

## Jetzt wissen, was zu tun ist

**DAS PFLEGENEUAUSRICHTUNGSGESETZ SOLL DIE AMBULANTE PFLEGE STÄRKEN UND SIEHT HIERFÜR EINIGE NEUE LEISTUNGEN VOR – INSBESONDERE FÜR DEMENZKRANKE. AMBULANTE DIENSTE MÜSSEN WISSEN, WAS JETZT ZU TUN IST, WELCHE LEISTUNGEN SOFORT AB GESETZESVERKÜNDUNG UND WELCHE AB DEM 1. JANUAR 2013 GREIFEN.**

FOTO: SUSANNE EL-NAWAB

Von Henning Sauer

**D**ass das vergangene Jahr nicht wie vom damaligen Gesundheitsminister Rösler angekündigt das „Jahr der Pflege“ war, ist bekannt. Die von Experten empfohlene Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs wurde weiter verschoben. Vor allem daran entzündete sich schon heftige Kritik, als im Herbst 2011 die Eckpunkte der Pflegereform bekannt wurden. Wann die Definition der Pflegebedürftigkeit tatsächlich geändert und damit eine wirklich grundlegende Reform der Pflegeversicherung kommen wird, steht derzeit weder fest, noch ist es absehbar. Bis es soweit ist, werden aber mit dem Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (PNG), das vom Bundeskabinett beschlossen worden ist, übergangsweise einige Leistungsverbesserungen eingeführt. Vor allem Demenzkranke und Pflegebedürftige in Wohngemeinschaften erhalten mehr Leistungen.

### **BETREUUNG ALS PFLEGESACHLEISTUNG**

Bisher konnten von einzelnen Pflegebedürftigen nur Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung als Sachleistung der Pflegeversicherung in Anspruch genommen werden. Neu ist, dass Pflegebedürftige und Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz ab dem 1. Januar 2013 ihr Sachleistungsbudget auch für die „häusliche Betreuung“ einsetzen können. Sie können den Pflegedienst damit ganz nach dem individuellen Bedarf auch mit der Hilfe, Unterstützung oder Beaufsichtigung im häuslichen Umfeld sowie bei Aktivitäten beauftragen.

Damit die Betreuung als Sachleistung in Anspruch genommen werden kann, muss allerdings weiterhin die notwendige Grundpflege und haus-



wirtschaftliche Versorgung sichergestellt sein. Wird das jedoch beispielsweise durch Angehörige gewährleistet, steht den Pflegebedürftigen der volle Leistungsanspruch zur freien Verfügung. So können Betreuungs- und Pflegeleistungen wesentlich flexibler abgerufen und konkret an die individuelle Versorgungssituation und vor allem an die persönlichen Wünsche und Bedürfnisse angepasst werden.

**ZUSATZLEISTUNGEN FÜR WOHNGEMEINSCHAFTEN**

Pflegebedürftige, die in einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft leben, erhalten schon dieses Jahr mehr Leistungen. Zum einen wird der Leistungsanspruch pauschal um 200 Euro pro Monat aufgestockt. Ob die Pflegebedürftigen Pflegegeld, Sach- oder Kombinationsleistungen in Anspruch nehmen, spielt dabei keine Rolle. Der volle Zuschlag steht unmittelbar nach Inkrafttreten des Gesetzes jedem Mitbewohner einer ambulant betreuten Wohngruppe mit mindestens drei Pflegebedürftigen zu, wenn dort eine Präsenzkraft tätig ist und heimrechtliche Vorschriften der ambulanten Versorgungsform nicht entgegenstehen. Genau hier dürften sich jedoch in der Praxis die meisten Probleme ergeben. Viele Bundesländer haben ambulant betreute Wohngemeinschaften mit ganz unterschiedlichen ordnungsrechtlichen Anforderungen dem Heimrecht unterstellt (siehe Häusliche Pflege 12/2011). Auf die leistungsrechtliche Zuordnung hat das eigentlich keinen Einfluss. Einige Pflegekassen könnten jedoch irrtümlich annehmen, dass eine ambulante Versorgung nur dann möglich ist, wenn die Wohngemeinschaft gar nicht dem Heimrecht unterliegt. Ausgeschlossen sollen die zusätzlichen Leistungen jedoch nur dann sein, wenn die heimrechtlichen Anforderungen nicht erfüllt

werden, weil beispielsweise die Wahlfreiheit hinsichtlich der Pflege- und Betreuungsleistungen unzulässig eingeschränkt ist. Der Zuschlag wird zwar nur unter der Voraussetzung gezahlt, dass in der WG mindestens eine Präsenzkraft tätig ist, auf einen Verwendungsnachweis wird jedoch verzichtet. Die Pflegebedürftigen sollen eigenverantwortlich die Pflege und Versorgung organisieren und sicherstellen. Mit dem Zuschlag soll den dabei entstehenden besonderen

getragen werden.

Neben dem monatlichen Zuschlag erfolgt auch eine Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulanten Wohngruppen. Jeder Pflegebedürftige, der auch Anspruch auf den monatlichen Zuschlag hat und an der Gründung einer Wohngemeinschaft von mindestens drei Pflegebedürftigen beteiligt ist, erhält künftig zur altersgerechten oder barrierearmen Umgestaltung der gemeinsamen Wohnungen und den dafür erforderlichen Umbauten einmalig bis zu 2 500

Euro. Der Zuschuss ist allerdings auf einen Gesamtbetrag von maximal 10 000 Euro je Wohngruppe begrenzt. Sind also mehr als vier Pflegebedürftige an der Gründung beteiligt, erhält jeder einen anteiligen Zuschuss. Der monatliche Zuschlag von 200 Euro steht dann aber weiterhin jedem Pflegebedürftigen in voller Höhe zu, eine Obergrenze für die Anzahl der Mitbewohner gibt es also nicht. Die Gründungsförderung ist auf einen Gesamtbetrag von insgesamt 30 Mio. Euro begrenzt. Schöpft jede Wohngruppe den Maximalbetrag aus, können 3 000 neue WGs gefördert werden. Die Förderung steht den Pflegebedürftigen auch neben den bekannten Zuschüssen bei wohnumfeldverbessernden Maßnahmen zu. Bei diesen wird zukünftig auf die Prüfung der Einkommenssituation verzichtet, so dass sie nun auch ohne Eigenanteil möglich sind.

**ALTERNATIVE VERGÜTUNGSSYSTEMATIK**

Zum 1. Januar 2013 müssen alle zugelassenen Pflegedienste neben der bisher üblichen Vergütung nach Leistungskomplexen oder Einzelleistungen auch eine alternative Vergütung nach Zeitaufwand vereinbaren. Die Vertragsparteien der Vergütungsvereinbarung nach § 89 SGB XI werden

**VERBESSERTE LEISTUNGEN**

**LEISTUNGSVERBESSERUNGEN DES PFLEGENEUAUSRICHTUNGSGESETZES IM ÜBERBLICK:**

- + *In Wohngemeinschaften lebende Pflegebedürftige erhalten ab Gesetzesverkündung pauschal 200 Euro pro Monat mehr.*
- + *Die Gründung von ambulanten Wohngruppen wird mit einer maximalen Anschubfinanzierung von 10 000 Euro pro Wohngruppe gefördert. Die Gründungsförderung ist auf 30 Mio. Euro begrenzt; es können also 3000 neue WGs gefördert werden.*
- + *Demenzkranke erhalten (ab dem 1. Januar 2013) bis zur Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes zusätzliche Leistungen.*
- + *Erstmals können damit Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz grundpflegerische Leistungen abrufen, auch wenn ihnen keine Pflegestufe bewilligt worden ist (Pflegebedarf unter 45 Minuten).*

> Pflegebedürftige, die in einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft leben, erhalten schon dieses Jahr mehr Leistungen.

also verpflichtet, sowohl eine vom Zeitaufwand unabhängige Vergütung als auch eine Zeitvergütung zu regeln. Jeder zugelassene Pflegedienst muss prinzipiell selbst tätig werden und rechtzeitig vor Ende des Jahres zu Vergütungsverhandlungen aufrufen, auch wenn auf Ebene der Verbände bereits über Mustervereinbarungen verhandelt wird. Allerdings sind die Pflegekassen genauso in der Pflicht und werden sicherlich bald aktiv werden.

Durch die alternativen Vergütungssysteme soll den Pflegebedürftigen ermöglicht werden, die individuell benötigten Leistungen flexibler zusammenstellen und beauftragen zu können. Vor allem die ab Januar als Sachleistung abrufbaren Betreuungsleistungen lassen sich nur schwer in Einzelleistungen oder Komplexen erfassen. Bei der dann möglichen Zeitvergütung berechnet der Pflegedienst nur noch den tatsächlichen Zeitaufwand vor Ort. Welche Leistungen der Pflegebedürftige in dieser Zeit erbringen lässt, kann er frei entscheiden. Er bezahlt nur die Zeit, die der Pflegedienst für ihn tätig war. Jede Form von Pauschalen (z. B. 15-Minuten-Takt) ist dabei nach dem Willen des Gesetzgebers unzulässig. Lediglich sonstige Leistungen (hauswirtschaftliche Versorgung, Behördengänge oder Fahrtkosten) werden vom Verbot der Pauschalierung ausdrücklich ausgenommen.

Jeder Pflegebedürftige ist vom Pflegedienst vor Abschluss des Pflegevertrags und bei jeder wesentlichen Veränderung schriftlich zu informieren, wie sich die vom Zeitaufwand unabhängige Vergütung im Vergleich zu einer Zeitvergütung darstellt. Dem Patienten ist also beim Kostenvoranschlag in einer Gegenüberstellung genau zu beschreiben, was ihn welche Leistung in dem einen oder anderen System kostet. Die Zeitvergütungen und die vom Zeitaufwand unabhängigen Vergütungen sind im Pflegevertrag für jede Leistung oder jeden Leistungskomplex gesondert anzugeben. Als wesentliche Veränderung, die einen neuen Kostenvoranschlag notwendig machen, zählen übrigens nicht nur Änderungen in der Pflegesituation, die zur Anpassung der Pflegestufe führen, sondern auch neue Vergütungsvereinbarungen. Damit besteht für alle Pflegedienste die Pflicht, ihren Kunden Ende dieses Jahres einen solchen Kostenvor-



» Die Gewinner der Reform sind Demenzkranke in ambulant betreuten Wohngemeinschaften. Diese Menschen werden bis zur Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes finanziell deutlich entlastet.

anschlag für Leistungen ab dem 1. Januar 2013 zu übergeben. Der Kunde kann bei seinem individuellen Vergütungsmodell die Leistungen aus den verschiedenen Systemen beliebig zusammenstellen, mischen und auch jederzeit zwischen ihnen wechseln. Die Wahl des Patienten ist gut zu dokumentieren. Die Mitarbeiter des Pflegedienstes sollten aber darauf achten, die Vergütungen möglichst objektiv darzustellen und keine klare Empfehlung für das eine oder andere System abzugeben. Stellt sich diese Empfehlung im Nachhinein nämlich als nachteilig und teurer als nötig dar, ist die Kundenzufriedenheit dahin. Unter Umständen drohen sogar Rückzahlungen.

### VERBESSERTE PFLEGELEISTUNGEN FÜR DEMENZKRANKE

Demenzkranken erhalten bis zur Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes zusätzliche Leistungen. Hierbei handelt es sich ausdrücklich um eine Übergangsregelung. Versicherte mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen, bei denen der MDK eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz festgestellt hat, erhalten ab dem 1. Januar 2013 erhöhte Pflegegeld-, Sach- oder Kombinationsleistungen bei Häuslicher Pflege. Erstmals können damit auch Personen grundpflegerische Leistungen von einem ambulanten Pflegedienst erbringen lassen, deren Pflegebedarf unter 45 Minuten liegt, denen eine Pflegestufe also nicht bewilligt wurde. Die Leistungen für Pflegebedürftige der Pflegestufe III werden nicht erhöht, weil diese auch nach Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes keine höheren Leistungen erhalten werden. Auch



### LEISTUNGEN FÜR DEMENZKRANKE

VERSICHERTE MIT ERHEBLICH EINGESCHRÄNKTER ALLTAGSKOMPETENZ ERHALTEN AB DEM 1. JANUAR 2013 ERHÖHTE PFLEGEGELD-, SACH- ODER KOMBINATIONSLEISTUNGEN. § 123 SGB XI SIEHT FOLGENDE BETRÄGE VOR:

	PFLEGEGELD	PFLEGESACHLEISTUNG
PFLEGESTUFE „0“	120 €	225 €
PFLEGESTUFE I	305 €	665 €
PFLEGESTUFE II	525 €	1.250 €

die Leistungsbeträge für Versicherte in stationärer Versorgung werden nicht angehoben. Die Begründung: Sie erhalten dort bereits die soziale Betreuung.




**SCHNELLERES BEGUTACHTUNGSVERFAHREN**

Nicht zuletzt soll die Einstufung künftig zügiger erfolgen. Auch bisher war es zwar so, dass dem Antragsteller spätestens fünf Wochen nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse mitgeteilt werden sollte. Die verkürzten Begutachtungsfristen bei beantragter Pflegezeit oder Familienpflegezeit bleiben ebenfalls unverändert. Die Überschreitung dieser Frist hatte bisher aber keinerlei Konsequenzen. Nach der mit der Verkündung des Gesetzes in Kraft tretenden Neufassung des § 18 SGB XI muss die Pflegekasse innerhalb der jeweiligen Frist entscheiden oder für jeden Tag Verzögerung zehn Euro an den Pflegebedürftigen auszahlen. Diese Zusatzzahlung gibt es aber nicht, wenn lediglich eine Höherstufung bei stationärer Versorgung beantragt ist. Diese Versicherten könnten sich demnächst auf längere Begutachtungszeiten einstellen müssen. Mit der Begutachtung selbst kann die Pflegekasse jetzt auch andere unabhängige Gutachter beauftragen, zwischen denen der Pflegebedürftige wählen kann.

**ÄNDERUNGEN BEI DEN QUALITÄTSPRÜFUNGEN**

Zukünftig sollen Qualitätsprüfungen in Pflegediensten kurzfristig vor der Prüfung angekündigt werden, wenn die Prüfung sonst aus organisatorischen Gründen nicht möglich wäre. Bei der Prüfung selbst müssen die Einwilligungen der im Rahmen der Zufallsstichprobe besuchten Versicherten zur Einsichtnahme in die Pflegedokumentation in Textform eingeholt werden. Die bisher notwendige Schriftform wurde mangels

ausdrücklicher gesetzlicher Regelung meist nicht eingehalten. Darüber hinaus wird klargestellt, dass die Landesverbände der Pflegekassen für Wiederholungsprüfungen nur die tatsächlich durch die Prüfung anfallenden Kosten in Rechnung stellen dürfen und Pauschalen oder Durchschnittswerte nicht angesetzt werden können. Da es sich ausdrücklich nur um eine Klarstellung der geltenden Rechtslage handelt, sollten Pflegedienste ihre bereits bezahlten Rechnungen für Wiederholungsprüfungen daraufhin überprüfen und gegebenenfalls ihr Geld zurückfordern.

-  **Den Gesetzentwurf zum PNG finden Sie auf Häusliche Pflege Online:** [www.haeusliche-pflege.vincentz.net/service/downloads/](http://www.haeusliche-pflege.vincentz.net/service/downloads/)
-  **Ein Interview zum Thema „Leistungskomplexe versus Zeitabrechnung“ mit Berater Andreas Heiber lesen Sie auf Seite 14 in dieser Ausgabe.**
-  **Änderungen durch das PNG erläutert RA Henning Sauer auch im Web TV auf Häusliche Pflege Online:** [www.haeusliche-pflege.vincentz.net/webtv/](http://www.haeusliche-pflege.vincentz.net/webtv/)


	<b>HENNING SAUER</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Rechtsanwalt in der Kanzlei IFFLAND &amp; WISCH-NEWSKI Rechtsanwälte, Internet: <a href="http://www.iffland-wischnewski.de">www.iffland-wischnewski.de</a>,</li> <li>&gt; E-Mail: <a href="mailto:info@iffland-wischnewski.de">info@iffland-wischnewski.de</a></li> </ul>

FOTO: PRIVAT