

Mehr Pflegeversicherungsleistungen für Demenzkranke, die zu Hause leben ab 2013

– Die wichtigsten Veränderungen durch das Pflege-Neuausrichtungsgesetz –

Günther Schwarz, Fachberatung Demenz, eva, Stand Januar 2013

Die Bundesregierung hat eine kleine Reform der Pflegeversicherung beschlossen. Die Reform bringt ab 2013 finanzielle Leistungsverbesserungen für demenzkranke Menschen, die zu Hause leben.

Die wichtigsten Verbesserungen

Ab 2013 haben Demenzkranke, die noch keine Pflegestufe erhalten, aber bei denen ein erheblicher allgemeiner Betreuungsbedarf nach § 45b anerkannt wurde, Anspruch auf Pflegegeld. Es beträgt monatlich 120 € und entspricht damit der Hälfte des Pflegegelds von Pflegestufe 1. Alternativ können auch Sachleistungen beansprucht werden. Sie betragen maximal 225 € monatlich. Zudem gibt es auch die volle Verhinderungspflegeleistung (1550 € im Jahr) und Zuschüsse für genehmigte Wohnungsanpassungen (bis zu 2557 € pro Maßnahme) und technische Pflegehilfsmittel wie eine Hebe-Lifter oder Pflegebett.

Auch in Pflegestufe 1 und 2 erhalten Demenzkranke dann mehr Pflegegeld und Sachleistungen. Das Pflegegeld erhöht sich bei Pflegestufe 1 um monatlich 70 € und bei Stufe 2 um 85 €. Wird die Sachleistung gewählt, beträgt die Erhöhung 215 € bei Pflegestufe 1 und 150 € bei Stufe 2. Auch diese Erhöhung erhalten Pflegebedürftige aber nur, wenn ein erheblicher Betreuungsbedarf anerkannt wurde. Bei demenzkranken Menschen wird ein erheblicher Betreuungsbedarf außer in sehr frühen Krankheitsstadien immer anerkannt. (Zu allen Leistungen sind im „Ratgeber zur Pflegeversicherung“ der Fachberatung Demenz ausführliche Erläuterungen zu finden)

Leider gibt es keine Leistungserhöhungen bei Pflegestufe 3. Auch bei einem Pflegeheimaufenthalt erhöhen sich die Leistungen der Pflegeversicherung nicht.

Vergleich der Leistungsbeträge für Demenzkranke vor und nach der Reform

Leistungserhöhungen ab 2013 sind unterstrichen. Die Beträge sind in Euro angegeben.

SGB XI		Keine Pflegestufe / jedoch Anerkennung erheblicher Betreuungsbedarf		Pflegestufe 1		Pflegestufe 2		Pflegestufe 3		
		bisher	ab 2013	bisher	ab 2013	bisher	ab 2013	bisher	ab 2013	
§ 45b	Betreuungsleistungen	100 / 200	100 / 200	100 / 200	100 / 200	100 / 200	100 / 200	100 / 200	100 / 200	monatlich (Anhäufung möglich)
§ 37	Pflegegeld	–	<u>120</u>	235	<u>305</u>	440	<u>525</u>	700	700	monatlich
§ 36	Sachleistung für häusliche Pflege und Betreuung	–	<u>225</u>	450	<u>665</u>	1.100	<u>1.250</u>	1.550	1.550	monatlich
§ 42	Sachleistung für Tagespflege	–	–	450	450	1.100	1.100	1.550	1.550	monatlich
§ 39	Verhinderungspflegeleistung	–	<u>1.550</u>	1.550	1.550	1.550	1.550	1.550	1.550	jährlich
§ 42	Kurzzeitpflegeleistung	–	–	1.550	1.550	1.550	1.550	1.550	1.550	jährlich
§ 40	Wohnanpassung	–	<u>2.557</u>	2.557	2.557	2.557	2.557	2.557	2.557	jährlich
§ 40	Pflegehilfsmittel	–	<u>ja</u>	ja	ja	ja	ja	ja	ja	Höhe nach Bedarf und Genehmigung

Weitere Leistungsverbesserungen und Veränderungen

In der folgenden Auflistung finden Sie weitere Leistungsverbesserungen und Änderungen durch das Reformgesetz.

- **Weiterzahlung von 50% des zuvor erhaltenen Pflegegelds bis zu jeweils vier Wochen lang während Kurzzeit- und Verhinderungspflegezeiten.** Seither wurde die Zahlung des Pflegegelds für die Tage eingestellt, während ein Pflegebedürftiger sich in Kurzzeitpflege befand oder Verhinderungspflege geleistet wurde (außer bei stundenweiser Verhinderungspflege).
- **Wegfall des selbst zu tragenden Kostenanteils bei wohnumfeldverbessernden Maßnahmen.** Seither wurde ein einkommensabhängiger Eigenanteil bei der Kostenübernahme erwartet. Dies ist nun nicht mehr notwendig. Der Zuschuss ist jedoch auf 2.557 € je Maßnahme begrenzt
- **Kurzzeitpflege kann künftig auch in Reha-Kliniken angeboten werden, die pflegende Angehörige zu einer Reha aufnehmen.** Es ist ab 2013 möglich, dass eine Reha-Klinik selbst ein Kurzzeitpflegeangebot macht. Sie kann damit pflegenden Angehörigen ermöglichen, den Pflegebedürftigen bei einer Reha-Kur mitzunehmen. Bisher konnten Kliniken das nur in einem gesonderten Kurzzeitpflegebereich, der einen Pflegeheimstatus hat.
- **Ergänzender Hinweis zur flexiblen Nutzung von Verhinderungspflegeleistungen:** Verhinderungspflegeleistungen sind bereits bisher sehr flexibel nutzbar. Die 1550 € können z.B. für eine Nachbarin eingesetzt werden, die den pflegenden Angehörigen stundenweise vertritt oder auch mehrere Tage am Stück. Auch ein Pflegedienst, der eine solche Pflegevertretung übernimmt, kann darüber bezahlt werden. Ebenso können Pflegekostenanteile von einem Kurzzeitpflegeaufenthalt und prinzipiell auch von Tagespflegebesuchen im Rahmen der 1550 € erstattet werden, soweit dies über den Rahmen der Leistungen zur Kurzzeitpflege oder Tagespflege hinausgeht. Als anzugebende Verhinderungsgründe sind ein Entlastungs- und Erholungsbedarf oder übliche Erledigungen, die außer Haus zu tätigen sind, ausreichend.
- **Anreize und Förderung des Aufbaus selbstorganisierter ambulant betreuter Wohngemeinschaften.** Pflegebedürftige in selbstorganisierten Wohngemeinschaften erhalten bei Pflegestufe 1-3 jeweils 200 Euro monatlich zusätzlich, wenn mindestens drei Pflegebedürftige dort gemeinschaftlich wohnen und versorgt werden. Eine Pflegekraft muss dort tätig sein und es muss eine freie Wahl der pflegerischen Versorgung (Wahl des Pflegedienstes) möglich sein. Zudem werden bis Ende 2015 beim gemeinschaftlichen Aufbau einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft pro Pflegebedürftigem 2. 500 Euro Starthilfe gewährt (max. 10.000 Euro pro Wohngemeinschaft). Ohne finanzielle Absicherung und Unterstützung durch einen größeren Verein oder eine Institution mit Erfahrung in dem Bereich ist die Gründung einer selbstorganisierten Wohngemeinschaft allerdings auch mit diesen Förderungen mit vielen Risiken und einem hohen bürokratischen Aufwand verbunden.
- **Die Pflegekassen müssen innerhalb von zwei Wochen nach der Erstantragstellung auf Pflegeversicherungsleistungen einen Beratungstermin anbieten. Auf Wunsch des Antragstellers findet die Beratung zu Hause beim Antragsteller statt.** Die Beratung (Pflegeberatung) informiert über die Leistungen der Pflegeversicherung und andere Sozialleistungen sowie über das regionale Hilfeangebot für Pflegebedürftige (Pflegedienste, Beratungsstellen, Betreuungshilfen, Pflegeheime, medizinische Hilfen usw.). Für den Einzelfall sollen zudem spezielle Empfehlungen ausgearbeitet werden. Außerdem sollen die Pflegeberater auf die Genehmigung geeigneter Maßnahmen hinzuwirken.

Falls die Pflegekasse innerhalb von zwei Wochen keinen Termin anbieten kann, erhält der Antragsteller einen Beratungsgutschein für eine von den Kassen anerkannte Beratungsstelle, bei der eine Beratung innerhalb von zwei Wochen möglich ist. (Auf Wunsch des Versicherten kann der Termin aber auch nach der Zweiwochenfrist stattfinden.)

- **Wird die Frist zwischen Antragstellung und Mitteilung der Pflegeeinstufung überzogen (max. 5 Wochen, in speziellen Situationen auch weniger), muss die Kasse pro überzogener Woche 70 € an den Versicherten zahlen** (außer die Kasse ist nicht für die zeitliche Verzögerung verantwortlich). Eine verkürzte Frist von einer Woche gilt z.B., wenn der Pflegebedürftige sich im Krankenhaus oder einer Reha-Einrichtung befindet und für die Weiterversorgung zu Hause eine eilige Klärung der Pflegestufe wichtig ist.
- **Auf Wunsch des Antragstellers muss jederzeit das ausführliche schriftliche Gutachten zur Pflegeeinstufung zugesandt werden.**
- **Verstärkung des Dienstleistungscharakters der Begutachtung.** Durch ein besseres Beschwerdemanagements beim Medizinischen Dienst, der die Begutachtung durchführt, und durch die Erstellung von Verhaltensgrundsätzen für die Gutachter soll der Dienstleistungscharakter der Begutachtung verstärkt werden. (Die entsprechenden Richtlinien müssen aber noch ausgearbeitet werden und sollen ab April 2013 in Kraft treten).
- **Die Pflegekassen können auch unabhängige Gutachter zur Feststellung der Pflegestufe beauftragen.** Diese sind dann keine Mitarbeiter des Medizinischen Dienstes. Werden unabhängige Gutachter beauftragt, haben Pflegebedürftige ein Wahlrecht zwischen drei Gutachtern, die von der Pflegekasse vorgeschlagen werden.
- **Empfehlungen zur Rehabilitation für Pflegebedürftige müssen bei der Begutachtung zur Pflegestufe mit erstellt werden.** Diese Empfehlungen sind zwingend zusammen mit dem Pflegegutachten zu erstellen. Reha-Leistungen und Reha-Angebote können auch von pflegenden Angehörigen beansprucht werden. Auch hierzu können Empfehlungen gegeben werden.
- **Häusliche Betreuung durch Pflegedienste wird über Pflegesachleistung finanzierbar.** Bisher war es nur möglich, die Sachleistungen der Pflegeversicherung, die höher als das Pflegegeld sind, für rein pflegerische Hilfeleistungen einzusetzen. Hilfe bei der so wichtigen Betreuung der pflegebedürftigen Angehörigen konnte nur mit Hilfe der zusätzlichen Betreuungsleistung (§ 45b) oder dem Pflegegeld finanziert werden. Die Sachleistung kann nun auch für Hilfe bei der Betreuung eingesetzt werden. (Betreuung nach dieser Regelung kann vermutlich nicht vor Mitte 2013 angeboten werden, da Kostensätze erstmalig mit den Kassen ausgehandelt werden müssen).
Die Sachleistungen können nach wie vor nur über Pflegedienste bezogen und abgerechnet werden. So können die günstigen und speziell auf Demenzkranke ausgerichteten Hilfen anerkannter Helferkreise und Betreuungsgruppen auch künftig nur über die zusätzlichen Betreuungsleistungen und die Verhinderungspflegeleistungen finanziert werden.
Leistungen zur häuslichen Betreuung sollen insbesondere beinhalten: „Unterstützung von Aktivitäten im häuslichen Umfeld, die dem Zweck der Kommunikation und der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte dienen, Unterstützung bei der Gestaltung des häuslichen Alltags, insbesondere Hilfen zur Entwicklung und Aufrechterhaltung einer Tagesstruktur, zur Durchführung bedürfnisgerechter Beschäftigungen und zur Einhaltung eines bedürfnisgerechten Tag- /Nacht-Rhythmus.“

- Pflege und Betreuung durch Pflegedienste soll künftig auf Wunsch des Pflegebedürftigen entweder über die zeitliche Dauer des Einsatzes abgerechnet werden können oder wie bisher über Leistungsmodule.** (Die Regelung wird wegen notwendiger vertraglicher Aushandlung zwischen Kassen und Diensten vermutlich nicht vor Mitte 2013 umsetzbar sein). Bisher war keine Abrechnung nach der Zeit des pflegerischen Einsatzes möglich. Es konnten lediglich Leistungsmodule mit einem festen Preis in Anspruch genommen werden. So kostet beispielsweise eine Ganzkörperwäsche oder ein Vollbad in Baden-Württemberg bei einer Fachkraft rund 23 € und bei einer Hilfskraft rund 15 €. Der Preis ist immer gleich, egal wie viel Zeit die Pflegekraft dafür aufwenden muss.
 Durch die Neuregelung profitieren Menschen, deren Pflege schnell und unproblematisch durchzuführen ist. Ebenso ist die Abrechnung nach Zeit vorteilhaft, wenn die gewünschte Pflegeunterstützung nicht in das vorgesehene Raster der Pflegemodule passt und individueller durchgeführt werden soll. Für demenzkranke Menschen, die mehr Zeit bei der Unterstützung benötigen, kann die Neuregelung bei beiden Wahlmöglichkeiten der Abrechnung zu Mehrkosten führen.
- Der Einsatz einzelner selbständiger Pflegekräfte mit Abrechnungsmöglichkeit über Sachleistungen wird erleichtert.** Kassen sollen mit einzelnen selbständigen Pflegekräften Verträge schließen, wenn die Kräfte die Voraussetzungen dafür erfüllen. Bisher war es den Kassen frei gestellt, solche Verträge zu schließen.
- Zusätzliche Betreuungskräfte auch in der Tagespflege möglich.** Ab 2013 wird es in Tagespflegeeinrichtungen ähnlich wie bereits in Pflegeheimen möglich sein, zusätzliche Betreuungskräfte anzustellen, die über die Pflegeversicherung finanziert werden (eine Stelle für 24 demenzkranke Menschen). Die Einrichtungen müssen dies über die Pflegekassen beantragen, sodass die Stellen vermutlich erst im Lauf des Jahres besetzt werden.
- Veränderungen der anteiligen Leistungen bei Tagespflegenutzung.** Die Berechnung wird bei Demenzkranken komplizierter. Sachleistung häusliche Pflege oder Pflegegeld bleiben zu mind. 62% erhalten, da diese Leistungen erst anteilig sinken, wenn die Tagespflegeleistung 50% des Höchstbetrags der Sachleistung zur häuslichen Pflege überschreitet, also bei demenzkranken Menschen nun 625 € (= 50% von 1250 €) und nicht wie zuvor 550 (= 50% von 1100 €).

