

THEMA: NEUE RECHTSLAGE BEI DER PFLEGE  
Autor: Heinz Pohl  
EXPERTE IM STUDIO: WOLFGANG BÜSER  
Funktion: Morgenmagazin-Rechtsexperte

## Die neue Pflegeversicherung: Was gilt ab Oktober 2012, was ab 2013?

**Zuschuss für private Vorsorge – Mehr bei Demenz – Geld für ambulante Wohngruppen – Einkommensgrenzen weggefallen – Höhere Beiträge**

**Neues Recht gilt für Pflegebedürftige wie für ihre Betreuungspersonen, ferner für alle, die für ihren Pflegefall vorsorgen wollen. Das ist zum Teil bereits ab Oktober 2012 der Fall \*), in vollem Umfang ab Januar 2013.**

In dem „Pflege-Neuausrichtungsgesetz“ geht es unter anderem um

- Demenzpatienten,
- höhere Leistungen in den Pflegestufen I und II,
- die Entlastung pflegender Angehöriger,
- mehr Wahlmöglichkeiten bei den Pflegeleistungen, aber auch
- eine bessere medizinische Versorgung in Pflegeheimen,
- einen noch individuelleren Service für diejenigen, die einen Antrag auf Feststellung ihrer Pflegebedürftigkeit stellen,
- die Bildung „ambulanter Wohngruppen“ durch Pflegebedürftige,
- den Wegfall von Eigenbeteiligungen für individuelle, das „Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen“.
- Ferner ein – wenn auch bescheidenes - Kernstück des neuen Gesetzes: Die Förderung privater Pflegezusatzversicherungen durch einen Staatszuschuss.

### Das gilt bereits ab Oktober 2012...:

- Die Pflegekassen haben ihren Versicherten künftig nach Eingang eines Antrags auf Pflegeleistungen direkt einen konkreten **Beratungstermin** in den kommenden zwei Wochen beim Medizinischen Dienst anzubieten. Oder (auch das ist neu), sie stellen einen Beratungsgutschein aus, der innerhalb der zwei Wochen bei einem anderen unabhängigen Gutachter, der unter drei Vorschlägen ausgewählt werden kann, eingelöst wird.
- Sie stellen – über die allgemeine Unterrichtung und Unterstützung hinaus – auf Wunsch das für die Beurteilung der Pflegebedürftigkeit angefertigte **Gutachten** des Medizinischen Dienstes oder des beauftragten unabhängigen Gutachters zur Verfügung. Ferner wird über eine von dort gegebene Rehabilitationsempfehlung informiert – und was gegebenenfalls daraus hinsichtlich einer vorgeschlagenen Rehabilitationsmaßnahme folgen kann.
- Befindet sich eine pflegebedürftige Person in einer „Kurzzeitpflege“ (in Ergänzung der häuslichen Pflege) oder einer „Verhinderungspflege“ (etwa während einer Erkrankung oder während des Urlaubs der Pflegekraft), so wird künftig für bis zu vier Wochen pro Kalenderjahr die Hälfte des bisher bezogenen **Pflegegeldes** weitergezahlt. Das erleichtert es Pflegepersonen, hin und wieder eine Auszeit zu nehmen. Bisher gingen sie während solcher Zeiten leer aus.
- Neues Recht gilt auch für Pflegebedürftige, die in einer „**ambulanten Wohngruppe**“ mindestens zu Dritt in einer gemeinsamen Wohnung leben und dort pflegerisch betreut werden. Hier kann es einen pauschalen Zuschlag zum Pflegegeld oder der Pflegesachleistung in Höhe von 200 Euro monatlich geben, wenn in dieser Gruppe eine Pflegekraft tätig ist, die (auch) bei der Organisation des Zusammenlebens hilft. Ferner steht eine einmalige „Anschubfinanzierung“ in Höhe von 2.500 Euro pro Person bereit, maximal sind es 10.000 Euro.
- Für das private „**Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen**“ (etwa der Einbau breiterer Türen für Rollstuhlfahrer) gibt es die Neuerung, dass es für die finanzielle Beteiligung der Pflegekassen nicht mehr auf die Höhe des Einkommens der Pflegebedürftigen ankommt.

*\*) Das genaue Datum steht noch nicht fest, weil es auf die Veröffentlichung im Bundesgesetzblatt ankommt.*

## ... und das ab 1. Januar 2013:

- Pflegegeld kann es nach bisherigem Recht nur dann geben, wenn der individuelle Pflegebedarf für die oder den Versicherten mindestens 45 Minuten täglich beträgt. Das entspricht der Pflegestufe I. Hilfsweise wurde bisher schon für Frauen und Männer mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz („Altersverwirrtheit“) eine Pflegestufe „0“ eingerichtet, wenn ihre pflegerische Betreuung die Mindeststundenzahl pro Tag nicht erreichte.
- Das bedeutet: Frauen und Männer, die „noch nicht die Voraussetzungen für eine Einstufung in die Pflegestufe I erfüllen“, können dennoch Leistungen beziehen – wenn sie eine spezielle Betreuung benötigen, etwa die an **Demenz** Erkrankten. Je nach (gutachterlich festgestelltem) Umfang wird ein individueller Betreuungsbetrag in Höhe von bis zu 100 Euro beziehungsweise 200 Euro pro Monat zur Verfügung gestellt. Dies allerdings nicht bar, sondern kann für die Tagespflege oder für soziale Betreuung ausgegeben werden.
- Neu ist, dass auch Demenzpatienten Anspruch auf Pflegegeld haben. Es beträgt 120 Euro pro Monat, solange keine Pflegestufe anerkannt ist. Hat ein solcher Patient bereits eine Pflegestufe zugesprochen bekommen, so erhöht sich das normale Pflegegeld in Pflegestufe I von 235 Euro auf 305 Euro und in Stufe II von 440 Euro auf 525 Euro – jeweils pro Monat. Auch bei Inanspruchnahme von Pflegesachleistungen erhöhen sich die entsprechenden Beträge (hier in den Pflegestufen II und III).
- Wer mehr als einen Angehörigen oder Bekannten betreut, der mindestens der Pflegestufe I angehört, dies aber jeweils unter 14 Stunden wöchentlich, für den sah das Gesetz bisher keine Beitragszahlung an die gesetzliche Rentenversicherung vor. Selbst dann, wenn die Gesamtstundenzahl der Pflegetätigkeit die 14 Stunden-Marke erreichte oder überstieg. Das ändert sich ab Januar 2013: Die zum Beispiel wöchentlich jeweils 10 Stunden betragende **Betreuung von zwei Pflegebedürftigen** ergibt 20 Pflegestunden – mit der Folge, dass die Pflegetätigkeit nun auch hilft, die Rente zu steigern.
- Und auch das ist neu: Neben den heutigen Leistungskomplexen in der Pflegeversicherung (Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung) können zusätzliche „pflegerische Betreuungsmaßnahmen“ finanziert werden. Dabei könnte es sich zum Beispiel um das Vorlesen von Zeitungen oder Büchern handeln oder um Spaziergänge. Stichworte dafür sind „Kommunikation“ und „**Aufrechterhaltung sozialer Kontakte**“.
- Die fachärztliche Versorgung in Pflegeheimen (etwa durch Gynäkologen oder Zahnärzte) soll dadurch verbessert werden, dass ihnen für „Hausbesuche“ höhere Honorare zugestanden werden. Das soll die häufigere Bereitschaft wecken, Patienten in Pflegeheimen aufzusuchen – was sich auch für sie positiv auswirken kann.
- Mehr Leistungen in zahlreichen Bereichen erfordern mehr Geld, das dafür zur Verfügung steht. Deshalb wird der **Beitragssatz** in der gesetzlichen Pflegeversicherung von 1,95 (für Kinderlose: 2,20) Prozent auf 2,05 (für Kinderlose: 2,30) Prozent angehoben. Das macht pro 1.000 Euro beitragspflichtigem Bruttoverdienst 1 Euro aus.
- Es wird eine **private Pflegezusatzversicherung** eingerichtet, an der sich der Staat mit einem Zuschuss für die Beiträge der Versicherten beteiligt. Dieser Zuschuss beträgt 5 Euro pro Monat, 60 Euro im Jahr. Gezahlt wird er nur für private Pflege-**Tagegeld**-Versicherungen. Der monatliche Mindestbeitrag wurde auf 10 Euro festgelegt. Die Privatversicherer dürfen wegen gesundheitlicher Risiken keinen Antragsteller ablehnen. Auch Leistungsausschlüsse oder Risikozuschläge sind für solche Versicherungen ausgeschlossen. Leistungsanspruch muss spätestens nach fünf Jahren Beitragszahlung gegeben sein („Wartezeit“) – wenn die Pflegekasse der oder des Versicherten die Pflege-

bedürftigkeit festgestellt hat. Bestehende private Pflegezusatzversicherungen werden vom Staat nicht bezuschusst.

## **Aktuelle Urteile zum Thema Pflegeversicherung**

**Für die "Ersatzpflege" gibt es keine Tagespauschalen, aber auch kein Dogma** - Fällt die Pflegekraft eines nahen Angehörigen für die Betreuung vorübergehend aus (etwa wegen Urlaubs oder Krankheit), so kann für eine "Ersatzpflege" pro Jahr von der Pflegekasse - je nach Pflegestufe - bis zu 700 Euro im Monat an aufgewandt werden. Die Pflegekasse hat - unabhängig von der Pflegestufe - bis zu 1.550 Euro im Monat zu leisten, wenn entsprechend hohe Aufwendungen - zum Beispiel wegen Verdienstauffalls oder für Fahrkosten - nachgewiesen werden. Die bis zu 700/1.550 Euro monatlicher Ersatzpflegekosten dürfen von den Pflegekassen grundsätzlich nicht auf Tagesbeträge umgerechnet werden. Deshalb hat sie für die Zeit, in der zwei Söhne des Pflegedürftigen für ihre Mutter die Pflege vorübergehend übernehmen, nicht Tageshöchstbeträge angesetzt werden (was hier zur Folge hatte, dass die beiden Söhne für einige Tage ihrer Pflegetätigkeit insgesamt 700 Euro ausgezahlt bekamen). (BSG, B 3 P 6/11 R)

**Die deutsche Pflegekasse behandelt auch auswärts "gut"** - Der Europäische Gerichtshof hat eine Klage der EU-Kommission wegen „mangelhafter Leistungen der deutschen Pflegeversicherung“ abgewiesen. Inhalt der Klage war es, dass deutsche Pflegebedürftige, die sich vorübergehend im europäischen Ausland befinden und dort Pflegedienstleistungen in Anspruch nehmen, die Kosten demnach nicht bis zur selben Höhe erstattet bekommen wie in der Bundesrepublik. So sind weder gemietete Pflegehilfsmittel zu ersetzen, noch gelten für Grundpflege oder hauswirtschaftliche Versorgung die gleichen Abrechnungsgrenzen. Darin sah die Kommission eine Beschränkung des freien Dienstleistungsverkehrs. Der EuGH konnte jedoch eine Verletzung von europäischem Recht nicht erkennen und wies Klage ab. Unter anderem habe die Kommission nicht berücksichtigt, dass Pflegebedürftige, die „temporär“ im Ausland sind, Leistungen dortiger Träger in Anspruch nehmen und sie der deutschen Pflegekasse in Rechnung stellen können. Das könne sogar dazu führen, dass eine solche Kombination aus Geld- und Sachleistungen mehr an Wert ergäbe als die einzelne Leistung laut deutschem Katalog. (EuGH, C 562/10)

**Auch die Fahrzeit zum Arzt zählt mit** - Die Zeit, die ein Ehemann für seine kranke Frau benötigt, um mit ihr Arztbesuche zu absolvieren, muss für die Feststellung des Pflegebedarfs und der Eingruppierung in eine Pflegestufe angerechnet werden. Dabei sei auch die Zeit zu berücksichtigen, so das Landessozialgericht Rheinland-Pfalz, die allein auf die Fahrt zur Praxis anfallt. Auch wenn die Frau während der Fahrt zur Praxis keiner Betreuung bedurfte, sei die Zeit als Pflegezeit zu berücksichtigen. Die Zeiten dürfen nicht herausgerechnet werden, weil für die Begleitung vom Fahrzeug zur Praxis regelmäßig nur der Fahrer zur Verfügung steht. Ähnlich wie bei den Wartezeiten beim Arztbesuch, bei denen ebenfalls kein tatsächlicher Betreuungsaufwand besteht, sei Pflegebedarf anzunehmen. (Dadurch konnte hier die sturzgefährdete Frau in die Pflegestufe I eingruppiert werden.) (LSG Rheinland-Pfalz, L 5 P 29/11)

**Reine Betreuungsleistungen zählen für die Rente nicht mit** - Wer einen Pflegebedürftigen ehrenamtlich mindestens 14 Stunden wöchentlich pflegt, der bekommt dafür eine Gutschrift auf seinem Rentenkonto. Zur Ermittlung, ob diese Stundenzahl erreicht wird, ist nur der Hilfebedarf zu berücksichtigen, der für die "gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung" erforderlich ist. Weitergehende beziehungsweise andere Pflegeleistungen bei Tätigkeiten im Ablauf des täglichen Lebens, die nicht im offiziellen Pflege-Katalog enthalten sind - etwa die Zeit, die für Betreuungsleistungen aufgewendet wird, die als ergänzende Pflege und Betreuung bezeichnet werden, sind bei der Ermittlung des Umfangs der (Mindest-)Pflegezeit nicht mitzurechnen. (Mit dieser Begründung verwies das Bundessozialgericht ein Verfahren an die Vorinstanz - das Landessozialgericht Hamburg - zurück, das nun noch prüfen muss, ob die vom Medizinischen Dienst

---

Krankenversicherung festgestellte wöchentliche Pflegezeit von nur 10 1/2 Stunden korrekt ermittelt worden ist.) (BSG, B 12 R 9/10 R)

**Auch wenn acht Minuten fehlen, gibt es "volles Geld"** - Stellt ein Sachverständiger für einen halbseitig gelähmten und blinden Pflegebedürftigen einen täglichen Zeitaufwand von 232 Minuten für die Grundpflege fest (was für die Ermittlung nur der Pflegestufe II ausreicht), so hat der Mann dennoch Anspruch auf die Einstufung in Pflegestufe III, obwohl dafür 240 Minuten Zeitaufwand täglich nötig wären. Das Sozialgericht Münster urteilte - angelehnt an Pflegewissenschaft und -praxis -, dass es sich bei der gesetzlich vorgegebenen "Minutenzählerei" um eine scheinrationale Größe handele, da sich der "berücksichtigungsfähige Aufwand nicht präzise bestimmen" lasse. (SG Münster, S 6 P 135/10)

**Ändert sich die Situation, gibt's einen neuen Zuschuss** - Ein Pflegebedürftiger kann von der gesetzlichen Pflegeversicherung einen weiteren Zuschuss für den Umbau seines Bades verlangen, wenn sich seine Pflegesituation wesentlich geändert hat. (Hier war für einen 12jährigen ein Zuschuss der Pflegekasse für den behindertengerechten Umbau der Treppen im Haus seiner Eltern gezahlt worden. Drei Jahre später - er hatte erheblich an Gewicht und Körperkraft zugenommen - beantragte er einen weiteren Zuschuss - diesmal für den Umbau des Badezimmers im Keller, wodurch sich seine Pflege erheblich erleichterte.) (LSG Rheinland-Pfalz, L 5 P 11/08)

**Allzu differenziert dürfen die Kassen über die Zustände nicht informieren** - Pflegekassen dürfen im Internet zwar über ihre Prüfergebnisse von Pflegeheimen berichten. Sie müssen sich dabei aber an die zwischen Pflegeanbietern und Pflegekassen ausgehandelte Vereinbarung halten, die 82 Punkte umfasst. So ist es zum Beispiel nicht erlaubt, zusätzlich darauf hinzuweisen, dass in einem bestimmten Haus gehäuft Fälle von Wundliegen aufgetreten seien. (Die Pflegekasse hatte sich zur differenzierten Berichterstattung entschieden, weil sie die vereinbarte Regelung zum Teil für unbrauchbar hielt. So stünden beispielsweise in dem Katalog "zentrale Punkte wie der Schutz gegen Sturz, Wundliegen und Flüssigkeitsverlust gleich gewichtet neben eher ästhetischen Kriterien wie der 'Identitätserleichternden Milieugestaltung' im Zimmer".) (LSG Nordrhein-Westfalen, L 10 P 7/11 B ER)

**Ein Decken- kann zusätzlich zum Treppenlift bezuschusst werden** - Hat die gesetzliche Pflegeversicherung für einen behinderten Jungen (zunächst) einen Treppenlift als "Wohnumfeld verbessernde Maßnahme" bezuschusst, so kann zusätzlich - zur Vermeidung stationärer Pflege - ein Zuschuss für eine Deckenliftanlage mit umhängbarem Deckenlift für Kinderzimmer, Bad und Toilette als Behindertenausgleich zustehen. Das Bundessozialgericht urteilte, dass der Begriff „Maßnahme zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes“ nach dem Maßnahmezweck einerseits und der Dauerhaftigkeit des Wohnungseinbaus andererseits zu beurteilen sei. Dabei können auch solche Hilfen eine Maßnahme der Wohnumfeldverbesserung darstellen, „die der Wohn- oder Gebäudesubstanz auf Dauer hinzugefügt werden und bei Umzug nicht ohne Weiteres mitgenommen werden können.“ (BSG, B 3 P 4/08 R)

**Das deutsche Pflegegeld kann nach Portugal "mitgenommen" werden** - Ein ehemaliger Arbeitnehmer, der Altersrenten aus zwei Staaten bezieht und nach langjähriger Beschäftigung in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union (hier: Deutschland) zurück in seinen Heimatstaat (hier: Portugal) zieht, kann weiterhin Pflegegeld von dem Staat beziehen, in dem er den größten Teil seines Berufslebens verbracht hat (also aus der deutschen Pflegeversicherung, die hier von einer Betriebskrankenkasse durchgeführt wurde). Dies gilt insbesondere, falls im Wohnsitzmitgliedstaat keine Geldleistungen gewährt werden, die das spezifische Risiko der Pflegebedürftigkeit betreffen. Werden solche Leistungen zwar gezahlt, aber in geringerer Höhe als aus dem vorherigen Wohnsitzland, so hat der Rentner Anspruch auf eine Zusatzleistung in Höhe der Differenz zwischen den beiden Beträgen. (Hier hob der Europäische Gerichtshof da-

rauf ab, dass sich der Portugiese in Deutschland freiwillig in der Pflegeversicherung weiterversichert hatte.) (EuGH, C 388/09)

**Erst ab zehn Befragten darf es Noten geben** - Zwar können Anbieter von Pflegeleistungen nicht verhindern, dass Pflegekassen für deren Leistungen "Noten" vergeben und diese im Internet veröffentlichen. Jedoch ist Voraussetzung dafür, dass in eine Beurteilung wenigstens zehn Pflegebedürftige der entsprechenden Einrichtung einbezogen worden sind. Bei (hier) lediglich fünf Befragten sind statistisch brauchbare Zahlen nicht zu erzielen - auch wenn die Zahl "fünf" in der Praxis offiziell als Untergrenze akzeptiert wird.  
(LSG Sachsen-Anhalt, L 4 P 44/10 B ER)

## **Tabelle Pflegegeld:**

### Stufe 0:

Demenzkranke erhalten neben den bereits in 2012 schon beziehbaren 100 € beziehungsweise 200 € \*)

ab 2013 zusätzlich 120 € Pflegegeld oder Pflegesachleistungen\*) von bis zu 225 €.

\*) nicht für Pflegehaushaltshilfen

	2012	2013
Stufe 1: erhebliche Pflegebedürftigkeit	235,00€	305,00€
Stufe 2: schwere Pflegebedürftigkeit	430,00€	525,00€
Stufe 3: schwerste Pflegebedürftigkeit	700,00€	700,00€