



Arbeitshilfe

zum Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG)

für Pflegebedürftige und deren Angehörige

Inhalt

I. Einleitung.....	4
II. Aufklärung und Beratung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen (§ 7 SGB XI) und Beratungsgutscheine (§ 7b SGB XI - neu).....	5
III. Pflegeeinstufung.....	7
1. Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18 SGB XI)	7
2. Zeitrahmen der Begutachtung und Fristen	7
3. Unabhängige Gutachter	9
IV. Leistungen der Pflegeversicherung.....	10
1. Pflegegeld (§ 37 SGB XI), Kombination von Geld- und Sachleistungen (§ 38 SGB XI)	10
2. Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI)	12
3. Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI).....	12
4. Wohnumfeld-verbessernde Maßnahmen (§ 40 SGB XI)	12
5. Leistungen für Versicherte mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (§ 123 SGB XI – neu)	13
6. Häusliche Betreuung als Übergangsregelung (§ 124 SGB XI – neu).....	14
7. Ruhen der Leistungsansprüche (§ 34 SGB XI)	17
V. Pflegehilfsmittel (§ 33 SGB V).....	18
VI. Wohnformen – Zuschläge, Förderung und Weiterentwicklung.....	18
1. Ambulant betreute Wohngruppen (§38a SGB XI)	18
2. Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen (§45e SGB XI – neu)	20
3. Weiterentwicklung neuer Wohnformen (§ 45f SGB XI neu)	21
4. Modellvorhaben zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste (§125 SGB XI – neu ab 01.01.2013)	22
VII. Versorgung mit häuslicher Krankenpflege (§ 132a SGB V)	23

VIII. Beitragssatzerhöhung (§ 55 SGB XI)	23
IX. Zulagenförderung der privaten Pflegevorsorge (§ 126 SGB XI ff.).....	24
X. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson (§ 28a SGB XI)	25
XI. Beteiligung von Interessensvertretungen (§ 118 SGB XI – neu).....	26
1. Stellungnahmerecht	26
2. Selbsthilfegruppen (§ 45d SGB XI)	26
XII. Qualitätsprüfungen.....	26
XIII. Vorsorge und Rehabilitationsmaßnahmen für pflegende Angehörige (§ 23 und 40 SGB V)	27

I. Einleitung

Im Januar 2012 wurde der Referentenentwurf des Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungsgesetz - PNG) durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), im März 2012 der Entwurf des PNG der Bundesregierung vorgelegt. Mit einigen Änderungen wurde das PNG am 29. Juni 2012 vom Bundestag mit den Mehrheiten der Fraktionen der CDU/CSU und der FDP und den Gegenstimmen der Opposition verabschiedet. Durch die Zustimmung des Bundesrates am 21. September 2012 ist das PNG nun verabschiedet worden.

Die Bundesregierung möchte laut eigener Aussage mit dem Gesetz auf den demografischen Wandel und die Herausforderungen der Pflege in der Zukunft reagieren, Schwerpunkt des Gesetzes ist hierbei die Verbesserung der Situation von Menschen mit Demenz. Erfahrungsgemäß benötigen an Demenz erkrankte Menschen primär Unterstützung und Anleitung in den Verrichtungen des täglichen Lebens und weniger direkte Grundpflegeleistungen. Da der Pflegebedürftigkeitsbegriff in der Pflegeversicherung bisher vor allem daran ausgerichtet war, in welchem Umfang die pflegebedürftige Person Hilfe im Bereich Grundpflege und hauswirtschaftlicher Verrichtungen benötigt, war eine Hilfestellung für Menschen mit Demenz nicht ausreichend im Gesetz hinterlegt. In der Folge wurde in vielen Fällen keine Leistung der Pflegeversicherung gewährt und folglich keine adäquate Versorgung der an Demenz erkrankten Menschen sichergestellt.

Mit Inkrafttreten des PNG werden nun die im Gesetz hinterlegten Leistungen um erweiterte Leistungen von Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz erweitert, welche in einem geringen Umfang bereits in ambulanten Versorgungsstrukturen (gemäß § 45 SGB XI) gewährleistet waren.

Insgesamt bleibt das Gesetz weit hinter den Erwartungen zurück und wird seinem Namen nicht gerecht. Es handelt sich lediglich um eine Weiterentwicklung. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff ist nicht eingeführt, stattdessen wurden Übergangsregelungen geschaffen. Die Gesetzesänderungen haben vorrangig den ambulanten Bereich im Blick, Leistungsverbesserungen für Pflegebedürftige im stationären Bereich sind nicht vorgesehen.

II. Aufklärung und Beratung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen (§ 7 SGB XI) und Beratungsgutscheine (§ 7b SGB XI - neu)

Das PNG sieht einen Ausbau der Beratung für Pflegebedürftige und deren Angehörige durch die Pflegekassen vor: Die Pflegekassen sind im Rahmen der Beratung unter anderem auch dazu verpflichtet, darüber aufzuklären, dass Pflegebedürftige als Versicherte einen Anspruch auf Übermittlung des Gutachtens des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) oder eines anderen von der Pflegekasse beauftragten Gutachters haben. Die Übermittlung und Beratung über den Bericht hat in einer Art zu erfolgen, die für die Versicherten verständlich ist. Dies betrifft nicht nur die sprachlichen Barrieren, sondern jegliche Art der Verständnishindernisse.

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

Grundlage ist der § 19 Abs. 1 SGB X. Demnach ist die Amtssprache deutsch und Dolmetscherkosten werden nur für hörbehinderte Menschen übernommen.

Das in § 7a SGB XI verankerte Recht auf Pflegeberatung wird unter § 7b noch verstärkt. Demnach muss die Pflegekasse direkt nach Eingang des Antrags einen konkreten Beratungstermin unter Angabe einer Kontaktperson anbieten, die Beratung selbst soll innerhalb von zwei Wochen erfolgen, oder einen Beratungsgutschein ausstellen. Mit Ausstellung eines Beratungsgutscheins hat die Pflegekasse Beratungsstellen zu benennen, bei denen der Gutschein innerhalb von zwei Wochen eingelöst werden kann. Die Pflegekassen schließen mit den Beratungsstellen zur Sicherstellung der Anforderungen an die Qualität der Beratung Verträge. Die Beratung hat auf Wunsch des Versicherten in der häuslichen Umgebung zu erfolgen und kann auch nach Ablauf der Frist von zwei Wochen durchgeführt werden; hierüber hat die Pflegekasse den Versicherten aufzuklären.

Hinweis:

Die Pflegeberatung soll laut Bundesministerium für Gesundheit in aller Regel von Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegekassen durchgeführt werden, die über Wissen aus den Bereichen des Sozialrechts, der Pflege und der Sozialarbeit verfügen.

Mit dem § 7b SGB XI wird die bisherige Kann-Regelung erweitert. Die Pflegekassen schließen hierzu vertragliche Vereinbarungen mit Beratungsstellen. Diese regeln unter anderem die Anforderungen an die Beratung, die Qualifikation der Berater, die Vergütung sowie die Haftungsfragen.

Zu beachten ist hierbei, dass die im Rahmen der Beratung genannten persönlichen Daten nur erhoben und verarbeitet werden dürfen, soweit sie für die Beratung notwendig sind und der Versicherte dazu eingewilligt hat.

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

- Die Frist beginnt am Tag nach Eingang des Antrags und endet nach zwei Wochen. Fällt das Fristende auf einen Sonn- oder Feiertag endet die Frist am darauf folgenden Werktag.
- Zur Einhaltung der Frist wird ein konkreter Termin angeboten.
- Inhalt der Beratung: Leistung der Pflegekassen, Leistungen und Hilfen anderer Träger, Pflegeberatung, individuelle Beratung und Hilfestellung bei der Auswahl und Inanspruchnahme von bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen. Der Beratungsumfang ist abhängig von den Wünschen des Versicherten.
- Der Versicherte ist auf die Möglichkeit einer Beratung im häuslichen Umfeld hinzuweisen.
- Beratungsgutscheine sind nur dann auszustellen, wenn die Pflegekasse die Beratung nicht selbst anbietet.
- Die Beratungsgutscheine werden nur ausgestellt für Beratungsstellen, die eine Vereinbarung mit der Pflegekasse geschlossen haben. Regelungen die

hier zu treffen sind: Anforderungen an die Beratungsleistung und die Beratungsperson, Haftung für Schäden, die der Pflegekasse durch fehlerhafte Beratung entstehen und die Vergütung. Zudem sind die Unabhängigkeit und Neutralität sowie der Datenschutz zu gewährleisten.

III. Pflegeeinstufung

1. Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18 SGB XI)

Neben dem MDK dürfen nun auch andere unabhängige Gutachter die Prüfung der Pflegebedürftigkeit übernehmen. Überprüft werden müssen die Einschränkungen bei den regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Bereich Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftlicher Versorgung. Ebenso ist die Art, der Umfang, die voraussichtliche Dauer sowie das Vorliegen der erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz zu ermitteln. Auch wird geprüft, ob gegebenenfalls auch ein Anspruch auf medizinische Rehabilitation besteht, welcher separat dokumentiert werden muss.

Hinweis aus dem leistungsrechtlichen Rundschreiben des GKV-SV Nr.

RS2012/453:

Die Übersendung einer begründeten Stellungnahme zur Rehabilitationsempfehlung trifft nur bei Fällen der 5 Wochen Frist zu. Bei verkürzten Fristen muss die Empfehlung des MDK nur die Feststellung, ob Pflegebedürftigkeit vorliegt, enthalten. Die notwendigen Informationen müssen aus einer gesonderten Rehabilitationsempfehlung des MDK hervorgehen. Falls eine positive Rehabilitationsempfehlung vorliegt, ist die Einwilligung des Pflegebedürftigen einzuholen.

2. Zeitrahmen der Begutachtung und Fristen

Bezüglich der Begutachtung hat der Gesetzgeber eindeutige zeitliche Vorgaben vorgenommen:

1. Die Pflegekasse **muss** den Versicherten das Ergebnis der Beurteilung nach Ablauf von maximal 5 Wochen nach Eingang des Antrages bei der Pflegekasse schriftlich mitteilen. Nach Ablauf der Frist muss die Pflegekasse für jede begonnene Woche der Überschreitung unverzüglich 70 Euro an den Antragsteller zahlen (§18 SGB XI 3b).

2. Befindet sich der Versicherte im Krankenhaus oder einer stationären Rehabilitationseinrichtung und liegen Hinweise vor, dass

- zur ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung eine Begutachtung erforderlich ist oder
- die Inanspruchnahme von Pflegezeit gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt wurde (§ 3 Pflegezeitgesetz) oder
- mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit vereinbart wurde (§ 2 Abs.1 Familienpflegezeitgesetz),

hat die Begutachtung unverzüglich, spätestens aber nach einer Woche zu erfolgen. Die verkürzte Zeit tritt auch dann ein, wenn der Versicherte sich in einem Hospiz befindet oder ambulant palliativ betreut wird.

3. Befindet sich der Versicherte in häuslicher Umgebung ohne palliative Versorgung und wurde eine Inanspruchnahme von Pflegezeit oder Familienpflegezeit mit dem Arbeitgeber vereinbart, ist innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrags eine Begutachtung durchzuführen und der Pflegekasse eine Empfehlung zu übermitteln.

Hinweis aus dem leistungsrechtlichen Rundschreiben des GKV-SV Nr.

RS2012/453:

- Die Frist beginnt am Tag nach Eingang des Antrags und endet nach 5 Wochen. Fällt die Frist auf einen Samstag, Sonntag oder Feiertag endet sie am darauf folgenden Werktag.
- Die Zahlungspflicht besteht nur gegenüber dem Antragssteller.
- Grundsätzlich soll spätestens nach **5 Wochen** die Entscheidung der Pflegekasse dem Antragssteller mitgeteilt werden.

- Die Zahlungspflicht entfällt, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu verantworten hat oder der Antragssteller sich in einer vollstationären Einrichtung befindet und mindestens Pflegestufe 1 anerkannt ist. Nicht zu verantworten hat die Pflegekasse die Verzögerung bei fehlender Mitwirkungspflicht des Versicherten (unvollständige Angaben, Einwilligung in die Auskunftserteilung uvm.), der Antragssteller sich zum angekündigten Termin im Krankenhaus oder vollstationärer Rehabilitation befindet, der Antragssteller den Termin absagt, der Antragssteller verzogen ist, der Antragssteller nicht angetroffen wird oder sich im Ausland befindet.

3. Unabhängige Gutachter

Weiterhin gilt: 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. Die Pflegekasse hat den Versicherten auf die Qualifikation und die Unabhängigkeit der Gutachter hinzuweisen. Hat sich der Antragsteller für einen benannten Gutachter entschieden, wird dem Wunsch entsprochen. Der Antragsteller hat der Pflegekasse seine Entscheidung innerhalb einer Woche ab Kenntnis der Namen der Gutachter mitzuteilen. Ist der Antragsteller dem nicht nachgekommen, kann die Pflegekasse einen Gutachter aus der übersandten Liste beauftragen. Die Gutachter sind bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nur ihrem Gewissen unterworfen.

Hinweis:

Es ist davon auszugehen, dass Pflegekassen es nutzen werden nach 4 Wochen unabhängige Gutachter einzusetzen, falls bis dahin noch keine Begutachtung stattgefunden hat. Grund hierfür könnte die 5 Wochen Frist für die Beurteilung sein, bei deren Überschreitung 70 Euro an den Antragsteller zu zahlen sind.

Die Träger der Pflegeversicherung und die privaten Versicherungsunternehmen veröffentlichen jährlich bis zum 31. März 2012 eine Statistik über die Einhaltung der vorgegebenen Fristen.

Auf den Datenschutz bezogen werden an die unabhängigen Gutachter folgende Regelungen getroffen: Wird die Begutachtung durch unabhängige Gutachter durchgeführt, ist mit den Daten vertraulich umzugehen. Eine Weitergabe der Daten findet nur an die Pflegekassen statt, soweit sie für die Erfüllung der Aufgaben notwendig ist. Wichtig: Nach 5 Jahren sind diese Daten zu löschen.

IV. Leistungen der Pflegeversicherung

1. Pflegegeld (§ 37 SGB XI), Kombination von Geld- und Sachleistungen (§ 38 SGB XI)

Werden Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI oder der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI in Anspruch genommen, wird zukünftig die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes bis zu vier Wochen je Kalenderjahr weiter bezahlt. Dies gilt auch bei stundenweiser Verhinderungspflege, wenn diese mehr als 8 Stunden pro Tag umfasst.

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

- Voraussetzung: Vor Antritt der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege bestand bereits ein Anspruch auf Pflegegeld.
- Anspruch auf Weiterzahlung des hälftigen Pflegegeldes besteht auch bei Kurzzeitpflege in einem stationären Hospiz.

Mögliche Beispiele:

- Verhinderungspflege durch nichterwerbsmäßige Pflegepersonen (das hälftige Pflegegeld wird additiv zu den Leistungen nach § 39 SGB XI weitergezahlt).
- Gekürztes bzw. eingestelltes Pflegegeld wegen fehlendem Nachweis über einen Beratungseinsatz vor Kurzzeit- bzw. Verhinderungspflege (Grundlage zur Berechnung ist hier das gekürzte bzw. eingestellte Pflegegeld).
- Aufenthalt in Kurzzeitpflege von mehr als 28 Tagen (Anspruch besteht auf insgesamt 56 Tage. Kurzzeit- und Verhinderungspflege können auch direkt aneinander anschließen).

- Entlassung aus der stationären Krankenhausbehandlung in Kurzzeit- oder Verhinderungspflege. (Wenn das Pflegegeld erst in der stationären Krankenhausbehandlung beantragt wird, besteht kein Anspruch auf hälftige Zahlung des Pflegegeldes. Wird jedoch das Pflegegeld bereits vor dem Krankenhausaufenthalt bezogen, wird im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt auch hälftiges Pflegegeld weiterbezahlt.)
- Aufnahme aus der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege in stationäre Krankenhausbehandlung (es wird für 28 Tage weiterhin Pflegegeld bezahlt, jedoch nur hälftig aufgrund der vorangegangenen Kurzzeit- oder Verhinderungspflege).

Bemessungsgrundlage:

- 50% von 1/30 des vollen Pflegegeldanspruchs für jeden Tag. Ausnahme ist das gekürzte oder eingestellte Pflegegeld.
- Bei Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz sind die erhöhten Beträge (vgl.: § 123 SGB XI) zugrunde zu legen. Bei Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz wird hälftiges Pflegegeld nur bei Verhinderungspflege weitergezahlt.

Berechnung Aufnahme- und Entlassungstag:

- Am ersten und letzten Tag der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege wird volles Pflegegeld bezahlt. Für den Zeitraum ab dem 3. Tag bis zu dem Tag vor der Entlassung wird hälftiges Pflegegeld bezahlt (max. 26 Tage).

Kombinationsleistungen nach § 38 SGB XI bei Pflegebedürftigen in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe:

- Zahlung des ungekürzten Pflegegeldes für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe beginnt mit Inkrafttreten des Gesetzes. Ungekürzt bedeutet, dass für jeden Tag der häuslichen Pflege zusätzlich Leistung nach § 43a SGB XI 1/30 des Leistungsbetrages nach § 37 SGB XI zu zahlen ist. Bei einem vollen Monat wird das gesamte Pflegegeld bezahlt.

2. Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI)

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 diejenigen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Der maximale Betrag liegt hier bei 1.550 Euro.

In Zukunft soll der gesetzliche Anspruch der Pflegeperson auf Maßnahmen der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation verstärkt werden. Leistungen der Kurzzeitpflege für Pflegebedürftige können auch in stationären Einrichtungen der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation erbracht werden, während die Pflegeperson sich hier in einer entsprechenden Maßnahme in der Einrichtung befindet.

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

Die gesetzlichen Vorgaben bezüglich des Anspruchs bei Tages- und Nachtpflege bleiben unverändert. Pflegebedürftige der Pflegestufe I erhalten mindestens 450 Euro, der Pflegestufe II 1.100 Euro und der Pflegestufe III 1.550 Euro. Die Kombination der Leistungen aus Pflegegeld, Pflegesachleistungen und Tages- und Nachtpflege ist weiterhin möglich. Ebenso bleibt der Anspruch auf 150% bei alleinigem Bezug von Sachleistungen gemeinsam mit Leistungen der Tagespflege erhalten. Durch das PNG wird nun festgeschrieben, dass ambulante Pflegesachleistungen vorrangig abzurechnen und zu bezahlen sind. Dieser Regelung liegt der Grundsatz „ambulant vor stationär“ zugrunde.

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

Die Vorgaben zu den finanziellen Zuschüssen zur Verbesserung des Wohnumfeldes wurden konkretisiert: Demnach beträgt der Zuschuss, welcher nun einkommensunabhängig gewährt wird, weiterhin 2.557 Euro pro Maßnahme und Person. Dies jetzt gilt auch, falls mehrere Pflegebedürftige gemeinsam in einer

Wohnung leben. Zu beachten ist hierbei, dass der Zuschuss insgesamt auf 10.228 Euro pro Wohnung begrenzt ist.

Hinweis aus dem leistungsrechtlichen Rundschreiben des GKV-SV Nr.

RS2012/453:

- Ein Eigenanteil des Versicherten ist nicht mehr zu berücksichtigen.
- Anspruch pro Versicherten 2.557 Euro, maximal jedoch 10.228 Euro pro Wohnung.
- Leben mehr als vier Versicherte in einer Wohnung so wird der Gesamtbetrag anteilig auf alle Versicherten verteilt. Jede Pflegekasse übernimmt einen Anteil an den Gesamtkosten für seine Versicherten. Zur Abrechnung muss jeder beteiligten Pflegekasse eine Kopie der Originalrechnung von der erstangegangenen Pflegekasse zu gestellt werden. Dieser Kopie muss eine Bestätigung, dass das Original vorliegt, beigelegt werden.

5. Leistungen für Versicherte mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (§ 123 SGB XI – neu)

Bis zur Leistungsgewährung aufgrund eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines entsprechenden Begutachtungsverfahrens haben Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf gemäß § 45a SGB XI neben den bisher monatlich gewährten finanziellen Betreuungsleistungen in Höhe von maximal 100 Euro (Grundbetrag) bzw. 200 Euro (erhöhter Betrag) nun Anspruch auf Pflegeleistungen nach folgenden Maßgaben:

- Versicherte ohne Pflegestufe haben je Kalendermonat Anspruch auf:
 - Pflegegeld in Höhe von 120 Euro oder
 - Pflegesachleistungen in Höhe von bis zu 225 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.

- Für Pflegebedürftige der Pflegestufe I mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz gemäß § 45a SGB XI erhöhen sich die Leistungen wie folgt:
 - Das Pflegegeld erhöht sich um 70 Euro auf 305 Euro,
 - die Pflegesachleistungen erhöhen sich um 215 Euro auf bis zu 665 Euro.

- Für Pflegebedürftige der Pflegestufe II mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz gemäß § 45a SGB XI erhöhen sich die Leistungen wie folgt:
 - Das Pflegegeld erhöht sich um 85 Euro auf 525 Euro,
 - die Pflegesachleistungen erhöhen sich um 150 Euro auf bis zu 1.250 Euro.

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.

6. Häusliche Betreuung als Übergangsregelung (§ 124 SGB XI – neu)

Pflegebedürftige der Pflegestufe 1 bis 3 und Versicherte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz haben ab dem 1. Januar 2013 Anspruch auf häusliche Betreuungsleistungen. Dieser Anspruch endet mit Inkrafttreten des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines entsprechenden Begutachtungsverfahrens. Er wird dann durch entsprechende neue Regelungen ersetzt werden.

Hinweis:

Auf Landesebene sind Vereinbarungen zwischen den Vertragspartnern zu treffen (§ 89 SGB XI).

Das Angebot häuslicher Betreuung ist eine Leistung der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen neben Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung. Hier inbegriffen sind Unterstützung und Hilfen im häuslichen Umfeld des Pflegebedürftigen oder seiner Familie.

Die Leistung unterstützt den Pflegebedürftigen beim Erhalt seiner sozialen Kontakte und der Kommunikation (Begleitung zu Spaziergängen, Ermöglichung eines Besuchs auf dem Friedhof, Ermöglichung von Besuchen oder Durchführung des Hobbys).

Nicht inbegriffen sind Fahrdienste oder Hilfen der schulischen oder beruflichen Eingliederung. Ebenso ausgenommen sind behandlungspflegerische Leistungen.

Ebenso soll die Leistung Unterstützung bei der Alltagsgestaltung und der Entwicklung und Aufrechterhaltung einer Tagesstruktur bieten. Hierzu zählen auch bedürfnisgerechte Beschäftigungsangebote (Unterstützung bei administrativen Angelegenheiten, Erhaltung des Tag-/Nachtrhythmus).

Häusliche Betreuung kann auch von mehreren Personen gemeinschaftlich als Sachleistung in Anspruch genommen werden. Dies bedeutet, dass bei zugelassenen Pflegediensten die Leistungen der Grundpflege, hauswirtschaftlichen Versorgung und häuslichen Betreuung nach den eigenen Wünschen und Bedürfnissen der Kunden zusammengestellt werden können. Sowohl somatisch erkrankte Pflegebedürftige erhalten einen flexibleren Gestaltungsspielraum wie auch demenziell erkrankte Personen. Das höhere Maß an Flexibilität soll auch zu mehr Entlastung der Angehörigen beitragen.

Grundvoraussetzung für die häuslichen Betreuungsleistungen ist jedoch, dass die grundpflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung gewährleistet ist.

Hinweis 1:

Diese Grundvoraussetzung bedeutet für die Pflegedienste, dass jede wesentliche Veränderung des Pflegebedürftigen unverzüglich der zuständigen Pflegekasse mitzuteilen ist. Das beinhaltet auch eine Mitteilungspflicht, wenn sich der Zustand aufgrund defizitärer Grundpflege wesentlich verschlechtert hat.

Hinweis 2:

Die Betreuungsleistungen im Rahmen dieser Übergangsregelung gelten zusätzlich zu den Leistungen nach § 45b SGB XI.

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

- zwei unterschiedliche Personengruppen sind bei der Konzeption zu berücksichtigen:
 1. Personen ohne eingeschränkter Alltagskompetenz:

Grundkenntnisse im Bereich der Gesprächsführung, der sozialen Betreuung etc.
 2. Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz:

Psychiatrische bzw. gerontopsychiatrische Basisqualifikation, adäquater Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen, Kenntnisse im Bereich Validation
- Multiprofessioneller Ansatz ist sinnvoll (Zusammenarbeit von Pflegefachkräften, Sozialarbeitern und ehrenamtlich Tätigen sowie Ärzte).
- Leistungen sollten in Abstimmung mit dem Pflegeplan geplant und dokumentiert werden.
- Inhalt der Leistungen: Unterstützung und sonstige Hilfen im häuslichen Umfeld des Pflegebedürftigen oder seiner Familie, Unterstützung von Aktivitäten im häuslichen Umfeld, die dem Zweck der Kommunikation und der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte dienen, Unterstützung bei der Gestaltung des häuslichen Alltags.

Abgrenzung zu § 45b SGB XI

- Leistungen nach § 124 SGB XI müssen von Pflegediensten erbracht werden.
- Leistungen nach § 45b SGB XI können auch durch niederschwellige Betreuungsangebote erbracht werden.
- Leistungen nach § 124 SGB XI können von Personen mit und ohne eingeschränkter Alltagskompetenz in Anspruch genommen werden.

- Leistungen nach § 45b SGB XI können nur von Personen mit mindestens erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz in Anspruch genommen werden.
- Leistungen nach § 124 SGB XI sind Sachleistungen und unterliegen der Qualitätssicherung.
- Leistungen nach § 45b SGB XI sind Erstattungsleistungen und unterliegen nicht der Qualitätssicherung.
- Inhaltlich kann es sich um die gleichen Leistungen handeln.

Abgrenzung zur Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung

- Leistungen der Eingliederungshilfe bleiben durch die Einführung des § 124 SGB XI unberührt.
- Leistungen der Eingliederungshilfe sind im Verhältnis zur Pflegeversicherung nicht nachrangig. (Leistungen der Eingliederungshilfe richten sich nach Kapitel 6 SGB XII sowie nach §§ 26, 33, 41 und 55 SGB XI).
- Vergleichbare Leistungen zu § 124 SGB XI: § 55 Abs. 2 Nur 3, 6, 7.

7. Ruhen der Leistungsansprüche (§ 34 SGB XI)

Bei längeren Auslandsaufenthalten und Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit aus gesetzlicher Unfallversicherung oder Unfallfürsorge ruht der gesetzliche Anspruch auf Pflegeleistungen. Weiter gewährt werden jedoch die Leistungen zur sozialen Sicherung, die Beiträge zur Rentenversicherung für familiäre und ehrenamtliche Personen und neu auch Leistungen zur sozialen Sicherung bei Pflegezeit, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Der Auslandsaufenthalt übersteigt nicht die Zeit von bis zu 6 Wochen im Kalenderjahr,
- der Pflegebedürftige muss für bis zu 4 Wochen im Krankenhaus behandelt werden,
- oder der/die pflegebedürftige Versicherte hält sich in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem Vertragsstaat des Abkommens über den europäischen Wirtschaftsraum oder in der Schweiz auf.

V. Pflegehilfsmittel (§ 33 SGB V)

Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen sind. Eine vertragsärztliche Verordnung ist für die Beantragung dieser Leistungen nur erforderlich, soweit eine erstmalige oder erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung medizinisch geboten ist. Soweit die Krankenkassen auf die Genehmigung der beantragten Hilfsmittelversorgung verzichtet haben, können sie hiervon abweichend eine vertragsärztliche Verordnung als Voraussetzung für die Kostenübernahme verlangen.

Das Hilfsmittelverzeichnis finden Sie auf der Seite des Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. unter: <https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de/HimiWeb/hmvAnzeigen.action?gruppelId=39#orteTable>

VI. 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 nun zusätzlich noch einen pauschalen Zuschlag in Höhe von 200 Euro monatlich. 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.

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 Wohngruppenschlag 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 Wohngruppenschlag.
- Eine Obergrenze von Personen, die in einer Wohngruppe leben können, ist nicht festgelegt. Diese könnte sich jedoch aus den Heimgesetzen der jeweiligen Bundesländer ergeben.
- Möglich ist auch, dass Bewohner ohne Pflegebedürftigkeit in einer Wohngruppe leben. Diese haben keinen Anspruch auf den Wohngruppenschlag.
- 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.

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.

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

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 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.

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 Wohngruppenschlags (§ 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.
- 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 Gesamtförderung 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 neuer Wohnformen (§ 45f SGB XI neu)

Der Wunsch vieler älterer Menschen und deren Angehörigen ist meist in der eigenen Häuslichkeit betreut zu werden. Somit besteht die Notwendigkeit, die erforderlichen

Hilfestellungen im Alltag zu erhalten und dass sich das Leben im Alter bei Pflegebedürftigkeit mehr an individuellen Wohnwünschen orientiert. Neben Wohngemeinschaften, die bereits in § 45e SGB XI geförderten werden, soll hier das Augenmerk auf neue ambulantisierete Wohnformen gelegt werden, die sich an den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen orientieren. Zudem soll diese Weiterentwicklung wissenschaftlich begleitet werden.

Für diese Weiterentwicklung stellt der Gesetzgeber 10 Millionen Euro zur Verfügung. Ausgenommen sind hier Einrichtungen, die bereits eine Förderung erhalten über §8,III SGB XI.

4. Modellvorhaben zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste (§125 SGB XI – neu ab 01.01.2013)

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen ist beauftragt worden, Modellvorhaben zu vereinbaren. Hierfür stehen für die Jahre 2013 und 2014 bis zu 5 Millionen Euro aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung zur Verfügung. Die Vereinbarung kann mit Diensten geschlossen werden, die hauptsächlich für dementiell erkrankte Personen dauerhaft häusliche Betreuung und hauswirtschaftliche Versorgung erbringen.

Ziel ist es, die Wirkung des Einsatzes von Betreuungsdiensten auf die pflegerische Versorgung bezüglich Qualität, Wirtschaftlichkeit, Inhalt der erbrachten Leistungen und Akzeptanz bei den Pflegebedürftigen umfassend zu untersuchen. Die Modellvorhaben sind auf längstens 3 Jahre zu befristen. In diesem Rahmen ist eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung vorgesehen.

Als verantwortliche Fachkraft kann eine fachlich geeignete und zuverlässige Kraft eingesetzt werden, die Berufserfahrung im erlernten Beruf von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre hat. Der Gesetzgeber sieht Altherapeuten, Heilerzieher, Heilerziehungspfleger, Heilpädagogen, Sozialarbeiter, Sozialpädagogen sowie Sozialtherapeuten als geeignete Berufsgruppen. Voraussetzung ist zudem eine Weiterbildung für leitende Funktionen, die jedoch auch im Rahmen des Modellvorhabens erworben werden kann. Die Zulassung der teilnehmenden

Betreuungsdienste zur Versorgung bleibt bis zwei Jahre nach dem Ende des Modellvorhabens gültig.

VII. Versorgung mit häuslicher Krankenpflege (§ 132a SGB V)

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene haben bis zum 1. Juli 2013 Grundsätze zum Verfahren der Prüfung der Leistungspflicht der Krankenkassen sowie zum Abrechnungsverfahren einschließlich der für diese Zwecke jeweils zu übermittelnden Daten abzugeben. Die Rahmenempfehlungen können auch Maßnahmen bezüglich der Datenübermittlung umfassen.

VIII. Beitragssatzerhöhung (§ 55 SGB XI)

Das PNG sieht eine Beitragssatzerhöhung um bundeseinheitlich von 1,95 Prozent auf 2,05 Prozent vor. Diese Erhöhung wird begründet mit den Leistungsverbesserungen im Bereich der Versorgung für Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf.

Für landwirtschaftliche Unternehmen und mitarbeitende Familienangehörige, die in einer landwirtschaftlichen Krankenkasse versichert sind, wurde bisher der Zuschlag für die Pflegeversicherung vom Bundesministerium für Gesundheit bekannt gegeben. Da der Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung nun bei 15,5 Prozent festgeschrieben ist, entfällt diese Bekanntmachung. Die Höhe des Zuschlags ergibt sich aus dem Verhältnis des Beitragssatzes der Pflegeversicherung und dem allgemeinen Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung von 15,5 Prozent.

IX. Zulagenförderung der privaten Pflegevorsorge (§ 126 SGB XI ff.)

Zulageberechtigt sind Personen, welche in der sozialen oder privaten Pflegeversicherung versichert sind. Ausgenommen sind Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sowie Personen die bereits Pflegeleistungen beziehen. Schließen zulageberechtigte Personen eine auf ihren Namen lautende private Pflege- Zusatzversicherung ab, die den folgenden Voraussetzungen entspricht:

- die Kalkulation nach Art der Lebensversicherung gemäß § 12 Absatz 1 Nummer 1 und 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes,
- auf das ordentliche Kündigungsrecht sowie auf eine Risikoprüfung und die Vereinbarung von Risikozuschlägen und Leistungsausschlüssen verzichtet.
- Eine Wartezeit ist nur bis zur Gesamtdauer von 5 Jahren zulässig.
- bei Vorliegen von Pflegebedürftigkeit ein vertraglicher Anspruch auf Auszahlung von Geldleistungen für jede Pflegestufe, dabei in Höhe von mindestens 600 Euro für die Pflegestufe 3, sowie Geldleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz. Die tariflich vorgesehenen Geldleistungen dürfen dabei die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses geltende Höhe der Leistungen nicht überschreiten, eine Dynamisierung bis zur Höhe der allgemeinen Inflationsrate ist jedoch zulässig.
- Der Leistungseintritt sowie die Höhe der Leistungen in Abhängigkeit von den Pflegestufen und der Feststellung der eingeschränkten Alltagskompetenz ist verbindlich für die Versicherungen.
- Für hilfebedürftige Personen oder für Personen, die durch Zahlen der Beiträge hilfebedürftig würden, muss für die Dauer von mindestens 3 Jahren die Möglichkeit bestehen, die Ansprüche ruhen zu lassen oder den Vertrag im Rahmen einer Frist von 3 Monaten nach Eintritt der Hilfebedürftigkeit rückwirkend zum Zeitpunkt des Eintritts zu kündigen. Der Gesetzgeber möchte hier vermeiden, dass eine wirtschaftliche Belastung durch Beiträge zu einer privaten Pflege-Zusatzversicherung entsteht.
- Verwaltungs- und Abschlusskosten müssen begrenzt sein.

Der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. soll einen brancheneinheitlichen Mustervertrag festlegen, der gewährleisten soll, dass alle Bedingungen berücksichtigt sind. Die Zulage muss jedes Jahr beantragt werden. Diesen Antrag stellt das Versicherungsunternehmen für die zulageberechtigte Person. Die Vollmacht hierfür erhält das Unternehmen bei Vertragsabschluss. Die dafür notwendigen Daten dürfen übermittelt werden. Über eine Änderung der Daten muss die zulageberechtigte Person das Versicherungsunternehmen unverzüglich unterrichten. Ausbezahlt wird die Zulage an das Versicherungsunternehmen durch eine zentrale Stelle bei der Deutschen Rentenversicherung Bund. Die Zulage wird lediglich für einen Vertrag gewährt und auf den ersten Antrag gewährt, der bei der zentralen Stelle eingeht. Verfällt der Anspruch oder wurde die Zulage zu Unrecht gutgeschrieben, werden die Zulagen zurückgefordert. Das Versicherungsunternehmen hat den Versicherten darüber innerhalb eines Monats zu informieren.

X. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson (§ 28a SGB XI)

Für Personen, die aufgrund der häuslichen Pflege eines Pflegebedürftigen nur eingeschränkt oder überhaupt nicht erwerbstätig sein können, übernimmt unter bestimmten Voraussetzungen die Pflegekasse die Beiträge zur Rentenversicherung. Diese Regelung tritt am 01.01.2013 in Kraft. Eine wesentliche Voraussetzung für die sogenannte „Versicherungspflicht der Pflegepersonen“ ist, dass ein Pflegebedürftiger mindestens 14 Stunden in der Woche nicht erwerbsmäßig gepflegt wird. Dieser zeitliche Umfang wird vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen im Einzelfall festgestellt. Geprüft wird auch, ob mehrere Pflegebedürftige versorgt werden, so kann bei Unterschreitung der 14 Stunden bei einer Person durch Addition die erforderliche Zeit erreicht werden.

Weitere Voraussetzungen zur Erreichung der Versicherungspflicht sind:

- Der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthaltsort befindet sich in Deutschland, einem anderen Staat des Europäischen Wirtschaftsraums oder der Schweiz,

- die Pfl egetätigkeit wird voraussichtlich mehr als zwei Monate oder 60 Tage im Jahr ausgeübt,
- die Erwerbstätigkeit umfasst nicht mehr als 30 Stunden pro Woche,
- der Pflegebedürftige hat einen Anspruch auf Leistungen aus der deutschen sozialen oder privaten Pflegeversicherung.

XI. Beteiligung von Interessensvertretungen (§ 118 SGB XI – neu)

1. Stellungnahmerecht

Bisher hatten Interessensvertretungen lediglich ein sogenanntes qualifiziertes Stellungnahmerecht. Diese Beteiligung soll nun ausgeweitet werden, indem ein Anwesenheits- und ein Mitberatungsrecht vorgesehen wird. Ein Stimmrecht ist jedoch nicht mitinbegriffen.

2. Selbsthilfegruppen (§ 45d SGB XI)

Zur Förderung zum Auf- und Ausbau von Selbsthilfegruppen, -organisationen und – kontaktstellen werden nun je Versicherten 0,10 Euro verwendet. Sie müssen sich die Unterstützung von Pflegebedürftigen, von Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen zum Ziel gesetzt haben.

XII. Qualitätsprüfungen

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 zukünftig die Erklärung auch in Form eines Faxes oder einer Email erfolgen.

XIII. Vorsorge und Rehabilitationsmaßnahmen für pflegende Angehörige (§ 23 und 40 SGB V)

Die Kassen sind nun verpflichtet mit den Änderungen dieser Paragraphen bei Antragstellungen für medizinische Maßnahmen zur Vorsorge und Rehabilitation von pflegenden Angehörigen deren besonderen Belastungen im Blick zu haben.

Hinweis: Alle Informationen dieser Arbeitshilfe beruhen auf den Angaben des SGB XI, des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes 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 Idler und Sabrina Weiss, Referat Altenhilfe und Pflege des Paritätischen Gesamtverbands. Stand: 10. Januar 2013.