

Ergebnisprotokoll

des Gesprächs zu Fragen aus dem Kranken- und Pflegeversicherungsrecht (SGB V und SGB XI) zwischen Vertretern der Kranken- und Pflegekassen BARMER und DAK und ihres Spitzenverbandes VdAK einerseits und der Vereinigung Deutscher Ordensobern in Deutschland (VDO) andererseits – zugleich handelnd für die Vereinigung der Ordensoberinnen Deutschlands (VOD) und die Vereinigung der Ordensobern der Brüderorden Deutschlands (VOB) und ihren künftigen gemeinsamen Rechtsnachfolger – am Sitz des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen am 12.07.2004 in Siegburg

1. Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)

1.1 Mitgliedschaft / Versicherter Personenkreis

1.1.1 Postulanten und Novizen katholischer Ordensgemeinschaften sind noch keine satzungsmäßigen Mitglieder. Sie absolvieren eine Zeit der Berufsausbildung. Als solche unterliegen sie gemäß § 5 Abs. 4a SGB V der Krankenversicherungspflicht.

1.1.2 Satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften gehören seit 01.01.1989 kraft Gesetz zum versicherungsfreien Personenkreis in der GKV (§ 6 Abs. 1 Nr. 7 SGB V). Gemäß § 9 Abs. 1 Nr. 1 können sie der GKV freiwillig beitreten, wenn sie aus einer Versicherungspflicht ausgeschieden sind und

- ◇ unmittelbar vor dem Ausscheiden mindestens 12 Monate oder
- ◇ in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden mindestens 24 Monate in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren.

Wer zum versicherungsfreien Personenkreis gehört (alle Ordensleute ab der ersten Pro-

fess), kann keine Pflicht-KV mehr begründen (§ 6 Abs. 3 SGB V) – auch nicht als an sich versicherungspflichtiger Student oder Arbeitnehmer mit Einzeldienstvertrag.

Für nicht mehr in der GKV versicherbare satzungsmäßige Ordensleute bleibt nur die Möglichkeit einer privaten KV.

1.1.3 Die Staatsbürgerschaft ist für die Mitgliedschaft in der GKV unmaßgeblich. Wer in Deutschland krankenversichert ist und bei Einsatz im Ausland die deutsche Staatsbürgerschaft aufgibt oder aufgeben muss, kann weiterhin krankenversichert bleiben.

1.1.4 Ordensleute, die in einem EU-Land gesetzlich krankenversichert sind und nach Deutschland zurückkehren, können sich grundsätzlich hier in der GKV freiwillig weiterversichern, wenn die Voraussetzungen des § 9 Absatz 1 Nr. 1 SGB V (Vorversicherungszeiten) erfüllt werden und der Antrag innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der bisherigen KV gestellt wird.

Die freiwillige (Weiter-) Versicherung bei einem Verzug in einen anderen Abkommensstaat ist in Artikel 9 der EWG-VO 1408/71 geregelt. Die in einem anderen EU-/EWR-Staat

zurückgelegten Versicherungszeiten sind bei der Prüfung der Vorversicherungszeiten nach § 9 Absatz 1 Nr. 1 SGB V anzurechnen. Die ausländische Versicherung muss im EU-Bereich mit dem Vordruck „E 104“ nachgewiesen werden.

1.2 Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung

1.2.1 Der Beitragsbemessung für pflichtversicherte Postulanten und Novizen werden die Geld- und Sachbezüge zugrunde gelegt, die sie persönlich erhalten; das sind in der Regel nur freie Kost und Wohnung, die nach der jeweiligen Sachbezugswert-Verordnung bewertet werden. Dabei wird der Sachbezugswert für freie Unterkunft für diesen Personenkreis (gemäß § 3 Abs. 2 Nr. 2 Sachbezugswertverordnung) um 15 % gemindert.

Die Sozialversicherungsbeiträge für pflichtversicherte Postulanten und Novizen werden allein von der Ordensgemeinschaft getragen (§ 251 Abs. 4b SGB V). Dies ist nicht als geldwerter Vorteil für die Postulanten und Novizen anzusehen.

1.2.2 Der Beitragsbemessung für freiwillig krankenversicherte satzungsmäßige Ordensmitglieder werden die Geld- und Sachbezüge zugrunde gelegt, die sie persönlich erhalten. Zu diesen persönlichen beitragspflichtigen Einnahmen gehören:

- ◇ Sachbezüge (Kost und Wohnung) nach dem Wert der jeweils geltenden Sachbezugswertverordnung
- ◇ Krankenversicherungsbeitrag
- ◇ Rente aus der GRV

Der Pflegeversicherungsbeitrag gehört nicht zu den persönlichen beitragspflichtigen Einnahmen.

Ist die monatliche Summe der persönlichen beitragspflichtigen Einnahmen geringer als

1/3 der monatlichen Bezugsgröße, gilt der gesetzliche Mindestbeitrag (Beitragssatz der jeweiligen KV von 1/3 der mtl. Bezugsgröße).

1.2.3 Wenn freiwillig krankenversicherte satzungsmäßige Ordensmitglieder eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder eine Pension beziehen, gilt für die Beitragsberechnung in der GKV Folgendes:

Die Rente bzw. Pension wird nur dann als beitragspflichtiges Einkommen zu Grunde gelegt, wenn das Ordensmitglied darüber persönlich verfügen kann oder wenn das Ordensmitglied durch seine Tätigkeit (z.B. im Rahmen eines Gestellungsvertrages oder eines Stellenplans) noch zum wirtschaftlichen Bestand der Ordensgemeinschaft beiträgt.

Die Beurteilung, wer von den Renten-/Pensionsbeziehern noch aktiv oder nicht mehr aktiv für den Orden tätig ist, liegt bei den Orden selbst.

Fließt die Rente oder Pension jedoch an die Ordensgemeinschaft, bei der das Ordensmitglied nicht mehr im genannten Sinne tätig ist, wird sie nicht in die Beitragsberechnung einbezogen.

1.2.4 Werden satzungsmäßige Mitglieder von Ordensgemeinschaften und geistlichen Genossenschaften aufgrund eines persönlichen Dienst- oder Arbeitsvertrages tätig, unterliegen sie nach § 6 Abs. 1 Nr. 7 in Verbindung mit § 6 Abs. 3 Satz 1 SGB V dennoch nicht der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung. Fließt das Arbeitsentgelt dem Ordensmitglied zur persönlichen Verfügung zu, wird es als beitragspflichtiges Einkommen berücksichtigt; fließt es jedoch uneingeschränkt der Ordensgemeinschaft zu, bleibt es zur Beitragsberechnung unberücksichtigt – es gilt der Berechnungsmodus, wie er oben unter Nr. 1.2.2 beschrieben wurde.

1.3 Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung im Inland

1.3.1 Die gesetzlichen Krankenkassen erbringen ihre Leistungen nach Maßgabe des SGB V gleichermaßen für pflichtversicherte und freiwillig versicherte Mitglieder. Für einzelne Versicherte gibt es keine individuellen Leistungsausschlüsse oder Risikozuschläge.

1.3.2 Seit 01.01.2004 müssen alle Versicherten im Rahmen der geltenden gesetzlichen Bestimmungen Zuzahlungen und Eigenbeteiligungen bis zu einer Belastungsgrenze von 2 % (bei Chronikern: bis zu 1 %) der beitragspflichtigen Einnahmen zum Lebensunterhalt leisten. Dies gilt auch für freiwillig krankenversicherte Ordensmitglieder.

Nach der „Richtlinie zur Definition schwerwiegender chronischer Krankheiten im Sinne des § 62 des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V)“ des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 22.01.04 (zuletzt geändert am 16.03.04) ist eine Krankheit schwerwiegend chronisch, wenn sie

- 1) (Satz 1) wenigstens ein Jahr lang mindestens einmal pro Quartal ärztlich behandelt wurde (Dauerbehandlung) und eines der folgenden Merkmale vorhanden ist:
- 2.a) Es liegt eine Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 nach dem zweiten Kapitel des Elften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB XI) vor
oder
- 2.b) Es liegt ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60 % nach § 30 BVG oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60 % nach § 56 Abs. 2 SGB VII vor
oder
- 2.c) Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Versorgung mit Heil- und Hilfs-

mitteln) erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die aufgrund der Krankheit nach Satz 1 verursachten Gesundheitsstörung zu erwarten ist.

Bei freiwillig krankenversicherten Ordensmitgliedern sind bei der Ermittlung der Belastungsgrenze die unter Nr. 1.2.2 bis 1.2.4 genannten persönlichen Einkünfte zu berücksichtigen, soweit sie der Beitragsberechnung zugrunde gelegt werden.

Bei Ordensmitgliedern, die Mitglieder der KVdR sind, wird ausschließlich die Rente bei der Ermittlung der Belastungsgrenze berücksichtigt.

1.3.3 Zahnersatzregelung und Anwendung der Härtefallbestimmungen ab 01.01.2005

Bekanntlich gilt für die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen ab dem 01.01.2005 das so genannte befundorientierte Festzuschussystem (§§ 55 - 57 SGB V). Dies bedeutet, dass ausschließlich Anspruch auf den dem jeweiligen Befund zugeordneten Festzuschuss besteht. Zudem ist Zahnersatz weiterhin eine Antragsleistung und bedarf somit vor Durchführung einer Bewilligung durch die Kasse.

1.3.4 Bei Unfällen oder Erkrankungen von Ordensmitgliedern, die sie während bzw. aufgrund des Dienstes für ihre Gemeinschaft erleiden, gilt nicht der Leistungsausschluss gemäß § 11 Abs. 4 SGB V, da die Ordensmitglieder zu ihren Gemeinschaften nicht in einem Beschäftigungsverhältnis stehen und es sich bei eingetretenen Schäden nicht um einen Arbeitsunfall oder die Folgen einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Un-

fallversicherung handelt. Die zur Behandlung erforderlichen Leistungen erbringt die GKV nach Maßgabe von § 11 Abs. 1 bis 3 SGB V.

1.3.5 Ärztlich verordnete ambulante Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen werden von der Krankenkasse gemäß § 23 Abs. 2 und § 40 Abs. 1 SGB V gefördert.

Ärztlich verordnete und von der Krankenkasse genehmigte stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen werden von der Krankenkasse gemäß § 23 Abs. 3 und § 40 Abs. 2 SGB V gefördert, wenn sie in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt werden, mit denen Versorgungsverträge bestehen oder für die ein Versorgungsvertrag als abgeschlossen gilt.

Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen werden von den Krankenkassen in der Regel nur alle vier Jahre gefördert, es sei denn, eine vorzeitige Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich.

1.3.6 Vertrag über die Durchführung häuslicher Krankenpflege gemäß § 132 Abs. 1 Satz 2 SGB V

Die Ordensobern-Vereinigungen VDO und VOD haben im Januar 1996 mit der BARMER Ersatzkasse und im Juni 1996 mit der DAK Verträge geschlossen über die Durchführung und Finanzierung häuslicher Krankenpflege gemäß § 132 Abs. 1 Satz 2 SGB V. Danach können „die zur VDO und VOD gehörenden Ordensgemeinschaften für die in ihren jeweiligen klösterlichen Niederlassungen wohnenden Versicherten der BARMER bzw. DAK die häusliche Krankenpflege (Behandlungs- und Grundpflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung gem. § 37 Abs. 1 SGB V und Behandlungspflege gem. § 37 Abs. 2 SGB V) im Rahmen und nach Maßgabe dieser Vereinbarungen“ selbst durchführen und diese Leistungen bei den Krankenkassen abrechnen.

1.3.7 Inanspruchnahme der eigenen Krankenhausapotheke für die Medikamentenversorgung der Ordensleute

Krankenhäuser bzw. Krankenhausapotheken rechneten bisher mit den Krankenkassen Rezepte ab, die sie für das Personal im Krankenhaus beliefert haben. Zum Personal des Krankenhauses werden auch die Ordensangehörigen gezählt, die dort beschäftigt sind, wie die Ordensangehörigen, die sich im „Ruhestand“ befinden.

§ 14 Abs. 4 Apothekengesetz sieht vor, dass die Krankenhausapotheke auch Arzneimittel an Personen abgeben darf, die im Krankenhaus beschäftigt sind. Unter Berücksichtigung der eingangs erwähnten Definition werden hiervon auch Ordensangehörige und Ordensangehörige im Ruhestand berücksichtigt.

Nach wie vor ist es statthaft, dass Krankenhausapotheken auch das Krankenhauspersonal versorgen können. Voraussetzung für eine Abrechnung mit den Krankenkassen ist, dass die derzeit in den Ländern zu verhandelnden Verträge mit den Krankenhäusern/apotheken über ambulante Arzneimittellieferungen auch die Abgabe an Krankenhausmitarbeiter umfassen.

Beinhalten die Verträge die Versorgung von Krankenhausmitarbeitern nicht, können folglich auch keine Arzneimittel für Ordensangehörige und Ordensangehörige im Ruhestand abgerechnet werden.

1.4 Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung bei Aufenthalt im Ausland

1.4.1 Grundsätzlich ruht der Anspruch auf Leistungen, solange sich Versicherte im Ausland aufhalten, und zwar auch dann, wenn sie dort während eines vorübergehenden Aufenthaltes erkranken (§ 16 Abs. 1 Nr. 1 SGB V).

1.4.2 Ab 01.06.2004 wurde als Anspruchsausweis für den vorübergehenden Aufenthalt in allen EWR-Staaten und der Schweiz die Europäische Krankenversicherungskarte (European Health Insurance Card - EHIC) eingeführt. Ab diesem Zeitpunkt ist der bisherige Auslandskrankenschein (E 111) im EWR-Bereich und der Schweiz weggefallen. Für eine Übergangszeit bis zum 31.12.2005 erfolgt anstelle der Europäischen Krankenversicherungskarte die Ausstellung einer „Bescheinigung als provisorischer Ersatz für die Europäische Krankenversicherungskarte“ (PEB), im Folgenden „Ersatzbescheinigung“ genannt.

Um auch bei einem vorübergehenden Aufenthalt im anderen EWR-Ausland oder der Schweiz im Bedarfsfall ärztliche Behandlung in Anspruch nehmen zu können, sollten krankenversicherte Ordensleute vor der Reise bei der für sie zuständigen Geschäftsstelle ihrer Krankenkasse eine Ersatzbescheinigung anfordern.

Bei Reisen in Abkommensstaaten gilt die Ersatzbescheinigung nicht, sondern landesspezifische Auslandskrankenscheine. Auch diese sollten vor der Reise bei der zuständigen Geschäftsstelle angefordert werden.

Der Abschluss einer zusätzlichen privaten Auslandsreise-KV wird nachdrücklich empfohlen.

1.4.3 Für freiwillig krankenversicherte Ordensmitglieder, die sich auf Weisung des Ordens für längere Zeit dienstlich im Ausland aufhalten, findet § 17 SGB V analoge Anwendung. Der Orden (Provinz-, Abteiverwaltung) im Inland tritt bei Erkrankung eines ins Ausland entsandten Ordensmitglieds finanziell in Vorleistung für die vom krankenversicherten Mitglied dort in Anspruch genommenen Leistungen (Abs. 1) und reicht der Krankenkasse die Belege zur Kostenabrechnung ein. Die Krankenkasse erstattet dem Orden die ver-

auslagten Kosten bis zu der Höhe, in der sie ihr im Inland entstanden wären (Abs. 2). Voraussetzung: Vorlage von detaillierten, spezifizierten und übersetzten Verordnungen und Rechnungen.

Bei der Erstattung war bisher sowohl eine Vergütung der Aufwendungen nach Inlandsätzen als auch im ambulanten Bereich eine Pauschalvergütung von 60% möglich.

Bei Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaft Evangelikaler Missionen e.V. (AEM) wurde seinerzeit eine analoge Regelung zur Anwendung des § 17 SGB V getroffen. Allerdings haben sich hier die Mitgliedschaften des VdAK Anfang 2001 auf eine einheitliche Regelung, nämlich generelle Erstattung nach „Inlandsätzen“, verständigt. Zur Gewährleistung einer einheitlichen Verfahrensweise bei der Erstattung im Rahmen des § 17 SGB V gilt für versicherte Ordensmitglieder katholischer Ordensgemeinschaften ebenso wie für entsandte Mitglieder der evangelischen Missionen deshalb künftig ausschließlich eine Erstattungsregelung nach Inlandsätzen, wobei nunmehr der Leistungskatalog nach Inkrafttreten des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) gilt.

1.4.4 Ambulante Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) in Ländern der Europäischen Union oder mit bestehendem Sozialversicherungsabkommen sind dann möglich, wenn das Krankenversicherungsrecht des jeweiligen Staates oder das Sozialversicherungsabkommen entsprechende Leistungen vorsieht. Sie sind, wie im Inland, vorher zu beantragen und durch die Krankenkasse ggf. nach vorheriger Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) zu entscheiden.

Leistungen für stationäre Rehabilitationsmaßnahmen im Ausland können grundsätzlich nicht zur Verfügung gestellt werden. In

der Regel stehen im Bundesgebiet adäquate Einrichtungen zur Verfügung. Des weiteren bestehen mit ausländischen stationären Rehabilitationskliniken, sofern überhaupt vorhanden, keine Versorgungsverträge nach § 111 SGB V. Ausgenommen sind, wegen der klimatischen Besonderheiten, Rehabilitationsmaßnahmen im Hochgebirgsklima in Davos/Schweiz oder auch am Toten Meer (Israel/Jordanien). Allerdings kann die Kasse die Leistung nur dann zur Verfügung stellen, wenn nach den für andere Träger der Sozialversicherung geltenden Vorschriften solche Leistungen nicht erbracht werden können und der MDK eine solche befürwortet.

Auch die Tatsache, dass am 01.05.2004 zehn weitere Staaten der EU beitraten, ändert die Bearbeitungsweise nicht. Zur Zeit wird übergeordnet durch die „Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland (DVKA)“ geprüft, ob die deutschen Krankenkassen Bewilligungen für ambulante Vorsorgeleistungen, speziell in den zehn Beitrittsstaaten, erteilen dürfen.

2. Soziale Pflegeversicherung

2.1 Mitgliedschaft / Versicherter Personenkreis

2.1.1 Für satzungsmäßige Mitglieder von Ordensgemeinschaften und geistlichen Genossenschaften, die in einer gesetzlichen Krankenkasse oder einer privaten Krankenversicherung freiwillig krankenversichert sind, besteht ab 1.1.1995 Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung (§ 20 Abs. 3 und § 23 SGB XI). Eine generelle Befreiung von der Versicherungspflicht in der Pflegeversicherung ist nicht vorgesehen. Bestimmte in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versicherte Mitglieder haben jedoch ein „Wahlrecht“ (§ 22 SGB XI; Übergangsregelung: Artikel 41).

2.1.2 Postulanten und Novizen katholischer Ordensgemeinschaften sind noch keine satzungsmäßigen Mitglieder. Sie absolvieren eine Zeit der Berufsausbildung. Als solche unterliegen sie der Krankenversicherungspflicht (§ 5 Abs. 4a SGBV) und damit ab 1.1.1995 auch der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung (§ 20 Abs. 2a SGB XI).

2.1.3 Ausländische Ordensleute in Deutschland unterliegen – soweit sie in Deutschland krankenversichert sind – ebenso wie deutsche Ordensleute der Versicherungspflicht in der Pflegeversicherung auf Grund einer bestehenden Krankenversicherung. Dies gilt auch dann, wenn sie sich nur befristet in Deutschland aufhalten oder bei Krankheit oder Pflegebedürftigkeit in ihr Heimatland zurückkehren.

2.1.4 Ausscheidende Ordensleute, die bis zum Ausscheiden aus der Ordensgemeinschaft in der gesetzlichen Krankenkasse freiwillig versichert sind und diesen Krankenversicherungsschutz beenden, haben auf Antrag das Recht auf Weiterversicherung in der sozialen Pflegeversicherung, wenn sie in den letzten 5 Jahren vor dem Ausscheiden mindestens 24 Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden mindestens 12 Monate versichert waren. Die Weiterversicherung ist innerhalb von 3 Monaten nach Ausscheiden aus der Versicherungspflicht zu beantragen.

2.1.5 Ordensleute, die wegen Verlegung ihres Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland aus der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung ausscheiden (§ 26 Abs. 2 SGB XI), können sich auf Antrag weiterversichern. Eine Vorversicherungszeit ist nicht erforderlich. Die Weiterversicherung ist innerhalb von einem Monat nach Ausscheiden aus der Versicherungspflicht zu beantragen.

Besteht die gesetzliche Krankenversicherung fort, kommt es zu keiner Weiterversi-

cherung in der sozialen Pflegeversicherung, da grundsätzlich die Pflegeversicherung der Krankenversicherung folgt.

Ordensleute, die in einem EU-Land gesetzlich krankenversichert sind und nach Deutschland zurückkehren, können sich grundsätzlich hier in der GKV freiwillig weiterversichern, wenn die Voraussetzungen des § 9 Absatz 1 Nr. 1 SGB V (VVZ) erfüllt werden. Die freiwillige (Weiter-) Versicherung bei einem Verzug in einen anderen Abkommensstaat ist in Artikel 9 der EWG-VO 1408/71 geregelt. Die in einem anderen EU-/EWR-Staat zurückgelegten Versicherungszeiten sind bei der Prüfung der Vorversicherungszeiten nach § 9 Absatz 1 Nr. 1 SGB V anzurechnen. Die ausländische Versicherung muss im EU-Bereich mit dem Vordruck „E 104“ nachgewiesen werden.

Ordensleuten, die während ihres Dienstes im Ausland tätig sind, kann die Anwartschaftsversicherung nicht eingeräumt werden. Grund dafür ist, dass für diese Ordensleute kein privater Versicherungsvertrag für die Dauer des Auslandsaufenthaltes abgeschlossen wird. Würden diese Ordensleute bei Erkrankung – in Ländern ohne ausreichende medizinische Versorgung – vom Orden ins Inland zurückgerufen und wird die bis zur Erkrankung bestehende Anwartschaftsversicherung in eine „Vollversicherung“ mit entsprechendem Leistungsanspruch umgewandelt, würde das „Risiko Krankheit“ vollständig zu Lasten der Solidargemeinschaft gehen.

2.1.6 Für Ordensleute, die in Deutschland nicht bei einer gesetzlichen Krankenkasse krankenversichert sind, gibt es keine Möglichkeit für einen Beitritt zur sozialen Pflegeversicherung. Die Mitgliedschaft in der Pflegeversicherung ist immer an die Mitgliedschaft in der Krankenversicherung gekoppelt.

2.1.7 Alle Ordensleute in der gesetzlichen Krankenversicherung sind versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung. Ordensleute, die bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind, sind ausnahmslos auch dort pflegeversichert. Unter bestimmten Voraussetzungen kann auch ein anderes privates Versicherungsunternehmen gewählt werden.

Von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung können nur Ordensleute befreit werden, die

- ◇ in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert sind
und
- ◇ nachweisen, das Risiko der Pflegebedürftigkeit bei einem privaten Versicherungsunternehmen versichert zu haben. Die Leistungen müssen denen der sozialen Pflegeversicherung entsprechen
und
- ◇ innerhalb von 3 Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung als freiwilliges Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung einen Antrag bei der zuständigen Pflegekasse stellen.

Der Wechsel von der sozialen zur privaten Pflegeversicherung ist unwiderruflich (§ 22 Abs. 2 Satz 3 SGB XI).

2.2 Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung

2.2.1 Bei der Berechnung des Beitrags zur sozialen Pflegeversicherung für satzungsmäßige Mitglieder von Ordensgemeinschaften und geistlichen Genossenschaften, die in einer gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert und damit in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig sind und die außer den Sachbezügen keine persönlichen beitragspflichtigen Einnahmen haben (vgl. § 57 Abs. 4 SGB XI), wird

als beitragspflichtiges Mindesteinkommen kalendertäglich der 180. Teil bzw. pro Monat der sechste Teil der mtl. Bezugsgröße in der gesetzlichen Sozialversicherung zu Grunde gelegt. Die Beiträge zur Pflegeversicherung der Ordensmitglieder – einschließlich des ab dem 01.01.05 aufgrund des Kinderberücksichtigungsgesetzes zu zahlenden Zuschlags wegen Kinderlosigkeit in Höhe von 0,25% der beitragspflichtigen Einnahmen – werden in voller Höhe von den Ordensgemeinschaften getragen.

2.2.2 Der Wert der beitragspflichtigen Einnahmen von Postulanten und Novizen, die zu ihrer Berufsausbildung beschäftigt sind, bemisst sich zur Berechnung der Beiträge zur gesetzlichen Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung sowie zur Bundesanstalt für Arbeit nach den Werten der Sachbezugswert-Verordnung für gewährte Unterkunft und Verpflegung, soweit sie außer Kost und Wohnung keine weiteren Barbezüge haben.

2.2.3 Ordensleute, die eine Rente beziehen und freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung oder bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind, erhielten vom zuständigen Rentenversicherungsträger bis 31.12.04 einen Beitragszuschuss zur Pflegeversicherung.

Ab 01.04.04 ist dieser Zuschuss aufgrund der Auswirkungen des Zweiten und Dritten Gesetzes zur Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze entfallen. Die Versicherten sind insofern mit den Beiträgen allein belastet.

Für Ordensleute, die eine Rente beziehen und in der Krankenversicherung der Rentner

(KVdR) pflichtversichert sind, behält der zuständige Rentenversicherungsträger den Pflegeversicherungsbeitrag ein und führt diesen an die zuständige Stelle ab.

Die Beteiligung des RVT an den Beiträgen zur Pflegeversicherung ist mit dem Zweiten und Dritten Gesetzes zur Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze entfallen.

2.2.4 Die Beitragsberechnung zur sozialen Pflegeversicherung für freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Mitglieder von Ordensgemeinschaften und geistlichen Genossenschaften ist analog den Regelungen in der gesetzlichen Krankenversicherung vorzunehmen.

Wenn satzungsmäßige Mitglieder von Ordensgemeinschaften und geistlichen Genossenschaften eine Rente oder Pension beziehen, gilt für die Beitragsberechnung zur sozialen Pflegeversicherung analog zu den vereinbarten Regelungen in der gesetzlichen Krankenversicherung folgendes: Die Rente bzw. Pension wird nur dann als beitragspflichtiges Einkommen zu Grunde gelegt, wenn das Ordensmitglied darüber persönlich verfügen kann oder wenn das Ordensmitglied durch seine Tätigkeit (z.B. im Rahmen eines Gestellungsvertrages oder eines Stellenplans) noch zum wirtschaftlichen Bestand der Ordensgemeinschaft beiträgt. Fließt die Rente oder Pension jedoch an die Ordensgemeinschaft und ist das Ordensmitglied auch nicht mehr im genannten Sinne tätig, wird weiterhin nur das unter Nr. 2.2.1 genannte beitragspflichtige fiktive Mindesteinkommen für die Berechnung des Pflegeversicherungsbeitrages zugrunde gelegt.

Werden satzungsmäßige Mitglieder von Ordensgemeinschaften und geistlichen Genossenschaften aufgrund eines persönlichen Dienst- oder Arbeitsvertrages tätig, unterliegen sie nach § 6 Abs. 1 Nr. 7 in Verbindung mit § 6 Abs. 3 Satz 1 SGB V dennoch nicht der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung. Sofern sie als freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung angehören, sind sie damit auch

D versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung. Analog zur Beitragsberechnung in der Krankenversicherung gilt auch für die Beitragsberechnung in der Pflegeversicherung: Fließt das Arbeitsentgelt dem Ordensmitglied zur persönlichen Verfügung zu, wird es als beitragspflichtiges Einkommen berücksichtigt; fließt es jedoch uneingeschränkt der Ordensgemeinschaft zu, bleibt es zur Beitragsberechnung unberücksichtigt – es gilt der Berechnungsmodus, wie er oben unter Nr. 2.2.1 beschrieben wurde.

2.2.5 Die in diesem Protokoll festgehaltenen Bedingungen zur Beitragsberechnung in der sozialen Pflegeversicherung gelten nicht für den Bereich der privaten Pflegeversicherung. Die Höhe der Prämien zur privaten Pflegeversicherung wird von den privaten Krankenversicherungsunternehmen festgelegt bzw. ist mit ihnen auszuhandeln. Gesetzlich vorgeschrieben ist lediglich, dass die Prämienhöhe den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung nicht übersteigen darf (vgl. § 110 Abs. 1 SGB XI).

2.3 Leistungen der sozialen Pflegeversicherung

2.3.1 Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung haben versicherte Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen (§ 14 SGB XI). Über das Vorliegen dieser Voraussetzungen (§ 14 SGB XI) und die Zuordnung zu einer der drei Pflegestufen (§ 15 SGB XI) entscheidet die Pflegekasse auf der Grundlage eines Gutachtens des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, der die dafür nötigen Untersuchungen im Wohnbereich des Versicherten durchführt (§ 18 SGB XI).

2.3.2 Leistungen werden auf Antrag erbracht. Die Anträge sind an die zuständige örtliche Geschäftsstelle zu richten, in deren Bereich sich die pflegebedürftige Person aufhält. Leistungen für pflegebedürftige Versicherte, die sich im Ausland aufhalten, können nicht erbracht werden (Ausnahme: Pflegegeld in anderen EWR-Staaten – Belgien, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Island, Italien, Lettland, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Schweden, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechische Republik, Ungarn und Zypern). Siehe auch Ausführungen unter Ziffer 2.5.

2.3.3 Die Leistungen werden – nach Erfüllung der Voraussetzungen – nach den Inhalten der §§ 36 ff. SGB XI zur Verfügung gestellt.

2.3.4 Werden pflegebedürftige Ordensleute und Mitglieder geistlicher Genossenschaften in ihrer jeweiligen klösterlichen Niederlassung versorgt, ist der Klausur- und Privatbereich dieser klösterlichen Niederlassung der häusliche Bereich im Sinne des SGB XI. Dies gilt auch dann, wenn die Pflege innerhalb des Klausurbereichs in günstiger gelegenen oder bedürfnisgerecht ausgestatteten Klosterzellen erfolgt oder wenn es sich um ein alten- und pflegegerecht hergerichteten Kloster handelt.

Leben in einem Kloster mehrheitlich alte und pflegebedürftige Ordensleute, ist dieses Kloster mit kirchenrechtlich festgelegtem Klausurbereich ein ordensinternes „Altenheim“ oder „Altenpflegeheim“. Werden dort pflegebedürftige Ordensleute gepflegt, handelt es sich um „häusliche Pflege“. Es besteht für eine solche Einrichtung jedoch die Möglichkeit, mit der Pflegekasse bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen einen Versorgungsvertrag im Hinblick auf die hausinterne Erbringung ambulanter bzw. stationärer Pflegeleistungen abzuschließen.

Was zum Klausur- und Privatbereich einer klösterlichen Niederlassung gehört, wird von der zuständigen kirchlichen Autorität (z.B. Provinz- oder Ordensleitung) festgelegt.

2.3.5 Ordensleute, die innerhalb des Klausurbereichs gepflegt werden, erhalten Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung als Pflege-Sachleistung (= häusliche Pflegehilfe. Vgl. § 36 SGB XI). Sie wird durch geeignete Pflegekräfte erbracht, die entweder von der Pflegekasse oder einer vertraglich anerkannten ambulanten Pflegeeinrichtung (z.B. Sozialstation) angestellt sind. Die Abrechnung der erbrachten vertraglichen Leistungen erfolgt unmittelbar mit der Pflegekasse. Die zu erbringenden Pflegeeinsätze richten sich nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit, der jeweils vom Medizinischen Dienst durch Eingruppierung in eine Pflegestufe festgelegt wird. Sind mehr Pflegeeinsätze erforderlich als für die jeweils aktuelle Pflegestufe vorgesehen, werden die anfallenden Mehrkosten vom Pflegebedürftigen bzw. von der Ordensgemeinschaft getragen.

2.3.6 Ordensleute, deren Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung innerhalb des Klausurbereichs durch eigene Ordensmitglieder oder ehrenamtlich tätige Helfer oder Angehörige sichergestellt werden kann, können an Stelle der häuslichen Pflegehilfe ein Pflegegeld beantragen (§ 37 SGB XI). Die Höhe des Pflegegeldes richtet sich nach der jeweiligen Pflegestufe.

2.3.7 Es ist möglich, Pflegesachleistungen durch einen ambulanten Pflegedienst (z.B. für die Grundpflege) mit Pflegegeldleistungen (z.B. für die hauswirtschaftliche Versorgung) zu kombinieren. Wird die zustehende Pflegesachleistung nur teilweise in Anspruch genommen, kann daneben ein anteiliges Pflegegeld gezahlt werden (§ 38 SGB XI). Die Höhe dieses anteiligen Pflegegeldes bemisst sich aus dem Prozentsatz, der dem nicht in Anspruch genommenen Teil der

Pflegesachleistung entspricht. An die schon mit dem Antrag zu treffende Entscheidung, in welchem Verhältnis Sach- und Geldleistungen in Anspruch genommen werden, ist der Pflegebedürftige sechs Monate lang gebunden.

2.3.8 Pflegepersonen im klösterlichen Bereich sind Ordensleute, die die „häusliche Pflege“ eines pflegebedürftigen Mitglieds der eigenen Ordensgemeinschaft innerhalb des Klausurbereichs ehrenamtlich übernehmen. Auch Ordensleute einer anderen Ordensgemeinschaft, die auf der Basis eines Gestellungsvertrages die Pflege innerhalb des Klausurbereichs übernehmen, sind Pflegepersonen im Sinne des SGB XI. Ihnen gleich gestellt sind ehrenamtliche Helfer oder Familienangehörige, die innerhalb des Klausurbereichs die Pflege von Ordensleuten übernehmen. Bei der Beantragung von Pflegegeldleistungen oder einer Kombination aus Pflegesach- und -geldleistungen ist die Pflegeperson im Antragsformular namentlich zu benennen. Übernimmt ein Ordensmitglied innerhalb des Klausurbereichs die Aufgabe einer Pflegeperson, gilt sie auch dann als Pflegeperson im Sinne des SGB XI, wenn sie als professionelle Kranken- oder Altenpflegekraft ausgebildet ist und dies im Außenverhältnis ggf. auch beruflich ausübt oder wenn ihre Ordensgemeinschaft im Außenverhältnis kraft Ordenssatzung schwerpunktmäßig in der Alten- und Krankenpflege tätig ist.

Hat eine Klostersgemeinschaft zur Versorgung pflegebedürftiger Ordensmitglieder innerhalb des Klausurbereichs weltliches Personal angestellt („selbst beschaffte Pflegehilfe“), gelten diese Pflegekräfte nicht als Pflegepersonen im Sinne des SGB XI. Dennoch handelt es sich um „häuslichen Pflege“, für die der Pflegebedürftige ein Pflegegeld beantragen kann, um damit die Kosten für die selbst beschaffte Pflegehilfe wenigstens zum Teil aufzubringen. Im Antrag für Pflegegeldleistungen sind mit entsprechender Kenn-

Dzeichnung die Namen der angestellten Pflegekraft und ggf. zusätzlich der ordenseigenen Pflegeperson (Mitbruder/ Mitschwester) namentlich zu benennen.

2.3.9 Die Frage, ob auch für Ordensleute, die als Pflegepersonen ehrenamtlich tätig werden, durch die Pflegekasse auf Antrag Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung abgeführt werden können, haben die Spitzenverbände der Krankenkassen und des VDR bei einer Besprechung am 28.11.1996 dahingehend beantwortet, dass Ordensangehörige bei Ausübung einer Pflegetätigkeit – innerhalb der Ordensgemeinschaft – nicht zu den Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 SGB XI gehören, da sie Pflegeleistungen überwiegend aus religiösen oder sittlichen Beweggründen im Rahmen des kirchlichen Auftrags erbringen.

Wird die Pflegetätigkeit nicht im Dienst oder im Rahmen der Gemeinschaft ausgeübt, können Ordensangehörige ebenso wie Arbeitnehmer, die eine Pflegetätigkeit außerhalb ihres Beschäftigungsverhältnisses erbringen, Pflegepersonen im Sinne des § 19 SGB XI sein. Leistungen zur sozialen Sicherung erhalten sie unter den näheren Voraussetzungen der Vorschriften in den einzelnen Versicherungszweigen.

2.3.10 Pflegehilfsmittel und technische Hilfen werden nach Beurteilung durch den Medizinischen Dienst von der Pflege- oder Krankenkasse vorrangig (leihweise) zur Verfügung gestellt (§ 40 Abs. 1 - 3 SGB XI). Eine ärztliche Verordnung ist dafür nicht erforderlich. Art, Inhalt und Umfang der Versorgung bei Inanspruchnahme zum Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel sind unter Ziffer 5.7 erläutert. Inkontinenzhilfen werden zuständigkeitshalber von den Krankenkassen (nicht Pflegekassen!) im üblichen Rahmen bereitgestellt bzw. bezuschusst, wobei Vergünstigungen durch Großeinkauf in Anspruch genommen und mit den zuständigen örtlichen Geschäftsstellen abgesprochen werden können.

Subsidiäre Zuschüsse zur Verbesserung des Wohnumfeldes (z.B. Treppenlift, Türverbreiterung, Rampe zur leichteren Überwindung von Stufen etc.) stehen auch pflegebedürftigen Ordensleuten, die innerhalb des Klausurbereichs gepflegt werden, grundsätzlich zu. Darüber entscheidet im Einzelfall die zuständige örtliche Geschäftsstelle der Pflegekasse.

2.4 Stationärer Bereich

2.4.1 Die Anerkennung eines klösterlichen Bereichs, der zunächst als Klausurbereich für „häusliche Pflege“ genutzt wurde, als stationären Pflegebereich ist möglich, wenn die entsprechenden Qualitätsanforderungen in sachlicher und personeller Hinsicht vorliegen und im Rahmen der Beantragung eines Versorgungsvertrages, der mit der Pflegekasse abzuschließen ist, geprüft wurde.

Der mit Wirkung zum 01.07.2004 zwischen den Ordensvereinigungen VDO, VOD und VOB bzw. deren künftigen gemeinsamem Rechtsnachfolger und den Spitzenverbänden VdAK/AEV geschlossene „Rahmen-Versorgungsvertrag in analoger Anwendung der § 72 SGB XI (vollstationäre Pflege)“ findet Anwendung.

2.4.2 Auch ambulante Pflegeeinrichtungen („Sozialstationen“) können im stationären Klausurbereich (z.B. Altenheim) tätig werden. Die durch einen Versorgungsvertrag von der Pflegekasse anerkannte Pflegeeinrichtung rechnet die im klösterlichen Klausurbereich erbrachten Pflegesachleistungen direkt mit der Pflegekasse ab.

Für die Einrichtung von ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen besteht keine Bedarfsplanung. Ausschlaggebend für das Zustandekommen eines Versorgungsvertrages sind Qualität und Wirtschaftlichkeit der beantragenden Einrichtung.

2.5 Leistungen der Pflegekasse bei Daueraufenthalt pflegeversicherter Ordensangehöriger im benachbarten Ausland (z.B. Belgien/Luxemburg)

Der Europäische Gerichtshof (EuGH) hat am 5. März 1998 in der Rechtssache C-160/96 bestätigt, dass es nicht gegen Artikel 6 und Artikel 48 Abs. 2 des EU-Vertrages verstößt, wenn ein Mitgliedsstaat Personen, die in seinem Gebiet arbeiten, jedoch in einem anderen Mitgliedsstaat wohnen, zu Beiträgen zu einem System der sozialen Sicherheit zur Deckung des Risikos der Pflegebedürftigkeit heranzieht. Ist daher auf Grund der Koordinierungsregelungen des Gemeinschaftsrechts deutsches Sozialversicherungsrecht anzuwenden, sind bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 20 SGB XI Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung zu entrichten.

Wie der EuGH in seinem Urteil festgestellt hat, handelt es sich beim Pflegegeld nach dem SGB XI um eine Geldleistung im Sinne der Verordnungen (EWG) über soziale Sicherheit. Damit kommt für Versicherte deutscher Pflegekassen, die sich in einem anderen EWR-Staat aufhalten, der Export von Pflegegeld in Betracht. Als *Geldleistung* ist ausschließlich das Pflegegeld nach § 37 SGB XI zu verstehen. Voraussetzung für die Zahlung des Pflegegeldes ist, dass die Pflege selbst sichergestellt wird bzw. werden kann. Bei Aufenthalt des Pflegebedürftigen in einer stationären Pflegeeinrichtung im Ausland ist davon auszugehen, dass die Pflege selbst sichergestellt wird. Insofern kommt die Zahlung des Pflegegeldes nach § 37 SGB XI auch in diesen Fällen in Betracht.

2.6 Beschaffung von Pflegehilfsmitteln im Großhandel

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel sind Produkte, die wegen der Beschaffenheit ihres Materials oder aus hygienischen Gründen nur einmal benutzt werden können und

in der Regel für den Wiedereinsatz nicht geeignet sind. Die Dauer der Benutzung des einzelnen Artikels ist dabei unerheblich. Im Pflegehilfsmittelverzeichnis nach § 78 SGB XI sind die zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel gelistet. Hierbei handelt es sich um

- ◇ saugende Bettschutzeinlagen zum Einmalgebrauch
- ◇ Fingerlinge
- ◇ Einmalhandschuhe
- ◇ Mundschutz
- ◇ Schutzschürzen
- ◇ Desinfektionsmittel.

§ 78 i.V.m. § 40 SGB XI sieht den Abschluss von Verträgen der Spitzenverbände der Pflegekassen mit Leistungserbringern auch für den Bereich der zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel vor.

Die Rechnungen der oben genannten Leistungserbringer sind über DDG abrechenbar. Sofern weitere Leistungserbringer dieser Vereinbarung beitreten, werden wir auch diesen eine Abrechnung über DDG ermöglichen. Bei Nichtvertragspartnern verbleibt es bei der Abrechnung über die Geschäftsstelle.

Stellt der Sachleistungserbringer dem Pflegebedürftigen zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel für dessen private Pflege zur Verfügung, kann eine Zuzahlung an den Sachleistungserbringer erfolgen, wenn der Kasse eine Abtretungserklärung des Pflegebedürftigen vorliegt. Diese ist vom Pflegebedürftigen auch dann zu fordern, wenn andere Lieferanten zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel unmittelbar mit der Kasse abrechnen wollen.

Eine Leistungspflicht der Pflegekasse für Inkontinenzartikel besteht nur dann, wenn diese ausschließlich der Erleichterung hygienischer und pflegerischer Maßnahmen dienen. Einmal- und Endloswindeln, Einwegkran-

kenunterlagen, Einwegslips, Gummihosen, Zellstoffeinlagen u.ä. werden in der Regel auf Grund medizinischer Indikationsstellungen (Dekubitusbehandlung und -prophylaxe) ärztlich verordnet und gelten somit als Hilfsmittel nach § 33 SGB V.

Die Aufwendungen der Pflegekassen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel dürfen für den Pflegebedürftigen monatlich den Betrag von Euro 31,- nicht übersteigen. Hierbei sind die Aufwendungen aller zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel zusammenzurechnen, unabhängig von der Darreichungsform und der Art der Produkte. Sofern aus Gutachten oder anderen Unterlagen hervorgeht, dass die anfallenden Aufwendungen generell Euro 31,- im Monat übersteigen, kann aus Vereinfachungsgründen ohne weiteren Nachweis der Betrag nach § 40 Abs. 2 SGB XI an den Pflegebedürftigen ausgezahlt werden. Dies gilt in analoger Anwendung der Zahlung des Pflegegeldes – auch für die ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung/stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme. Endet der Zeitraum von vier Wochen im Rahmen einer vollstationären Krankenhausbehandlung/stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme im Verlaufe eines Kalendermonats, so ist dennoch für diesen Monat der Pauschbetrag nach § 40 Abs. 2 SGB XI ungekürzt auszuzahlen. Gleiches gilt auch in den Fällen, in denen erst im Verlauf eines Monats Anspruch auf Leistungen im Rahmen des § 40 Abs. 2 SGB XI besteht. Bei Unterbringung in ordensinternen, als vollstationär anerkannten Pflegeeinrichtungen (-abteilungen) kommt eine Zahlung des Betrages von Euro 31,- nicht in Betracht, da anfallende Aufwendungen mit dem (fiktiven) Pflegesatz und dem Leistungsbetrag nach § 43 SGB XI abgegolten sind.

Aufwendungen über Euro 31,- im Monat fallen in den Eigenverantwortungsbereich des Pflegebedürftigen. Bei größeren Mengen ist

die voraussichtliche Verbrauchsdauer der Pflegehilfsmittel anzugeben. Für diese Pflegehilfsmittel erhält der Pflegebedürftige monatlich Euro 31,-. Ein Ausgleich auf Grund der Härtefallregelung gemäß § 40 Abs. 3 Satz 4 SGB XI i.V.m. §§ 61, 62 SGB V ist nicht möglich.

Pflegehilfsmittel, die beim Einsatz eines Pflegegedienstes verbraucht werden, zählen zu den Betriebsmitteln des Vertragspartners und können nicht gesondert berücksichtigt werden. Ist darüber hinaus bei Vorhandensein einer Pflegeperson weiterer Hilfsmittelbedarf im häuslichen Bereich notwendig, können Leistungen bis zu Euro 31,- zur Verfügung gestellt werden. Hierzu bedarf es zunächst eines Nachweises des Bezugs dieser Pflegehilfsmittel. Des Weiteren ist dem Pflegebedürftigen respektive der Pflegeperson mitzuteilen, dass der Verbrauch sich ausschließlich auf die private Pflege beziehen darf. Eine Weitergabe der zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel an den Leistungserbringer der Pflegesachleistung ist nicht statthaft.

Pflegekassen, Leistungserbringer und Pflegebedürftige sind gehalten, alle in Frage kommenden Einsparmöglichkeiten zu nutzen (z.B. Direktbezug vom Hersteller, Auszahlung von Rabatten).

2.7 Praktische Fragen

2.7.1 Die Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung erfolgt bei den gesetzlichen Pflegekassen mittels entsprechender Formulare, die von den örtlichen Geschäftsstellen bereitgehalten werden. Antragsteller ist in der Regel der Pflegebedürftige selbst oder eine von ihm bevollmächtigte Person. Im klösterlichen Bereich kann der Antrag z.B. vom Hausoberen bzw. der Hausoberin oder vom Prokurator oder der Prokuratorin gestellt werden. Die Vorlage einer schriftlichen Vollmacht ist nicht erforderlich.

2.7.2 Die Anträge sind an die jeweilige örtliche Geschäftsstelle der Pflegekasse zu richten, in deren Bereich sich der Pflegebedürftige dauerhaft aufhält, auch wenn die Beiträge zur Pflegeversicherung zentral vom Mutterhaus oder der Provinzverwaltung entrichtet werden.

2.7.3 Wird Pflegegeld beantragt, erfolgt die Überweisung durch die Pflegekasse auf ein im Antrag anzugebendes Bankkonto. Dies ist bei Ordensleuten in der Regel ein Konto der klösterlichen Niederlassung, zu der der Pflegebedürftige gehört.

2.7.4 Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit erfolgt durch den Medizinischen Dienst in der Regel im Wohnbereich des Pflegebedürftigen (in Ausnahmefällen auch nach Aktenlage). Mit der Beantragung von Leistungen der Pflegekasse wird der Zugang des Medizinischen Dienstes und des ambulanten Pflegedienstes zu den pflegebedürftigen Ordensleuten im Klausurbereich im Rahmen der dienstlichen Obliegenheiten uneingeschränkt eingeräumt.

Bei Änderung des SGB V und des SGB XI gelten die jeweils aktuellen gesetzlichen Bestimmungen, ohne dass dieses Protokoll im Einzelfall aktualisiert wird. Sind wesentliche Änderungen erforderlich, vereinbaren die am Zustandekommen dieses Protokolls beteiligten Institutionen eine neue Gesprächsrunde, deren Ergebnis in ähnlicher Weise protokolliert wird.

Dieses Ergebnisprotokoll des Gesprächs vom 12.07.2004 tritt an die Stelle der Ergebnisprotokolle der Gespräche vom 20.03.1989 (GRG) und vom 28.11.1994 (PVG) zwischen den Ordensobern-Vereinigungen (VDO und VOD) und den Angestellten-Krankenkassen (BARMER und DAK).

Die Kranken- und Pflegekassen informieren ihre Geschäftsstellen über die in diesem Pro-

tokoll vereinbarten Details der Umsetzung des SGB V bzw. des SGB XI im Ordensbereich in kassenüblicher Weise. Die katholischen Ordensgemeinschaften werden durch ihre Bundesverbände informiert.

Wuppertal, den 17.02.2005
BARMER Ersatzkasse
gez. Peter Parketny

Hamburg, den 17.02.2005
Deutsche Angestellten-Krankenkasse
gez. Wilfried Westphal

Siegburg, den 17.02.2005
Verband der Angestellten-Krankenkassen
gez. Paul Schiffer

Bamberg, den 17.02.2005
Vereinigung Deutscher Ordensobern
gez. P. Wolfgang Schumacher O.Carm