

Leistungen der Pflegeversicherung SGB XI nach Inkrafttreten des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes

Leistungen der Pflegeversicherung sind:

- Sachleistungen und Pflegegeld
- Verhinderungspflege
- Kurzzeitpflege
- zusätzliche Betreuungsleistungen
- Pflegehilfsmittel
- Leistungen zur Verbesserung des Wohnumfeldes
-

Mit Inkrafttreten des zweiten Pflegestärkungsgesetzes wurden zum 01.01.2017 ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff sowie ein neues Begutachtungsinstrument eingeführt.

Pflegebedürftig im Sinne der sozialen Pflegeversicherung gemäß § 14 Abs.1 SGB XI sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere benötigen.

Pflegebedürftig ist, wer körperliche, kognitive, psychische oder gesundheitliche Belastungen nicht selbständig kompensieren kann. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate und mit mindestens der in § 15 SGB XI festgelegten Schwere bestehen.

Statt der bisherigen drei Pflegestufen gibt es jetzt fünf Pflegegrade. Ebenso wurde ein neues Begutachtungsinstrument eingeführt, das die Feststellung von Pflegebedürftigkeit grundlegend verändert hat. Bisher wurde der Hilfebedarf des Betroffenen in Minutenwerten auf der Grundlage von Zeitorientierungswerten festgestellt und war maßgebend für die Zuordnung zu einer Pflegestufe.

Maßstab für die Zuordnung zu einem bestimmten Pflegegrad ist nicht mehr der zeitliche Umfang des Hilfebedarfs, sondern der Grad der Selbständigkeit eines Menschen und das Angewiesen sein auf personelle Unterstützung durch andere.

Das neue Begutachtungssystem berücksichtigt damit auch den besonderen Hilfe- und Betreuungsbedarf von Menschen mit geistigen Behinderungen oder psychischen Einschränkungen, was bisher nicht möglich war.

Die eingeschränkte Alltagskompetenz wird deshalb auch nicht mehr gesondert geprüft und die bisherige Unterscheidung von Pflegebedürftigen mit und ohne eingeschränkte Alltagskompetenz entfällt. Somit entfällt auch die bisherige Pflegestufe 0.

Zuständig für die Feststellung des Grades der Pflegebedürftigkeit ist der Medizinische Dienst der Krankenkassen. Bei einem Hausbesuch erfolgt anhand eines Fragebogens die Überprüfung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit des Betroffenen.

Beurteilungskriterien für das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit sind die gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten in den sechs nachfolgenden Modulen. Diese werden mit Punkten bewertet, wobei sie prozentual unterschiedlich ins Gewicht fallen.

1. **Mobilität** (Wie selbständig kann sich der Mensch fortbewegen und seine Körperhaltung ändern?)

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

Aufgrund der Gesamtbewertung aller Fähigkeiten und Beeinträchtigungen erfolgt aus der Summe der Teilergebnisse die Zuordnung zu einem der fünf Pflegegrade.

Die Informationen der Begutachtung dienen ebenso als Grundlage für eine umfassende Beratung, individuelle Hilfeplanung sowie sachgerechte Erbringung von Hilfen bei der Haushaltsführung.

Für die Einstufung von Kindern gelten Besonderheiten.

Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad - wie bisher auch - durch einen Vergleich der Beeinträchtigung ihrer Selbständigkeit mit gleichaltrigen Kindern ermittelt.

Für Kinder von 0- bis 18 Monaten gelten außerdem Sonderregelungen. Kinder dieser Altersgruppe werden bei gleicher Einschränkung um einen Grad höher eingestuft als ältere Kinder oder Erwachsene.

Pflegesachleistung und Pflegegeld

Bei häuslicher Pflege können pflegebedürftige Menschen der Pflegegrade 2 bis 5 entweder Pflegesachleistung oder Pflegegeld beanspruchen. **Pflegesachleistung** heißt, dass zugelassene Pflegedienste die Versorgung übernehmen. Mit dem Betrag der Pflegesachleistung kann auch **häusliche Betreuung** beansprucht werden. Darunter fallen verschiedene Hilfen bei der Alltagsgestaltung wie z.B. die Unterstützung bei Hobby und Spiel oder Spaziergängen in der näheren Umgebung.

Anstelle der Sachleistung kann der pflegebedürftige Mensch **Pflegegeld** beantragen, wenn er damit in geeigneter Weise seine Pflege selbst sicherstellen kann, beispielsweise indem er sich durch Angehörige betreuen lässt. Das Pflegegeld steht dem pflegebedürftigen Menschen zu, der es an die Pflegeperson als finanzielle Anerkennung weitergeben kann.

Alle Pflegebedürftigen haben weiterhin Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von monatlich € 125. Dieser steht nicht zur freien Verfügung, sondern wird von der Pflegekasse als Kostenerstattung geleistet, wenn der Pflegebedürftige nachweist, dass er Leistungen eines anerkannten Pflegedienstes oder familienunterstützenden Dienstes in Anspruch genommen hat.

Pflegegrad	Pflegegeld monatlich	Pflegesachleistung monatlich bis zu	Entlastungsbetrag monatlich	Verhinderungspflege jährlich
1	-	-	125 €	-
2	316 €	689 €	125 €	1.612 €
3	545 €	1.298 €	125 €	1.612 €
4	728 €	1.612 €	125 €	1.612 €
5	901 €	1.995 €	125 €	1.612 €

Sachleistung und Pflegegeld können auch kombiniert in Anspruch genommen werden. Das Pflegegeld wird in diesem Fall um den Prozentsatz gemindert, zu dem von der Pflegeversicherung Sachleistungen erbracht werden.

Wird der Betreuungsbetrag in einem Kalenderjahr nicht oder nicht vollständig in Anspruch genommen, kann er in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.

Leistungen bei Verhinderung der Pflegeperson

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben weiterhin Anspruch auf Übernahme der Kosten für eine Ersatzpflege.

Ist eine Pflegeperson wegen Krankheit, Urlaub oder aus sonstigen Gründen an der Pflege gehindert, muss die Pflegekasse für längstens sechs Wochen im Kalenderjahr eine Ersatzpflege bezahlen (sogenannte **Verhinderungspflege**). Die Aufwendungen hierfür sind jährlich auf bis zu **1.612 €** begrenzt.

Versicherte haben die Möglichkeit, ihren Anspruch auf Verhinderungspflege um bis zu 806 € aus Mitteln der Kurzzeitpflege aufzustocken, so dass ihr Anspruch auf Ersatzpflege bis zu 2.418 € im Jahr beträgt.

Mit dem Geld können Eltern zum Beispiel die tage- oder stundenweise Betreuung ihres behinderten Kindes finanzieren und sich hierdurch Entlastung im Alltag verschaffen.

Die Ersatzpflege kann sowohl von Privatpersonen als auch durch ambulante Pflegedienste oder Familienentlastende Dienste geleistet werden. Ist die Ersatzpflegeperson aber mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert oder lebt sie mit ihm in häuslicher Gemeinschaft, wird die Verhinderungspflege nur in Höhe des jeweiligen Pflegegeldes gewährt.

Allerdings kann die Pflegeversicherung in diesen Fällen nachgewiesene Aufwendungen der Ersatzpflegeperson (z.B. Verdienstausschluss, Fahrtkosten) übernehmen.

Die Leistungen der Verhinderungspflege müssen nicht vier Wochen am Stück, sondern können auch tage- oder stundenweise über das ganze Jahr verteilt in Anspruch genommen werden.

Während der Inanspruchnahme von Verhinderungspflege wird die Hälfte des Pflegegeldes weitergezahlt.

Nehmen Pflegebedürftige die Verhinderungspflege stundenweise für weniger als acht Stunden am Tag in Anspruch, können sie daneben für diesen Tag das volle Pflegegeld beanspruchen.

Pflegehilfsmittel

Pflegebedürftige einschließlich Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 haben Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln. Typische Pflegehilfsmittel sind Pflegebetten, Badewannenlifter etc. Die Aufwendungen der Pflegekasse für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel

(Einmalhandschuhe, Bettschutzeinlagen etc.) sind auf monatlich 40 Euro beschränkt. Bei nicht zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln müssen Volljährige je Hilfsmittel eine Eigenbeteiligung von bis zu 25 Euro leisten. Auch Versicherte mit Pflegegrad 1 können Pflegehilfsmittel beanspruchen.

Leistungen zur Verbesserung des Wohnumfeldes

Für Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes des pflegebedürftigen Menschen wie die behindertengerechte Ausstattung des Bades, Einbau eines Treppenlifts etc. können bis zu 4000 Euro je Maßnahme gewährt werden. Auch Versicherte mit Pflegegrad 1 können diese Leistungen beanspruchen. Wenn mehrere Pflegebedürftige zusammenleben, kann der Betrag pro Maßnahme auf insgesamt bis zu 16.000 € erhöht werden

Besondere Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen

Für Pflegebedürftige, die in ambulant betreuten Wohngruppen mit mindestens drei behinderten Personen häuslich gepflegt werden, gibt es weitere besondere Leistungen.

Sie erhalten neben dem Pflegegeld bzw. der Pflegesachleistung einen **pauschalen Zuschlag in Höhe von 214 €** monatlich. Voraussetzung ist, dass eine Pflegekraft in der Wohngruppe tätig sein muss, die organisatorische, verwaltende, hauswirtschaftliche oder pflegerische Aufgaben übernimmt.

Für die Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen sieht die Pflegeversicherung eine sogenannte Anschubfinanzierung vor, einschließlich für Pflegebedürftige im neuen Pflegegrad 1 in Höhe von 2500 € pro Person.

Teilstationäre Pflege

Ein Anspruch auf teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege haben nur noch Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5. Dieser besteht, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann. Pro Monat umfasst der Anspruch je nach Pflegestufe Leistungen von 468 € bis zu 1.612 €.

Kurzzeitpflege

Kann die Pflege zeitweise in bestimmten Krisensituationen (z.B. nach einem Krankenhausaufenthalt) nicht oder nicht in erforderlichem Umfang erbracht werden, haben Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 Anspruch auf Kurzzeitpflege in einer vollstationären Pflege- oder Behinderteneinrichtung.

Auch pflegebedürftige Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene unter 25 Jahren, die zuhause leben, können Kurzzeitpflege in **Einrichtungen der Behinderten- und Jugendhilfe** erhalten.

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf bis zu vier Wochen pro Kalenderjahr sowie einen jährlichen Betrag von 1.612 Euro beschränkt. Durch Umwidmung der Leistungen aus der Verhinderungspflege kann der Anspruch auf 8 Wochen erhöht werden.

Leistungen für Pflegepersonen

Die Pflegeversicherung übernimmt einen Unfallversicherungsschutz für Pflegepersonen gegen Arbeitsunfälle, Wegeunfälle und Berufskrankheiten, die im Zusammenhang mit der Pflege stehen.

Weiterhin erfolgt eine rentenversicherungsrechtliche Absicherung der Pflegepersonen.

Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig ist.

Weiterhin muss der Pflegebedürftige mindestens Pflegegrad 2 haben und die Pflege wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, umfassen.

Überleitung und Besitzstandsschutz

Pflegebedürftige, die bereits vor Inkrafttreten des Pflegestärkungsgesetzes II und III Leistungen der Pflegeversicherung erhalten haben, werden durch die Gesetzesänderung nicht schlechter gestellt. Die Pflegekasse nimmt für ihre Versicherten die Überleitungen von Pflegestufen in Pflegegrade automatisch vor.

Grundsätzlich gilt: Versicherte mit körperlichen Einschränkungen werden in den nächst höheren Pflegegrad übergeleitet, von Pflegestufe 1 in Pflegegrad 2, von Pflegestufe 2 in Pflegegrad 3, von Pflegestufe 3 in Pflegegrad 4.

Menschen, bei denen eine Beeinträchtigung der Alltagskompetenz festgestellt wurde, werden in den übernächsten Pflegegrad übergeleitet: von Pflegestufe 0 in Pflegegrad 2, von Pflegestufe 1 in Pflegegrad 3, von Pflegestufe 2 in Pflegegrad 4 und von Pflegestufe 3 in Pflegegrad 5.

Der Pflegegrad, der sich aus der Überleitung ergibt, besteht grundsätzlich bis zu einer erneuten Begutachtung. Falls sich bei der Neubegutachtung ergibt, dass keine Pflegebedürftigkeit mehr vorliegt, kann der Versicherte auf Wunsch in dem Pflegegrad bleiben, der sich aus der Überleitung ergeben hat, also nach derzeitiger Rechtsprechung ein lebenslanger Anspruch

Frauke Zottmann-Neumeister
Königswinter, 16.01.2017