

erforderlich ist. Ein Versuch, die Pflegebedürftigkeit umfassend zu verbessern, ist damit nicht verbunden. Aktivierende Pflege ist daher keine Heilbehandlung im Sinne des § 63 SGB I.²³⁰

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass nur bei einer Verweigerung der Mitwirkung bei der Rehabilitation, die durch andere Träger als die Pflegeversicherung durchgeführt wird, über §§ 63, 66 Abs. 2 SGB I eine Versagung oder Entziehung von Pflegeleistungen erfolgen kann.²³¹ Die Anwendung der §§ 63, 66 Abs. 2 SGB I bei einer Weigerung des Versicherten, den notwendigen Antrag auf Gewährung medizinischer Rehabilitationsleistungen zu stellen, ist unproblematisch. Schwierigkeiten bereitet dagegen die Anwendung dieser Vorschriften, weil die Rehabilitationsleistung nicht von der Pflegekasse selbst, sondern einem anderen Träger erbracht wird. Um eine Verletzung der Mitwirkungspflicht aus § 63 SGB I während des eingeleiteten Rehabilitationsverfahrens feststellen zu können, muss die Pflegekasse zunächst vom Rehabilitationsträger über das Fehlverhalten des Versicherten informiert werden. Ob dies so früh geschieht, um den Versicherten rechtzeitig, d.h. vor Abbruch oder Beendigung der Maßnahme auf seine Mitwirkungspflichten und die Folgen einer weiteren Verletzung hinzuweisen, ist zweifelhaft. Ist die Rehabilitationsmaßnahme bereits beendet, ehe die Pflegekasse Kenntnis vom Fehlverhalten erlangt, ist es für die Anwendung von § 66 Abs. 2 SGB I zu spät. Die Nachholung der Mitwirkung ist dann ausgeschlossen, so dass nach dem oben Ausgeführten²³² die Verweigerung der Leistungen nicht mehr in Betracht kommt.

2. Pflegebedürftigkeit auf Dauer bei Besserungschance

Gemäß § 14 Abs. 1 SGB XI liegt die einen Leistungsanspruch begründende Pflegebedürftigkeit nur vor, wenn der Versicherte für die maßgeblichen Verrichtungen auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, der Hilfe bedarf. Bei der Prüfung der Voraussetzungen für einen Anspruch auf Pflegeleistungen hat die Pflegekasse also auch eine Prognose über die voraussichtliche Dauer der Pflegebedürftigkeit zu treffen. Für diese Prognose reicht Wahrscheinlichkeit aus. Es muss also mehr für als gegen die Annahme der voraussichtlichen Dauer der Pflegebedürftigkeit sprechen.²³³ Bei dieser prognostischen Beurteilung sind ausweislich der Gesetzesbegründung gebotene Rehabilitations- und Behandlungsmöglichkeiten zu berücksichtigen.²³⁴ Dementsprechend sehen die Begutachtungsrichtlinien vor, dass die Zuer-

230 *Trenk-Hinterberger*, Eigenverantwortung, s. Fn. 225; S. 1169.

231 Dies übersehen *Schulin*, Die soziale Pflegeversicherung des SGB XI, NZS 1994, S. 433, 438; *Trenk-Hinterberger*, Eigenverantwortung, s. Fn. 225, S. 1169.

232 S.o. I. 3. d) cc).

233 *Wagner*, in: Hauck, SGB XI, § 14, Rn. 27.

234 BT-Dr. 12/5262.

kennung einer Pflegestufe nicht zu empfehlen ist, wenn deren Voraussetzungen nach Durchführung einer Rehabilitation voraussichtlich nicht mehr vorliegen.²³⁵

Offen bleibt aber, ob die Motivation bzw. der Wille des Versicherten zur Heilbehandlung oder Rehabilitation bei dieser Prognose berücksichtigt werden muss. Ist der Versicherte nicht bereit, an einer Rehabilitationsmaßnahme teilzunehmen, so wird er den entsprechenden Antrag auch bei Empfehlung durch die Pflegekasse gemäß § 31 Abs. 3 SGB XI nicht stellen. Rehabilitationsmaßnahmen können damit nicht erbracht und die Pflegebedürftigkeit nicht gebessert werden. Im Rahmen der Prognose wäre dann festzustellen, dass Pflegebedürftigkeit voraussichtlich für mindestens sechs Monate vorliegt, weil Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation nicht durchgeführt werden. Eine andere Beurteilung ist nur möglich, wenn die Weigerung des Versicherten unbeachtlich ist. Soweit ersichtlich, wurde dies aber bisher nicht thematisiert.

Ist die Weigerung beachtlich, wird also Pflegebedürftigkeit auf Dauer prognostiziert, muss die Pflegekasse die §§ 63, 66 Abs. 2 SGB I nutzen, um bei gegebener Besserungschance Leistungen zu versagen. Nach diesen Vorschriften muss eine Aufforderung zur Mitwirkung durch Antragstellung und Beteiligung am Rehabilitationsverfahren erfolgen und der Versicherte auf die Folgen einer Weigerung hingewiesen werden. Verweigert er die Mitwirkung auch weiterhin, kann die Pflegekasse nach § 66 Abs. 2 SGB I Pflegeleistungen ganz oder teilweise versagen.

3. Verwendung von Hilfsmitteln

Die krankheits- oder behinderungsbedingte Unfähigkeit des Berechtigten, einzelne Verrichtungen selbst vorzunehmen, kann durch die Verwendung von Hilfsmitteln ausgeglichen werden. So wäre zum Beispiel kein Hilfebedarf beim Ankleiden gegeben, wenn die durch eine orthopädische Erkrankung bedingte Unfähigkeit zum Anziehen von Strümpfen durch die Verwendung einer Strumpfpfange ausgeglichen werden kann. Ähnliches gilt im Bereich der Körperpflege bei der Verwendung eines Badewannenliftes oder eines Duschhockers.

a) Hilfsmittel und die Bestimmung der Pflegebedürftigkeit

Leistungen der Pflegeversicherung stehen ab einer Pflegebedürftigkeit von durchschnittlich mindestens 90 Minuten täglich zu. Die Stufe der Pflegebedürftigkeit hängt davon ab, ob und in welchem Umfang der Berechtigte bei den in § 14 Abs. 4 SGB XI aufgeführten Verrichtungen der Hilfe bedarf. Bereits zur Rechtslage vor Inkraft-

235 Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buches des Sozialgesetzbuches (Begutachtungs-Richtlinien – BRi) vom 21.03.1997, Punkt 6, abgedruckt in Hauck, SGB XI unter C 410, S. 52 f.