

SOZIALVERBAND

VdK

RHEINLAND-PFALZ



März 2017

Was ändert sich 2017 für Pflegebedürftige und Angehörige?

Die Pflegestärkungsgesetze II und III

Impressum

Inhalte: Martin Russell Varga, Marlen Holnick

Sozialverband VdK Rheinland-Pfalz e. V., Kaiserstraße 62, 55116 Mainz

E-Mail: rheinland-pfalz@vdk.de

Internet: www.vdk.de/rheinland-pfalz

© Sozialverband VdK Rheinland-Pfalz, März 2017

Die Inhalte wurden sorgfältig erarbeitet. Es kann jedoch keine Gewährleistung für Aktualität, Richtigkeit und Vollständigkeit übernommen werden.

Die in dieser Informationsmappe verwendeten männlichen Bezeichnungen dienen ausschließlich der besseren Lesbarkeit und gelten ausdrücklich für beide Geschlechter. Eine Diskriminierung weiblicher Personen wird damit nicht beabsichtigt.

Inhalt

1.	Ziele der Pflegereform.....	4
2.	Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff	4
2.1.	Allgemeines	4
2.2.	Die neuen Pflegegrade	5
2.3.	Kriterien der Begutachtung	5
3.	Wichtige Leistungsänderungen für Pflegebedürftige	6
3.1.	Die Pflege zu Hause und in nichtstationären Wohnformen	6
3.1.1.	Pflegegeld (selbstorganisierte Pflege/Pflege durch Angehörige)	6
3.1.2.	Pflegesachleistung (Pflege durch Pflegedienst)	7
3.1.3.	Kombileistung.....	7
3.2.	Die stationäre Pflege	8
3.2.1.	Die teilstationäre Pflege.....	8
3.2.2.	Die vollstationäre Pflege.....	8
3.2.3.	Der Eigenanteil in der vollstationären Pflege	9
3.3.	Angebote zur Unterstützung im Alltag und Entlastungsbetrag	10
3.3.1.	Angebote zur Unterstützung im Alltag	10
3.3.2.	Finanzierung der Angebote zur Unterstützung im Alltag	11
3.3.3.	Entlastungsbetrag	11
3.4.	Weitere Änderungen bei Leistungen der Pflegeversicherung	12
3.4.1.	Kurzzeitpflege, Verhinderungspflege	12
3.4.2.	Betreuung und Aktivierung	12
3.4.3.	Zuschuss für Wohnungsumbau im Pflegegrad 1	12
3.4.4.	Leistungen für Pflege-Wohn-Gemeinschaften	12
3.5.	Änderungen in der Hilfe zur Pflege (Sozialhilfe)	13
3.5.1.	Allgemeines.....	13
3.5.2.	Unterschiede bei den Leistungsvoraussetzungen	13
3.5.3.	Unterschiede beim Leistungsumfang	13
3.5.4.	Vollstationäre Pflege für Pflegebedürftige ohne Pflegestufe	14
3.5.5.	Einsatz von Einkommen und Vermögen	14
4.	Wichtige Leistungsänderungen für pflegende Angehörige.....	14
4.1.	Rentenversicherung	14
4.1.1.	Bemessungsgrundlage: Bisherige Rechtslage.....	15
4.1.2.	Bemessungsgrundlage: Neue Rechtslage	15
4.1.3.	Bestandsschutz	16
4.2.	Unfallversicherung	16
4.3.	Arbeitslosenversicherung	16
5.	Pflegeberatung	17
5.1.	Beratung durch die Pflegekassen	17
5.2.	Beratung durch die Kommunen	18
5.3.	Unterstützende Beratungsangebote zur Sicherung der Pflegequalität	18

1. Ziele der Pflegereform

Schon seit Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 standen einige ihrer Grundlagen in der Kritik. So ist die Pflegeversicherung der erste Sozialversicherungszweig, der durchgängig nur Pauschalbeträge für an sich bedarfsabhängige Leistungen gewährt („Teilkaskoprinzip“). Den Rest müssen die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen selbst aufbringen – oder Leistungen der Sozialhilfe (Hilfe zur Pflege) beantragen. Auf Seiten der Leistungserbringer fehlt es – auch mangels ausreichender Finanzierung – oft an Personal, worunter die Pflegequalität leidet. In diesen Bereichen bleibt ebenfalls weiterhin Handlungsbedarf.

Bewegung gibt es aber in einem anderen zentralen Problemfeld der Pflegeversicherung, und zwar beim Pflegebedürftigkeitsbegriff. Die 1995 festgelegten Kriterien wurden von Seiten der Pflegewissenschaft und der Sozialverbände von Anfang an als zu eng bemängelt. Den Bedarf körperlich pflegebedürftiger Menschen bildete der alte Pflegebedürftigkeitsbegriff zwar wenigstens einigermaßen ab. Aber die Situation von Menschen mit geistigen und psychischen Einschränkungen wurde nicht richtig erfasst. Die Folge war, dass demenzkranke Menschen keine ausreichenden Leistungen erhielten. Den nicht abgedeckten Pflegebedarf mussten meist Angehörige übernehmen oder finanzieren. Problematisch war ferner auch die Art und Weise, wie die Pflegebedürftigkeit in der Begutachtung ermittelt werden musste. Entscheidend war der zeitliche Umfang der nötigen Pflege, den es minutengenau nachzuweisen galt.

Über viele Jahre kämpfte der VdK für eine Reform der Pflegeversicherung. Mit den Pflegestärkungsgesetzen I bis III hat der Gesetzgeber nun in einigen Punkten Verbesserungen auf den Weg gebracht. Wichtigstes Ziel war es, die Leistungen für demenzkranke und psychisch kranke pflegebedürftige Menschen zu verbessern. Während das Pflegestärkungsgesetz I übergangsweise einige Verbesserungen noch im alten System umsetzte, brachte das Pflegestärkungsgesetz II 2017 die lang erwartete Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des Begutachtungssystems sowie zahlreiche weitere Änderungen. Das Pflegestärkungsgesetz III schließlich setzte ebenfalls 2017 den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff auch im Recht der Hilfe zur Pflege (Sozialhilfe) um und stärkte die Pflegeberatung sowie die Rolle der Kommunen. Zur Finanzierung der Reformen wird der Pflegeversicherungsbeitrag geringfügig steigen.

2. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff

2.1. Allgemeines

Der neue Begriff der Pflegebedürftigkeit hat sich von dem Fokus auf körperliche Einschränkungen gelöst. Stattdessen ist nun der Grad der Selbstständigkeit entscheidend. Es kommt also darauf an, wie selbstständig der pflegebedürftige Mensch in verschiedenen Lebensbereichen das Alltagsleben noch bewältigen kann. Auf den zeitlichen Umfang des Unterstützungsbedarfs kommt es hingegen nicht mehr an. Stattdessen werden die Lebensbereiche unterschiedlich stark gewichtet, um ihrer unterschiedlich großen Bedeutung Rechnung zu tragen. Die Pflegebedürftigkeit muss mindestens sechs Monate vorliegen oder voraussichtlich andauern.

2.2. Die neuen Pflegegrade

Wie bisher werden die Leistungen der Pflegeversicherung in Abhängigkeit vom Ausmaß der Pflegebedürftigkeit gewährt. Statt drei Pflegestufen gibt es ab dem 1.1.2017 fünf Pflegegrade. Wer schon nach altem Recht eine Pflegestufe erhalten oder zumindest den Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung vor Jahresende 2016 gestellt hat, wird nach § 140 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) automatisch und pauschal von einer Pflegestufe in einen Pflegegrad übergeleitet:

„Pflegestufe 0“, eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 2
Pflegestufe I	Pflegegrad 2
Pflegestufe I mit eingeschränkter Alltagskompetenz	Pflegegrad 3
Pflegestufe II	Pflegegrad 3
Pflegestufe II mit eingeschränkter Alltagskompetenz	Pflegegrad 4
Pflegestufe III	Pflegegrad 4
Pflegestufe III mit eingeschränkter Alltagskompetenz	Pflegegrad 5
Pflegestufe III, Härtefall	Pflegegrad 5

Für diejenigen, die aus dem alten Recht übergeleitet wurden, finden bis 2019 Neu- und Wiederholungsbegutachtungen nur dann statt, wenn eine Höhereinstufung beantragt wird. Selbst dann können sie im übergeleiteten Pflegegrad bleiben, falls das für sie günstiger wäre. Der Bestandsschutz entfällt nur dann, wenn im Rahmen der Begutachtung keine Pflegebedürftigkeit mehr festgestellt wird.

Wie aus der Tabelle zu ersehen ist, wird niemand in den Pflegegrad 1 übergeleitet. Dieser soll Menschen erfassen, die nach altem Recht keine Leistungen der Pflegeversicherung erhalten konnten, weil ihr Unterstützungsbedarf dafür zu gering war. Betroffene müssen bei Bedarf einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung stellen, sofern die Voraussetzungen hierfür vorliegen.

2.3. Kriterien der Begutachtung

Ab dem 1. Januar 2017 erfolgen alle Begutachtungen nach einem neuen Begutachtungsassessment (NBA). Es handelt sich hierbei um ein mehrstufiges Verfahren zur Ermittlung des Pflegegrades. Die Begutachtung erstreckt sich auf sechs Module:

Modul	Erläuterung/Beispiel
Mobilität	Fortbewegung, Sitzen
Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	Entscheidungsvermögen, Gedächtnis, Gesprächsführung
Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	Aggression, Weglaufen, Angstzustände, Wahnvorstellungen
Selbstversorgung	Körperpflege, Toilettengang, Essen

Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- und/oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	korrekte Einnahme von Medikamenten, Nutzung von Hilfsmitteln (z. B. Hörgerät, Kompressionsstrümpfe), Diäten
Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	Schlaf, Alltagsstrukturierung, Umgang mit anderen Menschen

Der Schweregrad und damit die Pflegegrad-Einstufung werden bei den angeführten Modulen nach den Kategorien selbständig, überwiegend selbständig, überwiegend unselbständig und unselbständig erfasst. Der Gesamtpunktwert liegt auf einer Skala von 0 bis 100 Punkten und bestimmt den Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad 1 – geringe Beeinträchtigung, Pflegegrad 5 – schwerste Beeinträchtigung mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung). Pflegebedürftige Kinder erhalten eine eigenständige Begutachtungsrichtlinie, Kinder bis 18 Monate erhalten automatisch einen Pflegegrad höher.

Mit dem neuen Begutachtungsinstrument werden Pflegebedürftige künftig in die neuen fünf Pflegegrade eingestuft. Körperliche, geistige und psychische Aspekte von Pflegebedürftigkeit werden gleichermaßen erfasst, sodass die bisherige Trennung in zwei Feststellungsverfahren (Pflegebedürftigkeitsprüfung einerseits und Prüfung hinsichtlich des Vorliegens einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz andererseits) entbehrlich wird. Das neue Begutachtungsinstrument wird das einzige Feststellungsverfahren für alle Pflegebedürftigen im Rahmen der Pflegeversicherung sein. Die bisherigen Leistungen für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz werden in das reguläre Leistungsrecht integriert. Auch ein etwaiger Rehabilitationsbedarf soll im Begutachtungsverfahren geprüft werden (Reha vor Pflege). Wird festgestellt, dass bestimmte Hilfsmittel erforderlich sind, gelten diese durch die Begutachtung als mitbeantragt. Auch im Pflegegrad 1 besteht Anspruch auf Pflegehilfsmittel.

3. Wichtige Leistungsänderungen für Pflegebedürftige

Die Leistungsbeträge der Pflegeversicherung ändern sich infolge des neuen Rechts. Fast durchgängig kommt es zu Leistungsverbesserungen. Davon profitieren auch diejenigen, die von einer Pflegestufe in einen Pflegegrad übergeleitet wurden. Gegen die wenigen Leistungsverschlechterungen hingegen sind die Pflegebedürftigen durch eine Bestandsschutzregelung geschützt (dazu 3.2.3.). Der nachfolgende Vergleich stellt die Rechtslage bis 31.12.2016 (also bereits unter Berücksichtigung des Pflege-Stärkungsgesetzes I) der Rechtslage ab 1.1.2017 gegenüber.

3.1. Die Pflege zu Hause und in nichtstationären Wohnformen

3.1.1. Pflegegeld (selbstorganisierte Pflege/Pflege durch Angehörige)

Pflegegeld erhält, wer sich entweder durch nahestehende Personen (zum Beispiel Angehörige oder Freunde) pflegen lässt oder aber professionelle Pflege selbst – ohne Abrechnung über die Pflegekasse – sicherstellt, sei es durch einen Pflegedienst oder eine bei dem Pflegebedürftigen angestellte Pflegekraft. Ein Anspruch auf Pflegegeld besteht ab dem Pflegegrad 2. Das Pflegegeld beträgt:

bisheriges Recht	entspricht bei Überleitung in neues Recht	bisher	jetzt	Differenz
keine Pflegestufe, eA*	Pflegegrad 2	123 €	316 €	+ 193 €
Pflegestufe I	Pflegegrad 2	244 €	316 €	+ 72 €
+ eA*	Pflegegrad 3	316 €	545 €	+ 229 €
Pflegestufe II	Pflegegrad 3	458 €	545 €	+ 87 €
+ eA*	Pflegegrad 4	545 €	728 €	+ 183 €
Pflegestufe III	Pflegegrad 4	728 €	728 €	+/- 0 €
+ eA*	Pflegegrad 5	728 €	901 €	+ 173 €

* eA = eingeschränkte Alltagskompetenz

3.1.2. Pflegesachleistung (Pflege durch Pflegedienst)

Pflegesachleistung ist die Pflege im häuslichen Bereich durch Pflegekräfte, wenn die Leistung über die Pflegekasse abgerechnet wird. Ein Anspruch besteht jetzt ab dem Pflegegrad 2. Die Leistungsbeträge ändern sich wie folgt:

bisheriges Recht	entspricht bei Überleitung in neues Recht	bisher	jetzt	Differenz
keine Pflegestufe, eA*	Pflegegrad 2	231 €	689 €	+ 458 €
Pflegestufe I	Pflegegrad 2	468 €	689 €	+ 221 €
+ eA*	Pflegegrad 3	689 €	1298 €	+ 609 €
Pflegestufe II	Pflegegrad 3	1144 €	1298 €	+ 154 €
+ eA*	Pflegegrad 4	1298 €	1612 €	+ 314 €
Pflegestufe III	Pflegegrad 4	1612 €	1612 €	+/- 0 €
+ eA*	Pflegegrad 5	1612 €	1995 €	+ 383 €
Härtefälle	Pflegegrad 5	1995 €	1995 €	+/- 0 €

* eA = eingeschränkte Alltagskompetenz

3.1.3. Kombileistung

Es ist auch weiterhin möglich, Pflegesachleistung und Pflegegeld zu kombinieren. Dazu wird berechnet, welcher Anteil des maximalen Pflegesachleistungsbetrags bereits ausgeschöpft wurde. Um so viel Prozent wird das Pflegegeld gekürzt. An die Aufteilung der Leistungen ist der Pflegebedürftige sechs Monate lang gebunden.

3.2. Die stationäre Pflege

3.2.1. Die teilstationäre Pflege

Leistungen der teilstationären Pflege sind die Tagespflege, die Nachtpflege sowie die Kurzzeitpflege. Die Leistungsbeträge für die Tages- und Nachtpflege entsprechen nach altem und nach neuem Recht den Leistungsbeträgen der Pflegesachleistung (siehe 3.1.2.). Nur eine Härtefallregelung gab es nach altem Recht nicht, sodass eine Überleitung von Härtefällen entfällt. In der Kurzzeitpflege liegt der Höchstbetrag unverändert bei 1612 Euro jährlich. Zur Kurzzeitpflege siehe ferner 3.4.1.

3.2.2. Die vollstationäre Pflege

Die Leistungsbeträge für die vollstationäre Pflege wurden neu strukturiert. Wer nach neuem Recht in Pflegegrad 1 eingeordnet wird, erhält künftig für die vollstationäre Pflege eine Kostenerstattung von 125 € monatlich. Im Übrigen übernimmt die Pflegekasse je nach Pflegegrad einen pauschalen Betrag für Pflegeleistungen im Heim, der wie bisher mit dem Heim und nicht mit dem Pflegebedürftigen abrechnet wird. Die Pauschalleistungsbeträge ändern sich folgendermaßen, wobei für Altfälle bei Verschlechterungen der Bestandsschutz greift (dazu siehe unten):

bisheriges Recht	entspricht bei Überleitung in neues Recht	bisher	jetzt	Differenz
keine Pflegestufe, eA*	Pflegegrad 2	0 €**	770 €	+ 770 €**
Pflegestufe I	Pflegegrad 2	1064 €	770 €	- 294 €
+ eA*	Pflegegrad 3	1064 €	1262 €	+ 198 €
Pflegestufe II	Pflegegrad 3	1330 €	1262 €	- 68 €
+ eA*	Pflegegrad 4	1330 €	1775 €	+ 445 €
Pflegestufe III	Pflegegrad 4	1612 €	1775 €	+ 163 €
+ eA*	Pflegegrad 5	1612 €	2005 €	+ 393 €
Härtefälle	Pflegegrad 5	1995 €	2005 €	+ 10 €

* eA = eingeschränkte Alltagskompetenz

** Obwohl gesetzlich nicht ausdrücklich vorgesehen, zahlten die Pflegekassen den Betrag für ambulante Sachleistungen in Höhe von 231 € bislang auch bei stationärer Pflege. Rechnet man diesen Betrag ein, beträgt die Leistungsverbesserung 539 €.

In den Pflegegraden 2 und 3 sind die Leistungen niedriger als in den bisherigen Pflegestufen I und II. Dafür sind die Leistungen in den Pflegegraden 4 und 5 deutlich höher als in der bisherigen Pflegestufe III. Eine große Leistungsverbesserung erfährt die eher kleine Gruppe der Heimbewohner der „Pflegestufe 0“ mit eingeschränkter Alltagskompetenz. Diese Heimbewohner werden in den Pflegegrad 2 übergeleitet.

Allerdings ist die Aussagekraft eines solchen tabellenförmigen Vergleichs eingeschränkt. Denn aufgrund des Bestandsschutzes greifen die neuen Leistungsbeträge, soweit sie ungünstiger sind, nicht für „Altfälle“. Für diejenigen hingegen, die nach neuem Recht eingestuft werden, gelten ganz andere Begutachungskriterien als nach altem Recht. Deshalb kann man beispielsweise eine Einstufung in den Pflegegrad 3 infolge einer Begutachtung nach neuem Recht nicht einfach mit der Pflegestufe II nach altem Recht gleichsetzen. Trotzdem lässt sich tendenziell sagen, dass es für schwerer Pflegebedürftige eine Leistungsverbesserung und für weniger stark Pflegebedürftige eine Leistungsverschlechterung in der vollstationären Pflege gibt.

3.2.3. Der Eigenanteil in der vollstationären Pflege

Die Differenz zwischen der Pauschalleistung der Pflegekasse und den tatsächlichen Heimkosten ist der Eigenanteil. Für ihn müssen der Pflegebedürftige, seine Angehörigen oder das Sozialamt aufkommen. Er fällt je nach Pflegeheim unterschiedlich hoch aus, weil er auf Vereinbarungen der Einrichtungsträger und der Pflegekassen beruht. Der Eigenanteil setzt sich aus Pflegekosten, Unterkunftskosten und Investitionskosten zusammen.

Klammert man die Unterkunft- und Investitionskosten aus, bleibt noch ein Eigenanteil für die reinen Pflegekosten zu zahlen, soweit sie von der Pflegeversicherung nicht übernommen werden. Dieser Pflegeleistungs-Eigenanteil wird künftig in *einem* Pflegeheim für die Pflegegrade 2 bis 5 gleich hoch sein („einrichtungseinheitlicher Eigenanteil“). Im Schnitt der Pflegeheime wird dieser pflegebezogene Teil des Eigenanteils bei 580 € liegen. Weil sich zugleich die Pauschalleistungen der Pflegekasse ändern, wird der Eigenanteil teils höher, teils niedriger als bisher ausfallen.

Da die Kosten und damit der Eigenanteil je nach Heim unterschiedlich hoch ausfallen können, sind hier jeweils Durchschnittswerte für den *reinen Pflegekosten*-Eigenanteil angegeben, die vom Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen ermittelt wurden.

bisheriges Recht	≅ bei Überleitung in neues Recht	Ø bisheriger Eigenanteil*	Ø neuer Eigenanteil*	Ø Differenz
Pflegestufe I	Pflegegrad 2	391 €	580 €	+ 189 €
+ eA**	Pflegegrad 3	391 €	580 €	+ 189 €
Pflegestufe II	Pflegegrad 3	596 €	580 €	- 16 €
+ eA**	Pflegegrad 4	596 €	580 €	- 16 €
Pflegestufe III	Pflegegrad 4	815 €	580 €	- 235 €
+ eA**	Pflegegrad 5	815 €	580 €	- 235 €

* nur für reine Pflegekosten; hinzu kommen Unterkunft- und Investitionskosten

** eA = eingeschränkte Alltagskompetenz

Hervorgehoben sind in der Tabelle die Eigenanteile, die *im Durchschnitt* der Pflegeheime steigen.

Wer schon 2016 im Pflegeheim lebte und deshalb aus dem alten Recht übergeleitet wurde, muss aber ab 2017 nicht mehr zahlen als bisher. Die Pflegekasse übernimmt dauerhaft die Differenz zwischen dem bisherigen, niedrigeren und dem neuen, höheren Eigenanteil für Pflegeleistungen. Dabei kommt es nicht auf den hier angegebenen Durchschnittswert an, sondern auf die jeweils tatsächlich anfallenden Beträge, also gegebenenfalls auch in den Pflegegraden 3 und 4. Voraussetzung ist, dass der Eigenanteil infolge der gesetzlichen Neuregelungen steigt. Bei späteren Veränderungen der Differenz wird der Zuschlag der Pflegekasse angepasst.

Wer ab 2017 neu ins Pflegeheim zieht, muss unabhängig vom Pflegegrad den neuen, einheitlichen Eigenanteil zahlen. Wie er sich von dem Eigenanteil unterscheidet, der nach altem Recht zu zahlen wäre, ist der Tabelle zu entnehmen. Wiederum ist aber ein solcher Vergleich nur eingeschränkt aussagekräftig, weil bei Neubegutachtungen andere Regeln gelten als nach bisherigem Recht. Nur allgemein lässt sich sagen: Für viele schwerer Pflegebedürftige ist das neue Recht vorteilhafter, als es das alte Recht gewesen wäre. Für viele der weniger stark Pflegebedürftigen wäre hingegen das alte Recht günstiger gewesen.

3.3. Angebote zur Unterstützung im Alltag und Entlastungsbetrag

Schon nach bisherigem Recht, teils eingeführt durch das Pflegestärkungsgesetz I, waren Leistungen der Pflegeversicherung vorgesehen, um pflegende Angehörige zu entlasten. Diese Leistungen wurden beibehalten, aber teils etwas umstrukturiert.

3.3.1. Angebote zur Unterstützung im Alltag

Die bisherigen niedrighschwelligigen Betreuungs- und Entlastungsangebote werden unter dem Begriff „Angebote zur Unterstützung im Alltag“ zusammengefasst. Die niedrighschwelligigen Angebote umfassen drei Typen:

- *Betreuungsangebote:*
Angebote ehrenamtlicher Helfer, die Pflegebedürftige mit allgemeinem oder besonderem Betreuungsbedarf in Gruppen oder im häuslichen Bereich betreuen
- *Angebote zur Entlastung von Pflegenden und vergleichbar Nahestehenden:*
Angebote, die primär der Entlastung der pflegenden Angehörigen dienen
- *Angebote zur Entlastung im Alltag:*
Angebote, die die Pflegebedürftigen bei der Bewältigung von Anforderungen des Alltags oder im Haushalt oder bei der eigenverantwortlichen Organisation individuell benötigter Hilfeleistungen unterstützen sollen.

Zu den Aufgabenbereichen im Rahmen der Alltagsunterstützung zählen: die Übernahme von Betreuung und allgemeiner Anleitung, eine die Ressourcen und Fähigkeiten stärkende Alltagsbegleitung, Unterstützungsleistungen für Angehörige und vergleichbar Nahestehende sowie die Erbringung von Dienstleistungen.

Das Nähere zur Anerkennung der Angebote und deren Qualitätssicherung sollen, wie auch bisher schon, die Landesregierungen in ihren Rechtsverordnungen regeln. Bislang ist das aber in den meisten Bundesländern noch nicht geschehen. Zurzeit ist

es deshalb für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen schwierig, die gesetzlich vorgesehenen Leistungen in Anspruch zu nehmen.

In Rheinland-Pfalz ist damit zu rechnen, dass die entsprechende Verordnung im März oder April 2017 beschlossen wird. Es ist geplant, dass diese auf Januar 2017 zurückwirken soll, sodass der gesamte für 2017 vorgesehene Betrag ausgeschöpft werden kann. Nach dem bisherigen Entwurfsstand sind in der Verordnung recht strenge Kriterien für die Anerkennung der entsprechenden Angebote vorgesehen. Beispielsweise werden von Ehrenamtlichen entweder Qualifikationsnachweise oder umfangreiche Fortbildungsmaßnahmen verlangt, insbesondere von Einzelpersonen, die nicht in eine Ehrenamtsgruppe eingebunden sind. Dies dient der Qualitätssicherung, wird aber auch zur Folge haben, dass weniger Unterstützungsangebote verfügbar sind, gerade im Bereich der Haushaltsführung und besonders in ländlichen Regionen.

3.3.2. Finanzierung der Angebote zur Unterstützung im Alltag

Für die Angebote zur Unterstützung im Alltag sind zwei Finanzierungswege vorgesehen. Wie bisher schon gilt: Wer Anspruch auf Pflegesachleistungen hat und diesen nicht voll ausschöpft, kann sich, statt die Pflegesachleistung in größerem Umfang in Anspruch zu nehmen, die Kosten für Angebote zur Unterstützung im Alltag erstatten zu lassen. Es dürfen jedoch nicht mehr als 40 % des Höchstleistungsbetrags (dazu 3.1.2.) für diese Angebote eingesetzt werden.

Ferner kann auch der Entlastungsbetrag (dazu 3.3.3.) für die Angebote zur Unterstützung im Alltag eingesetzt werden.

3.3.3. Entlastungsbetrag

Der Entlastungsbetrag für Pflegebedürftige in häuslicher Pflege beträgt einheitlich 125 € monatlich. Er kann nicht nur für Angebote zur Unterstützung im Alltag genutzt werden, sondern auch für Leistungen der Tages- und Nachtpflege, der Kurzzeitpflege (aber nicht: Verhinderungspflege) und für Leistungen der ambulanten Pflegedienste. Weil die jeweiligen Leistungen betragsmäßig begrenzt sind („Teilkaskoprinzip“), kann man sie also mittels des Entlastungsbetrags „aufstocken“.

Nur im Pflegegrad 1 können die Leistungen der ambulanten Pflegedienste, für die der Entlastungsbetrag eingesetzt wird, den Bereich der Selbstversorgung umfassen. Ab Pflegegrad 2 besteht ein Anspruch auf Pflegesachleistungen, der den Bereich der Selbstversorgung bereits umfasst.

Der Entlastungsbetrag wird als Kostenerstattung gegen Vorlage entsprechender Belege gewährt. Eines Vorabantrags vor Inanspruchnahme der Angebote bedarf es nicht. Wird der Betrag in einem Jahr nicht ausgeschöpft, kann der Rest in das neue Jahr übertragen werden. Der Entlastungsbetrag wird auf Sozialhilfeleistungen nicht angerechnet (abgesehen von den inhaltsgleichen Leistungen der Hilfe zur Pflege).

Nach altem Recht gab es noch zwei Entlastungsbeträge, den Grundbetrag von 104 € und den erhöhten Betrag von 208 €. Wer nach altem Recht Anspruch auf den erhöhten Betrag hatte, erhält Bestandsschutz für die Differenz von 83 €, sofern er oder sie nicht einen ebenso viel höheren Anspruch auf Pflegesachleistung, Pflegegeld oder teilstationäre Pflege hat.

3.4. Weitere Änderungen bei Leistungen der Pflegeversicherung

3.4.1. Kurzzeitpflege, Verhinderungspflege

Kurzzeitpflege ist eine kurzzeitige vollstationäre Pflege für Menschen, die normalerweise zu Hause gepflegt werden. Sie ist für die Zeit nach einer Krankenhausbehandlung sowie für Notsituationen gedacht. Der Anspruch wurde bereits 2016 von vier auf acht Wochen pro Kalenderjahr ausgeweitet.

Verhinderungspflege hingegen ist eine Form der häuslichen Pflege. Sie ist für Pflegebedürftige gedacht, die von nahestehenden Personen gepflegt werden, wenn die Angehörigen (beispielsweise wegen Krankheit oder Urlaubs) an der Pflege gehindert sind. Der Anspruch ist auf sechs Wochen pro Kalenderjahr begrenzt. Anspruch auf Verhinderungspflege haben seit 2017 nur Pflegebedürftige mit einem Pflegegrad von mindestens 2; das heißt: Der Kreis der Leistungsberechtigten wurde gegenüber der alten Rechtslage nicht ausgeweitet.

Wie schon bisher gibt es auch weiterhin die Möglichkeit, den Anspruch auf Kurzzeitpflege und den Anspruch auf Verhinderungspflege begrenzt wechselseitig aufeinander anzurechnen.

Für Pflegebedürftige, die Pflegegeld oder eine Kombinationsleistung beziehen, wird das Pflegegeld auch während einer Kurzzeitpflege für bis zu acht Wochen oder während einer Verhinderungspflege für bis zu sechs Wochen pro Kalenderjahr weitergezahlt, jedoch nur in Höhe der Hälfte des sonst zustehenden Betrags.

3.4.2. Betreuung und Aktivierung

Leistungen der Betreuung und Aktivierung treten jetzt unabhängig vom Pflegegrad zum Anspruch auf vollstationäre Pflege hinzu. Das können zum Beispiel Bastel-, Spiel-, Musik- und Bewegungsangebote sein, aber auch Aktivitäten wie Kochen, Backen, Gartenarbeiten und Handwerkliches. Auch Pflegebedürftige im Pflegegrad 1 können diese Leistungen in Anspruch nehmen, obwohl sie im Übrigen keine Leistungen für die vollstationäre Pflege erhalten.

3.4.3. Zuschuss für Wohnungsumbau im Pflegegrad 1

Den Zuschuss für die Verbesserung des Wohnumfeldes (zum Beispiel barrierefreier Umbau) von bis zu 4.000 € pro Maßnahme können jetzt auch Pflegebedürftige im Pflegegrad 1 erhalten.

3.4.4. Leistungen für Pflege-Wohn-Gemeinschaften

Wer in einer ambulant betreuten Wohngruppe lebt („Pflege-WG“), erhält auf Pflegegeld oder Pflegesachleistung einen pauschalen Zuschlag von 214 € monatlich (bisher 205 €). Allerdings ist diese Leistung weiterhin an bestimmte Voraussetzungen geknüpft, die letztlich darauf abzielen, dass die Pflegebedürftigen nicht jeweils für sich in abgeschlossenen Wohneinheiten leben dürfen. Die Kriterien dafür sind recht eng. So kann beispielsweise eine eigene Toilette auf dem Zimmer unter Umständen anspruchsschädlich sein.

Bei der Anschubfinanzierung für Pflege-WGs von maximal 2.500 € pro Person und 10.000 € pro Pflegeeinheit werden jetzt auch Pflegebedürftige im Pflegegrad 1 berücksichtigt.

3.5. Änderungen bei der Hilfe zur Pflege (Sozialhilfe)

3.5.1. Allgemeines

Weil die Leistungen der Pflegeversicherung nicht bedarfsdeckend, sondern pauschalisierend nach oben gedeckelt sind, müssen die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen die übrigen Kosten selbst tragen. Sind sie dazu nicht in der Lage, können sie Anspruch auf Leistungen der Hilfe zur Pflege haben. Dabei handelt es sich um eine Sozialhilfeleistung. Während die Leistungen der Pflegeversicherung als Sozialversicherungsleistungen einkommens- und vermögensunabhängig sind, werden die Leistungen der Hilfe zur Pflege nur bei Bedürftigkeit gewährt. Vorrangig müssen die Pflegebedürftigen ihr Einkommen und Vermögen einsetzen. Auch der Unterhaltsanspruch gegenüber ihren Angehörigen hat Vorrang gegenüber der Sozialhilfe (dazu siehe Thema des Monats Dezember 2016/Januar 2017, dort Abschnitt 3).

3.5.2. Unterschiede bei den Leistungsvoraussetzungen

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff im Rahmen der Hilfe zur Pflege wurde im Wesentlichen an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff der Pflegeversicherung angeglichen. Der von der Pflegeversicherung ermittelte Pflegegrad ist für den Träger der Sozialhilfe im Wesentlichen bindend. Dies gilt auch für die durch Überleitung aus dem alten Recht ermittelten Pflegegrade. Hingegen muss der Leistungsbedarf teils eigenständig ermittelt werden, weil er über die Leistungen der Pflegeversicherung hinausgehen kann.

Hilfe zur Pflege setzt wie bisher nicht voraus, dass die Pflegebedürftigkeit mehr als sechs Monate andauert. Denn sie soll jeglichen Hilfebedarf auffangen, den der Pflegebedürftige nicht selbst sicherstellen kann. Der Gesetzestext erwähnt dies zwar nicht mehr ausdrücklich, doch nennt er auch das einschränkende Sechs-Monats-Kriterium nicht, sodass sich im Ergebnis nichts ändert.

3.5.3. Unterschiede beim Leistungsumfang

Die Leistungen der Hilfe zur Pflege treten überwiegend ergänzend und bedarfsdeckend neben die Pauschalleistungen der Pflegeversicherung. Die Leistungsarten stimmen also mit denen der Pflegeversicherung überein und der in der Pflegeversicherung ungedeckte Bedarf wird durch die Hilfe zur Pflege finanziert. Manche Leistungen – zum Beispiel der Entlastungsbetrag von 125 € – sind auch im Recht der Hilfe zur Pflege betragsmäßig begrenzt und entsprechen deckungsgleich der Leistung der Pflegeversicherung. Sie werden im Regelfall durch die Leistung der Pflegeversicherung verdrängt, sind aber relevant für die kleine Gruppe der Personen, die nicht pflegeversichert sind.

Im Detail gibt es weitere Unterschiede zwischen den Leistungen der Pflegeversicherung und den Leistungen der Hilfe zur Pflege. So ist etwa ein Wohngruppenzuschlag nicht vorgesehen, sondern soll nur als Ermessensleistung gewährt werden können. Bei einem Bedarf an häuslicher Pflege soll der Sozialhilfeträger (wie bisher) zunächst „darauf hinwirken, dass die häusliche Pflege durch Personen, die dem Pflegebedürftigen nahestehen, oder als Nachbarschaftshilfe übernommen wird.“ Im Recht der Pflegeversicherung kann hingegen zwischen unentgeltlicher Pflege, unterstützt durch Pflegegeld, und Pflegesachleistung vollständig frei gewählt werden.

3.5.4. Vollstationäre Pflege für Pflegebedürftige ohne Pflegestufe

In den vergangenen Monaten lebhaft diskutiert wurde die Frage, was nach der Pflegereform mit Menschen passiert, die zur Zeit ohne Pflegestufe in einem Pflegeheim leben und Leistungen der Hilfe zur Pflege beziehen. Hier ist zu unterscheiden: Wurde bei ihnen eine eingeschränkte Alltagskompetenz festgestellt, werden sie automatisch in den Pflegegrad 2 übergeleitet. Damit erhalten sie nicht nur Leistungen der Pflegeversicherung für die vollstationäre Pflege, sondern auch ergänzende Leistungen der Hilfe zur Pflege. Wenn hingegen keine eingeschränkte Alltagskompetenz festgestellt wurde, werden nach neuem Recht keine Leistungen der vollstationären Pflege erbracht, auch nicht als Hilfe zur Pflege. Das bedeutet, dass die Betroffenen das Pflegeheim verlassen müssen, wenn sich nicht vor Ort eine andere Lösung findet.

3.5.5. Einsatz von Einkommen und Vermögen

Zwei Änderungen gibt es beim Einsatz von Einkommen und Vermögen.

Bei Sozialhilfeleistungen bleiben „kleinere Barbeträge oder sonstige Geldwerte“ von der Vermögensanrechnung frei. Bislang war der entsprechenden Wert bei der Grundsicherung im Alter und der Hilfe zur Pflege auf 2.600 € festgelegt. Zunächst sollte es bei diesem Wert bleiben, doch infolge massiven politischen Drucks – auch seitens des VdK – hat der Bundestag die Bundesregierung jetzt aufgefordert, die Regelung anzupassen. Zukünftig sollen 5.000 € von der Anrechnung freigestellt werden. Nach jetzigem Planungsstand soll dies ab dem 1.4.2017 gelten.

Bereits in Kraft ist eine weitere Änderung: Über den kleinen Barbetrag hinaus gilt ein zusätzlicher Betrag von bis zu 25.000 € für die Lebensführung und die Alterssicherung im Sinne als angemessen, sofern dieser Betrag ganz oder überwiegend als Einkommen aus selbständiger und nichtselbständiger Tätigkeit der Leistungsberechtigten während des Leistungsbezugs erworben wurde. Diese Regelung kommt also erwerbstätigen Pflegebedürftigen zugute.

Bei der vollstationären Pflege ist zu beachten, dass über die „Hilfe zur Pflege“ nur die ungedeckten Pflegekosten übernommen werden, also der neue einrichtungseigenheitliche Eigenanteil. Die so genannten „Hotelkosten“ (Kosten der Unterkunft im Pflegeheim ohne Pflegekosten) und die Investitionskosten werden überwiegend nicht über die Hilfe zur Pflege, sondern über die Grundsicherung im Alter erbracht. Es gelten daher im Detail andere Regelungen, insbesondere was die vorrangige Heranziehung von Angehörigen zum Unterhalt angeht. Darüber informierte das Thema des Monats Dezember 2016/Januar 2017 im Abschnitt 3.1.3.

4. Wichtige Leistungsänderungen für pflegende Angehörige

Nicht nur für die Pflegebedürftigen ändert sich durch die Pflegestärkungsgesetze einiges. Auch die sozialen Leistungen für Pflegepersonen ändern sich, überwiegend zum Besseren.

4.1. Rentenversicherung

Wer sich als nicht erwerbsmäßige Pflegeperson – zum Beispiel als Angehöriger – um einen pflegebedürftigen Menschen kümmert, erhält Entgeltpunkte in der Rentenversicherung gutgeschrieben. Die Beiträge trägt die Pflegekasse.

Bislang war dafür Voraussetzung, dass die pflegebedürftige Person 14 Stunden pro Woche gepflegt wurde. Ab 2017 müssen es nur noch 10 Stunden sein, aber verteilt auf zwei Tage pro Woche. Wie bisher darf neben der Pflege maximal 30 Stunden pro Woche gearbeitet werden. Änderungen gibt es bei der Höhe der Entgeltpunkte in der Rentenversicherung. Diese werden auf Grundlage der so genannten Bezugsgröße ermittelt. Das ist das Durchschnittseinkommen der Rentenversicherten im vorletzten Kalenderjahr. Wer also Entgeltpunkte erhält, die auf 100 % der Bezugsgröße beruhen, wird so gestellt, als hätte er in der Zeit der Pflege in Vollzeit gearbeitet und dabei genau durchschnittlich verdient.

4.1.1. Bemessungsgrundlage: Bisherige Rechtslage

Bislang wurden die Entgeltpunkte auf folgender Grundlage berechnet:

Pflegestufe (altes Recht)	Pflegedauer in Stunden/Woche	Bemessungsgrundlage in % der Bezugsgröße
III	28	80
III	21	60
III	14	40
II	21	53,3333
II	14	35,5555
I	14	26,6667

Wurden mehrere Pflegepersonen gepflegt und nur durch Zusammenrechnung der Pflegezeiten mehr als 14 Stunden Gesamtpflegezeit erreicht, wurden 26,6667 % der Bezugsgröße zugrunde gelegt.

4.1.2. Bemessungsgrundlage: Neue Rechtslage

Ab 2017 hängt die Bemessungsgrundlage nur noch von zwei Faktoren ab, dem Pflegegrad und der Art der in Anspruch genommenen Leistung:

	Bemessungsgrundlage in % der Bezugsgröße		
	Pflegegrad	Pflegegeld	Kombileistung* Pflegesachleistung
1	-	-	-
2	27	22,95	18,9
3	43	36,55	30,1
4	70	59,5	49
5	100	85	70

* unabhängig von der Aufteilung zwischen Pflegegeld und Pflegesachleistung

Die Abschläge liegen bei der Kombinationsleistung bei 15 Prozent und bei der Pflegeleistung bei 30 Prozent des maßgeblichen Anteils der Bezugsgröße. Für pflegende Angehörige rein körperlich eingeschränkter Personen fällt die Erhöhung der Bemessungsgrundlage sehr moderat aus. Pflegenden Angehörigen geistig eingeschränkter und schwerpflegebedürftiger Personen kommt hingegen der doppelte Stufensprung (beispielsweise von Pflegestufe III in Pflegegrad 5) zugute, der für diese Personengruppen bei der Überleitung vom alten in das neue Recht vorgesehen ist. Dieser doppelte Stufensprung lässt auch die Bemessungsgrundlage (und damit die späteren Renten) steigen.

Eine weitere kleine Verbesserung gibt es: Die Mindestbemessungsgrundlage von 400 € monatlich für Pflegepersonen fällt weg. Nach altem Recht wurden Rentenbeiträge für Pflegepersonen nur gezahlt, wenn sie dem Beitrag für ein fiktives Einkommen von 400 € entsprachen. Betroffen waren Pflegepersonen, die nur in geringem Zeitumfang Pflegebedürftige in einem niedrigen Pflegegrad pflegten. Wer die Grenze von 400 € unterschritt, konnte sich nur freiwillig rentenversichern.

4.1.3. Bestandsschutz

Auch pflegende Angehörige können bei der Überleitung vom alten in das neue Recht von einer Bestandsschutzregelung profitieren. Diese gilt allerdings in der Rentenversicherung nur eingeschränkt. Wenn nach altem Recht ein höherer Rentenbeitrag zu zahlen wäre, bleibt dieser maßgeblich, jedoch nur, wenn nicht

- die Pflegebedürftigkeit wegfällt
- der pflegende Angehörige den Pflegebedürftigen nicht mehr in der häuslichen Umgebung pflegt oder inzwischen gewerbsmäßig pflegt
- eine wesentliche Änderung in den Pflegeverhältnissen eingetreten ist.

Wesentliche Änderung ist auch eine Änderung der Leistungsart, beispielsweise der Umstieg vom Pflegegeld in die Kombileistung. Auch wenn sich die Zahl der Pflegepersonen ändert, gilt dies als wesentliche Änderung.

4.2. Unfallversicherung

In der gesetzlichen Unfallversicherung gibt es Verbesserungen und Verschlechterungen. Während bislang infolge einer Entscheidung des Bundessozialgerichts alle nicht erwerbsmäßigen Pflegepersonen versichert waren, gilt dies seit dem 1.1.2017 nur noch, wenn die Zeitgrenze von 10 Stunden pro Woche an mindestens zwei Tagen pro Woche erreicht wird und wenn der Pflegegrad des Pflegebedürftigen mindestens 2 beträgt. Nur wer die Kriterien nicht erfüllt, aber bislang schon als Pflegeperson gesetzlich unfallversichert war, verliert den Versicherungsschutz nicht.

Ausgeweitet wird hingegen der Kreis der versicherten Tätigkeiten. Nunmehr sind alle Pflegetätigkeiten und die Hilfe bei der Haushaltsführung versichert, und zwar unabhängig davon, ob sie überwiegend dem Pflegebedürftigen zugute kommen.

4.3. Arbeitslosenversicherung

In der Arbeitslosenversicherung waren bislang nur pflegende Angehörige versichert und auch diese nur während einer Pflegezeit, also maximal sechs Monate. Jetzt sind alle nicht erwerbsmäßigen Pflegepersonen versichert, die eine pflegebedürftige Person pflegen, also auch beispielsweise Freunde oder Nachbarn. Voraussetzung ist,

dass sie in der gesetzlichen Rentenersicherung versicherungspflichtig sind (dazu 4.1.) und vor Beginn der Pflege entweder versicherungspflichtig in der Arbeitslosenversicherung waren oder eine Entgeltersatzleistung (wie Krankengeld) bezogen haben. Sind diese Voraussetzungen erfüllt, dauert der Versicherungsschutz während der gesamten Zeit der Pflege an. Wer im Anschluss daran nicht sofort eine Arbeitsstelle findet, kann daher, wenn die übrigen Voraussetzungen erfüllt sind, zunächst Arbeitslosengeld I beziehen. Dies war bei längerer Pflegedauer bislang nur dann möglich, wenn der pflegende Angehörige sich – gegebenenfalls im Anschluss an die Pflegezeit – für eine Weiterversicherung („Versicherungspflicht auf Antrag“) auf eigene Kosten entschieden hatte. Für diejenigen, die das bereits getan haben, wird die Weiterversicherung in eine normale Versicherungspflicht umgewandelt, sodass sie ab sofort die Beiträge nicht mehr selbst zahlen müssen.

5. Pflegeberatung

Im Bereich der Pflegeberatung gibt es 2017 einige Verbesserungen. Einerseits wird die bereits nach altem Recht vorgesehene Beratung durch die Pflegekassen gestärkt, andererseits werden auch die Kommunen stärker in die Beratung eingebunden. Denn sie halten mehr Anlaufstellen in der Fläche vor, sodass auch eine persönliche Beratung vor Ort ohne großen Aufwand in Anspruch genommen werden kann.

5.1. Beratung durch die Pflegekassen

Sobald ein Antrag auf Leistungen eingegangen ist, haben die Pflegekassen den Versicherten von sich aus eine unentgeltliche Pflegeberatung anzubieten und den nächstgelegenen Pflegestützpunkt zu benennen. Wie schon bisher muss die Pflegekasse unmittelbar nach Eingang eines erstmaligen Antrags auf Leistungen der Pflegeversicherung sowie weiterer Anträge auf bestimmte Leistungen entweder einen Beratungstermin innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang anbieten oder einen Beratungsgutschein ausstellen. In dem Gutschein sind Beratungsstellen benannt, in denen der Antragsteller den Gutschein zulasten der Pflegekasse einlösen kann. Die Beratung selbst wird wie bisher vorrangig von den Pflegekassen durch Pflegeberater – insbesondere in den von ihnen errichteten Pflegestützpunkten – erbracht. Auch Angehörige können auf Wunsch beraten werden. Neu sind die Möglichkeiten der Beratung durch die Gemeindeverwaltung (dazu 5.2.).

Das Schreiben der Pflegekasse auf einen Leistungsantrag hin muss noch weitere Informationen enthalten. So gibt die Pflegekasse Auskunft über die Festlegungen, die sie in ihren Verträgen zur integrierten Versorgung getroffen hat. Das betrifft insbesondere Art, Inhalt und Umfang der zu erbringenden Leistungen, aber auch die Kosten, die für die Versicherten entstehen. Diese Angaben veröffentlicht die Pflegekasse auf einer eigenen Internetseite. Integrierte Versorgung meint die Verzahnung von ärztlicher und pflegerischer Versorgung, beispielsweise bestimmte Formen der hausärztlichen Versorgung im Pflegeheim.

Schließlich muss die Pflegekasse dem Antragsteller eine Leistungs- und Preisvergleichsliste übermitteln. Diese Liste muss für den Einzugsbereich der antragstellenden Person, in dem die pflegerische Versorgung und Betreuung gewährleistet werden soll, die Leistungen und Vergütungen der zugelassenen Pflegeeinrichtungen, die Angebote zur Unterstützung im Alltag sowie Angaben zur Person des zugelassenen

oder anerkannten Leistungserbringers enthalten. Zusätzlich müssen auch im Internet Leistungs- und Preisvergleichslisten verfügbar sein. Die Landesverbände der Pflegekassen erstellen die Liste, veröffentlichen sie auf einer eigenen Internetseite und halten sie aktuell. Auch die Ergebnisse von Qualitätsprüfungen der Leistungsanbieter müssen auf dieser Internetseite veröffentlicht werden.

5.2. Beratung durch die Kommunen

Die Rolle der Kommunen in der Pflege ist gestärkt worden, insbesondere in der Pflegeberatung. So können Kommunen, die bereits zur Hilfe zur Pflege (Sozialhilfe) oder zur wohnortnahen Betreuung im Rahmen der örtlichen Altenhilfe beraten, zukünftig auch Beratungsgutscheine der Pflegekassen einlösen. Sie haben dann eine Beratung so zu erbringen wie die Pflegekasse selbst.

Ferner können die Kommunen von den Pflegekassen bis Ende 2021 auch den Abschluss einer Vereinbarung zur Errichtung eines Pflegestützpunkts verlangen. Dadurch soll eine flächendeckende, wohnortnahe Versorgung mit Pflegestützpunkten gewährleistet werden, die in vielen Bundesländern bislang nicht gegeben ist. In Rheinland-Pfalz sind Pflegestützpunkte bereits relativ flächendeckend vorhanden, sodass nicht mit einem großen Zuwachs zu rechnen ist.

Geplant sind ferner befristete Modellvorhaben in 60 Kommunen bundesweit, in denen alle Angebote der Pflegeberatung auf kommunaler Ebene gebündelt werden: Pflegeberatung erfolgt wie durch einen Pflegestützpunkt (siehe 5.1.). Pflegekurse und Beratung werden in der eigenen Häuslichkeit durchgeführt (siehe 5.3.). Diese Beratung soll mit der Beratung zur Hilfe zur Pflege und zu anderen Leistungen verzahnt werden. Eine flächendeckende, wohnortnahe Beratung aus einer Hand steht im Fokus. In Rheinland-Pfalz wird es voraussichtlich drei Modellkommunen geben.

5.3. Unterstützende Beratungsangebote zur Sicherung der Pflegequalität

Werden Pflegebedürftige nicht durch professionelle Pflegekräfte gepflegt, ist es wichtig, dass die Pflegepersonen (meist pflegende Angehörige) bei der Pflege besondere Beratung und Unterstützung erfahren. Dies dient dem Interesse des Pflegebedürftigen, weil Pflegefehler vermieden werden, aber auch dem Interesse der Pflegeperson, weil einer Überlastung sowie körperlichen Schäden vorgebeugt werden kann.

Dazu gab es schon bisher für Bezieher von Pflegegeld je nach Pflegestufe einen Anspruch auf vierteljährliche oder halbjährliche Beratung durch eine Pflegefachkraft im eigenen Zuhause. Nunmehr besteht der Anspruch in den Pflegegraden 2 und 3 halbjährlich, in den Pflegegraden 4 und 5 vierteljährlich. Neu ist, dass auch Pflegebedürftige, die nur die Pflegesachleistung (Pflegedienst) beziehen, Anspruch auf einen halbjährlichen Beratungsbesuch haben. Pflegebedürftige im Pflegegrad 1 können ebenfalls halbjährlich einen Beratungsbesuch abrufen, obwohl sie kein Pflegegeld erhalten können. Seit Jahresbeginn 2017 kann die Beratung auch durch die Pflegeberater der Pflegestützpunkte und durch Beratungspersonen der Kommunen durchgeführt werden, sofern diese die nötige pflegefachliche Kompetenz aufweisen.

Wie bisher müssen die Pflegekassen weiterhin für Angehörige und andere Personen, die an einer ehrenamtlichen Pflegetätigkeit interessiert sind, unentgeltliche Pflegekurse anbieten. Auf Wunsch des Pflegebedürftigen und der Pflegeperson muss die Schulung auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen stattfinden.