



...alles was **Recht** ist...

Sozial-Info 02/08



## 1. Zusammenfassung zu den Leistungsänderungen der Pflegereform ab 1.7.2008

### 1.1. Pflegestützpunkte und Pflegeberatung

Ein **Pflegestützpunkt** ist eine Anlaufstelle für betroffene pflegebedürftige Menschen, deren Angehörige, Nachbarn, Freunde und andere nicht erwerbsmäßig pflegende Personen.

Im Pflegestützpunkt erhalten die Ratsuchenden **sämtliche Informationen** zu Hilfs- und Versorgungsangeboten in der Stadt, dem Stadtgebiet, der Gemeinde.

Der Pflegestützpunkt ist **vernetzt** mit Wohlfahrtsverbänden, kirchlichen Hilfsorganisationen, relevanten Selbsthilfegruppen, weiteren Anbietern und Betreuungspersonen (Ehrenamtler).

Ein direkter **persönlicher Kontakt** zwischen Pflegestützpunkt/Pflegeberater zu den zuständigen Stellen der Kranken- und Pflegekassen und Sozialhilfeträger ist gewährleistet.

Die Pflegeberater können autorisiert werden, für die betroffenen Menschen zu handeln, um Versorgungs- und Leistungsfragen zu klären.

Die Pflegeberater suchen in regelmäßigen Zeitabständen die betroffenen Menschen auf und überprüfen deren Versorgungs- und Betreuungssituation ( Beratungseinsätze ).

Am Ende des Gesetzgebungsverfahrens wurde beschlossen, dass die Länder selbst entscheiden können, ob sie Pflegestützpunkte flächendeckend einführen wollen.

Für **NRW** würden rechnerisch 5 Pflegeberater je Stützpunkt eingesetzt werden. Geschätzte Personalkosten pro Jahr: **250.000 € pro Stützpunkt**. Hinzu kommt die Anschubfinanzierung von 45.000 € Wird die Selbsthilfe einbezogen, können nochmals 5.000 € bereitgestellt werden. In NRW würde so ausgestaltete Stützpunkte mindestens **270. Mio. €** pro Jahr kosten.

**Beispiel Düsseldorf:** Hier existiert ein Pflegebüro, ein Demez-Service-Zentrum, 19 Kompetenzzentren Plus ( ausgestattet mit Fallmanagern der Stadt), 12 herkömmliche Senioren-Begegnungsstätten in den Stadtbezirken und darüber hinaus angeleitete Betreuungsgruppen zur Entlastung der Angehörigen. Nach der Pflegereform sollten 29 Pflegestützpunkte entstehen. Dem Grunde nach sind also große Teile der gewünschten Struktur bereits vorhanden.

### 1.2. Beitragssatzerhöhung

Der Beitragssatz zur Pflegeversicherung wird zum 1. Juli 2008 um 0,25 Prozent angehoben.

Personen unter 23 Jahren sowie Eltern zahlen 1,95 Prozent ihres Monatseinkommens, Kinderlose ab 23 Jahren zahlen 2,2 Prozent.

Für behinderte Menschen, die in der WfbM tätig sind, wird diese Beitragserhöhung um 0,25 % vom Kostenträger übernommen.

### 1.3. Begutachtung durch den medizinischen Dienst

Zwischen Antragstellung auf Pflegeleistungen und Bescheid durch die Pflegekasse dürfen nur noch **max. 5 Wochen** Zeit liegen. In den Fällen, in denen von den Pflegepersonen auf die Inanspruchnahme von Pflegezeit verwiesen wird, muss die Begutachtung innerhalb einer Woche nach Antragsingang stattfinden.

**Rückfragen an: E.Kuepper@sozialprofi.net**

Grundsätzlich muss jetzt bei jeder Begutachtung das **Assessmentverfahren** zur Feststellung der Leistungsvoraussetzungen der zusätzlichen Betreuungsleistungen durchgeführt werden.

Der Gutachter hat ebenfalls festzustellen, ob evtl. **Leistungen zur med. Rehabilitation** erforderlich sind und dies entsprechend im Gutachten zu vermerken. Mit Einwilligung der pflegebedürftigen Person (oder Betreuer) wird die Pflegekasse den entsprechenden Antrag an den behandelnden Arzt und den zuständigen Rehaträger weiterleiten. Eine erneute Begutachtung ist somit nicht erforderlich. Die Fristen nach § 14 SGB IX (3 Wochen zwischen Antrag und Bewilligung) sind einzuhalten. Ob die Maßnahme ambulant oder stationär durchgeführt wird, entscheidet allerdings der Rehaträger. Somit kommt erforderliche Rehabilitation auch den Personen zugute, die die Voraussetzungen zur Anerkennung einer Pflegestufe (noch) nicht erfüllen.

Eine **Neubegutachtung nach Durchführung der Rehabilitationsmaßnahme** darf nur mit besonderer Begründung zu einer **Herabsetzung der Pflegestufe** führen. In der Praxis wird nämlich in vielen Fällen von den Gutachtern ohne hinreichende sachliche Grundlage unterstellt, dass eine Rehabilitationsmaßnahme automatisch den Hilfebedarf reduziert. Dabei wird verkannt, dass gerade bei pflegebedürftigen Menschen vor allem die Verhinderung der Verschlimmerung als maßgeblicher Rehabilitationserfolg an zu sehen ist.

Die Zuerkennung einer Pflegestufe kann **befristet** werden. Dies wird immer dann der Fall sein, wenn sich entweder durch entsprechende Rehabilitationsmaßnahmen der Pflegebedarf auf Dauer reduzieren lässt oder durch Einsatz geeigneter Hilfsmittel (z.B. Verordnung eines Rollators um die Wege innerhalb der Wohnung eigenständig und ohne Hilfe zu bewältigen). Die Befristung variiert zwischen 6 und 12 Monaten und darf insgesamt die Dauer von **3 Jahren** nicht überschreiten.

Für die Begutachtung von **Kindern** sollen ausschließlich Kinderärzte oder Kinderpfleger /Innen eingesetzt werden.

### 1.3. Vorversicherungszeit

Bei Leistungen und Antrag **ab 1. Juli 2008** muss der Versicherte **in den letzten zehn Jahren vor der Antragstellung mindestens zwei Jahre** als Mitglied versichert oder familienversichert gewesen sein.

### 1.4. Leistungsverbesserungen

#### 1.4.1. Pflegesachleistung

Der Pflegedienst kann ab 1.7.2008 monatlich Sachleistungen bis zu maximal in

➤ <b>Pflegestufe I</b>	<b>420,-- €</b>
➤ <b>Pflegestufe II</b>	<b>980,-- €</b>
➤ <b>Pflegestufe III</b>	<b>1.470,-- €</b>
➤ <b>Stufe III / Härtefälle</b>	<b>1.918,-- €</b>

in Rechnung stellen.

Reichen diese Leistungen zur Deckung des tatsächlichen Pflegebedarfs nicht aus, besteht die Möglichkeit im Rahmen der Sozialhilfe die einkommensabhängige **Hilfe zur Pflege** zu beantragen. Bei Inanspruchnahme dieser ergänzenden Hilfe zur Pflege hat der Pflegebedürftige immer einen Anspruch auf 1/3 des ihm seiner Pflegestufe entsprechend zustehenden Pflegegeldes durch die Sozialhilfe ( z.B. in Pflegestufe III: 1/3 von 675 € = 225 €).

Beim Bezug von **häuslicher Krankenpflege** nach § 37 Abs. 1 SGB V ruht der Anspruch auf Pflegegeld für die ersten 4 Wochen nicht.

### 1.4.2. Förderung betreuter Wohnformen/Wohngemeinschaften

Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohneinrichtungen sollen die dort erbrachten Betreuungsleistungen flexibler als bisher in Anspruch nehmen und diese Leistungen allein oder mit anderen Pflegebedürftigen gemeinsam abrufen ("poolen") können.

Neu ist hier auch die Einbeziehung von Betreuungsleistungen, die jedoch nur dann erbracht werden dürfen, wenn die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung bei jedem der beteiligten Leistungsberechtigten sichergestellt ist.

**Allerdings werden hierfür noch neue „poolfähige“ Leistungsmodule benötigt.**

#### Beispiel Poolen:

3 Pflegebedürftige leben in einer WG zusammen. Der Pflegedienst erbringt bei jedem Bewohner an 25 Tagen im Monat eine kleine Grundpflege Modul 221 und an 5 Tagen im Monat die große Grundpflege Modul 219.

Weiterhin findet 4 x pro Monat eine große hauswirtschaftliche Versorgung statt Modul 222 und zwar für alle 3 gemeinsam.

25 Tage (221) x 11,83 €	295,75 €
5 Tage (219) x 18,36 €	91,80 €
4 x (222) x 31,01 €- 124,04 €	3 41,35 € = Poolleistung
30 x (215) x 1,59 €- 47,70 €	3 <u>15,90</u> ( Hausbesuchspauschale = Poolleistung)
	444,80 €

**Die poolfähige Ersparnis beträgt pro Bewohner 52,47 €**

### 1.4.3. Pflegegeld

Das Pflegegeld beträgt in

➤ <b>Pflegestufe I</b>	<b>215 €/ Monat</b>
➤ <b>Pflegestufe II</b>	<b>420 €/ Monat</b>
➤ <b>Pflegestufe III</b>	<b>675 €/ Monat</b>

#### Beratungseinsätze

Die **Vergütung** des Pflegeeinsatzes beträgt in den Pflegestufen I und II bis zu 21 € und in der Pflegestufe III bis zu 31 €. Die Kosten trägt die Pflegekasse.

Pflegebedürftige, die zum anspruchsberechtigten Personenkreis nach § 45a SGB XI zählen, sind berechtigt, den Beratungseinsatz innerhalb der entsprechenden Zeiträume der jeweiligen Pflegestufe **zweimal** in Anspruch zu nehmen.

Personen, bei denen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung nach § 45a festgestellt ist, und die **noch nicht die Voraussetzungen der Pflegestufe I** erfüllen, können **halbjährlich einmal** einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen.

Insbesondere für diesen Personenkreis stehen pflegefachliche Beratungsfragen nicht im Vordergrund. Der wesentliche Beratungsgegenstand ist die Bewältigung der häuslichen und familiären Situation sowie die Unterstützung und Entlastung durch (niedrigschwellige) Hilfeangebote.

Die Durchführung der Beratung dieses Personenkreises kann die pflegefachliche Kompetenz durch sozialarbeiterische Kompetenz ersetzt werden. Dies könnte insbesondere auch eine neutrale und unabhängige Beratung durch Beratungsstellen der Alzheimer Gesellschaft ermöglichen.

### 1.4.4. Kombination von Geld- und Sachleistung (Kombinationsleistung)

Durch die erhöhten Leistungen ändern sich auch die Tabellen über die Kombinationsleistung wie folgt:

**Pflegestufe I :**

Wert der Sachleistung			Restwert der Geldleistung		
Grundbetrag	Verbrauch in %	Wert der Sachleistung	Grundbetrag	Restwert in %	anteilige Geldleistung
420,-- €	100 %	420,-- €	215,-- €	0 %	0,00 €
420,-- €	90 %	378,00 €	215,-- €	10 %	21,50 €
420,-- €	80 %	336,00 €	215,-- €	20 %	43,00 €
420,-- €	70 %	294,00 €	215,-- €	30 %	64,50 €
420,-- €	60 %	252,00 €	215,-- €	40 %	86,00 €
420,-- €	50 %	210,00 €	215,-- €	50 %	107,50 €
420,-- €	40 %	168,00 €	215,-- €	60 %	129,00 €
420,-- €	30 %	126,00 €	215,-- €	70 %	150,50 €
420,-- €	20 %	84,00 €	215,-- €	80 %	172,00 €
420,-- €	10 %	42,00 €	215,-- €	90 %	193,50 €
420,-- €	0 %	0,00 €	215,-- €	100 %	215,-- €

**Pflegestufe II :**

Wert der Sachleistung			Restwert der Geldleistung		
Grundbetrag	Verbrauch in %	Wert der Sachleistung	Grundbetrag	Restwert in %	anteilige Geldleistung
980,00 €	100 %	980,00 €	420,00 €	0 %	0,00 €
980,00 €	90 %	882,00 €	420,00 €	10 %	42,00 €
980,00 €	80 %	784,00 €	420,00 €	20 %	84,00 €
980,00 €	70 %	686,00 €	420,00 €	30 %	126,00 €
980,00 €	60 %	588,00 €	420,00 €	40 %	168,00 €
980,00 €	50 %	490,00 €	420,00 €	50 %	210,00 €
980,00 €	40 %	392,00 €	420,00 €	60 %	252,00 €
980,00 €	30 %	294,00 €	420,00 €	70 %	294,00 €
980,00 €	20 %	196,00 €	420,00 €	80 %	336,00 €
980,00 €	10 %	98,00 €	420,00 €	90 %	378,00 €
980,00 €	0 %	0,00 €	420,00 €	100 %	420,00 €

**Pflegestufe III :**

Wert der Sachleistung			Restwert der Geldleistung		
Grundbetrag	Verbrauch in %	Wert der Sachleistung	Grundbetrag	Restwert in %	anteilige Geldleistung
1.470,00 €	100 %	1.470,00 €	675,00 €	0 %	0,00 €
1.470,00 €	90 %	1.323,00 €	675,00 €	10 %	67,50 €
1.470,00 €	80 %	1.176,00 €	675,00 €	20 %	135,00 €
1.470,00 €	70 %	1.029,00 €	675,00 €	30 %	202,50 €
1.470,00 €	60 %	882,00 €	675,00 €	40 %	270,00 €
1.470,00 €	50 %	735,00 €	675,00 €	50 %	337,50 €
1.470,00 €	40 %	588,00 €	675,00 €	60 %	405,00 €
1.470,00 €	30 %	441,00 €	675,00 €	70 %	472,50 €
1.470,00 €	20 %	294,00 €	675,00 €	80 %	540,00 €
1.470,00 €	10 %	147,00 €	675,00 €	90 %	607,50 €
1.470,00 €	0 %	0,00 €	675,00 €	100 %	675,00 €



die jeweils bei Tages- und Nachtpflege und der Pflegesachleistung (ohne Kombination nach § 38) vorgesehen sind. Nimmt der Pflegebedürftige nicht mehr als 50 vom Hundert der vorgesehenen Leistungsbeträge in Anspruch, besteht daneben der Anspruch auf Pflegesachleistungen bei häuslicher Pflege in voller Höhe der in § 36 geregelten Leistungsbeträge. Nimmt der Pflegebedürftige umgekehrt bis zu 50 vom Hundert der nach § 36 vorgesehenen Leistungsbeträge in Anspruch, besteht daneben Anspruch auf Tages- und Nachtpflege in voller Höhe der vorgesehenen Leistungsbeträge.

### Beispiel I

Ein Pflegebedürftiger der Pflegestufe II hat ab 1. Juli 2008 Anspruch auf Pflegesachleistungen in Höhe von bis zu 980 Euro monatlich (wenn er nur Pflegesachleistungen nach § 36 in Anspruch nimmt) oder Anspruch auf Tagespflege in Höhe von bis zu 980 Euro monatlich (wenn er nur Tagespflege in Anspruch nimmt). Kombiniert er beide Ansprüche, beläuft sich der Gesamtleistungsanspruch auf bis zu 1 470 Euro (= 980 Euro  $\times$  1,5). Er kann zum Beispiel Tagespflege in Höhe von 980 Euro (= 100 vom Hundert) mit Pflegesachleistungen in Höhe von 490 Euro (= 50 vom Hundert) kombinieren.

Nimmt der Pflegebedürftige neben der Tages- und Nachtpflege das Pflegegeld nach § 37 in Anspruch, besteht neben dem vollen Anspruch auf Tages- und Nachtpflege noch ein hälftiger Anspruch auf Pflegegeld für die weiterhin zu Hause notwendige und selbst sichergestellte Pflege. Ebenso wird es – wie auch bei der Pflegesachleistung – umgekehrt ermöglicht, neben der halben Ausschöpfung des Anspruchs auf Tages- und Nachtpflege ein ungekürztes Pflegegeld nach § 37 zu erhalten. Bei einer höheren Inanspruchnahme der Tages- und Nachtpflege als 50 vom Hundert wird durch eine analoge Anwendung des § 38 sichergestellt, dass auch Pflegegeldbezieher von der Leistungsverbesserung adäquat profitieren.

### Beispiel I

Ein Pflegebedürftiger der Pflegestufe II hat ab 1. Juli 2008 Anspruch auf Pflegegeld in Höhe von 420 Euro monatlich (wenn er nur Pflegegeld in Anspruch nimmt) oder Anspruch auf Tagespflege in Höhe von bis zu 980 Euro monatlich (wenn er nur Tagespflege in Anspruch nimmt). Kombiniert er beide Ansprüche und nimmt er die Tagespflegeleistung zu 100 vom Hundert in Anspruch, beläuft sich der Gesamtanspruch auf 980 Euro Tagespflege plus das halbe Pflegegeld in Höhe von 210 Euro (= 420 Euro  $\times$  0,5).

Die erhöhte Gesamtleistung wirkt sich auch auf die Berechnung des **anteiligen Pflegegeldes** nach § 38 aus. Die Regelung stellt sicher, dass bei einer zusätzlichen Inanspruchnahme der Leistung der Tages- und Nachtpflege bis zu einer Höhe von 50 vom Hundert des Gesamtanspruchs der Anspruch auf ein anteiliges Pflegegeld weder gekürzt noch gegenüber solchen Pflegebedürftigen, die lediglich die Kombinationsleistung nach § 38 und keine Tages- und Nachtpflege – aus welchen Gründen auch immer – in Anspruch nehmen, angehoben wird. Näheres ergibt sich aus den nachfolgenden Beispielen (die Leistungsbeträge entsprechen der Pflegestufe II in der ab 1. Juli 2008 vorgesehenen Höhe von 980 Euro monatlich):

### Beispiel I

Leistungsart	Leistungshöhe (Beträge ab 1. Juli 2008)
Leistung der Tages- und Nachtpflege	196 Euro = 20 vom Hundert
Pflegesachleistung	490 Euro = 50 vom Hundert
Anteiliges Pflegegeld	210 Euro = 50 vom Hundert

In Beispiel I ergibt sich nicht etwa ein Anspruch auf anteiliges Pflegegeld in Höhe von 80 vom Hundert, der Gesamtanspruch beläuft sich auf 120 vom Hundert; der Pflegebedürftige

könnte aber die Tages- bzw. Nachtpflege von 20 auf 50 vom Hundert aufstocken und somit den Gesamtanspruch von 150 vom Hundert ausschöpfen. Durch die geringfügige Inanspruchnahme der Leistung der Tages- und Nachtpflege ergibt sich keine Erhöhung der Kombinationsleistung nach § 38 im Verhältnis zu Pflegebedürftigen, die die Leistungen der Tages- und Nachtpflege nicht in Anspruch nehmen können bzw. wollen. Pflegesachleistung und Pflegegeld bleiben zusammen auf 100 vom Hundert begrenzt.

### Beispiel II

Leistungsart	Leistungshöhe (Beträge ab 1. Juli 2008)
Leistung der Tages- und Nachtpflege	588 Euro = 60 vom Hundert
Pflegesachleistung	490 Euro = 50 vom Hundert
Anteiliges Pflegegeld	168 Euro = 40 vom Hundert

Bei einer Inanspruchnahme der Leistung der Tages- und Nachtpflege von über 50 vom Hundert wird hierdurch sichergestellt, dass Pflegebedürftige ihre Leistungsansprüche nach ihrer Wahl miteinander kombinieren und uneingeschränkt von dem Ausbau der Leistung profitieren können.

#### 1.4.7. Kurzzeitpflege

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf vier Wochen im Kalenderjahr begrenzt, wobei die pflegebedingten Aufwendungen der Pflegekasse hierfür **1.470 €** im Kalenderjahr nicht übersteigen dürfen.

Wegen fehlender Kurzzeitpflegeeinrichtungen für Kinder **unter 18 Jahren** kann die Kurzzeitpflege künftig auch in anderen geeigneten Einrichtungen ( z.B. Behinderteneinrichtung) als den zugelassenen Pflegeeinrichtungen durchgeführt werden. Der Anspruch auf Verhinderungspflege wird nicht angerechnet und steht zusätzlich zur Verfügung.

#### 1.4.8. Anrechnung von Blindengeld auf Leistungen der Pflegeversicherung

Durch die Erhöhung der Pflegeleistungen erhöht sich auch die Anrechnung des Pflegegeldes auf das Blindengeld.

Pflegestufe	Betrag	Kürzung in %	Kürzungsbetrag
I	205,--- €	70 %	150,50 €
II	420,-- €	50 %	210,-- €
III	675,-- €	50 % von 420,-- €	210,-- €

Allerdings darf die Kürzung nicht mehr als 50 % des Blindengeldes betragen.

#### 1.4.9. Vollstationäre Pflege in Pflegeheimen

Die Pflegekassen übernehmen die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege und der sozialen Betreuung monatlich pauschal für Pflegebedürftige:

- der Pflegestufe I in Höhe von **1.023 €**
- der Pflegestufe II in Höhe von **1.279 €**
- der Pflegestufe III in Höhe von **1.470 €**
- für Härtefälle in Höhe von **1.750 €**

Pflegeheime, denen es durch verstärkte aktivierende und rehabilitative Bemühungen gelingt, Pflegebedürftige in eine **niedrigere Pflegestufe** einzustufen, erhalten einen einmaligen Geldbetrag in Höhe von einheitlich **1.536 €**. Der Betrag entspricht der Differenz zwischen den Leistungsbeträgen der Pflegestufe II und der Pflegestufe I, der sich innerhalb eines halben Jahres ergibt.

Die Krankenversicherung erstattet der Pflegeversicherung den Betrag in Höhe von **1.536 €** für diejenigen pflegebedürftigen Menschen, für die innerhalb von 6 Monaten nach Begutachtung und Antragstellung keine notwendigen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht worden sind.

Das Pflegeheim hat für eine **Abwesenheit** des Pflegebedürftigen aus dem Pflegeheim für **bis zu 42 Tage** den Pflegeplatz freizuhalten. Dies gilt auch für einen 42 Tage überschreitenden Zeitraum bei einem Aufenthalt des Pflegebedürftigen in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung.

### Betreuung demenzkranker Menschen

Die Betreuung demenziell erkrankter Pflegeheimbewohner wird deutlich verbessert. Für deren zusätzliche Betreuung werden von der Pflegeversicherung mittels eines Vergütungszuschlags zusätzliche Pflegekräfte voll finanziert, wobei das Gesetz als Orientierungsgröße **eine zusätzliche Pflegekraft** je 25 demenziell erkrankter Heimbewohner vorgibt. Mit der Zahlung des Vergütungszuschlags erwächst auch ein ausdrücklicher Anspruch des Pflegebedürftigen auf Erbringung der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung.

### 1.4.10. Pflege in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe

Hier ändert sich lediglich die Höhe des tageweisen Pflegegeldanspruchs bei Aufenthalt im Elternhaus oder während des Urlaubs außerhalb der Einrichtung.

#### Tageweiser Pflegegeldanspruch für Behinderte in Wohnstätten mit gleichzeitigem Werkstattbesuch bei Besuchstagen im Elternhaus

Pflegestufe	Anspruch Pflegegeld	Anspruch Sachleistung	Anteil für Kosten-Träger max.	Pflegegeld pro Tag/Elternhaus	Höchstbetrag für Pflege i. Elternhaus
I	215,-- €	420,-- €	256,-- €	7,17 €	164,-- €
II	420,-- €	980,-- €	256,-- €	14,00 €	420,-- €
III	675,-- €	1.470,-- €	256,-- €	22,50 €	675,-- €

### 1.4.11. Einführung einer Pflegezeit für Beschäftigte

Bei Pflege durch Angehörige in der häuslichen Umgebung wird für die Dauer von bis zu sechs Monaten ein Anspruch auf **unbezahlte Freistellung** von der Arbeit mit Rückkehrmöglichkeit (Pflegezeit) eingeführt. Der Anspruch besteht nicht gegenüber Arbeitgebern mit 15 oder weniger Beschäftigten.

Die notwendige soziale Absicherung in der Rentenversicherung ist nach Maßgabe des geltenden Rechts gewährleistet. Wo keine anderweitige Absicherung (insbesondere Familienmitversicherung) besteht, gewährt die Pflegeversicherung einen Beitragszuschuss in Höhe des **Mindestbeitrages** zur Kranken- und Pflegeversicherung. In der Arbeitslosenversicherung gilt für die Pflegezeit eine vergleichbare Rechtslage wie bei der Inanspruchnahme von Elternzeit. Bei der Pflegezeit zahlt die Pflegeversicherung Beiträge zur Fortführung der Versicherung.

Da Pflegebedürftigkeit auch sehr kurzfristig auftreten kann, wird für nahe Angehörige die Möglichkeit geschaffen, bis zu **zehn Arbeitstage** der Arbeit fernzubleiben.

Für Beamte, die sich für die Pflege eines Angehörigen freistellen lassen wollen, gelten die arbeitsrechtlichen Regelungen des Pflegezeitgesetzes nicht. Die Regelungen zur sozialen Flankierung der Pflegezeit, also die Ansprüche auf Zuschüsse zur Kranken- und Pflege-

versicherung, setzen ebenfalls eine Pflegezeit von Beschäftigten im Sinne des Pflegezeitgesetzes voraus. Für Beamte gelten unverändert die beamtenrechtlichen Vorschriften. Während Beschäftigte nach dem Pflegezeitgesetz eine Pflegezeit von bis zu sechs Monaten nehmen können, können sich Beamte nach den beamtenrechtlichen Vorschriften für bis zu zwölf Jahre zur Pflege eines Angehörigen von der Dienstleistung befreien lassen. Es wird in einem weiteren Schritt zu prüfen sein, ob und wie die für Beschäftigte geltenden Regelungen nach dem Pflegezeitgesetz und die flankierenden Vorschriften im Rahmen der Pflegeversicherung auf Beamte übertragen werden können.

### **Kündigungsverbot**

Abgesichert wird dieser Anspruch auf Pflegezeit durch einen besonderen Kündigungsschutz des Arbeitnehmers. Gemäß § 5 Abs. 1 PflegeZG darf der Arbeitgeber das Arbeitsverhältnis von der Ankündigung bis zur Beendigung der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung nach § 2 oder der Pflegezeit nach § 3 grundsätzlich nicht kündigen. Nur in Ausnahmefällen kann die für den Arbeitsschutz zuständige oberste Landesbehörde eine Kündigung für zulässig erklären.

Nahe Angehörige im Sinne dieses Gesetzes sind

1. Großeltern, Eltern, Schwiegereltern,
2. Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen Gemeinschaft, Geschwister,
3. Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder, die Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder des Ehegatten oder Lebenspartners, Schwiegerkinder und Enkelkinder.

Pflegebedürftig im Sinne dieses Gesetzes sind Personen, die die Voraussetzungen nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen. Pflegebedürftig im Sinne von § 2 sind auch Personen, die die Voraussetzungen nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch voraussichtlich erfüllen.

### **1.4.12. Pflegeleistungsergänzungsgesetz – zusätzliche Betreuungsleistungen**

Voraussetzungen für die Gewährung zusätzlicher Betreuungsleistungen ist, dass ein **erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung** im Sinne des § 45 a SGB XI vorliegt. Die Anerkennung als Pflegebedürftiger im Sinne des SGB XI ist nicht erforderlich. Somit können Versicherte, die die Voraussetzungen der Pflegestufe I nicht oder noch nicht erfüllen, die zusätzlichen Betreuungsleistungen ab 1.7.08 auch beanspruchen.

Der bisherige Leistungsanspruch in Höhe von 460 € pro Jahr wird zum 1.7.08 erhöht. Hinsichtlich des Betreuungsbetrags für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (§ 45b SGB XI) differenziert das Gesetz nunmehr zwischen **Grundbetrag (100 Euro/Monat)** und **erhöhtem Grundbetrag (200 Euro/Monat)**. Die Höhe des jeweiligen Anspruchs wird auf Empfehlung des MDK einzelfallbezogen festgelegt und dem Versicherten mitgeteilt. Wird die Leistung in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, so kann der nicht verbrauchte Betrag in das **folgende Kalenderhalbjahr** übertragen werden.

Grundlage für die Feststellung eines **erheblichen Bedarfs** an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung wegen erheblicher Einschränkung der Alltagskompetenz sind allein die im Gesetz genannten Kriterien:

1. unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauftendenz);
2. Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen;
3. unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen;
4. tötlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation;

5. im situativen Kontext inadäquates Verhalten;
6. Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen;
7. Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung;
8. Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben;
9. Störung des Tag-/Nacht Rhythmus;
10. Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren;
11. Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen;
12. ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten;
13. zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagtheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression.

Eine **erhebliche eingeschränkte Alltagskompetenz** (= 100 €/ Monat) liegt vor, wenn im Assessment wenigstens bei **zwei Items "Ja"** angegeben wird, davon mindestens einmal bei einem Item aus einem der Bereiche 1 bis 9.

Eine in **erhöhtem Maße eingeschränkte Alltagskompetenz** (= 200 €/ Monat) liegt vor, wenn die für die erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz **maßgeblichen Voraussetzungen** ( siehe vorherigen Absatz) erfüllt sind und **zusätzlich bei mindestens einem weiteren Item** aus den Bereichen 1,2,3,4,5,9, und 11 ein „Ja“ angegeben wird.

## 2. Sicherung des Lebensunterhaltes ab 01.07.2008

Zum 1.7.2008 werden die Regelsätze um 1,1 % erhöht. Für die Leistungsbereiche Grundsicherung für Arbeitssuchende ( Hartz IV), Hilfe zum Lebensunterhalt und Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung gelten dann die folgenden Regelsätze:

### Regelsätze ab 1.7.2008 (bundeseinheitlich )

	Regelsatz	prozentualer Anteil
<b>Eckregelsatz</b>	<b>351,00 €</b>	<b>100 %</b>
<b>Alleinstehende</b>	<b>351,00 €</b>	<b>100 %</b>
<b>Erwachsene Partner jeweils</b>	<b>316,00 €</b>	<b>90 %</b>
<b>Haushaltsangehöriger mit Vollendung des 14. Lebensjahres</b>	<b>281,00 €</b>	<b>80 %</b>
<b>Haushaltsangehöriger bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres</b>	<b>211,00 €</b>	<b>60 %</b>

### Regelsätze und Zuschläge nach § 42 SGB XII ab 1.7.2008

<b>Eckregelsatz</b>	<b>351,00 €</b>	<b>100 %</b>
<b>Alleinstehende</b>	<b>351,00 €</b>	<b>100 %</b>
<b>Mehrbedarfszuschlag wg. Erwerbsminderung</b>	<b>59,67 €</b>	<b>17 %</b>
<b>Erwachsene Partner jeweils</b>	<b>316,00 €</b>	<b>90 %</b>
<b>Mehrbedarfszuschlag wg. Erwerbsminderung</b>	<b>53,72 €</b>	<b>17 %</b>
<b>Haushaltsangehöriger mit Vollendung des 14. Lebensjahres</b>	<b>281,00 €</b>	<b>80 %</b>
<b>Mehrbedarfszuschlag wg. Erwerbsminderung</b>	<b>47,77 €</b>	<b>17 %</b>

## 2.1. Einsatz des Einkommens und des Vermögens

Als Einkommensgrenze im SGB XII gilt der doppelte Regelsatz eines Haushaltungsvorstandes

- 2 x 351,-- € = **702,-- €**
- zzgl. Kosten angemessenen Kosten der Unterkunft
- zzgl. eines Familienzuschlages von **246,-- €** für jede vom Hilfeempfänger unterhaltene Person

## 2.2. Barbetrag – Taschengeld

Der Barbetrag beträgt ab 1.7.2008 **95,00 €** pro Monat. Aus diesem Betrag sind Ansparungen für Weihnachten in Höhe von 3,51 €/ Monat zu tätigen.

## 2.3. Nachzahlung der Weihnachtsbeihilfe für Heimbewohner für das Jahr 2005

Im Jahr 2005 hatten die Landschaftsverbände – wie andere Sozialhilfeträger auch – die Gewährung der Weihnachtsbeihilfe zunächst abgelehnt, weil das ab 01.01.2005 geltende SGB XII keine einmaligen Beihilfen für besondere Anlässe vorsah.

Das Bundessozialgericht hat in seinem Urteil vom 11.12.2007 (Az.: B 8/9b SO 22/06 R) § 35 Abs. 2 Satz 1 SGB XII dahingehend ausgelegt, dass ein Rechtsanspruch auf Gewährung einer einmaligen Weihnachtsbeihilfe in Höhe von 36,00 € für das Jahr 2005 besteht. Es hat diese Auslegung vor allem mit der gesetzgeberischen Tätigkeit (Einführung der einmaligen Weihnachtsbeihilfe i. H. v. 36,00 € für das Jahr 2006, Anhebung des Barbetrags um einen Prozentpunkt ab 2007) begründet. Damit haben alle Leistungsberechtigten, die im Dezember 2005 in einer vollstationären Einrichtung lebten, einen Anspruch auf Zahlung einer Weihnachtsbeihilfe für 2005.

Darüber hinaus sind in den anhängigen 20 Klageverfahren und 221 Widerspruchsverfahren um die Weihnachtsbeihilfe 2005 die Kosten der bevollmächtigten Rechtsanwälte zu übernehmen. Widersprüche und Klagen waren im Einvernehmen ausgesetzt worden, bis das Bundessozialgericht die Rechtslage geklärt hat.

Die Auszahlung wird mit dem nächstmöglichen Zahlungslauf über die Einrichtungen abgewickelt. Die Einrichtungsträger werden in einem Rundschreiben informiert und gebeten, die Auszahlung an die Heimbewohner umgehend nach der Überweisung vorzunehmen.

## 2.4. Zusatzbarbetrag in Einrichtungen

Der **Zusatzbetrag** (wird gewährt, wenn der Kostenträger Rentenzahlungen auf sich überleitet – bis 31.12.2004 max. 44,40 €/Monat ) zum Barbetrag **entfällt**, um eine Ungleichbehandlung von Leistungsberechtigten in und außerhalb von Einrichtungen zu beenden. Dies war erforderlich, um den Grundsatz „**ambulant vor stationär**“ auch in der Praxis durchzusetzen. Personen, die am 31.12.2004 den Zusatzbarbetrag in Höhe von max. 44,40 € erhalten haben, bekommen diese im Rahmen der Bestandsschutzregelung des § 133a SGB XII weiter.

Das Bundessozialgericht hatte am 18.3.08 ( AZ: B 8/9b SO9/07 ) gegen den Landschaftsverband Rheinland zu entscheiden, ob dieser Zusatzbarbetrag auch dann zu zahlen ist, wenn erst im Laufe des Jahres 2005 rückwirkend eine Rente für einen Zeitraum vor dem 1.1.2005 bewilligt wird. In dem strittigen Fall ging es um eine Rentenbewilligung aus Februar 2005 rückwirkend ab 1.10.2004. Der beklagte Landschaftsverband hat die Zahlung abgelehnt, weil das am 1.1.2005 in Kraft getretene SGB XII diese Leistung nur noch im Rahmen einer Übergangsregelung in den Fällen vorsehe, in denen bereits im Dezember 2004 ein Anspruch nach altem Recht (Bundessozialhilfegesetz ) bestanden habe; der Anspruch des Klägers sei jedoch nicht vor Erlass des Rentenbescheides entstanden. Da der beklagte LVR die Renten-

nachzahlung sowie die laufenden Rentenzahlungen als Kostenbeitrag vereinnahmt, hat er den Anspruch auf den Zusatzbarbetrag anerkannt.

### 3. Einmalige Leistungen im Rahmen des SGB II und SGB XII

Zum 1.7.2008 werden die einmaligen Leistungen für Kinder und Jugendliche erweitert. Zusätzlich werden einmalige Leistungen für hilfebedürftige Kinder bei der **Einschulung** in Höhe von **50 €** gewährt; für Schüler Leistungen für Unterrichts- und Gebrauchsmaterialien in der Schule in Höhe von **max. 120 €/ Jahr**. Weiterhin sind die Fahrtkosten zur Wahrnehmung des Umgangsrechts für den umgangsberechtigten hilfebedürftigen Elternteil zu übernehmen ebenso wie Fahrtkosten für Besuche der Eltern eines Kindes mit längerem Krankenhausaufenthalt.

#### 3.1. Schönheitsreparaturen

Das Sozialgericht Düsseldorf hat am 19.9.07 (AZ: S 45 (24) SO 62/06) entschieden, dass die Kosten von Schönheitsrenovierungen nicht aus dem Regelsatz von den Leistungsempfängern anzusparen sind, da der im Regelsatz enthaltene geringe Betrag für Reparaturkosten bei weitem nicht ausreicht, um die mietvertraglich geschuldeten Schönheitsreparaturen - selbst bei Eigenvornahme - zu finanzieren.

#### 4. Hilfsmittelversorgung – übe ich gerade mit meiner Krankenkasse

Durch die Gesundheitsreform wurde bei der Versorgung mit Hilfsmitteln festgelegt, dass Hilfsmittel nur noch über den Vertragspartner der Krankenkasse geliefert werden. Diese Hilfsmittelerbringer werden entweder durch vorherige Ausschreibung oder Vertragsverhandlungen mit der Krankenkasse zum Vertragspartner.

**Ausschreibungen** können einen Preiswettbewerb in Gang setzen, allerdings nach dem Gesetzeswortlaut nicht auf Kosten der Qualität der Versorgung, die deshalb bereits in der Ausschreibung fixiert werden sollte. Die Mindestanforderungen an die Qualität ergeben sich aus den Beschreibungen im Hilfsmittelverzeichnis, die zwar überschritten, aber nicht unterschritten werden dürfen. In der Ausschreibung muss ferner berücksichtigt werden, dass die Versicherten **wohnnah** mit Hilfsmitteln versorgt werden sollen und auch die notwendige Beratung, Anpassung und Einweisung in den Gebrauch sowie die Kontrolle und Wartung des Hilfsmittels erhalten, auf die sie einen Rechtsanspruch gegenüber ihrer Krankenkasse haben.

**Wohnnah** bedeutet, dass der Versicherte z.B. mit einem Pkw oder öffentlichen Verkehrsmitteln innerhalb einer angemessenen Zeit den Leistungserbringer aufsuchen kann oder der Leistungserbringer die Versorgung der Region vertraglich vereinbart hat und den Versicherten nach Terminvereinbarung zu Hause aufsucht oder das Hilfsmittel frei Haus liefert. Wohnortnähe hängt auch von der Art des Hilfsmittels ab. Bei Hilfsmitteln, die keinen Anpassungs- und Beratungsbedarf notwendig machen, kann von Wohnortnähe bereits dann ausgegangen werden, wenn eine zeitnahe Belieferung bzw. Zusendung des Hilfsmittels garantiert ist.

Die Krankenkassen haben die Verpflichtung, ihre Versicherten über die als Vertragspartner der Krankenkasse anerkannten Hilfsmittellieferanten zu informieren.

So, das reicht für diesen Sommer. Ich wünsche Ihnen allen eine schöne und erholsame Ferienzeit.

- Evelyn Küpper -