



Arbeitshilfe

zum ersten Pflegestärkungsgesetz

(1. PSG)

für Pflegebedürftige und deren Angehörige

Inhalt

I. Einleitung	3
II. Aufklärung, Beratung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen (§ 7 SGB XI).....	4
III. Begutachtung	4
IV. Leistungen der Pflegeversicherung.....	4
1. Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI).....	4
2. Pflegegeld für selbst beschaffte Hilfen (§ 37 SGB XI).....	5
3. Kombination von Geldleistung und Sachleistung (Kombinationsleistung nach § 38).....	6
4. Verhinderungspflege.....	6
5. Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI).....	7
6. Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI).....	8
7. Vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI).....	9
8. Zusätzliche Betreuungsleistungen- und Entlastungsleistungen, Verordnungsermächtigung (§ 45b SGB XI).....	9
9. Wohnumfeld-verbessernde Maßnahmen (§ 40 SGB XI).....	11
10. Leistungen für Versicherte mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (§ 123 SGB XI).....	17
V. Wohnformen – Zuschläge, Förderung und Weiterentwicklung.....	19
1. Ambulant betreute Wohngruppen (§38a SGB XI).....	19
VI. Beitragssatzerhöhung (§55 SGB XI).....	22
VII. Qualitätsprüfungen (§§ 114, 115 SGB XI)	22

I. Einleitung

Im April 2014 wurde der Referentenentwurf des „Fünften SGB XI-Änderungsgesetzes“ durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) vorgelegt. Nachdem das Kabinett den Gesetzesentwurf Ende Mai beschlossen hatte, wurde er Ende Juni dem Bundestag vorgelegt. Nach einigen Änderungen wurde das mittlerweile als „erstes Pflegestärkungsgesetz“ bezeichnete Gesetz am 17. Oktober 2014 in zweiter und dritter Lesung vom Bundestag beschlossen. Am 7. November wurde das nicht-zustimmungspflichtige Gesetz noch einmal im Bundesrat beraten.

Durch das erste Pflegestärkungsgesetz will das Bundesgesundheitsministerium in dieser Wahlperiode deutliche Verbesserungen in der pflegerischen Versorgung umsetzen, indem ab 01. Januar 2015 die Leistungen für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen ausgeweitet und flexibilisiert, sowie die Zahl der zusätzlichen Betreuungskräfte in stationären Pflegeeinrichtungen erhöht wird. Zudem soll ein Pflegevorsorgefonds eingerichtet werden. Diese Bestrebungen des Gesetzgebers werden seitens des Paritätischen ausdrücklich begrüßt.

Trotz der teilweise positiven Auswirkungen des vorliegenden Gesetzesentwurfs auf die Situation von Pflegebedürftigen und deren Angehörige fordert der Paritätische weitere Gesetzesänderungen und -anpassungen, wie zum Beispiel die Einführung des Neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, für die bereits seit 2008 ein umfassendes Konzept vorliegt und die damit seit sieben Jahren auf sich warten lässt. Auch die Dynamisierung der Leistungen, welche die Preissteigerungen der letzten Jahre ausgleichen soll, ist mit 4 Prozent bei weitem nicht ausreichend und vermindert die Finanzierungslücke in der Pflege zu einem vernachlässigbaren Anteil. Die steigenden Zahlen der Sozialhilfeempfänger bei Pflegebedürftigkeit („Hilfe zur Pflege“) belegen dies eindrucksvoll. Weiter wird kritisiert, dass die Gesetzesänderungen vorrangig den ambulanten Bereich betreffen, Leistungsverbesserungen für Pflegebedürftige im stationären Bereich sind – mit Ausnahme der Dynamisierung - nicht vorgesehen. Dabei bilden stationäre Einrichtungen einen wesentlichen Pfeiler in der notwendigen Versorgungsstruktur im Bereich der Pflege.

Insgesamt bleibt das Gesetz damit hinter den Erwartungen zurück.

II. Aufklärung, Beratung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen (§ 7 SGB XI)

Das Angebot der Betreuungsleistungen wird im Rahmen des ersten Pflegestärkungsgesetzes (1. PSG) um Entlastungsleistungen erweitert (s. § 45 b und c SGB XI). Entsprechend werden auch die Beratungsvorschriften um die neuen Leistungen erweitert. Hier heißt es nun unter Absatz 3: Versicherte mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf und Pflegebedürftige sind in gleicher Weise, insbesondere über anerkannte niedrigschwellige Betreuungsangebote Betreuungs- und Entlastungsangebote, zu unterrichten und zu beraten.

III. Begutachtung

Unabhängige Gutachter

Der Versicherte hat das Recht auf die Wahl zwischen mindestens drei unabhängigen Gutachtern, falls unabhängige Gutachter beauftragt werden sollen oder falls innerhalb von vier Wochen keine Begutachtung erfolgt ist. Neu: Letzteres gilt nicht, falls die Verzögerung nicht von der Pflegekasse zu verantworten ist.

IV. Leistungen der Pflegeversicherung

1. Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI)

Pflegebedürftige haben bei häuslicher Pflege Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung als Sachleistung (häusliche Pflegehilfe). 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 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.

Aufgrund der durch das 1. PSG beschlossenen Dynamisierung der Leistungen um 4 Prozent beträgt der Betrag der Pflegesachleistungen ab dem 1. Januar 2015

- für Pflegebedürftige der Pflegestufe I Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 468 Euro,
- für Pflegebedürftige der Pflegestufe II Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 1.144 Euro und
- für Pflegebedürftige der Pflegestufe III Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 1.612 Euro.

Im Falle, dass ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vorliegt, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt - beispielsweise wenn im Endstadium von Krebserkrankungen regelmäßig mehrfach auch in der Nacht Hilfe geleistet werden muss – können die Pflegekassen in Einzelfällen zur Vermeidung von Härten Pflegebedürftigen der Pflegestufe III weitere Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 1.995 Euro monatlich gewähren.

2. Pflegegeld für selbst beschaffte Hilfen (§ 37 SGB XI)

Pflegebedürftige können anstelle der häuslichen Pflegehilfe Pflegegeld beantragen. Der Anspruch setzt voraus, dass der Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld dessem Umfang entsprechend die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung in geeigneter Weise selbst sicherstellt. Das Pflegegeld beträgt ab 01. Januar 2015 je Kalendermonat

- für Pflegebedürftige der Pflegestufe I 244 Euro,
- für Pflegebedürftige der Pflegestufe II 458 Euro und
- für Pflegebedürftige der Pflegestufe III 728 Euro.

Besteht der Anspruch auf Pflegegeld nicht für den vollen Kalendermonat, wird der Geldbetrag entsprechend gekürzt (der Kalendermonat ist dabei mit 30 Tagen anzusetzen). Die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes wird während einer

Kurzzeitpflege nach § 42 und einer Verhinderungspflege nach § 39 jeweils für bis zu vier Wochen je Kalenderjahr fortgewährt.

Das Pflegegeld wird bis zum Ende des Kalendermonats geleistet, in dem der Pflegebedürftige gestorben ist.

3. Kombination von Geldleistung und Sachleistung (Kombinationsleistung nach § 38)

Nimmt der Pflegebedürftige die ihm zustehende Sachleistung nur teilweise in Anspruch, erhält er daneben ein anteiliges Pflegegeld im Sinne des § 37. Das Pflegegeld wird 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.

Anteiliges Pflegegeld wird während einer Kurzzeitpflege nach § 42 und einer Verhinderungspflege nach § 39 jeweils für bis zu vier Wochen je Kalenderjahr in Höhe der Hälfte der vor Beginn der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege geleisteten Höhe fortgewährt.

4. Verhinderungspflege

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 die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat. Der Anspruch auf Verhinderungspflege wird durch das 1. PSG ab dem 1. Januar 2015 von vier auf längstens sechs Wochen je Kalenderjahr erweitert und auf den Betrag von maximal 1.612 Euro erhöht. Die Nachweispflicht der Kosten wurde neu im Gesetz aufgenommen. Welche Form der Nachweise die Pflegekassen fordern bzw. anerkennen wird, ist noch nicht geklärt.

Ebenfalls durch die Gesetzesänderung neu wurde in den Regelungen aufgenommen, das im Falle einer Verhinderungspflege der Leistungsbetrag hierfür um bis zu 806 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege nach § 42 auf insgesamt bis zu 2.418 Euro im Kalenderjahr erhöht werden kann. Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege nach § 42 angerechnet.

5. Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI)

Pflegebedürftige haben Anspruch auf teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem 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.

Der Anspruch auf teilstationäre Pflege umfasst ab dem 1. Januar 2015 je Kalendermonat

- für Pflegebedürftige der Pflegestufe I einen Gesamtwert bis zu 468 Euro,
- für Pflegebedürftige der Pflegestufe II einen Gesamtwert bis zu 1.144 Euro und
- für Pflegebedürftige der Pflegestufe III einen Gesamtwert bis zu 1.612 Euro.

Die bisherigen Kombinationsregelungen werden durch das 1. PSG aufgehoben. Pflegebedürftige können demnach die Ansprüche auf teilstationäre Tages- und Nachtpflege zusätzlich zu ambulanten Pflegesachleistungen, Pflegegeld oder der Kombinationsleistung nach § 38 in Anspruch nehmen, ohne dass eine Anrechnung auf diese Ansprüche erfolgt.

6. 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 Anspruch auf Pflege in einer vollstationären Einrichtung. Dies gilt:

1. für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen oder
2. in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist.

Kurzzeitpflege darf weiterhin für 4 Wochen im Kalenderjahr in Anspruch genommen werden. Die Pflegekasse übernimmt in diesem Zeitraum die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und die für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege notwendigen Aufwendungen. Der maximale Betrag liegt hierfür ab 01. Januar 2015 bei 1.612 Euro pro Jahr.

Auch hier kann der Betrag entsprechend der Regelungen zur Verhinderungspflege nach § 39 erhöht werden: Demnach kann der Leistungsbetrag um den vollen Betrag für Verhinderungspflege, d.h. um bis zu 1.612 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Verhinderungspflege auf insgesamt bis zu 3.224 Euro 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 nach § 39 angerechnet.

Im Gesetz neu aufgenommen wurde darüber hinaus 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 nehmen 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.

7. Vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI)

Pflegebedürftige haben Anspruch auf Pflege in vollstationären Einrichtungen, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt.

Für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen übernimmt die Pflegekasse im Rahmen der pauschalen Leistungsbeträge die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Der Anspruch beträgt ab dem 1. Januar 2015 je Kalendermonat

- für Pflegebedürftige der Pflegestufe I 1.064 Euro,
- für Pflegebedürftige der Pflegestufe II 1.330 Euro,
- für Pflegebedürftige der Pflegestufe III 1.612 Euro und
- für Pflegebedürftige, die als Härtefall anerkannt sind, 1.995 Euro.

8. Zusätzliche Betreuungsleistungen- und Entlastungsleistungen, Verordnungsermächtigung (§ 45b SGB XI)

Pflegebedürftige der Stufen I bis III bzw. Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, bei denen neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist (s. § 45a SGB XI), können je nach Umfang des erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarfs zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen in Anspruch nehmen. Die Kosten hierfür werden ersetzt, höchstens 104 Euro monatlich (Grundbetrag) oder 208 Euro monatlich (erhöhter Betrag). Die Höhe des jeweiligen Anspruchs wird von der Pflegekasse auf Empfehlung des MDK im Einzelfall festgelegt und dem Versicherten mitgeteilt.

Der Betrag dient der Erstattung von Aufwendungen, die den Versicherten entstehen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen

1. der Tages- oder Nachtpflege,

2. der Kurzzeitpflege,

3. der zugelassenen Pflegedienste, sofern es sich um besondere Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung oder Angebote der hauswirtschaftlichen Versorgung und nicht um Leistungen der Grundpflege handelt, oder

4. der nach Landesrecht anerkannten niedrighschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote, die nach § 45c gefördert oder förderungsfähig sind. Die Erstattung der Aufwendungen erfolgt auch, wenn für die Finanzierung der genannten Betreuungs- und Entlastungsleistungen Mittel der Verhinderungspflege gemäß § 39 eingesetzt werden.

Laut neuem Absatz 1a können ab 01. Januar 2015 auch Pflegebedürftige, welche die o.g. Voraussetzungen nicht erfüllen, ebenfalls zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen in Anspruch nehmen. Die Kosten hierfür werden bis zu einem Betrag in Höhe von 104 Euro monatlich ersetzt.

Soweit für die entsprechenden Sachleistungsbeträge nach den §§ 36 und 123 im jeweiligen Kalendermonat keine ambulanten Pflegesachleistungen bezogen wurden, können anspruchsberechtigte Versicherte unter Anrechnung auf ihren Anspruch auf ambulante Pflegesachleistungen Leistungen niedrighschwelliger Betreuungs- und Entlastungsangebote zusätzlich zu den oben genannten Beträgen in Anspruch nehmen. Der für niedrighschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistungen verwendete Betrag darf dabei je Kalendermonat maximal 40 Prozent des für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrags für ambulante Pflegesachleistungen betragen. Die Aufwendungen, die den Anspruchsberechtigten im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der niedrighschwelligen Betreuungs- und Entlastungsleistungen entstehen, werden erstattet. Dabei sind die Vergütungen für ambulante Pflegesachleistungen vorrangig abzurechnen.

Im Rahmen der Kombinationsleistung nach § 38 SGB XI gilt die Erstattung der Aufwendungen für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistungen für die Berechnung des anteiligen Pflegegeldes als Inanspruchnahme der dem Anspruchsberechtigten nach den §§ 36 und 123 SGB XI zustehenden Sachleistung.

Beispiel:

Eine pflegebedürftige Person ohne eingeschränkte Alltagskompetenz mit Pflegestufe II hat Anspruch auf einen Pflegesachleistungsbetrag in Höhe von bis zu 1.144 Euro. Hiervon können nun 40 Prozent = 457,60 Euro für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistungen verwendet werden, während ein Anspruch auf Pflegegeld zu 60 Prozent (entspricht in der PS II 274,80 Euro) besteht.

Beziehen Anspruchsberechtigte die Leistung im Rahmen der Kombinationsmöglichkeiten, müssen Pflegebedürftige, die Pflegegeld beziehen, bei Pflegestufe I und II halbjährlich, bei Pflegestufe III vierteljährlich eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung, eine von den Landesverbänden der Pflegekassen nach Absatz 7 anerkannte Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegfachlicher Kompetenz oder – sofern dies durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung vor Ort oder eine von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannte Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegfachlicher Kompetenz nicht gewährleistet werden kann – eine von der Pflegekasse beauftragte, jedoch von ihr nicht beschäftigte Pflegefachkraft abrufen. Nehmen Pflegebedürftige die Beratung nicht in Anspruch, kann die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen den Anspruch auf 104 bzw. 208 Euro kürzen.

Zu beachten ist: Die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung sind bei Inanspruchnahme der Betreuungs- und Entlastungsleistungen sicherzustellen.

9. Wohnumfeld-verbessernde Maßnahmen (§ 40 SGB XI)

Die Ansprüche zu den finanziellen Zuschüssen zur Verbesserung des Wohnumfeldes wurden erhöht: Demnach beträgt der Zuschuss, welcher einkommensunabhängig

gewährt wird, 4.000 Euro 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 Euro pro Wohnung begrenzt ist.

Beispiel aus dem leistungsrechtlichen Rundschreiben des GKV-SV zu den leistungsrechtlichen Vorschriften vom 17.04.2013:

Im Wohnumfeld eines auf einen Rollstuhl angewiesenen Anspruchsberechtigten, der von seiner Ehefrau gepflegt wird, ist der Einbau von fest installierten Rampen, die Verbreiterung der Türen und die Anpassung der Höhe von Einrichtungsgegenständen erforderlich.

Diese Wohnumfeld-Verbesserungen sind als eine Maßnahme i. S. des § 40 Abs. 4 SGB XI zu werten und mit maximal 2.557,00 EUR (ab 1. Januar 2015: 4.000 Euro) zu bezuschussen.

Aufgrund der wegen zunehmenden Alters eingeschränkten Hilfestellungen der Ehefrau und weiterer Einschränkungen der Mobilität des Anspruchsberechtigten ist zu einem späteren Zeitpunkt die Nutzung der vorhandenen 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 Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen erforderlich geworden, die erneut mit maximal 2.557,00 EUR (ab 1. Januar 2015: 4.000 Euro) 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 Anspruchsberechtigten 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,
- 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

Treppenhaus/Eingangsbereich in Betracht:	
Ausstattungs-elemente	Mögliche Veränderungen
Aufzug	Einbau eines Personenaufzuges im eigenen Haus Anpassung an die Bedürfnisse eines Rollstuhlfahrers: Ebenerdiger Zugang, Vergrößerung der Türen, Bedienschalterleiste in Greifhöhe Installation von Haltestangen, Schaffung von Sitzplätzen
Briefkasten	Absenkung des Briefkastens auf Greifhöhe (z.B. bei Rollstuhlfahrern)
Orientierungshilfen	Schaffung von Orientierungshilfen für Sehbehinderte, z.B. tastbare Hinweise auf die jeweilige Etage
Treppe	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
Türen, Türanschlätze und Schwellen	Installation von gut zu umfassenden und ausreichend langen Handläufen auf beiden Seiten
Beispiele für Maßnahmen innerhalb des Wohnungsbereich	
Ausstattungs-elemente	Mögliche Veränderungen
Bewegungsfläche	Umbaumaßnahmen zur Schaffung ausreichender Bewegungsraumes, z.B. durch Installation der Waschmaschine in der Küche anstelle im Bad (Aufwendungen für Verlegung der Wasser- und Stromanschlüsse)
Bodenbelag	Beseitigung von Stolperquellen, Rutsch- und

	Sturzgefahren
Heizung	Installation von z.B. elektrischen Heizgeräten anstelle von Öl-, Gas-, Kohle- oder Holzöfen (wenn hierdurch der Hilfebedarf bei der Beschaffung von Heizmaterial kompensiert wird)
Lichtschalter/Steckdosen/ Heizungsventile	Installation der Lichtschalter/ Steckdosen/ Heizungsventile in Greifhöhe Ertastbare Heizungsventile für Sehbehinderte
Reorganisation der Wohnung	Anpassung der Wohnungsaufteilung (ggf. geplant für jüngere Bewohner, Ehepaare) auf veränderte Anforderungen (alt, allein, gebrechlich) durch Umnutzung von Räumen Stockwerktausch (insbesondere in Einfamilienhäusern ist häufig das Bad und das Schlafzimmer in oberen Etagen eingerichtet)
Türen, Türansläge und Schwellen	Türvergrößerung Abbau von Türschwellen, z.B. auch zum Balkon Veränderung der Türansläge, wenn sich dadurch der Zugang zu einzelnen Wohnbereichen erleichtern oder die Bewegungsfläche vergrößern lässt Einbau von Sicherheitstüren zur Vermeidung einer Selbst- bzw. Fremdgefährdung bei desorientierten Personen Bei einer bereits installierten Türöffner- und Türschließenanlage Absenkung der Anlage in Greifhöhe bzw. behinderungsgerechte Anpassung Absenkung eines Türspions
Fenster	Absenkung der Fenstergriffe Anbringung von elektrisch betriebenen Rollläden,

	<p>sofern der Anspruchsberechtigte zur Linderung seiner Beschwerden ständig auf einen kühlen Raum angewiesen ist und eine Unterbringung nur in diesem Raum erfolgen kann</p>
Armaturen	<p>Installation von Armaturen mit verlängertem Hebel oder Schlaufe, Schlauchbrause</p> <p>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</p>
Bodenbelag	<p>Verwendung von rutschhemmendem Belag</p>
Kücheneinrichtung	<p>Veränderung der Höhe von z.B. Herd, Kühlschrank, Arbeitsplatte, Spüle als Sitzarbeitsplätze</p> <p>Schaffung einer mit dem Rollstuhl unterfahrbaren Kücheneinrichtung</p> <p>Absenkung von Küchenoberschränken (ggf. maschinelle Absenkvorrichtung)</p> <p>Schaffung von herausfahrbaren Unterschränken (ggf. durch Einhängkörbe)</p>
Einbau eines fehlenden Bades/WC	<p>Umgestaltung der Wohnung und Einbau eines nicht vorhandenen Bades/WC</p>
Anpassung eines vorhandenen Bades/WC Armaturen	<p>Installation von Armaturen mit verlängertem Hebel oder Schlaufe, Schlauchbrause</p> <p>Installation von Warmwassergeräten, wenn kein fließend warmes Wasser vorhanden ist und aufgrund der Pflegebedürftigkeit (auch unterhalb Pflegestufe I nach § 123 SGB XI) Warmwasserquellen im Haus nicht er-</p>

	reicht oder das warme Wasser nicht – wie bisher – aufbereitet werden kann
Badewanne	Badewanneneinstiegshilfen, die mit wesentlichen Eingriffen in die Bausubstanz verbunden sind
Bodenbelag	Verwendung von rutschhemmendem Bodenbelag Schaffung rutschhemmender Bodenbeläge in der Dusche
Duschplatz	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
Einrichtungsgegenstände	Anpassung der Höhe
Toilette	Anpassung der Sitzhöhe des Klosettbeckens durch Einbau eines Sockels
Waschtisch	Anpassung der Höhe des Waschtisches (ggf. Einbau eines höhenverstellbaren Waschtisches) zur Benutzung im Sitzen bzw. im Rollstuhl
Bettzugang	Umbaumaßnahmen zur Schaffung eines freien Zugangs zum Bett
Bodenbelag	Verwendung von rutschhemmendem Bodenbelag
Lichtschalter/Steckdosen	Installation von Lichtschaltern und Steckdosen, die vom Bett aus zu erreichen sind

10. Leistungen für Versicherte mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (§ 123 SGB XI)

Bis zur Leistungsgewährung aufgrund eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines entsprechenden Begutachtungsverfahrens haben Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf gemäß § 45a SGB XI neben den

monatlich gewährten finanziellen Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach § 45b SGB XI in Höhe von maximal 104 Euro (Grundbetrag) bzw. 208 Euro (erhöhter Betrag) weiterhin Anspruch auf Pflegeleistungen nach folgenden Maßgaben:

- Versicherte ohne Pflegestufe haben Anspruch auf:

- Pflegegeld in Höhe von 123 Euro monatlich oder
- Pflegesachleistungen in Höhe von bis zu 231 Euro monatlich oder
- Kombinationsleistungen aus Pflegegeld und Pflegesachleistungen, sowie ggfs. niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistungen,
- Teilstationäre Pflege in Höhe von bis zu 231 Euro,
- Kurzzeitpflege in Höhe von bis zu 1.612 Euro, bzw. unter Verwendung des Anspruchs auf Verhinderungspflege in Höhe von bis zu 3.224 Euro,
- Verhinderungspflege in Höhe von bis zu 1.612 Euro bzw. unter Verwendung des Anspruchs auf Kurzzeitpflege in Höhe von bis zu 2.418 Euro,
- Wohnungsumfeld verbessernde Maßnahmen in Höhe von bis zu 4.000 Euro,
- Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen in Höhe von bis zu 2.500 Euro sowie
- Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen in Höhe von 205 Euro monatlich.

Hinweis aus dem leistungsrechtlichen Rundschreiben des GKV-SV Nr. RS2012/453:

- Es erfolgt ein separater Leistungsbescheid über Leistungen nach § 123 SGB XI, in dem die Bedingung festgehalten ist, dass die Leistungsbewilligung zum Zeitpunkt des Inkrafttretens eines Gesetzes mit Änderung der Leistungsgewährung aufgrund eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs endet.

V. 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 2015 205 Euro monatlich beträgt. Um diesen Betrag in Anspruch nehmen zu können, müssen in Zukunft folgende (verschärfte) Voraussetzungen vorliegen: Pflegebedürftige haben Anspruch, wenn

1. sie mit mindestens zwei und höchstens neun 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 oder eine erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz nach § 45a bei ihnen festgestellt wurde,

2. sie Leistungen nach §§ 36, 37, 38, 45b oder § 123 beziehen,

3. eines der 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, und Voraussetzung hierfür ist,

- dass die pflegebedürftigen Personen gemeinsam in einer ambulant betreuten Wohngruppe mit häuslicher pflegerischer Versorgung wohnen,
- dass sie Sach-, Geld- oder Kombileistungen beziehen,
- dass in der Wohngruppe eine Pflegekraft organisatorische, verwaltende oder pflegerische Tätigkeiten übernimmt und

- dass regelmäßig mindestens drei Pflegebedürftige gemeinschaftlich wohnen.

4. keine Versorgungsform vorliegt, in der der 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.

Die Pflegekassen sind berechtigt, zur Feststellung der Anspruchsvoraussetzungen beim Antragsteller folgende Daten zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen und folgende Unterlagen anzufordern:

1. eine formlose Bestätigung des Antragstellers, dass die Voraussetzungen erfüllt sind,
2. die Adresse und das Gründungsdatum der Wohngruppe,
3. den Mietvertrag einschließlich eines Grundrisses der Wohnung und den Pflegevertrag nach § 120,
4. Vorname, Name, Anschrift und Telefonnummer sowie Unterschrift der gemeinschaftlich beauftragten Person und
5. die vereinbarten Aufgaben dieser Person.

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.

Hinweis aus dem leistungsrechtlichen Rundschreiben des GKV-SV Nr. RS2012/453:

- 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.
- Eine Obergrenze von Personen, die in einer Wohngruppe leben können, ist nicht festgelegt. Diese könnte sich jedoch aus den Heimgesetzen des jeweiligen Bundeslandes ergeben.
- 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.

Eine Übergangsregelung in § 122 SGB XI stellt sicher, dass für Personen, die am 31. Dezember 2014 einen Anspruch auf einen Wohngruppenzuschlag nach § 38a in der bis zum 31. Dezember 2014 geltenden Fassung haben, diese Leistung weiter erbracht wird, wenn sich an den tatsächlichen Verhältnissen nichts geändert hat.

VI. Beitragssatzerhöhung (§55 SGB XI)

Das 1. PSG sieht eine Beitragssatzerhöhung von 2,05 Prozent auf 2,35 Prozent vor. Der Aufschlag für Kinderlose beträgt weiterhin 0,25 Prozent.

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

Bei der Beurteilung der Pflegequalität sind die Pflegedokumentation, die Inaugenscheinnahme der Pflegebedürftigen, die Befragungen der Beschäftigten der Pflegeeinrichtung sowie die Befragungen der Pflegebedürftigen oder deren Angehöriger (oder nahestehende Vertrauenspersonen) zu berücksichtigen. In die Maßnahmen und die damit zusammenhängende Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten muss von den Betroffenen eingewilligt werden. Die Einwilligung muss in Textform abgegeben werden, bedarf jedoch nicht wie bisher einer eigenhändigen Unterschrift. Somit kann künftig die Erklärung auch in Form eines Faxes oder einer Email erfolgen.

Hinweis: Alle Informationen dieser Arbeitshilfe beruhen auf den Angaben des SGB XI, des ersten Pflegestärkungsgesetzes sowie den entsprechenden Gesetzesbegründungen. Die genannten Hinweise des GKV-SV wurden den leistungsrechtlichen Rundschreiben Nr. RS 2012 / 453 entnommen.

Die Arbeitshilfe wurde verfasst von Anne Linneweber, Referat Altenhilfe und Pflege des Paritätischen Gesamtverbands. Stand: 11. November 2014.