



**Einführung des Neuen
Pflegebedürftigkeitsbegriffs 2017**

Arbeitshilfe

zum Zweiten Pflegestärkungsgesetz

(PSG II)

**für ambulante Pflegeeinrichtungen
(Pflegedienste)**

Inhalt

I. Einleitung	4
II. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff	7
1. Definition der Pflegebedürftigkeit (§ 14 Abs. 1 SGB XI)	7
2. Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument (§ 15 SGB XI)	11
3. Verfahren zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit (§ 18 SGB XI)	12
III. Übergang für ambulante Einrichtungen	13
IV. Überleitungsregelungen für Pflegeversicherte	14
1. Anzuwendendes Recht und Überleitung in die Pflegegrade (§ 140 SGB XI).....	14
2. Besitzstandsschutz und Übergangsrecht zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen (§ 141 SGB XI)	15
3. Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren (§§ 18, 142 SGB XI).....	16
V. Leistungen der Pflegeversicherung	17
1. Überblick: Wie hoch sind künftig die Leistungen in den einzelnen Pflegegraden?.....	17
2. Leistungen bei Pflegegrad 1 (§ 28a SGB XI)	17
3. Pflegesachleistung für ambulante Pflege in den Pflegegraden 2 – 5 (§ 36 SGB XI) ..	18
4. Pflegegeld für selbst beschaffte Hilfen (§ 37 SGB XI)	19
5. Kombination von Geldleistung und Sachleistung (Kombileistung nach § 38 SGB XI)	20
6. Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI).....	20
7. Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI).....	20
8. Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI)	21
9. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson (§ 44 SGB XI).....	22
10. Angebote zur Unterstützung im Alltag und Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags (§ 45a SGB XI).....	23
11. Entlastungsbetrag für Pflegebedürftige in häuslicher Pflege (§ 45b SGB XI)	26
12. Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts (§ 45c SGB XI).....	27
13. Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (§ 40 SGB XI)	28
14. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Personen (§ 45 SGB XI).....	32
VI. Wohnformen – Zuschläge, Förderung und Weiterentwicklung	32
1. Ambulant betreute Wohngruppen (§38a SGB XI)	32
2. Anschubfinanzierung zur Gründung neuer Wohnformen, § 45e SGB XI	35
3. Weiterentwicklung neuer Wohnformen, § 45f SGB XI	35

VII. Aufklärung, Beratung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen (§§ 7-7b, 17 Abs.1a SGB XI)	36
VIII. Beitragssatz (§55 SGB XI)	36
IX. Anerkennung tariflicher Vergütungen (§ 84 SGB XI).....	36
X. Qualitätsprüfungen (§§ 114, 115 SGB XI).....	37
1. Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität (§ 113 SGB XI).....	37
2. Qualitätsausschuss, Ausgestaltung eines Qualitätsausschusses (§ 113b SGB XI) ...	37
3. Personalbemessung in Pflegeeinrichtungen (§ 113c SGB XI).....	38
XI. Anlage 1 - Übersicht aller Leistungsbeträge für Pflegebedürftige ab 01.01.2017 ..	39

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.

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 schrittweise mit den vorangegangenen Reformen ausgeweitet und zahlreiche Verbesserungen in der pflegerischen Versorgung für Pflegebedürftige und ihre Angehörige umgesetzt. Insbesondere wurden Leistungen für Pflegebedürftige sowie deren Angehörige im ambulanten Bereich flexibilisiert und die Zahl der zusätzlichen Betreuungskräfte in stationären Pflegeeinrichtungen erhöht.

Mit der nun erfolgten Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen Begutachtungsinstruments 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 3 Pflegestufen werden 5 Pflegegrade. Aufgrund der Härtefallregelung und der Übergangsregelung für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz gab es schon seit längerem eine stärkere Differenzierung, als die drei Pflegestufen. Allerdings wird im Pflegegradsystem die seit 20 Jahren bestehende systemisch bedingte Ungleichbehandlung von somatisch und kognitiv beeinträchtigten Menschen nun endgültig aufgehoben. Pflegerische Betreuungsmaßnahmen werden als gleichrangige Leistung ins SGB XI eingeführt und stehen künftig allen pflegebedürftigen Menschen zur Verfügung. Die alte defizitorientierte Sichtweise auf Pflege wird abgelöst durch ein neues Verständnis von Pflege, das den Blick auf die noch bestehenden Fähigkeiten und Ressourcen lenkt, um die Selbständigkeit der Person zu erhalten oder wieder herzustellen. Prävention und Rehabilitation rücken somit in den Vordergrund.

Die Pflegeversicherung übernimmt damit ein fachwissenschaftlich begründetes Verständnis von Pflegebedürftigkeit:

- Gleichberechtigte Berücksichtigung körperlicher, kognitiver und psychischer Beeinträchtigungen
- Fokus auf Erhalt und Förderung Selbständigkeit
- Abkehr vom engen Verrichtungsbegriff

Dieses fachwissenschaftliche Verständnis ist fortan der Wegweiser für die Praxis der pflegerischen Versorgung.

Das neue Verständnis ist vielen beruflich Pflegenden bereits heute vertraut. Aber: gesetzliche und vertragliche Rahmenbedingungen haben die Umsetzung dieses Verständnisses in die Pflegepraxis bislang nicht hinreichend ermöglicht und befördert. D.h., es kommt in Zukunft nicht darauf an „Anderes“ zu machen, sondern es „anders“ zu machen.

Das Zweite Pflegestärkungsgesetz enthält aus Sicht ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen im Wesentlichen folgende Änderungen:

- Das neue Begutachtungsinstrument reflektiert im Zusammenhang mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff ein neues Verständnis von Pflegebedürftigkeit (§§ 14, 15 SGB XI)
- Neuausrichtung der Leistungen als Rahmen für ein neues Verständnis von Pflege, (§ 36 SGB XI)
 - Regelmäßige und gleichberechtigte Einbeziehung von pflegerischen Betreuungsmaßnahmen (Im gleichen Zuge Auflösung der Häuslichen Betreuungsleistung gem. § 124 SGB XI)
 - Durch Bezugnahme auf § 14 Absatz 2 SGB XI: umfassendes, differenziertes Pflegeverständnis
 - Stärkung von pflegfachlicher Anleitung
- Gleichstellung aller Versicherten in vollstationären Einrichtungen durch Zahlung eines einheitlichen Eigenanteils (§ 84 Abs.2 SGB XI)
- Individueller Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Einrichtungen (§ 43b SGB XI), Vergütungszuschlag für Vorhaltung von Betreuungskräften (§§ 84 Abs.8, 85 Abs.7 – Fortführung der bisherigen Regelung in § 87b)
- Stärkung der Beratung, Ausbau der Beratungsansprüche (§§ 7a, 37 Abs. 3, 45 SGB XI)
- gesonderte Präventions- und Rehabilitationsempfehlung im Einstufungsgutachten des MDK
 - Präventionsgesetz: Verbesserte Leistungen der Prävention, z.B. auch in stat. Pflegeeinrichtungen (§ 18 Abs. 6 SGB XI)
- Vereinfachter Zugang zu Hilfsmitteln durch Antrags- und Genehmigungsfiktion (§ 18 Abs. 6a SGB XI)

Mit der Pflegereform wurde ein grundlegender Systemwechsel vollzogen, dessen Umsetzung gerade in der ambulanten Versorgung einige Zeit erfordern wird. Einerseits stehen ab 2017 im ambulanten Bereich jährlich 1,6 Mrd. € mehr für Leistungen zur Verfügung und es kommt ein neuer Personenkreis insbesondere mit Bedarfen an niedrigschwelligen Leistungen in die Versorgung (Pflegegrad 1, erwartet werden hier in den nächsten Jahren 500.000 zusätzliche Pflegebedürftige). Andererseits

muss die mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff einhergehende Leistungserweiterung in den Verträgen verankert werden.

Besondere Herausforderungen liegen diesbezüglich in:

- In der Formulierung von „Aufgaben“, statt Maßnahmen, Tätigkeiten oder Vorrichtungen
- der Beschreibung der Unterstützung im Bereich der Kommunikation
- der Aufhebung der Trennung von pflegerischen Maßnahmen und pflegerischer Betreuung (nicht gemeint sind damit Betreuungs- und Entlastungsleistungen sowie niedrigschwellige Betreuungsleistungen; pflegerische Betreuung kann bei Indikation dann auch als Fachkraftaufgabe verstanden werden)
- Beschreibung der Hilfe bei der Haushaltsführung (keine Einschränkung mehr auf Hauswirtschaftliche Versorgung).

Leistungen mit präventivem Charakter, Anleitung und Edukation sowie prozesssteuernde Interventionen sind bisher nicht hinreichend oder nicht in allen Leistungsbeschreibungen erkennbar. Im Kern spricht alles für eine Flexibilisierung der Leistungen ohne weitreichende Beschränkungen bei den Formen der Hilfe. Pflegefachliche Anleitung, Edukation und Beratung sollte perspektivisch ggf. auch als Einzelleistung (Sachleistung) angeboten werden können.

Ab 2017 soll es somit ein umfassendes Pflegeverständnis unter Einbezug dieser Aspekte geben, das zwangsläufig mit einer Erweiterung des Leistungsspektrums einhergehen muss. Die im Augenblick noch überwiegend am Hilfebedarf bei den wiederkehrenden Verrichtungen orientierten Verträge lassen es ggf. nicht zu, dass diese Aufgaben finanziert werden, insbesondere im Bereich der kommunikativen und kognitiven Bedarfslagen. Die Diskrepanz von Bedarfslagen zum vorhandenen pflegerischen Versorgungsangebot wird insoweit sukzessive aufgehoben werden müssen. Bei der Frage, in welchem Rahmen die Leistungen angeboten werden können, wird die zeit- bzw. stundenorientierte Vergütung wieder vermehrt in die Diskussion kommen.

Diese Arbeitshilfe wird stetig weiterentwickelt. Zum Zeitpunkt der Veröffentlichung stehen die zukünftigen Regelungen für Pflegebedürftige und für weitere Leistungsempfänger noch nicht fest, die über den Sozialhilfeträger Leistungen der Hilfe zur Pflege beziehen (müssen). Dies betrifft im besonderen Maße sozialhilfebedürftige Menschen, die nicht bzw. nur im geringen Umfang pflegebedürftig. Diese Regelungen und weitergehende Änderungen werden mit dem Dritten Pflegestärkungsgesetz (PSG III) voraussichtlich noch bis zum Ende dieses Jahres auf den Weg gebracht.

Ihr Paritätischer Wohlfahrtsverband

II. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff

Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs hat Auswirkungen auf die bestehenden Rahmen, Versorgungs-, und Vergütungsverträge sowie das Pflegemanagement und die Konzepte der Einrichtungen.

Einrichtungen müssen ihre fachlichen Konzeptionen überprüfen und anpassen. Pflegekonzepte müssen an die geänderten Begrifflichkeiten und das ggf. veränderte Spektrum pflegerischer Maßnahmen bzw. veränderte Schwerpunkte (pflegerische Betreuung, aktivierende Pflege) angepasst werden. Schulungen von Führungskräften und MitarbeiterInnen über das geänderte fachwissenschaftliche Verständnis von Pflegebedürftigkeit sind unabdingbar.

Bestehende Angebote für Pflegebedürftige müssen noch stärker auf den Erhalt und die Wiedergewinnung der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten ausgerichtet sein. Das kann dazu führen, dass auch andere Fachkräfte in der Einrichtung tätig werden. Einzelne Maßnahmen, wie z.B. das gemeinsame Kochen müssen unter neuen ggfs. präventiven Aspekten geplant werden. Es muss der Übergang von einer verrichtungsbezogenen Pflege auf eine umfassende Sichtweise der problemorientierten Gestaltung von Pflege, Betreuung und Entlastung stattfinden.

1. Definition der Pflegebedürftigkeit (§ 14 Abs. 1 SGB XI)

Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die auf Dauer (mind. 6 Monate) körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können.

Es handelt sich hierbei um einen grundsätzlichen Paradigmenwechsel. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff impliziert, dass die defizitorientierte Sichtweise aufgegeben wird. Fortan wird nicht mehr der Bedarf in Minuten gemessen, sondern der Grad der Selbstständigkeit. Hilfsmittel, welche die Selbstständigkeit erhöhen, verringern die Pflegebedürftigkeit. Im derzeitigen System kommen nur die Bereiche zur Begutachtung, die einen Aufwand auslösen. Künftig kommen alle im NBA vorgesehenen Fragen zur Anwendung. Wenn sich also keine Treppe im Haushalt befindet, wird trotzdem bewertet, in welcher Form das Treppensteigen selbstständig möglich ist.

Die sechs Module, in denen gesundheitsbedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit bzw. der Fähigkeiten vorliegen können, sind gemäß § 14 Abs.2 SGB XI:

- Mobilität
- kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
- Selbstversorgung

- Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
- Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr eigenständig bewältigt werden kann, werden dabei berücksichtigt. Dabei werden körperliche, geistige und psychische Einschränkungen gleichermaßen erfasst und in die Einstufung einbezogen. Im Rahmen der Begutachtung wird der Grad der Selbständigkeit in den sechs Bereichen gemessen die - mit unterschiedlicher Gewichtung - zu einer Gesamtbewertung führt. Aus dieser ergibt sich dann die Einstufung in den Pflegegrad.

Zu den Inhalten der Module (aus dem leistungsrechtlichen Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes vom 26.04.2016):

Bereich 1: Mobilität

Maßgeblich ist, ob der Antragsteller in der Lage ist, ohne personelle Unterstützung eine Körperhaltung einzunehmen/ zu wechseln und sich fortzubewegen. Es werden lediglich Aspekte wie Körperkraft, Balance, Bewegungskoordination etc. beurteilt und nicht die zielgerichtete Fortbewegung. Es werden nicht die Folgen kognitiver Beeinträchtigungen berücksichtigt. Der Bereich beinhaltet die folgenden Kriterien:

- Positionswechsel im Bett
- Halten einer stabilen Sitzposition
- Umsetzen
- Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs
- Treppensteigen

Bereich 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

In diesem Bereich werden ausschließlich kognitive und kommunikative Fähigkeiten und Aktivitäten betrachtet. Maßgeblich sind Aspekte des Erkennens, Entscheidens oder des Steuerns von Aktivitäten und nicht deren motorische Umsetzung. Es ist unerheblich, ob ein zuvor selbständiger Erwachsener eine Fähigkeit verloren hat oder nie ausgebildet hat. Der Bereich beinhaltet die folgenden Kriterien:

- Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld
- Örtliche Orientierung
- Zeitliche Orientierung
- Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen
- Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen
- Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben
- Verstehen von Sachverhalten und Informationen
- Erkennen von Risiken und Gefahren
- Mitteilen von elementaren Bedürfnissen
- Verstehen von Aufforderungen
- Beteiligen an einem Gespräch

Bereich 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

In diesem Bereich werden Verhaltensweisen und psychische Problemlagen als Folge von Gesundheitsproblemen betrachtet, die immer wieder auftreten und personelle Unterstützung erforderlich machen. Im Mittelpunkt steht die Frage, inwieweit der Antragsteller sein Verhalten ohne personelle Unterstützung steuern kann. Von fehlender „Selbststeuerung“ ist auch dann auszugehen, wenn ein Verhalten zwar nach Aufforderung abgestellt wird, aber danach immer wieder aufs Neue auftritt, weil das Verbot nicht verstanden wird oder die Person sich nicht erinnern kann.

- Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten
- Nächtliche Unruhe
- Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten
- Beschädigen von Gegenständen
- Psychisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen
- Verbale Aggression
- Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten
- Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen
- Wahnvorstellungen
- Ängste
- Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage
- Sozial inadäquate Verhaltensweisen
- Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen

Bereich 4: Selbstversorgung

In diesem Bereich ist maßgeblich, ob die Aktivitäten in den nachfolgend genannten Kriterien praktisch durchgeführt werden können. Es ist unerheblich, ob die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit aufgrund von Schädigungen somatischer oder mentaler Funktionen bestehen. Die Kriterien sind wie folgt:

- Waschen des vorderen Oberkörpers
- Körperpflege im Bereich des Kopfes
- Waschen des Intimbereichs
- Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare
- An- und Auskleiden des Oberkörpers
- An- und Auskleiden des Unterkörpers
- Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken
- Essen
- Trinken
- Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls
- Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma
- Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma
- Ernährung parenteral oder über Sonde,
- Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern im Alter von bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen.

Bereich 5: Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

In diesem Bereich geht es um die Durchführung ärztlich verordneter Maßnahmen, die gezielt auf eine bestehende Erkrankung ausgerichtet und für voraussichtlich mindestens sechs Monate erforderlich sind. Maßgeblich ist, ob der Antragsteller die jeweilige Aktivität praktisch durchführen kann. Es ist unerheblich, ob die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit aufgrund von Schädigungen somatischer oder mentaler Funktionen bestehen. Ist dies nicht der Fall, wird die Häufigkeit der Hilfe durch andere Personen dokumentiert (oftmals identisch mit der ärztlich angeordneten Häufigkeit).

- Medikation, Injektionen
- Versorgung intravenöser Zugänge (Port)
- Absaugen und Sauerstoffgabe
- Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen
- Messung und Deutung von Körperzuständen
- Körpernahe Hilfsmittel
- Verbandwechsel und Wundversorgung
- Versorgung mit Stoma
- Regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abfuhrmethoden
- Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung
- Zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung
- Arztbesuche
- Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (bis zu 3. Std.)
- Zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (länger als 3 Std.)
- Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften
- Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern

Bereich 6: Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Maßgeblich ist, ob der Antragsteller die Aktivität in den nachfolgend genannten Kriterien praktisch durchführen kann. Es ist unerheblich, ob die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit aufgrund von Schädigungen somatischer oder mentaler Funktionen bestehen. Die Kriterien im Einzelnen sind wie folgt:

- Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen
- Ruhen und Schlafen
- Sich beschäftigen
- Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen
- Interaktion mit Personen im direkten Kontakt
- Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds

Zusätzlich wird erfasst, ob eine besondere Bedarfskonstellation vorliegt. Besondere Bedarfskonstellationen betreffen Antragsteller mit schwersten Beeinträchtigungen und einem außergewöhnlich hohen bzw. intensiven Hilfebedarf, der besondere Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweist. Das Vorliegen einer besonderen Bedarfs-

konstellation wird in den Begutachtungs-Richtlinien definiert (vgl. Ziffer 2 zu § 15 SGB XI). Hier wird das Kriterium Gebrauchsunfähigkeit beider Arme und Beine berücksichtigt.

2. Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument (§ 15 SGB XI)

Das Begutachtungsinstrument greift die Module nach § 14 Absatz 2 auf. Der Schweregrad wird in den Modulen 1, 2, 4 und 6 nach den Kategorien selbständig, überwiegend selbständig, überwiegend unselbständig und unselbständig erfasst. Im Modul 3 werden die Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen nach der Häufigkeit des Auftretens nach den vier Kategorien nie, maximal einmal wöchentlich, mehrmals wöchentlich und täglich kategorisiert. In Modul 5 wird der Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen nach dem Vorkommen, der Häufigkeit des Auftretens oder der Selbständigkeit bei der Durchführung kategorisiert.

Die Module fließen mit folgender Gewichtung in das Ergebnis ein:

- Mobilität (10 %)
- kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie 4. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen (15 %)
- Selbstversorgung (40 %)
- Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen (20 %)
- Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (15 %)

Die unterschiedliche Gewichtung der Bereiche und der mit Punktzahlen hinterlegte Grad der Selbständigkeit führen zu einer Gesamtpunktzahl, die die Grundlage für den entsprechenden Pflegegrad bildet.

Für das Erreichen eines Pflegegrades wurden auf einer Skala 0 bis 100 Punkte vergeben:

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

Sonderfall:

Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung auf-

weisen (Besondere Bedarfslagen), können dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte nicht für den Pflegegrad 5 reichen.

Das NBA wird darüber hinaus die Bereiche außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung erfassen, die als „Module“ 7 und 8 aber nicht in die Bewertung einfließen.

Im Ergebnis werden durch die Module Selbstversorgung und Mobilität die bisherigen Bereiche der Grundpflege und Mobilität abgebildet. Die Module „Kognitive und kommunikative Fähigkeiten“ und „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“ bilden 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.

Der GKV-Spitzenverband hat am 15.04.2016 die neuen Begutachtungsrichtlinien–BRi erlassen, die ab dem 01.01.2017 für die Begutachtung maßgeblich sind. Mit den neuen Begutachtungs-Richtlinien werden die ab 1. Januar 2017 geltenden gesetzlichen Vorgaben in § 15 i.V.m. den Anlagen 1 und 2 des SGB XI zum neuen Begutachtungsverfahren (Neues Begutachtungsassessment) ausgestaltet. Sie sind künftig die verbindliche Maßgabe für die Begutachtung nach dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff. Diese finden Sie auf der Internetseite des GKV Spitzenverbandes.

Weiterführende Informationen zum neuen Begutachtungsassessment finden Sie unter anderem in der Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Band 2 des GKV-Spitzenverbandes

[www.gkv-spitzenverband.de
/media/dokumente/presse/publikationen/schriftenreihe/Schriftenreihe_Pflege_Band-11.pdf](http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/schriftenreihe/Schriftenreihe_Pflege_Band-11.pdf)

und in zahlreichen Fachinformationen des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen

www.mds-ev.de/themen/pflegebeduerftigkeit-ab-2017/neuer-pflegebeduerftigkeitsbegriff.html

3. Verfahren zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit (§ 18 SGB XI)

Das separate Verfahren zur Ermittlung einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz (PEA Assessment) wird aufgehoben. Die Gutachter werden verpflichtet, auch die Bereiche außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung in die Erfassung der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit und Fähigkeitsstörungen einzubeziehen, für die in Absatz 5a Kriterien aufgestellt werden.

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.

Der § 18 SGB XI wird um den Absatz 6a erweitert. MDK-Gutachter haben in ihrem Gutachten auch Empfehlungen zu Hilfsmitteln zu geben. Die Gutachter sollen sich so konkret wie möglich an den jeweiligen Lebensumständen des Versicherten orientieren. Sofern die Erforderlichkeit der Hilfsmittel unter Berücksichtigung des § 40 SGB XI vermutet wird, ist eine ärztliche Verordnung nicht notwendig.

III. Übergang für ambulante Einrichtungen

Um den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff in der Praxis umzusetzen, müssen die Landesrahmenvereinbarungen und die Vergütungsregelungen an die neuen Pflegegrade und an die „Ausweitung“ der Leistungen angepasst werden. Hierzu macht der Gesetzgeber keine bundeseinheitlichen Vorgaben. Die bisher abgeschlossenen Vergütungsvereinbarungen gelten – anders als im stationären Bereich – grundsätzlich weiter.

Für ambulante Einrichtungen liegt der Schwerpunkt in der Übergangsphase in der Definition, Konkretisierung und auch Abgrenzung der Aufgaben nach Qualifikation. Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird der Leistungsumfang der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 SGB XI neu definiert. Neben den körperbezogenen Pflegemaßnahmen wurden die pflegerischen Betreuungsmaßnahmen als gleichwertige und regelhafte Leistung ins Gesetz aufgenommen und die Hilfe zur Haushaltsführung eingeführt. Es geht nun darum Leistungen zu vereinbaren, welche dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff folgen. Diese müssen in den Landesrahmenverträgen bzw. Leistungsbeschreibungen inhaltlich konkretisiert werden: Leistungen mit präventivem Charakter, Beratung, pflegefachliche Anleitung und Edukation, alltagsbezogene Unterstützung, Interventionen bei kognitiven und psychischen Problemlagen sowie prozesssteuernde Interventionen müssen deutlicher benannt werden, um als Bestandteile der Vergütung in die Vergütungsvereinbarungen Einklang zu finden (siehe auch Einleitung).

Dies wird begleitet von weiteren Entwicklungen in der Pflege, die diesen Paradigmenwechsel ebenfalls unterstützen:

- die Umsetzung des neuen Strukturmodells der Pflegedokumentation,
- die Umstellung der Qualitätsberichterstattung und -darstellung auf indikatorengestützte Verfahren mit den Fokus auf Ergebnisqualität und
- die Entwicklung eines Instruments zur Personalbemessung nach §113c SGB XI.

So oder so muss das Rad nicht neu erfunden werden. Hinweise für Aufgabenbeschreibungen oder für die Maßnahmenplanung liegen z.B. aus dem Projekt: *Maßnahmen zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen*

bundesweit einheitlichen und reliablen Begutachtungsinstrumente zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI - Das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit / Anlagenband – Ergänzten und korrigierten Fassung vom 25. März 2008 – vor. Hier wurden in der Anlage F „Hinweise zur Nutzung von Begutachtungsergebnissen bei der Pflegeplanung“ seinerzeit viele Beispiele zusammengetragen.

Da ein Paradigmenwechsel nicht von heute auf morgen vollzogen werden kann, sondern vielmehr Zeit bei der Umsetzung benötigt, bedarf es einer mehrstufigen Strategie. Für die Verhandlung von Rahmenverträgen auf Landesebene bedeutet dies 2016 und 2017 die Weichen für eine Umstellung zu legen und somit eine mittel- bis längerfristige Umsetzung vorzubereiten.

Die Ausgestaltung der Landesrahmenverträge erfolgt durch die Vertragspartner auf Landesebene. Diese dienen als Grundlage für die Vereinbarung neuer Vergütungen und gegebenenfalls neuer Leistungskomplexe. In einigen Bundesländern wurden im Zusammenhang mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs bereits zum 01.01.2017 neue Vergütungsvereinbarungen vereinbart. Konkrete Informationen zum Verhandlungsstand in Ihrem Bundesland erhalten Sie von Ihrem Paritätischen Landesverband.

Die ambulanten Pflegeverträge sollten im Hinblick auf die Änderungen des § 36 SGB XI zum 01.01.2017 überprüft und an die neuen Begrifflichkeiten angepasst werden. Daraus ergibt sich auch i.d.R. eine Aktualisierung des Preisberechnungsblatts. Wird auf Landesebene eine Leistungsänderungen (z.B. Neue Leistungskomplexe, Änderungen der Punktzahlen) vorgenommen, sollte der Kunde hierüber entsprechend informiert werden. Für den Pflegevertrag bei häuslicher Pflege (§ 120 SGB XI) gilt ohnehin die Vorschrift, dass der Pflegedienst den Pflegebedürftigen vor Vertragsabschluss und bei jeder wesentlichen Veränderung in der Regel schriftlich über die voraussichtlichen Kosten zu unterrichten hat.

IV. Überleitungsregelungen für Pflegeversicherte

1. Anzuwendendes Recht und Überleitung in die Pflegegrade (§ 140 SGB XI)

Versicherte der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung werden mit Wirkung ab dem 1. Januar 2017 ohne erneute Antragstellung und ohne erneute Begutachtung einem Pflegegrad zugeordnet. Die Zuordnung ist dem Versicherten schriftlich mitzuteilen. Die Überleitung ist in § 140 SGB XI geregelt und ist wie folgt vorzunehmen:

- Pflegebedürftige ohne eingeschränkte Alltagskompetenz → Einfacher Stufensprung
- Pflegebedürftige mit eingeschränkte Alltagskompetenz → Doppelter Stufensprung
- Härtefälle mit oder ohne eingeschränkte Alltagskompetenz in den Pflegegrad 5

- Versicherte ohne Pflegestufe, aber mit eingeschränkter Alltagskompetenz (so genannte PS 0) in den Pflegegrad 2

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 SGB XI in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung mehr vorliegt.

Durch die Übergangsregelung gem. § 142 SGB XI wird das Aussetzen von Wiederholungsbegutachtungen für die Pflegebedürftigen, die von einer Pflegestufe in einen Pflegegrad übergeleitet wurden, für einen Zeitraum von zwei Jahren festgelegt. Ein Höherstufungsantrag führt unabhängig davon zu einer neuen Begutachtung. Eine Absenkung des Pflegegrades ist für „übergeleitete“ Personen ausgeschlossen, es sei denn, es liegt keine Pflegebedürftigkeit mehr vor.

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 (Pflegetaschengeld), § 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.

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 Pflegetätigkeit fort.

3. Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren (§§ 18, 142 SGB XI)

Bei pflegebedürftigen Versicherten werden vom 1. Juli 2016 bis zum 31. Dezember 2018 keine Wiederholungsbegutachtungen¹ durchgeführt (vgl. §§ 18 Abs. 2a, 142). Abweichend können Wiederholungsbegutachtungen durchgeführt werden, wenn eine Verringerung des Hilfebedarfs, insbesondere aufgrund von durchgeführten Operationen oder Rehabilitationsmaßnahmen zu erwarten ist. Dies betrifft alle Pflegeversicherten, bei denen im Jahr 2016 bereits Pflegebedürftigkeit festgestellt wurde und die von Pflegestufen in die Pflegegrade nach § 140 übergeleitet wurden.

Für Fälle in denen der Erstantrag nach dem 01.01.2017 gestellt wurde, gilt dies jedoch nicht.

Wichtig: Ein Antrag auf Neueinstufung bzw. Höherstufung kann weiterhin jederzeit gestellt werden.

In der Zeit vom 1. November 2016 bis zum 31. Dezember 2017 ist die Bearbeitungsfrist für Anträge auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit von 25 Arbeitstagen grundsätzlich unbeachtlich, ausgenommen sind Antragsteller, bei denen die verkürzten Begutachtungen von 1 bzw. 2 Wochen gem. § 18 Abs. 3 SGB XI (z.B. Im Krankenhaus, Beantragung von Pflegezeit) greifen oder 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 grundsätzlich alle Erstanträge.

¹ Bei Wiederholungsbegutachtungen handelt es sich um Begutachtungen, die vom MDK im Rahmen einer Erst- oder Folgebegutachtung veranlasst werden und für einen späteren Zeitpunkt terminiert sind.

Für den Zeitraum vom 01. November 2016 bis zum 31. Dezember 2017 wird ebenso die Verpflichtung der Pflegekasse, dem Antragsteller mindestens drei unabhängige Gutachter zu benennen, wenn innerhalb von 20 Arbeitstagen nach Antragstellung keine Begutachtung stattfindet (§ 18 Abs.3a SGB XI), außer Kraft gesetzt. Ausgenommen sind nur Anträge mit besonders dringlichem Entscheidungsbedarfs (s.o.).

Wird ein Neuantrag bzw. Änderungsantrag noch im Jahr 2016 gestellt, dann findet die Begutachtung nach dem bis zum 31.12.2016 geltenden Recht statt, unabhängig davon, ob die Begutachtung selbst noch im Jahr 2016 oder bereits im Jahr 2017 durchgeführt wird. Für Neuanträge bzw. Änderungsanträge im Jahr 2017 gelten die neuen Regelungen.

V. 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. 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 zu-

sätzliche 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 €.

3. 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 Pflegebedürftigkeit 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 €

4. 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.

5. 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.

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 ausrei-

chendem 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 neh-

men 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. 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 Pfl egetätigkeit 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 Pfl egetätigkeit in der gesetzlichen Rentenversicherung versicherungspflichtig, sofern die übrigen Voraussetzungen erfüllt sind.

Arbeitslosenversicherung

Mit dem PSG II wird der Arbeitslosenschutz für Pflegenden 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 Pfl egetätigkeit 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 Pflege Tätigkeit Arbeitslosengeld zu beantragen und Leistungen der Arbeitsförderung zu beanspruchen.

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

Die für den Personenkreis nach § 45 a SGB XI übergangsweise eingeführten niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsleistungen werden mit dem PSG II fortgeführt und neu strukturiert. Die bisher im § 45c Abs. 3 und 3a SGB XI definierten niedrigschwelligen Betreuungsangebote werden in § 45a SGB XI als Angebote zur Unterstützung im Alltag definiert.

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). Der Pflegesachleistungsbetrag verringert sich entsprechend.

In § 45a Abs. 4 Satz 8 SGB XI wird klargestellt, dass die Inanspruchnahme der Umwandlungsleistung und des ambulanten Betrages nach § 45b SGB XI unabhängig voneinander erfolgen. Damit wird die Auslegung mancher Pflegekassen korrigiert, die hinsichtlich des Entlastungsbetrags und Umwandlungsanspruchs vom Bestehen eines Vorrang-Nachrang-Verhältnisses ausgingen.

Das gemeinsame leistungsrechtliche Rundschreiben des GKV –Spitzenverbandes vom 26.04.2016 führt dazu Folgendes aus:

„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)

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

Der bisherige Anspruch auf zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen wird zum besseren Verständnis als Entlastungsbetrag bezeichnet.

Pflegebedürftige in häuslicher Pflege erhalten weiterhin Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 € monatlich. Diesen können sie für qualitätsgesicherte Leistungen 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 hierzu im Dritten Pflegestärkungsgesetz (PSG III) auf den Weg gebracht, mit der zudem 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.

Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 können den Entlastungsbetrag auch für Aufwendungen einsetzen, die ihnen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen im Bereich der Selbstversorgung im Sinne des § 36 SGB XI (also körperbezogene Pflegemaßnahmen) entstehen.

In diesem Zusammenhang wurde im PSG II in der Gesetzesbegründung formuliert, dass die Obergrenze der von den Versicherten hierfür zu entrichtenden Vergütungen aus § 36 abgeleitet wird. Mit dem PSG III wird nun voraussichtlich im Gesetzestext normiert, dass die verlangte Vergütung die Preise für vergleichbare Sachleistungen von zugelassenen Pflegeeinrichtungen nicht übersteigen darf und das Näheres zur Ausgestaltung einer entsprechenden Begrenzung der Vergütung, die für die Erbringung von Leistungen durch nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag verlangt werden darf, die Landesregierungen in der Rechtsverordnung nach § 45a Absatz 3 bestimmen können.

12. Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts (§ 45c SGB XI)

Nach § 45c können zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte und zur Förderung ehrenamtlicher Strukturen durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen mit einer 50%igen Ko-Finanzierung durch die Länder (insgesamt ein Fördervolumen von 50.000.000 €) gefördert werden:

- der Auf- und Ausbau von Angeboten zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a,
- der Auf- und Ausbau von Gruppen ehrenamtlich tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen und entsprechender ehrenamtlicher Strukturen sowie
- Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen, insbesondere für an Demenz erkrankte Pflegebedürftige sowie andere Gruppen von Pflegebedürftigen, deren Versorgung in besonderem Maße der strukturellen Weiterentwicklung bedarf.

Mit dem PSG II wird in § 45 c Absatz 9 SGB XI ein weiterer Förderzweck eingeführt. Zur Verbesserung der Versorgung und Unterstützung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen sowie vergleichbar nahestehender Pflegepersonen können die Fördermittel auch für die Beteiligung von Pflegekassen an regionalen Netzwerken verwendet werden, die der strukturierten Zusammenarbeit von Akteuren dienen, die an der Versorgung Pflegebedürftiger beteiligt sind und die sich im Rahmen einer freiwilligen Vereinbarung vernetzen. Mögliche Beteiligte an entsprechenden regionalen Netzwerken können auch niedergelassene Ärzte, Heilmittelerbringer, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen, Wohlfahrtsverbände, Selbsthilfegruppen, Kommunen oder Krankenkassen sein. Die Förderung der Beteiligung durch Pflegekassen ist von einer finanziellen Beteiligung des Landes oder der kommunalen Gebietskörperschaft unabhängig. Es findet auch keine Aufteilung der Fördermittel auf die Länder nach dem Königsteiner Schlüssel und keine Übertragung der Mittel auf die nächsten Kalenderjahre statt. Damit soll eine möglichst flexible Handhabung der Förderung der selbstorganisierten regionalen Netzwerke durch die Pflegekassen gefördert werden.

Angesichts der bisher nur im geringen Maße abgerufenen Mittel, sind im PSG III weitere Änderungen des § 45c geplant. Zum einen wird eine Ausweitung der Ko-Finanzierungsmöglichkeit durch die Länder vorgenommen. Im Einvernehmen mit allen Fördergebern sollen in Zukunft die Zuschüsse der kommunalen Gebietskörperschaften auch als Personal - oder Sachmittel eingebracht werden können, sofern diese Mittel nachweislich ausschließlich und unmittelbar dazu dienen, den jeweiligen Förderzweck zu erreichen. Zum anderen können die im jeweiligen Haushaltsjahr nicht ausgeschöpften und ins Folgejahr übertragenen Mittel, die am Ende des Folgejahres immer noch nicht in Anspruch genommen wurden, für konkret benannte Projekte im darauf folgenden Jahr von denjenigen Bundesländern beantragt werden, die im Jahr vor der Übertragung der Mittel mindestens 80 Prozent der auf sie entfallenden Mittel ausgeschöpft haben.

13. 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 vor-

handenen 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 Treppen-

<i>haus/Eingangsbereich in Betracht:</i>	
Ausstattungs-elemente	Mögliche Veränderungen
<i>Aufzug</i>	<i>Einbau eines Personenaufzuges im eigenen Haus Anpassung an die Bedürfnisse eines Rollstuhlfahrers: Ebenerdiger Zugang, Vergrößerung der Türen, Bedienschalteleiste in Greifhöhe; Installation von Haltestangen, Schaffung von Sitzplätzen</i>
<i>Briefkasten</i>	<i>Absenkung des Briefkastens auf Greifhöhe (z.B. bei Rollstuhlfahrern)</i>
<i>Orientierungshilfen</i>	<i>Schaffung von Orientierungshilfen für Sehbehinderte, 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, Türanschlätze 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>	
Beispiele für Maßnahmen innerhalb des Wohnungsbereich	
Ausstattungs-elemente	Mögliche Veränderungen
<i>Bewegungsfläche</i>	<i>Umbaumaßnahmen zur Schaffung ausreichender Bewegungsraumes, z.B. durch Installation der Waschmaschine in der Küche anstelle im Bad (Aufwendungen für Verlegung der Wasser- und Stromanschlüsse)</i>
<i>Bodenbelag</i>	<i>Beseitigung von Stolperquellen, Rutsch- und Sturzgefahren</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/ Heizungsventile in Greifhöhe; Ertastbare Heizungsventile für Sehbehinderte</i>
<i>Reorganisation der Wohnung</i>	<i>Anpassung der Wohnungsaufteilung (ggf. geplant für jüngere Bewohner, Ehepaare) auf veränderte Anforderungen (alt, allein, gebrechlich) durch Umnutzung von Räumen; Stockwerktausch (insbesondere in Einfamilienhäusern)</i>

	<i>ist häufig das Bad und das Schlafzimmer in oberen Etagen eingerichtet)</i>
<i>Türen, Türanschlüge und Schwellen</i>	<p><i>Türvergrößerung;</i> <i>Abbau von Türschwellen, z.B. auch zum Balkon</i> <i>Veränderung der Türanschlüge, wenn sich dadurch der Zugang zu einzelnen Wohnbereichen erleichtern oder die Bewegungsfläche vergrößern lässt</i> <i>Einbau von Sicherheitstüren zur Vermeidung einer Selbst- bzw. Fremdgefährdung bei desorientierten Personen;</i> <i>Bei einer bereits installierten Türöffner- und Türschließenanlage Absenkung der Anlage in Greifhöhe bzw. behinderungsgerechte Anpassung.</i> <i>Absenkung eines Türspions</i></p>
<i>Fenster</i>	<p><i>Absenkung der Fenstergriffe;</i> <i>Anbringung von elektrisch betriebenen Rollläden, sofern der Anspruchsberechtigte zur Linderung seiner Beschwerden ständig auf einen kühlen Raum angewiesen ist und eine Unterbringung nur in diesem Raum erfolgen kann</i></p>
<i>Armaturen</i>	<p><i>Installation von Armaturen mit verlängertem Hebel oder Schlaufe, Schlauchbrause ;</i> <i>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></p>
<i>Bodenbelag</i>	<i>Verwendung von rutschhemmendem Belag</i>
<i>Kücheneinrichtung</i>	<p><i>Veränderung der Höhe von z.B. Herd, Kühlschrank, Arbeitsplatte, Spüle als Sitzarbeitsplätze;</i> <i>Schaffung einer mit dem Rollstuhl unterfahrbaren Kücheneinrichtung;</i> <i>Absenkung von Küchenoberschränken (ggf. maschinelle Absenkvorrichtung);</i> <i>Schaffung von herausfahrbaren Unterschränken (ggf. durch Einhängkörbe)</i></p>
<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>	<p><i>Installation von Armaturen mit verlängertem Hebel oder Schlaufe, Schlauchbrause;</i> <i>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 – auf-</i></p>

	<i>bereitet 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)

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

Pflegekassen haben für Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflege Tätigkeit interessierte Personen unentgeltlich Schulungskurse durchzuführen, entweder als Gruppen- oder als Einzelschulungen. Auf Wunsch auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen. Teilweise ist auch eine Schulung im Krankenhaus möglich, bevor der pflegebedürftige Angehörige in die Häuslichkeit entlassen wird.

Mit der Durchführung der Pflegekurse werden in der Regel ambulante Pflegedienste durch die Pflegekasse beauftragt. Die Kurse sollen Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege vermitteln. In den Kursen ist der Einführung des neuen Verständnisses von Pflegebedürftigkeit Rechnung zu tragen, das die Grundlage der vorzunehmenden Pflege darstellt und entsprechend vermittelt werden soll. Im Mittelpunkt stehen nicht mehr die Defizite, die die pflegebedürftigen Menschen aufweisen, sondern Ziel ist, das Ausmaß ihrer Selbständigkeit aufzuzeigen.

VI. 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 vorliegen:

Pflegebedürftige haben Anspruch, wenn

- a. sie mit mindestens zwei und höchstens elf weiteren Personen in einer ambulant 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 organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten zu verrichten oder hauswirtschaftliche Unterstützung zu leisten,
- d. keine Versorgungsform einschließlich teilstationärer Pflege vorliegt, in der ein Anbieter der Wohngruppe oder ein Dritter den Pflegebedürftigen Leistungen anbietet oder gewährleistet, die dem im jeweiligen Rahmenvertrag für vollstationäre Pflege vereinbarten Leistungsumfang 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 Versorgung 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 teilstationäre Pflege nicht sichergestellt werden kann. Die Regelung gilt auch für Privatversicherte.

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.

2. Anschubfinanzierung zur Gründung neuer Wohnformen, § 45e SGB XI

Wie bisher wird zur Förderung der Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen Pflegebedürftigen, die Anspruch auf Leistungen nach § 38a SGB XI haben und die an der gemeinsamen Gründung beteiligt sind, für die altersgerechte oder barrierearme Umgestaltung der gemeinsamen Wohnung zusätzlich zu dem Betrag nach § 40 Abs. 4 SGB XI einmalig ein Betrag von bis zu 2.500 € gewährt. Der Gesamtbetrag ist je Wohngruppe auf 10.000 € begrenzt und wird bei mehr als vier Anspruchsberechtigten anteilig auf die Versicherungsträger der Anspruchsberechtigten aufgeteilt.

Der Antrag ist innerhalb eines Jahres nach Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen zu stellen. Dabei kann die Umgestaltungsmaßnahme auch vor der Gründung und dem Einzug erfolgen; dies gilt für Versicherte der privaten Pflege-Pflichtversicherung entsprechend.

Der Förderbetrag wird ausgezahlt, wenn die Gründung der ambulanten Wohngruppe nachgewiesen wird. Der Anspruch endet mit Ablauf des Monats, in dem das Bundesversicherungsamt den Pflegekassen mitteilt, dass mit der Förderung eine Gesamthöhe von 30 Millionen € erreicht worden ist.

Einzelheiten zu den Voraussetzungen und dem Verfahren der Förderung regelt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V.

3. Weiterentwicklung neuer Wohnformen, § 45f SGB XI

Bereits mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz 2012 wurden zur wissenschaftlich gestützten Weiterentwicklung und Förderung neuer Wohnformen zusätzlich zu der bestehenden Förderung nach § 8 Abs. 3 SGB XI 10 Millionen € zur Verfügung gestellt. Dabei sind insbesondere solche Konzepte einzubeziehen, die es alternativ zu stationären Einrichtungen ermöglichen, außerhalb der vollstationären Betreuung bewohnerorientiert individuelle Versorgung anzubieten. Einrichtungen, die aus diesem Grund bereits eine Modellförderung aus dem Ausgleichfonds nach § 8 Abs. 3 SGB XI erfahren haben, sind von der Förderung ausgenommen. Für die Förderung gilt § 8 Abs. 3 SGB XI entsprechend.

VII. Aufklärung, Beratung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen (§§ 7-7b, 17 Abs.1a 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 die in ihren Verträgen zur integrierten Versorgung getroffenen Festlegungen, insbesondere zu Art, Inhalt und Umfang der Leistungen und der für die Versicherten entstehenden Kosten 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 gem. § 17 Abs. 1a erstellt werden sollen. Beratungsgutscheine werden künftig bei allen wesentlichen Antragsarten ausgereicht. Eine stärkere kommunale Einbindung soll gem. § 7a Abs. 7 durch Landesrahmenverträge zur Zusammenarbeit mit den Pflegekassenverbänden erfolgen.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat bis zum 31.07.2018 Richtlinien zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung, Beratungsstellen und Pflegestützpunkte zu erlassen, die unmittelbar verbindlich sind. In die Erarbeitung werden u.a. die Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene und die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege mit einbezogen.

Die Pflegeberatungen sollen konkret auch über Leistungen zur Entlastung der Pflegepersonen informieren. Leistungs- und Preisvergleichslisten sind ab jetzt vorzuhalten.

VIII. Beitragssatz (§55 SGB XI)

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.

IX. Anerkennung tariflicher Vergütungen (§ 84 SGB XI)

Bereits mit dem PSG I wurde in Bezug auf die Verhandlungen mit den Pflegekassen klargestellt, dass die Bezahlung tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden können. Der Träger der Einrichtung ist verpflichtet, im Falle einer Vereinbarung der Pflegesätze auf Grundlage der Bezahlung der Beschäftigten nach tarifvertraglich vereinbarten Vergütungen sowie entsprechenden Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen, die entsprechende Bezahlung der Beschäftigten jederzeit einzuhalten. Auf Verlangen einer Vertragspartei hat der Trä-

ger der Einrichtung dieses nachzuweisen. Personenbezogene Daten sind dabei zu anonymisieren. Das Nähere zur Durchführung des Nachweises wird in den Landesrahmenverträgen nach § 75 Absatz 1 und 2 SGB XI geregelt.

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

Bereits das PSG I sieht vor, dass die betroffenen Pflegebedürftigen einer Anlassprüfung unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen in die Prüfungsergebnisse der ursprünglichen Prüfung einzubeziehen sind. Anlassprüfung sollen gem. dem PSG II unangemeldet erfolgen. Ist ein Berechtigter nicht am Ort einer unangemeldeten Prüfung anwesend und ist eine rechtzeitige Einholung der Einwilligung in Textform nicht möglich, so genügt ausnahmsweise eine mündliche Einwilligung, wenn andernfalls die Durchführung der Prüfung erschwert würde.

Auch umfasst die Qualitätsregelprüfung die Abrechnung der erbrachten Leistungen.

1. Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität (§ 113 SGB XI)

Der § 113 wird hinsichtlich der Inhalte der Maßstäbe und Grundsätze neu strukturiert, wobei die inhaltlichen Vorgaben im Wesentlichen gleich bleiben. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sollen wissenschaftliche Aufträge erteilen. Ergänzend wird geregelt, dass sich die Vertragspartner darauf festlegen, wo die in den Einrichtungen für die Qualität erhobenen Daten zentral zusammengeführt, ausgewertet und aufbereitet werden, einschließlich der Beachtung datenschutzrechtlicher Bestimmungen. Die Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 gelten zunächst in ihrer bestehenden Form weiter, sind aber bis zum 30. Juni 2018 (ambulant) bzw. 30. Juni 2017 (stationär) zu aktualisieren, um insbesondere auch Anforderungen an eine praxistaugliche, den Pflegeprozess unterstützende und die Pflegequalität fördernde Pflegedokumentation zu regeln.

2. Qualitätsausschuss, Ausgestaltung eines Qualitätsausschusses (§ 113b SGB XI)

Die bislang geltende Schiedsstelle wird in einen Qualitätsausschuss überführt. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen sowie weitere Mitglieder des Qualitätsausschusses sollen die Vereinbarungen und Beschlüsse zur Qualitätsprüfung und Qualitätsberichterstattung detailliert beschreiben sowie bisher auch schon die Expertenstandards vorlegen. Neu in den Aufgabenbereich gekommen sind die Empfehlungen für die Qualitätssicherung der Beratungsbesuche.

Zur Unterstützung des Qualitätsausschusses wird eine qualifizierte Geschäftsstelle eingerichtet. Bis zum 31.3.2017 sind Instrumente zur Qualitätsberichterstattung in der

stationären Pflege sowie Ergebnisse durch die Vertragsparteien nach § 113 vorzulegen. Bis zum 30.6.2017 sind Instrumente zur Qualitätsberichterstattung in der ambulanten Pflege zu entwickeln und eine Pilotierung durchzuführen. Der Abschlussbericht ist zum 31.3.2018 vorzulegen. Ergänzend dazu sollen u.a. Instrumente zur Ermittlung der Lebensqualität und ein Konzept zur Qualitätssicherung in neuen Wohnformen entwickelt werden. Dieses Konzept soll voraussichtlich gem. PSG III bis zum 31.12.2018 vorliegen.

Die Regelungen des Qualitätsausschuss führen insgesamt zum Umbau der Pflege-selbstverwaltung. Künftig können Streitigkeiten in einem schnellen Verfahren geschlichtet werden.

3. Personalbemessung in Pflegeeinrichtungen (§ 113c SGB XI)

Die Vertragspartner nach § 113 werden verpflichtet in Einvernehmen mit dem BMG und dem BMFSFJ die Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach quantitativen und qualitativen Maßstäben zu beauftragen. Der Auftrag soll bis spätestens 31.12.2016 vergeben sein, sonst werden BMG und BMFSFJ die Aufgabe übernehmen. Ergebnisse sollen bis spätestens 30.06.2020 vorliegen.

Der Gesetzgeber hat keine Regelungen eingeführt, die eine verbindliche Umsetzung von Personalbemessungsinstrumenten vorsehen.

Hinweis: Bei dieser Arbeitshilfe 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 Gesamtverbands. Stand: 05. Dezember 2016

XI. Anlage 1 - Übersicht aller Leistungsbeträge für Pflegebedürftige ab 01.01.2017

Im Vergleich: Pflegegrade 2 – 5 und Pflegestufen 0 / 1 – 3 / Härtefall (bis 31.12.2016)

	Pflegegrad 2		Pflegegrad 3		Pflegegrad 4		Pflegegrad 5	
	NEU	ALT	NEU	ALT	NEU	ALT	NEU	ALT
§ 37 Pflegegeld	316 €	PS I: 244 € PS 0: 123 €	545 €	PS II: 458 € PS I + PEA: 316 €	728 €	PS III: 728 € PS II + PEA: 545 €	901 €	PS III + PEA: 728 €
§ 36 Sachleistung ambulant	689 €	PS I: 468 €	1298 €	PS II: 1144 €	1612 €	PS III: 1612 €	1995 €	Härtefall: 1995 €
§ 41 teilstationär		PS 0: 231 €		PS I + PEA: 689 €		PS II + PEA: 1298 €		PS III + PEA: 1612 €
§ 43 vollstationär	770 €	PS I: 1064 € PS 0: 231 €	1262 €	PS II: 1330 € PS I + PEA: 1064 €	1775 €	PS III: 1612 € PS II + PEA: 1330 €	2005 €	Härtefall: 1995 € PS III + PEA: 1612 €

Leistungen für Pflegegrad 1 (gem. § 28a) ab 01.01.2017:

- Pflegeberatung gemäß der §§ 7a und 7b,
- Beratung in der eigenen Häuslichkeit gemäß § 37 Absatz 3,
- zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen gemäß § 38a,
- Versorgung mit Pflegehilfsmitteln gemäß § 40 Absatz 1 bis 3 und 5,
- finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfeldes gemäß § 40 Absatz 4,
- zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen gemäß § 43b,
- Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen gemäß § 45,
- Entlastungsbetrag gemäß § 45b Absatz 1 Satz 1 in Höhe von 125 € monatlich,
- Zuschuss bei vollstationärer Pflege gemäß § 43 Absatz 3 in Höhe von 125 € monatlich.

Weitere Leistungen ab 01.01.2017:

- § 38a: Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen (214 €),
- § 39: Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (ab PG II: bis zu 1612 €),
- § 40: Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (Pflegehilfsmittel: bis 40 € mtl., Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen: bis zu 4000 € je Maßnahme),
- § 40: Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des gemeinsamen Wohnumfeldes bei mehreren in der Wohnung lebenden Pflegebedürftigen (max. 16000 € je Maßnahme),
- § 42: Kurzzeitpflege (ab PG II: bis zu 1612 €),
- § 45a Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag (bis zu 125 € mntl.).
- § 45a Abs. 4/§45b: Umwandlungsleistung des ambulanten Sachleistungsbetrags (bis zu 40% mntl.)
- § 45b: Entlastungsbetrag für Leistungen der Tages- oder Nachtpflege, Leistungen der Kurzzeitpflege, Leistungen der ambulanten Pflegedienste im Sinne des § 36, in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht von Leistungen im Bereich der Selbstversorgung,