

Pflegereform 2008

Was ändert sich für die Versicherten?

Mit dem In-Kraft-Treten des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes am 1. Juli 2008 ändert sich für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen einiges. Es gibt eine Anzahl neuer oder veränderter Ansprüche, die die Situation der Menschen verbessern und die Pflege zu Hause unterstützen sollen.

Für die neuen und verbesserten Ansprüche wird der Beitrag zur Pflegeversicherung um 0,25% erhöht. Nach Angaben der Bundesregierung reicht dieser Beitrag dann bis Ende 2014 / Anfang 2015 aus, um die Mehrkosten zu finanzieren.

Ob und in welchem Umfang jemand als pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung gilt, ist durch die jetzige Pflegereform noch nicht geändert worden. Der Begriff der Pflegebedürftigkeit und die Einteilung in die drei Pflegestufen richten sich weiterhin nach der alten Rechtslage. Gegenwärtig tagt ein Beirat des Bundesgesundheitsministeriums, der in seinen Abschlussempfehlungen im November 2008 einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungsverfahren vorstellen wird. Es bleibt abzuwarten, ob noch in dieser Legislaturperiode ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff gesetzlich festgelegt wird.

Häusliche Pflege

Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz sieht einige Neuregelungen vor, die die Pflege zu Hause erleichtern sollen. Zudem werden das Pflegegeld und der Betrag für ambulante Sachleistungen erhöht. Zur Einführung der Pflegezeit, die pflegenden Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern eine unbezahlte Freistellung bis zu 6 Monaten gewährt siehe Sozial-Info Pflegezeit von April 2008.

Rechtsanspruch auf Pflegeberatung

Ab 1. Januar 2009 können sich Menschen, die pflegebedürftig sind oder die einen Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung gestellt haben und bei denen ein Beratungs- und Hilfebedarf besteht, bei ihren Pflegekassen durch Pflegeberaterinnen oder Pflegeberater individuell beraten lassen. Diese Beratung umfasst nicht nur die Leistungen der Pflegekasse, sondern muss über alle bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen erfolgen, die der Unterstützung von Menschen mit Pflege- und Betreuungsbedarf dienen (z. B. Leistungen auf häusliche Krankenpflege und Physiotherapie oder Hilfe zur Pflege nach den Sozialhilfavorschriften).

Die Pflegeberatung stellt individuell für den pflegebedürftigen Menschen fest, welche Hilfe und Unterstützung benötigt wird. Sie erstellt einen entsprechenden Versorgungsplan, in dem alle notwendigen und möglichen Maßnahmen aufgelistet sind und hilft dem Betroffenen, die entsprechenden Anträge bei den Leistungsträgern zu stellen. Die Beraterinnen und Berater sollen den pflegebedürftigen und seine Angehörigen während der Pflege begleiten und ggf. den Versorgungsplan an eine veränderte Pflegesituation anpassen.

Die Pflegeberatung kann von den Pflegekassen auch auf andere Beratungsstellen übertragen werden.

Ob es Pflegestützpunkte geben wird, in denen die Pflegeberatung dann angesiedelt werden soll, liegt in der Zuständigkeit der einzelnen Bundesländer. Bis Juni 2008 gab es hierzu noch keine landesrechtlichen gesetzlichen Vorschriften.

Verkürzung der Begutachtungsfrist

Die Pflegekasse muss grundsätzlich spätestens fünf Wochen nach Antragstellung über eine Pflegestufe entschieden haben. Eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) hat dementsprechend zügig zu erfolgen. Teilweise gelten noch kürzere Fristen, wenn sich der Antragsteller in einem Krankenhaus oder einer stationären Rehabilitationseinrichtung befindet und er wahrscheinlich ambulant oder stationär gepflegt werden muss oder die Inanspruch-

nahme einer Pflegezeit angekündigt wurde. Dann muss die Begutachtung durch den MDK innerhalb einer Woche bzw. zwei Wochen nach Antragstellung erfolgen.

Rehabilitation und Prävention

Der MDK muss in seiner Begutachtung auch feststellen, welche Rehabilitations- und Präventionsmaßnahmen geeignet, notwendig und zumutbar sind. Diese Feststellung muss dem Pflegebedürftigen und der Pflegekasse mitgeteilt werden. Zu den Einzelheiten s. Sozial-Info Ihre Rechte auf medizinische Rehabilitation von Mai. 2008.

Gemeinsame Inanspruchnahme von Pflege und Betreuung

Mehrere Pflegebedürftige können Leistungen eines Pflegedienstes (Pflege, Betreuung, hauswirtschaftliche Versorgung) gemeinsam in Anspruch nehmen. Das ist zum Beispiel dann sinnvoll, wenn mehrere pflegebedürftige Menschen gemeinsam in einer Wohngemeinschaft oder in einem Gebäude oder auch in einer Straße wohnen. Die Kosten, die dabei eingespart werden, sollen den Pflegebedürftigen zugute kommen. Möglich sind beispielsweise eine zusätzliche Betreuung von Demenzkranken oder andere Angebote, die ein Pflegedienst aufgrund von Zeit- und Geldmangel in der „einfachen“ Pflege nicht leisten kann. Allerdings müssen Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung weiter sichergestellt sein.

Erhöhung der Leistungen

Ab dem 1. Juli 2008 werden auch die Sachleistungsbeträge und das Pflegegeld schrittweise erhöht. Ab dem Jahre 2014 werden die Leistungen automatisch dynamisiert, das heißt alle drei Jahre prüft die Bundesregierung Notwendigkeit und Höhe einer Anpassung der Leistungen und erlässt eine entsprechende Rechtsverordnung.

Zu den Leistungen im Einzelnen:

	1. Juli 2008	1. Januar 2010	1. Januar 2012
Pflegegeld	Stufe I: 215 € Stufe II: 420 € Stufe III: 675 €	Stufe I: 225 € Stufe II: 430 € Stufe III: 685 €	Stufe I: 235 € Stufe II: 440 € Stufe III: 700 €
ambulante Sachleistung	Stufe I: 420 € Stufe II: 980 € Stufe III: 1470 €	Stufe I: 440 € Stufe II: 1040 € Stufe III: 1510 €	Stufe I: 450 € Stufe II: 1100 € Stufe III: 1550 €

Beratung der Pflegenden bei häuslicher Pflege

Die Pflegebedürftigen, die Pflegegeld beziehen, werden in der eigenen Wohnung durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung, eine durch die Pflegekassen anerkannte Beratungsstelle, durch eine unabhängige Pflegefachkraft oder die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater zur Pflege beraten. Die Beratung erfolgt bei den Pflegestufen I und II einmal im halben Jahr, bei Pflegestufe III einmal im Vierteljahr. Pflegebedürftige, die nach Feststellung des MDK besonders beaufsichtigt und betreut werden müssen, aber nur die sogenannte Pflegestufe 0 haben, können einmal im halben Jahr einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen.

Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson

Wenn die Pflegeperson Urlaub hat, krank oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert ist, übernimmt die Pflegekasse die notwendige Ersatzpflege für vier Wochen im Jahr. Während die Pflegeperson früher wenigstens 12 Monate vorher gepflegt haben muss, reichen jetzt auch 6 Monate. Die Kosten für die Ersatzpflege werden ab 1. Juli 2008 bis zu 1470 € ab 1. Januar 2010 bis zu 1510 € und ab 1. Januar 2012 bis zu 1550 € übernommen. Wenn die Pflege allerdings von (nicht erwerbsmäßig tätigen) Pflegepersonen übernommen wird, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, werden die Kosten nur in Höhe des Pflegegeldes übernommen.

Einzelverträge mit Pflegekräften

Ab 1. Juli 2008 kann die Pflegekasse auch Verträge mit einzelnen Pflegekräften abschließen, wenn die pflegerische Versorgung im Einzelfall anders nicht möglich ist (z.B. wenn es keine Pflegedienste in der Nähe gibt) oder dieser Einsatz besonders wirksam und wirtschaftlich ist oder es dem Pflegebedürftigen hilft, ein selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen oder es seinem besonderen Wunsch entspricht. Mit dieser Möglichkeit kann ein pflegebedürftiger Mensch seine Hilfe bedarfsgerecht und in den eigenen vier Wänden gestalten.

Teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege

Tages- und Nachtpflege

Auch die Leistungen für die Tages- und Nachtpflege werden angehoben. Die Höhe entspricht den Sachleistungsbeträgen in der ambulanten Pflege. Der Anspruch auf Tages- und Nachtpflege kann mit dem Pflegegeld, den Pflegesachleistungen oder der kombinierten Leistung gemeinsam in Anspruch genommen werden. Bisher wurde das Geld, was für Tages- und Nachtpflege in Anspruch genommen wurde, vollständig auf die Pflegesachleistungen oder das Pflegegeld angerechnet. Deshalb haben viele Pflegebedürftige und Pflegepersonen von der teilstationären Pflege keinen

Gebrauch gemacht. Aus diesen Gründen ist der höchstmögliche Gesamtanspruch auf das 1,5-fache des bisherigen Betrages erhöht worden. Das bedeutet im Einzelnen (Beispiel für Pflegestufe II ab 1. Juli 2008):

Wenn Leistungen der Tages- oder Nachtpflege in Höhe von ... in Anspruch genommen werden	verbleiben noch als Sachleistung /Pflegegeld
100 % (980 €)	50 % (490 €/ 210 €)
90 % (882 €)	60 % (588 €/ 252 €)
80 % (784 €)	70 % (686 €/ 294 €)
70 % (686 €)	80 % (784 €/ 336 €)
60 % (588 €)	90 % (882 €/ 378 €)
50 % (490 €)	100 % (980 €/ 420 €)
40 % (392 €)	100 % (980 €/ 420 €)

Wenn 50 % oder weniger der Leistungen zur Tages- und Nachtpflege in Anspruch genommen werden, bleibt die ambulante Sachleistung oder das Pflegegeld in voller Höhe erhalten. Im Ergebnis bedeutet dies, dass bei einer Kombination von vollem Anspruch auf Tages- und Nachtpflege mit Pflegesachleistungen bei häuslicher Pflege der Gesamtanspruch z.B. bei Pflegestufe II auf 1470 € ansteigt. Der Gesamtanspruch von voller Tages- und Nachtpflege mit Pflegegeld beträgt bei Pflegestufe II 1190 €

Kurzzeitpflege

Wenn die häusliche Pflege vorübergehend nicht geleistet werden kann, weil z.B. im Anschluss an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen die häusliche Versorgung noch nicht gesichert ist, der pflegende Angehörige Urlaub braucht, selbst ins Krankenhaus muss oder zur Kur fährt, kann eine Kurzzeitpflege in Anspruch genommen werden. Dafür stellt die Pflegekasse ab 1. Juli 2008 1470 € ab 1. Januar 2010 1510 € und ab 1. Januar 2012 1550 € zur Verfügung. Bei zu Hause gepflegten Kindern bis zum vollendeten 18. Lebensjahr kann in begründeten Einzelfällen die Kurzzeitpflege auch in Einrichtungen der Behindertenhilfe oder anderen geeigneten Einrichtungen erbracht werden.

Vollstationäre Pflege

Die Leistungen für die vollstationäre Pflege in den Pflegestufen I und II bleiben unverändert bei 1023 € bzw. 1279 €. In der Pflegestufe III (Härtefälle) betragen sie ab 1. Juli 2008 1470 € (1750 €), ab 1. Januar 2010 1510 € (1825 €) und ab 1. Januar 2012 1550 € (1918 €).

Versicherte mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf

Für Versicherte mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (z.B. Menschen mit Demenz, geistigen oder psychischen Erkrankungen) wurden die Leistungen ebenfalls angehoben. Diese Leistungen können zukünftig auch Menschen mit einer sogenannten Pflegestufe 0 erhalten. Diese liegt dann vor, wenn ein Hilfebedarf im Bereich Grundpflege oder hauswirtschaftlicher Versorgung besteht, dieser aber noch nicht für eine Pflegestufe reicht.

Für zusätzliche Betreuungsleistungen dieser Gruppe stellen die Pflegekassen zukünftig einen Betrag von 100 € im Monat (Grundbetrag) bzw. 200 € im Monat (erhöhter Betrag) zur Verfügung (bisher 460 € im Jahr). Benötigt jemand in einem Jahr nicht den vollen Betrag, so kann er diesen in das folgende Kalenderhalbjahr mitnehmen.

Die Zusatzvergütung erhalten auch vollstationäre Einrichtungen für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung pflegebedürftiger Bewohnerinnen und Bewohner, die diesen erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung haben. Die Einrichtungen müssen entsprechende Angebote nachweisen oder zusätzliches Personal hierfür beschäftigen.

Bewertung des SoVD

Die Pflegereform bringt viele Verbesserungen für den pflegebedürftigen Menschen und ihre Angehörigen, die teilweise auch jahrelangen Forderungen des SoVD entsprechen. Bedauerlich ist, dass keine nachhaltige Finanzreform in Angriff genommen wurde. Eine Bürgerversicherung, wie sie der SoVD auch in der Pflege fordert, wäre hier mit dem bereits vorhandenen einheitlichen Beitragssatz und einheitlichem Leistungskatalog ein ideales Modell.

Der SoVD bedauert auch, dass die Pflegestützpunkte in die Zuständigkeit der Länder fallen. Bisher ist nicht absehbar, ob die Bundesländer dieses Beratungsangebot gesetzlich unterstützen oder nicht. Der SoVD befürchtet einen Flickenteppich an unterschiedlichen Regelungen, der für die Betroffenen intransparent und unzureichend sein wird.

Bei Einzelfragen wenden Sie sich bitte an Ihre SoVD-Beratungsstelle. Die Anschriften der SoVD-Landes- und Kreisverbände erfahren Sie auch auf unserer Internetseite unter www.sovd.de.

Herausgeber:
Sozialverband Deutschland
Abteilung Sozialpolitik
Stralauer Straße 63, 10179 Berlin
Telefon: 030-72 62 22-0
E-Mail: contact@sovde.de
Verfasserin: Dr. Gabriele Kuhn-Zuber