

Empfehlungen zum Pflege-Neuausrichtung-Gesetz (PNG)

21.12.2012

Sehr geehrte Damen und Herren,

am 23.10.2012 hat der Gesetzgeber das „Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung, Pflege-Neuausrichtung-Gesetz, PNG“ veröffentlicht. Die meisten der darin enthaltenen Änderungen treten ab dem 1.1.2013 in Kraft.

Mit dem PNG werden die bestehenden Leistungsangebote der Pflegeversicherung weiterentwickelt. Die Schwerpunkte liegen dabei auf:

- der Verbesserung der Rechte des Pflegebedürftigen,
- der Verbesserung der Leistungen für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (Menschen mit Demenz),
- sowie der Verbesserung der Leistungen für pflegende Angehörige.

Mit diesem Schreiben möchten wir Ihnen Informationen und Empfehlungen zu den wichtigsten Neuerungen an die Hand geben. Die Inhalte sind gegliedert in:

1. Leistungen für Pflegebedürftige
2. Leistungen für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz
3. Sonstige Regelungen
4. Ansprechpartner
5. Antragsformulare

Sollten Sie sich zu einzelnen Themen genauer informieren wollen, finden Sie in den einzelnen Kapiteln auch einen Verweis auf den jeweiligen Gesetzestext. Selbstverständlich hat auch Ihre Pflegedienstleitung jederzeit ein offenes Ohr für Ihre Fragen.

An dieser Stelle möchten wir uns noch einmal recht herzlich bei Ihnen für Ihr entgegengebrachtes Vertrauen bedanken. Wir wünschen Ihnen ein schönes Weihnachtsfest und einen guten Rutsch in das Jahr 2013.

Mit freundlichen Grüßen



Andreas Heil
(Referent Pflege)

Empfehlungen zum Pflege-Neuausrichtung-Gesetz (PNG)

1. Leistungen für Pflegebedürftige

1.1. Häusliche Betreuung (§ 124 SGB XI)

Ab dem 1.1.2013 haben Pflegebedürftige der Pflegestufen I bis III sowie Versicherten mit eingeschränkter Alltagskompetenz (nach § 45a SGB XI) Anspruch auf „häusliche Betreuung“. Dazu gehören:

- Unterstützung von Aktivitäten im häuslichen Umfeld, die dem Zweck der Kommunikation und der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte dienen.
- Unterstützung bei der Gestaltung des häuslichen Alltags (d.h. Aufrechterhaltung einer Tagesstruktur; bedürfnisgerechte Beschäftigung; Einhaltung des Tag-Nacht-Rhythmus).

Die häusliche Betreuung kann nur dann in Anspruch genommen werden, wenn die Grundpflege sowie die hauswirtschaftliche Versorgung sichergestellt ist.

Diese Leistungen sind bis zum Inkrafttreten einer Neuregelung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes befristet und werden danach neu geregelt.

Bevor Ihnen unsere ambulanten Pflegedienste Betreuungsleistungen anbieten können, muss die Leistung im sogenannten Versorgungsvertrag und der damit verbundenen Vergütungsvereinbarung zwischen den Pflegekassen und den Pflegediensten vereinbart werden. Die Spitzenverbände befinden sich dazu in den Verhandlungen, so dass die Leistung voraussichtlich im ersten Quartal 2013 eingeführt wird.

Bei den Leistungen der häuslichen Betreuung handelt es sich um sogenannte qualitätsgesicherte Leistungen. D.h. unser Pflegedienst wird auch in diesem Leistungsbereich einmal jährlich vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen geprüft und benotet.

Wir empfehlen Ihnen ...

Sofern bei Ihnen ein Bedarf an zusätzlicher Betreuung besteht, wenden Sie sich bitte an Ihre Pflegedienstleitung. Sie werden dann zeitnah darüber informiert, ab wann die Leistung von Ihrem Pflegedienst angeboten werden kann.

Wenn Sie sich über die Qualität unserer Einrichtung informieren möchten, dann empfehlen wir Ihnen einen Blick auf unsere Internet-Seite: <http://www.volkssolidaritaet.de/brandenburg> > Leistungsangebote > Pflege und Betreuung > Ambulante Pflege

Am Ende der Seite finden Sie eine Übersicht unserer Pflegedienste sowie einen Link zu deren aktueller Pflegenote.

1.2. Wahlmöglichkeit der Vergütung der Leistung (§ 120 i.V.m. § 89 SGB XI)

Der Gesetzgeber sieht vor, dass ab 1.1.2013 mehrere Möglichkeiten zur Vergütung von Pflegeleistungen angeboten werden (§ 89 SGB XI):

- Abrechnung nach Komplexleistungen, d.h. ein Preis für mehrere Einzelleistungen (wie bisher)
- Abrechnung nach Zeitaufwand (neu)

Als Pflegebedürftiger haben Sie ein Anrecht darauf, vor dem Vertragsabschluss sowie bei wesentlichen Veränderungen darüber unterrichtet zu werden, wie sich die vom Zeitaufwand unabhängige Vergütung (Abrechnung nach Komplexleistungen) im Vergleich zu einer rein zeitbezogenen Vergütung

Empfehlungen zum Pflege-Neuausrichtung-Gesetz (PNG)

(Abrechnung nach Zeitaufwand) darstellt. Dadurch erhalten Sie die Wahlmöglichkeit und können sich für eine Variante entscheiden (§ 120 SGB XI).

Unsere Pflegedienste können Ihnen diese Alternative allerdings erst anbieten, wenn wir mit Ihrer Pflegekasse eine Vereinbarung über die Kosten einer Pflegestunde und über das Abrechnungsverfahren abgeschlossen haben. Der Stundensatz und das Abrechnungsverfahren wird derzeit noch verhandelt, so dass wir mit der Einführung zum dritten Quartal 2013 rechnen.

Wir empfehlen Ihnen ...

Sobald es zu einer Einigung mit Ihrer Pflegekasse gekommen ist, werden wir Sie darüber informieren. Selbstverständlich können Sie sich auch jederzeit bei Ihrem zuständigen Sachbearbeiter der Pflegekasse über den Stand der Verhandlungen informieren.

Nach der Einführung der stundenweisen Vergütung werden Sie von uns einen Kostenvoranschlag erhalten, aus dem beide Abrechnungsvarianten hervorgehen. Als Pflegedienst sind wir dann dazu verpflichtet, Ihre Entscheidung zu dokumentieren (§ 120 Abs. 3 SGB XI). D.h., auch wenn Sie keine Änderungen Ihrer Leistungen wünschen, erhalten Sie von uns einen vergleichenden Kostenvoranschlag, den Sie dann bitte noch einmal unterschrieben an uns zurücksenden oder Ihrer Pflegekraft mitgeben. Wir danken Ihnen schon jetzt für Ihr Verständnis!

1.3. Tagespflege (§ 41 SGB XI)

Nimmt der Pflegebedürftige sowohl ambulante Pflege als auch Tagespflege in Anspruch, so wird zunächst die Vergütung der ambulanten Pflege abgerechnet und erst danach die Vergütung der Tagespflege. Der Gesetzgeber hat diese Vorrang-Regelung im PNG nun eindeutig festgelegt, nachdem es in der Vergangenheit immer wieder unklar war, in welcher Reihenfolge die Abrechnung erfolgt.

Zudem gilt seit dem Jahr 2008 die Regelung (§ 41 Abs. 4 SGB XI), dass Ihnen bei gleichzeitiger in Anspruchnahme von ambulanten Pflegeleistungen (durch den Pflegedienst) und teilstationären Pflegeleistungen (durch die Tagespflege) ein Sachleistungsbetrag in Höhe von 150 % zusteht.

Wir empfehlen Ihnen ...

Sofern Sie beide Leistungsarten in Anspruch nehmen, können Sie bis zu 50 % unbedenklich in Anspruch nehmen (egal ob ambulant oder teilstationär), da diese Summe immer von der Pflegekasse übernommen wird. Möchten Sie darüber hinaus Leistungen in Anspruch nehmen, sollten Sie die Leistungen im Voraus mit der Pflegedienstleitung des Pflegedienstes und der Tagespflege besprechen, damit das Budget nicht überschritten wird.

1.4. Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI)

Die Leistungen der Kurzzeitpflege bleiben unverändert.

Neu ist, dass Kurzzeitpflege auch in einer stationären „Einrichtung zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation“ in Anspruch genommen werden kann. Diese Möglichkeit besteht immer dann, wenn die Pflegeperson (also der pflegende Angehörige) selbst Maßnahmen der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation erhält und diese in der gleichen Einrichtung erhält.

Wir empfehlen Ihnen ...

Bitte bedenken Sie, dass die aufnehmende Einrichtung über einen Versorgungsvertrag der Kurzzeitpflege verfügen muss.

Wir empfehlen Ihnen daher, möglichst frühzeitig mit der gewünschten Einrichtung Kontakt aufzunehmen und zu klären, ob diese auch Kurzzeitpflegeplätze anbietet.

Empfehlungen zum Pflege-Neuausrichtung-Gesetz (PNG)

1.5. Pflegegeld bei Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege (§ 37 SGB XI)

Nimmt der Pflegebedürftige die Leistung der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI oder die Leistung der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI in Anspruch, so wird 50 % des Pflegegeldes für bis zu 28 Tagen pro Kalenderjahr weiter gezahlt. Bisher wurde für diesen Zeitraum das Pflegegeld nicht mehr weiter gezahlt.

Wird die Verhinderungspflege nur stundenweise in Anspruch genommen (d.h. weniger als 8 Std. täglich), so bleibt der Anspruch auf das volle Pflegegeld erhalten. (siehe dazu auch: GKV-Spitzenverband (4.9.2012): Pflege-Versicherungsgesetz, Gemeinsames Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Vorschriften, Seite 2 zu § 39 SGB XI)

Wir empfehlen Ihnen ...

Bitte beachten Sie, dass es sich bei der Regelung zur stundenweisen Verhinderungspflege um eine Durchführungsverordnung des Bundes handelt, die jederzeit von den Pflegekassen angepasst werden kann. Sie sollten daher in diesem Fall mit dem Sachbearbeiter Ihrer Pflegekasse Kontakt aufnehmen, um eine Klärung herbeizuführen.

1.6. Kündigungsfrist des Pflegevertrages (§ 120 SGB XI)

Der Pflegevertrag kann nun von Seiten des Pflegebedürftigen jederzeit ohne Einhaltung einer Frist gekündigt werden. Bisher hatte der Gesetzgeber eine Kündigungsfrist von zwei Wochen vorgesehen.

Wir empfehlen Ihnen ...

Für Sie besteht kein Änderungsbedarf des Pflegevertrages, da die Pflegeverträge der Volkssolidarität bereits in der Vergangenheit die verbraucherfreundliche sofortige Kündigungsfrist vorgesehen haben.

1.7. Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (§ 40 Abs. 4 SGB XI)

Die wohnumfeldverbessernden Maßnahmen dienen dazu, das individuelle Wohnumfeld des Pflegebedürftigen zu verbessern, beispielsweise durch technische Hilfen im Haushalt, wenn dadurch die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert wird.

Bereits in der Vergangenheit standen dafür pro Einzelmaßnahme 2.557,- EUR zur Verfügung. Jedoch musste bisher ein angemessener Eigenanteil geleistet werden, der nun entfällt. D.h. die Pflegekasse trägt die vollen Kosten bis zur genannten Höhe.

In Wohngemeinschaften können nun die wohnumfeldverbessernden Maßnahmen auch von mehreren Pflegebedürftigen in Anspruch genommen werden. In diesem Fall darf der Gesamtbetrag je Maßnahme 10.228,- EUR nicht übersteigen.

Wir empfehlen Ihnen ...

Unsere Pflegedienstleitung berät Sie gerne, welche Maßnahmen in Frage kommen. Sofern es sich um komplexere Fragestellungen handelt, stellt unsere Pflegedienstleitung auch Kontakt mit einem Wohnraumberater des Allgemeinen Behindertenverband Land Brandenburg e.V. her, der Sie besucht und Ihnen Ihre Fragen beantwortet.

Empfehlungen zum Pflege-Neuausrichtung-Gesetz (PNG)

2. Leistungen für Pflegebedürftige mit eingeschränkter Alltagskompetenz

2.1. Pflegestufe 0 (§ 123 SGB XI)

Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (nach § 45a SGB XI) erhalten zukünftig verbesserte Leistungen. Sofern eine eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI vorliegt, jedoch die Voraussetzungen für eine Pflegestufe im Sinne § 15 SGB XI noch nicht erfüllt sind, erhält der Antragsteller automatisch die Pflegestufe 0.

Versicherte mit einer Pflegestufe 0 haben dadurch Anspruch auf folgende Leistungen:

Art der Leistung	Rechtsgrundlage
Pflegesachleistung	§ 123 SGB XI i.V.m. § 36 SGB XI
Pflegegeldleistung	§ 123 SGB XI i.V.m. § 37 SGB XI
Kombination von Pflegesachleistung und Pflegegeldleistung	§ 123 SGB XI i.V.m. § 38 SGB XI
Verhinderungspflege	§ 123 SGB XI i.V.m. § 39 SGB XI
Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen	§ 123 SGB XI i.V.m. § 40 SGB XI
zusätzliche Betreuungsleistungen	§ 45 b SGB XI

Wir empfehlen Ihnen ...

Sofern bei Ihnen bereits in der Vergangenheit eine Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit durchgeführt worden ist, sollten Sie prüfen, ob bei Ihnen auch eine „erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz“ festgestellt wurde.

Um die neuen zusätzlichen Leistungen zu erhalten, ist normalerweise keine erneute Beantragung erforderlich. Sie sollten aber sicherheitshalber bei Ihrer Pflegekasse nachfragen, ob noch weitere Unterlagen erforderlich sind und wann Sie die Erhöhung schriftlich mitgeteilt bekommen.

Sollten Sie weitere Fragen haben, wenden Sie sich bitte vertrauensvoll an Ihre Pflegedienstleitung.

2.2. Pflegegeld / Pflegesachleistung (§ 123 SGB XI)

Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (nach § 45a SGB XI) erhalten ab sofort verbesserte Leistungen. Sofern eine eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI vorliegt und die Voraussetzungen für eine Pflegestufe im Sinne § 15 SGB XI noch nicht erfüllt sind, erhält der Antragsteller die Pflegestufe 0.

Darüber hinaus stehen dem Antragsteller bei einer eingeschränkten Alltagskompetenz veränderte Pflegegeldleistungen (§ 37 SGB XI) und Pflegesachleistungen (§ 36 SGB XI) in den Pflegestufen I und II zu:

Empfehlungen zum Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG)

	Sachleistung	Pflegegeld
Pflegestufe 0	225,- EUR	120,- EUR
Pflegestufe I	665,- EUR	305,- EUR
Pflegestufe II	1.250,- EUR	525,- EUR
Pflegestufe III	1.550,- EUR	700,- EUR
Härtefall	1.918,- EUR	0,- EUR

Wir empfehlen Ihnen ...

Nehmen Sie Kontakt mit Ihrem Sachbearbeiter bei der Pflegekasse auf und fragen Sie nach, ob die Erhöhung automatisch erfolgt bzw. ob Sie dafür noch weitere Unterlagen einreichen müssen.

2.3. Wohngemeinschaft: Anschubfinanzierung (§ 45e SGB XI)

Der Gesetzgeber fördert die Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen (Wohngemeinschaften) mit einem einmaligen Geldbetrag. Dieser Betrag kann für die altersgerechte oder barrierearme Umgestaltung der Wohnung verwendet werden. Diese Leistung gilt für Wohngemeinschaften, die die Voraussetzungen nach § 38a SGB XI erfüllen.

Jedem Pflegebedürftigen steht ein Betrag in Höhe von 2.500,- EUR zur Verfügung. Je Wohngruppe ist der Betrag auf maximal 10.000,- EUR beschränkt, auch wenn mehr als vier Pflegebedürftige in der Wohngemeinschaft leben. Dieser Geldbetrag steht zusätzlich zum Geldbetrag für „wohnumfeldverbessernde Maßnahmen“ (§ 40 SGB XI) zur Verfügung. Die Fördersumme ist bundesweit in ihrer Höhe auf 30 Mio. EUR und zeitlich bis zum 31.12.2015 begrenzt.

Wir empfehlen Ihnen ...

Sofern Sie als Auftraggebergemeinschaft eine neue Wohngemeinschaft planen, sollten Sie möglichst vor dem Einzug mit Ihrer Pflegekasse Rücksprache halten, um die Förderung rechtzeitig beantragen zu können.

2.4. Wohngemeinschaft: Zusätzliche Leistungen (§ 38a SGB XI)

Pflegebedürftige haben Anspruch auf einen pauschalen Zuschlag in Höhe von 200,- EUR monatlich, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- der Pflegebedürftige lebt in einer ambulant betreuten Wohngruppe (Wohngemeinschaft) mit häuslicher pflegerischer Versorgung (durch einen Pflegedienst).
- und der Pflegebedürftige bezieht Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI), Pflegegeldleistung (§ 37 SGB XI) oder Kombinationsleistungen (§ 38 SGB XI).
- und in der ambulant betreuten Wohngruppe ist eine Pflegekraft tätig, die organisatorische, verwaltende oder pflegerische Tätigkeiten verrichtet.
- und in der ambulant betreuten Wohngruppe leben regelmäßig mindestens drei Pflegebedürftige mit dem Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung, dem die jeweils maßgeblichen heimrechtlichen Vorschriften oder ihre Anforderungen an Leistungserbringer nicht entgegenstehen.
- und die freie Wählbarkeit der Pflege- und Betreuungsleistungen ist rechtlich und tatsächlich nicht eingeschränkt. Regelungen und Absprachen, die von der Gemeinschaft getroffen werden, schränken die freie Wählbarkeit nicht ein.

Empfehlungen zum Pflege-Neuausrichtung-Gesetz (PNG)

Wir empfehlen Ihnen ...

Sofern Sie in einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft leben, die durch unseren Pflegedienst versorgt wird, sind Sie bereits vor einiger Zeit darüber informiert worden, dass Sie die Leistung bei Ihrer Pflegekasse beantragen können. Die meisten Pflegekassen stellen dafür ein gesondertes Formular zur Verfügung.

Bitte beachten Sie, dass einige Kassen in den Formularen auch Angaben über Ihre Mitbewohner verlangen. In Ihrem eigenen Interesse sollten Sie daher Ihr gegenseitiges Einverständnis dafür einholen.

2.5. Tagespflege

Nimmt der Pflegebedürftige sowohl ambulante Pflege als auch Tagespflege in Anspruch, so wird zunächst die Vergütung der ambulanten Pflege abgerechnet und erst danach die Vergütung der Tagespflege. Der Gesetzgeber hat diese Vorrang-Regelung im PNG nun eindeutig festgelegt, nachdem es in der Vergangenheit immer wieder unklar war, in welcher Reihenfolge die Abrechnung erfolgt.

Zudem gilt seit dem Jahr 2008 die Regelung (§ 41 Abs. 4 SGB XI), dass Ihnen bei gleichzeitiger in Anspruchnahme von ambulanten Pflegeleistungen (durch den Pflegedienst) und teilstationären Pflegeleistungen (durch die Tagespflege) ein Sachleistungsbetrag in Höhe von 150 % zusteht.

Wir empfehlen Ihnen ...

Sofern Sie Anspruch auf erhöhte Pflegesachleistungen nach § 123 SGB XI (für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz) haben, gilt auch hier voraussichtlich die 150 %-Regelung nach § 41 Abs. 4 SGB XI. Das heißt, wenn Sie sowohl ambulante Pflege als auch Tagespflege in Anspruch nehmen, haben Sie Anspruch auf bis zu 150 % der Pflegesachleistung (siehe folgendes Beispiel):

Beispiel: Pflegebedürftiger mit Pflegestufe I und erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz:

	alt	neu
Ambulante Pflege	450,00 EUR	665,00 EUR
Tagespflege	225,00 EUR	332,50 EUR
Gesamt	675,00 EUR	997,50 EUR

Hinweis: Diese Regelung gilt nur für Pflegebedürftige mit den Pflegestufen I bis III. Menschen mit einer Pflegestufe 0 haben keinen Anspruch auf diese Regelung.

Wir empfehlen Ihnen ...

Da der Gesetzgeber keinen eindeutigen Verweis auf diese Leistungsgrundlage formuliert hat, und die derzeitige Sichtweise der Pflegekassen unterschiedlich ist, bitten wir Sie, sich mit Ihrer Pflegekasse in Verbindung zu setzen. Fragen Sie Ihren Sachbearbeiter der Pflegekasse einfach, ob Sie die 150 % Regelung auf Ihre neuen Sachleistungsbeträge anwenden können und lassen Sie sich die Kostenübernahme bestätigen.

Gerne berät Sie unsere Pflegedienstleitung anschließend, welche Leistungskombination Ihrem Bedarf am ehesten gerecht wird.

Empfehlungen zum Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG)

3. Weitere Regelungen

3.1. Wahlrecht auf einen unabhängigen Gutachter (§ 18 SGB XI)

Die Pflegekasse beauftragt in der Regel den Medizinischen Dienst der Krankenkasse (MDK), der die Voraussetzungen einer Pflegebedürftigkeit des Antragstellers prüft.

Neu ist, dass die Pflegekassen hierfür auch sogenannte „andere unabhängige Gutachter“ (§ 18 Abs. 1 SGB XI) beauftragen kann. In diesem Fall ist die Pflegekasse dazu verpflichtet, dem Antragsteller mindestens 3 unabhängige Gutachter zu benennen (§ 18 Abs. 3a SGB XI), aus denen der Antragsteller einen Gutachter auswählt. Diese Auswahlmöglichkeit gilt auch dann, wenn innerhalb von 4 Wochen nach Antragstellung keine Begutachtung erfolgt ist.

Die Pflegekasse muss dem Antragsteller auch die Qualifikation des Gutachters mitteilen.

Auch unabhängige Gutachter sind berechtigt, personenbezogene Daten des Antragstellers zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen (§ 97 d SGB XI).

Wir empfehlen Ihnen ...

Sollten Sie die Auswahlmöglichkeit zwischen mehreren Gutachtern erhalten, empfehlen wir Ihnen einen Gutachter zu wählen, dessen Qualifikation einen pflegerischen Hintergrund aufweist (z.B. Krankenpflege oder Altenpflege).

Bitte beachten Sie: Sie müssen der Pflegekasse Ihre Entscheidung für einen Gutachter innerhalb von einer Woche (ab Kenntnis der Namen der Gutachter) mitteilen, da andernfalls Ihr Wahlrecht verfällt und die Pflegekasse den Gutachter selbst auswählen kann (§ 18 Abs. 3a SGB XI).

3.2. Übermittlung des Gutachtens (§ 18 SGB XI)

Während der Begutachtung muss der Gutachter den Antragsteller (Pflegebedürftigen) zukünftig danach fragen, ob er mit dem Bescheid (der das Ergebnis der Begutachtung enthält) auch das Gutachten (enthält die Begründung des Ergebnisses, d.h. aus welchem Grund eine Pflegestufe genehmigt wurde bzw. nicht genehmigt wurde) erhalten möchte. Das Gutachten kann jedoch auch zu einem späteren Zeitpunkt angefordert werden

Wir empfehlen Ihnen ...

Lassen Sie sich das Gutachten immer aushändigen, um prüfen zu können, ob die Einschätzung des Gutachters auch Ihrer eigenen Einschätzung entspricht.

Zudem ist das Gutachten sehr hilfreich, wenn Sie Leistungen des Sozialhilfeträgers in Anspruch nehmen möchten (sog. Hilfe zur Pflege nach § 61 ff SGB XII).

3.3. Mitwirkung bei Prüfungen der Einrichtungen (§ 114 a SGB XI)

Der Gesetzgeber sieht nun vor, dass die Beurteilung der Qualität der Leistungserbringung durch den Pflegedienst anhand folgender zusätzlicher Kriterien erfolgen soll und diese angemessen zu berücksichtigen sind:

- die Befragung und die Inaugenscheinnahme des Pflegebedürftigen
- die Befragung der Angehörigen und der vertretungsberechtigten Personen des Pflegebedürftigen
- die Befragung der Beschäftigten
- sowie die Pflegedokumentation

Empfehlungen zum Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG)

Hierfür muss die Einwilligung des Pflegebedürftigen oder dessen vertretungsberechtigter Person schriftlich inklusive Unterschrift vorliegen. Die Prüfung findet einmal jährlich statt.

Wir empfehlen Ihnen ...

Bei der Prüfung handelt es sich immer um eine Prüfung der Einrichtung und nicht um eine Begutachtung der Pflegebedürftigkeit eines einzelnen Pflegebedürftigen. Durch die Prüfungen wird sichergestellt, dass die von uns erbrachten Pflegeleistungen in einer für Sie angemessenen Qualität erbracht werden. Dafür erhalten wir von der Pflegekasse die sogenannte Pflegenote, die Sie auch im Internet einsehen können.

Wir würden uns daher sehr darüber freuen, wenn Sie am Prüfungstag der Prüfung zustimmen. Da die Prüfungen unangekündigt stattfinden (im Pflegeheim) bzw. einen Tag im Voraus angekündigt werden (im Pflegedienst), erfolgt das Einholen der Einwilligung leider sehr kurzfristig.

3.4. Bedeutung der „erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz“

Um Leistungen der Pflegeversicherung beziehen zu können, müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein:

- entweder: es liegt eine Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 14 SGB XI vor,
- oder: es liegt eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz im Sinne des § 45 a SGB XI vor,
- oder: es liegt ein Bedarf an Leistungen der Rehabilitation im Sinne des § 18 SGB XI vor,
- oder mehrere der zuvor genannten Voraussetzungen sind erfüllt.

Sofern Sie zu diesen (leistungsberechtigten) Personenkreisen gehören, haben Sie Anspruch auf die sich daraus ergebenden Leistungen. Da das PNG für „Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz“ erhebliche Verbesserungen vorsieht, sollten Sie unbedingt prüfen, ob Sie die Voraussetzungen nach § 45 a SGB XI erfüllen. Dadurch können Sie im vollen Umfang von den neuen Leistungen profitieren.

Wir empfehlen Ihnen ...

Sofern Ihnen bereits eine Pflegestufe bewilligt wurde, jedoch in diesem Schreiben keine „erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz“ festgestellt wurde, sollten Sie ggf. Kontakt mit Ihrer Pflegedienstleitung aufnehmen, um zu besprechen, ob diese nachträglich beantragt werden kann. Bitte beachten Sie, dass die Pflegekassen dafür teilweise auch zwei getrennte Bewilligungen versenden.

Sofern Ihnen bereits eine „eingeschränkte Alltagskompetenz“ bescheinigt wurde, stehen Ihnen die im Gesetz genannten Leistungen zu. Bitte halten Sie in diesem Fall Rücksprache mit dem Sachbearbeiter Ihrer Pflegekasse, ob Sie die verbesserten Leistungen automatisch erhalten, oder ob dafür ein gesonderter Antrag notwendig ist.

3.5. Zeitrahmen und Fristen der Begutachtung (§ 18 SGB XI)

Von der Beantragung bis zum Bescheid sieht der Gesetzgeber einen maximalen Zeitraum von fünf Wochen (§ 18 Abs. 3b SGB XI) vor. Innerhalb dieses Zeitraumes passiert Folgendes:

- Ihr schriftlicher Antrag geht bei der Pflegekasse ein (Posteingang).
- Der Sachbearbeiter der Pflegekasse beauftragt den Gutachter.
- Der Gutachter vereinbart mit Ihnen einen Termin bei Ihnen zu Hause, um die Begutachtung durchzuführen.

Empfehlungen zum Pflege-Neuausrichtung-Gesetz (PNG)

- Am Tag der Begutachtung stellt der Gutachter fest, ob
 - ein Bedarf im Bereich der Körperpflege, der Ernährung, der Mobilität und / oder der hauswirtschaftlichen Versorgung besteht (aus dem Umfang des Bedarfes ergibt sich ggf. die Pflegestufe).
 - eine sogenannte „erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz“ vorliegt.
 - ein Anspruch auf medizinische Rehabilitation besteht.
 - ein Bedarf an Hilfsmitteln bzw. Pflegehilfsmitteln besteht.
- Anschließend übermittelt der Gutachter die Ergebnisse an die Pflegekasse.
- Dort bewertet der Sachbearbeiter die Ergebnisse und teilt das Ergebnis dem Antragsteller schriftlich mit.

Die Frist verkürzt sich auf eine Woche (§ 18 Abs. 3), wenn:

- sich der Antragsteller im Krankenhaus oder einer Reha-Einrichtung befindet und Hinweise vorliegen, das zur Sicherstellung der Weiterversorgung (ambulant oder stationär) eine Begutachtung in der Einrichtung notwendig ist.
- die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt wurde.
- mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach dem Familienpflegezeitgesetz vereinbart wurde.

Nach Ablauf der Frist muss die Pflegekasse für jede begonnene Woche der Überschreitung unverzüglich 70,- EUR an den Antragsteller zahlen (§ 18 Abs. 3b SGB XI). Diese Regelung gilt nicht, wenn:

- die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat.
- sich der Antragsteller in stationärer Pflege befindet und mindestens die Pflegestufe I anerkannt wurde.

Empfehlungen zum Pflege-Neuausrichtung-Gesetz (PNG)

4. Ansprechpartner

4.1. Ihre Pflegedienstleitung der Volkssolidarität

Wenn Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte vertrauensvoll an Ihre Pflegedienstleitung. Wir beantworten Ihnen Ihre Fragen gerne.

4.2. Weiterführende Informationen der Volkssolidarität

Weiterführende **Informationen zur Pflege und Betreuung** finden Sie im Internet unter:
<http://www.volkssolidaritaet.de/brandenburg> > Leistungsangebote > Pflege und Betreuung

Auf der linken Seite der Internet-Seite, finden Sie eine Menüleiste, in der Sie alle Leistungsangebote der Volkssolidarität finden. Innerhalb eines Leistungsbereiches, finden Sie am Seitenende eine Liste mit allen Einrichtungen im Land Brandenburg sowie unsere Ansprechpartner und deren Kontaktdaten.

4.3. Ihre Pflegekasse

Sie können sich mit Ihren Fragen auch immer an Ihren persönlichen Sachbearbeiter Ihrer Pflegekasse wenden. Die Telefonnummer finden Sie auf dem Bescheid Ihrer Pflegestufe.

4.4. Ihr Bürgertelefon zur Pflegeversicherung

Das Bundesministerium für Gesundheit steht Ihnen am Bürgertelefon mit Experten zur Pflegeversicherung ebenfalls für Ihre Fragen zur Verfügung.

Telefon: 030 / 34 06 06 6 - 02

4.5. Ihre Aufsicht für unterstützende Wohnformen (Heimaufsicht)

Bei Fragen zur vollstationären Pflege oder anderen Wohnformen, stehen Ihnen die Mitarbeiter der „Aufsicht für unterstützende Wohnformen“ für Ihre Fragen zur Verfügung:

Dienststelle Cottbus:

Zuständigkeitsbereiche: Cottbus, Dahme-Spreewald (teilweise), Elbe-Elster, Oberspreewald-Lausitz, Spree-Neiße, Teltow-Fläming (teilweise)

Telefon: 0355 / 28 93 - 627

Dienststelle Frankfurt (Oder):

Zuständigkeitsbereiche: Barnim, Dahme-Spreewald (teilweise), Frankfurt (Oder), Märkisch-Oderland, Oder-Spree, Uckermark

Telefon: 0335 / 55 82 - 481

Dienststelle Potsdam:

Zuständigkeitsbereiche: Brandenburg an der Havel, Havelland, Oberhavel, Ostprignitz-Ruppin, Potsdam, Potsdam-Mittelmark, Prignitz, Teltow-Fläming (teilweise)

Telefon: 0331 / 27 61 - 382

Empfehlungen zum Pflege-Neuausrichtung-Gesetz (PNG)

5. Antragsformulare

Wenn Sie eine Leistung der Pflegeversicherung das erste Mal in Anspruch nehmen möchten, müssen Sie dafür zunächst ein Antragsformular ausfüllen und bei Ihrer Pflegekasse einreichen. Die Formulare erhalten Sie entweder bei Ihrer Pflegekasse vor Ort oder auf der Internet-Seite Ihrer Pflegekasse.

AOK Nordost - <http://www.aok.de/nordost/>

Wählen Sie dort: Kontakt > Anträge/Formulare/Broschüren

Barmer GEK - <http://www.barmer-gek.de/>

Wählen Sie dort: Persönlicher Bereich > Formulare & Anträge von A bis Z > Pflegeversicherung

IKK Brandenburg und Berlin - <http://www.ikkbb.de/>

Wählen Sie dort: Service > Infos, Broschüren & Formulare > Bereich: Formulare zur Pflegeversicherung

Knappschaft - <http://www.knappschaft.de/>

Wählen Sie dort: Service-Center: Download > Formulare: Pflegeversicherung

Techniker Krankenkasse - <http://www.tk.de/>

Wählen Sie dort: Online-Filiale > Anträge & Bescheinigungen > Anträge stellen > Pflegeleistungen