

wir gemeinsam

Ab 1. Januar 2017 tritt das Pflegestärkungsgesetz II in Kraft, hier sind die wichtigsten Veränderungen:

1. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff

Mit dem PSG II werden körperliche, geistige und psychische Einschränkungen gleichrangig bewertet.

„Damit beseitigt die Bundesregierung eine der Schwächen der sozialen Pflegeversicherung, denn der bisherige Begriff von Pflegebedürftigkeit orientierte sich stark an somatischen (körperlichen) Ursachen von Hilfebedarf. Es ist ein gutes Signal, dass nunmehr auch demenziell oder psychisch kranke Pflegebedürftige und ihre Angehörigen deutlich besser gestellt werden und beim Übergang in das neue System niemand schlechter gestellt wird.“¹

2. Neuer Beurteilungsmaßstab

Dabei geht es **nicht um eine medizinische Diagnose**, sondern die Leistungsplanung erfolgt künftig mit einem **neuen Begutachtungsassessment (NBA)** (eine Neudefinition von fachwissenschaftlicher und sozialrechtlicher Bedeutung). Damit werden die **individuell vorhandenen Fähigkeiten der Pflegebedürftigen** ermittelt.

„Durch das NBA erfolgt eine wesentliche Erweiterung der alten Systematik und eine notwendige Modernisierung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Diese inhaltliche Ausweitung [...] ist eindeutig ein Fortschritt gegenüber dem bisherigen Erhebungsinstrument.“

Der Unterschied zur bisher verwendeten Erhebungsmethode zeigt sich in vier zentralen Punkten:

- a) Das NBA betrachtet mehr Lebensbereiche;
- b) es leitet daraus **fünf Pflegegrade** ab;
- c) es benutzt als Maßeinheit **keine Minutenwerte mehr**,
- d) sondern ein komplexes System, mit dem die **Selbstständigkeit und die Fähigkeiten des Antragstellers** bewertet werden. *Interessierte können die komplizierten Einzelheiten der Beurteilung detailliert der in der Fußnote genannten Fachveröffentlichung entnehmen.*²

Der Pflegebedarf wird (von den Mitarbeitern des MDK) mit insgesamt **acht Modulen** erfasst:

① Mobilität ② kognitive (geistige) und kommunikative Fähigkeiten ③ Verhaltensweisen und psychische Problemlagen ④ Selbstversorgung ⑤ Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Belastungen / Anforderungen ⑥ Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte ⑦ außerhäusliche Aktivitäten ⑧ Haushaltsführung. Für jedes Modul werden die in eine Tabelle genannten Punktwerte addiert: Das ergibt

ab 12,5 Gesamtpunkten = geringe Beeinträchtigung der Selbständigkeit	= Pflegegrad 1
ab 27,0 Gesamtpunkten = erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit	= Pflegegrad 2
ab 47,5 Gesamtpunkten = schwere Beeinträchtigung der Selbständigkeit	= Pflegegrad 3
ab 70,0 Gesamtpunkten = schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit	= Pflegegrad 4
ab 90,0 Gesamtpunkte = schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung oder wenn die Greif-, Steh- und Gehfunktion vollständig verloren sind	= Pflegegrad 5

¹ Barmer GEK Pflegereport 2015, a.a.O., S. 10ff. u. S. 28. Und 31 ff.

² Die Selbständigkeit als Maß der Pflegebedürftigkeit, MDS Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, https://www.mds-ev.de/uploads/media/downloads/Fachinfo_PSG_II_01.pdf

3. Wie werden die Pflegestufen in Pflegegrade umgewandelt?

Eine direkte Überleitung der bisherigen Pflegestufen in die neuen Pflegegrade ist nicht möglich, **weil sie nicht vergleichbar sind**. Da aber eine Neubegutachtung von 2,7 Mio. Leistungsempfängern zu **einem einzigen** festgesetzten Termin praktisch nicht realisierbar ist, **sieht das PSG II zunächst eine formale Überleitung der bisherigen Pflegestufen ohne Neubegutachtung durch den MDK vor**.

Dabei werden Personen **ohne eingeschränkte Alltagskompetenz** mit einem „**einfachen Stufensprung**“ übergeleitet. So werden aus den bisherigen Pflegestufen I, II und III die Pflegegrade (PG) 2, 3 und 4.

Pflegebedürftige **mit eingeschränkter Alltagskompetenz** werden mit einem „**doppelten Stufensprung**“ übergeleitet, damit wird aus Pflegestufe 0 = Pflegegrad 2, aus PST I = PG 3 und aus PST III = PG 5.

Und da Bestandsschutz gilt, darf niemand durch diese Umstellung finanziell schlechter gestellt werden als vorher.

- Für Anträge die vor dem Stichtag 1.1.2017 eingingen gilt die alte Rechtslage.
- Ist eine Neubegutachtung notwendig (z. B. weil gesundheitliche Verschlechterungen eintraten), werden die neuen Bestimmungen angewandt, sofern sich daraus keine finanzielle Schlechterstellung ergibt.
- Für alle, die ab 2017 erstmals pflegebedürftig werden, gelten die neuen gesetzlichen Bestimmungen.

Frühestens im Jahr 2019 werden die formell zugewiesenen Pflegegrade durch reguläre Wiederholungsbegutachtungen überprüft, wobei auch das nicht zu einer Schlechterstellung führen darf (Bestandsschutz).

4. Veränderte Leistungen ab Einführung von PSG II

Die Pflegeleistungen (die sich zuvor in 3 Pflegestufen mit bis zu 14 Kombinationsmöglichkeiten untergliederten) werden nach der neuen Begutachtungsmethode in einheitlich 5 Pflegegraden erfasst.

Pflege	Pflegegrad (PG)					Anmerkungen
	1	2	3	4	5	
ambulant						*) mit eingeschränkter Alltagskompetenz 1) Pflegebedürftige haben Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 € pro Monat. Er ist zweckgebunden und für qualitätsgesicherte Leistungen zur Entlastung von pflegenden Angehörigen einzusetzen. 2) Die tatsächlich zu zahlende Summe legt jede Einrichtung selbst fest.
Geldleistung	---	316	545	728	901	
alt Pfl. Stufe / mit eA ^{*)}	244 / 316	458 / 545	728 / 728			
Sachleistung	---	689	1.298	1.612	1.995	
alt Pfl.Stufe./ mit eA ^{*)}	488 / 689	1144/1298	1612/1612			
Entlastungsbetrag ¹⁾ (zweckgebunden)	125	125	125	125	125	
vollstationär	125	770	1.262	1.775	2.005	
Ø Eigenanteil BRD ²⁾	---	580	580	580	580	

Auch im stationären Bereich sorgen Bestandsschutzregeln dafür, dass kein Heimbewohner durch die Umstellung auf die neuen Pflegegrade schlechter gestellt werden darf. Die Neuregelung beendet die im alten Recht bestehenden Konflikte zwischen den Einrichtungen (die von der Höhereinstufung profitierten) und den Pflegebedürftigen oder ihren Angehörigen (die bei Anhebung einer Pflegestufe höhere Eigenanteile zu zahlen hatten). Die Neuregelung soll mehr Planungssicherheit für Betroffene und Angehörige schaffen.

5. Als weitere Verbesserungen sind geplant:

- Arbeitslosenversicherung für pflegende Angehörige in erwerbsfähigem Alter wird (bei Erfüllung bestimmter Voraussetzungen) bezahlt;
- Entbürokratisierung und Vereinfachung der Pflegedokumentationen der Fachkräfte;
- mehr Förderung von Selbsthilfe;
- ein klar gegliedertes Verfahren zur Erfassung von Reha-Bedarf, wobei die Empfehlung des MDK künftig unmittelbar zum Reha-Antrag führen soll (sofern der Versicherte dem zustimmt);
- besserer Zugang zu Informationen;
- Pflegekassen nennen feste Ansprechpartner, die Betroffenen Orientierung bei einschlägigen Fragen bieten;
- die gesetzlichen Regelungen zu Information und Beratung sollen neu strukturiert und ausgeweitet werden, sodass sich die Qualität verbessert;
- mehr Förderung von Hospizdiensten und Palliativversorgung;
- Personen ohne Pflegestufe haben nach längerem Krankenhausaufenthalt Anspruch auf Übergangspflege, die von den gesetzlichen Krankenkassen zu finanzieren sind (dazu zählen Krankenpflege, Haushaltshilfe, Kurzzeitpflege).

Viele Regelungen aus **PSG I** (seit 1.1.2015) gelten auch künftig

Wichtig: Seit Einführung von PSG I

können ergänzende Leistungen der Verhinderungs- und Kurzzeitpflege (ambulant oder teilstationär), Betreuungs- und Entlastungsangebote sowie die Beträge der Pflegeschleifung miteinander kombiniert oder untereinander ergänzt werden - solange das bewilligte Budget ein entsprechendes Guthaben aufweist. **Jeder Einzelfall ist anders und mit der zuständigen Kasse bzw. dem Leistungserbringer zu klären.**

ZUSÄTZLICHE BETREUUNGS- UND ENTLASTUNGSANGEBOTE (§ 45b und c SGB XI)

Die BETREUUNGS- UND ENTLASTUNGSANGEBOTE heißen ab 1.1.2017 ANGEBOTE ZUR UNTERSTÜTZUNG IM ALLTAG. Wer in häuslicher Umgebung gepflegt wird, hat Anspruch auf einen Erstattungsbetrag von **bis zu 125 € pro Monat**. Er ist zweckgebunden **für qualitätsgesicherte Leistungen zur Entlastung der Pflegenden**, (z.B. Haushaltshilfen, Einkäufe, Botengänge, Vorlesen, Begleitung zu Ärzten, zu Therapien oder bei Spaziergängen). Voraussetzung ist, diese Hilfen werden von ehrenamtlich tätigen Personen oder **von Mitarbeiter/innen anerkannter, förderfähiger Dienstleister erbracht**. Die Kosten für die Hilfe sind in der Regel vorzulegen und werden **auf Antrag** (und gegen eine entsprechende Quittung) im Rahmen des noch verfügbaren Budgets erstattet. **Nicht verwendete Mittel sind in das erste Halbjahr des Folgejahres übertragbar.**

VERHINDERUNGSPFLEGE (§ 39 SGB XI)

Voraussetzung für deren Bewilligung ist: Der/die Pflegebedürftige muss bereits **6 Monate** in häuslicher Umgebung **zumindest in Pflegegrad 2** gepflegt worden sein. Wenn die Bezugsperson (z.B. wegen Krankheit, Erholung oder ärztlicher Behandlung) nicht pflegen kann, werden gezahlt:

Bei Sicherstellung der Pflege durch ...	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
... nahe Verwandte / Lebensgefährten Aufwendg. max 6 Wochen / Jahr	nur 125 Entlastungsbetrag	474	817,50	1.092	1.351,50
... erwerbsmäßig Pflegenden oder Person, die nicht verwandt ist:	nur 125 Entlastungsbetrag	1.616	1.616	1.616	1.616
bis zu max 6 Wochen, zusätzlich werden 50% des Pflegegeldes bis zu 4 Wochen weitergezahlt. <i>Überschüsse sind nicht ins Folgejahr übertragbar.</i>					

KURZZEITPFLEGE (§ 42 43 SGB XI)

Teilstationäre Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI)

Pflegegrade	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
Das Pflegegeld wird bis max. 8 Wochen zu 50% weitergezahlt.	nur 125 Entlastungsbetrag	689	1.298	1.612	1.995
Anspruch auf bis zu 8 Wochen teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann.					

VOLLSTATIONÄRE UNTERBRINGUNG (§ 43 SGB XI)

Reicht die teilstationäre Pflege (z.B. in Krisensituationen oder übergangsweise im Anschluss an eine stationäre Behandlung) nicht aus, haben Pflegebedürftige **der Pflegegrade 2-5 bis zu 8 Wochen** Anspruch auf Pflege in einer vollstationären Einrichtung. Die Inanspruchnahme wird auf die Verhinderungspflege angerechnet, **das Pflegegeld wird nicht gekürzt**. Übernommen werden die Kosten für medizinische Versorgung, Pflege und soziale Betreuung. **Unterkunft, Verpflegung und Zusatzkosten sind privat oder durch die Sozialkassen zu finanzieren.** *Überschüsse sind nicht ins Folgejahr übertragbar.*

MASSNAHMEN ZUR VERBESSERUNG DES WOHNUMFELDES (§ 40 Abs. 4)

Pflegebedürftige, die in häuslicher Umgebung versorgt werden, können für die bedarfsgerechte Anpassung des Wohnumfeldes **pro Person und Kalenderjahr bis zu 4.000 €** beantragen, für Wohngemeinschaften liegt die Summe bei **jährlich bis zu 16.000 €**.

Quelle: SGB XI, Gesetzestext mit gekennzeichneten Änderungen, Überblick und Stellungnahmen, 1. Januar 2016, Deutscher Caritasverband, Lambertus Verlag

Eine Kürzung des Pflegegeldes lässt sich vermeiden, wenn ... (§ 39 SGB XI)

Verhinderungspflege wird gebraucht, wenn die pflegende Bezugsperson **mehr als 8 Std. pro Tag** abwesend ist, eine eingesetzte Ersatzpflegekraft kann über das **Budget der Verhinderungspflege** abgerechnet werden. Auch diese Hilfen lassen sich bis zu 40% mit anderen, noch nicht ausgeschöpften Leistungen, kombinieren.

Beispiel A: Frau X pflegt ihre Mutter in Pflegegrad 3. Sie nimmt eine Auszeit, um einen wichtigen Besuch zu machen, fährt um 9 Uhr weg und kehrt um 19 Uhr zurück, **war also länger als 8 Stunden** außer Haus.

Während dieser Zeit versorgt ein Pflegedienst die Mutter 2 x für eine Stunde. Die Pflegekasse berechnet diesen Einsatz aus dem **Geldguthaben** für **Verhinderungspflege** (von 1.612 € pro Jahr) **und zieht zusätzlich einen Tag vom Zeitguthaben für Verhinderungspflege ab** (Gesamtanspruch 42 Tage). Außerdem wird das **Pflegegeld (in diesem Fall Pflegegrad 3 = 545 €/Mt.) um 50% des Tagessatzes reduziert, denn es wird nach den Stunden der Abwesenheit der Tochter und nicht nach der Einsatzzeit der Ersatzpflegekraft berechnet.**

Beispiel B: Herr K. pflegt seine Frau in Pflegegrad 4, heute muss er selbst zu einer großen ärztlichen Untersuchung. Er bittet eine Nachbarin um Vertretung und kehrt nach 6 Stunden wieder zurück. Herr K. bezahlt der Nachbarin 60 €, reicht die Quittung bei der Pflegekasse ein, der vorgelegte Betrag wird ihm erstattet.

Weil er **weniger als 8 Stunden abwesend war**, reduziert die Kasse das **Geldguthaben** für Verhinderungspflege **um den an die Nachbarin bezahlten Betrag**, aber weder das Zeitguthaben für Verhinderungspflege noch das Pflegegeld werden deshalb gekürzt.

Fazit: **Wenn die pflegende Bezugsperson weniger als 8 Stunden abwesend ist**, bleiben sowohl das Pflegegeld als auch das Zeitbudget für Verhinderungspflege in voller Höhe erhalten.

Quelle: www.Pflege-durch-Angehoerige.de, Talstraße 11, 71409 Schwaikheim, Tel.: 07195/969895

Bewerbungskosten für Hartz IV Bezieher/innen

Wer Hartz IV erhält, kann bei einer Eingliederungsvereinbarung verpflichtet werden, mindestens 10 Bewerbungsbemühungen pro Monat nachzuweisen. **Diese Verpflichtung ist jedoch hinfällig**, wenn die Vereinbarung keine Regelung zur Erstattung der entsprechenden Bewerbungskosten durch das Jobcenter enthält.

Bundessozialgericht vom 23. Juni 2016 - B 14 A5 30/15 R, Quelle: Metallzeitung Sept. 2016



Wenn man den Überblick behält,
kann einen so schnell
nichts aus der Ruhe bringen

ausgenommen das Labyrinth der Entlastungsangebote



Redaktionsteam

Guðrun Born, Janett Deckert
Brigitte Hald-Hübner, Gabriele John
Mail: redaktion-infobrief@wir-pflegen.net

Herausgeber dieses Infobriefes:

wir pflegen
www.wir-pflegen.net

Anschrift Vorstand:

Postfach 350 349
10212 Berlin, ☎ 030-577 041 83
Mail: vorstand@wir-pflegen.net

Die Liste der Hilfeangebote des „wp-Hilfenetzes“ erhalten Sie über

Mail: martinalueth@web.de oder ☎ Martina Lüth 0228/24 99 93 18 (bitte Beantworter nutzen)