung in der Altenpflege soll die Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten vermitteln, die zur selbständigen und eigenverantwortlichen Pflege einschließlich der Beratung, Begleitung und Betreuung alter Menschen erforderlich sind. Dies umfasst insbesondere:

1. die sach- und fachkundige, den allgemein anerkannten pflegewissenschaftlichen, insbesondere den medizinisch-pflegerischen Erkenntnissen entsprechende, umfassende und geplante Pflege,
2. die Mitwirkung bei der Behandlung kranker alter Menschen einschließlich der Ausführung ärztlicher Verordnungen,
3. die Erhaltung und Wiederherstellung individueller Fähigkeiten im Rahmen geriatrischer und gerontopsychiatrischer Rehabilitationskonzepte,
4. die Mitwirkung an qualitätssichernden Maßnahmen in der Pflege, der Betreuung und der Behandlung,
5. die Gesundheitsvorsorge einschließlich der Ernährungsberatung,
6. die umfassende Begleitung Sterbender,
7. die Anleitung, Beratung und Unterstützung von Pflegekräften, die nicht Pflegefachkräfte sind,
8. die Betreuung und Beratung alter Menschen in ihren persönlichen und sozialen Angelegenheiten,
9. die Hilfe zur Erhaltung und Aktivierung der eigenständigen Lebensführung einschließlich der Förderung sozialer Kontakte und
10. die Anregung und Begleitung von Familien- und Nachbarschaftshilfe und die Beratung pflegender Angehöriger.

Darüber hinaus soll die Ausbildung dazu befähigen, mit anderen in der Altenpflege tätigen Personen zusammenzuarbeiten und diejenigen Verwaltungsarbeiten zu erledigen, die in unmittelbarem Zusammenhang mit den Aufgaben in der Altenpflege stehen.

(2) Soweit in Modellvorhaben nach § 4 Abs. 7 erweiterte Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten erprobt werden, hat sich die Ausbildung auch auf die Befähigung zur Ausübung der Tätigkeiten zu erstrecken, für die das Modellvorhaben qualifizieren soll. Das Nähere regeln die Lehrpläne der Altenpflegesschulen und die Ausbildungspläne der Träger der praktischen Ausbildung.

!	Zur Vertiefung könnten Sie die Bestimmungen des Kranken- bzw. Altenpflegegesetzes – nicht nur die hier abgedruckten – anhand folgender Fragen reflektieren:
---	---

1. Wo ist die spezifisch pflegerische Ausbildung fokussiert? Wo finden Sie Aussagen zu den Bezugswissenschaften?
2. Ist in den Ausbildungsbestimmungen zwischen Kranken- / Kinderkranken- / Altenpflege differenziert? Wie wirkt sich dies auf die Berufstätigkeit aus: darf ein Krankenpfleger mehr oder weniger als ein Altenpfleger? Ist die Tätigkeit des Kinderkrankenpflegers auf Kinder (welcher Altersklasse?) beschränkt? Dürfen Altenpfleger nur Alte behandeln?
3. Wo ist das Verhältnis zwischen Medizin und Pflege definiert und – wenn ja – wie?

Zudem können Sie überlegen:

4. Wo finden Sie Regelungen über die Schweigepflicht ihrer Berufsgruppe?
5. These: Für eine selbständige pflegerische Tätigkeit ohne ärztliche Verordnung benötigen Sie eine Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz¹⁵. Finden Sie (Ausbildungs-)Vorschriften und Argumente, die für bzw. gegen eine arztabhängige Berufstätigkeit sprechen!
6. Pflegeberatung kann auch schnell zur Rechtsberatung werden. Z.B. könnten Sie empfehlen, gegen einen offensichtlich falschen Bescheid betreffend eine Pflegestufe Rechtsmittel einzulegen. Inwieweit sind derartige rechtliche Auskünfte Rechtsanwälten vorbehalten?

2.3 Die Perspektive des Staates

2.3.1 Grundrechte und Pflege: siehe Teilbereich 3

2.3.2 Rechtsstaatsprinzipien und Pflege: siehe Teilbereich 3

2.3.3 Übersicht: Materielles und prozessuales Recht

2.3.3.1 Die Rechtsordnung

Die Rechtsordnung als Inbegriff aller rechtlich relevanten, von den Bürgern eines Staates zu beachtenden Rechtsnormen kann in die drei Bereiche des Privatrechtes, des Strafrechtes und des Öffentlichen Rechtes unterteilt werden.

Das Strafrecht hat die Funktion, ein bestimmtes gemeinschaftswidriges Verhalten zu sanktionieren. Es dokumentiert somit den Strafanspruch und das Gewaltmonopol des Staates

¹⁵ BVerwG, Urt.v. 26.08.09 – 3 C 19/08 –, Beschränkte Heilpraktikererlaubnis für selbständig tätige Physiotherapeuten nur nach Prüfung, MedR 2010, 334

gegenüber seinen Bürgern. Die wesentlichen Gesetze des Strafrechtes sind das Strafgesetzbuch (StGB), das Jugendgerichtsgesetz (JGG) und die Strafprozessordnung (StPO). Im Strafgesetzbuch sind Straftatbestände aufgeführt, deren Erfüllung eine bestimmte Sanktion zur Folge haben. So bestimmt § 212 StGB, dass derjenige, der einen Menschen tötet, mit Freiheitsstrafe nicht unter fünf Jahren bestraft wird. Die Strafprozessordnung hingegen beinhaltet das Verfahrensrecht, z.B. den Ablauf des Strafverfahrens, Aussageverweigerungsrechte von Zeugen und Rechtsmittel. Das JGG beinhaltet Erziehungs- und Strafmaßnahmen gegenüber Jugendlichen und Heranwachsenden.

Das Privatrecht regelt das Verhalten von Akteuren, die auf einer Stufe der rechtlichen Gleichrangigkeit gegenüberstehen. Gemeint ist in erster Linie das Recht der Bürger untereinander; das Privatrecht heißt deshalb auch Bürgerliches Recht oder Zivilrecht. Kennzeichen des Privatrechtes ist, dass grundsätzlich die beteiligten Akteure ihre Angelegenheiten in Konsensform regeln müssen. Keiner kann von einem anderen etwas kraft Gewalt verlangen. Erforderlich ist eine Einigung in Form eines Vertrages.

Beispiel: Jemand möchte von seinem Nachbarn einen Pkw erwerben. Er kann sich den Pkw nicht einfach wegnehmen, sondern muss mit seinem Nachbarn einen Kaufvertrag schließen. Typisch für das Privatrecht ist also, dass keiner einem anderen etwas befehlen kann.

Die wichtigsten rechtlichen Grundlagen des Privatrechtes sind das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) und das Handelsgesetzbuch (HGB). Das Verfahrensrecht ist in der Zivilprozessordnung (ZPO) niedergelegt. Die ZPO enthält Vorschriften, auf welche Weise eine Person ihre Rechtsansprüche durchsetzen kann (Gerichtsverfahren, Zwangsvollstreckung).

Den dritten Bereich der Rechtsordnung stellt das Öffentliche Recht dar. Es ist dadurch gekennzeichnet, dass ein Verhältnis von rechtlicher Über- und Unterordnung vorliegt. Dies bedeutet, dass ein Akteur (staatliche Institutionen) einem anderen, nämlich dem Bürger, kraft eines einseitigen Befehls eine Anweisung erteilen kann. Der Bürger ist dann grundsätzlich verpflichtet, sie auszuführen. Diese Abgrenzung des Privatrechtes von dem Öffentlichen Recht durch das Merkmal der Über-/Unterordnung (daher heißt diese Theorie auch

Unterwerfungs- bzw. Subordinationstheorie) funktioniert dort, wo der Staat belastende Maßnahmen für den Bürger realisiert (Polizeirecht, Ausländerrecht etc.). Dem gegenüber ist das heutige Öffentliche Recht auch dadurch gekennzeichnet, dass der Staat als Dienstleister auftritt. Auch deshalb wird das Öffentliche Recht auch Verwaltungsrecht genannt. In diesem Bereich wird die Zuordnung zum Öffentlichen Recht damit begründet, dass durch die Rechtsnormen ausschließlich die Träger der hoheitlichen Gewalt berechtigt oder verpflichtet werden (so genannte Sonderrechtstheorie). Im juristischen Schrifttum wird sehr viel Zeit darauf verwandt, eine Theorie zur Unterscheidung von öffentlichem und privatem Recht zu entwickeln. Dies hat zu einer Vielzahl von unterschiedlichen Theorieansätzen geführt, die hier im Einzelnen nicht dargestellt werden sollen. Mit den beiden oben aufgeführten Ansätzen kommt in der Regel eine zutreffende Zuordnung zum privaten oder zum öffentlichen Recht zustande.

Dass im juristischen Schrifttum so viel Energie für die Zuordnung zum Öffentlichen oder Privaten Recht verwandt wird, hat ihren Grund darin, dass die korrekte Zuordnung dafür relevant ist, welche Rechtsvorschriften angewandt werden und welcher Rechtsweg (Zivilgericht oder Verwaltungsgericht) beschritten werden kann.

Die Rechtsbeziehung im öffentlichen Recht wird durch eine Vielfalt von unterschiedlichen Gesetzen geprägt. An erster Stelle steht das Grundgesetz, welches die prägenden Wertentscheidungen beinhaltet. So sind die Grundrechte sowie die Verfassungsprinzipien (Rechtsstaatsprinzip, Sozialstaatsprinzip) von den hoheitlichen Akteuren zu beachten. Daneben existiert eine Vielzahl von Fachgesetzen (Krankenpflegegesetz, Infektionsschutzgesetz, Sozialgesetzbücher). Wie im Strafrecht und im Zivilrecht gibt es neben diesen Gesetzen, die die Inhalte regeln (Materielles Recht) auch solche, die das Verfahren regeln (Formelles Recht): die Verwaltungsverfahrensgesetze (VwVfG) betreffen das außergerichtliche, die Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO) das gerichtliche Verfahren.



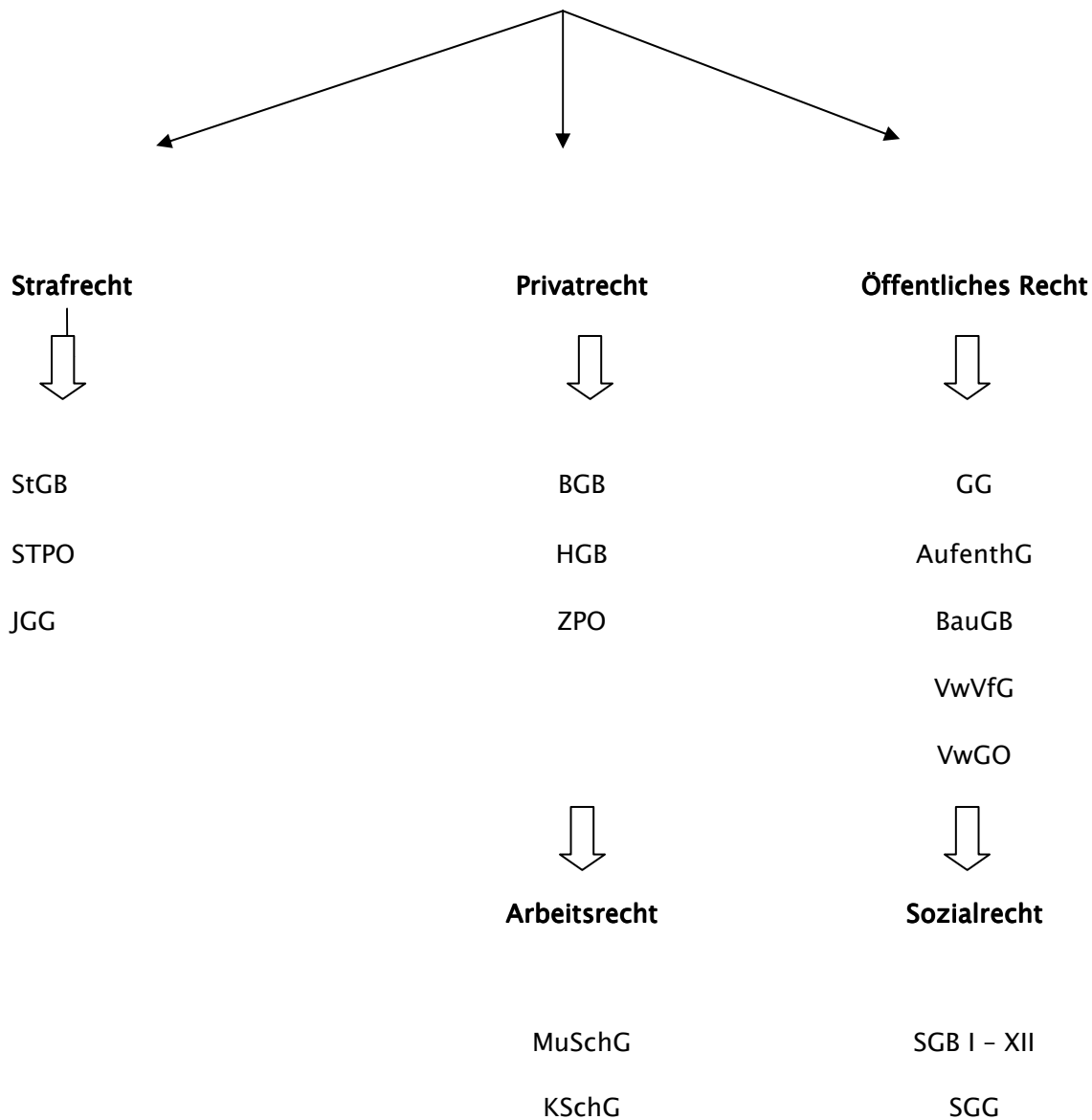
Übungsfälle: Differenzieren Sie nach Rechtsgebiet: Öffentliches oder Privates Recht?

(1) Die Studentin Katja wurde auf der Adalbertstrasse in Aachen von 2 netten jun-

	<p>gen Herren (Fußgängerzone) angesprochen und hat, ohne es eigentlich so richtig mitzubekommen, einen Handyvertrag unterschrieben. Davon will sie sich lösen, denn sie hat ja schon ein Handy...</p> <p>(2) Der Student Kasimir hat zwar rechtzeitig vor Studienbeginn einen BAFÖG-Antrag eingereicht. Jetzt ist er schon im zweiten Semester und hat immer noch nicht sein Geld. Langsam wird es knapp....</p> <p>(3) Wilhelm hat am Wochenende zu einer Spritztour das Fahrzeug seines Vaters ausgeliehen. Nach der Party überfuhr er eine Ampel, die nach seiner Erinnerung grün war. Für die Polizeibeamten allerdings zeigte sie auf rot, und das Rührchen bewies: zu viel Alkohol im Blut!</p> <p>(4) Was, wenn im Fall 3 Wilhelm bei der Trunkenheitsfahrt auch noch das Auto des Nachbarn beschädigt hätte?</p> <p>Lösungen:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Vertragsrecht ist Zivilrecht. Hier sind die Vertragsparteien grundsätzlich sehr frei. Katja hilft das Haustürwiderrufsgesetz.2. Öffentliches Recht: Beim BAFÖG unterstützt der Staat die Ausbildung. Kasimir kann Klagen, wenn ohne Grund über einen Antrag nicht binnen 3 Monaten entschieden ist.3. Trunkenheitsfahrten sind strafbar, denn sie gefährden die Allgemeinheit. Deshalb übt der Staat sein Sanktionsrecht aus. Er zieht u.a. die von ihm erteilte Fahrerlaubnis ein. Das Verhältnis zwischen Vater und Sohn beschreibt hingegen das Zivilrecht.4. Zivilrecht: Schadensersatzansprüche zwischen Bürgern entstehen nicht nur aufgrund vertraglicher Haftung, sondern auch bei Verletzung von absoluten Rechtsgütern, wie z.B. das Eigentum, § 823 Abs. 1 BGB.
--	--

!	Wiederholungsfrage: Warum ist das Strafrecht ein Teilgebiet des Öffentlichen Rechts?
---	--

2.3.3.2 Schema: Rechtsordnung



Ein besonderes Teilgebiet des Öffentlichen Rechts ist das Sozialrecht. Dazu gehören alle staatlichen Sozialleistungen (BAFÖG, Wohngeld, Sozialhilfe usw.) und solche der fünf Sozialleistungsträger (Renten-, Kranken-, Pflege-, Arbeitslosen- und Unfallversicherung). Weil auch das Sozialrecht schon für sich genommen ein großes Rechtsgebiet umfasst, hat es ein eigenes Verfahrensrecht und eine eigene Gerichtsordnung.

2.3.4 Die Rechtsquellen des Sozialrechts

2.3.4.1 Das Sozialgesetzbuch

Wir hatten gesehen, dass das Sozialrecht ein besonderes Teilgebiet des Öffentlichen Rechts ist. Früher war dieses in unterschiedlichen Fachgesetzen geregelt. Um das Rechtsgebiet übersichtlicher und einheitlicher zu gestalten, hat man Mitte der 1970er Jahre damit begonnen, alle Gesetze in einem gemeinsamen Buch, dem Sozialgesetzbuch – SGB – zu vereinen. Dieser Vorgang ist noch nicht abgeschlossen. So wurde das Recht der Sozialhilfe, das früher in dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG) geregelt war, erst zum 01.01.2005 als SGB XII in das Sozialgesetzbuch aufgenommen. Zur gleichen Zeit entstand das SGB II – das sog. Harzt IV – Gesetz.

Dieses Sozialgesetzbuch enthält sowohl reines Verfahrensrecht in den Büchern SGB I, IV und X. Darüber hinaus sind die einzelnen Fachgebiete wie folgt aufgenommen:

- SGB I: Allgemeiner Teil
- SGB II: Grundsicherung für Arbeitssuchende (tritt zum 1.1.2005 in Kraft)
- SGB III: Arbeitsförderung
- SGB IV: Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung
- SGB V: Gesetzliche Krankenversicherung
- SGB VI: Gesetzliche Rentenversicherung
- SGB VII: Gesetzliche Unfallversicherung
- SGB VIII: Kinder- und Jugendhilfe
- SGB IX: Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
- SGB X: Verwaltungsverfahren
- SGB XI: Soziale Pflegeversicherung
- SGB XII: Sozialhilfe (tritt am 1.1.2005 in Kraft)

Bislang noch nicht in das Sozialgesetzbuch aufgenommen wurden folgende Gebiete des Sozialrechts:

- Bundesausbildungsförderungsgesetzes (BAFÖG)
- Wohngeldgesetz
- Versorgungsrecht (Versorgung der Kriegsoffer des Krieges, Opferentschädigungsgesetz usw.)
- Versicherung der Selbstständigen (z.B. Alterssicherung der Landwirte, Künstlersozialversicherung)
- Gerichtliche Verfahren: Gerichtsverfassungsgesetz, VwGO, Sozialgerichtsgesetz

Die meisten Sozialgesetze finden wir zusammengefasst in dem Sozialgesetzbuch (SGB). Das erste, vierte und zehnte Sozialgesetzbuch betrifft Verfahrensrecht; die anderen materielles Recht. Das Verfahrensrecht für die Sozialgerichte ist gesondert geregelt in dem Sozialgerichtsgesetz (SGG).

2.3.4.2 Schema: Sozialrecht

Verfahrensrecht / Prozeßrecht	Im SGB geregeltes materielles Recht	Nicht im SGB geregeltes materielles Recht
SGB I	SGB II: Grundsicherung für Arbeitssuchende	BEEG: Elternzeit und Elterngeld
SGB IV	SGB III: Arbeitsförderung	WoGG: Wohngeldrecht
SGB X	SGB V: Gesetzliche Krankenversicherung	Kriegsopfer-Versorgungsrecht
	SGB VI: Gesetzliche Rentenversicherung	OEG: Opferentschädigungsgesetz
SGG: Sozialgerichtsgesetz	SGB VII: Gesetzliche Unfallversicherung	BAFÖG
	SGB VIII: Kinder- und Jugendhilfe	
	SGB XII: Sozialhilfe	

Die einzelnen Leistungen des Sozialrechts sind in §§ 18 ff. SGB I aufgelistet. Es handelt sich im Wesentlichen um:

- § 18: Leistungen der Ausbildungsförderung
- § 19: Leistungen der Arbeitsförderung
- § 19a: Leistungen der Grundsicherung für Arbeitssuchende

- § 21: Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung
- § 21a: Leistungen der sozialen Pflegeversicherung
- § 22: Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung
- § 23: Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung
- § 24: Versorgungsleistungen bei Gesundheitsschäden
- § 25: Kindergeld und Erziehungsgeld
- § 26: Wohngeld
- § 27: Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe
- § 28: Leistungen der Sozialhilfe
- § 29: Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen

☒	<p>Beispiel:</p> <p>Die 8-jährige Maja erleidet beim Schwimmen einen schweren Unfall. Die Krankenhausbehandlung wird von ihrer gesetzlichen Krankenversicherung übernommen, SGB V. Leider verbleibt ein erheblicher Gesundheitsschaden und Maja ist pflegebedürftig. Um Pflegegeld zu erhalten, muss eine Pflegestufe festgestellt werden. Darüber gibt es Vorschriften in dem SGB XI.</p> <p>Wenn Maja oder ihre Eltern mit der Einstufung nicht einverstanden sind, können sie gegen die Feststellung der Pflegestufe Widerspruch einlegen. Dass es ein solches Recht gibt und wie ein Widerspruchsverfahren abläuft, ist Verfahrensrecht. Das Verfahrensrecht ist für alle Zweige der Sozialversicherungen gleich. Es ist deshalb in einem gesonderten Gesetz, hier dem SGB X, geregelt.</p>
----------	---

3 Das System der Privaten Sicherung in der Pflege

3.1 Die privat Versicherten

3.1.1 Der Personenkreis

Grundsätzlich soll und muss der Bürger für sich selbst sorgen. Nach liberalem Verständnis greift der Staat nur dort ein und regelt etwas, wo es zum Schutz der Allgemeinheit notwendig ist.

Das bedeutet: der Staat überlässt es weitgehend uns selbst, Vorsorge gegen bestimmte Risiken zu treffen. Es bleibt dem Bürger z.B. selbst überlassen, seine Haftung für privates

Verhalten abzusichern (Privathaftpflichtversicherung), das Prozeßkostenrisiko zu minimieren (Rechtsschutzversicherung) oder die Angehörigen für den Todesfall abzusichern (Lebensversicherung). Eine gesetzliche Pflichtversicherung besteht hingegen beim Halten eines Fahrzeuges: für den Schaden, der anderen zugefügt werden kann, besteht die Versicherungspflicht (Kfz-Haftpflicht)¹⁶.

Eine private Versicherung ist ein zivilrechtlicher Vertrag zwischen einer Versicherungsgesellschaft und einem Versicherungsnehmer. Streng genommen, müssten die beiden Vertragsparteien die Bedingungen des Vertrages und natürlich auch den Versicherungsbeitrag aushandeln. Wegen der Komplexität dessen, was dann alles zu verhandeln wäre, hat man die Versicherungsbedingungen längst in Bezug auf die o.a. Inhalte typisiert. Das Prinzip aber ist die freie Entscheidung, ein gewisses Risiko durch Abschluss eines Vertrags abzusichern.

Aufgrund großer sozialer Unterschiede und Armut unter den Arbeitern Ende des 19. Jahrhunderts sah Reichskanzler Bismarck die Notwendigkeit einer Versicherungspflicht gegen die Risiken der Krankheit, des Alters und des Arbeitsunfalles. Er führte 1883 die ersten Sozialversicherungen ein und beteiligte die Arbeitgeberseite zur Hälfte an den Beiträgen. Damit waren diese Risiken auch solidarisch abgesichert, denn auf der Seite der Arbeitnehmer sorgten die Erwerbstätigen mit ihren Beiträgen für die Sicherung der Betroffenen¹⁷. Zur gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherung kamen 1927 die Arbeitslosenversicherung und 1995 die Pflegeversicherung hinzu. Inzwischen ist die Unterscheidung zwischen Arbeitern und Angestellten aufgehoben. 90 % der Bevölkerung sind gesetzlich krankenversichert.

Historisch betrachtet, bestand zunächst kein Risiko für die selbständigen Unternehmer und die leitenden Angestellten. Aufgrund ihres hohen Einkommens sollten sie für sich selbst sorgen. Deshalb bestand für sie zunächst keine Versicherungspflicht.

3.1.2 Die private Krankenversicherung

In der Krankenversorgung ist das System der privat Versicherten etabliert. Versichert sind hier etwa 10 % der Bevölkerung.

¹⁶ Der potentielle Schaden am eigenen Fahrzeug lässt sich mit Hilfe einer (freiwilligen) Kaskoversicherung absichern.

¹⁷ Stichwort: Generationenvertrag. Die jungen Erwerbstätigen sichern die Altersrenten mit ihren Beiträgen in die Rentenversicherung.

Seit dem 01.09.2009 besteht die Krankenversicherungspflicht. Das bedeutet: jede Bürgerin / jeder Bürger ist dazu verpflichtet, eine Krankenversicherung zu haben.

Offensichtlich hat der Gesetzgeber im Hinblick auf das Krankheitskosten-Risiko die Notwendigkeit gesehen, eine allgemeine Pflicht einzuführen. Dies deshalb, weil immer mehr Selbständige verarmten, keine Krankenversicherung mehr hatten und letztlich – siehe Netz mit doppeltem Boden¹⁸ – auf Kosten der Sozialhilfe versorgt werden mussten.

Die zwei parallelen Systeme der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung wurden beibehalten. Die Einführung der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht betraf beide. Das bedeutet: die privaten Krankenversicherungen wurden 2009 dazu verpflichtet, früher dort Versicherte wieder aufzunehmen¹⁹. Sie führten einen sog. Basistarif ein. Das ist ein Versicherungsbeitrag, der in etwa der Höhe von Beiträgen in der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht und auch entsprechende Leistungen enthält. Wer hingegen keinen Anspruch auf Mitgliedschaft in einer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung hat, muss in der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen werden²⁰.

In der privaten Krankenversicherung besteht im Vergleich zur gesetzlichen eine völlig andere Struktur. Beide Systeme sind nicht kompatibel. Im Unterschied zu einem gesetzlich Versicherten kann ein Privatpatient mit seiner Versicherung eine Selbstbeteiligung vereinbaren. Bleibt er gesund und nimmt also seine Versicherung nicht in Anspruch, erhält er einen Teil des Jahresbeitrags zurückerstattet. Derartige Regelungen kennt das System der gesetzlichen Krankenversicherung bislang nicht.

Privatpatienten erhalten von ihren Ärzten oder Pflegediensten eine Rechnung und reichen diese bei ihrer Privatversicherung ein. Hier gilt also das Kostenerstattungsprinzip. Demgegenüber gilt in der gesetzlichen Krankenversicherung das Sachleistungsprinzip: die Abrechnung erfolgt nicht unmittelbar zwischen Arzt und Patient, sondern zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung als Vertreter der Ärzte und den Verbänden der gesetzlichen Krankenkassen.

Auch für die Heilberufe ergeben sich erhebliche Unterschiede: um überhaupt mit gesetzlichen Krankenversicherungen abrechnen zu können, bedarf ein ambulant tätiger Arzt einer besonderen Zulassung als „Vertragsarzt“. Entsprechendes gilt für die Zulassung der Krankenhäuser, Physiotherapeuten u.a. Solcher Art Zulassung kennt das System der privaten Krankenversicherung nicht.

¹⁸ Prüfschema pflegerische und existenzsichernde Leistungen, S. 14

¹⁹ Insofern besteht also keine Vertragsfreiheit.

²⁰ § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V

Die Leistungen der privaten Krankenversicherungen sind typisiert beschrieben in den Musterbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankentagegeldversicherungen (MB/KK). Sie gelten für alle privaten Krankenversicherungen, jedoch sind Abweichungen erlaubt²¹.

Unterschiede ergeben sich auch bei den Pflegeleistungen – und zwar nicht nur zu Gunsten der Privatpatienten: während die häusliche Krankenpflege in der gesetzlichen Krankenkasse zum Versicherungsumfang gehört²², ist sie – jedenfalls, was die Medikamentengabe zu Hause angeht – nicht mitversichert²³.

Auch die Vergütungen unterliegen zwei unterschiedlichen Systemen: Die Vergütung ambulanter ärztlicher Leistungen erfolgt auf der Basis der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), während entsprechende Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) vergütet werden. Die Inkompatibilität der Systeme setzt sich hier fort. Das liegt zum einen an unterschiedlichen Vertragspartnern, die die Gebührensätze aushandeln. Zum anderen ist in der gesetzlichen Krankenversicherung der Katalog der ärztlichen Leistungen beschränkt und das Leistungsvolumen einer ambulanten Praxis budgetiert.

Diese Differenzierung setzt sich bei Krankenhausbehandlungen fort: während gesetzliche Krankenkassen nur die Behandlungen in zugelassenen Krankenhäusern übernehmen und nach dem DRG²⁴-System vergüten, werden von den Privatkassen auch die Kosten in Privatkliniken übernommen²⁵. Hier wird zwischen ärztlichen Behandlungen, die nach der GOÄ abgerechnet werden, und den Krankenhauskosten (Unterkunft und Pflege) unterschieden.

3.1.3 Die private Pflegeversicherung

Schon bei der Einführung der Pflegeversicherung zum 01.01.1995 wurden die privat wie gesetzlich Versicherten zum Abschluss einer Pflegeversicherung verpflichtet.

²¹ Stock, Psychotherapie: Kostenerstattung privater Krankenkassen nur bei Ärzten, MedR 2006, 593 ff.

²² § 37 SGB V

²³ OLG Schleswig-Holstein, Urt.v. 24.11.2011 – 16 U 43/11 –

²⁴ DRG = Diagnostic Related Groups: entsprechend der Diagnose wird für den Patienten bezahlt – unabhängig von seiner Verweildauer und der konkreten Behandlungsart.

²⁵ § 4 Abs. 4 und Abs. 5 MB/KK

Hier lautet das Prinzip: „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“, d.h. die Versicherungsnehmer sind dazu verpflichtet dort, wo sie eine private Krankenversicherung abgeschlossen haben, auch eine Pflegeversicherung zu haben²⁶.

Die privaten Pflegeversicherungen sind ihrerseits nicht nur zum Abschluss einer Versicherung verpflichtet. Sie sind auch, was die Einstufung in die Pflegestufen betrifft, an die Vorschriften über die gesetzliche Pflegeversicherung gebunden. Das gilt auch für die Inhalte der Versicherungsleistungen, welche in den Musterbedingungen für die Private Pflegeversicherung (MB/PPV) niedergelegt sind.

Die private Pflegeversicherung ist nicht mit der privaten Pflegezusatzversicherung²⁷ zu wechseln. Ab 01.01.2013 unterstützt die Bundesregierung jeden – also auch gesetzlich Versicherten – der eine Zusatzversicherung abschließt, weil die (gesetzliche oder private) Pflegeversicherung nicht sämtliche Pflegekosten abdeckt.

3.2 Die Beamtenversorgung

Das Beamtenrecht geht grundlegend von dem Prinzip aus, dass der Staat als Dienstherr die Versorgung der Beamten übernimmt. Es gilt also weder das Prinzip der Eigenversorgung, das die private Krankenversicherung bestimmt, noch das einer Solidargemeinschaft wie in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Konkret bedeutet dies, dass Beamte grundsätzlich nicht Vorsorge für den Fall der Krankheit, des Todes, des Alters oder der Erwerbsunfähigkeit durch eigene Beiträge leisten müssen. Sie zahlen erst einmal nicht in ein Versicherungssystem ein, weil schon der Staat für sie sorgt²⁸. Im Fall der Krankheit und Pflegebedürftigkeit tritt die sog. Beihilfe für die Beamten ein. Bei Dienstunfällen übernimmt die Unfallfürsorge die Kosten. Beamte erhalten im Falle der Dienstunfähigkeit oder des Eintritts in den Ruhestand keine Rente, sondern Versorgungsbezüge.

Dieses System gilt jedoch nicht für jeden Bundes- oder Landesbeamten in vollem Umfang ausnahmslos. Die Beihilfe – dies ist die der Kranken- und Pflegeversicherung entsprechende Leistung – zahlt in der Regel nur 70 % der Behandlungskosten. Für die übrigen 30 % muss

²⁶ Das nach § 23 Abs. 2 SGB XI mögliche Auseinanderfallen von Kranken- und Pflegeversicherung kommt in der Praxis kaum vor.

²⁷ Pflege-Neuausrichtungsgesetz; di Bella, Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung in der Pflege, RDG 2012, 142; Stock, Die Pflegereform 2013 – Was kommt da auf uns zu? <http://www.rdgs.de/themenfelder/pflege-und-betreuung/>

²⁸ Nach einigen Jahren wird man Beamter auf Lebenszeit; das Risiko der Arbeitslosigkeit besteht daher nicht.

der Beamte sich selbst versichern. Insofern besteht eine Versicherungspflicht, eine private Zusatzversicherung abzuschließen.

Hier gilt das Kostenerstattungsprinzip. Das bedeutet: ein Beamter erhält von einem Arzt eine Rechnung und muss diese bei 2 Stellen zur Erstattung einreichen: bei der Beihilfestelle²⁹ und seiner privaten Kranken- oder Pflegezusatzversicherung.

3.3 Die Selbstbeteiligung der gesetzlich Versicherten

3.3.1 Eigenanteile in der gesetzlichen Versorgung

Das von Bismarck geschaffene Prinzip einer hälftigen Beteiligung an den Kosten der Krankenversicherung ist schon lange durchbrochen. Zur hälftigen Teilung der Beitragslast zwischen der Arbeitnehmer- und der Arbeitgeberseite ist die Selbstbeteiligung der Patientinnen und Patienten gekommen.

Wer krank ist, muss zuzahlen³⁰. Diese Aussage betrifft nicht mehr die quartalsweise zu entrichtende Praxisgebühr³¹, aber die Beteiligung an Heilmitteln, Hilfsmitteln³² und Krankenhauskosten³³. Brillen und Zahnbehandlung fallen ohnehin weitgehend aus dem Katalog der von den gesetzlichen Krankenkassen zu erbringenden Leistungen heraus.

Ähnliches gilt für die Pflegeversicherungen: hier sind die Beträge, mit denen sich die gesetzlichen Pflegeversicherungen an den Pflegekosten beteiligen, nach Pflegestufen festgeschrieben. Das bedeutet: unabhängig von dem jeweils notwendigen Aufwand beteiligt sich die Pflegekasse lediglich mit einem fest stehenden Betrag. Nur im günstigsten Fall übernimmt sie die Kosten für einen ambulanten Pflegedienst vollständig; die Kosten für die Unterbringung in einem Pflegeheim werden ganz regelmäßig nur zu einem fest stehenden Teilbetrag übernommen; im Übrigen müssen die Pflegebedürftigen, ihre Angehörigen oder der Staat die Kosten übernehmen.

²⁹ Für Beamte des Landes NRW: Das Landesamt für Besoldung und Versorgung in Düsseldorf

³⁰ § 61 SGB V enthält die Bestimmungen zur Höhe der Zuzahlung

³¹ § 28 Abs. 4 SGB V ist weggefallen!

³² § 33 Abs. 8 SGB V

³³ § 39 Abs. 4 SGB V

Entsprechend bieten die gesetzliche Renten-, Arbeitslosen- und Unfallversicherung nur einen relativen Schutz vor dem Risiko, alt, erwerbsunfähig, arbeitslos zu werden oder eine Berufskrankheit bzw. einen Berufsunfall zu erleiden.

Da die Rente im Alter oftmals nicht ausreichen wird, gibt es darüber eine aktuelle politische Diskussion³⁴. Viele weitere Beispiele ließen sich anführen: das Arbeitslosengeld I wird nur zeitweise – abhängig von der Dauer der Beschäftigung und dem Lebensalter – gezahlt; das Krankengeld von der Krankenversicherung in der Regel nur für 78 Wochen³⁵.

3.3.2 Private Zusatzversicherungen

Es ist also durchaus nicht so, dass die Versichertengemeinschaft das Krankheitskostenrisiko komplett übernimmt. Inzwischen besteht die Möglichkeit für gesetzlich Versicherte, durch den Abschluss privater Zusatzversicherungen einen größeren als den gesetzlichen Versicherungsschutz zu erreichen.

Ähnlich verhält es sich mit der Pflegeversicherung. Ab dem 01.01.2013 gibt es für diejenigen, die eine private Pflege-Zusatzversicherung abschließen, eine staatliche Förderung. Bei einem Mindestbeitrag von monatlich 10 € zahlt der Staat 5 € dazu. Bei Pflegebedürftigkeit können die Zusatzversicherten einen über die gesetzlichen Leistungen hinausgehenden Zuschuss erwarten. Demgegenüber ist der Abschluss einer Pflegegeld-Versicherung nicht zuschussfähig.

Auch in der Rentenversicherung kennen wir inzwischen die staatliche Förderung bei Rierter- und Rürup-Renten.

Das Risiko der Berufsunfähigkeit wird häufig durch private Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen minimiert.

³⁴ Ab 01.01.2013 wurde der Beitragssatz erst einmal auf 18,9 % gesenkt.

³⁵ § 48 SGB V

4 Die Sozialversicherungen

4.1 Die gesetzliche Krankenversicherung

4.1.1 Typischer Fall

☒	Sie sind im Sozialdienst eines Krankenhauses angestellt. Nach der Erstbehandlung eines leichten Schlaganfalls möchte ein 76-jähriger Patient so schnell wie möglich in seine Wohnung zurück, obwohl die Ärzte sein weiteres Verbleiben im Krankenhaus für erforderlich halten und ihm den Einzug in ein Pflegeheim nahe legen. Mit Ihrer Hilfe wird häusliche Krankenpflege beantragt. Der Patient erhält einen Bescheid, wonach die Krankenkasse nur die Behandlungspflege für die Dauer von 2 Wochen bewilligt. Ist das rechtens?
---	---

4.1.2 Einführung in das Rechtsgebiet

Die soziale (= gesetzliche) Krankenversicherung schützt den Versicherten und seine mitversicherten Familienangehörigen bei Krankheit und Mutterschaft. Heute sind ca. 90 Prozent der bundesdeutschen Bevölkerung in einer gesetzlichen Krankenversicherung versichert. Die übrigen Bundesbürger sind entweder privat krankenversichert oder durch die beamtenrechtliche Beihilfe versorgt.

In diesen und den folgenden Kapiteln geht es ausschließlich um die Leistungen durch die gesetzlichen Sozialversicherungsträger.

4.1.3 Standort der Pflege

Das Krankenversicherungsrecht begegnet den Pflegerinnen und Pflegern nicht nur bei einer Beschäftigung in einer Klinik oder bei einem ambulanten Kranken- und Pflegedienst, sondern stets, wenn ihm kranke Patienten begegnen.

4.1.4 Gesetze und andere Rechtsnormen

Das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung ist hauptsächlich im Sozialgesetzbuch V geregelt. Im Übrigen gelten zahlreiche Vereinbarungen zwischen den Krankenkassen einerseits und den Leistungserbringern (Ärzte, Wohlfahrtsverbände) andererseits.

4.1.5 Zuständige Behörden und Gerichte

Träger der gesetzlichen Krankenversicherung sind 134 unterschiedliche Versicherungen³⁶. Zu unterscheiden sind im Wesentlichen folgende Krankenkassenarten:

- Allgemeine Ortskrankenkassen (AOK)
- Betriebskrankenkassen (BKK); (jeder Unternehmer kann für seinen Betrieb eine Betriebskrankenkasse errichten, wenn er dort mindestens 450 Versicherungspflichtige beschäftigt).
- Innungskrankenkassen (IKK), für die handwerklichen Innungen angehörenden Berufsgruppen
- Ersatzkassen (BEK), ursprünglich zuständig für Angestellte
- Bundesknappschaft, ursprünglich zuständig für die im Bergbau Beschäftigten,
- Landwirtschaftliche Krankenkassen.

Inzwischen ist es jedem Pflichtversicherten möglich, die gesetzliche Krankenkasse zu wechseln. Dadurch sind die ursprünglichen Zuständigkeiten aufgehoben. Die gesetzlichen Krankenkassen verwalten sich selbst (Sozialwahlen).

Entscheidungen über das Recht der Krankenversicherungen treffen die Sozialgerichte.

³⁶ Zugriff vom 18.09.2013:

http://www.gkvspitzenverband.de/krankenversicherung/krankenversicherung_grundprinzipien/alle_gesetzlichen_krankenkassen/alle_gesetzlichen_krankenkassen.jsp

4.1.6 Solidarität und Eigenverantwortung

§	<p>§ 1 SGB V Solidarität und Eigenverantwortung</p> <p>Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankheitsbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden. Die Krankenkassen haben den Versicherten dabei durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen und auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken.</p>
----------	---

4.1.7 Mitgliedschaft und Beitragspflicht

Es gibt zwei Arten der Mitgliedschaft. Man kann der gesetzlichen Krankenversicherung als Pflichtmitglied (Pflichtversicherter) oder als freiwilliges Mitglied (freiwillig Versicherter) angehören.

Geringfügige Beschäftigungen³⁷ sind für die Arbeitnehmer sozialversicherungsfrei, § 7 SGB V.

Die Pflichtversicherten werden durch Gesetz zur Mitgliedschaft in der Krankenkasse gezwungen. Pflichtmitglieder sind im Wesentlichen (vgl. § 5 SGB V):

- Arbeiter und Angestellte bis zu einem bestimmten Jahreseinkommen (Jahresarbeitsentgeltgrenze, sie liegt im Jahr 2013 bei 52.200 € Jahreseinkommen).
- Rentner
- Auszubildende
- Arbeitslose

³⁷ § 8 Abs. 1 Nr. 1 SGB IV: 450 € Jobs

- Studierende bis zum 30. Lebensjahr
- Landwirte.

Für Pflichtmitglieder ist der Beitragssatz von 15,5 % des Arbeitnehmer-Bruttoeinkommens zu entrichten, und zwar³⁸:

von dem Arbeitnehmer: 8,2 %

von dem Arbeitgeber: 7,3 %

Die Zahlung erfolgt durch den Arbeitgeber durch Abzug vom Lohn. Verdient ein Arbeitnehmer mehr als 3.937,50 € brutto monatlich (47.250 € pro Jahr), erreicht er die sog. Beitragsbemessungsgrenze. Sie bestimmt den Höchstbetrag des Einkommens, von dem der Prozentsatz gebildet wird.

Angestellte, die noch mehr verdienen (52.200 € brutto pro Jahr), erreichen die Jahresarbeitsentgeltgrenze. Wird diese überschritten, besteht keine Pflichtversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung mehr. Angestellte, die diese Einkommensgrenze überschreiten, versichern sich häufig bei ihrer bisherigen gesetzlichen Versicherung freiwillig weiter. Ein freiwilliges Versicherungsverhältnis ist – im Gegensatz zur Pflichtversicherung – weitgehend vom Willen des Einzelnen abhängig, d.h. der Versicherte kann wählen, ob er z.B. nur die gesetzlichen oder zusätzliche Leistungen (z.B. Einbettzimmer im Krankenhaus) versichern will.

In der Regel sind der Ehegatte, der Lebenspartner und die Kinder von Mitgliedern der GKV über diese mitversichert, § 10 SGB V. Diese Familienversicherung ist ein entscheidender sozialer Vorteil gesetzlicher Krankenkassen, der diese allerdings auch viel Geld kostet.

³⁸ Die Prozentsätze und Einkommensgrenzen gelten für 2013. <http://www.lohn-info.de/sozialversicherungsbeitraege2013.html>

!	<p>Vergleichen Sie einmal die Krankenversicherungs- mit der Rentenversicherungspflicht, § 5 SGB V und § 2 SGB VI:</p> <p><u>Selbständig tätige Pflegepersonen</u>, die in der Kranken-, Wochen-, Säuglings- oder Kinderpflege tätig sind und im Zusammenhang mit ihrer selbständigen Tätigkeit regelmäßig keinen versicherungspflichtigen Arbeitnehmer beschäftigen, sowie Hebammen und Entbindungspfleger sind zwar in der gesetzlichen Rentenversicherung pflichtversichert, nicht aber in der gesetzlichen Krankenversicherung.</p>
---	--

4.1.8 Leistungen der Krankenversicherung

Die Leistungen der Krankenversicherung beschränken sich nicht nur auf die Behandlung von Krankheiten. So erbringen die Krankenkassen auch Sachleistungen im Zusammenhang mit der Gesundheitsförderung (Kurse zur Raucherentwöhnung oder Ernährungsberatung), der Verhütung von Krankheiten (Zahnuntersuchungen) oder der Vorbeugung von Krankheiten (Krebsvorsorgeuntersuchung). Bei Schwangerschaft und Mutterschaft wird von den Krankenkassen neben den Hilfen bei der Entbindung und der häuslichen Pflege das Mutterschaftsgeld geleistet.

§	<p>§ 11 SGB V</p> <p>Versicherte haben nach den folgenden Vorschriften Anspruch auf Leistungen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§§ 24c bis 24i), 2. zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung sowie zur Empfängnisverhütung, bei Sterilisation und bei Schwangerschaftsabbruch (§§ 20 bis 24b), 3. zur Früherkennung von Krankheiten (§§ 25 und 26), 4. zur Behandlung einer Krankheit (§§ 27 bis 52), 5. des Persönlichen Budgets nach § 17 Abs. 2 bis 4 des Neunten Buches. <p>(2) Versicherte haben auch Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie auf unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen, die notwendig sind, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Leistungen der aktivierenden Pflege nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit werden von den Pflegekassen erbracht. Die Leistungen nach Satz 1 werden unter</p>
---	---

	<p>Beachtung des Neunten Buches erbracht, soweit in diesem Buch nichts anderes bestimmt ist.</p> <p>(3) Bei stationärer Behandlung umfassen die Leistungen auch die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Versicherten oder bei stationärer Behandlung in einem Krankenhaus nach § 108 oder einer Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung nach § 107 Abs. 2 die Mitaufnahme einer Pflegekraft, soweit Versicherte ihre Pflege nach § 66 Absatz 4 Satz 2 des Zwölften Buches durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen.</p> <p>(4) Versicherte haben Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insb. zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche; dies umfasst auch die fachärztliche Anschlussversorgung. ...</p> <p>(5) Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sie als Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung zu erbringen sind. Dies gilt auch in Fällen des § 12a des Siebten Buches.</p> <p>(6) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung zusätzliche vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht ausgeschlossene Leistungen in der fachlich gebotenen Qualität im Bereich der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation (§§ 23, 40), der künstlichen Befruchtung (§ 27a), der zahnärztlichen Behandlung ohne die Versorgung mit Zahnersatz (§ 28 Absatz 2), bei der Versorgung mit nicht verschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimitteln (§ 34 Absatz 1 Satz 1), mit Heilmitteln (§ 32) und Hilfsmitteln (§ 33), im Bereich der häuslichen Krankenpflege (§ 37) und der Haushaltshilfe (§ 38) sowie Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern vorsehen. ...</p>
--	---

4.1.9 Übersicht: Die Leistungen der GKV

Versicherungsrisiko	Leistung	Leistungserbringer	§§
Krankenversicherung		Gesetzliche Krankenkassen	SGB V
Schwangerschaft und Mutterschaft	Mutterschaftshilfe		§§ 24c bis 24h SGB V
	Mutterschaftsgeld	Geldleistung	§ 24i SGB V

Krankheit	Ärztliche und zahn-ärztliche Behandlung	Vertrags(zahn)arzt	28 SGB V
	Psychotherapeutische Behandlung	Ärztlicher, Psychologischer oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut	28 Abs. 3 SGB V
	Soziotherapie	Soziotherapeut	37a SGB V
	Häusliche Krankenpflege	Ambulanter Pflegedienst	37 SGB V
	Haushaltshilfe		38 SGB V
	Krankenhauspflege	Kassenkrankenhaus	39 SGB V
	Kuren	Reha-Klinik	40 SGB V
	Arzneimittel	Sachleistung; Kassenarzt; Apotheker	31 SGB V Arzneimittelrichtlinie
	Heilmittel (ambulante Reha)	Zugelassene Physio-, Ergo-therapeuten, Logopäden	32 SGB V Heilmittelrichtlinien
	Hilfsmittel	Sach- / Geldleistung	33 SGB V Hilfsmittelrichtlinien
	Zahnersatz		55 SGB V
Arbeitsunfähigkeit	Krankengeld	Lohnersatz	44 SGB V
(Tod)	(Sterbegeld)		entfallen

4.1.10 Das Sachleistungsprinzip

Die Krankenkassen gewähren Regel- und Mehrleistungen. Die vom Gesetz vorgeschriebenen Leistungen werden Regelleistungen genannt. Das sind die Mindestleistungen, die von allen gesetzlichen Krankenkassen im gleichen Umfang, in gleicher Höhe und unter den gleichen Bedingungen bewilligt werden müssen. Daneben können die Krankenkassen im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften weitere Leistungen gewähren, so genannte Mehrleistun-

gen. Hierfür ist erforderlich, dass diese in die Satzung der jeweiligen Krankenkasse aufgenommen sind.

Das Krankenkassenrecht ist vom Sachleistungsprinzip gekennzeichnet. Es bedeutet, dass die Krankenkassen im Verhältnis zum Versicherten nicht etwa Geldleistungen erbringen (z.B. die Arztkosten erstatten, die der Patient vorher verauslagt hat), sondern ihre Leistungen unmittelbar durch Vertragspartner ausführen lassen. Nicht jeder Arzt kann Krankenkassenleistungen erbringen, sondern nur derjenige, der entsprechende Verträge mit den Krankenkassen abgeschlossen hat. Er heißt deshalb „Vertragsarzt“.

Der Vertragsarzt oder -psychotherapeut muss eine Zulassung zur kassenärztlichen Versorgung haben (man nennt ihn dann auch Kassenarzt bzw. -psychotherapeut), das Krankenhaus muss ebenso zugelassen sein. Auch der Logopäde, Physiotherapeut, häusliche Krankenpflegedienst usw. muss einen Krankenkassenvertrag geschlossen haben.

Nun wäre es zu mühselig, in jedem einzelnen Vertrag z.B. die beruflichen Anforderungen an die Leistungserbringer zu definieren oder die Vergütung zu regeln. Deshalb existieren übergeordnete Verträge, manchmal auch Richtlinien genannt, die diese grundsätzlichen Bedingungen der Leistungserbringung regeln. Derartige Verträge werden zum Beispiel zwischen den Landeskassen und der kassenärztlichen Vereinigung als Vertreter aller Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten ausgehandelt.

4.1.11 Die Krankenbehandlung

§	<p>§ 27 SGB V</p> <p>(1) Versicherte haben Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfaßt</p> <ol style="list-style-type: none">1. Ärztliche Behandlung einschließlich Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung,2. zahnärztliche Behandlung, <p>2a. Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen</p>
---	--

	<p>nen,</p> <ol style="list-style-type: none">3. Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln,4. häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe,5. Krankenhausbehandlung,6. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen. <p>Bei der Krankenbehandlung ist den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen, insbesondere bei der Versorgung mit Heilmitteln und bei der medizinischen Rehabilitation. Zur Krankenbehandlung gehören auch Leistungen zur Herstellung der Zeugungs- oder Empfängnisfähigkeit, wenn diese Fähigkeit nicht vorhanden war oder durch Krankheit oder wegen einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation verlorengegangen war.</p> <p>Spender von Organen oder Geweben (Spender) haben bei einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben zum Zwecke der Übertragung auf Versicherte (Entnahme bei lebenden Spendern) Anspruch auf Leistungen der Krankenbehandlung.</p>
--	---

Der Begriff der Krankheit ist gesetzlich nicht definiert. Im krankenversicherungsrechtlichen Sinne ist Krankheit ein regelwidriger körperlicher, seelischer oder geistiger Zustand, der ärztlicher Behandlung bedarf oder – zugleich oder ausschließlich – Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat. Regelwidrig ist insoweit ein Zustand, der von der Norm vom Leitbild des gesunden Menschen abweicht.

!	<p>Beispiele für die Grenzen einer Erkrankung im rechtlichen Sinn:</p> <ul style="list-style-type: none">• Schönheitsoperationen• Entstellung, z.B. abstehende Ohren• Übergewicht (die Rechtsprechung geht von einem Body Maßindex 30 aus, bei der eine Behandlung mit dem Ziel der Gewichtsreduktion erforderlich ist, weil anderenfalls ein erhöhtes Risiko für das Auftreten von Folgeerkrankungen besteht.• Kaiserschnittentbindung auf Wunsch• Beschneidung von Jungen aus religiösen Gründen• Idiopathische Fertilitätsstörung: medizinisch nicht erklärbare Unfruchtbarkeit des Paares
----------	--

!	<p>Der Gesundheitsbegriff der WHO:</p> <p>„Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”</p> <p>Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen, körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit.</p>
----------	---

4.1.12 Die Vertragsärzte, -psychotherapeuten und Vertragszahnärzte

Die ambulante Krankenbehandlung erfolgt in erster Linie durch Ärzte, Psychotherapeuten und Zahnärzte. Die vertragsärztliche Versorgung gliedert sich in die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung. An der hausärztlichen Versorgung nehmen

1. Allgemeinärzte,
2. Kinderärzte,
3. Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, die die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt haben,
4. Ärzte, die nach § 95a Abs. 4 und 5 Satz 1 in das Arztregister eingetragen sind und
5. Ärzte, die am 31. Dezember 2000 an der hausärztlichen Versorgung teilgenommen haben,

teil (Hausärzte). Die übrigen Fachärzte nehmen an der fachärztlichen Versorgung teil.

Die Psychotherapeuten wurden 1999 in die vertragsärztliche Versorgung integriert. Sie bilden mit den Fachärzten für psychotherapeutische Medizin u.a. eine gemeinsame Facharztgruppe.

An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen zugelassene und ermächtigte Leistungserbringer sowie ärztliche Einrichtungen und medizinische Versorgungszentren teil. Eine Zulassung ist im Gegensatz zu einer Ermächtigung unbefristet und lediglich auf das spezifische Facharztgebiet beschränkt. Ein Medizinisches Versorgungszentrum ist eine fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtung, in denen Ärzte als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind³⁹.

³⁹ § 95 Abs. 1 S. 2 SGB V

Das Zulassungsrecht ergibt sich aus den §§ 95 ff. SGB V, der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV), den Bedarfsplanungs-Richtlinien (§§ 99, 102 SGB V) und der Rechtsprechung. Über die Zulassung entscheidet der Zulassungsausschuß, der paritätisch mit Vertretern der Krankenkassen und der Ärzte (Psychotherapeuten) besetzt ist. Eine Zulassung kann nur ausgesprochen werden, wenn für die hausärztliche oder fachärztliche Tätigkeit Bedarf vorhanden ist. Die meisten Kreise und kreisfreien Städte sind in Bezug auf die hausärztliche und fachärztliche Tätigkeit gesperrt, d.h. eine neue Zulassung kann nur ausgesprochen werden, wenn ein Vertragsarzt stirbt oder in den Ruhestand geht.

Aus den Vertragsärzten/Vertragstherapeuten sind auf Landesebene die kassenärztlichen Vereinigungen (KV) als Körperschaften des öffentlichen Rechts gebildet, die auf Bundesebene zur kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) verbunden sind. Mitglieder der kassenärztlichen Vereinigungen sind die zugelassenen und ermächtigten Ärzte/Therapeuten sowie die in den zugelassenen Medizinischen Versorgungszentren oder bei Vertragsärzten angestellten Ärzte/Therapeuten. Die kassenärztlichen Vereinigungen haben eine Doppelfunktion: Der so genannte Sicherstellungsauftrag verpflichtet sie zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen des GKV-Leistungsumfanges. Gegenüber den Krankenkassen und ihren Verbänden hat die KV die Gewähr dafür zu übernehmen, dass die vertragsärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht⁴⁰. Daraus folgt ein umfassendes Disziplinarrecht. Als zweite Funktion obliegt der KV die Interessenvertretung der Leistungserbringer und die Wahrnehmung der Rechte der Leistungserbringer gegenüber den Krankenkassen⁴¹.

Eine der für die Vertragsärzte wichtigsten Aufgaben der KV ist die Honorarverteilung. Während nach § 85 Abs. 1 SGB V die Krankenkasse nach Maßgabe des Gesamtvertrages die Gesamtvergütung an die jeweilige KV entrichtet, obliegt es dieser, sie unter die Vertragsärzte zu verteilen. Den Inhalt des Verteilungsmaßstabes (so genannter Honorarverteilungsmaßstab, HVM) und damit die inhaltliche Festlegung der Verteilung überlässt das Gesetz weitgehend der jeweiligen KV und den Krankenkassen. Allgemeine Grundsätze der Vergütung finden sich im Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä). Als Bestandteil des BMV-Ä regelt der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander.

Prinzipiell sind die Regelungen des Vertragsarztrechts auf die Vertragszahnärzte übertragbar. In systematischer und weitestgehender inhaltlicher Übereinstimmung mit dem Vertragsarztrecht wird auch das Vertragszahnarztrecht durch zahlreiche Verordnungen, Richt-

⁴⁰ § 75 Abs. 1 SGB V

⁴¹ § 75 Abs. 2 SGB V

linien und Verträge konkretisiert. Die Zahnärzte haben kassenzahnärztliche Vereinigungen (KZV) gegründet.

4.1.13 Der Leistungskatalog der vertragsärztlichen Versorgung

§ 73 Abs. 2 SGB V definiert die Leistungsbereiche der GKV, die als Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung durch die KV sicherzustellen sind. Dies ist insbesondere die ärztliche Behandlung, die Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten, die ärztliche Betreuung bei Schwangerschaft und Mutterschaft sowie die Verordnung nahezu sämtlicher Leistungen der GKV, die zwar nicht von Vertragsärzten erbracht, aber in ihrer medizinischen Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit von Ihnen zu verantworten sind. Der Vertragsarzt hat insoweit den Schlüssel zum Geldschrank der Krankenkassen in der Hand.

§	<p>§ 73 Abs. (2) 1 Die vertragsärztliche Versorgung umfaßt die</p> <ol style="list-style-type: none">1. ärztliche Behandlung,2. zahnärztliche Behandlung und kieferorthopädische Behandlung nach Maßgabe des § 28 Abs. 2,2a. Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen, soweit sie § 56 Abs. 2 entspricht,3. Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten,4. Ärztliche Betreuung bei Schwangerschaft und Mutterschaft,5. Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,6. Anordnung der Hilfeleistung anderer Personen,7. Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Krankentransporten sowie Krankenhausbehandlung oder Behandlung in Vorsorge- oder Rehabilitations-einrichtungen,8. Verordnung häuslicher Krankenpflege,9. Ausstellung von Bescheinigungen und Erstellung von Berichten, die die Krankenkassen oder der Medizinische Dienst (§ 275) zur Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben oder die die Versicherten für den Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts benötigen,10. medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft nach § 27a Abs. 1,11. ärztlichen Maßnahmen nach den §§ 24a und 24b,12. Verordnung von Soziotherapie.
----------	---

Der abrechnungsfähige Leistungskatalog der ambulanten und belegärztlichen Behandlung ergibt sich jeweils aus den nach § 87 SGB V durch die Bewertungsausschüsse zu beschließenden Bewertungsmaßstäben für vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Leistungen (EBM) sowie den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden.

!	<p>Die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses finden Sie unter http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/</p>
----------	---

Unter "Individuellen Gesundheitsleistungen" (IGeL) ist primär ein an die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung gerichtetes ärztliches Leistungsangebot zu verstehen, dass außerhalb der GKV-Leistungspflicht steht und deswegen vom gesetzlich Krankenversicherten selbst gezahlt werden muss. Damit ist – veranlasst durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung – neben dem Leistungskatalog der GKV für gesetzlich Krankenversicherte ein zweiter Markt der Gesundheitsleistungen entstanden. Anlass für das Igelkonzept aus Sicht der Ärzteschaft war vor allem, dass durch eine rigide Begrenzung des Honorars (Budgetierung) angeblich keine ausreichenden Einnahmen mehr erzielt werden konnten.

IGeL-Leistungen werden definiert als solche ärztliche Leistungen,

- die nicht zum Umfang der gesetzlichen Krankenversicherung gehören,
- die dennoch vom Patienten nachgefragt werden und
- die ärztlich empfehlenswert und/oder – je nach Intensität des Patientenwunsches – zumindest ärztlich vertretbar sind.

4.1.14 Anordnungen, Überweisungen und Verordnungen

Für die Krankenbehandlung gilt der Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung: er bedeutet, dass der Arzt die Leistung prinzipiell höchstpersönlich erbringen muss.

Von diesem Grundsatz gibt es Ausnahmen durch Anordnungen, Überweisungen und Verordnungen:

Zur ärztlichen Behandlung gehört nach § 28 Abs. 2 S. 1 SGB V auch die Hilfeleistung anderer Personen, die von dem Arzt angeordnet und von ihm zu verantworten ist. Bedient sich daher der Arzt z.B. der Hilfe einer Arzthelferin oder einer medizinisch-technischen Assistentin, so sind deren Leistungen (Laboruntersuchungen, Fertigung von EKG – oder Röntgenaufnahmen und ähnliches) Gegenstand der ärztlichen Behandlung. Insoweit wird der o.a. Grundsatz höchstpersönlicher Leistungserbringung nur sehr eingeschränkt durchbrochen.

Den Begriff der Überweisung verwendet das SGB V im Verhältnis mehrerer Vertragsärzte zueinander. Ein Vertragsarzt kann an einen anderen zugelassenen oder ermächtigten Arzt oder an eine ermächtigte Einrichtung überweisen zur

- Auftragsleistung, d.h. z.B. zur Abklärung eines radiologischen Befundes oder eines Laborbefundes,

- konsiliarischen Untersuchung, d.h. zur Untersuchung zum Zwecke der nachfolgenden Beratung mit dem anderen Arzt,
- Mitbehandlung, das heißt für das Erbringen begleitender oder ergänzender diagnostischer oder therapeutischer Leistungen oder
- Weiterbehandlung, z.B. durch einen Facharzt oder in Form einer ambulanten Operation im Krankenhaus.

Der Begriff der Verordnung wird im SGB V verwendet, wenn aus der vertragsärztlichen Behandlung heraus eine so genannte Drittleistung veranlasst wird, die ihrerseits nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung ist. So wird dieser Begriff insbesondere in § 73 Abs. 2 Nr. 7 für die Verordnung von Arznei-, Verband- und Hilfsmitteln, Krankentransporten sowie Krankenhausbehandlungen oder Behandlungen in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen verwendet. Benötigt der Patient Krankenhausbehandlung, häusliche Krankenpflege, Soziotherapie, Arzneimittel oder Heil- bzw. Hilfsmittel, so wird er dazu nicht überwiesen, sondern er erhält die benötigte Leistung aufgrund einer Verordnung des Arztes. Krankenhausbehandlung und -pflege darf nur verordnet werden, wenn das Behandlungsziel nicht durch ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann; in der Verordnung sollen die beiden nächsterreichbaren geeigneten Krankenhäuser angegeben werden.

Mit der Überweisung bzw. Verordnung endet grundsätzlich die Verantwortung des ursprünglichen Behandlers. Da er nicht an bestimmte Personen oder Institutionen, sondern nur an andere Fachgebiete überweist oder andere Arten der Krankenbehandlung (z.B. Physiotherapie) verordnet, steht er mit den anderen Leistungserbringern in keiner Rechtsbeziehung und übernimmt auch nicht deren Verantwortung gegenüber dem Patienten. Allerdings muss der Arzt die Wirksamkeit seiner Verordnungen im Blick haben. Deshalb z.B. soll er die häusliche Krankenpflege zunächst nur für maximal 14 Tage verordnen.

4.1.15 Modellvorhaben: Heilkunde-Übertragungsrichtlinie

Durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wurde 2008 den Krankenkassen in § 63 Abs. 1 SGB V die Möglichkeit eingeräumt, im Rahmen von Modellvorhaben die Übertragung von Tätigkeiten, die bisher von Ärzten durchgeführt wurden, auf Pflegefachkräfte zu erproben. Der G-BA hat hierzu eine Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V erlassen, die im Einzelnen um-

stritten ist⁴². Im Kern geht es um die Frage, ob hier ärztliche Leistungen ersetzt – substituiert – oder delegiert werden sollen.

4.1.16 Häusliche Krankenpflege

Die häusliche Krankenpflege wird von den Krankenkassen sowie ggf. von Unfallversicherung, Versorgungsamt, Beihilfe und Sozialhilfe (bei nicht Krankenversicherten) gewährt. Für die gesetzlichen Krankenkassen findet sich ihre Rechtsgrundlage in § 37 SGB V.

§	<p>§ 37 SGB V Häusliche Krankenpflege</p> <p>(1) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Die häusliche Krankenpflege umfaßt die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall. In begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum bewilligen, wenn der Medizinische Dienst (§ 275) festgestellt hat, daß dies aus den in Satz 1 genannten Gründen erforderlich ist.</p> <p>(2) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist; der Anspruch umfaßt verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen auch in den Fällen, in denen dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches zu berücksichtigen ist.</p> <p>(3) Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann.</p> <p>(4) Kann die Krankenkasse keine Kraft für die häusliche Krankenpflege stellen oder</p>
---	---

⁴² http://www.g-ba.de/downloads/62-492-600/2011-10-20_RL-63Abs3c.pdf siehe auch: Resolution der Ärzteschaft dazu unter: http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/24022012_-_Resolution_Verbaendegespraech.pdf

besteht Grund, davon abzusehen, sind den Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Kraft in angemessener Höhe zu erstatten.

Unabdingbare Voraussetzung und zugleich Merkmal der häuslichen Krankenpflege ist, dass sie neben der ärztlichen Behandlung im eigenen Haushalt oder innerhalb der Familie erbracht wird. Der Grundgedanke dieser Kassenleistung ist, dass die erforderlichen Maßnahmen, z. B. Injektionen, Dekubitusversorgung, Waschungen, Nachtwachen usw. im vertrauten häuslichen Bereich durchgeführt werden sollen. Das hat einen sehr humanitären Aspekt. Zum anderen entlastet die häusliche Krankenpflege die sonst erforderliche und sehr teure Krankenhauspflege sowie die ärztliche Konsultation.

In jedem Fall kann die häusliche Krankenpflege nur im Zusammenhang mit ambulanter ärztlicher Behandlung gewährt werden. Sind allein pflegerische Maßnahmen notwendig, ohne dass zugleich ärztliche Behandlung erforderlich ist, so besteht kein Anspruch nach § 37 SGB V; dies ist in der Regel der Fall, wenn nur Maßnahmen der Grundpflege benötigt werden.

Es muss sich weiterhin um Pflege im Haushalt des Versicherten oder seiner Familie handeln. Im Pflegeheim kann häusliche Krankenpflege grundsätzlich nicht gewährt werden, wohl aber in einer Altenwohnung oder einem Altenwohnheim, weil diese Einrichtungen die hauswirtschaftliche Versorgung ihren Bewohnern überlassen.

Häusliche Krankenpflege wird gewährt, wenn Krankenhauspflege geboten ist, durch diese Maßnahme jedoch der Aufenthalt im Krankenhaus vermieden werden kann. In einem solchen Fall spricht man von Vermeidungspflege.

Von Sicherungspflege spricht man, wenn das Ziel einer ärztlichen Behandlung abgesichert werden soll. Hier delegiert der Arzt durch Verordnung der häuslichen Krankenpflege einen Teil der erforderlichen, von ihm zu erbringenden Leistungen. Hierunter fallen: Injektionen,

Medikamentengabe, Verbände, Packungen, Übungsbehandlungen, Katheterwechsel, Dekubitusbehandlung.

In der häuslichen Krankenpflege unterscheiden wir

1. Die Grundpflege: Waschen, Toilettengang, Betten
2. Die Behandlungspflege: medizinische Hilfeleistungen, die ansonsten von dem Arzt durchgeführt werden müssten.
3. Die hauswirtschaftliche Versorgung: Einkaufen und Kochen

Im Rahmen der Vermeidungspflege werden alle drei Leistungsarten gewährt; dies allerdings nur für die Dauer von maximal 4 Wochen.

Im Rahmen der Sicherungspflege wird nur die Behandlungspflege übernommen; dies jedoch unbefristet.

Im Vergleich zu anderen Fällen der Verordnung weist die häusliche Krankenpflege noch eine Besonderheit auf: Die ärztliche Verordnung allein reicht für die Entstehung der Kostentragungspflicht nicht aus; häusliche Krankenpflege bedarf der Genehmigung durch die Krankenkassen! Spätestens am dritten Tag nach Beginn der Behandlung muss ihnen ein entsprechender Antrag vorliegen. Das ist in der Richtlinie des G-BA zur häuslichen Krankenpflege⁴³ so geregelt.

Die Vergütung der häuslichen Krankenpflege durch die Krankenkassen an Pflegedienste ist von Bundesland zu Bundesland recht unterschiedlich. Sie wird in Versorgungsverträgen zwischen Krankenkassen und ambulanten Diensten bzw. Wohlfahrtsverbänden oder selbstständigen Pflegekräften ausgehandelt, § 132a SGB V.

Es wurde schon darauf hingewiesen, dass der Arzt dazu verpflichtet ist, die Wirksamkeit seiner Verordnung der häuslichen Krankenpflege zu überprüfen. So soll er bei seinen Haus-

⁴³ <http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/11/>

besuchen die Pflegedokumentation einsehen. Beide – Pflegedienst und Arzt – informieren sich gegenseitig über pflegerelevante Vorkommnisse und Veränderungen.

Die Krankenkasse gewährt häusliche Krankenpflege grundsätzlich als Sachleistung. Sie schließt gem. § 132a SGB V Rahmenverträge mit den Leistungserbringern, d.h. den ambulanten Pflegediensten. Hier ist im Einzelnen seit Jahren vieles umstritten. Deshalb existieren die in § 132a SGB V erwähnten Rahmenempfehlungen des Spitzenverbandes der Krankenkassen und Spitzenorganisationen der Pflegedienste noch nicht. Umstritten ist auch, welche Kompetenz die Pflegedienstleitung eines ambulanten Pflegedienstes haben muss.

Das Bundessozialgericht hat 2006 entschieden⁴⁴, dass Gesundheits- und Krankenpfleger sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger diese Qualifikation haben, in Hamburg nach altem Recht ausgebildete Altenpflegerinnen und Altenpfleger jedoch nicht.

Zur Begründung ist folgendes ausgeführt:

§ 132a Abs 2 SGB V nennt ebenso wie § 37 Abs 1 Satz 1 SGB V ("geeignete Pflegekräfte") keine Anforderungsmerkmale für die Pflegedienstleitung. Auch in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege nach § 92 Abs 1 Satz 2 Nr 6 SGB V (Krankenpflege-RL) vom 16. Februar 2000 (BAnz Nr 91, S 8878) findet sich dazu nichts.

28 c) Der Gesetzgeber hat allerdings auf dem eng mit der Krankenversicherung verflochtenen Gebiet der Pflegeversicherung die maßgeblichen Voraussetzungen für die Anerkennung von Pflegedienstleitern (dort verantwortliche Pflegefachkraft genannt) von ambulanten Pflegediensten und Pflegeheimen näher umschrieben. Gemäß § 72 Abs 3 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) dürfen Versorgungsverträge nur mit solchen Pflegeeinrichtungen geschlossen werden, die den Anforderungen von § 71 SGB XI genügen. Nach § 71 Abs 1, 2 SGB XI gehört dazu, dass die Einrichtung unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft steht. Nach § 71 Abs 3 SGB XI (eingefügt durch das 1. SGB XI-ÄndG vom 14. Juni 1996 - BGBl I 830) setzt die Anerkennung als Pflegefachkraft eine abgeschlossene Ausbildung als Kranken- oder Kinderkrankenschwester, Kranken- oder Kinderkrankenpfleger nach dem Krankenpflegegesetz oder als Altenpfleger(in) nach Landesrecht voraus; bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, die überwiegend behinderte Menschen pflegen und betreuen, genügt auch eine Ausbildung als Heilerziehungspfleger(in) oder Heilerzieher(in) nach Landesrecht. Hinzukommen muss jeweils eine praktische Berufserfahrung in dem erlernten Pflegeberuf von 2 Jahren innerhalb der letzten 5 Jahre. Diese Regelung ist zur Auslegung des § 132a Abs 2 SGB V jedoch nicht heranzuziehen und von den Parteien der Versorgungsverträge deshalb auch nicht zu beachten. Etwas anderes könnte nur gelten, wenn der Gesetzgeber in § 132a SGB V auf § 71 Abs 3 SGB XI verwiesen hätte. Das ist jedoch nicht geschehen. Daraus kann nur geschlossen werden, dass der Gesetzgeber für den Bereich der häuslichen Krankenpflege (§§ 37, 132a SGB V) in § 132a SGB V den Spitzenverbänden bzw den Parteien der Versorgungsverträge eine eigenständige Regelung der "Eignung der Leistungserbringer" und der Anforderungen an die Leitung der Krankenpflegedienste überlassen hat.

⁴⁴ BSG, Urt.v. 07.12.2006 – B 3 KR 5/06 R –

29 d) Der Gesetzgeber hat zwar mit der Regelung des § 71 Abs 3 Satz 1 SGB XI akzeptiert, dass auch nach Landesrecht ausgebildete Altenpfleger(innen) trotz ihres Defizits an krankenflegerischen Ausbildungsinhalten als verantwortliche Pflegefachkräfte von Pflegeheimen fungieren dürfen, obgleich dort auch Behandlungspflege zu leisten ist, die der Sache nach alle Leistungen der Behandlungspflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V) umfasst. Damit hat er jedoch nicht generell die nach Landesrecht ausgebildeten Altenpfleger(innen) bezüglich der Leitung von Pflegediensten, die Behandlungspflege anbieten, mit ausgebildeten Krankenpflegekräften gleichgestellt.

30 Schwerpunkt der Pflege in Pflegeheimen ist trotz der Aufgaben der Behandlungspflege immer noch die Grundpflege, die hauswirtschaftliche Versorgung sowie die soziale Betreuung der Heimbewohner (§§ 43, 84 SGB XI). Für diese Aufgaben sind Altenpfleger(innen) ausgebildet und qualifiziert. Dies gilt deshalb auch für die Leitungsfunktionen in Pflegeheimen. Der Gesetzgeber des Pflegeversicherungsgesetzes musste an die vorhandenen Strukturen anknüpfen, auch wenn die Ausbildungssituation bei den Altenpflegern bundesweit uneinheitlich war und Reformbedarf gesehen wurde. Die Qualifikation von ausgebildeten Krankenpflegekräften für diese Aufgaben stand andererseits nie in Frage (vgl. Moldenhauer/Kämper, BKK 1995, 183; Orthen in Hauck/Noftz, SGB XI, Stand April 2002, K § 71 RdNr 12). Der Gesetzgeber hat hier nur deshalb eine nähere gesetzliche Regelung getroffen, weil im Übrigen unter den Vertragspartnern keine Einigung über die Qualifikation des Pflegepersonals zu erzielen war.

31 Aus der Regelung im Bereich der Pflegeversicherung kann also lediglich gefolgert werden, dass hier ausgebildete Krankenpfleger und Altenpfleger gleichgestellt werden. Das lässt aber nicht den Schluss zu, dass dies auch im Bereich der Krankenversicherung zu gelten habe. Dies gilt jedenfalls nicht bis zum Inkrafttreten der Altenpflegeausbildung nach dem bundesweit geltenden Altenpflegegesetz (AltPflG vom 17. November 2000, BGBl I S 1513, in Kraft ab 1. August 2003, BGBl I 2002, S 4410), das nunmehr eine dreijährige Ausbildung vorsieht und die krankenflegerischen Ausbildungsinhalte weitgehend denjenigen der immer schon dreijährigen Ausbildung zur Krankenschwester/zum Krankenpfleger angenähert hat, sodass nach dem neuen AltPflG ausgebildete Altenpfleger(innen) künftig den Krankenpflegefachkräften insoweit gleichgestellt werden können. Bei einer dreijährigen Berufsausbildung ab 1. August 2003 und einer wenigstens dreijährigen Berufspraxis als Altenpfleger(in), wie in § 17 Buchst b der Versorgungsverträge gefordert (ähnlich § 71 Abs 3 SGB XI), kann dies frühestens zum 1. August 2009 der Fall sein. Daher kann es nicht beanstandet werden, dass die Beklagten die noch nach Landesrecht ausgebildeten Altenpfleger mit einer - wie im Fall der Klägerin - teilweise nur zweijährigen Ausbildung, die als sachlich unbefriedigend und im Vergleich zur Krankenpflege inhaltlich defizitär empfunden wurde (vgl. BVerfG, Urteil vom 24. Oktober 2002 - 2 BvF 1/01 - BVerfGE 106, 62 = NJW 2003, 41), als nicht gleichwertig für eine Leitungsfunktion qualifiziert angesehen hat. Aus der Übergangsregelung des § 29 AltPflG ergibt sich lediglich, dass die nach altem Recht ausgebildeten Altenpfleger weiterhin ihren Beruf ausüben und die Berufsbezeichnung Altenpfleger weiter führen dürfen; sie besagt nichts über eine Qualifikation für eine Leitungsfunktion in einem ambulanten Krankenpflegedienst.

In Nordrhein-Westfalen haben die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege mit den Landesverbänden der Krankenkassen gem. §§ 132, 132a Abs. 2 SGB V einen Vertrag geschlossen, wonach als Verantwortliche Pflegefachkraft (PDL) nur (Gesundheits-/–Kinder–) Krankenpfleger in Betracht kommen. Altenpfleger müssen eine dreijährige Ausbildung abgeschlossen und eine Zusatzqualifikation erworben haben.

!	<p>Vergleichen Sie einmal die Zitate aus dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts⁴⁵ zum Altenpflegegesetz des Jahres 2002 und die hier wiedergegebenen Passagen aus dem Urteil des Bundessozialgerichts des Jahres 2006!</p> <p>Feststellen lässt sich jedenfalls, dass die Qualifikation der Altenpfleger*innen schon mehrmals auf dem juristischen Prüfstand war – mit unterschiedlichen Ergebnissen!</p>
---	--

4.1.17 Die Krankenhausbehandlung

Die Krankenbehandlung nach § 27 Abs. 1 S. 2 Nr. 5 SGB V findet auch in Gestalt der Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V statt. Die Krankenhausbehandlung als stationäre Aufnahme umfasst ärztliche Behandlungsleistungen sowie Unterkunft und Verpflegung.

Die Aufnahme muss nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich sein, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- oder nachstationäre bzw. ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Voraussetzung ist demnach, dass allein mit den besonderen Mitteln eines Krankenhauses die erforderliche Behandlung durchgeführt werden kann.

In der Regel⁴⁶ wird die Krankenhausbehandlung auf der Grundlage einer vertragsärztlichen Verordnung ausgelöst. Diese Verordnung schränkt die Therapiefreiheit des Krankenhausarztes nicht ein. Es bleibt ihm überlassen, über die Erforderlichkeit und Art der Krankenhausbehandlung zu entscheiden.

Die Zahlungsverpflichtung der Krankenkassen entsteht unabhängig von Ihrer Kostenzusage unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch die Versicherten. Dennoch holen die Krankenhausträger regelmäßig nach der Aufnahme eines Patienten von den Krankenkassen eine Kostenzusage ein. Sie bewirkt den Ausschluss von Einwendungen der Krankenkassen gegen den Zahlungsanspruch des Krankenhauses⁴⁷.

In Bezug auf die konkrete Leistungspflicht besteht ein wesentlicher Unterschied im Vergleich zur ambulanten vertragsärztlichen Versorgung: dort legt der Gemeinsame Bundesausschuss den Katalog der Leistungen abschließend fest. Ist eine Leistung von dem Vertragsarzt erbracht, die nicht im Katalog enthalten ist, besteht keine Verpflichtung der Krankenkassen, diese zu vergüten. Ein solcher feststehender Leistungskatalog existiert im Kran-

⁴⁵ Seite 20; Fußnote Nummer 11

⁴⁶ Ebenso kann die Krankenhausbehandlung auf Antrag des Versicherten beginnen, § 19 S. 1 SGB IV.

⁴⁷ BSG, Urt.v. 17.05.2000 – B 3 KR 33/99 R –

kenhaus nicht: Deshalb ist das Krankenhaus dazu in der Lage, neuartige Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ohne vorherige Zustimmung der Krankenkassen anzuwenden. Ebenso können beispielsweise Medikamente verabreicht werden, die für eine bestimmte Indikation (noch) nicht zugelassen sind⁴⁸. Erst wenn der Gemeinsame Bundesausschuss festgestellt hat, dass eine (Außenseiter-) Methode dem ärztlichen Standard nicht entspricht, kann die Krankenkasse die Erstattung ablehnen⁴⁹.

Die konkrete Tätigkeit des Gesundheits- und Krankenpflegers bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpflegers in einem Krankenhaus beschreibt das Sozialrecht nicht⁵⁰. Die Gesundheitsfachberufe haben einen arbeitsvertraglichen Anspruch darauf, entsprechend ihrer Qualifikation eingesetzt zu werden.

Der Begriff des Krankenhauses ist von den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zu trennen.

Das Krankenhausgesetz bietet zunächst einen umfassenden Begriff. Danach sind Krankenhäuser Einrichtungen,

1. in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung
2. Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und
3. in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und gepflegt werden können.

Erst das Sozialgesetzbuch V differenziert zwischen dem Krankenhaus im engeren Sinne und den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen.

§	<p>§ 107 SGB V</p> <p>(1) Krankenhäuser im Sinne dieses Gesetzbuchs sind Einrichtungen, die</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dienen, 2. fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten, 3. mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichem, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet sind, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu ver-
---	---

⁴⁸ Sog. Off-Label-Use; z.B. medikamentöse Behandlung von Krebs bei Kindern mit einem Medikament für Erwachsene

⁴⁹ § 137c SGB V

⁵⁰ Das ist in Belgien und den Niederlanden anders. Dort sind konkrete Befugnisse beschrieben <http://www.rdgs.de/themenfelder/berufsanerkennung/hospitalier-e-belgique/>
<http://www.rdgs.de/themenfelder/berufsanerkennung/verpleegkundige-nl-belgie/>

	<p>hüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten, und in denen</p> <p>4. die Patienten untergebracht und gepflegt werden können.</p> <p>(2) Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen im Sinne dieses Gesetzbuchs sind Einrichtungen, die</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. der stationären Behandlung der Patienten dienen, um <ol style="list-style-type: none"> a) eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen oder einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken (Vorsorge) oder b) eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern oder im Anschluß an Krankenhausbehandlung den dabei erzielten Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen, auch mit dem Ziel, eine drohende Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern (Rehabilitation), wobei Leistungen der aktivierenden Pflege nicht von den Krankenkassen übernommen werden dürfen. 2. fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Verantwortung und unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal darauf eingerichtet sind, den Gesundheitszustand der Patienten nach einem ärztlichen Behandlungsplan vorwiegend durch Anwendung von Heilmitteln einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie oder Arbeits- und Beschäftigungstherapie, ferner durch andere geeignete Hilfen, auch durch geistige und seelische Einwirkungen, zu verbessern und den Patienten bei der Entwicklung eigener Abwehr- und Heilungskräfte zu helfen, <p>und in denen</p> <p>3. die Patienten untergebracht und gepflegt werden können.</p>
--	---

Die Abgrenzung zwischen Krankenhäusern und Vorsorgeeinrichtungen fällt nicht schwer: Beide haben nicht die gleiche Zielsetzung. Krankenhäuser dienen der Behandlung von Krankheiten. Vorsorgeeinrichtungen dienen hingegen der Vorbeugung und Verhütung von Krankheiten.

Schwieriger ist die Abgrenzung zwischen dem Krankenhaus und der Rehabilitationseinrichtung. Die gesetzlichen Definitionen sind wenig hilfreich. Als Abgrenzungskriterium dient die Intensität der ärztlichen Behandlung. Steht die ärztliche Behandlung im Vordergrund, liegt eine Krankenhausbehandlung vor. Die ärztliche Behandlung ist das prägende Kennzeichen für ein Krankenhaus. Hingegen ist für eine Reha-Einrichtung die der ärztlichen Behandlung nachfolgende weitergehende Versorgung zur vollständigen Wiederherstellung der Gesundheit und Erwerbsfähigkeit typisch. Gegenüber der Krankenhausbehandlung sind bei einer Reha-Einrichtung die Anforderungen an die ärztliche Präsenz und die ärztliche Leitung gesenkt.

Es gibt verschiedene Arten von Krankenhäusern. Die Einteilung kann nach verschiedenen Kriterien erfolgen:

Hochschulkliniken	Ein Schwergewicht dieser Kliniken liegt in der medizinischen Ausbildung und Forschung. Diese Kliniken werden nach dem Hochschulbauförderungsgesetz vom 01.09.1996 gefördert. Werden Hochschulkliniken in das Entsprechendeverzeichnis aufgenommen, sind sie kraft Gesetzes berechtigt zur Krankenhausbehandlung, § 108 Nr. 1 SGB V.
Allgemeinkrankenhäuser	Sie dienen der umfassenden stationären Versorgung der Bevölkerung. Deshalb halten sie mehrere medizinische Fachrichtungen vor.
Fachkrankenhäuser	Diese Krankenhäuser spezialisieren sich auf bestimmte Fachgebiete (z.B. Psychiatrie, Neurologie, Pädiatrie).
Plankrankenhaus	Dies ist ein Krankenhaus, das in dem Krankenhausplan eines Landes aufgenommen worden ist. Durch die Aufnahme in den Krankenhausplan erhält das Krankenhaus die Zulassung zur Teilnahme an der Krankenhausbehandlung gemäß § 108 Nr. 2 SGB V.
Vertragskrankenhaus	Krankenhäuser, die weder Hochschulkliniken noch Plankrankenhäuser sind, können den Status eines zugelassenen Krankenhauses durch den Abschluss eines Versorgungsvertrages erwerben. Mit Abschluss dieses Vertrages besteht die Berechtigung, gegenüber den Krankenkassen abzurechnen, §§ 108 Nr. 3, 109, 110 SGB V.
Belegkrankenhäuser	Sie zeichnen sich dadurch aus, dass die ärztlichen Leistungen durch nicht im Krankenhaus angestellte Vertragsärzte erbracht werden. Ein Belegarzt erhält von der Krankenhäusern für seine Tätigkeit keine Vergütung. Die Leistungen der Belegärzte werden aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung bezahlt. Der Krankenhausträger selbst erbringt lediglich die Leistungen, die üblicherweise nicht von dem Arzt selbst erbracht werden (Unterkunft und Verpflegung).
Praxiskliniken	Sie sind eine besondere Form des Belegkrankenhauses. § 115 Abs. 5 SGB V definiert den Begriff der Praxisklinik als Einrichtung, in der die Versicherten durch Zusammenarbeit mehrerer Vertragsärzte ambulant und stationär versorgt werden. Die Be-

sonderheit gegenüber den Belegkrankenhäusern besteht darin, dass die Patienten sowohl stationär als auch ambulant behandelt werden. Die Beteiligung der Praxisklinik an der stationären Versorgung bietet sich vor allem dann an, wenn die Art der Erkrankung oder der ärztlichen Leistung eine nur kurze Verweildauer erwarten lässt.

Tages-/Nachtkliniken Sie erbringen ausschließlich teilstationäre Leistungen.

Gemäß § 39 Abs. 1 SGB V wird die Krankenhausbehandlung vollstationär, teilstationär und ambulant erbracht. Eine vollstationäre Behandlung liegt vor, wenn der Patient nach dem Behandlungsplan mindestens einen Tag und eine Nacht ununterbrochen in das Versorgungssystem des Krankenhauses physisch und organisatorisch eingegliedert ist. Eine kürzere Verweildauer führt zur teilstationären Behandlung. Dort wird der Patient zwar über mehrere Tage oder Nächte behandelt, jedoch nicht ununterbrochen einen Tag und eine Nacht hintereinander (z.B. Tages- und Nachtkliniken).

Der Inhalt und der Umfang des Versorgungsauftrages sind für die Finanzierung des Krankenhauses von Bedeutung. Die vereinbarten tagesgleichen Pflegesätze sollen es dem Krankenhaus ermöglichen, seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen. Das zugelassene Krankenhaus und dessen Ärzte sind aufgrund des herrschenden Sachleistungsprinzips gesetzlich dazu ermächtigt, mit Wirkung für die Krankenkassen über die Aufnahme sowie die erforderlichen Behandlungsmaßnahmen und damit konkludent auch über den Leistungsanspruch des Versicherten zu entscheiden. Diese Ermächtigung des Krankenhauses besteht aber nur im Rahmen seines Versorgungsauftrages. Sind daher im Einzelfall Leistungen erforderlich, die vom Versorgungsauftrag des Krankenhauses nicht umfasst sind, kann das Krankenhaus diese Leistungen nicht zulasten der Krankenkassen erbringen und muss den Versicherten an ein anderes Krankenhaus verweisen.

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz und das Krankenhausentgeltgesetz des Bundes schreiben den Ländern vor, Krankenhauspläne zu erstellen. Diese Krankenhauspläne der Länder sind das zentrale Investitionslenkungs- und Steuerungsinstrument, um das Ziel zu erreichen, die Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu versorgen. Ein so genanntes Plankrankenhaus ist in dem Krankenhausplan des Landes aufgenommen. Damit hat es den Nachweis erbracht, bedarfsgerecht, leistungsfähig und kostengünstig zu sein. Erfüllt das Krankenhaus zu einem späteren Zeitpunkt diese Maßstäbe nicht mehr, kann es auch aus dem Krankenhausplan herausgenommen wer-

den. Krankenhäuser, die nicht in den Plan aufgenommen wurden, können sich vor Gericht dagegen und gegen die Aufnahme der Konkurrenz wehren.

Die Krankenhausfinanzierung beruht auf einem dualen System:

1. Die Investitionskosten der Krankenhäuser, die im Krankenhausplan des jeweiligen Landes aufgeführt sind, werden durch öffentliche Fördermittel der Länder finanziert. Das geschieht zum Teil als Einzelförderung für bestimmte Investitionsmaßnahmen, teilweise aber auch jährlich als Pauschalförderung in Abhängigkeit z.B. der Bettenzahl.
2. Die laufenden Betriebskosten der Krankenhäuser werden von den Krankenkassen bzw. von den selbstzahlenden Patienten mit Pflegesätzen finanziert. Pflegesatz ist dabei der Oberbegriff für verschiedene Entgeltformen im Rahmen der Krankenhausfinanzierung. Zu ihnen gehören insbesondere tagesgleiche Pflegesätze und Fallpauschalen (DRG`s) usw.

Im Hinblick auf die Betriebskosten findet seit einigen Jahren ein grundlegender Wandel statt: Während früher hierfür sog. Pflegesätze i.e.S. vereinbart wurden, ist die Finanzierung nach dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 durch ein Fallpauschalensystem umgewandelt worden. Die Spitzenverbände der Krankenkassen, der PKV-Verband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) entschieden sich für ein Fallpauschalensystem auf der Grundlage der australischen diagnosis related groups (AR-DRG). Hierzu werden Fallgruppen und Bewertungsrelationen bundeseinheitlich festgelegt (§ 17b Abs. 1 Satz 10 KHG). Diese Fallgruppen sind diagnosebezogen und bilden „Komplexitäten und Komorbiditäten“ ab. Die hier festgelegten Bewertungsrelationen werden mit einem auf Landesebene vereinbarten landeseinheitlichen Basisfallwert multipliziert, woraus sich die Höhe der Fallpauschale als Euro-Betrag errechnet.

Hinzu treten Abschläge bzw. Zuschläge, wenn eine untere Grenzverweildauer unterschritten bzw. die obere Grenzverweildauer überschritten wird. Hierdurch wird auch weiterhin die Pflegezeit des Patienten – wenn auch gewichtet – abgebildet. Weitere Besonderheiten der Krankenhäuser, so bspw. die Tatsache, ob hier eine Ausbildungsstätte vorgehalten wird, können mit Zuschlägen berücksichtigt werden.

Auszug aus dem DRG-Fallpauschalen-Katalog 2011 ⁵¹						
MDC 06 Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane						
DRG	Parti- tion	Bezeichnung	Bewertungsrelati- on bei Hauptabteilung	Bewertungsrelati- on bei Hauptabtei- lung und Beleghebamme	Mittler e Verwei- l- dauer ¹⁾	Weitere Kriterien, hier nicht abgedruckt
G01 Z	O	Eviszeration des kleinen Beckens oder bestimmte Eingriffe an den Verdauungsorganen mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung im Kindesalter > 120 Std.	7,369		25,5	
G02 Z	O	Komplexe oder bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm mit komplizierender Diagnose oder Eingriffe an den Verdauungsorganen bei angeborener Fehlbildung, Alter < 2 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter > 120 Stunden	3,443		17,6	
G03 A	O	Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum mit hochkompl. Eingriff oder kompliz. Konstell. oder bei bestimmter bösartiger Neubildung	5,592		21,2	

⁵¹ http://www.g-drg.de/cms/G-DRG-System_2011/Fallpauschalen-Katalog/Fallpauschalen-Katalog_2011

4.1.18 Hospiz

Stationäre und auch ambulante Hospizleistungen sind in § 39a SGB V geregelt. Es handelt sich um die Versorgung unheilbar kranker Patienten in ihrer letzten Lebensphase einschließlich einer menschenwürdigen Sterbebegleitung. Ein ambulanter Hospizdienst muss mit palliativ-medizinischen Pflegediensten und Ärzten zusammenarbeiten und unter der fachlichen Verantwortung einer speziell für diesen Dienst ausgebildeten Krankenpflegefachkraft stehen. Sodann erhält dieser Dienst einen festgelegten Zuschuss zu den notwendigen Personalkosten (§ 39a Abs. 2 SGB V).

Die Aufnahme in ein stationäres Hospiz setzt voraus, dass die ambulante Versorgung im Haushalt oder in der Familie nicht mehr gewährleistet ist. Auch hier werden fest stehende Zuschüsse gezahlt. Zuschüsse nach dem SGB XI bzw. SGB XII sowie Spenden sind vorgesehen. Art und Umfang der Versorgung im Hospiz werden durch Vereinbarungen zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und Spitzenorganisationen der Träger stationärer Hospiz sind gemäß § 39a S. 4 SGB V im Einzelnen geregelt.

4.1.19 Lösungsschema für den geschilderten Fall

Ein Widerspruch des Patienten könnte Aussicht auf Erfolg haben.

Anspruchsgrundlage ist § 37 SGB V.

Es handelt sich um Vermeidungspflege. Deshalb können über die Behandlungspflege hinaus auch die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung bewilligt werden. Der Widerspruch wäre also schon insoweit erfolgreich.

Auch der Zeitraum der Bewilligung ist zu knapp bemessen. Die Vermeidungspflege kann für die Dauer von 4 Wochen bewilligt werden.

Gründe, warum die Krankenkasse einen entsprechenden Antrag verweigern sollte, sind nicht erkennbar.

4.2 Die soziale Pflegeversicherung

4.2.1 Ein typischer Pflegefall

☒	<p>Die Eheleute Müller sind 86 bzw. 88 Jahre alt. Sie leben in ihrer eigenen Wohnung. Bei dem 88-jährigen Herrn Müller wurde vor wenigen Tagen eine neurodegenerative Demenz diagnostiziert. Er leidet gelegentlich an Schwindelanfällen und hat erhebliche Erinnerungslücken. So vergisst er morgens im Bad, wo sich die Zahnbürste befindet, was man damit macht und wie man sich wäscht. Im weiteren Tagesablauf neigt er zu aggressivem Verhalten, oder er verlässt das Haus (Weglauftendenz). Über körperliche Einschränkungen klagt Herr Müller nicht, aber sein Schlafrhythmus ist deutlich gestört. Frau Müller sieht sich in dieser Situation stark überfordert. Sie hat zwar ebenso wenig körperliche Probleme, kann aber mit der Veränderung in der Person ihres Mannes nur ganz schwer umgehen. Fast schon naturgemäß schläft sie inzwischen nachts nur noch wenig. Angehörige oder Nachbarn, die sie entlasten könnte, kennt Frau Müller nicht. Sie hat bereits mit einem Pflegedienst telefoniert, aber dort wurde sie abschlägig beschieden: pflegebedürftig sei ihr Mann nicht, und ein Besuchsdienst, der ab und an einmal nach dem Rechten sähe, existiere nicht. Aus Angst, später möglicherweise die Kosten der Heimunterbringung nicht tragen zu können, wollen sie einen solchen Besuchsdienst auch nicht privat bezahlen.</p>
---	--

4.2.2 Einführung in das Rechtsgebiet

Erst im April 1994 wurde die Pflegeversicherung als fünfte Säule der gesetzlichen Sozialversicherung eingeführt⁵². Sie soll den Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde der Menschen entspricht. Die Hilfen sind darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte des Pflegebedürftigen wiederzugewinnen und/oder zu erhalten.

Die soziale Pflegeversicherung ist stark eingebunden in das gesamte System der Sozialleistungen. So ist einerseits festgelegt, dass Leistungen der medizinischen Rehabilitation ge-

⁵² Klie, Thomas und Kraher, Utz, Soziale Pflegeversicherung– Lehr- und Praxiskommentar (LPK – SGB XI) ; [mit Kommentierung der wichtigsten Regelungen des BSHG, SGB IX, SGB V und PflegeVG sowie Anhang Verfahren und Rechtsschutz], Baden-Baden: Nomos-Verl.-Ges, 2003.; Marburger, Horst, Die Pflegeversicherung– Versicherungspflicht, Beitragspflicht, Leistungen, Stuttgart [u.a.]: Boorberg, 2008.

genüber Pflegeleistungen Vorrang haben. Andererseits reichen die Leistungen der Pflegeversicherung grundsätzlich nicht aus, all das zu gewährleisten, was ein Pflegebedürftiger braucht, um fachlich und menschlich ausreichend versorgt zu sein. Der Beitrag der Pflegeversicherung entlastet vor allem die Sozialhilfeträger; die Finanzierung der Pflegeversicherung selbst ist allerdings nicht gesichert.

Für denjenigen, der in diesem Gebiet tätig ist, gehören Kenntnisse des Sozialhilferechts, der Förderung durch Landesmittel (Pflegewohngeld) und der Unterhaltsverpflichtung von Kindern gegenüber ihren Eltern einfach dazu.

4.2.3 Standort der Pflege

Eine Pflegefachkraft muss wissen, welche Leistungen sie im Rahmen der Pflegeversicherung erbringt. Sie muss den Begriff der Pflegebedürftigkeit und das Verfahren zur Feststellung derselben kennen. Auch die übrigen Leistungen bis hin zu den neuen Entwicklungen sollten ihr geläufig sein.

4.2.4 Übersicht: Bestimmungen der Pflegeversicherung

Versicherungsrisiko	Leistung	Leistungserbringer	§§
		Gesetzliche Pflegekassen	SGB XI
Pflegebedürftigkeit (Stufe I–III)			14, 15 SGB XI, Pflegebedürftigkeits-Richtlinien
	Pflegegeld	Geldleistung	37 SGB XI
	Pflegesachleistung	Ambulanter Pflegedienst	36 SGB XI
	Pflegehilfsmittel		40 SGB XI, VO über Pflegehilfsmittel und technische Hilfen

	Tages-/Nachtpflege		41 SGB XI
	Kurzzeitpflege		42 SGB XI
	Heimpflege	Pflegeheim	43 SGB XI
Pflege durch Pflegeperson	Pflegekurse		45 SGB XI
	Renten-, Unfallversicherung		44 SGB XI
Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf	Ambulante Betreuungsleistungen	Ambulanter Pflegedienst	45 a bis d SGB XI
	Stationäre Betreuungsleistungen	Pflegeheim	87b SGB XI
Neue Spezialvorschriften für Demenzkranke	Höhere Beträge in der ambulanten Pflege		123 SGB XI ab 01.01.2013

4.2.5 Gesetze und andere Rechtsnormen

Neben dem Sozialgesetzbuch XI finden sich wichtige Detailregelungen zur Pflegeversicherung in Rechtsverordnungen und Richtlinien, etwa den Pflegebedürftigkeitsrichtlinien zu § 17 SGB XI sowie Rahmenvereinbarungen, z. B. zur Qualität und Qualitätssicherung, vgl. § 75 und 80 SGB XI.

4.2.6 Die Versicherungspflicht, zuständige Institutionen und Gerichte

Die Pflegekassen sind selbstständige öffentlich-rechtliche Körperschaften, die bei den gesetzlichen Krankenkassen angesiedelt sind. Zur Entscheidung über das Recht der gesetzlichen Pflegeversicherung sind die Sozialgerichte befugt.

Wer privat krankenversichert ist, muss ebenso eine private Pflegeversicherung haben. Die privaten Pflegeversicherungen müssen mindestens den Leistungskatalog der gesetzlichen

Pflegeversicherung anbieten⁵³. Dasselbe gilt für Beamte im Hinblick auf eine private Zusatzversicherung. Da es sich um zivilrechtliche Verträge handelt, entscheiden insoweit im Streitfall die Amts- bzw. Landgerichte in Zivilsachen über Rechtsstreitigkeiten erster Instanz.

4.2.7 Der Pflegebedürftigkeitsbegriff

Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen oder regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maß der Hilfe bedürfen, § 14 SGB XI.

Die Definition der Pflegebedürftigkeit geht von der Hilflosigkeit des Pflegebedürftigen für die gewöhnlichen oder regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens aus. Dies sind die Körperpflege, Ernährung, Mobilität und die hauswirtschaftliche Versorgung.

Als Grundpflege bezeichnet man die Unterstützung in den 3 Bereichen der Körperpflege, Ernährung und Mobilität. Welche Verrichtungen genau darunter zu verstehen sind, ist in § 14 Abs. 4 Nr. 1–3 SGB XI geregelt.

Davon zu unterscheiden ist die hauswirtschaftliche Versorgung, welche unter anderem das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung und der Wäsche umfasst (§ 14 Abs. 4 Nr. 4).

4.2.8 Die Stufen der Pflegebedürftigkeit

Die Leistungen der Pflegeversicherung hängen von dem Grad der Pflegebedürftigkeit ab.

Stufe	Definition	Pflegebedürftigkeit
Stufe 0	Einfach Pflegebedürftige	Diejenigen, die die Voraussetzungen einer Pflegestufe (noch) nicht erfüllen, erhalten lediglich Betreuungsleistungen nach § 45a Abs. 1 S. 1 Nr. 2, 87a SGB XI und Pflegeleistungen nach § 123 SGB XI.

⁵³ §§ 23, 110 ff. SGB XI

Stufe 1	Erheblich Pflegebedürftige	Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung. Im Schnitt 90 Minuten Pflegebedarf täglich.
Stufe 2	Schwerpflegebedürftige	Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung. Im Schnitt 3 Stunden Pflegebedarf täglich.
Stufe 3	Schwerstpflegebedürftige	Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung. Im Schnitt 5 Stunden Pflegebedarf täglich.

4.2.9 Übersicht über die ambulanten Leistungen der Pflegeversicherung

Die Leistungen der Pflegeversicherung sind in § 28 SGB XI aufgelistet.

Der Vorrang der häuslichen Pflege gegenüber der stationären ist gesetzlich verankert. Deshalb sind alle Möglichkeiten ambulanter Versorgung auszuschöpfen, bevor eine Heimunterbringung erwogen wird.

Bei der ambulanten Versorgung kann der Pflegebedürftige wählen, ob er Pflegesachleistungen oder Geldleistungen in Anspruch nimmt. Im Falle der Pflegesachleistung erfolgt die Pflege durch eine Sozialstation oder einen ambulanten Dienst; die Geldleistung wird zur Gratifikation pflegender Angehöriger oder selbst beschaffter Pflegekräfte eingesetzt.

Zum 01.01.2013 hat sich die Situation der Pflegebedürftigen verbessert:

Leistungen ab dem 01.01.2013, insbesondere für Demenzkranke ⁵⁴				
Einschränkung in der Alltagskompetenz	Pflegegeld ⁵⁵ (Pflege durch Angehörige)		Pflegesachleistungen ⁵⁶ (Pflege durch Pflegedienst)	
	ohne	mit	ohne	mit
Pflegestufe				
O	-	120 €	-	225 €
I	235 €	305 €	450 €	665 €
II	440 €	525 €	1040 €	1250 €
III	700 €	unverändert	1550 €	unverändert
Unverändert: Beträge für zusätzliche Betreuungsleistungen ⁵⁷				
Grundbetrag		100 €		100 €
Erhöhter Betrag		200 €		200 €

Die in der vorstehenden Tabelle aufgeführten Beträge der Pflegesachleistung sind diejenigen, mit denen sich die Pflegeversicherung an den tatsächlichen Kosten der Pflegekräfte beteiligt. Hiervon werden die Grundpflege, die hauswirtschaftliche Versorgung und ggf. auch die Betreuungsleistungen finanziert; die Behandlungspflege kann als Sicherungspflege von den Krankenversicherungen übernommen werden.

⁵⁴ § 123 SGB XI n.F.

⁵⁵ § 37 SGB XI

⁵⁶ § 36 SGB XI

⁵⁷ §§ 45a, b SGB XI

Im SGB XI ist genau festgelegt, welche Hilfeleistungen durchgeführt werden dürfen:

- im Bereich der Körperpflege: das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, das Rasieren, die Darm- und Blasenentleerung,
- im Bereich der Ernährung: das mundgerechte Zubereiten oder die Hilfe bei der Aufnahme der Nahrung,
- im Bereich der Mobilität: das selbstständige Aufstehen und zu Bett gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen und das Verlassen oder Wiederaufsuchen der Wohnung,
- im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung: das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung.

Zur Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung ist dem 01.01.2013 die häusliche Betreuung als neuer Leistungskomplex hinzugekommen⁵⁸: Er umfasst die Unterstützung und sonstige Hilfen im häuslichen Umfeld des Pflegebedürftigen oder seiner Familie, vor allem:

1. Unterstützung von Aktivitäten im häuslichen Umfeld, die dem Zweck der Kommunikation und der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte dienen,
2. Unterstützung bei der Gestaltung des häuslichen Alltags, insbesondere Hilfen zur Entwicklung und Aufrechterhaltung einer Tagesstruktur, zur Durchführung bedürfnisgerechter Beschäftigungen und zur Einhaltung eines bedürfnisgerechten Tag-/Nacht-Rhythmus.

Diese Leistungen können sowohl von ambulanten Pflegediensten erbracht werden als auch von separaten Betreuungsdiensten, sofern sie an einem Modellvorhaben⁵⁹ teilnehmen.

⁵⁸ § 124 SGB XI n. F.

⁵⁹ § 125 SGB XI

Das Pflegegeld ist nicht dazu gedacht, Angehörige oder andere pflegende Personen zu bezahlen. Es steht grundsätzlich dem Pflegebedürftigen zu. Er soll in den Stand versetzt werden, seinen Angehörigen oder sonstigen Pflegepersonen eine materielle Anerkennung für die von ihnen sichergestellte Pflege zukommen zu lassen.

Der Pflegebedürftige kann Geld- und Sachleistungen auch miteinander kombinieren. Nimmt er die Sachleistungen nur teilweise in Anspruch, erhält er also daneben ein anteiliges Pflegegeld (sog. Kombinationsleistung⁶⁰).

Ähnlich wie im Krankenversicherungsrecht übernimmt die Pflegeversicherung auch Hilfsmittel wie zum Beispiel Gehhilfen, Einmalhandschuhe, Körperpflegeartikel. Zusätzlich zu den Pflegehilfsmitteln werden technische Hilfsmittel gewährt. Hierzu gehören z.B. Pflegebetten, Badewannenlifter, Schieberollstühle⁶¹.

Unberührt bleibt die Leistungspflicht der Krankenkassen für die Hilfsmittel i. S. des § 33 SGB V. Krankenfahrstühle, Krankenunterlagen usw. sind also weiterhin von den Krankenkassen zu zahlen.

Ist der pflegende Angehörige selbst erkrankt oder einmal in Urlaub, hat der Pflegebedürftige Anspruch auf häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson⁶². Hier übernimmt die Pflegekasse maximal 1432 € für einen Zeitraum von vier Wochen im Kalenderjahr.

4.2.10 Teil- und vollstationäre Pflege

Es ist möglich, den Pflegebedürftigen nur tags, nachts oder nur vorübergehend in eine Einrichtung aufzunehmen; das ist die Tages-, Nacht-, oder Kurzzeitpflege⁶³.

⁶⁰ § 38 SGB XI

⁶¹ § 40 Abs. 1 und 2 SGB XI

⁶² § 39 SGB XI

⁶³ §§ 41, 42 SGB XI

Reicht die ambulante oder teilstationäre Pflege nicht mehr aus, so hat der Pflegebedürftige Anspruch auf vollstationäre Pflege in einem Pflegeheim. Ob die Voraussetzungen dafür gegeben sind, prüft die Pflegekasse mit Hilfe des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen.

Grundsätzlich unterteilen sich die Heimkosten in

- den pflegebedingten Aufwand,
- die Kosten für die Unterkunft und Verpflegung (so genannten Hotelkosten)
- und die Investitionskosten, d.h. die Gebäudekosten des Heimträgers.

Die Pflegekasse übernimmt nicht die gesamten Heimkosten, sondern nur den so genannten pflegebedingten Aufwand – und diesen auch nur bis zu dem gesetzlich je nach Pflegestufe festgelegten Betrag. Regelmäßig besteht ein höherer Pflegebedarf als über das Pflegeversicherungsgesetz zu finanzieren ist. Diesen Aufwand muss der Pflegebedürftige selbst finanzieren oder ergänzend auf Sozialhilfe zurückgreifen⁶⁴.

Die Investitionskosten können teilweise über die Investitionskostenförderung der Länder finanziert werden. In Nordrhein–Westfalen bestimmt das Landespflegegesetz, dass den Heimen für bedürftige Heimbewohner (deren Einkommen in etwa demjenigen von Sozialhilfeempfängern entspricht) so genanntes Pflegewohngeld gezahlt wird. Für diese Leistungen sind in Nordrhein–Westfalen die Kreise und kreisfreien Städte zuständig. Im Unterschied etwa zur Sozialhilfe werden die ansonsten unterhaltspflichtigen Kinder bei einem Antrag auf Pflegewohngeld nicht in Anspruch genommen.

Es ergibt sich also ganz im Sinne des „drei Säulen–Prinzips“ sowie des „Netzes mit doppeltem Boden“ die folgende Übernahme von Heimkosten:

⁶⁴ BSG, Urt.v. 21.01.09 – B 3 P 6/08 R –, Zur leistungsgerechten Höhe von Pflegesätzen in Pflegeheimen, GesR 2009, 491 ff.

! 4.2.11 Prüfschema: Kostentragung für Heimkosten		
Private Sicherung	Staatlich finanzierte Leistungen	Leistungen der Sozialversicherungsträger
Eigene Sicherung <ul style="list-style-type: none"> • Einkommen • Vermögen Unterhaltsansprüche <ul style="list-style-type: none"> • gegen Kinder⁶⁵ • Kinder 	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegewohngeld 	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegeversicherung
Existenzsichernde Leistungen nach SGB II oder XII		

4.2.12 Pflegeeinrichtungen und -dienste

Durch die Einführung der Pflegeversicherung ist ein regelrechter Wettbewerb auf dem Pflegemarkt der stationären und ambulanten Einrichtungen entstanden. Das ist erfreulich, denn auf diese Weise wird für die ausreichende Pflege der Pflegebedürftigen gesorgt.

Pflegeeinrichtungen und -dienste müssen gem. § 71 SGB XI folgende Voraussetzungen erfüllen. Sie müssen:

- selbstständig wirtschaftende Einrichtungen sein,
- unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft⁶⁶ stehen und
- im ambulanten Bereich Pflegebedürftige in ihrer Wohnung pflegen und hauswirtschaftlich versorgen,

⁶⁵ Vgl. Düsseldorfer Tabelle

⁶⁶ BSG, Urteil vom 22. 4. 2009 – B 3 P 14/07 R –

- oder im stationären Bereich ganztägig Unterbringung und Verpflegung anbieten (teilstationäre Einrichtungen tagsüber oder nur nachts).

Ein Pflegedienst kann nur dann zugelassen werden, wenn er nachweist, dass die ständige Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft sichergestellt ist. Dies bedeutet nicht, dass eine Pflegefachkraft die Leitung einer Sozialstation oder eines Dienstes innehaben muss. Nur die Verantwortung für das Pflegekonzept, für die Pflegeanamnese, Pflegeplanung und Pflegekontrolle sowie die Anleitung von nicht ausgebildeten Pflegehilfskräften muss in der Hand einer Pflegefachkraft liegen⁶⁷.

§	<p>§ 71 SGB XI</p> <p>(1) Ambulante Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste) im Sinne dieses Buches sind selbständig wirtschaftende Einrichtungen, die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung pflegen und hauswirtschaftlich versorgen.</p> <p>(2) Stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) im Sinne dieses Buches sind selbständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1. unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden, • 2. ganztägig (vollstationär) oder nur tagsüber oder nur nachts (teilstationär) untergebracht und verpflegt werden können. <p>(3) ¹Für die Anerkennung als verantwortliche Pflegefachkraft im Sinne von Absatz 1 und 2 ist neben dem Abschluss einer Ausbildung als</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1. Gesundheits- und Krankenpflegerin oder Gesundheits- und Krankenpfleger, • 2. Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder • 3. Altenpflegerin oder Altenpfleger <p>eine praktische Berufserfahrung in dem erlernten Ausbildungsberuf von zwei Jahren innerhalb der letzten fünf Jahre erforderlich. ²Bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, die überwiegend behinderte Menschen pflegen und betreuen, gelten auch nach Landesrecht ausgebildete Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger sowie Heilerzieherinnen und Heilerzieher mit einer praktischen Berufserfahrung von zwei Jahren innerhalb der letzten fünf Jahre als ausgebildete Pflegefachkraft. ³Die Rahmenfrist nach Satz 1 oder 2 beginnt fünf Jahre vor dem Tag, zu dem die verantwortliche Pflegefachkraft im Sinne des Absatzes 1 oder 2 bestellt werden soll. ⁴Diese Rahmenfrist verlängert sich um Zeiten, in denen eine in diesen Vorschriften benannte Fachkraft</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1. wegen der Betreuung oder Erziehung eines Kindes nicht erwerbstätig war, • 2. als Pflegeperson nach § 19 eine pflegebedürftige Person wenigstens 14 Stunden wöchentlich gepflegt hat oder
---	--

⁶⁷ BSG, Urteil vom 22. 4. 2009 – B 3 P 14/07 R –

	<ul style="list-style-type: none"> • 3. an einem betriebswirtschaftlichen oder pflegewissenschaftlichen Studium oder einem sonstigen Weiterbildungslehrgang in der Kranken-, Alten- oder Heilerziehungspflege teilgenommen hat, soweit der Studien- oder Lehrgang mit einem nach Bundes- oder Landesrecht anerkannten Abschluss beendet worden ist. <p>⁵Die Rahmenfrist darf in keinem Fall acht Jahre überschreiten. ⁶Für die Anerkennung als verantwortliche Pflegefachkraft ist ferner Voraussetzung, dass eine Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl, die 460 Stunden nicht unterschreiten soll, erfolgreich durchgeführt wurde.</p> <p>(4) Stationäre Einrichtungen, in denen die Leistungen zur medizinischen Vorsorge, zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben oder am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung kranker oder behinderter Menschen im Vordergrund des Zweckes der Einrichtung stehen, sowie Krankenhäuser sind keine Pflegeeinrichtungen im Sinne des Absatzes 2.</p>
--	--

Die Vergütung für Pflegedienste und Pflegeeinrichtungen wird weitgehend auf Landesebene in den Rahmenvereinbarungen festgelegt, die zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und den Verbänden der Einrichtungsträger abgeschlossen werden. Die Vergütungssätze müssen leistungsgerecht sein und Pflegediensten generell ermöglichen, die vorausgesetzten Qualitätsstandards auch einzuhalten⁶⁸.

Auf Bundesebene wurden Qualitätsstandards für die Pflegeleistungen festgelegt, an die sich alle Pflegeeinrichtungen und -dienste zu halten haben, § 80 SGB XI. Hierzu gehört u. a., dass die Leitung sichergestellt und die ständige Verantwortung durch eine Pflegekraft gewährleistet ist, eine Pflegeanamnese und Pflegeprozessplanung für und mit jedem einzelnen Pflegebedürftigen durchgeführt wird, Pflegeergebnis kontrolliert und die Zufriedenheit des Bewohners erfragt wird.

4.2.13 Lösung für den geschilderten Fall

Herr Müller ist wohl nicht pflegebedürftig, da er alle Verrichtung des täglichen Lebens selbstständig vornehmen kann. Seine dementielle Erkrankung wirkt sich jedoch erheblich auf sein Alltagsleben aus.

⁶⁸ BVerwG, Urteil vom 19.8.2010 – 3 B 40.10 –, Abgrenzung Inhalt Pflegesatzvereinbarung und Abrechnung im Einzelfall, mit Anm. Schillhorn, MedR 2011, 293; BSG, Urt.v. 21.01.09 – B 3 P 6/08 R –, Zur leistungsgerechten Höhe von Pflegesätzen in Pflegeheimen, GesR 2009, 491 ff.

Für Herrn Müller zusätzliche Betreuungsleistungen nach §§ 45a, b SGB XI in Betracht. Darüber ist von der Pflegekasse ein Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen einzuholen.

Seit der Gesetzesänderung zum Jahresbeginn 2013 kann Herr Müller erstmals zusätzlich ein Pflegegeld von 120 € monatlich erhalten – oder er beauftragt einen Pflegedienst und erhält zusätzlich 225 €. Der Pflegedienst kann neben der Grundpflege (falls erforderlich) und der hauswirtschaftlichen Versorgung neuerdings Leistungen der häuslichen Betreuung anbieten.

4.3 Die gesetzliche Unfallversicherung

4.3.1 Einführung in das Rechtsgebiet

Die Unfallversicherung schützt uns vor dem mit einem Arbeitsunfall behafteten Risiko, und vor dem Risiko einer Berufskrankheit. Unfälle auf Fahrten von oder zur Arbeitsstelle (Wegeunfall), sind ein spezieller Fall des Arbeitsunfalles.

Die im Sozialgesetzbuch VII geregelte Unfallversicherung wird zu 100 Prozent von den Arbeitgebern finanziert. Versicherungsträger sind die Berufsgenossenschaften.

4.3.2 Übersicht: Leistungen der Unfallversicherung

Versicherungsrisiko	Leistung	Leistungserbringer	§§
Unfallversicherung		Berufsgenossenschaften	
Arbeitsunfall oder Berufskrankheit			
	Heilbehandlung	Alle Leistungen der Krankenversicherung	26, 27 SGB VII
	Medizinische Rehabilitation		26 SGB VII
	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben		35, 39 SGB VII

	und am Leben in der Gemeinschaft		
	Pflegebedürftigkeit	Leistungen ähnlich der Pflegeversicherung	44 SGB VII
	Geldleistungen während der Reha	Verletztengeld, Übergangsgeld	45, 49 SGB VII
Folge: Minderung der Erwerbsfähigkeit um mindestens 20 %	Verletztenrente	Geldleistung	56 SGB VII
Folge: Tod	Hinterbliebenenrenten	Geldleistung	63 SGB VII
	Überführungskosten	Geldleistung	
	Sterbegeld	Geldleistung	

4.4 Die gesetzliche Rentenversicherung

4.4.1 Typischer Fall

Ambulant betreuen Sie eine Familie mit sechs Kindern. Der Vater ist Gerüstbauer und hatte nach erheblichen Alkoholproblemen zwei Herzinfarkte und ist nun pflegebedürftig. Deshalb erbringen sie Pflegeleistungen. Die Mutter berichtet Ihnen, dass er im nächsten Monat aus-gesteuert werde (d. h., dass er kein Krankengeld mehr bezieht), und sie nicht wissen, wo-von sie danach leben sollen. Arbeiten könne ihr Mann, der zwanzig Jahre „eingezahlt“ habe, sicherlich nicht mehr.

4.4.2 Einführung in das Rechtsgebiet

Die gesetzliche Rentenversicherung schützt die Versicherten vor dem Risiko eines vorzeiti-gen, krankheitsbedingten Verlustes oder einer wesentlichen Beeinträchtigung ihrer Er-werbsfähigkeit und sichert ihnen ein Einkommen im Alter. Das Todesfallrisiko des Erwerbs-tätigen übernimmt die Rentenversicherung zusätzlich dadurch, dass es den Hinterbliebenen

(Witwen, Waisen und Geschiedenen) nach dem Tod des Versicherten eine Rente zahlt. In allen Fällen müssen bestimmte Wartezeiten erfüllt sein.

Auf Grund der Bevölkerungsentwicklung wird die gesetzliche Rentenversicherung in Zukunft nicht mehr zur Versorgung im Alter ausreichen. Deshalb fördert der Staat private Anstrengungen zur Altersvorsorge (Riester-Rente). Sie sind nicht Gegenstand der hiesigen Erörterung.

4.4.3 Standort der Pflege

Sie werden in Ihrer Arbeit ganz häufig mit Menschen zu tun haben, die an der Schwelle zum Erwerbsleben stehen. Deshalb sollten Sie sich mit den Hilfen und Möglichkeiten auskennen, diese Personen wieder in das Erwerbsleben zu integrieren und, falls das nicht möglich ist, über finanzielle Hilfen informiert sein

4.4.4 Gesetze und andere Rechtsnormen

Das Recht der gesetzlichen Rentenversicherung ist im Sozialgesetzbuch VI geregelt. Neben einer Reihe von Spezialgesetzen, z.B. über den Ausgleich beruflicher Benachteiligungen für Opfer des Nationalsozialismus oder politischer Verfolgung im Beitrittsgebiet, gibt es eine Vielzahl von Verordnungen, Ausführungsbestimmungen der Rentengesetze enthalten.

4.4.5 Übersicht: Leistungen der Rentenversicherung

Versicherungsrisiko	Leistung	Leistungserbringer	§§
		DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG	
Medizinische Reha und zur Teilhabe am Arbeitsleben	Medizinische Reha		§ 15 SGB VI
	Berufsförderung		§ 16 SGB VI
	Übergangsgeld	Geldleistung	§ 20 SGB VI
Berufsunfähigkeit	Berufsunfähigkeitsrente	Geldleistung	§ 240 SGB VI
Erwerbsunfähigkeit	Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminde-	Geldleistung	§ 43 SGB VI

	rung		
Erreichen der Altersgrenze	Altersrente	Geldleistung	§ 35 SGB VI
Tod	Hinterbliebenenrente (Witwen-, Waisenrente)	Geldleistung	§ 46 SGB VI

4.4.6 Zuständige Behörden und Gerichte

Im Jahr 2005 wurden die früheren Träger der gesetzlichen Rentenversicherung zu einer einzigen Körperschaft öffentlichen Rechts zusammen geschlossen, der „Deutschen Rentenversicherung“. Die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte und die Rentenversicherung der Arbeiter (Landesversicherungsanstalten), die Knappschaftsversicherung für die Beschäftigten des Bergbaus, die Handwerkerversicherung für alle selbstständigen Handwerker und die Altershilfe für Landwirte gibt es also so nicht mehr.

Bestimmte Gruppen freier Berufe wie Ärzte, Rechtsanwälte, Psychotherapeuten, Architekten haben eigene Versorgungswerke gegründet, die ähnliche Leistungen wie die Rentenversicherung übernehmen.

Zuständig für Entscheidungen über das Recht der gesetzlichen Rentenversicherung sind die Sozialgerichte. Für die Kontrolle von Entscheidungen der Versorgungswerke sind die Verwaltungsgerichte zuständig.

4.4.7 Vertiefende Hinweise zum Rechtsgebiet

Pflichtversichert in der gesetzlichen Rentenversicherung sind die Arbeiter und Angestellten bis zur Jahresarbeitsentgeltgrenze sowie andere Personengruppen ähnlich wie in der Krankenversicherungen⁶⁹. Geringfügig Beschäftigte sind ausgenommen.

Selbstständig tätige Pflegepersonen, die in der Kranken-, Wochen-, Säuglings- oder Kinderpflege tätig sind und im Zusammenhang mit ihrer selbstständigen Tätigkeit re-

⁶⁹ LSG Bayern, Urt.v. 21.05.2010 – L 4 KR 68/08 – : Statusfeststellungsverfahren bei Familienhelfer (hier: keine abhängige Beschäftigung), BeckRS 2010, 71817

regelmäßig keinen versicherungspflichtigen Arbeitnehmer beschäftigen, sind rentenversicherungspflichtig⁷⁰. Ähnlich verhält es sich mit Hebammen und Entbindungspflegern.

Die Rentenversicherung sichert die Beschäftigten in Bezug auf das vorzeitige (teilweise) Ausscheiden aus dem Erwerbsleben ab.

Ebenso wie die Kranken- und Unfallversicherung ist auch die Rentenversicherung verpflichtet, ihren Versicherten Rehabilitationsleistungen zu gewähren. Dabei handelt es sich sowohl um medizinische als auch um berufsfördernde Maßnahmen.

Eine so genannte Berufsunfähigkeitsrente erhält der Versicherte, der nur noch weniger als 6 Stunden in seinem Beruf tätig sein kann und vor dem 02.01.1961 geboren ist. Voraussetzung dafür ist allerdings, dass er die so genannte Wartezeit erfüllt hat, d. h. mindestens 60 Monate rentenversichert war. Die Berufsunfähigkeit knüpft – im Gegensatz zum Begriff der Erwerbsunfähigkeit – an dem Beruf des Versicherten an. Bevor eine Berufsunfähigkeitsrente gezahlt werden kann, ist zu prüfen, ob er auf eine andere zumutbare Tätigkeit verwiesen werden kann, wobei insbesondere der bisherige Beruf und seine besonderen Anforderungen relevant sind.

Eine Rente wegen Erwerbsunfähigkeit erhält ein Versicherter, wenn er überhaupt keiner regelmäßigen Erwerbstätigkeit mehr nachgehen kann. Allerdings ist auch hier Voraussetzung, dass er die Wartezeit von 60 Monaten eingehalten hat. Ferner kann der Versicherte auf den gesamten Arbeitsmarkt verwiesen werden, also auch auf eine weniger angesehene oder schlechter bezahlte Arbeit.

Teilweise erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außer Stande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein.

Die volle Rente wegen Erwerbsminderung erhält, wer außer Stande ist, längstens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein.

⁷⁰ § 2 S. 1 Nr. 2 und 3 SGB VI

Das Altersruhegeld wird nach Erreichen der Altersgrenze gewährt. Sie liegt im Großen und Ganzen bei der Vollendung des 65. Lebensjahres. Vor Vollendung dieses Lebensalters kann das Altersruhegeld unter folgenden Voraussetzungen beantragt werden:

- Arbeitslose können nach Vollendung des 60. Lebensjahres unter gewissen Voraussetzungen vorgezogenes Altersruhegeld erhalten,
- für Schwerbehinderte und Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrentner kann nach Vollendung des 60. Lebensjahres Altersruhegeld gewährt werden,
- nach Vollendung des 63. Lebensjahres (flexible Altersgrenze) können alle Versicherten bei Erfüllung einer bestimmten Wartezeit Altersruhegeld beantragen,
- Frauen erhalten mit dem 60. Lebensjahr das Altersruhegeld, wenn sie in den letzten zwanzig Jahren überwiegend Pflichtbeiträge gezahlt haben.

4.4.8 Lösungsschema für den geschilderten Fall

Zunächst müssen Sie prüfen, ob alle Maßnahmen ergriffen wurden, den Familienvater wieder in das Erwerbsleben zurückzuführen. Dazu gehören insbesondere Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation, also z.B. die ärztliche Verordnung einer stationären Aufnahme in eine Suchtklinik.

Falls eine solche Maßnahme bereits ohne Erfolg durchgeführt wurde, sollten Sie empfehlen, einen Antrag auf Berufs- oder teilweiser Erwerbsminderung zu stellen. Die Wartezeit ist sicherlich erfüllt. Das Vorliegen der Voraussetzungen muss der Rentenversicherungsträger durch Einholung eines Gutachtens prüfen.

Wenn der Vater mehr als 3, jedoch voraussichtlich weniger als 6 Stunden arbeiten können wird, steht nur eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung zu erwarten.

Zu denken ist darüber hinaus an eine Schwerbehinderung⁷¹. Je nachdem, wie hoch der Grad der Schwerbehinderung festgestellt wird, kann der Vater mit Erleichterungen im Berufs-

⁷¹ Siehe Seite 91

und Alltagsleben, aber auch in Zusammenhang mit seinem Arbeitsplatz (Kündigungsschutz) rechnen.

Schließlich könnten Sie gemeinsam mit der Familie überlegen, welche anderen staatlichen Leistungen in Anspruch genommen werden können (Kindergeld, Wohngeld, usw.).

4.5 Die Arbeitslosenversicherung

4.5.1 Einführung in das Rechtsgebiet

Ziel der Arbeitsförderung ist, das Entstehen von Arbeitslosigkeit zu vermeiden und negative Auswirkungen der Arbeitslosigkeit möglichst begrenzt zu halten.

Im Vordergrund stehen die zügige Besetzung der offenen Stellen und der Ausgleich von benachteiligten Ausbildungs- und Arbeitssuchenden. Dadurch soll Arbeitslosigkeit vermieden oder verkürzt werden. Soweit dies nicht erreicht werden kann und dennoch Arbeitslosigkeit eintritt, soll der betroffene Arbeitnehmer bei eingetretener Arbeitslosigkeit finanziell abgesichert werden.

Zum 1.1.2005 ist mit dem Harz IV Gesetz die frühere Arbeitslosenhilfe abgeschafft und durch das Arbeitslosengeld II teilweise ersetzt worden. Um dieses Thema geht es erst in einem der nächsten Kapitel! Hier konzentrieren wir uns auf die Leistungen der Bundesagentur für Arbeit, die sie ausschließlich selbst erbringt. (Das Arbeitslosengeld II wird zum Teil von den Sozialhilfeträgern mitfinanziert, das Arbeitslosengeld I kommt ausschließlich von der Bundesagentur.)

4.5.2 Übersicht: Leistungen der Arbeitslosenversicherung

Leistungsart	Leistung	Geldleistung an Arbeitnehmer	§§
Beratung			29 SGB III
Vermittlung	Arbeitsvermittlung		35 SGB III

	Ausbildungsvermittlung		dto.
Förderung der beruflichen Aus- und Weiterbildung	Ausbildungsförderung	Berufsausbildungsbeihilfe: Lebensunterhalt Fahrtkosten Sonstige (Kinderbetreuungs-) Kosten Lehrgangskosten	59, 248 SGB III
	Weiterbildungsförderung	Unterhaltsgeld Lehrgangskosten	77, 248 SGB III
Förderung der Arbeitsaufnahme	an Arbeitnehmer:	Übergangsbeihilfe Ausrüstungsbeihilfe Umzugskostenbeihilfe	
	an Arbeitgeber	Eingliederungszuschüsse	
Förderung der Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit	Ich-AG	Überbrückungsgeld	
Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen		Maßnahmekosten Unterhaltssichernde Leistungen Ergänzende Leistungen	97, 248 SGB III
Leistungen zur Erhaltung und Schaffung von Arbeitsplätzen	ABM Infrastrukturförderung	Kurzarbeitergeld	169; 260 SGB III
Leistungen bei Arbeitslosigkeit		Arbeitslosengeld I	117 SGB III
Altersteilzeitförderung			Altersteilzeitgesetz
Insolvenzgeld			183 SGB III

4.5.3 Gesetze und andere Rechtsnormen

Rechtsgrundlage der Arbeitsförderung ist das Sozialgesetzbuch III. Es wird durch zahlreiche weitere Gesetze ergänzt, die die Förderung der Beschäftigung, die soziale Sicherung besonderer Personengruppen oder die Erhaltung der Ordnung auf dem Arbeitsmarkt zum Ziel haben. Hierzu zählen das Altersteilzeitgesetz, das Arbeitnehmerüberlassungsgesetz oder das Gesetz zur Bekämpfung der illegalen Beschäftigung.

4.5.4 Zuständige Behörden und Gerichte

Die Bundesagentur für Arbeit, vertreten durch die ortsansässige Agentur für Arbeit (in Aachen) ist für die Arbeitsförderung zuständig.

Die Sozialgerichte entscheiden über die Rechtsstreitigkeiten nach dem Sozialgesetzbuch III.

4.5.5 Organisation und Finanzierung

Die Bundesagentur für Arbeit hat ihren Sitz in Nürnberg und gliedert sich in

- die Zentrale
- die Regionaldirektionen
- die (örtlichen) Agenturen für Arbeit (im Volksmund: Arbeitsamt).

Die Bundesagentur wird von einem Vorstand geleitet, der aus einem Vorsitzenden und zwei weiteren Mitgliedern besteht. Die Vorstandsmitglieder ernennt der Bundespräsident auf Vorschlag der Bundesregierung für jeweils fünf Jahre. Die Organe der Selbstverwaltung der Bundesagentur sind der Verwaltungsrat und die Verwaltungsausschüsse bei den Regionaldirektion und den Agenturen für Arbeit. Die Organe setzen sich zu je einem Drittel aus Vertretern der Arbeitnehmer, der Arbeitgeber und der öffentlichen Körperschaften zusammen.

Die Finanzierung erfolgt in erster Linie durch die versicherungspflichtig Beschäftigten und die Arbeitgeber je zur Hälfte.

Versicherungspflichtig nach dem SGB III sind grundsätzlich alle Personen, die als Arbeiter oder Angestellte gegen Entgelt beschäftigt sind. Dazu gehören auch die Auszubildenden.

Versicherungsfrei sind die geringfügig Beschäftigten und diejenigen Personen, deren Einkommen über der Jahresarbeitsentgeltgrenze liegt.

4.5.6 Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen

Die Bundesagentur für Arbeit kann Leistungen zur Rehabilitation grundsätzlich nur gewähren, sofern nicht ein anderer Rehabilitationsträger zuständig ist. Dieser Frage wird in einem gesonderten Kapitel nachgegangen.

Als Leistung kommt wie bei den anderen Rehabilitationsträgern die Übernahme der

- Maßnahmekosten
- Unterhalt sichernde Leistungen (Berufsausbildungsbeihilfe, Ausbildungsgeld, Unterhaltsgeld, Übergangsgeld)
- sonstige ergänzende Leistungen (Reisekosten, Kinderbetreuungskosten)

in Betracht.

5 Sozialstaatliche Hilfe- und Fördersysteme

5.1 Die Kinder- und Jugendhilfe

Das Jugendamt erbringt Leistungen der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche, § 35a SGB VIII.

5.2 Rehabilitation und Teilhabe

5.2.1 Typischer Fall

Im Rahmen einer Entgiftung spricht sie ein Bankangestellter an und gesteht Ihnen, er habe seit 2 Jahren ein Alkoholproblem. Aus seinem Bekanntenkreis wisse niemand davon. Er ha-

be sich dazu entschlossen, eine Therapie zu machen, wisse aber nicht, an wen er sich wenden muss.

5.2.2 Einführung in das Rechtsgebiet⁷²

Die Regelungen für Behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen sind erst am 1.7.2001 in Form des Sozialgesetzbuch IX entstanden. Ziel war es, diesen Personen ihre Selbstbestimmung zu erhalten und eine gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken.

Hier handelt es sich nicht um das Recht eines speziellen Sozialversicherungsträgers! Vielmehr bleiben die einzelnen Sozialversicherungsträger, wie z. B. die Krankenkassen, die Bundesagentur für Arbeit, die Unfall- und die Rentenversicherung in ihrem jeweiligen Bereich zuständig.

In diesem Gesetzbuch werden lediglich die Leistungen für Menschen mit Behinderungen zusammengefasst, sodass sich auch die Leistungsträger untereinander abstimmen können.

Ein zweiter Teilbereich dieses Gesetzes ist das Recht der Schwerbehinderten.

⁷² Greß, Jürgen, Recht und Förderung für mein behindertes Kind– Elternratgeber für alle Lebensphasen – alles zu Sozialleistungen, Betreuung und Behindertentestament, München: Dt. Taschenbuch-Verl, 2009. Castendiek, Jan, Hoffmann, Günther, et al., Das Recht der behinderten Menschen, Baden-Baden: Nomos-Verl.-Ges, 2009.

5.2.3 Übersicht: Leistungen zur Teilhabe

Leistungsart	Leistungen	§§
Medizinische Rehabilitation		
	Heilbehandlung	26 SGB IX
	Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder	
	Arznei- und Verbandmittel	
	Heilmittel	
	Psychotherapie	
	Hilfsmittel	
	Belastungserprobung und Arbeitstherapie	
	stufenweise Wiedereingliederung	28 SGB IX
Teilhabe am Arbeitsleben	Hilfen zur Erhaltung und Erlangung eines Arbeitsplatzes	33 SGB IX
	Berufsvorbereitungen	
	Berufliche Anpassung und Weiterbildung	
	Berufliche Ausbildung	
	Überbrückungsgeld	
	Leistungen an Arbeitgeber (Zuschüsse)	34 SGB IX
Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen	Krankengeld, Verletztengeld, Übergangsgeld, Ausbildungsgeld oder Unterhaltsbeihilfe	44 SGB IX
	Beiträge zu den Sozialversicherungen	
	Ärztlich verordneter Rehabilitationssport und Funktionstraining	

	Insbesondere: Leistungen zum Lebensunterhalt im Zusammenhang mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	
	Krankengeld der Krankenkassen	
	Verletztengeld der Unfallversicherungen	
	Übergangsgeld der Rentenversicherungen	
	Und: Übergangsgeld im Zusammenhang mit Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	
Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft	Heilpädagogische Leistungen,	§§ 55, 56 SGB XI
	Hilfen zur Förderung der Verständigung mit der Umwelt usw.	

5.2.4 Gesetze und andere Rechtsnormen

Das Sozialgesetzbuch IX ist der Kern des Behindertenrechts. Darüber hinaus gibt es noch das Recht zur Gleichstellung behinderter Menschen, das insbesondere Träger öffentlicher Gewalt dazu verpflichtet, behinderte Menschen nicht zu benachteiligen.

5.2.5 Zuständige Behörden und Gerichte

Zuständig für die Leistungen zur Teilhabe sind die jeweiligen Rehabilitations-, also Sozialleistungsträger.

Für die Schwerbehinderten zuständig sind das Integrationsamt (Versorgungsamt) und die Bundesagentur für Arbeit.

Gerichtliche Entscheidungen treffen die Sozialgerichte.

5.2.6 Vertiefende Hinweise zum Rechtsgebiet

Das Sozialgesetzbuch IX definiert zunächst den Begriff der Behinderung und der Schwerbehinderung in § 2 SGB IX:

5.2.7 Behinderung

Menschen sind behindert, wenn ihre körperlichen Funktionen, geistigen Fähigkeiten oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist⁷³.

5.2.8 Schwerbehinderung

Menschen sind schwerbehindert, wenn bei Ihnen ein Grad der Behinderung (GdB) von wenigstens 50 vorliegt und sie ihren Wohnsitz, ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder ihre Beschäftigung auf einem Arbeitsplatz im Geltungsbereich der Bundesrepublik Deutschland haben⁷⁴.

5.2.9 Gleichgestellte behinderter Menschen

Schwerbehinderten Menschen gleichgestellt werden sollen behinderte Menschen mit einem Grad der Behinderung von weniger als 50, aber wenigstens 30, bei denen die übrigen Voraussetzungen des Abs. 2 vorliegen, wenn sie infolge ihre Behinderung ohne die Gleichstellung einen geeigneten Arbeitsplatz nicht verlangen oder nicht behalten können⁷⁵.

5.2.10 Teilhabeleistungen

Zur Teilhabe werden erbracht⁷⁶

1. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
2. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
3. Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen,

⁷³ § 2 Abs. 1 SGB IX

⁷⁴ § 2 Abs. 2 SGB IX

⁷⁵ § 2 Abs. 3 SGB IX

⁷⁶ § 5 SGB IX

4. Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

Träger dieser Leistungen zur Teilhabe (Rehabilitationsträger) können sein⁷⁷:

1. die gesetzlichen Krankenkassen für Leistungen nach Nr. 1 und 3,
2. die Bundesagentur für Arbeit für Leistungen nach Nr. 2 und 3,
3. die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung für Leistungen nach Nr. 1 bis 4,
4. die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung für Leistungen nach Nr. 1 bis 3,
5. die Träger der öffentlichen Jugendhilfe für Leistungen nach Nr. 1,2 und 4
6. die Träger der Sozialhilfe für Leistungen nach Nr. 1,2 und 4.

Bei der Entscheidung über die Leistungen und bei der Ausführung dieser Leistungen wird berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten entsprochen. Dabei wird auch auf die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie sowie die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse des Leistungsberechtigten Rücksicht genommen.

Allerdings gilt stets der Grundsatz, dass Leistungen zur Teilhabe Vorrang vor Rentenleistungen haben. Es wird also zunächst alles dafür getan, dass der Behinderte oder von Behinderung Bedrohte die Behinderung abwenden oder beseitigen kann, eine Einschränkung der Erwerbsfähigkeit verhindert oder vermieden bzw. überwunden werden kann und seine Teilhabe am Arbeitsleben dauerhaft gesichert ist. Erst wenn Sachleistungen keinen Erfolg mehr versprechen, kommen Geldleistungen in Betracht.

5.2.11 Zuständigkeit der Rehabilitationsträger

Wie aber ist nun die unterschiedliche Zuständigkeit der Rehabilitationsträger koordiniert? Gerade diese Koordination sollte durch das neue Gesetz verbessert werden.

Geht bei einem der Rehabilitationsträger ein Antrag ein, muss er bereits innerhalb von zwei Wochen feststellen, ob er nach dem für ihn geltenden Leistungsgesetz (SGB III für die Bundesagentur für Arbeit, SGB V für die Krankenkassen usw.) für die Leistung zuständig ist.

⁷⁷ § 6 SGB IX

Stellt er bei der Prüfung fest, dass er für die Leistungen nicht zuständig ist, leitet er den Antrag unverzüglich dem nach seiner Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger zu.

Wird der Antrag nicht weitergeleitet, stellt er den Rehabilitationsbedarf unverzüglich fest. Das geschieht innerhalb von drei Wochen nach Antragseingang, es sei denn, für diese Feststellung ist ein ärztliches Gutachten erforderlich.

Diese Fristen gelten auch für denjenigen Rehabilitationsträger, an den ein Antrag weitergeleitet wurde.

Nun soll sich die Kette, der Rehabilitationsträger, an die ein Antrag weitergeleitet wird, nicht ewig fortsetzen. Deshalb muss der Rehabilitationsträger, an den der Antrag weitergeleitet worden ist, falls er sich ebenfalls nicht zuständig sieht, unverzüglich klären, von wem und in welcher Weise über den Antrag entschieden wird.

Im Ergebnis also soll der Antragsteller spätestens nach drei Wochen wissen, ob und von wem welche Leistung erbracht werden wird.

5.2.12 Schwerbehindertenrecht

Das Schwerbehindertenrecht bildet den zweiten Teil des Sozialgesetzbuches IX⁷⁸. Auf Antrag stellen die Versorgungsämter das Vorliegen einer Behinderung und den Grad der Behinderung fest⁷⁹. Behinderte Menschen, die infolge ihrer Behinderung in ihrer Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt oder hilflos oder gehörlos sind, werden im öffentlichen Personennahverkehr kostenlos befördert. Auch diese Feststellung treffen die Versorgungs- bzw. Integrationscenter.

Die Entscheidung über die Gleichstellung behinderter Menschen mit schwerbehinderten Menschen trifft die Bundesagentur für Arbeit. Dies deshalb, weil mit der Gleichstellung insbesondere arbeitsrechtliche Folgen verbunden sind: die Kündigung des Arbeitsverhältnisses eines schwerbehinderten Menschen durch den Arbeitgeber bedarf der vorherigen Zustim-

⁷⁸ Ab §§ 68 ff. SGB IX

⁷⁹ Bundesministerium für Arbeit und Soziales: Versorgungsmedizin-Verordnung v. 10.12.2008 mit Hinweisen auf den Grad der Behinderung; 2008,

mung des Integrationsamtes. Zudem muss die Schwerbehindertenvertretung beteiligt werden.

5.2.13 Lösung für den geschilderten Fall

Bei einem Alkoholiker haben wir es häufig mit einem von Behinderung bedrohten Menschen zu tun. Eine Einschränkung der Teilhabe am Arbeitsleben steht zu befürchten.

Wie bei anderen Erkrankungen auch, sind die Krankheitseinsicht und die Bereitschaft, sich behandeln zu lassen, der Schlüssel zum Erfolg. Deshalb sollten Sie die Tatsache, dass sich der Bankangestellte Ihnen gegenüber öffnet, positiv hervorheben und ihn behutsam fördern, auch wenn sich herausstellen sollte, dass das Alkoholproblem schon bei anderen bekannt ist.

Die Behandlung Alkoholkranker ist eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation, die in den Zuständigkeitsbereich der Rentenversicherungsträger fällt (insofern es sich nicht um die Entgiftung = reine Krankenbehandlung handelt). Es kann also eine ambulante Behandlung angedacht werden, von der der Arbeitgeber nichts erfahren muss.

6 Existenzsichernde Leistungen

6.1 Arbeitslosengeld II und Sozialgeld

6.1.1 Typischer Fall

Die deutsche Staatsangehörige Frau S. soll aus dem Krankenhaus entlassen werden. Sie bedarf keiner Nachbehandlung und kann wieder arbeiten gehen. Während sie „auf Station“ lag, ist ihr Mann aus der Wohnung ausgezogen und verschwunden. lebt jetzt mit ihrem 13-jährigen Sohn allein und weiß nicht, wovon. Sie rechnet damit, dass ihr Mann nach Serbien zurückgekehrt ist, weil er hier keinen Halt gefunden hat. Frau S. hat Hauptschulabschluss und bislang noch nicht gearbeitet. Vermögen und Einkommen hat sie keines. Die Miete beträgt 500 € zzgl. 80 € Heizung. Sie erhält Kindergeld in Höhe von 184 € und Wohngeld in Höhe von 214 €.

6.1.2 Einführung in das Rechtsgebiet⁸⁰

Mit dem Harz IV Gesetz wurde die Arbeitslosenhilfe abgeschafft und das so genannte Arbeitslosengeld II eingeführt. Es ist im Sozialgesetzbuch II geregelt. Die Abgrenzung des berechtigten Personenkreises zur Sozialhilfe und auch zur Rentenversicherung geschieht durch den Begriff der Erwerbsfähigkeit. Wer erwerbsfähig ist, erhält zukünftig nicht mehr Sozialhilfe, sondern Arbeitslosengeld II; nicht erwerbsfähige Angehörige erhalten entweder Sozialhilfe oder Sozialgeld.

Die Anspruchsgrundlage für Arbeitslosengeld II ist § 19 Abs. 1 S. 1 i. V. m. §§ 7 ff. SGB II. Die zwei Voraussetzungen – „**Erwerbsfähige**“ und „**Hilfebedürftige**“ – sind in den §§ 7 bis 12 SGB II näher definiert; die Rechtsfolge „**erhalten Arbeitslosengeld II**“ ist in § 19 Abs. 1 S. 3 SGB II beschrieben: die Leistungen umfassen den Regelsatz, die Kosten für Unterkunft und Heizung sowie ggf. Mehrbedarfe.

Die Anspruchsgrundlage für nicht erwerbsfähige Personen ist § 19 Abs. 1 S. 2 SGB II. Kinder und Jugendliche, die mit Erwerbsfähigen zusammenleben, erhalten **Sozialgeld**. Nach der Vorschrift geht allerdings die Sozialhilfe vor: wer einen Anspruch nach dem 4. Kapitel des SGB XII hat – also auf Grundsicherung im Alter oder bei voller Erwerbsminderung –, erhält kein Sozialgeld.

Für Kinder und Jugendliche neu hinzugekommen sind die Leistungen für Bildung und Teilhabe gem. §§ 19 Abs. 2, 28 SGB II.

Für den Bezug von Arbeitslosengeld II und Sozialgeld ist ein Antrag erforderlich. Ein umfangreiches Formular ist auszufüllen.

ALG II erhalten erwerbsfähige Hilfebedürftige. Dies sind Personen, die

1. das 15. Lebensjahr vollendet und das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
2. erwerbsfähig sind,
3. hilfebedürftig sind und

⁸⁰ Obermaier, Sebastian E., Arbeitslosengeld II in Frage und Antwort– Bedürftigkeit, Leistung, Rückforderung, Rechtsschutz, München: Dt. Taschenbuch Verl, 2009.; Loos, Claus, "Aktuelle Entwicklungen zum SGB II," NVwZ, 2009, 1267; Hüttenbrink, Jost, Sozialhilfe und Arbeitslosengeld I,I, dtv, 2009.

4. ihren gewöhnlichen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland haben.

Erwerbsfähig ist, wer nicht wegen Krankheit oder Behinderung auf absehbare Zeit außer Stande ist, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein.

Hilfebedürftig ist, wer seinen Lebensunterhalt, seine Eingliederung in Arbeit und den Lebensunterhalt der mit ihm in einer Bedarfsgemeinschaft lebenden Personen nicht oder nicht ausreichend aus eigenen Kräften, vor allem nicht durch Aufnahme einer zumutbaren Arbeit bzw. aus dem zu berücksichtigenden Einkommen oder Vermögen sichern kann. Zumutbar ist grundsätzlich außer bei Vorliegen bestimmter wichtiger Gründe jeder Arbeit.

Der Regelsatz zur Sicherung des Lebensunterhalts⁸¹ umfasst Ernährung, Kleidung, Körperpflege, Hausrat, Bedarfe des täglichen Lebens sowie in vertretbarem Umfang Beziehungen zur Umwelt und eine Teilnahme am kulturellen Leben.

6.1.3 Übersicht: Regelbedarfsstufen nach SGB II und XII

Stand: 01.01.2013⁸²

1	2	3	4	5	6
Alleinstehende oder Alleinerziehende	Partner ab Beginn 19.Lj.	Volljährige Angehörige	Jugendl. vom 15. bis Vollendg 18.Lj.	Kinder 7. bis 14. Lj	Kinder bis 6. Lj.
382 €	345 €	306 €	289 €	255 €	224 €

⁸¹ BVerfG, Beschl.v. 09.02.10 – 1 BvL 1/09, 3 und 4/09 –, Verfassungswidrigkeit der Regelleistungen des SGB II,.

⁸² Siehe Anlage zu § 28 des SGB XII

Neben der Regelleistung werden in bestimmten Fällen Mehrbedarfe gewährt, weitere Leistungen für Unterkunft und Heizung in Höhe der tatsächlichen Aufwendungen, soweit diese angemessen sind.

Nicht erwerbsfähige Angehörige, die mit erwerbsfähigen Hilfebedürftigen in einer Bedarfsgemeinschaft leben, erhalten Sozialgeld.

Mehrbedarfe (z. B. für werdende Mütter, für Alleinerziehende, für behinderte Menschen oder bei kostenaufwändiger Ernährung aus medizinischen Gründen) sind in § 21 SGB II vorgesehen. Sie machen einen Prozentsatz des Regelsatzes der Stufe 1 aus; der tatsächliche Bedarf ist also eher nicht entscheidend.

6.1.4 Lösung für den geschilderten Fall

Frau S. erhält Arbeitslosengeld II, da sie erwerbsfähig ist. Ihr Sohn erhält Sozialgeld, da er das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Die Regelsätze betragen 382 € – Frau S. ist alleinerziehend – bzw. 255 €. Hinzu kommt die Miete von 580 €. Das Kindergeld wird angerechnet; einen separaten Wohngeldanspruch hat Frau S. nicht.

Es ergibt sich die folgende Berechnung:

Regelsätze	637 €
Miete und Nebenkosten	580 €
Abzgl. Kindergeld	- 184 €
Leistung des Jobcenters	1.033 €
Zzgl. Kindergeld	+ 184 €
Ergibt den Lebensunterhalt von Frau S. und ihrem Sohn	1.217 €

6.2 Die Sozialhilfe

Das Sozialhilfegesetz (SGB XII) ist trotz des Inkrafttretens des SGB II das umfassende Gesetz zur Existenzsicherung. Aufgabe der Sozialhilfe ist es, den Leistungsberechtigten die Führung eines Lebens zu ermöglichen, das der Würde des Menschen entspricht (§ 1 SGB XII).

Ganz im Sinne des Drei-Säulen-Prinzips und des Netzes mit dem doppelten Boden erhält Sozialhilfe nicht, wer sich vor allem durch Einsatz seiner Arbeitskraft, seines Einkommens und seines Vermögens selbst helfen kann. Ebenso wenig besteht ein Anspruch, wenn die erforderliche Leistung von anderen, insbesondere von Angehörigen oder von Trägern anderer Sozialleistungen beansprucht werden kann. Die Sozialhilfe ist also nachrangig.

6.2.1 Hilfe zum Lebensunterhalt sowie Grundsicherung

Der notwendige Lebensunterhalt wird ebenso wie in den SGB II durch Regelsätze definiert. Geleistet werden also ein Regelbetrag und die Unterkunftskosten. Dazu gibt es 2 Anspruchsgrundlagen: Die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (§ 41 ff.) und die allgemeinere Bestimmung der Hilfe zum Lebensunterhalt (§§ 27–40 SGB XII). In beiden Fällen entsprechen die Regelsätze denjenigen des SGB II.

6.2.2 Hilfe zur Pflege

Für diejenigen, die nicht pflegeversichert sind, beschreibt das SGB XII in seinem 7. Kapitel die Hilfe zur Pflege. Der Begriff der Pflegebedürftigkeit und auch der Leistungen entspricht demjenigen der gesetzlichen Pflegeversicherung.

Aber auch die Pflegeversicherten benötigen die Hilfe zur Pflege. Wenn

- die Leistungen der Pflegeversicherung,
- staatliche Leistungen (Pflegewohngeld),
- das eigene Einkommen und Vermögen sowie
- die Beiträge unterhaltspflichtiger Angehöriger

z.B. für die Deckung der Heimkosten nicht ausreichen. Hier leistet das Sozialamt die Sozialhilfe im Rahmen der Grundsicherung im Alter sowie nach den Bestimmungen der Hilfe zur Pflege. Es werden die durch die o.a. Beiträge nicht gedeckten Kosten übernommen.

6.2.3 Weitere Hilfen zur Gesundheit und bei Behinderungen

Die Sozialämter als Träger der örtlichen Sozialhilfe und der Landschaftsverband als überörtlicher Träger erbringen Hilfen zur Gesundheit (§ 47 ff. SGB XII) und insbesondere Einglieder-

rungshilfen für behinderte Menschen (§ 53 ff. SGB XII) in erheblichem Umfang immer dort, wo andere Institutionen oder Personen nicht unterstützen können. Dazu zählen die Einrichtungen der Behindertenhilfe (Behindertenheime; Werkstätten), aber auch der Betrieb von Fachkrankenhäusern und zahlreichen anderen Institutionen.

6.3 Asylbewerberleistungen

Asylbewerberleistungen beziehen gem. § 1 AsylbLG Ausländer, die

- sich im Bundesgebiet aufhalten und zur Durchführung eines Asylverfahrens eine Aufenthaltsgestattung besitzen,
- eine bestimmte Aufenthaltserlaubnis nach dem AufenthG besitzen (§§ 23 Abs. 1, 24 oder 25 Abs. 4 oder 5 AufenthG),
- eine Duldung besitzen,
- vollziehbar ausreisepflichtig sind, auch wenn die Abschiebungsandrohung noch nicht oder nicht mehr vollziehbar ist,
- Ehegatten oder minderjährige Kinder der o.a. Ausländer,
- einen Folge- oder Zweitantrag nach dem AsylVfG gestellt haben.

Der Bezug von Asylbewerberleistungen ist auf 36 Monate beschränkt. Danach erhalten die Ausländer Sozialhilfeleistungen gem. § 2 AsylbLG.

Die Asylbewerberleistungen liegen deutlich unter dem Sozialhilfeniveau⁸³. Kürzlich hat das Bundesverfassungsgericht⁸⁴ festgestellt, dass die nach dem Gesetz vorgesehenen Geldbeträge zu niedrig bemessen sind.

Auch die medizinische Versorgung von Asylbewerbern ist auf ein Minimum beschränkt.

§	<p>§ 4 Abs. 1 AsylbLG</p> <p>Zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sind die erforderliche ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Arznei-</p>
---	---

⁸³ BSG, Urteil v. 17.06.2008 B8/9b AY 1/07 R, Anspruch auf höhere Asylbewerberleistungen,.

⁸⁴ BVerfG, Urt.v. 18.07.2012 – 1 BvL 10/10, 1 BvL 2/11 –, Verfassungswidrigkeit der nach § 3 AsylbLG zu gewährenden Geldleistungen,

	<p>und Verbandmitteln sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen zu gewährleisten. Eine Versorgung mit Zahnersatz erfolgt nur, soweit dies im Einzelfall aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist.</p>
--	--

7 Stichwortverzeichnis

Agentur für Arbeit	86	Grundpflege	54, 55, 65, 71
Altenwohnung	54	Grundrechte	26
Altersgrenze	81, 83	Grundsicherung	29
Altersruhegeld	83	Harz IV Gesetz	84, 95
Altersteilzeitgesetz	85, 86	Häusliche Krankenpflege	53, 54
Arbeitnehmerüberlassungsgesetz	86	hauswirtschaftliche Versorgung	54, 55, 65, 69, 71
Arbeitsförderung	30, 86	Heimkosten	74
Arbeitslosengeld	84, 85, 94, 95	Hinterbliebenenrente	79, 81
Arbeitslosengeld II	84, 94, 95	Insolvenzgeld	85
Arbeitslosenversicherung	84	Integrationsamt	90
Arbeitsunfall	78	Investitionskosten	74
Arbeitsvermittlung	84	Jahresarbeitsentgeltgrenze	40, 81, 87
Asylbewerberleistungen	99	JGG	25
Ausbildungsförderung	30	Jugendgerichtsgesetz	25
Behandlung	42, 54	kassenärztlichen Vereinigung	45
Behandlungspflege	38, 55, 65, 71	Kinder- und Jugendhilfe	29, 31
Beitragsbemessungsgrenze	41	Kinderbetreuungskosten	87
belastende Maßnahmen	26	Kindergeld	31, 84, 94
Beratung	84	Knappschaftsversicherung	81
Berufsausbildungsbeihilfe	85, 87	Krankengeld	79, 89, 90
Berufskrankheit	78	Krankenkassenvertrag	45
Berufsunfähigkeit	80, 82	Krankenversicherung	38, 39, 40, 42, 43
Bundesagentur für Arbeit	84, 86, 87	Kurzarbeitergeld	85
Bundesversicherungsanstalt für Angestellte	80, 81	Landespflegegesetz	74
Bürgerliches Recht	25	Landesversicherungsanstalten	80, 81
Einkommen	74, 79, 87, 96	Lebensunterhalt	85, 96
Erwerbsfähig	96	Lehrgangskosten	85
Erwerbsfähigkeit	79, 95	Leistungen zur Teilhabe	78, 89, 90, 91, 92
Erwerbsminderung	80, 82	Medizinische Reha	80
Erwerbsunfähigkeit	80, 82	Medizinische Rehabilitation	78, 89
Erziehungsgeld	31	Mehrbedarfe	97
Familienversicherung	41	Mitgliedschaft	40
Form	25	Mutterschaftsgeld	42
Freiheitsstrafe	25	Niederlassungserlaubnis	10
Geringfügige Beschäftigungen	40	<u>Öffentliche Recht</u>	25, 26
gesetzlichen Krankenversicherung	31	Pflegebedürftigkeit	69
Gewaltmonopol	24	Pflegebedürftigkeitsrichtlinien	68
Gleichstellung behinderter Menschen ...	90, 93	Pflegedienst	39, 76
Grundgesetz	26	Pflegegeld	73
		Pflegeheim	38, 54, 74

Pflegekassen.....	68, 77	Sozialversicherungsträger	38
Pflegesachleistung	70, 71	Sterbegeld	79
Pflegeversicherung29, 31, 38, 66, 67, 68, 69, 71, 73, 75		Strafgesetzbuch	25
Pflegewohngeld	67, 74	Strafprozessordnung.....	25
Pflichtmitglied	40	Strafrecht	24
Privatrecht	25	Straftatbestände.....	25
Rahmenvereinbarungen	68, 77	Subordinationstheorie	26
Rechtsmittel.....	25	Teilhabe	80, 85, 87
Rechtsnormen.....	24, 26	Teilhabe am Arbeitsleben.....	89, 92, 94
Rechtsordnung	24, 25	Über- und Unterordnung	25
Rechtsstaatsprinzip	26	Überbrückungsgeld.....	85, 89
Rechtsweg	26	Übergangsbeihilfe	85
Rehabilitation	66, 87	Übergangsgeld.....	79, 80, 87, 89, 90
Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen	29	Unfallversicherung ..	28, 29, 31, 53, 78, 82
Rehabilitationsträger	87, 92, 93	Unterhaltsgeld.....	85, 87
Rentenversicherung29, 31, 79, 80, 81, 82, 95		Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen.....	89
Riester-Rente.....	80	Verfahrensrecht.....	25
Sachleistungsprinzip.....	44, 45	Verfassungsprinzip	26
Schwerbehinderten	88, 90, 91	Vergütung	45, 55, 77
Schwerbehindertenrecht	93	Verletztengeld.....	79, 89, 90
Sicherungspflege	54, 55, 71	Verletztenrente	79
Sonderrechtstheorie	26	Vermeidungspflege	54, 55, 65
Sozialgeld	95, 96, 97	Vermögen	96
Sozialgerichte	39, 68, 81, 86	Versorgungsamt.....	53, 90
Sozialgesetzbuch II	95	Versorgungsleistungen bei Gesundheitsschäden	31
Sozialgesetzbuch III	86	Versorgungswerke	81
Sozialgesetzbuch IX.....	88, 90, 91, 93	Vertragsarzt	45
Sozialgesetzbuch V.....	39	Verwaltungsgericht	26
Sozialgesetzbuch VI.....	80	Verwaltungsgerichte.....	81
Sozialgesetzbuch XI.....	68	Verwaltungsrecht	26
Sozialhilfe.....	28, 29, 31, 53, 67, 74, 95	Weiterbildung.....	85
Sozialrecht.....	28, 29	Wohngeld	28, 31
Sozialstaatsprinzip	26	Zivilrecht	25
		Zuständigkeit der Rehabilitationsträger.	92

8 Impressum

Impressum RdGS – Recht der Gesundheits- und Sozialberufe

Herausgeber: Die Veröffentlichungen unter dem Label RdGS dienen Studierenden der KatHo NRW Abt. Aachen als Projekt zur Erarbeitung, Redaktion und Verbreitung eigener und fremder Fachartikel. RdGS arbeitet rechtliche Themen auf für Angehörige und Studierende der Gesundheits- und Sozialberufe.

Schriftleitung und Anschrift: Prof. Dr. Christof Stock, Am Ziegelweiher 12, 52066 Aachen, schriftleitung@rdgs.de

Redaktion: Oksana Kerbs (M.A.), redaktion@rdgs.de.

Erscheinungsweise: kostenlose Online-Zeitschrift als PDF-Datei; Versand als Email-Brief komplett oder nur in Bezug auf einzelne Rubriken oder Themenfelder. Bestellungen / Abbestellungen an die Redaktion

Internet: www.rdgs.de

Genderspekt: Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit verzichten wir auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung, wie z.B. Patientin / Patient. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für beide Geschlechter.

Themenfelder:

- ✓ Arbeits- und Sozialrecht für Studierende
- ✓ Berufsrecht der Gesundheits- und Sozialberufe
- ✓ Bewährungshilfe und geschlossener Justizvollzug
- ✓ Bildung und Integration
- ✓ Europarecht der Gesundheits- und Sozialberufe
- ✓ Hochschulrecht: Prüfungsrecht, BAFÖG, Hochschulselbstverwaltung
- ✓ Kinder- und Jugendhilfe
- ✓ Menschen mit Handicap
- ✓ Medizin
- ✓ Migration und Flüchtlinge
- ✓ Pflege und Betreuung
- ✓ Psychotherapie

Rubriken:

- ✓ **Aktuelles:** Hinweis auf ein Urteil, ein neues Gesetz, eine rechtspolitische Entwicklung, ein Forschungsvorhaben;
- ✓ **Kurzbeitrag:** Veröffentlichung von Studierenden im Rahmen einer Bachelor-/Masterthesis, Hausarbeit oder eines Praktikums
- ✓ **Fachartikel:** Veröffentlichung eines wissenschaftlichen Beitrags
- ✓ **Praxistipp:** z.B. Veröffentlichung der SGB II Tabelle mit Erläuterungen; der Düsseldorfer Unterhaltstabelle, Beratungshilfe und PKH
- ✓ **Rechtsprechung:** Aufarbeitung einer gerichtlichen Entscheidung
- ✓ **Standpunkt:** Meinungsäußerung zu aktuellen rechtspolitischen Themen.
- ✓ **Studium:** Skripten, Übungsfälle und weitere Materialien für die Studierenden
- ✓ **Verschiedenes:** Hinweise auf Veranstaltungen, Veröffentlichungen, Forschungsprojekte u.a.m.
- ✓ **Vortrag:** Power-Point-Präsentation im PDF-Format

Manuskripte: Mitarbeit von Leserinnen und Lesern wird ausdrücklich erbeten. Manuskripte bitte digitalisiert an die Redaktion. Für unverlangt eingesandte Manuskripte wird nicht gehaftet.

Copyright: © Prof. Dr. Christof Stock. Die Marke ist urheberrechtlich geschützt. Nachdruck und Vervielfältigung gegen Einsendung eines Belegexemplars an die Redaktion ist erlaubt.