Bundestag beschließt Pflegereform

Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V.

Bundesgeschäftsstelle
Leipziger Platz 15
10117 Berlin

Telefon: 0 30/20 64 11-0
Durchwahlen: -1 40 und 1 41
Telefax: 0 30/20 64 11-2 40

Presse@Lebenshilfe.de
Internet: http://www.Lebenshilfe.de

Juli 2012

Der Deutsche Bundestag hat am 29.06.2012 die Reform der sozialen Pflegeversicherung beschlossen. Damit werden am **01.01.2013** zahlreiche Neuerungen im Bereich der Versorgung von pflegebedürftigen Personen in Kraft treten.

Die Änderungen im Einzelnen:

I. Erhöhung der Pflegeleistungen bei häuslicher Pflege

Die Leistungen bei häuslicher Pflege (Pflegegeld und Pflegesachleistung) werden erhöht.

Auch Personen mit festgestellter erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (sog. Pflegestufe 0) haben zukünftig einen Anspruch auf Pflegesachleistung, Pflegegeld, die Kombinationsleistung der beiden, Leistungen der Verhinderungspflege sowie Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen.

Erhöhung des **Pflegegeldes**

	Bisherige Leistung	Veränderung	Neue Leistung ab 01.01.13
Pflegestufe 0	-	+ 120 €	120 €
Pflegestufe I	235 €	+ 70 €	305 €
Pflegestufe II	440 €	+ 85 €	525 €
Pflegestufe III	700 €	-	700 €

Erhöhung der **Pflegesachleistung** (z. B. bei Inanspruchnahme eines ambulanten Pflegedienstes)

	Bisherige Leistung	Veränderung	Neue Leistung ab 01.01.13
Pflegestufe 0	-	+ 225 €	Bis zu 225 €
Pflegestufe I	Bis zu 450 €	+ 215 €	Bis zu 665 €
Pflegestufe II	Bis zu 1100 €	+ 150 €	Bis zu 1250 €
Pflegestufe III	Bis zu 1550 €	-	Bis zu 1550 €
(+ Härtefall)	(+ 1918 €)		(+ 1918 €)

II. Neue Leistungsart der häuslichen Betreuung

Bisher erbringt die Pflegeversicherung Leistungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung. Zukünftig kann über die Pflegeversicherung auch häusliche Betreuung in Anspruch genommen werden.

Häusliche Betreuungsmaßnahmen umfassen die Unterstützung und sonstige Hilfen im häuslichen Umfeld des Pflegebedürftigen oder seiner Familie und schließen insbesondere das Folgende mit ein:

- Unterstützung von Aktivitäten im häuslichen Umfeld, die dem Zweck der Kommunikation und der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte dienen,

- Unterstützung bei der Gestaltung des häuslichen Alltags, insbesondere Hilfen zur Entwicklung und Aufrechterhaltung einer Tagesstruktur, zur Durchführung bedürfnisgerechter Beschäftigungen und zur Einhaltung eines bedürfnisgerechten Tag-/Nacht-Rhythmus.

Als Beispiele für häusliche Betreuung nennt das Gesetz Spaziergänge in der näheren Umgebung, Ermöglichung von Besuchen von Verwandten und Bekannten, die Begleitung zum Friedhof oder Unterstützung bei der Regelung von finanziellen und administrativen Angelegenheiten. Nicht dazu zählen jedoch Fahrdienste und Hilfen zur beruflichen und schulischen Eingliederung.

Ein aktives Tun ist nicht Voraussetzung für eine mögliche Hilfeleistung. Daher kann auch Beistand durch eine Betreuungsperson in Form einer Anwesenheit und Beobachtung des Pflegebedürftigen eine häusliche Betreuungsleistung darstellen.

Anspruch auf Leistungen der häuslichen Betreuung haben Pflegebedürftige der Pflegestufen I bis III sowie Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz. Der Anspruch setzt voraus, dass die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung im Einzelfall sichergestellt sind.

Häusliche Betreuung kann von mehreren Pflegebedürftigen oder Versicherten mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz auch als gemeinschaftliche häusliche Betreuung einer oder eines Beteiligten oder seiner Familie als Sachleistung in Anspruch genommen werden.

Die Bundesvereinigung Lebenshilfe hat bereits in ihrer Stellungnahme zum Gesetzentwurf (abrufbar unter www.lebenshilfe.de) darauf hingewiesen, dass die neuen Leistungen der häuslichen Betreuung der sozialen Pflegeversicherung die bekannten **Abgrenzungsschwierigkeiten zu den Leistungen der Eingliederungshilfe** für behinderte Menschen nach dem Sechsten Kapitel des SGB XII weiter verschärfen werden, da es an einer eindeutigen rechtlichen Unterscheidungsmöglichkeit mangelt. Nach wie vor bedarf es der Erarbeitung eines Gesamtkonzepts von Teilhabe und Pflege, um diese Schnittstelle rechtssicher zu gestalten (vgl. dazu auch das Positionspapier der Bundesvereinigung „Teilhabe und Pflege“, abrufbar unter www.lebenshilfe.de).

In der Praxis kann dies bedeuten, dass eine beantragte Leistung mit Hinweis auf die jeweils andere Leistung zunächst abgelehnt wird. Wichtig ist deshalb, dass die häuslichen Betreuungsleistungen die Leistungen der Eingliederungshilfe unberührt lassen und nicht nachrangig sind, man also beide Leistungen vollumfänglich nebeneinander gleichzeitig in Anspruch nehmen kann.

III. Veränderungen für pflegende Angehörige

Pflegepersonen sind in der gesetzlichen **Rentenversicherung** pflichtversichert, sobald sie wöchentlich mindestens 14 Stunden eine Person pflegen und daneben nicht mehr als 30 Stunden erwerbstätig sind. Bisher musste die Grenze von 14 Stunden bei der Pflege jedes einzelnen Pflegebedürftigen erreicht sein. Neu kann die Pflegezeit für mehrere Pflegebedürftige nun zusammengerechnet werden.

Während der Inanspruchnahme von Verhinderungspflege oder Kurzzeitpflege wird künftig das hälftige **Pflegegeld** für vier Wochen im Kalenderjahr weitergezahlt.

Pflegepersonen verzichten oftmals auf notwendige eigene **Reha-Maßnahmen**, da sie die Pflege des Pflegebedürftigen nicht Dritten überlassen wollen. Daher besteht nun die Möglichkeit, gleichzeitig zu einer Reha-Maßnahme der Pflegeperson den Pflegebedürftigen mit in der stationären Reha-Einrichtung aufzunehmen.

IV. Förderung ambulanter Wohngruppen

Pflegebedürftige der Pflegestufen I bis III können zur Gründung einer ambulanten Wohngruppe einen Zuschlag von 200 € monatlich erhalten.

Bei einer förderfähigen **ambulanten Wohngruppe** handelt es sich um gemeinschaftliches Wohnen von regelmäßig mindestens drei Pflegebedürftigen in einer gemeinsamen Wohnung mit dem Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung. In der ambulanten Wohngruppe muss zudem eine Pflegekraft tätig sein, die organisatorische, verwaltende oder pflegerische Tätigkeiten verrichtet (sog. Präsenzkraft). Der Wohngruppe dürfen heimrechtliche Vorschriften oder Anforderungen an die Leistungserbringer nicht entgegenstehen. Zudem darf die freie Wählbarkeit der Pflege- und Betreuungsleistungen durch die Pflegebedürftigen rechtlich oder tatsächlich nicht eingeschränkt sein.

Bei der **Präsenzkraft** muss es sich nicht um eine Pflegefachkraft handeln. Sie kann ebenso wie die europäischen Haushaltshilfen hauswirtschaftliche Arbeiten und notwendige pflegerische Alltagshilfen durchführen. Notwendige pflegerische Alltagshilfe sind einfache Tätigkeiten zur Unterstützung von Pflegebedürftigen, zum Beispiel beim An- und Auskleiden, bei der Fortbewegung innerhalb und außerhalb der Wohnung, beim Waschen und Duschen usw. Pflegerische Tätigkeiten, die eine entsprechende berufliche Qualifikation voraussetzen, darf sie nicht durchführen. Hierzu zählen neben der Erhebung der Pflegediagnose oder Gestaltung des Pflegeprozesses auch pflegerische Tätigkeiten, die aufgrund des Gesundheitszustandes des Pflegebedürftigen komplexe Anforderungen an die Qualifikation der Pflegekraft stellen, so dass sie von einer qualifizierten Fachkraft ausgeübt werden müssen, wie z. B. die Ganzkörperpflege bei Diabetikern im Hinblick auf die Kontrolle der Hautverhältnisse.

Neben diesem monatlichen Zuschuss gibt es als **Anschubfinanzierun**g für die altersgerechte oder barrierearme Umgestaltung der gemeinsamen Wohnung einmalig einen Betrag von bis zu 2.500 € pro Pflegebedürftigem bzw. maximal 10.000 € pro ambulanter Wohngruppe. Der Anspruch muss innerhalb eines Jahres nach Gründung der Wohngruppe geltend gemacht werden.

V. Beratung durch die Pflegekassen

Die Pflegekassen haben die Versicherten und ihre Angehörigen und Lebenspartner in den mit der Pflegebedürftigkeit zusammenhängenden Fragen zu unterrichten. Die Beratung hat nun gesetzlich vorgeschrieben **in verständlicher Weise** zu erfolgen. Die Pflegekassen müssen daher sicherstellen, dass die wesentlichen Informationen umfassend zugänglich gemacht werden. Dies erfasst alle Verständnishindernisse gleich welcher Art, also z. B. auch die Verständigung mit Menschen mit geistiger Behinderung über Leichte Sprache.

Ein konkreter Termin zur Beratung ist zukünftig innerhalb zweier Wochen nach Antragstellung (lediglich Erstanträge) dem Versicherten anzubieten. Ist dies der

Pflegekasse nicht möglich, kann sie auch einen **Beratungsgutschein** für eine andere Beratungsstelle ausstellen, wo die Beratung innerhalb zweier Wochen durchgeführt werden kann.

Versicherte haben neu einen Anspruch darauf, dass die Beratung auch in ihrer häuslichen Umgebung und noch zu einem späteren Zeitpunkt durchgeführt werden kann.

VI. Änderungen im Begutachtungs- und Antragsverfahren

Die Pflegekasse kann neben dem MDK zukünftig auch **unabhängige Gutachter** mit der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit beauftragen. Sollen unabhängige Gutachter die Begutachtung durchführen muss die Pflegekasse dem Antragsteller drei Gutachter benennen, aus denen der Versicherte innerhalb einer Woche einen auswählen kann. Die Auswahlmöglichkeit gilt auch dann, wenn innerhalb der ersten vier Wochen nach Antragstellung noch keine Begutachtung erfolgt ist.

Versicherte haben zukünftig einen Anspruch auf **Übersendung des Gutachtens** des MDK bzw. des unabhängigen Gutachters. Diese müssen bei Begutachtung fragen, ob der Versicherte sich das Gutachten zusenden lassen möchte. Auch wird gleichzeitig mit der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit der Bedarf an medizinischer Rehabilitation ermittelt und in einer **gesonderten Rehabilitationsempfehlung** zusammengefasst. Wird ein Bedarf festgestellt (z. B. für eine Kur der Rentenversicherung) und stimmt der Versicherte zu, leitet die Pflegekasse diese Empfehlung zukünftig automatisch an den zuständigen Rehabilitationsträger weiter.

Die Bescheide der Pflegekassen über das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit müssen innerhalb von fünf Wochen nach Antragstellung erteilt werden. Überschreitet die Pflegekasse diese Frist, hat sie an den Versicherten für die **Verzögerung** pro angefangener Woche 70 € zu zahlen. Dies gilt nicht für Antragsteller, die sich in stationärer Pflege befinden und bereits mindestens Pflegestufe I haben oder wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat. Diese Regelung tritt erst zum 01.06.2013 in Kraft.

VII. Anteiliges Pflegegeld

Die von den Pflegekassen seit 2011 durchgeführte Praxis der Kürzung des anteiligen Pflegegeldes für pflegebedürftige Personen, die in einer Einrichtung der Behindertenhilfe leben, wird nun gesetzlich beendet. Zukünftig besteht ein Anspruch für diesen Personenkreis auf ungekürztes anteiliges Pflegegeld anteilig für die Tage an denen sie sich in häuslicher Pflege befinden. Damit ist klargestellt, dass die Pflegekassen ab 01.01.2013 wieder die frühere Berechnungsmethode anzuwenden haben.

Sollten die Pflegekassen in der Zeit bis zum Inkrafttreten des Gesetzes am 01.01.2013 im Bescheid noch eine Kürzung des anteiligen Pflegegeldes vornehmen, sollte die Betroffenen weiterhin Widerspruch einlegen. Informationen dazu sowie einen Musterwiderspruch können über www.lebenshilfe.de unter der Rubrik Recht und Sozialpolitik abgerufen werden.

VIII. Altersgrenze bei Kurzzeitpflege

Pflegebedürftige Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres können bisher bei Bedarf einer Kurzzeitpflege diese auch in einer Einrichtung der Behindertenhilfe verbringen. Zukünftig wird dies bis zum 25. Geburtstag möglich sein.

IX. Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

Umbaumaßnahmen der Wohnung, die die häusliche Pflege erleichtern oder sicherstellen sollen, können von der Pflegekasse durch einen Zuschuss von bis zu 2.557 € pro Maßnahme gefördert werden. Die bisher übliche Eigenbeteiligung muss nicht mehr gezahlt werden.

Leben mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung können die Zuschüsse für eine Umbaumaßnahme nun auch bis zu einem Gesamtbetrag von 10.228 € addiert werden.

X. Zeitlich flexiblere Inanspruchnahme von Pflegeleistungen

Leistungen der Pflegekasse sollen flexibler in Anspruch genommen und abgerechnet werden können. Vergütungsregelungen sollen daher ab dem 01.01.2013 immer abhängig vom tatsächlichen Zeitaufwand eines Pflegeeinsatzes getroffen werden. Damit soll die bisher übliche Abrechnung nach Komplexleistung zurückgedrängt werden. In Betracht kommt z. B. eine Stundenvergütung, die je nach tatsächlichem Aufwand an Zeit anteilig berechnet wird. Welche Leistungen der Pflegedienst in dieser Zeit erbringt, obliegt der freien Auswahl durch den Pflegebedürftigen.

XI. Änderungen im Krankenversicherungsrecht

Eine **ärztliche Verordnung** ist für die Beantragung der Kostenübernahme von Hilfsmitteln nur noch erforderlich, wenn es sich um eine erstmalige oder veränderte Diagnose handelt. In Einzelfällen können die Krankenkassen jedoch auch in diesen Fällen weiterhin eine ärztliche Verordnung verlangen, soweit sie auf die Genehmigung des beantragten Hilfsmittels verzichtet haben.

Zahnärzte bekommen zukünftig mehr Geld, wenn sie Pflegebedürftige, Bezieher von Leistungen der Eingliederungshilfe oder Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz in deren häuslicher Umgebung aufsuchen, wenn diese die Zahnarztpraxis aufgrund von Pflegebedürftigkeit, Behinderung oder Einschränkung nicht oder nur mit hohem Aufwand aufsuchen könnten. Dies soll die gesundheitliche Versorgung von Personen mit Einschränkungen verbessern.

XII. Finanzierung

Zur Finanzierung der Leistungserhöhung durch die Pflegereform wird der **Beitragssatz** zum 01.01.2013 um 0,1 Prozentpunkte auf 2,05 % angehoben. Kinderlose haben dann einen Beitrag von 2,25 % zu entrichten.

Zusätzlich soll durch den sogenannten **„Pflege-Bahr“** die private Eigenvorsorge angeregt werden. Bei Abschluss einer förderfähigen privaten Pflegezusatzversicherung mit einem Beitrag von mindestens 10 € pro Monat erhält der Versicherte einen monatlichen Zuschuss von 5 €. Die Versicherungsunternehmen dürfen dabei keine

Gesundheitsprüfung vornehmen (Kontrahierungszwang). Möglich sind jedoch Wartezeiten und altersabhängig unterschiedliche Beiträge.

Die Förderung kann dagegen nicht von Personen in Anspruch genommen werden, die bereits vor Abschluss der Zusatzversicherung Leistungen der Pflegeversicherung beziehen oder noch nicht volljährig sind.

XIII. Veränderungen für Einrichtungen und Dienste der Lebenshilfe

Die Pflegereform enthält zwar zahlreiche Änderungen der Bestimmungen für stationäre Pflegeheime nach dem SGB XI, jedoch keine Änderungen des SGB XII und damit keine direkten neuen Vorschriften für Einrichtungen und Dienste der Lebenshilfe.

Für **stationäre Einrichtung des SGB XII** ist zu beachten, dass die Altersgrenze für Kurzzeitpflege von pflegebedürftigen Kindern und Jugendlichen, die auch durch eine Einrichtung der Behindertenhilfe geleistet werden kann, auf 25 Jahre angehoben wurde.

Veränderungen ergeben sich für Lebenshilfe-Dienste, die auch einen zugelassenen **ambulanten Pflegedienst nach dem SGB XI** betreiben. Im Bereich der Zulassung wurde die Voraussetzung zur Bezahlung der Beschäftigten dahingehend geändert, dass die bisher vorgeschriebene ortsübliche **Vergütung** lediglich zu zahlen ist, soweit nicht die Vorschriften über Mindestlöhne nach dem Arbeitnehmer-Entsendegesetz auf die Arbeitnehmer Anwendung finden. **Qualitätsprüfungen** in ambulanten Pflegeeinrichtungen müssen zukünftig am Tag zuvor angekündigt werden.

Konkretisiert wurden die Vorschriften zum Pflegevertrag mit dem Pflegebedürftigen bei häuslicher Pflege. Klargestellt wurde, dass der **Pflegevertrag** vom Pflegebedürftigen jederzeit ohne Einhaltung einer Frist gekündigt werden kann. Auch muss der Pflegevertrag die nun vorrangige Möglichkeit der individuellen Zeitvergütungen aufnehmen. Der Pflegedienst hat den Pflegebedürftigen vor Vertragsschluss und bei jeder wesentlichen Änderung schriftlich darüber zu unterrichten, wie sich die vom Zeitaufwand unabhängige Vergütung im Vergleich zu einer rein zeitbezogenen Vergütung darstellt.

Die Vorschriften über die Errichtung ambulanter Wohngruppen sind generell auch auf Menschen mit Behinderung anwendbar, wenn diese gleichzeitig pflegebedürftig sind. Bei Konzipierung eines **Angebotes des ambulanten Wohnens** sollte daher überprüft werden, ob im Einzelfall die neuen Förderungen der sozialen Pflegeversicherung zur Verfügung stehen.

Des Weiteren könnte für Lebenshilfe-Dienste die vorgesehene **Präsenzkraft** in ambulanten Wohngruppen eine Möglichkeit darstellen, neue Aufgaben zu übernehmen. Da es sich bei dieser nicht um eine Pflegefachkraft handeln muss, könnte theoretisch auch Fachpersonal der Lebenshilfe zum Einsatz kommen. Ob dies sinnvoll ist, kann jedoch nur im Einzelfall entschieden werden.

Die Aufzählung ist nicht abschließend. Informationen zum Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz sind auch auf der Homepage des Bundesministeriums für Gesundheit abrufbar: www.bmg.bund.de

Diese Information wurde mit größter Sorgfalt erstellt. Dennoch können Irrtümer nicht ausgeschlossen werden. Für die Richtigkeit und Vollständigkeit des Inhalts kann daher keine Gewähr übernommen werden; eine Haftung wird ausgeschlossen.