



**Einführung des Neuen
Pflegebedürftigkeitsbegriffs 2017**

Informationen

zum Zweiten Pflegestärkungsgesetz

(PSG II)

für Pflegebedürftige und deren Angehörige

Inhalt

I. Einleitung	4
II. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff	5
1. Wonach beurteilt sich, ob ein Mensch pflegebedürftig ist?	5
2. Wie errechnet sich der jeweilige Pflegegrad?	5
3. Wann liegt Pflegebedürftigkeit vor?.....	6
III. Das neue Begutachtungsverfahren	7
1. Unabhängige Gutachter (§ 18 Abs. 3a SGB XI)	7
2. Was verändert sich durch das neue Begutachtungsinstrument?.....	7
3. Wie funktioniert das neue Begutachtungsverfahren?	8
4. Was ändert sich bei der Begutachtung von pflegebedürftigen Kindern?.....	9
5. Informationen zur Vorbereitung auf die Begutachtung zur Prüfung von Pflegebedürftigkeit	9
6. Ist es empfehlenswert, ein Pfl egetagebuch zu führen?	10
7. Wie bereite ich mich auf den Besuch des Gutachters vor?	10
8. Wie verhalte ich mich während der Begutachtung?	10
9. Gutachterliche Empfehlungen zur Hilfs- und Pflegehilfsmittelversorgung sowie zu Vorsorgemaßnahmen und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.....	10
10. Vorrübergehende Einschränkungen bei Begutachtungen und Fristen	11
11. Weiterführende Informationen	12
IV. Überleitung von Pflegestufen zu Pflegegraden und Bestandsschutz	12
1. Überleitung in die neuen Pflegegrade (§ 140 SGB XI)	12
2. Besitzstandsschutz und Übergangsrecht zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen (§ 141 SGB XI)	14
3. Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren (§ 142 SGB XI)	15
V. Aufklärung und Auskunft / Beratung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen	15
VI. Leistungen der Pflegeversicherung	16
1. Überblick: Wie hoch sind künftig die Leistungen in den einzelnen Pflegegraden?.....	16
2. Pflegesachleistung für ambulante Pflege in den Pflegegraden 2 – 5 (§ 36 SGB XI) ...	16
3. Pflegegeld für selbst beschaffte Hilfen (§ 37 SGB XI)	17
4. Kombination von Geldleistung und Sachleistung (Kombileistung nach § 38 SGB XI).18	
5. Leistungen bei Pflegegrad 1 (§ 28a SGB XI)	18
6. Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI).....	18
7. Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI).....	19
8. Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI)	19

9.	Vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI)	20
10.	Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 43b SGB XI)	20
11.	Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson (§ 44 SGB XI)	21
12.	Angebote zur Entlastung im Alltag und Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags (§ 45a SGB XI)	22
13.	Entlastungsbetrag für Pflegebedürftige in häuslicher Pflege (§ 45b SGB XI)	24
14.	Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (§ 40 SGB XI)	25
15.	Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Personen (§ 45 SGB XI)	29
VII.	Wohnformen – Zuschläge, Förderung und Weiterentwicklung	29
1.	Ambulant betreute Wohngruppen (§38a SGB XI)	29
VIII.	Qualitätsprüfungen (§§ 114, 115 SGB XI)	31
IX.	Beitragssatzerhöhung	31

I. Einleitung

Im August 2015 wurde der Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften, auch 2. Pflegestärkungsgesetz – PSG II genannt, vorgelegt. Nachdem dieser das Gesetzgebungsverfahren durchlaufen hat, wurde das Gesetz im November 2015 durch den Bundestag beschlossen und ist am 01.01.2016 in Kraft getreten. Die wesentlichen Änderungen und die Einführung der neuen Pflegegrade finden zum 01.01.2017 statt.

Bereits mit dem 1. Pflegestärkungsgesetz hat das Bundesgesundheitsministerium deutliche Verbesserungen in der pflegerischen Versorgung für Pflegebedürftige und ihre Angehörige umgesetzt, indem ab 01. Januar 2015 die Leistungen für Pflegebedürftige sowie deren Angehörige ausgeweitet und flexibilisiert, sowie die Zahl der zusätzlichen Betreuungskräfte in stationären Pflegeeinrichtungen erhöht wurden.

Da sich insbesondere die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zeitlich herauszögerte, wurden die Leistungen der Pflegeversicherung für demenziell erkrankte Pflegebedürftige und Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz ohne Pflegestufe bereits mit den vorangegangenen Reformen ausgeweitet.

Mit der nun erfolgten Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (siehe Punkt II) und eines neuen Begutachtungsinstruments (siehe Punkt III) wird eine langjährige Forderung des Paritätischen umgesetzt. Dies führt zum Perspektivwechsel in der Pflegeversicherung. Damit einher geht die Änderung der Zuordnung nach Schwere der Pflegebedürftigkeit. Aus drei Pflegestufen werden fünf Pflegegrade. Ferner werden alle Pflegebedürftigen automatisch in einen Pflegegrad übergeleitet und erhalten einen Besitzstandsschutz (siehe Punkt IV). Im vollstationären Bereich zahlen künftig alle Bewohner einen einheitlichen Eigenanteil (siehe Punkt VI /9.).

Diese Information wird stetig weiterentwickelt. Zum Zeitpunkt der ersten Veröffentlichung stehen noch nicht die zukünftigen Regelungen für Pflegebedürftige und für weitere Leistungsempfänger fest, die über den Sozialhilfeträger Leistungen der Hilfe zur Pflege beziehen (müssen). Dies betrifft im besonderen Maße auch Menschen mit Behinderung, die pflegebedürftig sind. Die Regelungen werden mit dem Dritten Pflegestärkungsgesetz (PSG III) voraussichtlich noch zum Ende dieses Jahres auf den Weg gebracht.

Der Paritätische möchte es Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen mit diesem Informationskatalog ermöglichen, sich über die Änderungen umfassend zu informieren.

Ihr Paritätischer Wohlfahrtsverband

II. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff

Warum ist eine Pflegereform notwendig? Die Beurteilung der Pflegebedürftigkeit orientiert sich bis zum 31.12.2016 vor allem an den körperlichen Einschränkungen des Betroffenen sowie am Zeitaufwand, den eine Laienpflegekraft für die Hilfe bei Körperpflege, Ernährung und Mobilität aufbringen muss. Die Hilfen für Menschen mit Demenz oder psychischen Erkrankungen werden dabei nicht ausreichend berücksichtigt.

Dies ändert sich mit der neuen Pflegereform ab dem 01.01.2017. Darüber hinaus kann mit dem neuen System besser geplant werden, welche Art von Unterstützung ein pflegebedürftiger Mensch tatsächlich braucht.

Was ändert sich nun bei der Einstufung pflegebedürftiger Menschen? Bisher orientierte sich die Einstufung pflegebedürftiger Menschen vor allem an ihren körperlichen Defiziten. Künftig werden körperliche, geistige und psychische Beeinträchtigungen gleichermaßen in die Beurteilung von Pflegebedürftigkeit einbezogen.

Statt der bisherigen drei Pflegestufen wird es fünf Pflegegrade geben, was eine differenzierte Einschätzung des benötigten Pflegeaufwandes ermöglicht. Die Pflegebedürftigkeit orientiert sich künftig nicht mehr an benötigten Pflegeminuten, sondern an den noch vorhandenen Fähigkeiten des Menschen – Maßstab für die Beurteilung ist damit der Grad der Selbständigkeit. Außerdem werden bei der Begutachtung weitere Aspekte wie beispielsweise kommunikative Fähigkeiten oder die Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte mit einbezogen.

1. Wonach beurteilt sich, ob ein Mensch pflegebedürftig ist?

Maßgeblich für das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit sind die gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten in den nachfolgenden sechs Bereichen:

- (1) Mobilität
- (2) Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
- (3) Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
- (4) Selbstversorgung
- (5) Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
- (6) Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Aufgrund einer Gesamtbewertung aller Fähigkeiten und Beeinträchtigungen erfolgt die Zuordnung zu einem der fünf Pflegegrade.

2. Wie errechnet sich der jeweilige Pflegegrad?

Die Zuordnung zu einem Pflegegrad erfolgt anhand eines Punktesystems. Dazu werden in den oben genannten sechs Lebensbereichen (auch Module genannt) Mobilität (1), kognitive und kommunikative Fähigkeiten (2), Verhaltensweisen und psychische Problemlagen (3), Selbstversorgung (4), Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen oder Belastungen (5), Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (6), die jeweils mehrere Einzelkriterien

enthalten (zum Beispiel: Essen oder Trinken), für jedes erhobene Kriterium Punkte vergeben. Die Höhe der Punkte orientiert sich daran, wie sehr die Selbständigkeit eingeschränkt ist oder die Fähigkeiten noch vorhanden sind. Grundsätzlich gilt: Je höher die Punktzahl, desto schwerwiegender die Beeinträchtigung.

Die innerhalb eines Bereiches für die verschiedenen Kriterien vergebenen Punkte werden zusammengezählt und gewichtet. Denn entsprechend ihrer Bedeutung für den Alltag fließen die Ergebnisse aus den einzelnen Bereichen unterschiedlich stark in die Berechnung des Pflegegrades ein. Beispielsweise der Bereich „Selbstversorgung“ mit 40 Prozent oder der Bereich „Mobilität“ mit 10 Prozent. Die Gewichtung bewirkt, dass die Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten von Personen mit körperlichen Defiziten einerseits und kognitiven oder psychischen Defiziten andererseits sachgerecht und angemessen bei der Bildung des Gesamtpunktes berücksichtigt werden. Aus dem Gesamtpunktwert wird das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit bestimmt und der Pflegegrad abgeleitet.

Eine Besonderheit besteht darin, dass nicht beide Werte der Bereiche 2 (Kognitive und kommunikative Fähigkeiten) und 3 (Verhaltensweisen und psychische Problemlagen), sondern nur der höchste der beiden gewichteten Punktwerte in die Berechnung eingeht.

3. Wann liegt Pflegebedürftigkeit vor?

Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn der Gesamtpunktwert mindestens 12,5 Punkte beträgt. Der Grad der Pflegebedürftigkeit bestimmt sich wie folgt:

- Pflegegrad 1: 12,5 bis unter 27 Punkte
(geringe Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten)
- Pflegegrad 2: 27 bis unter 47,5 Punkte
(erhebliche Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten)
- Pflegegrad 3: 47,5 bis unter 70 Punkte
(schwere Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten)
- Pflegegrad 4: 70 bis unter 90 Punkte
(schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten)
- Pflegegrad 5: 90 bis 100 Punkte
(schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung)

Pflegebedürftige, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen personellen Unterstützungsbedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, werden unabhängig vom Erreichen des Schwellenwertes von 90 Punkten dem Pflegegrad 5 zugeordnet. Diese sogenannte besondere Bedarfskonstellation liegt nur beim vollständigen Verlust der Greif-, Steh- und Gehfunktionen vor.

III. Das neue Begutachtungsverfahren

Dem Antragsteller wird künftig das Gutachten automatisch durch die Pflegekasse übermittelt. Dem Gutachten wird eine zentrale Rolle mit Blick auf die Beratung und das Erstellen eines Versorgungsplans und dem Versorgungsmanagement zugemessen. Die Ergebnisse des Gutachtens sind transparent darzustellen und dem Antragsteller verständlich zu erläutern.

1. Unabhängige Gutachter (§ 18 Abs. 3a SGB XI)

Nach Antragstellung zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit muss spätestens nach 25 Arbeitstagen das Ergebnis vorliegen. Befindet sich der Versicherte im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung und ist die Sicherstellung der ambulanten oder stationären Versorgung erforderlich, oder wurde eine Pflegezeit der pflegenden Person angekündigt, oder wurde mit dem Arbeitgeber eine Familienpflegezeit vereinbart, ist die Begutachtung innerhalb einer Woche bzw. bei (Familien-)Pflegezeit innerhalb von zwei Wochen durchzuführen. Diese verkürzte Begutachtungsfrist von einer Woche gilt auch, wenn sich der Versicherte in einem Hospiz befindet oder ambulant palliativ versorgt wird.

Der Versicherte hat weiterhin das Recht auf die Wahl zwischen mindestens drei unabhängigen Gutachtern, falls unabhängige Gutachter beauftragt werden sollen oder falls innerhalb von 20 Tagen keine Begutachtung erfolgt ist. Letzteres gilt nicht, falls die Verzögerung nicht von der Pflegekasse zu verantworten ist.

Erteilt die Pflegekasse innerhalb der oben genannten Fristen keinen schriftlichen Bescheid über den Grad der Pflegebedürftigkeit oder wird die verkürzte Begutachtungsfrist nicht eingehalten, hat sie dem Versicherten aufgrund der Fristüberschreibung je angefangener Woche 70,- Euro zu zahlen.

2. Was verändert sich durch das neue Begutachtungsinstrument?

- Das neue Begutachtungsinstrument führt zu einer gerechteren Einstufung des Pflegebedürftigen.
- Insbesondere Menschen mit Demenz und anderen gerontopsychiatrischen Erkrankungen erhalten einen besseren Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung.
- Das neue Instrument ist einfach strukturiert und vermeidet das Nebeneinander von engem Pflegebedürftigkeitsbegriff und Einschränkungen in den Alltagskompetenzen.
- Das neue Instrument verzichtet auf die Pflegeminuten.
- Das separate Verfahren zur Ermittlung einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz (PEA Assessment) wird aufgehoben.

Das neue Begutachtungsinstrument ist ein zentraler Bestandteil des Begutachtungsverfahrens. Mit ihm wird der Grad der Selbstständigkeit in den sechs Lebensbereichen (Modulen) ermittelt.

Durch die Module Selbstversorgung und Mobilität werden die bisherigen Bereiche der Grundpflege und Mobilität abgebildet. Die Module „Kognitive und kommunikative Fähigkeiten“ und „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“ bilden u.a. den bisherigen Bereich der erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz (§ 45 a SGB XI)

ab. Das Modul „Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte“ wurde bisher nur eingeschränkt erfasst. Die Module „Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen und „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“ sind neue Bereiche, die bisher keine Berücksichtigung bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit fanden.

3. Wie funktioniert das neue Begutachtungsverfahren?

Maßstab bei der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit ist ab 1. Januar 2017 der Grad der Selbständigkeit des Versicherten. Bisher ist es so, dass die Gutachter des MDK (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung) vor allem feststellen, wie viele Minuten Hilfe der pflegebedürftige Mensch beim Waschen, Anziehen und bei der Nahrungsaufnahme benötigt. Dies ist nach dem bisherigen Verfahren für die Empfehlung einer Pflegestufe entscheidend. Das ändert sich mit dem neuen Verfahren grundlegend. Im Mittelpunkt steht künftig die Frage, wie selbständig der Versicherte bei der Bewältigung seines Alltags ist – was kann er und was kann er nicht mehr? Wobei benötigt er Unterstützung? Dazu stellt der Gutachter während der Begutachtung zuhause oder im Heim die Fähigkeiten des Pflegebedürftigen umfassend in sechs Lebensbereichen (Modulen) fest:

- (1) Mobilität: Wie selbständig kann der Mensch sich fortbewegen und seine Körperhaltung ändern?
- (2) Kognitive und kommunikative Fähigkeiten: Wie findet sich der Mensch in seinem Alltag örtlich und zeitlich zurecht? Kann er für sich selbst Entscheidungen treffen? Kann die Person Gespräche führen?
- (3) Verhaltensweisen und psychische Problemlagen: Wie häufig benötigt der Mensch Hilfe aufgrund von psychischen Problemen, wie etwa aggressives oder ängstliches Verhalten?
- (4) Selbstversorgung: Wie selbständig kann sich der Mensch im Alltag selbst versorgen bei der Körperpflege, beim Essen und beim Trinken?
- (5) Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen: Wie aufwändig ist die Unterstützung beim Umgang mit der Krankheit und bei Behandlungen, zum Beispiel bei Medikamentengabe oder Verbandswechsel?
- (6) Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte: Wie selbständig kann der Mensch noch den Tagesablauf planen oder Kontakte pflegen?

Der Gutachter bewertet in allen diesen Bereichen, wie selbständig der Pflegebedürftige die jeweiligen Aktivitäten umsetzen kann. Der Grad der Selbständigkeit wird dabei in vier Stufen unterschieden – je nachdem, ob jemand etwas ganz alleine kann, ob er es mit geringer Unterstützung, nur mit umfangreicher Hilfestellung oder gar nicht kann. Dabei wird nach den Kategorien „selbständig“, „überwiegend selbständig“, „überwiegend unselbständig“ und „unselbständig“ unterschieden.

Wie unter Punkt „II. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff“ erläutert, fließen alle Bewertungen des Gutachters in ein Punktesystem ein, mit dem der Pflegegrad errechnet wird. Künftig gibt es statt der bisher drei Pflegestufen fünf Pflegegrade. Für den Pflegegrad eins – das bedeutet eine geringe Beeinträchtigung der Selbständigkeit – ist ein Punktwert von mindestens 12,5 Punkten notwendig. Für Pflegegrad 5 – das bedeutet schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit mit besonderen Anforderungen an die Pflege – das ist z.B. bei Menschen mit einer fortgeschrittenen Demenz und körperlichen Einschränkungen der Fall – wird ein Punktwert zwischen 90 und

100 Punkten zugeordnet. Auf diese Weise gibt der Gutachter eine Empfehlung zum Pflegegrad ab. Zusätzlich trifft der Gutachter Aussagen zur Hilfeplanung sowie zum Bedarf und zu geeigneten Maßnahmen zur Rehabilitation und Prävention.

Mit dem neuen Begutachtungsinstrument werden darüber hinaus die Bereiche außerhalb häuslicher Aktivitäten und Haushaltsführung erfasst, die als „Module“ 7 und 8 aber nicht in die Bewertung einfließen.

Im neuen Begutachtungsverfahren wird es weiterhin einen Sonderfall geben: Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen (Besondere Bedarfslagen, wie die Gebrauchsunfähigkeit beider Arme und Beine), können dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte nicht für den Pflegegrad 5 reichen.

4. Was ändert sich bei der Begutachtung von pflegebedürftigen Kindern?

Die Begutachtung von Kindern orientiert sich ab 1. Januar 2017 ebenfalls an dem neuen Verfahren. Wie bei der Begutachtung von Erwachsenen stellen die Gutachter des MDK nicht mehr den Hilfebedarf in Minuten fest, sondern den Grad der Selbständigkeit in den Lebensbereichen des Begutachtungsinstruments. Die Gutachter dokumentieren bei der Begutachtung den tatsächlich vorhandenen Abhängigkeitsgrad von der Pflegeperson. Sie müssen nicht beurteilen, ob die Abhängigkeit noch altersgemäß ist. Für die Punktberechnung ist als Vergleichsmaßstab die Selbständigkeit von Kindern im vergleichbaren Alter ohne Beeinträchtigung im Begutachtungsverfahren EDV-technisch hinterlegt. In ihrem Gutachten geben die Gutachter ebenfalls Empfehlungen zur Hilfeplanung und zu Rehabilitationsmaßnahmen ab.

Eine Besonderheit bei der Begutachtung von Kindern ist, dass bei Kleinkindern bis zu 18 Monaten lediglich die Bereiche „Verhaltensweisen und psychische Belastungen“ sowie „Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen“ begutachtet werden. Darüber hinaus stellen die Gutachter fest, ob es beim Kind gravierende Probleme bei der Nahrungsaufnahme gibt, die einen außergewöhnlichen pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen. Vorteil des neuen Verfahrens im Vergleich zum bisherigen ist, dass für die Eltern häufige, oftmals belastende Begutachtungen in den ersten Lebensmonaten vermieden werden können. Denn bei gleicher Einschränkung werden die Kleinkinder bis zu 18 Monaten automatisch einen Pflegegrad höher eingestuft als ältere Kinder und Erwachsene. Ab dem 19. Lebensmonat erfolgt dann eine reguläre Begutachtung. Diese kann ggf. auch eine Rückstufung innerhalb der Pflegegrade bedeuten.

5. Informationen zur Vorbereitung auf die Begutachtung zur Prüfung von Pflegebedürftigkeit

Wurde ein Antrag auf Pflegeleistung bei der Pflegekasse gestellt, prüft der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK), ob die Voraussetzungen einer Pflegebedürftigkeit im Sinne des XI. Buches des Sozialgesetzbuches (SGB XI) vorliegen. Für die Begutachtung kommt der MDK-Gutachter – speziell geschulte Pflegefachkräfte oder Ärzte – entweder in die häusliche Umgebung oder in die Pflegeeinrichtung.

Der Begutachtungstermin wird vorher schriftlich mitgeteilt. Dabei wird auch die voraussichtliche Uhrzeit der Begutachtung mit einer Zeitspanne von zwei Stunden angegeben. Die Begutachtung erfolgt an Wochentagen in der Zeit von 8:00 bis 18:00

Uhr. Hausbesuche außerhalb dieser Zeiten sind in Absprache mit dem Versicherten möglich.

6. Ist es empfehlenswert, ein Pfl egetagebuch zu führen?

Die Führung eines Pfl egetagebuchs ist nicht mehr notwendig. Das Tagebuch diente in der Vergangenheit zur Aufzeichnung des Zeitaufwands in Minuten für die Pflege. Das jetzige Begutachtungsverfahren misst jedoch Pflegebedürftigkeit nicht mehr nach diesem Kriterium. Vielmehr ermittelt der Gutachter den Unterstützungsbedarf anhand eines Fragenkataloges, mit dem die gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten der pflegebedürftigen Menschen umfänglich erhoben werden.

7. Wie bereite ich mich auf den Besuch des Gutachters vor?

Es ist empfehlenswert, die Pflegeperson, die hauptsächlich die Pflege übernimmt, zu bitten, bei der Begutachtung dabei zu sein. Gibt es außerdem einen Betreuer oder einen Bevollmächtigten, so sollte auch dieser bei der Begutachtung anwesend sein. Gemeinsam mit den Angehörigen, der Pflegeperson, dem Betreuer oder Bevollmächtigten sollten Sie dem Gutachter Hinweise auf die Pflegesituation im Alltag geben können. Hilfreich sind dabei

- Beschreibungen der Schwierigkeiten in der alltäglichen Bewältigung der Beeinträchtigungen

und

- Erläuterungen zum hauptsächlichsten Hilfebedarf. Dabei ist auch wichtig, welche Dinge im Alltag Sie noch selbstständig erledigen können.

Es sollte vorab überlegt werden, welche Fragen an den Gutachter für Pflegebedürftige und Ihre Angehörigen bedeutsam sind. Wenn vorhanden, dann sollten aktuelle Berichte vom Haus- oder Facharzt oder Entlassungsberichte vom Krankenhaus bzw. Berichte nach einer Rehabilitationsmaßnahme bereit gelegt werden. Falls eine Übersicht über Medikamente vorliegt, dann sollte sie ebenfalls vorgelegt werden. Die Pflegedokumentation sollte ebenfalls bereit gelegt werden, falls bereits Hilfeleistungen eines ambulanten Pflegedienstes in Anspruch genommen werden.

8. Wie verhalte ich mich während der Begutachtung?

Es ist nicht nötig und auch nicht hilfreich, sich während der Begutachtung anzustrengen, um sich besonders fit zu präsentieren. Ebenso sollte der Hilfebedarf auch nicht übertrieben dargestellt werden.

9. Gutachterliche Empfehlungen zur Hilfs- und Pflegehilfsmittelversorgung sowie zu Vorsorgemaßnahmen und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Pflegebedürftigkeit ist in der Regel kein unveränderbarer Zustand. Sie kann vielmehr durch vorbeugende (präventive) und die Gesundheit wiederherstellende (rehabilitative) Maßnahmen sowie durch konkret auf den Bedarf des Pflegebedürftigen zugeschnittene Hilfs- und Pflegehilfsmittel positiv beeinflusst werden.

Für Hilfs- und Pflegehilfsmittel, die für die Selbständigkeit von Pflegebedürftigen besonders wichtig sind oder die die Pflege erleichtern, müssen Pflegebedürftige zukünftig keinen gesonderten Antrag stellen. Es reicht, wenn ein Gutachter diese Hilfsmittel

empfiehlt und die pflegebedürftige Person mit der Empfehlung einverstanden ist. Eine ärztliche Verordnung ist in diesen Fällen nicht erforderlich. Die Empfehlungen werden im Gutachten festgehalten und automatisch an die Pflegekasse weitergeleitet. Die Pflegekasse organisiert sodann die Versorgung mit dem empfohlenen Hilfs- oder Pflegehilfsmittel.

Mit dem neuen Begutachtungsverfahren werden die Einschränkungen des Pflegebedürftigen, aber auch die Möglichkeiten, dessen Selbständigkeit zu erhalten oder wiederzugewinnen, besser erfasst. Es wird klarer als bisher erkennbar, wo und wie Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen ansetzen müssen.

Vorsorgemaßnahmen sind in jedem Alter und auch bei bereits bestehender Pflegebedürftigkeit sinnvoll und zweckmäßig. Sie tragen dazu bei, möglichst frühzeitig Risikofaktoren für körperliche und psychische Erkrankungen zu beeinflussen und Krankheiten zu vermeiden. Die Gutachterin bzw. der Gutachter erfasst im Rahmen der Begutachtung die vorliegenden Risiken und empfiehlt – soweit erforderlich – konkrete Vorsorgemaßnahmen. Zudem wird mitgeteilt, ob oder über welche geeigneten Präventionsmaßnahmen die versicherte Person durch ihre Krankenkasse beraten werden soll. In Betracht kommen beispielsweise Kursangebote zur Gewichtsreduktion oder auch Kurse zur Verbesserung der Beweglichkeit.

Mit einer Rehabilitationsmaßnahme können der Verlauf einer Krankheit gut beeinflusst und weitere Komplikationen vermieden werden. Eine solche Maßnahme kann Pflegebedürftigen helfen, ihre Fähigkeiten zu erhalten, sie wiederherzustellen und zu verbessern. Der Gutachter prüft bei der Begutachtung, ob die pflegebedürftige Person zu einer Rehabilitationsmaßnahme in der Lage ist und die für den Alltag relevanten Ziele auch erreichen kann. Die Empfehlung für eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation führt unmittelbar zu einem Rehabilitationsantrag, sofern die versicherte Person zustimmt.

10. Vorrübergehende Einschränkungen bei Begutachtungen und Fristen

Bei pflegebedürftigen Versicherten werden vom 1. Juli 2016 bis zum 31. Dezember 2016 keine Wiederholungsbegutachtungen durchgeführt. Abweichend können Wiederholungsbegutachtungen durchgeführt werden, wenn eine Verringerung des Hilfebedarfs, insbesondere aufgrund von durchgeführten Operationen oder Rehabilitationsmaßnahmen zu erwarten ist. Die 5-Wochenfrist der Begutachtung bleibt insoweit erhalten, als dass die Entscheidung innerhalb von 25 Arbeitstagen mitzuteilen ist. In der Zeit vom 1. November 2016 bis zum 31. Dezember 2016 ist die Frist von 25 Tagen unbeachtlich, ausgenommen sind Antragsteller, bei denen ein besonders dringlicher Entscheidungsbedarf vorliegt. Dieser ist vom Spitzenverband der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen (GKV) mit Schreiben August 2016 definiert worden: Ausgenommen sind Fälle, in denen die verkürzten Begutachtungen von 1 bzw. 2 Wochen gem. § 18 Abs. 3 SGB XI (z.B. Im Krankenhaus etc., siehe Punkt III/1.) greifen sowie grundsätzlich alle Erstanträge.

Für den Zeitraum 01.01.2017 bis 31.12.2017 wird die Frist von 25 Tagen gänzlich ausgesetzt (§ 142 SGB XI) – Ausnahme bilden ebenfalls Antragsteller, bei denen ein besonders dringlicher Entscheidungsbedarf vorliegt – wie oben genannt.

11. Weiterführende Informationen

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) bietet ein umfassendes Informationsangebot zu dem neuen Begutachtungsverfahren und den neuen Leistungen an. So z.B. einen digitalen Ratgeber für Pflegeleistungen im Internet, dem „Pflegeleistungs-Helfer“:

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/pflegeleistungs-helfer.html>

Beim Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) erhalten Sie u.a. eine umfassende Fachinformation zum neuen Begutachtungsinstrument: „Die Selbstständigkeit als Maß der Pflegebedürftigkeit“. Die Broschüre erläutert ausführlich und anhand von Fallbeispielen das neue Begutachtungsinstrument mit dem ab 1. Januar 2017 der Grad der Pflegebedürftigkeit festgestellt wird:

<https://www.mds-ev.de/themen/pflegebeduerftigkeit-ab-2017/neuer-pflegebeduerftigkeitsbegriff.html>

IV. Überleitung von Pflegestufen zu Pflegegraden und Bestandsschutz

Für Pflegebedürftige, die von einer Pflegestufe in einen Pflegegrad übergeleitet werden gilt: Niemand, der vorher schon Leistungen der Pflegeversicherung erhalten hat, wird schlechter gestellt werden. Das heißt konkret: Alle, die bereits Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, bekommen diese weiterhin mindestens im gleichen Umfang. Bei den meisten Betroffenen führt die Überleitung in die neuen Pflegegrade zu höheren Leistungen als heute. Auch für Pflegebedürftige in vollstationärer Pflege wird sich der von ihnen zu tragende Eigenanteil nicht erhöhen.

1. Überleitung in die neuen Pflegegrade (§ 140 SGB XI)

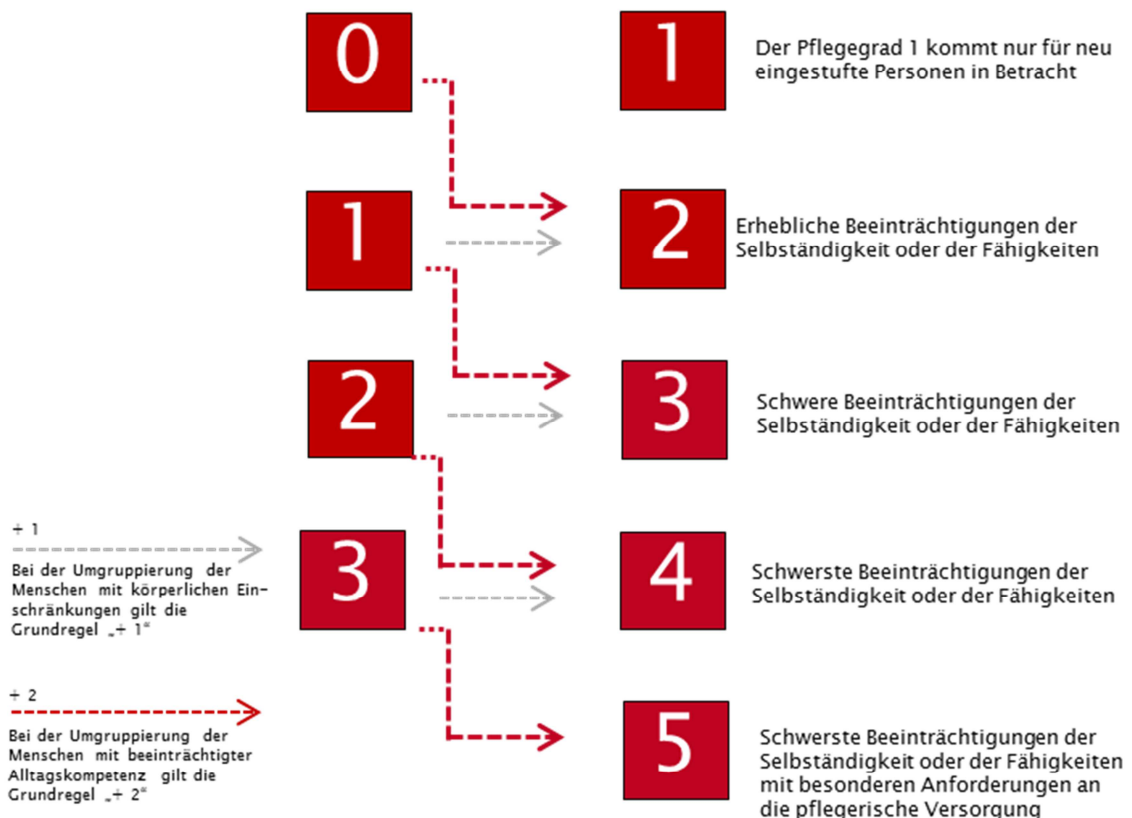
Personen, die bereits Leistungen der Pflegeversicherung beziehen, müssen keinen neuen Antrag auf Pflegeleistungen oder auf Neubegutachtung stellen. Die zuständige Pflegekasse stellt die neuen Pflegeleistungen automatisch ab dem 01.01.2017 zur Verfügung und informiert die Pflegebedürftigen darüber. Durch diese automatische Überleitung wird ein zusätzlicher und unnötiger Aufwand für die Betroffenen vermieden. Für Menschen mit körperlichen Einschränkungen gilt dabei die Grundregel „+1“. Sie gelangen beispielsweise von der Pflegestufe 1 in den Pflegegrad 2. Für Pflegebedürftige mit dauerhaft erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz gilt sogar „+2“:

ALT

Pflegestufen orientieren sich am Zeitaufwand

NEU

Pflegestufen orientieren sich am Grad der Selbständigkeit



(Quelle: Das Pflegestärkengesetz II – Das Wichtigste im Überblick, BMG Januar 2016)

Noch einmal in Schriftform:

Bei Pflegebedürftigen ohne eingeschränkte Alltagskompetenz erfolgt ein einfacher Stufensprung:

- von Pflegestufe 1 in den Pflegegrad 2,
- von Pflegestufe 2 in den Pflegegrad 3,
- von Pflegestufe 3 in den Pflegegrad 4 oder
- von Pflegestufe 3 in den Pflegegrad 5

Bei Pflegebedürftigen mit eingeschränkter Alltagskompetenz erfolgt ein doppelter Stufensprung

- a. von Pflegestufe 0 (keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI bisher) in den Pflegegrad 2,
- b. von Pflegestufe 1 in den Pflegegrad 3,
- c. von Pflegestufe 2 in den Pflegegrad 4 oder
- d. von Pflegestufe 3 in den Pflegegrad 5,

Bei Härtefällen mit oder ohne eingeschränkte Alltagskompetenz erfolgt eine Überleitung in den Pflegegrad 5.

Die Zuordnung zu dem Pflegegrad, in den der Versicherte übergeleitet worden ist, bleibt auch bei einer Begutachtung nach dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht erhalten, es sei denn, die Begutachtung führt zu einer Anhebung des Pflegegrades oder zu der Feststellung, dass keine Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung mehr vorliegt.

2. Besitzstandsschutz und Übergangsrecht zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen (§ 141 SGB XI)

Versicherte sowie Pflegepersonen, die am 31. Dezember 2016 Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung haben, erhalten im **ambulanten Bereich** Besitzstandsschutz auf die ihnen unmittelbar vor dem 1. Januar 2017 zustehenden, regelmäßig wiederkehrenden Leistungen nach § 36 (Pflegesachleistung), § 37 (Pflegegeld), § 38 (Kombinationsleistung), § 38a (Wohngruppenzuschlag), § 40 Absatz 2 (Pflegehilfsmittel), § 41 (Tages- und Nachtpflege), § 44a (Zuschüsse bei Pflegezeit und Arbeitsverhinderung), § 45b (Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen), § 123 (Zuschlag bei eingeschränkter Alltagskompetenz) und § 124 (Häusliche Betreuungsleistung) in der jeweils am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung, wobei kurzfristige Unterbrechungen im Leistungsbezug den Besitzstandsschutz jeweils unberührt lassen.

Für den erhöhten Betrag von 208 € (§ 45b Absatz 1 Satz 2 SGB XI) werden eigene Besitzstandsregelungen eingeführt, da dies der einzige Leistungsbetrag ist, der nach dem PSG II nicht mehr gewährt wird. Danach erhalten Versicherte, deren Höchstleistungsansprüche an Leistungen nach §§ 36, 37 oder 41 am 01.01.2017 im Vergleich zum Höchstleistungsanspruch vom 31.12.2016 geringer als 83 € ist (208 € § 45b "alt" – 125 € § 45b "neu"), einen Zuschlag in Höhe von bis zu 83 €. Der Zuschlag sinkt entsprechend, wenn der Entlastungsbetrag nach § 45b zu einem späteren Zeitpunkt angehoben wird.

Beispiel – Pflegebedürftiger mit eingeschränkter Alltagskompetenz:

	Sachleistungen nach § 36 SGB XI	Geldleistungen nach § 37 SGB XI
Pflegestufe 1 bis 31.12.2016	689 €	316 €
Pflegegrad 3 ab 01.01.2017	1.298 €	545 €
Differenz:	+ 609 €	+ 229 €

Da in beiden Beispielen die Differenz / der neue Leistungsanspruch größer als 83 € ist, wird kein Zuschlag gezahlt.

Lebt der Pflegebedürftige in einer **Einrichtung der vollstationären Pflege** und bezieht Leistungen nach § 43 SGB XI, dann bezieht sich sein Besitzstandsschutz auf den bis zum 31.12.2016 bezahlten Eigenanteil bei den pflegebedingten Aufwendungen. Ist bei Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 in der vollstationären Pflege der einrichtungseinheitliche Eigenanteil ab dem 01.01.2017 höher als der ursprüngliche individuelle Eigenanteil, so ist zum Leistungsbetrag nach § 43 SGB XI ein Zuschlag in Höhe der Differenz von der Pflegekasse an die Pflegeeinrichtung zu zahlen.

Für Pflegepersonen, die am 31.12.2016 rentenversicherungspflichtig waren und Anspruch auf die Zahlung von Beiträgen zur gesetzlichen Rentenversicherung (§ 44 SGB XI in der bis zum 31.12.2016 geltenden Fassung) hatten, besteht die Versicherungspflicht für die Dauer dieser Pflege Tätigkeit fort.

3. Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren (§ 142 SGB XI)

Bei Versicherten, die von einer Pflegestufe in einen Pflegegrad übergeleitet wurden, werden bis zum 01.01.2019 keine Wiederholungsbegutachtungen durchgeführt. Von den Versicherten können aber weiterhin Änderungsanträge bei einer Veränderung der Situation, etwa bei Anstieg der Pflegebedürftigkeit, gestellt werden. Nähere Informationen dazu sind in Punkt III/10. erläutert.

V. Aufklärung und Auskunft / Beratung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen

Das Beratungsangebot wird ausgeweitet (gem. §§ 7, 7a, 7b und 7c SGB XI). Mit Antragseingang auf Pflegeversicherungsleistungen informiert die Pflegekasse unverzüglich über den Anspruch auf unentgeltliche – auf Wunsch auch Zuhause stattfindende – Pflegeberatung (§ 7a), den nächstgelegenen Pflegestützpunkt (§ 7c) sowie über die Leistungs- und Preisvergleichsliste (§ 7 Abs. 3). Ebenso gibt die zuständige Pflegekasse Auskunft über besondere Versorgungsangebote (integrierte Versorgung) und veröffentlicht diese Angaben auf einer eigenen Internetpräsenz. Die Ausgestaltung des Versorgungsplans wird auf neue Grundlagen gestellt, für die, genau wie für die Ausgestaltung der Beratung insgesamt, Richtlinien erstellt werden sollen, um die Beratung u.a. transparenter zu gestalten (gem. § 17 Abs. 1a). Beratungsgutscheine werden künftig bei allen wesentlichen Antragsarten ausgereicht. Die Pflegeberatungen sollen konkret auch über Leistungen zur Entlastung der Pflegeperson informieren.

Pflegebedürftige haben zu Hause einen Anspruch auf halbjährliche oder auch häufigere Beratungsbesuche die ambulante Pflegedienste durchführen können. Die Regelungen bei Bezug von Sachleistungen (§ 36 SGB XI) oder Pflegegeld (§ 37 SGB XI) sind in Punkt VI/2.; 3. u. 5. erläutert.

VI. Leistungen der Pflegeversicherung

1. Überblick: Wie hoch sind künftig die Leistungen in den einzelnen Pflegegraden?

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Geldleistung ambulant		316 €	545 €	728 €	901 €
Sachleistung ambulant		689 €	1298 €	1612 €	1995 €
Entlastungsbetrag ambulant (zweckgebunden)	125 €	125 €	125 €	125 €	125 €
Leistungsbetrag vollstationär	125 €	770 €	1262 €	1775 €	2005 €

2. Pflegesachleistung für ambulante Pflege in den Pflegegraden 2 – 5 (§ 36 SGB XI)

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben bei häuslicher Pflege Anspruch auf körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie auf Hilfen bei der Haushaltsführung als Sachleistung (häusliche Pflegehilfe). Bestandteil der häuslichen Pflegehilfe ist auch die Anleitung von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen.

Künftig werden die Leistungen der häuslichen Betreuung (§ 124 SGB XI in der bis 31.12.2016 geltenden Fassung) in die Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI integriert. Somit besteht keine Trennung mehr zwischen der Grundpflege und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen. D.h., die Leistungen können „zusammenhängend“ erbracht werden und je nach Bedarf sind pflegerische Betreuungsmaßnahmen ggf. auch eine Aufgabe der Pflegefachkraft – also einer 3-jährig ausgebildeten Pflegekraft.

Die pflegerischen Betreuungsmaßnahmen umfassen dabei zunächst einmal die Leistungen, die bisher auch beschrieben wurden, nämlich Unterstützung von Aktivitäten im häuslichen Umfeld, die dem Zweck der Kommunikation und der Aufrechterhaltung der sozialen Kontakte dienen und Unterstützung bei der Gestaltung des Alltags. Entsprechend des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs werden die Leistungen in diesem Bereich über einen längeren Zeitraum noch weiterentwickelt. Die bisherige Voraussetzung, dass Betreuungsleistungen nur in Anspruch genommen werden können, sofern Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung – oder in neuen Begrifflichkeiten: körperbezogene Pflegemaßnahmen und Hilfen zur Haushaltsführung – sichergestellt sind, entfällt.

Es wird eine neue Ziel- und Zweckrichtung der häuslichen Pflegehilfe bestimmt. Häusliche Pflegehilfe wird erbracht, um Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen so weit wie möglich durch pflegerische Maßnahmen zu beseitigen oder zu mindern und eine Verschlimmerung der Pflegebedürft-

tigkeit zu verhindern. Bestandteil der häuslichen Pflegehilfe ist auch die pflegefachliche Anleitung von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen (§ 36 Abs.2 SGB XI).

Anspruch auf Beratung

Des Weiteren besteht gemäß § 37 Abs. 3 Satz 5 SGB XI halbjährlich ein Anspruch auf einen Beratungsbesuch.

Leistungen der häuslichen Pflege sind auch zulässig, wenn Pflegebedürftige nicht in ihrem eigenen Haushalt gepflegt werden; sie sind nicht zulässig, wenn Pflegebedürftige in einer stationären Pflegeeinrichtung oder in einer Einrichtung im Sinne des § 71 Abs. 4 (also medizinische Reha etc.) gepflegt werden. Häusliche Pflegehilfe wird durch geeignete Pflegekräfte erbracht, die entweder von der Pflegekasse oder bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, mit denen die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, angestellt sind. Mehrere Pflegebedürftige können häusliche Pflegehilfe gemeinsam in Anspruch nehmen (so genanntes „poolen“).

Sachleistungsbeträge für Pflegebedürftige ab 01. Januar 2017 je Kalendermonat:

- Pflegegrad 2 bis zu 689 €
- Pflegegrad 3 bis zu 1298 €
- Pflegegrad 4 bis zu 1612 €
- Pflegegrad 5 bis zu 1995 €

3. Pflegegeld für selbst beschaffte Hilfen (§ 37 SGB XI)

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 können anstelle der häuslichen Pflegehilfe Pflegegeld beantragen. Der Anspruch setzt voraus, dass der Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld seinen Bedarf entsprechend die erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung in geeigneter Weise selbst sicherstellt.

Pflegegeld für Pflegebedürftige ab 01. Januar 2017 je Kalendermonat:

- Pflegegrad 2 316 €
- Pflegegrad 3 545 €
- Pflegegrad 4 728 €
- Pflegegrad 5 901 €

Anteiliges Pflegegeld

Besteht der Anspruch auf Pflegegeld nicht für den vollen Kalendermonat, wird der Geldbetrag entsprechend gekürzt (der Kalendermonat ist dabei mit 30 Tagen anzusetzen). Bereits ab dem 01.01.2016 wird die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes während einer Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) für bis zu acht Wochen und einer Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI) für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr fortgewährt. Das Pflegegeld wird bis zum Ende des Kalendermonats geleistet, in dem der Pflegebedürftige gestorben ist. Das hälftige Pflegegeld kann bei Verhinderungspflege für bis zu sechs Wochen fortgewährt werden, bei Kurzzeitpflege für bis zu acht Wochen.

Anspruch auf Beratung

Sofern die Pflege nicht durch einen Pflegedienst sichergestellt wird, haben Pflegebedürftige in den Pflegegraden 2 und 3 die Verpflichtung zur Inanspruchnahme eines

halbjährlichen Beratungseinsatzes und Pflegebedürftige in den Pflegegraden 4 und 5 auf einen vierteljährigen Beratungseinsatz. Pflegebedürftige im Pflegegrad 1 können die Beratung einmal halbjährlich in Anspruch nehmen. Wie unter 2. erläutert, können auch Pflegesachleistungsbezieher ebenfalls halbjährlich einmal einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen.

4. Kombination von Geldleistung und Sachleistung (Kombileistung nach § 38 SGB XI)

Nimmt der Pflegebedürftige die ihm zustehende Sachleistung nur teilweise in Anspruch, erhält er daneben ein anteiliges Pflegegeld im Sinne des § 37. Das Pflegegeld wird anteilig (also um den Vomhundertsatz) vermindert, in dem der Pflegebedürftige Sachleistungen in Anspruch genommen hat. An die Entscheidung, in welchem Verhältnis er Geld- und Sachleistung in Anspruch nehmen will, ist der Pflegebedürftige für die Dauer von sechs Monaten gebunden. Entsprechendes gilt für die hälftige Fortgewährung des anteiligen Pflegegelds bei Inanspruchnahme der Kombinationspflege.

5. Leistungen bei Pflegegrad 1 (§ 28a SGB XI)

Bei den Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 handelt es sich um einen vollkommen neuen Personenkreis, der bisher nicht von Leistungen der Pflegeversicherung erfasst wurde. Diese Pflegebedürftigen haben überwiegend einen Bedarf an niedrighschwelligeren Leistungen.

Pflegegrad 1 umfasst die Leistungen der Pflegeberatung (§ 7a SGB XI), die Beratung in der Häuslichkeit (§ 37 Abs. 3 SGB XI), die zusätzlichen Leistungen in ambulant betreuten Wohngruppen (§ 38a SGB XI), die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln (§ 40 Abs. 1 bis 3 und 5 SGB XI), finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfeldes (§ 40 Abs. 4 SGB XI), die zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 43b SGB XI) und Zugang zu Pflegekursen für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen (§ 45 SGB XI). Zudem können Personen im Pflegegrad 1 den Entlastungsbetrag in Höhe von 125 € monatlich erhalten, um Leistungen der Tages- und Nachtpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen der ambulanten Pflegedienste sowie Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag in Anspruch zu nehmen (§ 45b Absatz 1 Satz 1 €).

Wenn Pflegebedürftige im Pflegegrad 1 vollstationäre Pflegeleistungen wählen, gewährt ihnen die Pflegeversicherung einen Zuschuss in Höhe von 125 €.

6. Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI)

Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse die nachgewiesenen Kosten einer notwendigen Ersatzpflege. Voraussetzung für den Anspruch ist, dass der Pflegebedürftige mindestens Pflegegrad 2 hat und die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat. Diese Regelung gilt auch, wenn die sechsmonatige Vorpflegezeit nicht im Pflegegrad 2 erbracht worden ist, sondern der zu Pflegenden innerhalb der 6 Monate den Pflegegrad 1 hatte. Hier ist der Zeitpunkt der Beantragung von Verhinderungspflege entscheidend. Wenn dieser Zeitraum nicht erreicht wird, ist es im Einzelfall möglich das Vorliegen der Pflegebedürftigkeit vor Zuerkennung des

Pflegegrades anrechnen zu lassen, um Verhinderungspflege in Anspruch zu nehmen.

Der Anspruch besteht für maximal sechs Wochen je Kalenderjahr in Höhe von maximal 1.612 €. Durch das PSG II wurde in den Regelungen neu aufgenommen, das im Falle einer Verhinderungspflege der Leistungsbetrag hierfür um bis zu 806 € aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) auf insgesamt bis zu 2.418 € im Kalenderjahr erhöht werden kann. Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) angerechnet. Es besteht auch die Möglichkeit der stundenweisen Verhinderungspflege.

7. Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI)

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben Anspruch auf teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist. Die teilstationäre Pflege umfasst auch die notwendige Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung der Tagespflege oder der Nachtpflege und zurück.

Anspruch auf teilstationäre Pflege ab 1. Januar 2017 je Kalendermonat:

- Pflegegrad 2 bis zu 689 €
- Pflegegrad 3 bis zu 1.298 €
- Pflegegrad 4 bis zu 1.612 €
- Pflegegrad 5 bis zu 1.995 €

Pflegebedürftige können die Ansprüche auf teilstationäre Tages- und Nachtpflege zusätzlich zu ambulanten Pflegesachleistungen, Pflegegeld oder der Kombinationsleistung (§ 38 SGB XI) in Anspruch nehmen, ohne dass eine Anrechnung auf diese Ansprüche erfolgt. So stehen bspw. im Pflegegrad 2 einmal 689 € für die ambulanten Pflege als Sachleistung und zusätzlich 689 € für die Tagespflege zur Verfügung.

8. Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI)

Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 Anspruch auf Pflege in einer vollstationären Einrichtung. Dies gilt:

- a. für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen oder
- b. in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist.

Bereits ab dem 01.01.2016 darf Kurzzeitpflege nunmehr für acht Wochen im Kalenderjahr in Anspruch genommen werden. Die Pflegekasse übernimmt in diesem Zeitraum die pflegebedingten Aufwendungen, einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und die für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege notwendigen Aufwendungen. Der maximale Betrag liegt hierfür bei 1.612 € pro Jahr.

Auch hier kann der Betrag entsprechend der Regelungen zur Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI) erhöht werden: Demnach kann der Leistungsbetrag um den vollen Betrag für Verhinderungspflege, d.h. um bis zu 1.612 € aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Verhinderungspflege auf insgesamt bis zu 3.224 € im Kalenderjahr erhöht werden. Der Anspruch auf Kurzzeitpflege erhöht sich dabei um vier Wochen und ist auf längstens acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Auch hier gilt: Der für die Kurzzeitpflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI) angerechnet.

Künftig besteht die Möglichkeit, den Anspruch auf Kurzzeitpflege in begründeten Einzelfällen bei zu Hause gepflegten Pflegebedürftigen auch in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen nehmen zu können. Dies gilt insbesondere für die Fälle, in denen die Pflege in einer von den Pflegekassen zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich ist oder nicht zumutbar erscheint. Bislang wurde diese Möglichkeit nur Pflegebedürftigen unter 25 Jahren eingeräumt.

9. Vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI)

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben Anspruch auf Pflege in vollstationären Einrichtungen, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt. Für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen übernimmt die Pflegekasse im Rahmen pauschaler Leistungsbeträge die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege.

Anspruch auf vollstationäre Pflege ab 1. Januar 2017 je Kalendermonat

- Pflegegrade 2 770 €
- Pflegegrade 3 1.262 €
- Pflegegrade 4 1.775 €
- Pflegegrade 5 2.005 €

Wählen Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 eine vollstationäre Versorgung, erhalten sie aus der Pflegekasse einen Zuschuss von 125 Euro.

Gleiche Eigenanteile – unabhängig vom Pflegegrad

I.d.R. ist der pauschale Leistungsbetrag der Pflegeversicherung nicht ausreichend, um die Kosten damit zu finanzieren, so dass Eigenanteile zu leisten sind. Im vollstationären Bereich zahlen ab dem 01.01.2017 alle Bewohner unabhängig vom Pflegegrad einen einheitlichen Eigenanteil (so genannter Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil).

10. Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 43b SGB XI)

Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen haben einen Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung (§ 84 Absatz 8 und § 85 Absatz 8 SGB XI), die über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinausgeht. D.h., vollstationäre Einrichtungen müssen dieses Angebot ab dem 01.01.2017 vorhalten. Über den Umfang der zusätzlich von den Pflegekassen zu zahlenden Betreuung informiert die vollstationäre Einrichtung entsprechend.

11. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson (§ 44 SGB XI)

Anspruchsvoraussetzung für Leistungen der sozialen Sicherung der Pflegeperson ab dem 01.01.2017 ist eine Mindestpflegezeit von zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche. Dies gilt für alle Pflegepersonen, die eine oder mehrere pflegebedürftige Personen der Pflegegrade 2, 3, 4 oder 5 pflegen. Pflegepersonen von pflegebedürftigen Menschen mit Pflegegrad 1 erhalten keinen Zugang zu einem Versicherungsschutz.

Rentenversicherungsschutz

Beiträge zur Rentenversicherung werden gezahlt, wenn ein Pflegegrad 2-5 vorliegt und die Pflegeperson regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig ist. Der MDK soll im Rahmen der Begutachtung feststellen, ob die Pflegeperson eine oder mehrere pflegebedürftige Personen (Mehrfachpflege) wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche pflegt. Dabei werden die Angaben der beteiligten Pflegepersonen zugrunde gelegt.

Überleitung bei Pflegepersonen in der Rentenversicherung

Für Personen, die am 31. Dezember 2016 wegen nicht erwerbsmäßiger Pflege rentenversicherungspflichtig waren und Anspruch auf die Zahlung von Beiträgen zur gesetzlichen RV hatten, besteht die Versicherungspflicht für die Dauer dieser Pfllegetätigkeit fort. Die beitragspflichtigen Einnahmen bestimmen sich nach Maßgabe des § 166 Absatz 2 SGB VI in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung. Sofern nach neuem Recht eine günstigere Regelung gilt, so ist diese anzuwenden.

Pflegen Personen am 31. Dezember 2016 regelmäßig mindestens 10 Stunden in der Woche verteilt auf mindestens zwei Tagen nicht erwerbsmäßig einen Versicherten ohne Pflegestufe, jedoch mit eingeschränkter Alltagskompetenz (bis zum 31.12.2016 sogenannte Pflegestufe 0), sind sie ab dem 1. Januar 2017 nach neuem Recht für diese Pfllegetätigkeit in der gesetzlichen Rentenversicherung versicherungspflichtig, sofern die übrigen Voraussetzungen erfüllt sind.

Arbeitslosenversicherung

Mit dem PSG II wird der Arbeitslosenschutz für Pflegende eingeführt. Pflegepersonen sind ab dem 01.01.2017 nach den Vorschriften des SGB III in der Arbeitslosenversicherung versichert. Voraussetzung hierfür ist, dass unmittelbar vor der Pfllegetätigkeit eine Versicherungspflicht in der Arbeitslosenversicherung bestanden haben muss oder eine Leistung nach dem SGB III (z.B. Arbeitslosengeld) bezogen wurde (§ 26 SGB III). Diese Regelung greift nur, sofern nicht ohnehin schon eine Absicherung in der Arbeitslosenversicherung - z.B. aufgrund einer Teilzeitbeschäftigung etc. - besteht.

Die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung werden aus 50 % der monatlichen Bezugsgröße berechnet. Dies entspricht im Jahre 2016 1.452,50 € mtl. und damit einem monatlichen Beitrag von ca. 43,58 €. Im Jahre 2017 dürfte dieser Beitrag durch die bis dahin noch anstehenden Anpassungen tatsächlich noch etwas höher ausfallen. Für Pflegepersonen besteht damit die Möglichkeit, nach dem Ende der Pfllegetätigkeit Arbeitslosengeld zu beantragen und Leistungen der Arbeitsförderung zu beanspruchen.

12. Angebote zur Entlastung im Alltag und Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags (§ 45a SGB XI)

Die niedrigschwelligen Angebote umfassen drei Typen:

- **Betreuungsangebote:** Angebote ehrenamtlicher Helferinnen und Helfer, die Pflegebedürftige mit allgemeinem oder besonderem Betreuungsbedarf in Gruppen oder im häuslichen Bereich betreuen;
- **Angebote zur Entlastung von Pflegenden und vergleichbar Nahestehenden:** Angebote, die primär der Entlastung der pflegenden Angehörigen dienen;
- **Angebote zur Entlastung im Alltag:** Angebote, die die Pflegebedürftigen bei der Bewältigung von Anforderungen des Alltags oder im Haushalt oder bei der eigenverantwortlichen Organisation individuell benötigter Hilfeleistungen unterstützen sollen.

Es gibt folgende Aufgabenbereiche, welche mit den Angeboten zur Alltagsunterstützung verbunden sind (§ 45a Abs. 2 SGB XI): die Übernahme von Betreuung und allgemeiner Anleitung, eine die Ressourcen und Fähigkeiten stärkende Alltagsbegleitung, Unterstützungsleistungen für Angehörige und vergleichbar Nahestehende sowie die Erbringung von Dienstleistungen.

Versicherte können von ihrer Pflegekasse eine Vergleichsliste anfordern, die eine Übersicht zugelassener Pflegeeinrichtungen sowie anerkannte niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote enthält. Diese Liste soll Versicherte bei der Auswahl geeigneter Leistungen behilflich sein.

Die ambulante Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI kann in Höhe von 40% des Leistungsbetrags im jeweiligen Pflegegrad für die Inanspruchnahme niedrigschwelliger Betreuungs- und Entlastungsleistungen umgewandelt werden (Umwandlungsanspruch in § 45a Absatz 4 SGB XI). Die Pflegesachleistungsbetrag verringert sich entsprechend.

Hierzu stellt das gemeinsame leistungsrechtliche Rundschreiben des GKV – Spitzenverbandes vom 26.04.2016 klar:

„Die Verwendung von bis zu 40 v. H. des Pflegesachleistungsbetrages für Angebote zur Unterstützung im Alltag ist zu beantragen. Allein der Nachweis oder die Rechnung über in Anspruch genommene Leistungen kann im Gegensatz zum § 45b SGB XI nicht direkt als Antrag gewertet werden, da eine Verwendung des Pflegesachleistungsbetrages ggf. eine Kürzung des Pflegegeldes nach sich zieht. Vor diesem Hintergrund ist der Anspruchsberechtigte hinsichtlich seiner Möglichkeiten zur Verwendung des Pflegesachleistungsbetrages für Angebote zur Unterstützung im Alltag und die jeweiligen Auswirkungen auf seine laufenden Ansprüche zu beraten.

Die Erstattung der Aufwendungen für die in Anspruch genommenen Angebote zur Unterstützung im Alltag erfolgt auf Nachweis entsprechender Aufwendungen. Eine Verwendung von maximal 40 v. H. des Pflegesachleistungsbetrages für Angebote zur Unterstützung im Alltag ist unabhängig von der Inanspruchnahme des Entlastungsbetrages nach § 45b Abs. 1 SGB XI. Somit kann der Umwandlungsanspruch

nach § 45a Abs. 4 SGB XI entweder gleichzeitig, vor oder nach der Inanspruchnahme des Entlastungsbetrages nach § 45b Abs. 1 SGB XI genutzt werden.

Sofern sich der Pflegebedürftige für eine Art der Inanspruchnahme entschieden hat, ist er an diese Entscheidung für bereits erstattete Aufwendungen gebunden. Es erfolgt somit keine Rückabwicklung.

Die Vergütungen für ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI sind vorrangig abzurechnen. Erst nach erfolgter Abrechnung der ambulanten Pflegesachleistung kann ermittelt werden, in welchem Umfang noch Mittel für die Erstattung der Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag im Rahmen des § 45a Abs. 4 SGB XI zur Verfügung stehen.

Beispiel 1

Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 nimmt im April 2017 Pflegesachleistungen in Höhe von 250,00 EUR in Anspruch.

Ergebnis:

60 v. H. des Pflegesachleistungsbetrages sind 413,40 €. Der Pflegebedürftige hat für ambulante Pflegesachleistungen 250,00 € und damit weniger als 60 v. H. des Leistungsbetrages § 36 Abs. 3 SGB XI in Anspruch genommen. Somit stehen für die Angebote zur Unterstützung im Alltag maximal 275,60 € (40 v. H. von 689,00 €) zur Verfügung.

Beispiel 2

Pflegebedürftiger des Pflegegrades 2 nimmt im Februar 2017 Pflegesachleistungen in Höhe von 420,00 € in Anspruch. Für die im Februar 2017 in Anspruch genommenen Angebote zur Unterstützung im Alltag in Höhe von 150,00 € reicht er im März 2017 einen Nachweis zur Erstattung der Aufwendungen ein. Im Januar und Februar 2017 hat er den Entlastungsbetrag nach § 45b Abs. 1 SGB XI nicht in Anspruch genommen.

Ergebnis:

60 v. H. des Pflegesachleistungsbetrages sind 413,40 €. Der Pflegebedürftige hat Pflegesachleistungen in Höhe von 420,00 € und damit mehr als 60 v. H. des Leistungsbetrags nach § 36 Abs. 3 SGB XI in Anspruch genommen. Somit stehen für die Angebote zur Unterstützung im Alltag maximal 269,00 € (689,00 € – 420,00 €) aus der Pflegesachleistung zur Verfügung. Da der Pflegebedürftige in den Monaten Januar und Februar 2017 den Entlastungsbetrag nach § 45b Abs. 1 SGB XI nicht in Anspruch genommen hat, steht ihm dieser ebenfalls zur Erstattung der Aufwendungen für die in Anspruch genommenen Angebote zur Unterstützung im Alltag in Höhe von insgesamt 250,00 € (2 Monate x 125,00 €) zur Verfügung. Der Pflegebedürftige kann wählen, ob er den Entlastungsbetrag nach § 45b Abs. 1 SGB XI oder den nicht verwendeten Pflegesachleistungsbetrag für die Erstattung der Aufwendungen verwendet.

Beispiel 3

Ein Pflegebedürftiger des Pflegegrades 3 nimmt im Mai 2017 Pflegesachleistungen in Höhe von 1.150,00 € in Anspruch. Im Juli 2017 reicht er einen Nachweis zur Erstattung von Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag für den Monat Mai 2017 in Höhe von 250,00 € ein. Der Leistungsanspruch nach § 45b Abs. 1 SGB XI ist für die Monate Januar bis Juni 2017 ausgeschöpft. Der Pflegebedürftige wünscht die vorrangige Inanspruchnahme des Entlastungsbetrages nach § 45b

Abs. 1 SGB XI. 234

Ergebnis:

60 v. H. des Pflegesachleistungsbetrages sind 778,80 €. Der Pflegebedürftige hat Pflegesachleistungen in Höhe von 1.150,00 € und damit mehr als 60 v. H. des Leistungsbetrags nach § 36 Abs. 3 SGB XI in Anspruch genommen. Somit stehen für die Angebote zur Unterstützung im Alltag maximal 148,00 € (1.298,00 € – 1.150,00 €) zur Verfügung. Für die Erstattung der Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag steht im Juli 2017 der Entlastungsbetrag nach § 45b Abs. 1 SGB XI in Höhe von 125,00 € zur Verfügung. Die Aufwendungen der Angebote zur Unterstützung im Alltag betragen jedoch 250,00 €, so dass sie den zur Verfügung stehenden Entlastungsbetrag nach § 45b Abs. 1 SGB XI um 125,00 € übersteigen. Da der Pflegebedürftige den Pflegesachleistungsbetrag nach § 36 Abs. 3 SGB XI im Mai 2017 nicht ausgeschöpft hat, kann er den nicht verwendeten Betrag zur Erstattung der Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag in Höhe von 125,00 € verwenden.

Als Angebote zur Unterstützung im Alltag kommen insbesondere Betreuungsgruppen für an Demenz erkrankte Menschen, Helferinnen und Helferkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger im häuslichen Bereich, die Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung durch anerkannte Helferinnen oder Helfer in Betracht sowie Agenturen zur Vermittlung von Betreuungs- und Entlastungsleistungen, familienunterstützende Dienste, Alltagsbegleiter, Pflegebegleiter und Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen. Damit fasst der Gesetzentwurf in § 45a Absatz 1 alle Typen von Angeboten zusammen, die bisher in den alten §§ 45c Absatz 3 und 3a aufgezählt sind.

Beratungseinsätze

Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 bis 5, die Angebote zur Unterstützung im Alltag im Rahmen der Kombinationsleistung nach § 45a Abs. 4 SGB XI nutzen, haben die Pflicht, regelmäßig eine Beratung i. S. d. § 37 Abs. 3 SGB XI abzurufen. Insbesondere bei Pflegebedürftigen, die keine Pflegesachleistungen über einen ambulanten Pflegedienst abrufen, sollen die häuslich Pflegenden auch in diesem Fall regelmäßig Hilfestellungen und praktische pflegfachliche Unterstützung durch die Beratungseinsätze zur Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege erhalten. Darüber hinaus kann im Rahmen der Beratungseinsätze gemeinsam mit den Pflegebedürftigen ggf. eine individuelle Planung bezüglich der Nutzung der verschiedenen vorhandenen Kombinationsmöglichkeiten erfolgen. Jeder Pflegebedürftige, der dies wünscht, kann dadurch in die Lage versetzt werden, einen Überblick über die von ihm bezogenen Leistungen und deren Kosten sowie einen in seiner Situation optimalen Pflege-Mix erhalten.

Pflegebedürftige, die den in § 36 Abs. 3 SGB XI vorgesehenen Leistungshöchstbetrag des jeweiligen Pflegegrades für die Erstattung von Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag verwenden, haben je nach Grad ihrer Pflegebedürftigkeit einmal halbjährlich (Pflegegrad 2 und 3) bzw. vierteljährlich (Pflegegrad 4 und 5) einen Beratungseinsatz i. S. d. § 37 Abs. 3 SGB XI nachzuweisen.“

(Quelle: Leistungsrechtliches Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes vom 26.04.2016)

13. Entlastungsbetrag für Pflegebedürftige in häuslicher Pflege (§ 45b SGB XI)

Pflegebedürftige in häuslicher Pflege erhalten Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 € monatlich. Diesen können sie für qualitätsgesicherte Leis-

tungen zur Entlastung pflegender Angehöriger und vergleichbar Nahestehender sowie zur Förderung der Selbständigkeit und Selbstbestimmung bei der Gestaltung ihres Alltags einsetzen. Der Betrag dient, wie auch bisher schon, der Erstattung von Aufwendungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von:

- Leistungen der Tages- und Nachtpflege
- Leistungen der Kurzzeitpflege
- Leistungen der ambulanten Pflegedienste im Sinne des § 36 SGB XI, in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht von Leistungen im Bereich der Selbstversorgung
- Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a SGB XI

Die Pflegebedürftigen erhalten die Leistung im Wege der Kostenerstattung. Es zeichnet sich ab, dass ab 2017 kein Antrag mehr erforderlich ist. Aufgrund von Unklarheiten in der Vergangenheit, ab wann der Anspruch besteht, wird voraussichtlich eine Klarstellung im Dritten Pflegestärkungsgesetz (PSG III) auf den Weg gebracht, mit der bewirkt werden soll, dass einmalig die nicht abgerufen Leistungsansprüche der Jahre 2015 und 2016 (in der bis 31.12.2016 geltenden Fassung also entweder 104 € oder 208 €) zzgl. zu dem ab 2017 zustehenden Gelbetrag von 125 € bis zum Jahresende 2017 abgerufen werden können (Voraussichtliche Übergangsregelung nach § 144 Abs. 3 SGB XI des Entwurfs Dritten Pflegestärkungsgesetz – PSG III). Eine im Kalenderjahr 2017 genommene oder nicht voll ausgeschöpfte Leistung kann dann wieder in das folgende Kalenderhalbjahr 2018 übertragen werden usw.

14. Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (§ 40 SGB XI)

Der Zuschuss für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen, welcher einkommensunabhängig gewährt wird, beträgt 4.000 € pro Maßnahme und Person. Dies gilt auch, falls mehrere Pflegebedürftige gemeinsam in einer Wohnung leben. Zu beachten ist hierbei, dass der Zuschuss insgesamt auf 16.000 € pro Wohnung begrenzt ist.

Hierzu führt das gemeinsame leistungsrechtliche Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes vom 26.04.2016 u.a. wie folgt aus:

Beispiel:

In dem Wohnumfeld eines auf einen Rollstuhl angewiesenen Pflegebedürftigen, der von seiner Ehefrau gepflegt wird, ist im Februar 2017 der Einbau von fest installierten Rampen, die Verbreiterung der Türen und die Anpassung der Höhe von Einrichtungsgegenständen erforderlich. Diese Wohnumfeldverbesserungen sind als eine Maßnahme i. S. des § 40 Abs. 4 SGB XI zu werten und mit maximal 4.000,00 € zu bezuschussen. Aufgrund der wegen zunehmenden Alters eingeschränkten Hilfestellungen der Ehefrau und weiterer Einschränkungen der Mobilität des Pflegebedürftigen ist zu einem späteren Zeitpunkt die Benutzung der vorhandenen Badewanne nicht mehr möglich. Durch den Einbau einer bodengleichen Dusche kann die Pflege weiterhin im häuslichen Bereich sichergestellt werden. Hier sind durch die veränderte Pflegesituation weitere wohnumfeldverbessernde Maßnahmen erforderlich geworden, die erneut mit maximal 4.000,00 € bezuschusst werden können.

Katalog möglicher Wohnumfeld verbessernder Maßnahmen:

Die Zuschussgewährung nach § 40 Abs. 4 SGB XI setzt voraus, dass die geplante

Maßnahme die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt wird. Von diesen zuschussfähigen Maßnahmen sind reine Modernisierungsmaßnahmen oder Maßnahmen, mit denen eine allgemeine standardmäßige Ausstattung der Wohnung erreicht wird, abzugrenzen, wenn diese nicht in direktem Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit (auch unterhalb Pflegestufe I) stehen. So ist z. B. der Einbau eines nicht vorhandenen Bades grundsätzlich eine allgemeine standardmäßige Ausstattung der Wohnung; ist der Bewohner jedoch nicht mehr in der Lage, die bisherige Waschmöglichkeit (z. B. das Etagenbad) zu benutzen und kann durch den Einbau des Bades verhindert werden, dass der Anspruchsberechtigte seine Wohnung aufgeben muss, handelt es sich um eine Maßnahme i. S. von § 40 Abs. 4 SGB XI.

Insbesondere folgende Maßnahmen sind keine Maßnahmen i. S. von § 40 Abs. 4 SGB XI:

- Ausstattung der Wohnung mit einem Telefon, einem Kühlschrank, einer Waschmaschine,
- Verbesserung der Wärmedämmung und des Schallschutzes,
- Reparatur schadhafter Treppenstufen,
- Brandschutzmaßnahmen (z. B. Herdsicherungssysteme),
- Herstellung einer funktionsfähigen Beleuchtung im Eingangsbereich/ Treppenhaus,
- Rollstuhlgarage,
- Errichtung eines überdachten Sitzplatzes,
- elektrischer Antrieb einer Markise,
- Austausch der Heizungsanlage, Warmwasseraufbereitung,
- Schönheitsreparaturen (Anstreichen, Tapezieren von Wänden und Decken, Ersetzen von Oberbelägen),
- Beseitigung von Feuchtigkeitsschäden,
- allgemeine Modernisierungsmaßnahmen.

Im folgenden Katalog sind mögliche Maßnahmen aufgelistet, deren Leistungsvoraussetzungen nach den o.g. Grundsätzen in jedem Einzelfall zu überprüfen sind.

Beispiele für Maßnahmen außerhalb der Wohnung/des Eingangsbereich

Um eine möglichst selbständige Lebensführung des Anspruchsberechtigten zu gewährleisten, kommen insbesondere folgende Maßnahmen im Treppenhaus/Eingangsbereich in Betracht:

Ausstattungs-elemente	Mögliche Veränderungen
Aufzug	Einbau eines Personenaufzuges im eigenen Haus Anpassung an die Bedürfnisse eines Rollstuhlfahrers: Ebenerdiger Zugang, Vergrößerung der Türen, Bedienschalterleiste in Greifhöhe; Installation von Haltestangen, Schaffung von Sitzplätzen
Briefkasten	Absenkung des Briefkastens auf Greifhöhe (z.B. bei Rollstuhlfahrern)
Orientierungshilfen	Schaffung von Orientierungshilfen für Sehbehinderte,

	<i>z.B. tastbare Hinweise auf die jeweilige Etage</i>
<i>Treppe</i>	<i>Installation von gut zu umfassenden und ausreichend langen Handläufen auf beiden Seiten; Verhinderung der Stolpergefahr durch farbige Stufenmarkierungen an den Vorderkanten; Einbau von fest installierten Rampen und Treppenliften</i>
<i>Türen, Türanschlüge und Schwellen</i>	<i>Türvergrößerung, Abbau von Türschwellen, Installation von Türen mit pneumatischem Türantrieb oder ähnlichem, Einbau einer Gegensprechanlage</i>
<i>Weitergehende Maßnahmen außerhalb des Eingangsbereichs/Treppenhauses, z. B. Schaffung eines behindertengerechten Parkplatzes, Markierung und Pflasterung der Zugangswege oder allgemeine Verkehrssicherungsmaßnahmen sind keine Maßnahmen i. S. des § 40 Abs. 4 SGB XI.</i>	
<i>Beispiele für Maßnahmen innerhalb des Wohnungsbereich</i>	
<i>Ausstattungs-elemente</i>	<i>Mögliche Veränderungen</i>
<i>Bewegungsfläche</i>	<i>Umbaumaßnahmen zur Schaffung ausreichender Bewegungs-raumes, z.B. durch Installation der Waschma-schine in der Küche anstelle im Bad (Aufwendungen für Verlegung der Wasser- und Stromanschlüsse)</i>
<i>Bodenbelag</i>	<i>Beseitigung von Stolperquellen, Rutsch- und Sturzge-fahren</i>
<i>Heizung</i>	<i>Installation von z.B. elektrischen Heizgeräten anstelle von Öl-, Gas-, Kohle- oder Holzöfen (wenn hierdurch der Hilfebedarf bei der Beschaffung von Heizmaterial kompensiert wird)</i>
<i>Lichtschalter/Steckdosen/ Heizungsventile</i>	<i>Installation der Lichtschalter/ Steckdosen/ Heizungs-ventile in Greifhöhe; Ertastbare Heizungsventile für Sehbehinderte</i>
<i>Reorganisation der Woh-nung</i>	<i>Anpassung der Wohnungsaufteilung (ggf. geplant für jüngere Bewohner, Ehepaare) auf veränderte Anfor-derungen (alt, allein, gebrechlich) durch Umnutzung von Räumen; Stockwerktausch (insbesondere in Einfamilienhäusern ist häufig das Bad und das Schlafzimmer in oberen Etagen eingerichtet)</i>
<i>Türen, Türanschlüge und Schwellen</i>	<i>Türvergrößerung; Abbau von Türschwellen, z.B. auch zum Balkon Veränderung der Türanschlüge, wenn sich dadurch der Zugang zu einzelnen Wohnungsbereichen erleich-tern oder die Bewegungsfläche vergrößern lässt Einbau von Sicherheitstüren zur Vermeidung einer Selbst- bzw. Fremdgefährdung bei desorientierten Personen; Bei einer bereits installierten Türöffner- und Tür-schließanlage Absenkung der Anlage in Greifhöhe bzw. behinderungsgerechte Anpassung. Absenkung eines Türspions</i>
<i>Fenster</i>	<i>Absenkung der Fenstergriffe; Anbringung von elektrisch betriebenen Rollläden, so-fern der Anspruchsberechtigte zur Linderung seiner</i>

	<i>Beschwerden ständig auf einen kühlen Raum angewiesen ist und eine Unterbringung nur in diesem Raum erfolgen kann</i>
<i>Armaturen</i>	<i>Installation von Armaturen mit verlängertem Hebel oder Schlaufe, Schlauchbrause ; Installation von Warmwassergeräten, wenn kein fließendes warmes Wasser vorhanden ist und aufgrund der Pflegebedürftigkeit (auch unterhalb Pflegestufe I nach § 123 SGB XI) Warmwasserquellen im Haus nicht erreicht oder das warme Wasser nicht – wie bislang – aufbereitet werden kann</i>
<i>Bodenbelag</i>	<i>Verwendung von rutschhemmendem Belag</i>
<i>Kücheneinrichtung</i>	<i>Veränderung der Höhe von z.B. Herd, Kühlschrank, Arbeitsplatte, Spüle als Sitzarbeitsplätze; Schaffung einer mit dem Rollstuhl unterfahrbaren Kücheneinrichtung; Absenkung von Küchenoberschränken (ggf. maschinelle Absenkvorrichtung); Schaffung von herausfahrbaren Unterschränken (ggf. durch Einhängkörbe)</i>
<i>Einbau eines fehlenden Bades/WC</i>	<i>Umgestaltung der Wohnung und Einbau eines nicht vorhandenen Bades/WC</i>
<i>Anpassung eines vorhandenen Bades/WC Armaturen</i>	<i>Installation von Armaturen mit verlängertem Hebel oder Schlaufe, Schlauchbrause; Installation von Warmwassergeräten, wenn kein fließendes warmes Wasser vorhanden ist und aufgrund der Pflegebedürftigkeit (auch unterhalb Pflegestufe I nach § 123 SGB XI) Warmwasserquellen im Haus nicht erreicht oder das warme Wasser nicht – wie bisher – aufbereitet werden kann</i>
<i>Badewanne</i>	<i>Badewanneneinstiegshilfen, die mit wesentlichen Eingriffen in die Bausubstanz verbunden sind</i>
<i>Bodenbelag</i>	<i>Verwendung von rutschhemmendem Bodenbelag Schaffung rutschhemmender Bodenbeläge in der Dusche</i>
<i>Duschplatz</i>	<i>Einbau einer Dusche, wenn der Einstieg in eine Badewanne auch mit Hilfsmitteln nicht mehr ohne fremde Hilfe möglich ist; Herstellung eines bodengleichen Zugangs zur Dusche</i>
<i>Einrichtungsgegenstände</i>	<i>Anpassung der Höhe</i>
<i>Toilette</i>	<i>Anpassung der Sitzhöhe des Klosettbeckens durch Einbau eines Sockels</i>
<i>Waschtisch</i>	<i>Anpassung der Höhe des Waschtisches (ggf. Einbau eines höhenverstellbaren Waschtisches) zur Benutzung im Sitzen bzw. im Rollstuhl</i>
<i>Bettzugang</i>	<i>Umbaumaßnahmen zur Schaffung eines freien Zugangs zum Bett</i>
<i>Bodenbelag</i>	<i>Verwendung von rutschhemmendem Bodenbelag</i>
<i>Lichtschalter/Steckdosen</i>	<i>Installation von Lichtschaltern und Steckdosen, die vom Bett aus zu erreichen sind</i>

(Quelle: Leistungsrechtliches Rundschreiben des GKV –Spitzenverbandes vom 26.04.2016)

15. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Personen (§ 45 SGB XI)

Pflegekassen haben ab für Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflege-tätigkeit interessierte Personen unentgeltlich Schulungskurse durchzuführen, entwe-der als Gruppen- oder als Einzelschulungen. Auf Wunsch auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen. Die Kurse sollen Fertigkeiten für eine eigenstän-dige Durchführung der Pflege vermitteln.

Diese Kurse werden i.d.R. auch von ambulanten Pflegediensten durchgeführt. Teil-weise ist auch eine Schulung im Krankenhaus möglich, bevor der pflegebedürftige Angehörige in die Häuslichkeit entlassen wird.

VII. Wohnformen – Zuschläge, Förderung und Weiterentwicklung

1. Ambulant betreute Wohngruppen (§38a SGB XI)

Pflegebedürftige, die in einer betreuten Wohngruppe leben und Pflegesach- oder Pflegegeldleistungen beziehen, erhalten zusätzlich einen pauschalen Zuschlag, der ab dem 1. Januar 2017 214 € monatlich beträgt. Um diesen Betrag in Anspruch nehmen zu können, müssen dann folgende (weitergehende) Voraussetzungen vor-liegen:

Pflegebedürftige haben Anspruch, wenn

- a. sie mit mindestens zwei und höchstens elf weiteren Personen in einer ambu-lant betreuten Wohngruppe in einer gemeinsamen Wohnung zum Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung leben und davon mindestens zwei weitere Personen pflegebedürftig sind,
- b. sie Leistungen nach §§ 36, 37, 38, 45a oder 45b SGB XI beziehen,
- c. eine Person durch die Mitglieder der Wohngruppe gemeinschaftlich beauftragt ist, unabhängig von der individuellen pflegerischen Versorgung allgemeine or-ganisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben för-dernde Tätigkeiten zu verrichten oder hauswirtschaftliche Unterstützung zu leisten,
- d. keine Versorgungsform vorliegt, in der der Anbieter der Wohngruppe oder ein Dritter den Pflegebedürftigen Leistungen anbietet oder gewährleistet, die dem im jeweiligen Rahmenvertrag für vollstationäre Pflege vereinbarten Leistungs-umfang weitgehend entsprechen; der Anbieter einer ambulant betreuten Wohngruppe hat die Pflegebedürftigen vor deren Einzug in die Wohngruppe in geeigneter Weise darauf hinzuweisen, dass dieser Leistungsumfang von ihm oder einem Dritten in der Wohngruppe nicht erbracht wird, sondern die Ver-sorgung auch durch die aktive Einbindung ihrer eigenen Ressourcen und ihres sozialen Umfeldes sichergestellt werden kann.

Leistungen der Tages- und Nachtpflege können nur dann gleichzeitig mit dem Wohngruppenzuschlag in Anspruch genommen werden, wenn durch eine Prüfung des MDK gegenüber der Pflegekasse nachgewiesen wird, dass die Pflege ohne teil-stationäre Pflege nicht sichergestellt werden kann. Die Regelung gilt auch für Privat-versicherte.

Die Pflegekassen sind berechtigt, zur Feststellung der Anspruchsvoraussetzungen beim Antragsteller folgende Daten zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen und folgende Unterlagen anzufordern:

- a. eine formlose Bestätigung des Antragstellers, dass die Voraussetzungen erfüllt sind,
- b. die Adresse und das Gründungsdatum der Wohngruppe,
- c. den Mietvertrag einschließlich eines Grundrisses der Wohnung und den Pflegevertrag nach § 120,
- d. Vorname, Name, Anschrift und Telefonnummer sowie Unterschrift der gemeinschaftlich beauftragten Person und
- e. die vereinbarten Aufgaben dieser Person.

Hierzu führt das gemeinsame leistungsrechtliche Rundschreiben des GKV – Spitzenverbandes vom 26.04.2016 u.a. wie folgt aus:

Hinweis:

In dem Fall, dass die freie Wählbarkeit der Pflege- und Betreuungsleistungen rechtlich oder tatsächlich eingeschränkt ist, liegt keine ambulante Versorgungsform im Sinne des Gesetzes vor.

- *Der Wohngruppenzuschlag ist eine Geldleistung und zweckgebunden.*
- *Gemeinsame Wohnung: Hierzu muss der Sanitärbereich, die Küche und – wenn vorhanden – der Aufenthaltsraum einer abgeschlossenen Wohneinheit von allen Bewohnern jederzeit allein oder gemeinsam genutzt werden können. Es handelt sich um keine gemeinsame Wohnung, wenn die Bewohner in unterschiedlichen Apartments einer Wohnanlage wohnen.*
- *Die häusliche pflegerische Versorgung muss sichergestellt sein.*
- *Die freie Wählbarkeit der Pflege- und Betreuungsleistung darf rechtlich oder tatsächlich nicht eingeschränkt sein.*
- *Eine Wohngruppe besteht aus mindestens drei pflegebedürftigen Bewohnern, deren Pflegebedürftigkeit nachgewiesen sein muss. Eine vorübergehende Abwesenheit beispielsweise wegen eines Krankenhausaufenthalts, der Teilnahme an einer Rehabilitationsmaßnahme oder Vorsorgemaßnahme hat keinen Einfluss auf den Wohngruppenzuschlag.*
- *Achtung: Neu eingeführt wurde eine Obergrenze von Personen, die in einer Wohngruppe leben können, auf zwölf Personen. Die in den jeweiligen Heimgesetzen der Länder festgelegten Obergrenzen für das Vorliegen einer ambulant betreuten Wohngruppe i. S. d. § 38a SGB XI sind daher unerheblich.*
- *Möglich ist auch, dass Bewohner ohne Pflegebedürftigkeit in einer Wohngruppe leben. Diese haben keinen Anspruch auf den Wohngruppenzuschlag.*
- *Die Zugehörigkeit zu einer Wohngruppe endet mit Auszug oder Tod eines Mitglieds der Wohngruppe.*
- *Die Auszahlung erfolgt wie beim Pflegegeld monatlich im Voraus.*
- *Der Anspruch besteht jeden Teilmonat ungekürzt.*
- *Wird die Mindestanzahl von Pflegebedürftigen unterschritten, bestehen die Voraussetzungen für die Zahlung des Wohngruppenzuschlags nicht mehr.*

(Bisher) zu erbringende Nachweise:

- *Bestätigung über das Zusammenleben in einer ambulant betreuten Wohngruppe zum Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung und der Pflegebedürftigkeit.*
- *Verpflichtung zur unverzüglichen Mitteilung von Änderungen in der Wohngruppe.*

(Quelle: Leistungsrechtliches Rundschreiben des GKV –Spitzenverbandes vom 26.04.2016)

Eine Anwesenheit der beauftragten Person rund um die Uhr ist nicht erforderlich. Eine bloße Rufbereitschaft ist jedoch nicht ausreichend. Bei der beauftragten Person muss es sich nicht um eine ausgebildete Pflegefachkraft (z. B. Gesundheits- und Krankenpfleger, Altenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger) handeln. Die beauftragte Person kann - muss aber nicht - bei einem der Pflegedienste beschäftigt sein, der die pflegerische Versorgung für ein oder mehrere Bewohner in der Wohngruppe erbringt.

Ein konkreter Nachweis über die entstandenen Kosten für die beauftragte Person muss nicht erbracht werden. Jedoch kann die Pflegekasse Unterlagen anfordern, aus denen die vereinbarten Aufgaben der von der Wohngruppe beauftragten Person hervorgehen sowie deren Vor- und Nachname, Anschrift, Telefonnummer und Unterschrift.

VIII. Qualitätsprüfungen (§§ 114, 115 SGB XI)

Bei der Beurteilung der Pflegequalität sind die Pflegedokumentation, die Inaugenscheinnahme der Pflegebedürftigen, die Befragungen der Beschäftigten der Pflegeeinrichtung sowie die Befragungen der Pflegebedürftigen oder deren Angehöriger (oder nahestehende Vertrauenspersonen) zu berücksichtigen. In die Maßnahmen und die damit zusammenhängende Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten muss von den Betroffenen eingewilligt werden. Die Einwilligung muss in Textform abgegeben werden, bedarf jedoch nicht wie bisher einer eigenhändigen Unterschrift. Somit kann künftig die Erklärung auch in Form eines Faxes oder einer Email erfolgen.

IX. Beitragssatzerhöhung

Im Jahre 2017 wird der Beitragssatz um 0,2 % angehoben und führt zu Mehreinnahmen von rd. 2,5 Mrd. €. Der Gesetzgeber geht davon aus, dass der Beitragssatz damit bis ins Jahr 2022 stabil gehalten werden kann.

Hinweis: Bei dieser Zusammenstellung von Informationen handelt es sich um eine Anpassung und Erweiterung der bereits zum Ersten Pflegestärkungsgesetz (PSG I) herausgegebenen Arbeitshilfe vom 11. November 2014. Alle Informationen beruhen auf den Angaben des SGB XI, des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes, teilweise des Entwurfes zum Dritten Pflegestärkungsgesetz sowie den entsprechenden Gesetzesbegründungen sowie auf den Informationsseiten des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). Die genannten Hinweise des GKV-Spitzenverbandes wurden den leistungsrechtlichen Rundschreiben Nr. RS 2016 - 205 entnommen.

Die Arbeitshilfe wurde verfasst und zusammengestellt von Katharina Owczarek und Thorsten Mittag, Referat Altenhilfe und Pflege des Paritätischen Gesamtverbandes. Stand: 04. November 2016