



Arbeitshilfe

zum ersten Pflegestärkungsgesetz

(1. PSG)

für ambulante Pflegeeinrichtungen

(Pflegedienste)

Inhalt

I. Einleitung	4
II. Aufklärung, Beratung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen (§ 7 SGB XI).....	5
III. Leistungen der Pflegeversicherung.....	5
1. Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI).....	5
2. Pflegegeld für selbst beschaffte Hilfen (§ 37 SGB XI).....	6
3. Kombination von Geldleistung und Sachleistung (Kombinationsleistung nach § 38).....	7
4. Verhinderungspflege.....	7
5. Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI)	8
6. Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI).....	8
7. Zusätzliche Betreuungsleistungen- und Entlastungsleistungen (§ 45b SGB XI)	9
8. Wohnumfeld-verbessernde Maßnahmen (§40 SGB XI).....	12
9. Leistungen für Versicherte mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (§123 SGB XI).....	12
IV. Wohnformen – Zuschläge, Förderung und Weiterentwicklung.....	13
1. Ambulant betreute Wohngruppen (§38a SGB XI)	13
2. Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen (§45e SGB XI).....	17
3. Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen (§ 45c SGB XI)	18
V. Beitragssatzerhöhung (§55 SGB XI)	19

VI. Anerkennung tariflicher Vergütungen sowie Wahlfreiheit zwischen Zeitvergütung und Vergütung von Komplexleistungen (§ 89 SGB XI).....	19
VII. Qualitätsprüfungen (§§114, 115 SGB XI).....	20
VIII. Pflegevertrag bei häuslicher Pflege (§ 120 SGB XI)	21

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). Dementsprechend 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 niedrighschwellige Betreuungsangebote Betreuungs- und Entlastungsangebote, zu unterrichten und zu beraten.

III. 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 01. 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 ein Pflegegeld beantragen. Der Anspruch setzt voraus, dass der Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld dessen 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 01. 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 wurde in den Regelungen neu aufgenommen, dass 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 01. 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 weiter für 4 Wochen pro 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 entstehenden 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. Zusätzliche Betreuungsleistungen- und Entlastungsleistungen (§ 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, 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 niedrigschwellige 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 niedrigschwelligen 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, durch eine von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannte Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz oder – sofern dies durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung vor Ort oder eine von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannte Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz nicht gewährleistet werden kann – durch eine von der Pflegekasse beauftragte, jedoch von ihr nicht beschäftigte Pflegefachkraft abzurufen. Nehmen Pflegebedürftige die

Beratung nicht in Anspruch, kann die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen den Anspruch auf 104 bzw. 208 Euro zu kürzen.

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

Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung die Details über die Anerkennung der niedrighschwelligigen Betreuungs- und Entlastungsangebote einschließlich der Vorgaben zur regelmäßigen Qualitätssicherung der Angebote zu bestimmen. Niedrighschwellige Angebote können unter Beachtung der jeweiligen Anerkennungsbedingungen eine gemeinsame Anerkennung als Betreuungs- und Entlastungsangebot erhalten.

8. 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 im Falle, dass mehrere Pflegebedürftige gemeinsam in einer Wohnung leben. Zu beachten ist hierbei, dass der Zuschuss insgesamt auf 16.000 Euro pro Wohnung begrenzt ist.

9. 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 Betreuungsleistungen 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 je Kalendermonat Anspruch auf:

- Pflegegeld in Höhe von 123 Euro oder
- Pflegesachleistungen in Höhe von bis zu 231 Euro oder
- Kombinationsleistungen aus Pflegegeld und Pflegesachleistungen.

Mit diesem Leistungsanspruch wurde für diesen Personenkreis auch der Zugang zu Leistungen der Verhinderungspflege und Pflegehilfsmittel sowie technische Hilfen geschaffen.

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.

IV. 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 01. 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. eine Person von den Mitgliedern 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. 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:

Im 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 Wohngruppenschlag ist eine Geldleistung und zweckgebunden.
- Gemeinsame Wohnung: Hierzu müssen 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.

(Bislang) 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 bei 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.

2. Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen (§45e SGB XI)

Die Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen soll gefördert werden als Wohnform zwischen der Pflege in häuslicher Umgebung und der vollstationären Pflege. Anspruchsvoraussetzungen für eine finanzielle Unterstützung sind einerseits die im Gesetz hinterlegte Leistungsberechtigung auf Leistungen einer ambulanten Wohngruppe und andererseits die gemeinsame Beteiligung der Pflegebedürftigen an der Gründung der ambulant betreuten Wohngruppe. So wird zusätzlich zu den Wohnumfeld verbessernden Leistungen ein einmaliger Betrag in Höhe von bis zu 2.500 Euro gewährt. Insgesamt darf der Betrag pro Wohngruppe 10.000 Euro nicht übersteigen. Ausbezahlt wird der Betrag, wenn die Gründung der ambulanten Wohngruppe nachgewiesen ist. Der Antrag ist innerhalb eines Jahres nach Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen zu stellen, dabei kann die Umgestaltungsmaßnahme auch vor der Gründung und dem Einzug erfolgen.

Die Einzelheiten zu den Fördervoraussetzungen und dem Verfahren regelt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen.

Die finanzielle Förderung von ambulant betreuten Wohngruppen endet mit Erreichen der Gesamtfördersumme in Höhe von 30 Millionen Euro oder spätestens mit dem 31. Dezember 2015.

Hinweis aus dem leistungsrechtlichen Rundschreiben des GKV-SV Nr.

RS2012/453:

- Die Gründung einer Wohngruppe liegt dann vor, wenn mindestens drei Empfänger des Wohngruppenzuschlags (§ 38 a SGB XI) zusammenziehen.
- Da die Förderung auf 10.000 Euro begrenzt ist, erfolgt ab vier Anspruchsberechtigten eine anteilige Finanzierung durch die beteiligten Pflegekassen.

Anspruchsberechtigt:

- Pflegebedürftige, die an der Neugründung einer Wohngruppe beteiligt sind.
- Wenn mindestens drei Pflegebedürftige zusammenziehen.
- Der Förderbeitrag für die altersgerechte oder barrierearme Umgestaltung der gemeinsamen Wohnung verwendet wird.
- Der Antrag innerhalb eines Jahres nach Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen gestellt wird.
- Der Anspruch nicht für bereits bestehende Wohngruppen besteht.
- Der Anspruch endet mit Ablauf des Monats nach Mitteilung, dass die gesetzliche Gesamtförderhöhe von 30 Mio. erreicht wurde, spätestens jedoch am 31.12.2015.

Angaben zur Beantragung:

- Seit wann besteht die Wohngruppe?
- Wie viele Pflegebedürftige sind an der Wohngruppe beteiligt?
- Vorlage einer Bestätigung über das Zusammenleben in einer ambulanten betreuten Wohngruppe zum Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung und der Pflegebedürftigkeit.

3. Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen (§ 45c SGB XI)

Zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte insbesondere für demenzkranke Pflegebedürftige fördert der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Wege der Anteilsfinanzierung aus Mitteln des Ausgleichsfonds mit 25 Millionen Euro je Kalenderjahr den Auf- und Ausbau von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten sowie Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen insbesondere für demenzkranke Pflegebedürftige. Neu ist, dass mit diesen Mitteln nun auch niedrigschwellige Entlastungsangebote für Pflegebedürftige mit mindestens Pflegestufe I sowie für Versicherte ohne Pflegestufe, die wegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz die Voraussetzungen des § 45a erfüllen, finanziert werden.

Niedrigschwellige Entlastungsangebote sind dabei Angebote für Pflegebedürftige mit mindestens Pflegestufe I sowie für Versicherte ohne Pflegestufe, die wegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz die Voraussetzungen des § 45a erfüllen, die der Deckung des Bedarfs der Anspruchsberechtigten an Unterstützung im Haushalt, insbesondere bei der hauswirtschaftlichen Versorgung, bei der Bewältigung von allgemeinen oder pflegebedingten Anforderungen des Alltags oder bei der eigenverantwortlichen Organisation individuell benötigter Hilfeleistungen dienen oder die dazu beitragen, Angehörige oder vergleichbar Nahestehende in ihrer Eigenschaft als Pflegende zu entlasten. Niedrigschwellige Entlastungsangebote beinhalten die Erbringung von Dienstleistungen, eine die vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten stärkende oder stabilisierende Alltagsbegleitung, organisatorische Hilfestellungen, Unterstützungsleistungen für Angehörige und vergleichbar Nahestehende in ihrer Eigenschaft als Pflegende zur Bewältigung des Pflegealltags oder andere geeignete Maßnahmen. Als grundsätzlich förderungsfähige niedrigschwellige Entlastungsangebote kommen insbesondere Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen, Alltagsbegleiter sowie Pflegebegleiter in Betracht.

V. 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.

VI. Anerkennung tariflicher Vergütungen sowie Wahlfreiheit zwischen Zeitvergütung und Vergütung von Komplexleistungen (§ 89 SGB XI)

Das 1. PSG stellt in Bezug auf die Verhandlungen mit den Pflegekassen klar, dass die Bezahlung tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden können.

Weiter hebt der Gesetzgeber die mit dem PNG eingeführte Verpflichtung für ambulante Pflegedienste, Leistungen nach Zeit anzubieten, wieder auf. Die Vergütungen können damit wieder ab 01. Januar 2015 – je nach Art und Umfang der Pflegeleistung – nach dem dafür erforderlichen Zeitaufwand oder unabhängig vom Zeitaufwand nach dem Leistungsinhalt des jeweiligen Pflegeeinsatzes, nach Komplexleistungen oder in Ausnahmefällen auch nach Einzelleistungen bemessen werden; sonstige Leistungen wie hauswirtschaftliche Versorgung, Behördengänge oder Fahrtkosten können auch mit Pauschalen vergütet werden.

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

Zu prüfen gilt weiterhin, inwiefern die Instrumente zur Beurteilung der Ergebnisqualität im stationären Bereich ebenso Anwendung im ambulanten Bereich finden können.

Die Landesverbände der Krankenkassen sind dazu angehalten, den Prüfumfang zu verringern, falls seit der letzten Prüfung nicht mehr als neun Monate vergangen sind, die Prüfergebnisse nach pflegfachlichen Kriterien den Ergebnissen einer Regelprüfung gleichwertig sind und die Veröffentlichung der Leistungen und deren Qualität in einer für Pflegebedürftige und ihre Angehörige verständlichen Art gewährleistet ist. Hierbei sind Prüfergebnisse anderer Prüfinstanzen wie beispielsweise der Heimaufsicht daraufhin zu prüfen, ob und welche Ergebnisse Bestandteil der Prüfung waren. Dies muss von den Landesverbänden der Pflegekassen in ihrer Prüfung berücksichtigt werden. Die Pflegeeinrichtungen haben jedoch auch die Möglichkeit, von der Verringerung der Prüfpflicht abzusehen. Dies kommt in Betracht, wenn eine Einrichtung bei einer Prüfung durch eine andere Instanz schlechte Ergebnisse erzielt hat. So lässt sich eventuell eine Verbesserung der Qualität nachweisen.

Prüfungen sind am Tag zuvor anzukündigen. 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 nahestehender 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 der eigenhändigen Unterschrift. Somit kann künftig die Erklärung auch in Form eines Faxes oder einer Email erfolgen.

Kommt es zu einer Wiederholungsprüfung, so sind die tatsächlich anfallenden Kosten von der Pflegeeinrichtung zu bezahlen. Bei den Einrichtungen nicht geltend gemacht werden können Kosten (wie z. B. Verwaltungs- und Vorhaltekosten), welche auch ohne eine Wiederholung der Prüfung angefallen wären.

Das 1. PSG sieht nun vor, dass die betroffenen Pflegebedürftigen einer Anlassprüfung unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen in die Prüfungsergebnisse der ursprünglichen Prüfung einzubeziehen sind. Die Prüfung ist insgesamt als Anlassprüfung durchzuführen.

Bei Anlassprüfungen bilden die Prüfergebnisse aller in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen die Grundlage für die Bewertung und Darstellung der Qualität.

Bei der Darstellung der Qualität ist auf die Art der Prüfung als Anlass-, Regel- oder Wiederholungsprüfung hinzuweisen.

VIII. Pflegevertrag bei häuslicher Pflege (§ 120 SGB XI)

Die Vorgaben in § 120 SGB XI wurden an die Änderung der Vergütungsvorgaben nach § 89 SGB XI in der ambulanten Pflege angepasst und die Vorgabe zur Zeitvergütung herausgenommen: Im Pflegevertrag sind mindestens Art, Inhalt und Umfang der Leistungen einschließlich der dafür mit den Kostenträgern nach § 89 SGB XI vereinbarten Vergütungen für jede Leistung oder jeden Leistungskomplex gesondert zu beschreiben. Neu aufgenommen wurde die Vorschrift, dass der Pflegedienst den Pflegebedürftigen vor Vertragsschluss und bei jeder wesentlichen

Veränderung in der Regel schriftlich über die voraussichtlichen Kosten zu unterrichten hat.

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.