

# Änderungen in den Leistungen der Pflegeversicherung ab 1.7.2008 (durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz)

*zusammengestellt von Günther Schwarz, Evang. Gesellschaft, Stand 25.6.08  
(Angaben ohne Gewähr)*

## Übersicht:

1. Schnellere Pflegeeinstufung: .....	1
2. Höhere Leistungen:.....	1
3. Leistungsverbesserungen bei Tagespflegenutzung: .....	2
4. Gemeinsamer Sachleistungsbezug durch mehrere Pflegebedürftige.....	3
5. Erhebliche Leistungserhöhungen und sogar Leistungen vor Anerkennung einer Pflegestufe bei den Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (§ 45 a/b SGB XI) .....	3
6. Verbesserungen für Pflegebedürftige mit hohem allgemeinem Betreuungsbedarf auch im Pflegeheim.....	6
7. Erhöhung der Leistungen für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege .....	6
8. Verkürzung der Wartezeit für Verhinderungspflegeleistungen.....	6
9. Leistungserhöhung bei Härtefällen.....	6
10. Zuzahlungsbefreiung bei Hilfsmitteln in Härtefällen .....	6
11. Freistellung von der Arbeit (Pflegezeitgesetz) .....	6

## 1. Schnellere Pflegeeinstufung:

Spätestens fünf Wochen, nachdem der Antrag bei der Kasse eingegangen ist, soll dem Antragsteller die Entscheidung über die Pflegeeinstufung mitgeteilt werden. Befindet sich der Pflegebedürftige in einem Krankenhaus oder in einer Rehabilitationseinrichtung und ist zur Sicherstellung der Weiterbetreuung eine Begutachtung bereits in der Einrichtung notwendig, muss sie spätestens eine Woche nach Eingang des Antrags erfolgen (§ 18 Abs. 3).

## 2. Höhere Leistungen:

### Seitherige Leistungen

	Geldleistung	Sachleistung bei häuslicher Pflege oder Tages-/Nachtpflege	Daueraufenthalt im Pflegeheim
Pflegestufe 1	205 €	384 €	1023 €
Pflegestufe 2	410 €	921 €	1279 €
Pflegestufe 3	665 €	1.432 €	1.432 €

### Erhöhung ab 1.7.08:

	Geldleistung	Sachleistung bei häuslicher Pflege oder Tages-/Nachtpflege	Daueraufenthalt im Pflegeheim
Pflegestufe 1	215 €	420 €	1.023 €
Pflegestufe 2	420 €	980 €	1.279 €
Pflegestufe 3	675 €	1.470 €	1.470 €

In den Jahren 2010 und 2012 sollen die Beträge nochmals um jeweils ca. 3-6% erhöht werden. Danach ist im dreijährigen Rhythmus eine Anpassung an das allgemeine Preisniveau geplant.

### 3. Leistungsverbesserungen bei Tagespflegenutzung:

Bei der Nutzung von Tagespflege ergeben sich wesentliche Leistungsverbesserungen. Das Pflegegeld oder die Sachleistung für einen Pflegedienst bleiben in voller Höhe erhalten, solange für die Tagespflege nicht mehr als 50% des möglichen Sachleistungsbetrags gebraucht werden. Übersteigt der notwendige Anteil für die Tagespflege 50%, werden Pflegegeld oder Sachleistung für häusliche Pflege nur um den übersteigenden Anteil gekürzt. Es können somit maximal insgesamt 150% des sonstigen Leistungsbetrags erhalten werden. Diese etwas komplizierte Regelung wird durch die folgende Tabelle und die Rechenbeispiele veranschaulicht:

Sachleistung für Tages- oder Nachtpflege	Geldleistung (Pflegegeld) oder Sachleistung für häusliche Pflege (Pflegedienst)
10%	100% (bleibt voll erhalten)
20%	100% (bleibt voll erhalten)
30%	100% (bleibt voll erhalten)
40%	100% (bleibt voll erhalten)
50%	100% (bleibt voll erhalten)
60%	90% (insgesamt 150%)
70%	80% (insgesamt 150%)
80%	70% (insgesamt 150%)
90%	60% (insgesamt 150%)
100%	50% (insgesamt 150%)

#### Rechenbeispiele:

Beispiel 1 (bei Pflegestufe 1):

Leistungsart	Betrag	Anteil vom Höchstbetrag
Sachleistung für Tages- oder Nachtpflege	84 €	= 20%
Geldleistung (Pflegegeld)	215 €	= 100%

Beispiel 2 (bei Pflegestufe 1):

Leistungsart	Betrag	Anteil vom Höchstbetrag
Sachleistung für Tages- oder Nachtpflege	294 €	= 70%
Sachleistung für häusliche Pflege (Pflegedienst)	336 €	= 80%

Die folgenden Beispiele zeigen die Aufteilung, wenn neben der Tagespflegenutzung sowohl Sachleistungen für häusliche als auch Pflegegeld bezogen werden.

Beispiel 3 (bei Pflegestufe 2):

Leistungsart	Betrag	Anteil vom Höchstbetrag
Sachleistung für Tages- oder Nachtpflege	196 €	= 20%
Verbleibender Anteil für Pflegegeld und Sachleistung für häusliche Pflege		= 100%
Benötigte Sachleistung für häusliche Pflege (Pflegedienst)	490 €	= 50%
Es stehen somit noch $100\% - 50\% = 50\%$ für Pflegegeld zur Verfügung.		
Geldleistung (Pflegegeld)	210 €	= 50%

Beispiel 4 (bei Pflegestufe 2):

Leistungsart	Betrag	Anteil vom Höchstbetrag
Sachleistung für Tages- oder Nachtpflege	588 €	= 60%
Verbleibender Anteil für Pflegegeld und Sachleistung für häusliche Pflege		= 90%
Sachleistung für häusliche Pflege (Pflegedienst)	490 €	= 50%
Es stehen somit noch $90\% - 50\% = 40\%$ für Pflegegeld zur Verfügung.		
Geldleistung (Pflegegeld)	168 €	= 40%

#### 4. Gemeinsamer Sachleistungsbezug durch mehrere Pflegebedürftige

Nach dem neuen Gesetz können mehrere Pflegebedürftige, wenn sie z.B. in einer Wohngemeinschaft zusammenleben (auch Ehepaare), ihre Sachleistungen für häusliche Pflege zusammenlegen und gemeinsam nutzen (poolen). Sie können damit nicht nur die Pflege und hauswirtschaftliche Hilfe finanzieren, wie es beim individuellen Leistungsbezug möglich ist, sondern zudem ihre Betreuung. Der Gesetzgeber will dadurch insbesondere die gemeinsame Betreuung und Pflege von Menschen in Pflegewohngemeinschaften erleichtern. Solche Wohngemeinschaften sind keine Pflegeheime, sondern größere Wohnungen, in die mehrere Pflegebedürftige gemeinsam einziehen, eine Betreuungsperson engagieren und Pflege durch einen Pflegedienst oder auch Einzelpflegekräfte erhalten. In Deutschland gibt es viele solcher Pflegewohngemeinschaften z.B. in Berlin, aber auch in anderen Regionen sind sie als mögliche Alternative zu Pflegeheimen bereits vorhanden oder im Entstehen.

#### 5. Erhebliche Leistungserhöhungen und sogar Leistungen vor Anerkennung einer Pflegestufe bei den Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (§ 45 a/b SGB XI)

Statt bisher 460 € im Jahr werden ab 1.7.08 entweder 100 € im Monat (Grundbetrag) oder 200 € im Monat (erhöhter Betrag) gewährt. Das sind dann insgesamt 1.200 oder 2.400 € im Jahr. Außerdem sollen nun Demenzzranke und andere psychisch beeinträchtigte Menschen diese Leistung auch erhalten, wenn sie noch keine Pflegestufe zuerkannt bekommen. Es muss allerdings zumindest bereits ein geringer grundpflegerischer und hauswirtschaftlicher Hilfebe-

darf vorhanden sein. Dazu genügt z.B., dass einmal in der Woche Hilfe beim Baden erforderlich ist und der Demenzkranke Unterstützung beim Kochen oder Wäsche Waschen braucht. Die Leistung wird nach wie vor nicht bar zur freien Verfügung ausbezahlt, sondern steht nur für die Abrechnung von Kosten einer Betreuungsgruppe, Einsätze anerkannter Helferkreise, Betreuungsleistungen von Pflegediensten und Kosten für Tages- und Kurzzeitpflege zur Verfügung. Um die Leistung erhalten zu können, muss bei der Begutachtung ein „erheblicher allgemeiner Betreuungsbedarf“ anerkannt werden. Um den Grundbetrag von 100 € monatlich zu erhalten (erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz), müssen von insgesamt 13 möglichen Fähigkeitseinschränkungen (siehe Tabelle unten) mindestens zwei gegeben sein. Damit entsprechen die Begutachtungskriterien für den Erhalt des Grundbetrags den seitherigen Kriterien zum Erhalt der 460 € jährlich. Der erhöhte Betrag von 200 € monatlich (erhöhte Einschränkung der Alltagskompetenz) wird gewährt, wenn eine weitere Fähigkeitseinschränkung aus dem Bereich 1.-5. oder 9. oder 11. hinzukommt. Wichtig ist, dass die Beeinträchtigungen täglich zu einem Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf führen und voraussichtlich über mindestens ein halbes Jahr hinweg bestehen werden.

### Begutachtungskriterien für Leistungen nach § 45 a/b:

**Grundbetrag (100 € monatlich):** mindestens zwei Fähigkeitseinschränkungen müssen gegeben sein, davon eine aus dem Bereich 1. – 9. **Erhöhter Betrag (200 € monatlich):** zusätzlich ein Kriterium aus 1. – 5. oder 9 oder 11 (*kursiv*).

Bereich 1. – 9.	Bereich 10. – 13.
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches („Weglauftendenz“),</i></li> <li>2. <i>Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen,</i></li> <li>3. <i>Unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen,</i></li> <li>4. <i>Tätlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation,</i></li> <li>5. <i>In Zusammenhang mit speziellen Situationen unangebrachtes Verhalten,</i></li> <li>6. <i>Unfähigkeit, die eigenen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen,</i></li> <li>7. <i>Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung,</i></li> <li><b>8. Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigung des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben,</b></li> <li>9. <i>Störung des Tag- und Nacht-Rhythmus,</i></li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>10. Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren,</b></li> <li>11. <i>Verkennen von Alltagssituationen und unangemessenes Reagieren in Alltagssituationen,</i></li> <li>12. <i>Ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten,</i></li> <li>13. <i>Zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagttheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit auf Grund einer therapieresistenten Depression.</i></li> </ol>

**Für die meisten Demenzkranken treffen bereits sehr früh die Einschränkungen in Punkt 8. und 10. zu (in der Tabelle fett gedruckt). Damit müssten die meisten Demenzkranken selbst vor Anerkennung der Pflegestufe 1 den Grundbetrag von 100 € monatlich erhalten, wenn zugleich ein geringer pflegerischer und hauswirtschaftlicher Hilfebedarf vorhanden ist.**

**Auch immobile und bettlägerige demenzkranke Menschen haben Anspruch auf diese Leistungen**, wenn die oben genannten Kriterien auf sie zutreffen. Bei Demenzkranken im fortgeschrittenen Krankheitsstadium treffen die Einschränkungen in Punkt 6., 8. und 10. immer zu. Somit haben sie in jedem Fall Anspruch auf den Grundbetrag von 100 € monatlich. Die Betreuungsbedürftigkeit darf nicht abgelehnt werden, weil Demenzkranke nicht mehr gehen, sich nicht mehr bewegen oder sie nicht mehr sprechen können. Dies käme einer Aberkennung des Bedarfs an Zuwendung und Betreuung gerade der am meisten abhängigen und hilflosen Menschen gleich.

#### **Antragstellung:**

- Pflegebedürftige, die bisher bereits Anspruch auf die Leistung von 460 € (nach § 45b) jährlich hatten, werden ab 1.7.08 automatisch den Grundbetrag von 100 € monatlich erhalten.
- Wer den erhöhten Betrag von 200 € monatlich erhalten möchte, muss dies bei der Pflegeversicherung beantragen.
- Auch Pflegebedürftige, die zwar eine Pflegestufe haben, aber bisher noch keine Leistungen nach § 45b (bei hohem allgemeinem Betreuungsbedarf) erhielten, müssen diese beantragen.
- Pflegebedürftige, bei denen die Pflegeeinstufung schon einmal beantragt, aber abgelehnt wurde, können erneut einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung stellen oder auch nur die Leistungen nach § 45b (bei erheblichem allgemeinem Betreuungsaufwand) beantragen.
- Bei Neuansträgen muss grundsätzlich der mögliche Anspruch auf Leistungen bei hohem allgemeinem Betreuungsbedarf mit begutachtet werden.
- Werden bei einem Erstantrag nur Leistungen nach § 45b und keine Pflegeeinstufung beantragt, wird trotzdem das komplette Pflegegutachten vom Gutachter erstellt.

Will man nur Leistungen nach § 45b beantragen, genügt evt. ein Anruf bei der Pflegekasse oder ansonsten ein formloser Brief mit dem Text: *„Hiermit beantrage ich Leistungen (oder die Erhöhung der Leistungen) nach § 45b der Pflegeversicherung (bei hohem allgemeinem Betreuungsaufwand) für den Versicherten (Vorname, Name und Versichertennummer)“*.

#### **Zeitliche Abrufbarkeit der Leistungen**

Sobald die Leistung gewährt wird, kann zu jedem Zeitpunkt im Jahr bereits der gesamte Leistungsanspruch aus dem betreffenden Jahr bezogen werden. Wenn also z.B. ab Januar eines Jahres 200 € monatlich gewährt werden, kann der gesamte Leistungsanspruch in dem Jahr von insgesamt 12 mal 200 € = 2.400 € bereits im Januar z.B. zur Finanzierung eines Kurzzeitpflegeaufenthaltes eingesetzt werden. Genauso kann der Jahresanspruch natürlich auch erst im Dezember verbraucht werden.

Darüber hinaus werden nicht ausgeschöpfte Leistungen aus einem Jahr ins nächste Jahr übertragen. Allerdings müssen diese Restleistungen dann bis zum 30.6. des Folgejahres verbraucht werden. Danach verfallen sie. (früher war eine Übertragung bis 31.12. des Folgejahres möglich).

#### **Anspruch auf einen Beratungsbesuch**

Versicherte, die noch keine Pflegestufe haben, aber bereits Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf nach § 45 b erhalten, haben auch Anspruch auf einen kostenlosen halbjährlichen Beratungseinsatz durch einen Pflegedienst.

## 6. Verbesserungen für Pflegebedürftige mit hohem allgemeinen Betreuungsbedarf auch im Pflegeheim

Pflegeheime können für jeden Bewohner, bei dem ein hoher allgemeiner Betreuungsbedarf festgestellt wurde, einen Leistungszuschlag von der Pflegekasse fordern. Es reicht die erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz (zwei Fähigkeitseinschränkungen, davon eine aus dem Bereich 1.-9.). Die Heime erhalten den Zuschlag jedoch nur, wenn dafür gesondert Mitarbeiter finanziert und eingesetzt werden, die sich ausschließlich um die Betreuung (nicht z.B. um die Pflege) der Heimbewohner kümmern. Der Leistungszuschlag soll so bemessen sein, dass pro Bewohner mit hohem allgemeinem Betreuungsaufwand in der Regel ein Fünfundzwanzigstel der Personalkosten einer Vollzeitbetreuungskraft finanziert werden kann oder anders gesagt, dass für je 25 Bewohner mit hohem Betreuungsbedarf eine Vollzeitkraft für die Betreuung eingesetzt werden kann. An die fachliche Qualifikation der Betreuungskräfte werden vermutlich keine hohen Anforderungen von den Pflegekassen gestellt. Entsprechend werden auch die Leistungszuschläge für deren Personalkosten nicht sehr hoch ausfallen.

Die Richtlinien hierzu werden erst Ende August beschlossen. Pflegeheime können daher vermutlich frühestens gegen Ende dieses Jahres die Leistungszuschläge mit den Kassen verhandeln. Die Heime müssen Pflegebedürftige und ihre Angehörigen über das zusätzliche Leistungsangebot informieren, sobald es besteht.

## 7. Erhöhung der Leistungen für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege

Die Leistungen für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege werden von bisher jährlich 1432 € auf 1470 € erhöht.

## 8. Verkürzung der Wartezeit für Verhinderungspflegeleistungen

Die Leistung konnte seither erst beansprucht werden, wenn der Pflegebedürftige schon ein Jahr im häuslichen Bereich gepflegt wurde. Diese Wartezeit soll nun auf ein halbes Jahr verkürzt werden.

## 9. Leistungserhöhung bei Härtefällen

Bei Härtefällen ist in der stationären Pflege eine Erhöhung auf 1.750 € geplant.

## 10. Zuzahlungsbefreiung bei Hilfsmitteln in Härtefällen

Die Pflegekasse kann zur Vermeidung von Härten den Versicherten ganz oder teilweise von der Zuzahlung befreien.

## 11. Freistellung von der Arbeit (Pflegezeitgesetz)

Angehörige, die pflegen, haben **für die Dauer von bis zu 6 Monaten einen Anspruch auf unbezahlte, aber sozialversicherte Freistellung von der Arbeit mit Kündigungsschutz.**

Die Freistellung kann entweder

- **kurzfristig für maximal 10 Tage** in akuten Notsituationen in Anspruch genommen werden (so genannte „Kurzzeitige Arbeitsverhinderung“) oder als
- **längerfristige** Freistellung beantragt werden (so genannte „Pflegezeit“).

Für die „**Kurzzeitige Arbeitsverhinderung**“ (§ 2) gelten folgende Regelungen (Textauszug aus dem Gesetzentwurf):

1. Beschäftigte haben das Recht, bis zu zehn Arbeitstage der Arbeit fernzubleiben (auch ohne Vorankündigung), wenn dies erforderlich ist, um für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege zu organi-

sieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherzustellen (das bedeutet gegebenenfalls, in dieser Zeit die Pflege vorübergehend selbst zu übernehmen).

2. Die Beschäftigten sind verpflichtet, dem Arbeitgeber ihre Verhinderung an der Arbeitsleistung und deren voraussichtliche Dauer unverzüglich mitzuteilen. Dem Arbeitgeber ist auf Verlangen eine ärztliche Bescheinigung über die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen und die Erforderlichkeit der in Punkt 1 genannten Maßnahmen vorzulegen.

Die ärztliche Bescheinigung der Pflegebedürftigkeit genügt. Es muss also vorab noch keine Pflegestufe anerkannt worden sein. Der Arbeitgeber kann die Freistellung nicht verweigern oder verhindern.

Für die „**Pflegezeit**“ (§ 3) gelten folgende Regelungen (Textauszug aus dem Gesetzentwurf):

1. Beschäftigte sind von der Arbeitsleistung vollständig oder teilweise freizustellen, wenn sie einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegen (Pflegezeit). Der Anspruch besteht nicht gegenüber Arbeitgebern mit in der Regel fünfzehn oder weniger Beschäftigten.
2. Die Beschäftigten haben die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen durch Vorlage einer Bescheinigung der Pflegekasse oder des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nachzuweisen (Bescheid über eine Pflegestufe).
3. Wer Pflegezeit beanspruchen will, muss dies dem Arbeitgeber spätestens zehn Arbeitstage vor Beginn schriftlich ankündigen und gleichzeitig erklären, für welchen Zeitraum (Dauer) und in welchem Umfang (prozentualer Arbeitszeitanteil) die Freistellung von der Arbeitsleistung in Anspruch genommen werden soll. Wenn nur teilweise Freistellung in Anspruch genommen wird, ist auch die gewünschte Verteilung der Arbeitszeit anzugeben.
4. Wenn nur teilweise Freistellung in Anspruch genommen wird, haben Arbeitgeber und Beschäftigte über die Verringerung und die Verteilung der Arbeitszeit eine schriftliche Vereinbarung zu treffen. Hierbei hat der Arbeitgeber den Wünschen der Beschäftigten zu entsprechen, es sei denn, dass dringende betriebliche Gründe entgegenstehen.

Ein pflegender Angehöriger muss keine Mindestpflegezeit leisten oder nachweisen, wenn er „Pflegezeit“ beantragt. Ebenso kann selbstverständlich auch gleichzeitig ein Pflegedienst mit zum Einsatz kommen oder Tagespflege genutzt werden.

Die Pflegezeit nach § 3 beträgt für jeden pflegebedürftigen nahen Angehörigen längstens sechs Monate (Höchstdauer). Für einen kürzeren Zeitraum in Anspruch genommene Pflegezeit kann bis zur Höchstdauer verlängert werden, wenn der Arbeitgeber zustimmt. Eine Zustimmung zur Verlängerung ist nicht erforderlich, wenn ein geplanter Wechsel der Pflegeperson (z.B. Übernahme durch einen anderen Angehörigen) aus einem wichtigen Grund nicht erfolgen kann. Ist der nahe Angehörige nicht mehr pflegebedürftig oder die häusliche Pflege des Angehörigen unmöglich oder unzumutbar (z.B. beim Umzug in ein Pflegeheim), endet die Pflegezeit vier Wochen nach Eintritt der veränderten Umstände vorzeitig. Der Arbeitgeber ist über die veränderten Umstände unverzüglich zu unterrichten. Ansonsten kann die Pflegezeit nur vorzeitig beendet werden, wenn der Arbeitgeber zustimmt.

Nahe Angehörige im Sinne dieses Gesetzes sind:

1. Großeltern, Eltern, Schwiegereltern,
2. Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen Gemeinschaft, Geschwister,
3. Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder, die Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder des Ehegatten oder Lebenspartners, Schwiegerkinder und Enkelkinder.