

Anhang 4:

**Dr. Dr. Thomas Ruppel
& Julia Fahrinsland**

**Gutachten
Sozialrechtliche Begleitung**

„Begleitangebote für pflegebedürftige Begleitpersonen während einer stationären Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahme eines pflegenden Angehörigen“
(Purpa 3)

Sozialrechtliche Begleitung

Dr. Dr. Thomas Ruppel & Julia Fahrinsland



Rechtsanwälte - Fachanwälte
Dr. jur. Dr. rer. med. Ruppel
**KANZLEI FÜR MEDIZINRECHT
& GESUNDHEITSRECHT**

Inhaltsverzeichnis

I. Aufgabenstellung.....	2
II. Arbeitspaket 1.....	3
1. Begriffsbestimmung.....	3
2. § 42a SGB XI n.F.....	3
a) Doppelte Vergabe des § 42a SGB XI n.F.....	3
b) Anspruchsberechtigte.....	4
c) Anspruchsumfang.....	4
d) Anspruchsinhalt.....	5
e) Anspruchsgegner.....	7
f) Verfahrensrechtliche Regelungen und zivilrechtliche Auswirkungen.....	7
g) Koordinationsauftrag.....	8
h) Ausschluss des Anspruches.....	8
i) Ruhen anderer Leistungen.....	8
j) Zusammenfassung.....	8
3. § 25 SGB IX und § 42 SGB IX.....	9
4. Ansprüche aus §§ 44, 45 SGB XI.....	10
5. Anspruch aus § 40 Abs. 3a SGB V n.F.....	10
6. SGB VI.....	12
III. Arbeitspaket 2.....	13
1. Intervention zu Gunsten der pflegebedürftigen Person.....	13
2. Intervention zu Gunsten des Pflegetandems.....	14
IV. Arbeitspaket 3.....	16
1. Zuordnung der Interventionen nach Kostenverantwortlichkeit und Bestimmung des zuständigen Trägers.....	16
2. Annexanspruch oder Zuständigkeit nach Nutzen.....	17
3. Grenzbereiche: Nicht gesetzlich versicherte Personen und Lösung über Annexanspruch.....	18
V. Arbeitspaket 4.....	20
1. Gesamtzuständigkeit oder Einzelzuständigkeiten.....	20
2. Notwendigkeit eines subjektiv-öffentlichen Rechts und Umsetzungsmöglichkeiten.....	20
3. Anwendung auf Koordinationsleistungen Purpa-3.....	21
a) Intervention zu Gunsten des Pflegebedürftigen.....	22
b) Koordinationsleistungen zu Gunsten der Pflegeperson.....	23
aa) Ergänzung des § 40 Abs. 3a SGB V.....	23
bb) Ergänzung von § 23 SGB V um einen Abs. 8.....	24
cc) Ergänzung im Rentenversicherungsrecht/ Rehabilitations- und Teilhaberecht.....	24
VI. Zusammenfassung.....	26
1. Unterstützung pflegender Angehöriger und des Pflegetandems de lege lata.....	26
2. Bisherige Kostenverantwortlichkeiten und Vorschläge zu Kostenverantwortlichkeiten.....	27
3. Möglichkeiten der Einführung neuer Versorgungsformen und Anwendung.....	29
VII. Literaturverzeichnis.....	30

I. Aufgabenstellung

Für die sozialrechtliche Begleitung im Teilprojekt PuRpA-3 „Konzeptentwicklung Begleitangebote für pflegebedürftige Begleitpersonen während einer stationären Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahme eines pflegenden Angehörigen“ wurden folgende Fragestellungen definiert:

- Bewertung der im Rahmenkonzept dargestellten Leistungen und Anforderungen für die sektorenübergreifenden Angebote für das Pflege-Tandem während einer stationären Vorsorge- oder Rehabilitation des pflegenden Angehörigen und die Begleitangebote in der Kurzzeit- und Tagespflege für den Pflegebedürftigen während einer stationären Vorsorge- oder Rehabilitation des pflegenden Angehörigen
- Abgrenzung der Kosten- und Leistungen der Pflegeeinrichtungen und der Kliniken (SGB V und SGB XI) in Bezug auf die sektorenübergreifenden Angebote für das Pflege-Tandem und die Begleitangebote in der Kurzzeit- und Tagespflege für den Pflegebedürftigen
- Analyse der Ist-Situation der aktuellen sozialrechtlichen Rahmenbedingungen und deren Auswirkungen auf die Möglichkeiten und ggf. Hemmnisse für eine nutzer*innenorientierte Konzeptentwicklung
- Weiterentwicklung der Angebote für das Pflege-Tandem und der Begleitangebote für den Pflegebedürftigen
- Unterstützung bei der Finalisierung der Rahmenkonzeption in Bezug auf die sozialrechtlichen Bestandteile
- Möglichkeiten für eine dauerhafte Finanzierung durch Kostenträger/ Empfehlungen für die Refinanzierung und Anschlussfähigkeit
- Hinweise für die Implementierung in die Regelversorgung

Diese wurden für das schriftliche Gutachten in vier folgenden Arbeitspakete untersucht.

II. Arbeitspaket 1

Darstellung der Rechtslage de lege lata für die Unterstützung pflegender Angehöriger und des Pflegetandems in den SGB V, VI, XI, jeweils in den im Konzept genannten Leistungsformen, deren Ein- und Ausschlusskriterien, erkannte Vor- und Nachteile und Defizite.

Zentralnorm zur Unterstützung pflegender Angehöriger und des Pflegetandems ist § 42a SGB XI n.F., aber auch § 40 Abs. 3a SGB V n.F. deutet entsprechende Leistungen an. Auf formell-gesetzlicher Ebene finden sich abseits dessen nur äußerst rudimentäre Regelungen.

1. Begriffsbestimmung

Sowohl das SGB V als auch das SGB XI rekurren für die zweite Person des Pflegetandems auf den Begriff der „Pflegeperson“ im Sinne von § 19 Satz 1 SGB XI. Dies ist jede Person, die nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen im Sinne von § 14 SGB XI in seiner häuslichen Umgebung pflegt. Auf Verwandtschaftsverhältnisse etc. kommt es dabei nicht an, weshalb der Begriff des „pflegenden Angehörigen“ zwar versorgungswissenschaftlich synonym verwendet werden könnte, was rechtswissenschaftlich aber wegen der abweichenden Bestimmung in § 16 Abs. 5 SGB X fehlerhaft wäre, obgleich der Begriff teils auch vom Gesetzgeber selbst verwendet wird, etwa in § 40 Abs. 2 Satz 1, 2 SGB V. Der Gesetzgeber meint hier den gleichen Personenkreis mit verschiedenen Terminologien (Welti, in: Becker/Kingreen, SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung, § 40 SGB V, Rn. 16a; BT-Drs. 19/4453, 71). Dabei ist indes zu beachten, dass der Gesetzgeber nach in der juristischen Fachliteratur umstrittener Ansicht den Begriff der Pflegeperson selbst in § 19 SGB XI inhaltlich anders verwendet als in § 45 oder § 90 Abs. 2 SGB XI (Baumeister, in: Berchtold/Huster/Rehborn, Gesundheitsrecht, 2. Auflage 2018, § 19 SGB XI, Rn. 35 f.). Hier ist stets die Bedeutung aus § 19 SGB XI gemeint. Das Pflegetandem wird vom Gesetzgeber nicht ausdrücklich begrifflich definiert oder adressiert.

2. § 42a SGB XI n.F.

a) Doppelte Vergabe des § 42a SGB XI n.F.

Durch Art. 2 und 2a PUEG werden jeweils ein § 42a SGB XI eingeführt. Einer von beiden wird im Laufe der nächsten Zeit zum 42b SGB XI n.F. Der durch Art. 2a PUEG eingeführte § 42a SGB XI n.F. regelt den gemeinsamen Jahresbetrag für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege. Demnach wird ein gemeinsamer Jahresbetrag von 3.539,- € (§ 42a Abs. 1 SGB XI in der Fassung von Art. 2a Nr. 12 PUEG) eingeführt. Für das Pflegetandem oder die Versorgungsinhalte für die beteiligten Personen des Pflegetandems ergeben sich hieraus aber weder neue Ansprüche noch andere Änderungen. Indes hat der Gesetzgeber mit Art. 2 PUEG zudem einen (weiteren) neuen § 42a SGB X n.F. geschaffen. Der § 42a SGB X in der Fassung von Art. 2 PUEG enthält dabei Regelungen zur Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson.

Dieser wird im Folgenden untersucht und durchgängig als § 42a SGB XI n.F. bezeichnet.

b) Anspruchsberechtigte

Gemäß § 42a Abs. 1 Satz 1 SGB XI n.F. haben Pflegebedürftige ab dem 1. Juli 2024 einen Anspruch auf Versorgung in zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, wenn dort gleichzeitig Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation einschließlich der erforderlichen Unterkunft und Verpflegung nach § 23 Abs. 4 Satz 1 oder § 40 Abs. 2 Satz 1 SGB V oder nach § 15 Abs. 2 SGB VI oder eine vergleichbare stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme von einer Pflegeperson des Pflegebedürftigen in Anspruch genommen werden.

Der Anspruch des Pflegebedürftigen ist damit akzessorisch zu dem der Pflegeperson. Allerdings erhält der Pflegebedürftige die in § 42a Abs. 1 Satz 1 SGB XI n.F. genannten Leistungen nicht automatisch nach Anspruchsgewährung zu Gunsten seiner Pflegeperson, sondern er muss auch leistungsberechtigt sein. Dies ist er nur – aber auch bereits – dann, wenn er pflegeversichert und pflegebedürftig im Sinne des SGB XI ist.

c) Anspruchsumfang

Gemäß § 42a Abs. 2 Satz 1 SGB XI n.F. setzt der Anspruch nach Abs. 1 voraus, dass die pflegerische Versorgung des Pflegebedürftigen in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung für die Dauer der Leistung sichergestellt ist. Während sich dieser Abs. 2 Satz 1 zunächst als nachvollziehbares Qualitätssicherungskriterium liest, ist er in Wahrheit eine deutliche Einschränkung des Leistungsanspruchs des Pflegebedürftigen. Denn der Pflegebedürftige hat nur Anspruch im Rahmen der gerade bestehenden Kapazitäten. Dies entspricht rechtlich dann einem Kapazitätsausschöpfungsgebot, wie es etwa bei der Vergabe von Studienplätzen oder dem Zugang zu anderen öffentlichen Einrichtungen wie etwa Freibädern bekannt ist. Jedoch besteht nach der geschaffenen gesetzlichen Konzeption gerade kein Anspruch des Pflegebedürftigen gegen seine Pflegekasse auf Zurverfügungstellung ausreichender Kapazitäten durch Abschluss entsprechender Versorgungsverträge mit den Einrichtungen.

Systematisch verunglückt ist § 42a Abs. 2 Satz 2 SGB XI n.F. Hier wird ein Wechsel vom Leistungsanspruch des Pflegebedürftigen hin zu leistungserbringungsrechtlichen Regelungen vorgenommen, wonach zur Erfüllung des Anspruchs die Anspruchsverpflichteten auch zugelassene ambulante Pflegedienste einsetzen dürfen. Der Satz 3 des Absatzes 2 der Vorschrift, wonach der Anspruch auch in einer vollstationären Pflegeeinrichtung nach § 72 SGB XI wahrgenommen werden kann, wenn die Versorgung in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nicht sichergestellt werden kann, ist wiederum eine leistungsrechtliche Ergänzung zu seinem Satz 1 und mildert die dort geregelten Kapazitätsbeschränkungen, wie eingangs genannt, etwas ab. Inhaltlich bringt sie Pflegebedürftigen und Pfl egetandem aber kaum weiter, denn mit der Unterbringung des Pflegebedürftigen in einer vollstationären Einrichtung nach § 72 SGB XI bei gleichzeitiger Wahrnehmung einer Rehabilitations- oder Vorsorgemaßnahme durch die Pflegeperson wird eine getrennte Unterbringung unausweichlich und es besteht die Gefahr, dass das in Purpa-3 gerade fokussierte Pfl egetandem aus dem Blick gerät.

d) Anspruchsinhalt

Im Sinne einer möglichst großen Effektivität sozialer Rechte und deren Durchsetzung ist es zunächst begrüßenswert, dass der Gesetzeswortlaut hier ausdrücklich von einem „Anspruch“ spricht. Mithin hat der Gesetzgeber zumindest geplant, ein subjektiv-öffentliches Recht einzuführen, welches im Zweifelsfall auch vor den Sozialgerichten durchsetzbar wäre. Letztlich läuft dieser – vermeintliche – Anspruch jedoch teilweise ins Leere.

Denn der Gesetzgeber hat über das „Ob“ der Leistungsgewährung hinaus keinerlei inhaltliche Vorgaben gemacht, „Wie“ der Aufenthalt des Pflegebedürftigen in einer zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung auszugestalten ist. Etwas pointiert ausgedrückt, könnte auch „satt, sauber, trocken“ ausreichend sein, um die mit der Neuregelung geschaffenen Ansprüche zu erfüllen. Mögliche Inhalte der Versorgung des Pflegebedürftigen, und damit auch mögliche Projektinhalte von Purpa-3, werden an keiner Stelle des neuen § 42a SGB XI n.F. auch nur erwähnt, geschweige denn eine gerichtliche Durchsetzbarkeit ermöglichend konkret geregelt.

In Abs. 3 Satz 1 des § 42a SGB XI n.F. wird geregelt, dass der Anspruch des Pflegebedürftigen nach Abs. 1 die pflegebedingten Aufwendungen, einschließlich der Aufwendungen für die Betreuung, die Aufwendungen für die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, die Unterkunft und Verpflegung sowie die Übernahme der betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen beinhaltet. Dieser als „Anspruch“ betitelte Satz meint letztlich nicht den Anspruch des Pflegebedürftigen, sondern den Anspruch des Leistungserbringers gegen die Kostenträger. Auch hier wird wieder deutlich, dass das Pfl egetandem als solches gar nicht in den Blick genommen und auch keine weiteren Leistungen für den Pflegebedürftigen, die über die normale Pflege hinausgehen, bedacht wurden.

Unabhängig davon, in wessen Trägerschaft die Einrichtung ist, in der der Pflegebedürftige versorgt wird, ist stets die Pflegeversicherung zur Erstattung der anfallenden Kosten verpflichtet (Abs. 5 S. 1.)

In Abs. 5 des § 42a SGB XI n.F. ist weiterhin geregelt, dass die Vergütung nach dem durchschnittlichen Gesamtheimentgelt nach § 87 Abs. 1 Satz 1 aller zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtungen im jeweiligen Bundesland zu bemessen ist. Damit wird die systematische und inhaltliche Nähe des Anspruchs nach § 42a SGB XI n.F. zur Kurzzeitpflege deutlich, letztlich handelt es sich bei dem Anspruch nur um eine weitere Zugangsvoraussetzung zur Kurzzeitpflege.

Erfolgt die Versorgung des Pflegebedürftigen hingegen in einer vollstationären Pflegeeinrichtung, sind die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung, die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege sowie die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung und die betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen im Umfang des für diese Pflegeeinrichtung geltenden Gesamtheimentgelts unmittelbar der Pflegeeinrichtung zu erstatten (Abs. 5 Satz 5).

Deutlich wird damit zunächst, dass zusätzliche Leistungen zur spezifischen Unterstützung des Pfl egetandems, wie sie in Purpa-3 vorgesehen sind, vom Gesetzgeber gerade nicht geschaffen wurden. Vor allem aber werden die Finanzierung und die Inhalte der Versorgung letztlich davon

abhängen, ob der Pflegebedürftige in einer Klinik der Rentenversicherung oder GKV oder einer stationären Pflegeeinrichtung aufgenommen wird.

Letztlich hat der Gesetzgeber über die reine Unterbringung und Versorgung des Pflegebedürftigen hinaus weder diesen noch das Pfl egetandem in den Fokus genommen. Die Neueinführung von § 42a SGB XI n.F. bringt eine rein formelle Ausweitung der Anspruchsvoraussetzungen für Pflegebedürftige mit sich, jedoch keine inhaltliche Weiterentwicklung. Es sind keinerlei Innovationen über die bisherigen Rehabilitations- oder Pflegeleistungen hinaus vorgesehen.

Vielmehr hat sich der Gesetzgeber in § 42a Abs. 7 SGB XI n.F. dafür entschieden, die inhaltliche Ausgestaltung des Anspruches aus § 42a SGB XI n.F. gemeinsamen Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen, des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und die für die Wahrnehmung der Interessen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und der Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartiger Einrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen zu überlassen. Diese gemeinsamen Empfehlungen werden der inhaltlichen Kontrolle durch das Bundesministerium für Gesundheit unterliegen. Eine Beanstandung hinsichtlich der Inhalte möglicher Interventionen ist jedoch nicht zu erwarten, da der Gesetzgeber selbst – wie dargestellt – keinerlei inhaltliche Vorgaben zur Ausgestaltung der Unterstützung des Pfl egetandems und der hinzukommenden Interventionen gemacht hat und die gemeinsame Empfehlung „insbesondere“ nur zum Antrags- und Genehmigungsverfahren sowie zur Qualitätssicherung Vorgaben machen soll. Über die zu vereinbarenden Qualitätssicherungsvorgaben sind zwar Regeln zur Prozess- und Strukturqualität zu erwarten, nicht jedoch inhaltliche Ausgestaltungen im Sinne einer Intervention zu Gunsten des Pflegebedürftigen oder des Pfl egetandems.

Der Anspruchsinhalt kann aber auch so verstanden werden, dass nur der pflegende Angehörige/die Pflegeperson in einer stationären Einrichtung sein muss, der zu Pflegenden aber in ambulanten oder teilstationären Einrichtungen versorgt wird. Der Anspruch aus § 42a SGB XI n.F. wird nur ausgelöst, wenn der pflegende Angehörige selbst stationär versorgt wird. Dies ergibt sich einerseits unmittelbar aus Abs. 1, wonach die Leistungen zu Gunsten des pflegenden Angehörigen stationär erbracht werden müssen („vergleichbare stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung“) und auf die Verweisung auf die Zugangsregelungen außerhalb des Pflegeversicherungsrechts. So wird ausdrücklich etwa auf die Notwendigkeit einer – stationären – Rehabilitationsmaßnahme gem. § 40 Abs. 2 SGB V verwiesen, eine ambulante Maßnahme zu Gunsten des pflegenden Angehörigen gem. § 40 Abs. 1 SGB V würde nicht ausreichen.

Dies bedeutet aber nicht, dass der Pflegebedürftige zwingend stationär versorgt werden muss. In der Lebenswirklichkeit wäre eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme oder teilstationäre Aufnahme in eine Tagespflegeeinrichtung nach dem SGB XI für den Pflegebedürftigen dann ausreichend, wenn der Grund für die stationäre Notwendigkeit der Rehabilitation des pflegenden Angehörigen nicht in einer ständig notwendigen Pflege des Pflegebedürftigen, sondern etwa in der Erkrankungs- und Belastungssituation liegt. Juristisch erscheint dies im § 42a SGB XI n.F. denkbar, denn sowohl Abs. 1 als auch Abs. 2. Satz 1 und 2 sind vom Wortlaut her offen für eine ambulante oder teilstationäre Versorgung des Pflegebedürftigen. Auch Abs. 2 Satz 3 schränkt dies nicht ein, denn die Norm erweitert – bei Vorliegen einer entsprechenden Notwendigkeit – den Anspruch nur auf eine mögliche vollstationäre Altenpflegerische Versorgung, ohne damit ambulante oder teilstationäre Angebote auszuschließen. Letztlich spricht auch das Wirtschaftlichkeitsgebot für die Gewährung ambulanter oder teilstationärer Maßnahmen, wenn diese ausreichend sind. Damit ist

aber noch keine Aussage dazu getroffen, ob die Inhalte der Purpa-3-Intervention erbracht und vergütet werden können.

e) Anspruchsgegner

Der Pflegebedürftige hat nach der gesetzgeberischen Konzeption einen Anspruch gegen die Pflegekasse, in der er versichert ist, nicht gegen den Kostenträger, der die Leistungen zu Gunsten der Pflegeperson bezahlt.

f) Verfahrensrechtliche Regelungen und zivilrechtliche Auswirkungen

Der Abs. 4 des § 42a SGB XI n.F. enthält allein verfahrensrechtliche Regelungen, keine inhaltlichen Ansprüche.

Sozialpolitisch begrüßenswert, aber wenig in die üblichen sozialrechtlichen Vorschriften eingebettet, ist die Regelung nach Abs. 4 Satz 4, wonach über den Antrag auf Leistungen nach Abs. 1 Satz 1 „unverzüglich“ zu entscheiden ist. „Unverzüglich“ meint ohne schuldhaftes Zögern (§ 121 Abs. 1 Satz 1 BGB) und wird in der Regel mit einer Entscheidung innerhalb weniger Tagen gleichgesetzt (statt aller Feuerborn, in: Heidel/Hüßtege/Mansel/Noack, BGB Allgemeiner Teil / EGBGB, 4. Auflage 2021, § 121 BGB, Rn. 11 mwN). Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund der Regelung des § 88 Abs. 1 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz erstaunlich, da die Untätigkeitsklage nach dem Gesetz erst nach Ablauf von sechs Monaten nach dem Antrag auf Vornahme des Verwaltungsaktes zulässig ist. D.h., auch wenn die Behörde nicht unverzüglich entscheidet, kann gegen die Untätigkeit erst nach sechs Monaten gerichtlich vorgegangen werden. Die Regelung ist damit ein zahnlöser Tiger.

Nach Abs. 4 Satz 1 ist der Antrag der Pflegeperson auf Leistungen nach § 23 Abs. 4 Satz 1 SGB V oder auf Leistungen nach § 14 Abs. 2 Satz 1 SGB VI oder § 15 Abs. 1 SGB VI dann, wenn die Pflegeperson die Versorgung des Pflegebedürftigen in derselben Einrichtung wünscht, zugleich ein Antrag des Pflegebedürftigen auf die Leistung in dem hier besprochenen § 42a Abs. 1 Satz 1 SGB XI an die Pflegekasse oder das private Pflegeversicherungsunternehmen. Erst hier wird durch die verfahrensrechtliche Regelung klargestellt, dass die Leistungen des Pflegebedürftigen auch für solche Personen gelten, die in der privaten Pflegepflichtversicherung versichert sind.

Im Sinne der möglichst einfachen Durchsetzung sozialer Rechte ist es begrüßenswert, dass der Antrag der Pflegeperson zugleich einen Antrag des Pflegebedürftigen darstellt und von den Kostenträgern entsprechend zu behandeln ist. Nicht geklärt ist, ob damit eine Art gesetzliche Vertretungsmacht oder spätere Prozessstandschaft zwischen dem Pflegebedürftigen und der Pflegeperson geregelt wurde. Die Pflegeperson mag in vielen Fällen eine rechtsgeschäftliche Vertretungsmacht (Vollmacht), wie etwa eine Vorsorgevollmacht, haben oder zum Betreuer bestellt worden sein. Dies muss jedoch nicht zwingend der Fall sein. Insoweit hat der Gesetzgeber hier nicht geklärt, ob damit auch im Verhältnis zwischen Pflegeperson und Pflegebedürftigem ein entsprechendes Rechtsverhältnis gestaltet werden sollte. Juristisch lösbar ist dies über die allgemeinen zivilrechtlichen Regelungen zum falsus procurator, d.h. zum Vertreter ohne Vertretungsmacht. Dieses kann immer dann die Rechtsfolgen gestalten, wenn die

Vertretungsmacht nach außen zwar gegeben ist, nach innen aber nicht ausgeübt werden darf. Zumindest theoretisch denkbar ist nämlich, dass der Pflegebedürftige selbst gar nicht entsprechend untergebracht werden wollte oder ein bestellter Betreuer, der nicht identisch mit der Pflegeperson ist, dem Antrag widerspricht.

g) Koordinationsauftrag

Gesetzsystematisch verunglückt ist auch Abs. 4 letzter Satz, der die Regelung von § 40 Abs. 3a SGB V n.F. nachbildet. Demnach wird, wenn Pflegebedürftiger und Pflegeperson in verschiedenen Einrichtungen versorgt werden sollen, ein Koordinationsauftrag ausgelöst. Voraussetzung ist, dass der Pflegebedürftige in diese Koordination eingewilligt hat. Dies ist gesetzsystematisch einigermaßen erstaunlich, weil der Pflegebedürftige beim Antrag der Pflegeperson auf Versorgung in der gleichen Einrichtung nicht gefragt werden muss, während seine Zustimmung bei Versorgung in verschiedenen Einrichtungen notwendig sein soll.

h) Ausschluss des Anspruches

Der § 42 Abs. 1 Satz 2 SGB XI n.F. schließt den Anspruch aus, wenn Anspruch auf Versorgung des Pflegebedürftigen nach § 40 Abs. 3a Abs. 1 SGB V besteht. Der § 40 Abs. 3a SGB V ist der neue Standort des bisherigen § 40 Abs. 3 Satz 11ff. SGB V, der durch Art. 6 PUEG einen neuen Standort erhält. Eine inhaltliche Neuregelung ist damit zunächst nicht verbunden, der Gesetzgeber wollte ausweislich der Gesetzesbegründung nur die Arbeit mit dem reichlich verschachtelten § 40 Abs. 3 SGB V vereinfachen (BT-Drs. 20/6544, 93). Für Pflegebedürftige, deren pflegender Angehöriger „versehentlich“ diese krankensicherungsrechtlichen Leistungen in Anspruch nehmen muss, bleibt damit der Versorgungsanspruch auch weiterhin hinter den pflegeversicherungsrechtlichen Neuregelungen zurück, denn im Krankenversicherungsrecht bleibt es bei den Leistungen einer Kurzzeitpflege ohne rehabilitative Elemente und bei Verpflichtung der Zahlung einer Eigenbeteiligung. Diese Pflegebedürftigen können auch nicht von der nunmehr im Pflegeversicherungsrecht klargestellten Übernahme von Fahrt-, Unterkunft- und Verpflegung sowie ggf. Investitionskosten profitieren.

i) Ruhen anderer Leistungen

Gemäß Abs. 6 des § 42a SGB XI n.F. sollen der Anspruch auf Leistungen häuslicher Pflege einschließlich des Pflegegeldes und der Anspruch auf anteiliges Pflegegeld ruhen, wenn die Pflegeperson sich in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung befindet und der Pflegebedürftige in einer Einrichtung versorgt bleibt. Diese Regelung ist nachvollziehbar, jedoch wird manches Pflgetandem, schon um die monatlichen Fixkosten zu begleichen, auf diese dann nicht gezahlten Beträge angewiesen sein.

j) Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass der § 42a SGB XI n.F. zwar einen großen Fortschritt für das Pflgetandem darstellt, da eine Versorgung des Pflegebedürftigen dann, wenn die

Pflegeperson selbst stationär versorgt wird, nunmehr beansprucht werden kann. Indes besteht ein Anspruch auf Versorgung des Pflegebedürftigen nur im Rahmen der vorhandenen oder freiwillig geschaffenen Kapazitäten. Sowohl aus der Struktur der vorgesehenen Vergütung als auch aufgrund der dürftigen inhaltlichen Vorgaben sind indes keine Ansprüche auf eine besondere Versorgung im Sinne von Begleitangeboten zu Gunsten des Pflegebedürftigen oder des Pflegetandems im Sinne der Purpa-3-Intervention ableitbar. Die Verfahrensregelungen sind gut gemeint, aber rechtlich unausgegoren und können im Widerspruch zum Zivilrecht stehen.

3. § 25 SGB IX und § 42 SGB IX

De lege lata enthalten weder § 25 noch § 42 SGB IX Ansprüche zur Unterstützung von Pflegebedürftigen oder pflegenden Angehörigen:

Der § 25 SGB IX verpflichtet die Rehabilitationsträger zur Zusammenarbeit im Rahmen der durch Gesetze, Rechtsverordnungen oder allgemeine Verwaltungsvorschriften getroffenen Regelungen. Dazu sollen u.a. Abgrenzungsfragen einvernehmlich geklärt (§ 25 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX) und die im Einzelfall erforderlichen Leistungen zur Teilhabe nahtlos, zügig sowie nach Gegenstand, Umfang und Ausführung einheitlich erbracht werden (Nr. 1). Die Vorschrift ist indes nicht drittschützend, es geht erkennbar nicht um subjektiv-öffentliche Rechtspositionen des Einzelnen. Es ist schon nicht vorstellbar, wie ein Klageantrag basierend auf § 25 SGB IX lauten könnte und gegen wen dieser gerichtet sein sollte, noch weniger ist eine Vollstreckung eines auf dieser Vorschrift – hypothetisch – basierenden Urteils denkbar. Sowohl die Gesetzgebungsmaterialien (BR-Drs 49/01, Seite 300 f. zum damaligen § 12 SGB IX, der dem heutigen § 25 SGB IX entspricht) als auch die juristische Fachliteratur geben keine Anhaltspunkte auf eine drittschützende Wirkung und etwaige konkrete Leistungsinhalte (etwa Welti, in: Ruland/Becker/Axer, Sozialrechtshandbuch (SRH), 7. Auflage 2022, § 27, Rn. 38 ff.; Jousen, in: Dau/Düwell/Jousen/Luik, SGB IX - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, 6. Auflage 2022, § 25 SGB IX).

Gleiches gilt für § 42 SGB IX, der die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nennt. § 42 Abs. 2 und 3 beinhaltet einen nicht abschließenden Leistungskatalog (Kemper, in: Ehmann/Karmanski/Kuhn-Zuber, Gesamtkommentar Sozialrechtsberatung, 3. Auflage 2023, § 42 SGB IX, Rn. 3). Gemäß Abs. 3 Nr. 2 gibt es „Hilfen zur Aktivierung von Selbsthilfepotentialen“ oder „Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz, unter anderem durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten und im Umgang mit Krisensituationen“, die inhaltlich durchaus zur Intervention von Purpa-3 passen würden. Die Norm könnte drittschützend sein, wobei der Gesetzgeber dies in BR-Drs 49/01, Seite 316 zum damaligen § 26 SGB IX nicht erwähnt. Sie beinhaltet indes kein konditionales „Wenn-Dann-Schema“; zumal die Anspruchsvoraussetzungen – die ja notwendig für einen Anspruch wären – dort gerade nicht geregelt sind (Kemper, in: Ehmann/Karmanski/Kuhn-Zuber, Gesamtkommentar Sozialrechtsberatung, 3. Auflage 2023, § 42 SGB IX, Rn. 3). Obwohl das Leistungserbringungsrecht im Bereich des SGB IX nur eine dienende Funktion gegenüber dem Leistungsrecht hat (Schöppner, Die Notwendigkeit der Konkretisierung der Strukturverantwortung der Rehabilitation, 69) und damit dem Verhältnis von Leistungsrecht und Leistungserbringungsrecht im SGB V vor dem Rechtskonkretisierungskonzept des Bundessozialgerichts entspricht, bleiben beide so vage, dass eine Konkretisierung zu einem Anspruch auf gesetzlicher Ebene nicht erfolgt.

Der Gesetzgeber hat mithin sowohl Koordinations- und Abgrenzungsprobleme als auch notwendige Leistungen erkannt und geregelt, die von ihm verwendete Regelungstechnik führt jedoch zu unscharfen Ergebnissen und mündet nicht in subjektiv öffentlich-rechtliche Rechtspositionen und bleibt damit versorgungsunwirksam auch hinsichtlich der Interventionen von Purpa 3.

4. Ansprüche aus §§ 44, 45 SGB XI

Keine Intervention im Sinne von Purpa-3 enthalten die §§ 44, 45 SGB XI.

Der § 44 SGB XI regelt im Pflegeversicherungsrecht umfangreich Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen. So finden sich in Abs. 1 „die den Pflegepersonen zukommenden ‚Wohltaten‘: Nach Abs. 1 S. 1 entrichten die Pflegekassen bzw. die privaten Versicherungsunternehmen Beiträge zur Absicherung der Pflegeperson in der gesetzlichen Rentenversicherung [...]. Zudem ist die Pflegeperson in den Versicherungsschutz der gesetzlichen Unfallversicherung einbezogen [...]. Schließlich hat sie Anspruch auf berufliche Weiterbildung nach Maßgabe des SGB III, wenn sie nach Ausübung der Pflegetätigkeit wieder ins Erwerbsleben zurückkehren will, Abs. 1 S. 7.“ (Fischinger/Werthmüller, in: Berchtold/Huster/Rehborn, Gesundheitsrecht, 2. Auflage 2018, § 44 SGB XI, Rn. 2). Keine dieser „Wohltaten“ entspricht inhaltlich der in Purpa-3 vorgesehenen Intervention.

Gleiches gilt für § 45 SGB XI: Gemäß § 45 SGB XI haben die Pflegekassen für Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflegetätigkeit interessierte Personen unentgeltlich Schulungskurse durchzuführen, um soziales Engagement im Bereich der Pflege zu fördern und zu stärken, Pflege und Betreuung zu erleichtern und zu verbessern sowie pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen zu mindern und ihrer Entstehung vorzubeugen. Die Kurse sollen Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege vermitteln. Auf Wunsch der Pflegeperson und der pflegebedürftigen Person findet die Schulung auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen statt. Auf diese hat sowohl der pflegende Angehörige, als auch sonstige an der Pflege interessierte Personen einen Anspruch (vgl. Fischinger/Werthmüller, in: Berchtold/Huster/Rehborn, Gesundheitsrecht 2. Auflage 2018, § 45 SGB XI, Rn 3).

Die Pflegekurse werden inhaltlich durch Rahmenvereinbarungen ausgestaltet, § 45 Abs. 3 SGB XI. Inhaltlich unterscheiden sich diese Kurse noch erheblich von der Intervention aus Purpa-3, insbesondere ist die Vorschrift *de lege lata* auf die „eigenständige Durchführung der Pflege“ (vgl § 45 Abs. 1 Satz 2 SGB XI) gerichtet und weniger auf das Pfl egetandem.

5. Anspruch aus § 40 Abs. 3a SGB V n.F.

Ansprüche zur Unterstützung pflegender Angehöriger, des Pfl egetandems und des Pflegebedürftigen selbst kennt § 40 Abs. 3a SGB V n.F., bislang § 40 Abs. 3 S. 11f SGB V.

Gemäß der Neuregelung haben Pflegepersonen im Sinne des SGB XI bei einer stationären krankenversicherungsrechtlichen Rehabilitation Anspruch auf die Versorgung des Pflegebedürftigen, wenn dieser in derselben Einrichtung aufgenommen wird. Soll dieser in einer anderen Einrichtung aufgenommen werden, sollen Krankenkasse und die Pflegekasse der Pflegebedürftigen deren Versorgung koordinieren.

Demnach besteht ein Anspruch zu Gunsten pflegender Angehöriger auf die stationäre Versorgung des Pflegebedürftigen bei einer stationären Rehabilitationsmaßnahme zu Gunsten des pflegenden Angehörigen. Auffällig ist, dass der Anspruch nach § 40 Abs. 3 Satz 11 SGB V bzw. § 40 Abs. 3a SGB V nur besteht, wenn Pflegeperson und Pflegebedürftiger in die gleiche Einrichtung kommen können; bei Aufnahme in verschiedenen Einrichtungen besteht ausweislich von § 40 Abs. 3a Satz 2 SGB V kein Anspruch auf Aufnahme in die Einrichtung, sondern nur ein Koordinationsanspruch gegen die verschiedenen Kostenträger.

Der § 40 Abs. 3a SGB V in der Fassung des PUEG unterscheidet sich hinsichtlich der Anspruchsberechtigten von § 42a SGB XI n.F.: Während im Pflegeversicherungsrecht der Pflegebedürftige selbst einen Anspruch hat, wenn die Pflegeperson stationär versorgt wird, gibt das Krankenversicherungsrecht der *Pflegeperson* einen fremdnützigen Anspruch auf Versorgung des Pflegebedürftigen. Denn in der Vorschrift heißt es, dass „bei einer stationären Rehabilitation [...] Pflegeperson im Sinne des § 19 S. 1 [...] [SGB XI] auch Anspruch auf die Versorgung des Pflegebedürftigen [haben] wenn diese in derselben Einrichtung aufgenommen werden.“

Die nicht zu ende gedachten Verfahrensregelungen schlagen sich auch auf die mit der stationären Versorgung einhergehenden zivilrechtlichen Beziehungen zwischen der Pflegeperson, dem zu Pflegenden und dem jeweiligen Betreiber durch:

So ist ein **Vertrag zugunsten Dritter** gemäß § 328 BGB zumindest für die Ansprüche nach § 42a Abs. 1 Satz 1 SGB XI n.F. nicht anzunehmen. Denn nach den Regelungen des § 42a SGB XI hat der Pflegebedürftige einen eigenen Anspruch auf Unterbringung. Dieser sozialrechtliche Anspruch dürfte dann auch zivilrechtlich einem eigenen Anspruch und nicht etwa einem Anspruch der Pflegeperson zugunsten des Pflegebedürftigen entsprechen. Es gibt keinen Grund, weshalb hier die sozial- und zivilrechtlichen Regelungen auseinanderfallen sollten. Dementsprechend dürfte es sich bei zivilrechtlichen Verträgen, die in der Umsetzung von § 40 Abs. 3a SGB V n.F. abgeschlossen werden, anders als bei solchen, die auf § 42a SGB XI folgen, um Verträge zu Gunsten Dritter handeln. Denn der Gesetzgeber hat hier keinen eigenen Anspruch des Pflegebedürftigen, sondern einen fremdnützigen Anspruch des pflegenden Angehörigen (der Pflegeperson) normiert, auf Versorgung des Pflegebedürftigen. Folgt man diesem sozialrechtlichen Konstrukt auch zivilrechtlich könnte der Pflegebedürftige einen Vertrag zugunsten Dritter - mithin mit eigenem Forderungsrecht (Janoschek, in: BeckOK BGB, Hau/Poseck, 66. Edition, Stand: 01.05.2023, § 328 BGB, Rn. 16) - erhalten, der aber eben von dem von der Pflegeperson geschlossenen Vertrag abhängig ist.

Hingegen wird man sowohl im SGB XI als auch im SGB V das Vorliegen eines Vertrages mit **Schutzwirkung zugunsten Dritter** verneinen, denn bei diesem hat der Dritte keinen eigenen Primäranspruch (Fries/Schulze, in: Schulze, BGB, 11. Aufl. 2021, § 328 BGB, Rn. 12), was sowohl der gesetzgeberischen Konstruktion aus § 42a SGB V n.F. als auch aus § 40 Abs. 3a SGB V n.F. widerspricht.

Festzuhalten ist jedoch, dass auch § 40 Abs. 3a SGB V n.F. keinerlei inhaltliche Vorgaben zur Versorgung des Pflegebedürftigen macht, erst Recht nicht hinsichtlich der in Purpa-3 vorgesehenen Interventionen. Es gibt auch keinerlei Finanzierungsvorgaben, sondern der Gesetzgeber geht erkennbar davon aus, dass der Pflegebedürftige die Regelversorgung der Rehabilitationseinrichtung oder der anderen Einrichtung, in der er versorgt wird, erhält. Mangels Finanzierung bleibt damit kein Raum für zusätzliche Interventionen zu Gunsten des Pflegebedürftigen, wie sie etwa in Purpa-3 vorgesehen sind. Wie auch bei § 42a SGB XI ist für die

Versorgung des Pflegebedürftigen damit letztlich vom Zufall abhängig, ob dieser in eine Einrichtung der Rentenversicherung, der Krankenversicherung oder eine Einrichtung der Pflegeversicherung kommt. Die Versorgung des Pflegebedürftigen über den Anspruch in § 40 Abs. 3a SGB V n.F. bleibt wie bereits dargestellt, sogar noch hinter dem Anspruch aus § 42 a SGB XI n.F. zurück, etwa hinsichtlich Zuzahlungen, Fahrtkosten etc.

6. SGB VI

Das Rentenversicherungsrecht kennt, weder in den kurzen Vorschriften der §§ 15 ff. SGB VI noch in den von § 15 Abs. 1 SGB VI verwiesenen §§ 42 bis 47a SGB IX (ausgenommen die § 42 Abs. 2 Nr. 2 und § 46 SGB IX) gesetzliche Ansprüche, die die Pflegeperson oder das Pflegetandem oder die Versorgung eines Pflegebedürftigen beschreiben. Eine rentenversicherungsrechtliche Versorgung des Pflegebedürftigen erfolgt aber über die Zuweisung des Pflegebedürftigen an rentenversicherungsrechtliche Einrichtungen im Rahmen von § 42 a SGB XI n.F.

Nach § 31 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI können Leistungen zur Teilhabe, insbesondere zur Eingliederung von Versicherten in das Erwerbsleben, erbracht werden. Hierunter werden alle Leistungen und Hilfen zur Unterstützung vor, während und nach rentenversicherungsrechtlichen Rehabilitationsleistungen verstanden. Das Ziel der Rehabilitationsleistung soll unterstützt werden, was beispielsweise auch die Versorgung pflegebedürftiger Menschen im Haushalt während der rehabilitationsbedingten Abwesenheit umfassen kann (so Kater, in: Rolfs/Körner/Krasney/Mutschler, beck-online.Grosskommentar Kasseler Kommentar, Stand 15.02.2023, § 31 SGB VI, Rn 6).

Dies ist jedoch für die Umsetzung des Purpa-3-Konzepts nicht geeignet. Denn bei den sonstigen Leistungen nach § 31 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI handelt es sich lediglich um Leistungen zugunsten des Rentenversicherten, es wird jedoch kein Versorgungskonzept zugunsten des Pflegebedürftigen normiert.

III. Arbeitspaket 2

Rechtswissenschaftliche und versorgungswissenschaftliche Bewertung der im Rahmenkonzept dargestellten Leistungen und der dort genannten Anforderungen für sektorenübergreifende Angebote in den oben genannten Settings:

Die Angebote aus Purpa-3 richten sich gem. des Rahmenkonzepts an das Pfl egetandem bestehend aus der Pflegeperson, die sich in einer stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung befindet, sowie an dem mitreisenden pflegebedürftigen Begleiter, der entweder in derselben Einrichtung untergebracht wird oder in einer kooperierenden Altenpflegeeinrichtung versorgt wird.

1. Intervention zu Gunsten der pflegebedürftigen Person

Nach Nr. 2.1 des Rahmenkonzepts ist es das Ziel von Purpa-3, die Selbstständigkeit einer pflegebedürftigen Person und ihre gesundheitliche Situation durch eine optimale Ausnutzung aktivierender und rehabilitierender Möglichkeiten mindestens zu stabilisieren oder zu verbessern. Als Interventionen für die pflegebedürftige Person wurden etwa aktivierende Pflege, Heilmittel und mobilitätsfördernde Maßnahmen, Beschäftigungsangebote, Angebote zur Erhaltung und Reaktivierung der Fähigkeit zur Selbstversorgung, zur Stärkung der motorischen Fähigkeiten und der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten benannt. Interventionen sollen auch bezüglich eines verringerten Sturzrisikos und zur eigenständigen Ausführung von Aktivitäten des täglichen Lebens erfolgen. Mit ihnen sollen – so das Rahmenkonzept – eine höhere Selbstständigkeit der pflegebedürftigen Person, die Entlastung der Pflegeperson und eine Steigerung des Wohlbefindens mit und in der häuslichen Situation des Pfl egetandems erreicht werden.

Aus **rechtswissenschaftlicher Sicht** ergeben sich keine rechtlichen Bedenken. Alle Interventionen sind in ihrem Rechtsrahmen bekannt und, zumindest außerhalb des angewendeten sozialrechtlichen Settings, nicht neu: Es handelt sich bei den vorgenannten Leistungen größtenteils um solche der ambulanten und stationären Altenpflege oder der krankenversicherungsrechtlich abzugebenden Heilmittel (Ergotherapie, Physiotherapie, gegebenenfalls Logopädie). Die in Purpa-3 geplanten Interventionen zugunsten der pflegebedürftigen Person überschreiten dabei die Rechtsrahmen, die für all diese Interventionen bekannt sind, nicht. Insbesondere werden keine neuen Leistungserbringer eingeführt und Aufgaben bereits bestehender Leistungserbringungsstrukturen werden nicht modifiziert. Die Qualifikationsanforderungen für die bisher bekannte Form der Abgabe all dieser Leistungen (etwa aus den beruflichen Zugangsvoraussetzungen nach dem Pflegeberufegesetz, oder der Fachgesetze für die Physiotherapie, Ergotherapie oder Logopädie) bleiben unverändert. Auch der Rechtsrahmen für die Abgabe der entsprechenden (Heil)mittel, etwa die Voraussetzungen, wann welches Heilmittel in welcher Frequenz abgegeben wird, wird durch das Projekt nicht verändert.

Hinsichtlich der zugunsten der pflegebedürftigen Person geplanten Interventionen ist eine weitergehende rechtswissenschaftliche gutachterliche Beurteilung daher insoweit nicht angezeigt, als dass sie den Inhalt, die Qualifikationen, die Vergütung, die Abgabe etc. der genannten einzelnen Interventionen betreffen würde.

2. Intervention zu Gunsten des Pfl egetandems

Gleiches gilt auch hinsichtlich der **Interventionen** zugunsten des **Pfl egetandems**.

Für das Pfl egetandem ist nach dem Rahmenkonzept ein Ziel, die Interaktion zu ermöglichen und zu stärken und unter Berücksichtigung eines angemessenen Verhältnisses von Nähe und Distanz zwischen den beiden Mitgliedern des Pfl egetandems sowie der kognitiven Möglichkeiten der pflegebedürftigen Person die fachlichen und sozialen Kompetenzen für den Umgang mit der häuslichen Pflege zu entwickeln, eine förderliche Einstellung zum Umgang mit Belastungssituationen im Pflegealltag zu fördern, Techniken zur gemeinsamen Regeneration und zum Aufbau von Ressourcen zu erlernen und gemeinsame, belastungsfreie Aktivitäten in der Häuslichkeit zu erleben und auf den Alltag zu übertragen.

Nach dem Purpa3-Rahmenkonzept sind Interventionen zu Gunsten des Pfl egetandems insbesondere die gemeinsame Freizeitgestaltung, Angebote zur Entspannung, der Wissenserwerb, Hilfe zur Selbsthilfe, das Erlebenlassen von gemeinsamen schönen Momenten, die Arbeit an der Akzeptanz der sich verändernden Situation, die Stärkung von Widerstandskräften und Ressourcen, sowie der instrumentellen, regenerativen und mentalen Kompetenz. Im Purpa-3-Rahmenkonzept sind unter anderem ein Vorgespräch, ein Aufnahmegespräch sowie Halbzeitgespräche, Entlassungsgespräche und ein Abschlussassessment sowie eine Nachsorge vorgesehen.

Auch hier gilt **rechtswissenschaftlich** das oben Ausgeführte: Es handelt sich bei den einzelnen Interventionen nicht um neue Leistungen, sondern um Leistungen, deren Rechtsrahmen bereits bekannt und beschrieben ist - deren Leistungsvoraussetzungen, die Leistungserbringung, die notwendigen Qualifikationsvergütung usw. ist bereits in den einzelnen Bereichen des Sozialrechts geklärt. Insoweit bedarf es hier keiner rechtswissenschaftlichen Begutachtung, sondern es bleibt bei der zu klärenden Frage des Zugangs des Pfl egetandems zu diesen Interventionen. Hier sei insbesondere auf Arbeitspaket 1 und die Ausführung zum § 42a SGB XI n.F. verwiesen.

Den Rahmen bekannter Interventionen überschreitend sind die in Purpa-3 vorgesehene Koordination und die interdisziplinäre Zusammenarbeit, sowie die Betrachtung des Pfl egetandems und der damit verbundene Koordinationsaufwand. Indes begegnet auch dieses strukturierte Programm nur wenig rechtlichen Anforderungen.

Es könnte als **Casemanagement** verstanden werden, jedoch können diese Leistungen auch außerhalb des rechtlich nicht regulierten Casemanagements erbracht werden. Besondere Qualifikationsanforderungen sind weder aus berufs-, haftungs- oder sozialrechtlicher Sicht zu erblicken. Insbesondere handelt es sich bei der Koordination auch nicht um eine nach § 4 Abs. 2 **Pflegeberufegesetz** vorbehaltene Tätigkeit, weil weder die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfes Gegenstand der Stärkung des Pfl egetandems ist noch die Umsetzung, Gestaltung und Steuerung eines Pflegeprozesses im Sinne des § 5 Abs. 3 Nummer 1 lit. b) Pflegeberufegesetz.

Wie bei allen Tätigkeiten, die durch verschiedene Leistungserbringer und hier beim Pfl egetandem sogar mit zwei verschiedenen Leistungsberechtigten erfolgen, sind natürlich die **datenschutzrechtlichen Anforderungen** einzuhalten. Da es sich insbesondere um Gesundheitsdaten im Sinne von Art. 9 DSGVO handelt, gelten hier besondere Anforderungen an

die Leistungserbringung. Diese gehen aber gerade bei der Leistungserbringung für das Pflageetandem im Rahmen des stationären Settings sowohl für die Pflegeperson als auch den Pflegebedürftigen nicht über die aus dem Alltag der bekannten Anforderungen hinaus. Insbesondere sind sämtliche Kommunikationsprozesse einer durch die Beteiligten erteilten Einwilligung zugänglich. Durchgängig ist der Grundsatz der Datensparsamkeit zu beachten. Dies gilt insbesondere beim Anlegen von gemeinsamen Fallakten.

Die konkrete datenschutzrechtliche Ausgestaltung ist im Rahmen des bereits vorhandenen Rechtsrahmens möglich. Sie wird im Einzelfall davon abhängen, ob zukünftig Leistungen aus Purpa-3 durch einen einzelnen Leistungserbringer - nämlich die jeweilige stationäre Einrichtung - und dessen Angestellte ausgeführt werden oder ob Purpa-3 dergestalt in die Regelversorgung überführt werden würde, dass die Mitglieder des Pflageetandems selbst die verschiedenen Leistungserbringer aussuchen und hierbei von den Koordinationskräften, die nach Purpa-3 vorgesehen sind, unterstützt werden.

In letzterem Fall sind neben den datenschutzrechtlichen Aspekten auch die jeweiligen berufs-, sozial- und strafrechtlichen Anforderungen zur Vermeidung von **Zuweisungen gegen Entgelt** (§ 31 MBO-Ä, §§ 299a, b, 300 StGB, § 128 SGB V) zu berücksichtigen. Dabei ist insbesondere darauf zu achten, dass nicht die Koordinatoren, sondern die Pflegeperson und der zu Pflgende die anderen Leistungserbringer auswählen.

IV. Arbeitspaket 3

Darstellung der bisherigen Kostenverantwortlichkeiten (nicht: betriebs- und volkswirtschaftliche Kalkulationen) und Vorschläge zu Kostenverantwortlichkeiten de lege ferenda nach Maßgabe der im Rahmenkonzept entwickelten Intervention

1. Zuordnung der Interventionen nach Kostenverantwortlichkeit und Bestimmung des zuständigen Trägers

Die Kostenträger sind verpflichtet, die von den Mitgliedern gezahlten Beiträge ordnungsgemäß – d.h. nur nach Maßgabe der gesetzlichen Ermächtigung oder ggf. Satzungsbestimmungen – zu verwenden, § 30 Abs. 1 SGB IV (Bünnemann, in BeckOK Sozialrecht, 69. Edition, § 30 SGB IV, Rn. 6). Abseits einer solchen gesetzlichen Ermächtigung dürfen mithin keine Ausgaben getätigt werden, es sei denn, diese werden per Gesetz übertragen und die Kosten erstattet (§ 60 Abs. 2 Satz 1 SGB IV). Überträgt der Gesetzgeber gleichwohl solche Aufgaben, sollen diese nicht aus Beitragsgeldern der Versicherten, sondern als versicherungsfremde Leistungen aus dem Bundeshaushalt finanziert werden (dazu schon Rolfs, Versicherungsfremde Leistungen der Sozialversicherung, NZS 1998, 551; zur Paradoxie des Begriffes Rixen/Kluckert, in: Sodan, Handbuch des Krankenversicherungsrechts, 3. Auflage 2018, § 37, Rn. 12).

Ausgehend hiervon folgen die Kostenverantwortlichkeiten der Zuständigkeit des jeweiligen Sozialversicherungsträgers für die einzelne Intervention.

Basierend hierauf fallen folgende **Interventionen** aus Purpa-3 zu Gunsten der **pflegebedürftigen Person** in den Zuständigkeitsbereich und damit auch in die Finanzierungsverantwortung der Pflegeversicherung: aktivierende Pflege, mobilitätsfördernde Maßnahmen, Beschäftigungsangebote, Angebote zur Erhaltung und Reaktivierung der Fähigkeit zur Selbstversorgung, Angebote zur Stärkung der motorischen Fähigkeiten und der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten, Interventionen bezüglich eines verringerten Sturzrisikos und Interventionen zur eigenständigen Ausführung von Aktivitäten des täglichen Lebens. Die im Rahmen von Purpa-3 vorgesehene Abgabe von Heilmitteln fällt hingegen in den Zuständigkeitsbereich und damit die Finanzierungsverantwortung der Krankenversicherung

Hinsichtlich der Interventionen des **Pflegetandems** gilt, dass die gemeinsame Freizeitgestaltung, Angebote zur Entspannung, der Wissenserwerb, Hilfe zur Selbsthilfe, das Erlebenlassen von gemeinsamen schönen Momenten, die Arbeit an der Akzeptanz der sich verändernden Situation, die Stärkung von Widerstandskräften und Ressourcen, sowie der instrumentellen, regenerativen und mentalen Kompetenz de lege lata nicht erbracht werden. De lege ferenda erscheint denkbar, hierfür die Zuständigkeit der Rentenversicherung anzunehmen bei solchen pflegebedürftigen Angehörigen, bei denen die Rentenversicherung auch zuständig und damit kostenverantwortlich für die eigentliche Rehabilitationsleistung ist. Für eine Zuständigkeit der Pflegeversicherung würde indes streiten, dass diese ein finanzielles Interesse daran hat, eine (dauerhafte) vollstationäre Versorgung des Pflegebedürftigen hinauszuzögern. Für den Fall, dass der pflegende Angehörige krankenversicherungsrechtlichen Leistungen in Anspruch nimmt wäre, - folgt man dieser Logik – zu berechnen, ob die Krankenversicherung, die bei Erfolg der Leistungen Krankenbehandlungskosten

spart, oder die Pflegeversicherung des Pflegebedürftigen, die eine stationäre Pflege erst später oder gar nicht leisten muss, den größeren finanziellen Vorteil hat.

2. Annexanspruch oder Zuständigkeit nach Nutzen

Für die **Koordinationsleistungen** zu Gunsten des Pflegetandems gibt es de lege lata mangels Vorhandenseins in der Regelversorgung keinen zuständigen Kostenträger. De lege ferenda gilt folgendes: Rechtstheoretisch kann dabei der Anspruch der Pflegeperson oder des Pflegebedürftigen selbst führend sein und der andere Teil des Pflegetandems bereits mitversorgt werden, wenn der jeweils führende Teil einen Anspruch hat. Denkbar ist aber auch, dass sowohl die Pflegeperson selbst als auch die pflegebedürftige Person einen eigenen Anspruch haben müssen, damit der Anspruch auf Koordinationsleistungen ausgelöst wird.

Für beide Lösungsmöglichkeiten gilt: Da beide Mitglieder des Pflegetandems regelmäßig in den Zuständigkeitsbereich zweier verschiedener Sozialversicherungsträger fallen werden (die Pflegeperson in den der Rentenversicherung, subsidiär den der Krankenversicherung; der Pflegebedürftige in den der Pflegeversicherung) stehen sich jeweils zwei Kostenträger mit guten Argumenten, der jeweils andere Kostenträger sei zuständig, gegenüber. Nach der üblichen Regelungssystematik der verschiedenen Bücher des Sozialgesetzbuches wäre es naheliegend, die Ansprüche so auszugestalten, dass jeder Teil des Pflegetandems über einen **eigenen Anspruch** verfügen muss. Das Pflegetandem könnte bei der Forderung eines jeweils eigenen Anspruches nur unterstützt werden, wenn beide Teile über eigene gesetzliche Ansprüche verfügen. Auflösbar könnte dies dahingehend sein, dass jeder Kostenträger den auf seinen Versicherten entfallenden Anteil der Koordinationsleistung bezahlt.

Alternativ könnte der Kostenträger zuständig sein, der den größeren Nutzen hat: Die Pflegeversicherung möchte eine dauerhaft vollstationäre Versorgung des Pflegebedürftigen hinauszögern. Die Rentenversicherung hingegen läuft Gefahr, eine Erwerbsunfähigkeitsrente über lange Zeiträume an einen durch die Pflege erwerbsunfähig gewordenen pflegenden Angehörigen leisten zu müssen; die Krankenversicherung des pflegenden Angehörigen hat zumindest subsidiär ein Interesse zur Vermeidung von Krankenbehandlungskosten.

Problematisch für die Regelversorgung erscheint, dass die Rentenversicherung keine gemeinsamen Aktivitäten des Pflegetandems kennt, soweit dabei Leistungen zu Gunsten der Pflegeperson von ihr erfolgen und der Pflegebedürftige daran teilnehmen will. Hier ist dann de lege lata in der Tat der Kostenträger des Pflegebedürftigen zuständig, diese Art von Leistungen jedoch im Rahmen der zu Gunsten im Rahmen der Pflegeversicherung zu erbringenden Leistungen gar nicht kennt De lege ferenda wäre entweder eine gesplittete Abrechnung der Einrichtung gegenüber beiden Kostenträgern denkbar oder eine einheitliche Abrechnung der Einrichtung und eine Kostenerstattung zwischen den Kostenträgern.

De lege ferenda ist gerade hinsichtlich des zu schaffenden Koordinationsanspruches wie eben aufgezeigt die Frage der Kostenverantwortlichkeit untrennbar mit der Frage der Zuständigkeit verbunden und diese damit letztlich mit der Frage, wer den Anspruch auf Koordinationsleistung geltend machen darf, aber auch geltend machen muss. Gegen denjenigen Sozialversicherungsträger, der zuständig wird, muss im Gesetz auch eine Anspruchsgrundlage geschaffen werden.

3. Grenzbereiche: Nicht gesetzlich versicherte Personen und Lösung über Annexanspruch

Wie herausgearbeitet, wird für die Koordinationsleistung zu Gunsten des **Pflegebedürftigen** regelmäßig die Pflegeversicherung zuständig sein. Die Pflicht zum Abschluss der Pflegeversicherung ist akzessorisch zur Pflicht zum Abschluss einer Krankenversicherung, sodass die allermeisten Personen pflegeversichert sein werden. Dadurch, dass für den Bereich der Pflegeversicherung auch für ansonsten nicht gesetzlich Versicherte eine Pflichtversicherung in einer privaten Pflegeversicherung besteht und die Leistungen über § 110 SGB XI deckungsgleich sind, kann hier zumindest hinsichtlich des Pflegebedürftigen ein weitgehender Schutz erreicht werden.

Schwieriger ist die Zuständigkeit für den **pflegenden Angehörigen**. Denkbar wäre zunächst, dass der pflegende Angehörige, der beispielsweise gesetzlich **rentenversichert** ist, aufgrund der Pflegesituation droht, ganz oder teilweise aus dem Erwerbsleben auszuschneiden. Dann würde, wie dargestellt, die Zuständigkeit der Rentenversicherung greifen. Gesetzlich einzuführen wäre mithin ein Anspruch des pflegenden Angehörigen gegen den jeweiligen Versicherungsträger aus dem SGB VI. Diese entsprechende Verknüpfung hat der Gesetzgeber für die Rehabilitationsleistungen in § 42a SGB XI n.F. bereits nachgezeichnet, ohne dass dabei die Intervention von Purpa-3 angedacht wurde.

Denkbar ist aber auch, dass eine Person aufgrund der Pflegesituation aus dem Erwerbsleben auszuschneiden droht, ohne dass sie gesetzlich rentenversichert ist. Besonders gilt dies für Beamte, Selbstständige oder auch viele Angehörige der freien Berufe, die in Versorgungswerken versichert sind. Die Versorgungswerke kennen entsprechende Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen nicht. Für all jene besteht mithin kein Anspruch des pflegenden Angehörigen/der Pflegeperson auf Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen.

Die gleiche Fragestellung zeigt sich auch im Bereich der **Krankenversicherung**. Während gesetzlich krankenversicherte Personen zumindest über die Ansprüche nach § 40 Abs. 3a SGB V n.F. verfügen, wenn sie als pflegende Angehörige/Pflegeperson im Zuständigkeitsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung eine Versorgung des Pflegebedürftigen in einer stationären Einrichtung benötigen, kennt das private Krankenversicherungsrecht diesen Anspruch nicht. Zwar besteht eine allgemeine Krankenversicherungspflicht in Deutschland, der auch durch Abschluss von privaten Krankenversicherungsverträgen Genüge getan werden kann, indes sehen weder die Musterbedingungen der privaten Krankenversicherung noch das Versicherungsvertragsgesetz entsprechende Ansprüche von privat krankenversicherten Personen zur Versorgung eines pflegebedürftigen Angehörigen vor. Selbst wenn der Pflegebedürftige in der gesetzlichen Pflegeversicherung versichert ist, kann der privat krankenversicherte pflegende Angehörige die Tatbestandsvoraussetzungen von § 42a Abs. 1 SGB XI nicht erfüllen; das gesamte Pflorgetandem bleibt unversorgt.

Soweit pflegende Angehörige selbst **pflegebedürftig** sind, könnten sich die Ansprüche auf Leistungen, wie sie in Purpa 3 konzipiert wurden (insb. auf die in der Regelversorgung noch unbekanntem Koordinationsleistungen) aus der Pflegeversicherung ergeben und damit auch die Pflegeversicherung kostenverantwortlich sein. Problematisch ist für pflegende Angehörige, die selbst pflegebedürftig sind, dabei, dass diese Pflegebedürftigkeit nach der Konzeption von § 42a SGB XI n.F. nicht ausreicht, sondern diese einen weiteren, eigenen, nicht aus dem SGB XI

stammenden Anspruch haben müssen, um auch einen Anspruch auf Versorgung des Pflegebedürftigen zu erhalten.

Diesen Aspekt hat der Gesetzgeber bei der Novellierung von § 42a SGB XI n.F. nicht beachtet, er sieht den Pflegebedürftigen ausschließlich als denjenigen, der während der Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen des pflegenden Angehörigen/der Pflegeperson untergebracht werden muss. Weiterhin nicht ausreichend ist damit das Vorliegen des Kontextfaktors der Pflegesituation und der Rolle als pflegender Angehöriger, sofern nicht zumindest ein Krankheitswert hinzutritt, der die Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung eröffnet.

Auf den fehlenden Anspruch eines der beiden Teile des Pflegepartners könnte reagiert werden, indem der Anspruch der pflegebedürftigen Begleitperson ein **Annexanspruch** zum Hauptanspruch des pflegenden Angehörigen wird (oder umgekehrt). Damit könnte ein Teil der leer ausgehenden Personen einbezogen werden. Hiergegen spricht indes, dass eine Leistung selbst dann nicht erfolgen würde, wenn die jeweilige Person selbst die Anspruchsvoraussetzungen „ihres“ sozialen Sicherungssystems erfüllt, wenn die Voraussetzungen bei der „führenden“ anderen Person des Pflegepartners nicht erfüllt sind:

Beispielhaft sei eine gesetzlich rentenversicherte Tochter genannt, die aufgrund der Pflege ihrer Mutter droht aus dem Erwerbsleben auszuschneiden, die Mutter selbst ist hingegen zum Beispiel privat krankenversichert oder Mitglied eines Versorgungswerkes. Postuliert man einen Annexanspruch, würde die Tochter trotz eigenem Versicherungsstatus leer ausgehen, wenn sie vom Anspruch der pflegebedürftigen Mutter abhängig war. Aber auch andersherum ist dies denkbar: Die pflegebedürftige Mutter ist gesetzlich krankenversichert und könnte einen Anspruch haben, das Pflegepartners geht aber leer aus, weil die pflegende Tochter sich für die private Krankenversicherung entschieden hat.

Im Sinne einer größtmöglichen Durchsetzung sozialer Rechte erscheint es sinnvoll, dass der Anspruch sowohl als **eigener Anspruch** als auch als **Annexanspruch** besteht, wenn nur einer der beiden Teile des Partners gesetzlich kranken- oder rentenversichert ist und der andere nicht dort versichert oder dort nicht berechtigt wäre. In diesem Fall ist dann aber der „führende“, also zuständige Kostenträger zu bestimmen. Die privaten Kostenträger wären bei einer Anpassung des **Versicherungsvertragsgesetzes** zu beteiligen.

V. Arbeitspaket 4

Darstellung verschiedener Möglichkeiten der Einführung neuer Versorgungsformen in den verschiedenen Büchern des Sozialgesetzbuches und Anwendung dieser auf das vorliegende Projekt

1. Gesamtzuständigkeit oder Einzelzuständigkeiten

Die Gestaltung einer Überführung in die Regelversorgung wird davon abhängen, ob ein einzelner Kostenträger gesamthaft für die Ansprüche entweder der einzelnen Mitglieder des Pfl egetandems oder sogar für das Pfl egetandem insgesamt zuständig sein soll oder ob es bei den Einzelzuständigkeiten für die einzelnen Interventionen (etwa die Abgabe der Heilmittel durch die Krankenversicherung, die Unterbringung durch die Pflegeversicherung usw.) bleiben soll.

Rechtswissenschaftlich ist die Postulierung einer Gesamtzuständigkeit eher abzulehnen, da die Kostenträger Leistungen erbringen (lassen) müssten, zu Gunsten von Personen, die bei Ihnen ggf. gar nicht versichert sind (das jeweils andere Mitglied des Pfl egetandems) oder aber Leistungen bezahlen müssen, die nicht im Zuständigkeitsbereich des jeweiligen Kostenträgers liegen (etwa wenn eine Pflegekasse psycho- oder physiotherapeutische Leistungen vergüten soll). Diese Kosten würden dann von den einzelnen Kostenträgern im Innenverhältnis ausgeglichen werden müssen. Verhandlungen über kassenübergreifende und hier sogar SGB-übergreifende Kostenerstattungen mit einer Vielzahl von beteiligten Kostenträgern sind mit einer erheblichen Gefahr von Verzögerungen und Fehlsteuerungen verbunden.

Aus versorgungswissenschaftlicher Sicht scheint es zumindest dann, wenn es um Leistungen entweder für die pflegebedürftige Person oder die Pflegeperson geht, keinen Mehrwert zu geben, der die aufwendige Festlegung einer gemeinsamen Zuständigkeit und eines Ausgleiches zwischen den Kostenträgern rechtfertigt.

Mithin sollte es bei Einzelzuständigkeiten für die in Purpa-3 vorgesehenen und zumeist in der Regelversorgung bereits bekannten Interventionen bleiben.

2. Notwendigkeit eines subjektiv-öffentlichen Rechts und Umsetzungsmöglichkeiten

Vorgesehene soziale Leistungen bleiben potentiell wirkungslos, wenn sie nicht als subjektiv-öffentliches Recht, d.h. als Anspruch, formuliert werden. Nur dann können diese in Widerspruchs- und Klageverfahren durchgesetzt werden. Denn das deutsche Sozialverwaltungsrecht lässt eine Klage nur dann erfolgreich sein, wenn ein ablehnender Bescheid nicht nur rechtswidrig ist, sondern erst dann, wenn der Bescheid den Anspruchssteller auch in gerade ihm zugewiesenen Rechten verletzt. Jegliche Umsetzung von Purpa-3 in der Regelversorgung setzt daher voraus, dass damit nicht (nur) die Kostenträger, sondern auch die pflegebedürftigen Personen und die Pflegepersonen ausdrücklich adressiert werden.

Notwendig ist eine sog. abstrakt-generelle Regelung (im Gegensatz zur konkret-individuellen Regelung eines Verwaltungsaktes), d.h. die Regelung muss eine Vielzahl von Fällen und eine Vielzahl von Adressaten erreichen.

Gleichzeitig sind die im Rahmenkonzept von Purpa-3 genannten Maßnahmen so heterogen und umfangreich, dass eine Verdichtung aufgrund der notwendigen großen Regelungstiefe im Vergleich zu den Regelungstiefen anderer Leistungen der jeweiligen Bücher des Sozialgesetzbuches den Rahmen der bisherigen Regelungen sprengen würde.

Gibt man den anzustrebenden Leistungen jedoch nur die Regelungstiefe der vergleichbaren Leistungen, etwa aus SGB V, VI oder XI, dann bleibt die Beschreibung der Leistungsinhalte so vage, dass daraus kein Rechtsanspruch (etwa auf die Dauer der Leistung, auf die in Purpa-3 genannten Module, auf einzelne Leistungsinhalte usw.) erwachsen kann. Gleichwohl sollte zumindest diese, wenngleich lückenhafte, Umsetzung angestrebt werden.

Soll keine Vollregelung aus dem Gesetz selbst erfolgen, könnte das jeweilige Buch des Sozialgesetzbuches auch Ermächtigungen für untergesetzliche Regelungen treffen:

So könnte es in den einzelnen Büchern des Sozialgesetzbuches Vorschriften geben, wonach die Kostenträger Vereinbarungen mit den Leistungserbringern über die Erbringung der hier erarbeiteten Leistungen treffen müssen. Dies hätte allerdings den Nachteil, dass die Versicherten keinen Anspruch auf den Abschluss oder die inhaltliche Ausgestaltung dieser Vereinbarungen hätten. Sollte man diese Regelungstechnik gleichwohl für zweckmäßig erachten, könnte eine gesetzliche Anordnung, dass bei Nichteinigung zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern ein Schiedsamt entscheidet, den Abschluss beschleunigen. Ein Anspruch der Versicherten würde hieraus aber nicht folgen.

Denkbar wäre auch, in den einzelnen Büchern des Sozialgesetzbuches solche Vorschriften zu implementieren, nach denen das Bundesministerium für Arbeit und Soziales und das Bundesministerium für Gesundheit Rechtsverordnungen erlassen, die die Details von Begleitangeboten für pflegebedürftige Begleitpersonen während einer stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme der Pflegepersonen regeln oder – erneut – die Kostenträger und Leistungserbringer zum Abschluss von entsprechenden Vereinbarungen zwingen. Aufgrund der im Sozialversicherungsrecht, wenn auch in den verschiedenen Büchern unterschiedlich ausgeprägten, Zurückhaltung der Rechtssetzung durch den (parlamentarischen) Gesetzgeber und die verbreitete Rechtssetzung durch Verträge, sind hier jedoch erhebliche Widerstände zu erwarten.

Bei jeder Regelung ist das Ziel des Gleichlaufens der Ansprüche von pflegebedürftigen Begleitpersonen und Pflegepersonen – d.h. einer zwingend SGB-übergreifenden Regelung – zu beachten.

3. Anwendung auf Koordinationsleistungen Purpa-3

Die in Purpa-3 neu geschaffenen, bereits oben dargestellten Koordinationsleistungen müssen im jeweiligen Fachrecht abgebildet werden.

a) Intervention zu Gunsten des Pflegebedürftigen

Die Purpa-3-Intervention zu Gunsten des Pflegebedürftigen sollte im Pflegeversicherungsrecht abgebildet werden. Hier bietet sich eine Überarbeitung des gerade eingeführten § 42a SGB XI an. Die Norm ist geeignet, die Interventionsinhalte abzubilden. Denn bei Purpa-3 handelt es sich um eine Intervention, die immer dann ansetzt, wenn die Pflegeperson in einem stationären Setting versorgt wird und der Pflegebedürftige mitversorgt werden muss. Purpa-3 hat deckungsgleich diesen Anwendungsbereich und wird nicht eingesetzt, wenn der pflegende Angehörige nur ambulant versorgt wird. Ob der Pflegebedürftige letztlich stationär in einer Rehabilitationseinrichtung versorgt wird, in einer stationären Altenpflegeeinrichtung oder im Rahmen der Tagespflege nur teilstationär, ist letztlich nicht bedeutsam, weil § 42a SGB XI wie aufgezeigt all diese Versorgungsarten zu Gunsten des Pflegebedürftigen kennt.

Die konkrete inhaltliche Ausgestaltung kann wegen der dargestellten notwendig zu erreichenden Detailtiefe nicht auf der formell-gesetzlichen Ebene erfolgen. Es bietet sich an, die vom Gesetzgeber bereits vorgesehene Regelungstechnik des Rückgriffs auf gemeinsame Empfehlungen der Spitzenverbände unter Vorbehalt der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit zu übernehmen.

Da § 42a SGB XI geeignet ist, die Purpa-3-Intervention umzusetzen, ist zunächst Abs. 7 durch einen neuen Satz 2 bei Verschiebung der bisherigen Sätze 2 bis 4 um je einen Satz nach hinten zu ergänzen:

„Die gemeinsamen Empfehlungen enthalten auch Vorgaben zu Zugang, Erbringungsmodalitäten und Inhalten (insb. zur Koordination der Leistungen von Pflegebedürftigen und Pflegeperson soweit es den Pflegebedürftigen betrifft, zur aktivierenden Pflege, mobilitätsfördernden Maßnahmen, Beschäftigungsangeboten, Angeboten zur Erhaltung und Reaktivierung der Fähigkeit zur Selbstversorgung, zur Stärkung der motorischen Fähigkeiten und der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten usw.) von Begleitangeboten für pflegebedürftige Begleitpersonen während einer stationären Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahme einer Pflegeperson.“

Diese zusätzlichen von den entsprechenden Einrichtungen zu erbringenden Leistungen sind in den in § 42a SGB XI bislang vorgesehen Vergütungen nicht enthalten und müssten zusätzlich aufgenommen werden. § 42a Abs. 5 SGB XI n.F. wäre dementsprechend wie folgt zu ergänzen:

„Die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen, das die private Pflicht-Pflegeversicherung durchführt, zahlt zusätzlich die in den Rahmenempfehlungen nach Abs. 5 S. 2 vereinbarten Begleitangebote für pflegebedürftige Begleitpersonen während einer stationären Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahme einer Pflegeperson.“

Mit dieser Regelung wäre es möglich, die Versorgung des Pflegebedürftigen von der Kurzzeitpflege weg hin zu einem Aufenthalt mit rehabilitativen Ansätzen weiterzuentwickeln.

Gegen diese Regelungstechnik spricht zwar, dass die Leistungserbringer damit hinsichtlich der Vergütungshöhe auf das Wohlwollen der Kostenträger angewiesen sind. Allerdings wäre es auch

nicht sachgerecht, eine Eurovergütung unmittelbar in das Gesetz zu schreiben; gerade wenn die inhaltlichen und personellen Vorgaben gemäß des hier gemachten Vorschlages aus der Rahmenempfehlung stammen.

Schließlich sollte zumindest das „Ob“ der Leistungsgewährung als subjektiv-öffentliches Recht, d.h. als Anspruch formuliert werden. Hierfür bietet es sich an, § 42a Abs. 1 SGB XI n.F. zu ergänzen:

„Pflegebedürftige haben einen Anspruch auf Koordinationsleistungen und Begleitangebote während einer stationären Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahme einer Pflegeperson nach Maßgabe der Rahmenempfehlungen gem. Abs. 5 S. 3“

Das „Wie“ der Leistungsgewährung ergibt sich demnach aus der Rahmenempfehlung.

b) Koordinationsleistungen zu Gunsten der Pflegeperson

Für die Koordinationsleistungen zu Gunsten der Pflegeperson könnte die Zuständigkeit der Pflegeversicherung des Pflegebedürftigen als versicherungsfremde Leistung begründet werden. Nach der hier präferierten Variante sollte die Finanzierungsverantwortung indes getrennt sein nach den beiden Teilen des Pflorgetandems.

Der Koordinationsanspruch der Pflegeperson kann sich dann folgerichtig nicht aus dem Pflegeversicherungsrecht ergeben, denn dieser ist aus der Pflegeversicherung nicht leistungsberechtigt; selbst wenn die Pflegeperson selbst über einen Pflegegrad verfügt, reicht dies nicht als Zugangsvoraussetzung für eine stationäre Versorgung der Pflegeperson im Sinne von § 42a Abs. 1 SGB XI. Für die Pflegeperson bietet es sich daher an, die zu ihren Gunsten zu erbringenden Koordinationsleistungen als Annexanspruch zum Hauptleistungsanspruch der stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme nach dem SGB V oder VI auszugestalten.

aa) Ergänzung des § 40 Abs. 3a SGB V

Im SGB V wäre dies bei § 40 Abs. 3a SGB V n.F. sinnvoll. Da der Koordinationsanspruch im Sinne der Purpa-3-Intervention auch erst kurz vor der stationären Leistungserbringung zu Gunsten der Pflegeperson ansetzt, wäre die inhaltliche Verknüpfung an diese Norm auch sachgerecht (anders als etwa beim Care- und Casemanagement, welches deutlich zeitiger ansetzt).

§ 40 Abs. 3a SGB V n.F. kann wie folgt ergänzt werden:

„Die Krankenkasse übernimmt die hinsichtlich ihres Versicherten entstehenden Kosten der Koordination für Begleitangebote zu Gunsten des pflegenden Angehörigen und des Pflegebedürftigen während einer stationären Rehabilitationsmaßnahme des pflegenden Angehörigen. Der Inhalt der zu vergütenden Koordinationsleistung ergibt sich aus der Rahmenempfehlung gem. § 42a Abs. 7 SGB XI.“

Nur mit dem Verweis der krankenversicherungsrechtlich zu schaffenden Vorschriften auf die pflegerechtliche Rahmenempfehlung ist eine einheitliche Leistungsgewährung für beide Teile des Pflorgetandems möglich (insbesondere hinsichtlich der Interaktionsangebote).

Eine eigene inhaltliche Ausgestaltung im Krankenversicherungsrecht ist im Kontext von Purpa-3 nicht notwendig. Denn die Intervention von Purpa-3 zielt vor allem auf den Pflegebedürftigen ab. Es soll für die Pflegeperson kein eigenes, krankenversicherungsrechtliches Konzept geben, das sich dann womöglich sogar noch von der Intervention zu Gunsten des Pflegebedürftigen unterscheidet. Eine untergesetzliche krankenversicherungsrechtliche Regelung, etwa mittels einer Richtlinie des G-BA oder ähnliches, ist daher nicht angezeigt. Vielmehr kommt der Krankenversicherung hier nur eine Finanzierungsfunktion der zu Gunsten ihrer Versicherter erbrachten Leistungen zu.

bb) Ergänzung von § 23 SGB V um einen Abs. 8

Die gleichen Überlegungen, die eben für den Anspruch des pflegenden Angehörigen bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen herausgearbeitet wurden, gelten sinngemäß auch für stationäre Vorsorgeleistungen. Dementsprechend könnte § 23 SGB V um einen Abs. 8 ergänzt werden

„Die Krankenkasse übernimmt die hinsichtlich ihres Versicherten entstehenden Kosten der Koordination für Begleitangebote zu Gunsten des pflegenden Angehörigen und des Pflegebedürftigen während einer stationären Vorsorgemaßnahme des pflegenden Angehörigen. Der Inhalt der zu vergütenden Koordinationsleistung ergibt sich aus der Rahmenempfehlung gem. § 42a Abs. 7 SGB XI.“

Im Übrigen sei auf die obigen Ausführungen verwiesen.

cc) Ergänzung im Rentenversicherungsrecht/ Rehabilitations- und Teilhaberecht

Aufbauend auf den krankenversicherungsrechtlichen Überlegungen ist es hinsichtlich der Intervention von Purpa-3 auch im Rentenversicherungsrecht ausreichend, die Finanzierungsverantwortung des Rentenversicherungsträgers für die zu Gunsten seines Versicherten erbrachten Purpa-3-Leistungen zu regeln, die während der stationären Rehabilitationsleistung seines Versicherten und des Pflegebedürftigen erbracht werden. D.h. auch hier besteht keine Notwendigkeit, die Intervention inhaltlich im Rentenversicherungsrecht zu regeln, es reicht wegen des pflegeversicherungsrechtlichen Schwerpunktes eine Verweisung auf das SGB XI.

Das Rentenversicherungsrecht verweist in § 15 Abs. 1 SGB VI weitgehend auf die Regelungen der §§ 42 bis 47a SGB IX (mit Ausnahme der § 42 Abs. 2 Nr. 2 und § 46 SGB IX). Diese Regelungstechnik sollte hier indes nicht übernommen werden. Denn Zugangsvoraussetzung für den Pflegebedürftigen ist ja, dass die Pflegeperson Ansprüche aus § 15 Abs. 2 SGB VI bekommt. Diese verweisen zwar inhaltlich auf die Leistungen des SGB IX, aber eine Person aus dem Rechtskreis SGB IX kommt nicht in den Genuss der Leistungen aus § 42a SGB XI. Daher wäre eine Verortung im SGB IX fehlerhaft. Sie muss im SGB VI stattfinden.

Deshalb sollte § 15 Abs. 2 SGB VI um einen Abs. 1a ergänzt werden:

„Die Träger der Rentenversicherung übernehmen bei Versicherten, die einen Anspruch auf Rehabilitationsleistungen haben und zugleich Pflegeperson im Sinne des elften Buches sind, während einer stationären Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahme der Versicherten die

hinsichtlich ihrer Versicherten entstehenden Kosten der Koordination für Begleitangebote zu Gunsten des Pflegebedürftigen Der Inhalt der zu vergütenden Koordinationsleistung ergibt sich aus der Rahmenempfehlung gem. § 42a Abs. 7 SGB XI.“

VI. Zusammenfassung

Die Interventionen von Purpa 3 fanden im Rahmen der Regelversorgung statt. Dabei hat sich herausgestellt, dass das Pfl egetandem aus Pflegeperson und Pflegebedürftigem vom Gesetzgeber weitgehend übersehen wird, es bestehen nur singuläre Ansprüche auf Versorgung von Mitgliedern des Pfl egetandems, aber keine ganzheitliche Intervention zu Gunsten beider. Auch die Neuregelungen im Rahmen des PUEG im Jahr 2023 haben hieran nichts geändert. Insbesondere werden Interventionen nicht als Anspruch im Sinne eines öffentlichen Rechts ausgestaltet.

Insgesamt zeigen sich die Limitationen durch die Versäulung in den einzelnen Büchern des Sozialgesetzbuches, welche oftmals zu getrennte Zuständigkeiten für die Pflegeperson und den Pflegebedürftigen führen und sowohl bei Interventionen, die beiden Teilen des Pfl egetandems gleichermaßen zu Gute kommen als auch in Situationen, in denen nur ein Teil des Pfl egetandems gesetzlich versichert ist, eine sachgerechte Versorgung erschwert.

1. Unterstützung pflegender Angehöriger und des Pfl egetandems de lege lata

Zentralnorm zur Unterstützung pflegender Angehöriger und des Pfl egetandems ist § 42a SGB XI n.F., aber auch § 40 Abs. 3a SGB V n.F. deutet entsprechende Leistungen an.

Gemäß § 42a Abs. 1 Satz 1 SGB XI n.F. haben Pflegebedürftige ab dem 1. Juli 2024 einen Anspruch auf Versorgung in zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, wenn dort gleichzeitig Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation von einer Pflegeperson des Pflegebedürftigen in Anspruch genommen werden. Der Anspruch des Pflegebedürftigen ist damit akzessorisch zu dem der Pflegeperson. Allerdings erhält der Pflegebedürftige genannten Leistungen nicht automatisch nach Anspruchsgewährung zu Gunsten seiner Pflegeperson, sondern er muss auch im Sinne des SGB XI leistungsberechtigt, also pflegeversichert und pflegebedürftig, sein. Gemäß § 42a Abs. 2 Satz 1 SGB XI n.F. setzt der Anspruch nach Abs. 1 voraus, dass die pflegerische Versorgung des Pflegebedürftigen in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung für die Dauer der Leistung sichergestellt ist. Dies stellt eine deutliche Einschränkung des Leistungsanspruchs des Pflegebedürftigen dar, da der Anspruch danach nur im Rahmen der gerade bestehenden Kapazitäten besteht, was rechtlich einem Kapazitätsausschöpfungsgebot entspricht. Jedoch besteht nach der geschaffenen gesetzlichen Konzeption gerade kein Anspruch des Pflegebedürftigen auf Zurverfügungstellung ausreichender Kapazitäten. Der Satz 3 des Absatzes 2 der Vorschrift, wonach der Anspruch auch in einer vollstationären Pflegeeinrichtung nach § 72 SGB XI wahrgenommen werden kann, wenn die Versorgung in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nicht sichergestellt werden kann, stellt eine leistungsrechtliche Ergänzung zu Satz 1 dar und mildert die angesprochenen Kapazitätsbeschränkungen etwas ab.

Bei der Neuregelung des § 42a SGB XI n.F. ist es insgesamt zunächst begrüßenswert, dass der Gesetzeswortlaut hier ausdrücklich von einem „Anspruch“ spricht und offenbar zumindest geplant war, insoweit ein subjektiv-öffentliches Recht einzuführen. Letztlich läuft dieser (vermeintliche) Anspruch jedoch teilweise ins Leere. Denn der Gesetzgeber hat über das „Ob“ der Leistungsgewährung hinaus keinerlei inhaltliche Vorgaben gemacht, „Wie“ der Aufenthalt des Pflegebedürftigen in einer zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung auszugestalten ist. Mögliche Inhalte der Versorgung des Pflegebedürftigen werden an keiner Stelle auch nur

erwähnt, geschweige denn konkret geregelt. Zusätzliche Leistungen zur spezifischen Unterstützung des Pfl egetandems, wie sie in Purpa-3 vorgesehen sind, sind demnach vom Gesetzgeber gerade nicht geschaffen worden. Letztlich hat der Gesetzgeber über die reine Unterbringung und Versorgung des Pflegebedürftigen hinaus weder diesen noch das Pfl egetandem in den Fokus genommen, die Neuregelung bringt keine inhaltliche Weiterentwicklung mit sich. Der Gesetzgeber hat sich insoweit entschieden, die inhaltliche Ausgestaltung des Anspruchs gemeinsamen Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen, des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und die für die Wahrnehmung der Interessen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und der Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartiger Einrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen zu überlassen. Da diese gemeinsame Empfehlung „insbesondere“ nur zum Antrags- und Genehmigungsverfahren sowie zur Qualitätssicherung Vorgaben machen soll, sind keine inhaltlichen Ausgestaltungen im Sinne einer Intervention zu Gunsten des Pflegebedürftigen oder des Pfl egetandems zu erwarten.

Ansprüche zur Unterstützung pflegender Angehöriger, des Pfl egetandems und des Pflegebedürftigen selbst kennt auch § 40 Abs. 3a SGB V n.F., bislang § 40 Abs. 3 S. 11f SGB V. Gemäß der Neuregelung haben Pflegepersonen im Sinne des SGB XI bei einer stationären krankenversicherungsrechtlichen Rehabilitation Anspruch auf die Versorgung des Pflegebedürftigen. Festzuhalten ist jedoch, dass auch § 40 Abs. 3a SGB V n.F. keinerlei inhaltliche Vorgaben zur Versorgung des Pflegebedürftigen oder Finanzierungsvorgaben macht, erst Recht nicht hinsichtlich der in Purpa-3 vorgesehenen Interventionen.

Das Rentenversicherungsrecht kennt keine gesetzlichen Ansprüche, die die Pflegeperson oder das Pfl egetandem oder die Versorgung eines Pflegebedürftigen beschreiben. Eine rentenversicherungsrechtliche Versorgung des Pflegebedürftigen kann aber über die - zufällige - die Zuweisung des Pflegebedürftigen an rentenversicherungsrechtliche Einrichtungen gem. § 42 a SGB XI n.F. erfolgen.

2. Bisherige Kostenverantwortlichkeiten und Vorschläge zu Kostenverantwortlichkeiten

Die Kostenverantwortlichkeiten folgen der Zuständigkeit des jeweiligen Sozialversicherungsträgers für die einzelne Intervention.

Basierend hierauf fallen folgende **Interventionen** aus Purpa-3 zu Gunsten des **Pflegebedürftigen** in den Zuständigkeitsbereich und damit auch in die Finanzierungsverantwortung der Pflegeversicherung: aktivierende Pflege, mobilitätsfördernde Maßnahmen, Beschäftigungsangebote, Angebote zur Erhaltung und Reaktivierung der Fähigkeit zur Selbstversorgung, Angebote zur Stärkung der motorischen Fähigkeiten und der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten, Interventionen bezüglich eines verringerten Sturzrisikos und Interventionen zur eigenständigen Ausführung von Aktivitäten des täglichen Lebens. Die im Rahmen von Purpa-3 vorgesehene Abgabe von Heilmitteln fällt hingegen in den Zuständigkeitsbereich und damit die Finanzierungsverantwortung der Krankenversicherung

Hinsichtlich der **Interventionen** zu Gunsten des **Pfl egetandems** gilt, dass die gemeinsame Freizeitgestaltung, Angebote zur Entspannung, der Wissenserwerb, Hilfe zur Selbsthilfe, das

Erlebenlassen von gemeinsamen schönen Momenten, die Arbeit an der Akzeptanz der sich verändernden Situation, die Stärkung von Widerstandskräften und Ressourcen, sowie der instrumentellen, regenerativen und mentalen Kompetenz de lege lata nicht erbracht werden. De lege ferenda erscheint denkbar, hierfür die Zuständigkeit der *Rentenversicherung* anzunehmen bei solchen pflegebedürftigen Angehörigen, bei denen die Rentenversicherung auch zuständig und damit kostenverantwortlich für die eigentliche Rehabilitationsleistung ist. Für eine Zuständigkeit der *Pflegeversicherung* würde indes streiten, dass diese ein finanzielles Interesse daran hat, eine (dauerhafte) vollstationäre Versorgung des Pflegebedürftigen hinauszuzögern. Für den Fall, dass der pflegende Angehörige krankensicherungsrechtlichen Leistungen in Anspruch nimmt wäre, - folgt man dieser Logik – zu berechnen, ob die *Krankenversicherung*, die bei Erfolg der Leistungen Krankenbehandlungskosten spart, oder die Pflegeversicherung des Pflegebedürftigen, die eine stationäre Pflege erst später oder gar nicht leisten muss, den größeren finanziellen Vorteil hat.

Für die **Koordinationsleistungen** zu Gunsten des Pflegetandems gibt es de lege lata mangels Vorhandenseins in der Regelversorgung keinen zuständigen Kostenträger. De lege ferenda gilt folgendes: Rechtstheoretisch kann dabei der Anspruch der Pflegeperson oder des Pflegebedürftigen selbst führend sein und der andere Teil des Pflegetandems bereits mitversorgt werden, wenn der jeweils führende Teil einen Anspruch hat. Denkbar ist aber auch, dass sowohl die Pflegeperson selbst als auch die pflegebedürftige Person einen eigenen Anspruch haben müssen, damit der Anspruch auf Koordinationsleistungen ausgelöst wird. Für beide Lösungsmöglichkeiten gilt: Da beide Mitglieder des Pflegetandems regelmäßig in den Zuständigkeitsbereich zweier verschiedener Sozialversicherungsträger fallen werden (die Pflegeperson in den der Rentenversicherung, subsidiär den der Krankenversicherung; der Pflegebedürftige in den der Pflegeversicherung) stehen sich jeweils zwei Kostenträger mit guten Argumenten, der jeweils andere Kostenträger sei zuständig, gegenüber. Nach der üblichen Regelungssystematik der verschiedenen Bücher des Sozialgesetzbuches wäre es naheliegend, die Ansprüche so auszugestalten, dass jeder Teil des Pflegetandems über einen eigenen Anspruch verfügen muss und jeder Kostenträger den auf seinen Versicherten entfallenden Anteil der Koordinationsleistung bezahlt. Alternativ könnte der Kostenträger zuständig sein, der den größeren Nutzen hat.

Problematisch für die Regelversorgung erscheint, dass die Rentenversicherung keine gemeinsamen Aktivitäten des Pflegetandems kennt, soweit dabei Leistungen zu Gunsten der Pflegeperson von ihr erfolgen und der Pflegebedürftige daran teilnehmen will. Hier ist dann de lege lata in der Tat der Kostenträger des Pflegebedürftigen zuständig, der diese Art von Leistungen jedoch im Rahmen der zu Gunsten im Rahmen der Pflegeversicherung zu erbringenden Leistungen gar nicht kennt. De lege ferenda wäre entweder eine gesplittete Abrechnung der Einrichtung gegenüber beiden Kostenträgern denkbar oder eine einheitliche Abrechnung der Einrichtung und eine Kostenerstattung zwischen den Kostenträgern.

De lege ferenda ist gerade hinsichtlich des zu schaffenden Koordinationsanspruches die Frage der Kostenverantwortlichkeit untrennbar mit der Frage der Zuständigkeit verbunden und diese damit letztlich mit der Frage, wer den Anspruch auf Koordinationsleistung geltend machen darf. Gegen denjenigen Sozialversicherungsträger, der zuständig wird, muss im Gesetz auch eine Anspruchsgrundlage geschaffen werden.

3. Möglichkeiten der Einführung neuer Versorgungsformen und Anwendung

Vorgesehene soziale Leistungen bleiben potentiell wirkungslos, wenn sie nicht als subjektiv-öffentliches Recht, d.h. als Anspruch, formuliert werden. Notwendig ist eine sog. abstrakt-generelle Regelung. Gleichzeitig sind die im Rahmenkonzept von Purpa-3 genannten Maßnahmen so heterogen und umfangreich, dass eine Verdichtung aufgrund der notwendigen großen Regelungstiefe im Vergleich zu den Regelungstiefen anderer Leistungen der jeweiligen Bücher des Sozialgesetzbuches den Rahmen der bisherigen Regelungen sprengen würde.

Die in Purpa-3 neu geschaffenen, bereits oben dargestellten Koordinationsleistungen müssen im jeweiligen Fachrecht abgebildet werden.

Die Purpa-3-Intervention zu Gunsten des **Pflegebedürftigen** sollte im **Pflegeversicherungsrecht** abgebildet werden. Die konkrete inhaltliche Ausgestaltung kann wegen der notwendig zu erreichenden Detailtiefe nicht auf der formell-gesetzlichen Ebene erfolgen. Es bietet sich an, die vom Gesetzgeber bereits vorgesehene Regelungstechnik des Rückgriffs auf gemeinsame Empfehlungen der Spitzenverbände unter Vorbehalt der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit zu übernehmen. Dies könnte durch eine **Ergänzung des § 42a SGB XI** geschehen, wonach die gemeinsamen Empfehlungen auch Vorgaben zu Zugang, Erbringungsmodalitäten und Inhalten von Begleitangeboten für pflegebedürftige Begleitpersonen während einer stationären Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahme einer Pflegeperson enthalten. In der Folge müsste der § 42a SGB XI auch hinsichtlich der vorgesehenen Vergütung entsprechend angepasst werden. Mit dieser Regelung wäre es möglich, die Versorgung des Pflegebedürftigen von der Kurzzeitpflege weg hin zu einem Aufenthalt mit rehabilitativen Ansätzen weiterzuentwickeln. Schließlich sollte zumindest das „Ob“ der Leistungsgewährung im § 42a Abs. 1 SGB XI n.F. als subjektiv-öffentliches Recht, d.h. als Anspruch formuliert werden. Das „Wie“ der Leistungsgewährung ergibt sich dann aus der Rahmenempfehlung.

Der Koordinationsanspruch der **Pflegeperson** kann sich dann nicht aus dem Pflegeversicherungsrecht ergeben, denn dieser ist aus der Pflegeversicherung nicht leistungsberechtigt; selbst wenn die Pflegeperson selbst über einen Pflegegrad verfügt, reicht dies nicht als Zugangsvoraussetzung für eine stationäre Versorgung der Pflegeperson im Sinne von § 42a Abs. 1 SGB XI. Für die Pflegeperson bietet es sich daher an, die zu ihren Gunsten zu erbringenden Koordinationsleistungen als **Annexanspruch zum Hauptleistungsanspruch der stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme nach dem SGB V** (durch Ergänzung von § 23 SGB V um einen Absatz 8 und § 40 Abs. 3a SGB V) **oder VI** (durch Ergänzung von § 15 SGB V um einen Abs. 1a) auszugestalten.

VII. Literaturverzeichnis

- Becker, Ulrich; Kingreen, Thorsten SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung: Kommentar, 8. Auflage, München 2022
- Berchtold, Josef; Huster, Stefan; Rehborn, Martin Gesundheitsrecht - SGB V, SGB XI, 2. Auflage, Baden-Baden 2018
- Dau, Dirk; Düwell, Franz; Jousen, Jacob; Luik, Steffen Sozialgesetzbuch IX – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen: SGB IX, BTHG, SchwbVWO, BGG: Lehr- und Praxiskommentar, 6. Auflage, Baden-Baden 2022
- Ehmann, Frank; Karmanski, Carsten; Kuhn-Zuber, Gabriele Gesamtkommentar Sozialrechtsberatung, 3. Auflage, Baden-Baden 2023
- Hau, Wolfgang; Poseck, Roman BeckOK BGB, 66. Edition, Stand 01.05.2023
- Heidel, Thomas; Hüßtege, Rainer; Mansel, Heinz-Peter; Noack, Ulrich Allgemeiner Teil - EGBGB, 4. Auflage, Baden-Baden 2021
- Rolfs, Christian Versicherungsfremde Leistungen der Sozialversicherung NZS 1998, 551
- Rolfs, Christian; Körner, Anne; Krasney, Martin; Mutschler, Bernd Beck-online.Grosskommentar zum SGB - Kasseler Kommentar, Stand 15.02.2023
- Rolfs, Christian; Uschding, Peter BeckOK Sozialrecht, 69. Edition, Stand: 01.06.2023
- Ruland, Franz; Becker, Ulrich; Axer, Peter Sozialrechtshandbuch – SRH, 7. Auflage, Baden-Baden 2022
- Schöppner, Stephanie Die Notwendigkeit der Konkretisierung der Strukturverantwortung der Rehabilitationsträger – ein Spannungsverhältnis zwischen individuellen Bedürfnissen und Strukturmerkmalen, Baden-Baden 2020
- Schulze, Reiner Bürgerliches Gesetzbuch - Handkommentar, 11. Auflage, Baden-Baden 2021
- Sodan, Helge Handbuch des Krankenversicherungsrechts, 3. Auflage, München 2018