



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

Sozial-Info 03/07



1. Geplante Pflegereform ab 2008

Das Bundeskabinett hat sich kurz vor der Sommerpause doch noch auf die Reform der Pflegeversicherung geeinigt.

Die schlechte Nachricht zuerst: Ab 1.7.2008 steigen die Beiträge in der Pflegeversicherung um 0,25 %.

Im Gegenzug soll der Beitrag zur Arbeitslosenversicherung bereits zum 01.01.2008 um 0,3 % sinken.

Die geplanten Leistungsänderungen:

Die Reform der Pflegeversicherung soll den Grundsatz "ambulant vor stationär" stärken, die Rehabilitations- und Präventionsanstrengungen der Pflegebedürftigen unterstützen sowie die Leistungen individuell auf die Bedarfe der Menschen ausrichten. Der besondere Hilfe- und Betreuungsbedarf der Demenzkranken soll künftig besser berücksichtigt werden.

1.1. Integrierte wohnortnahe Versorgung und Pflegestützpunkte

Mit dem Ziel, wohnortnah die Angebote für Pflegebedürftige besser aufeinander abzustimmen und zu vernetzen sowie aus einer Hand anzubieten, werden quartiersbezogene Pflegestützpunkte unter Berücksichtigung vorhandener Strukturen gebildet. Diese werden mit einem neuen Vertragstyp "Integrierte wohnortnahe Versorgung und Betreuung" realisiert, der zwischen Krankenkassen, Pflegekassen, Kommunen und Leistungserbringern geschlossen werden kann.

1.2. Fallmanagement

Die Pflegekassen werden verpflichtet, für ihre pflegebedürftigen Versicherten ein Fallmanagement (etwa im Rahmen der Pflegestützpunkte) anzubieten, welches die zielgerichtete Unterstützung des Einzelnen gewährleistet und für eine Anpassung des Versorgungsarrangements an veränderte Bedarfe sorgt. Ein(e) Fallmanager(in) soll künftig Ansprechpartner(in) für jeweils bis zu 100 pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen sein.

1.3. 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.

1.4. Einzelpflegekräfte

Pflegekassen sollen leichter Verträge mit Einzelpflegekräften unterschiedlicher Qualifikation schließen können. Damit kann ambulante Pflege künftig individueller und bedarfsgerechter – persönlicher – erbracht werden. Die Pflegekassen haben nicht nur für die notwendige Qualität sondern auch dafür zu sorgen, dass die Zahl der Einzelpflegekräfte in einem angemessenen Verhältnis zu dem vorhandenen Leistungsangebot steht.

Rückfragen an: Evelyn Küpper - Tel.: 02151-305592 -

1.5. Qualifizierung und Abbau von Schwarzarbeit

Versorgung und Betreuung pflegebedürftiger Menschen müssen bezahlbar sein und dürfen keinen Anreiz für Schwarzarbeit bieten. Der im Rahmen der Arbeitsmarktpolitik diskutierte Vorschlag, sozialversicherungspflichtige Tätigkeit im Haushalt als Auftraggeber bis zu einer bestimmten Lohnhöhe durch Steuergutschriften bis zur Höhe der jeweiligen Sozialversicherungsbeiträge staatlich zu fördern, dürfte auch im Bereich der Betreuung pflegebedürftiger Menschen viele neue legale Beschäftigungschancen eröffnen. Dazu müssen passgenaue Qualifizierungsmaßnahmen angeboten werden.

2. Leistungsänderungen:

2.1. Sachleistungen

Die ambulanten Sachleistungsbeträge werden bis 2012 stufenweise wie folgt angehoben:

Pflegestufe	bisher €	2008	2010	2012
Stufe I	384	420	450	450
Stufe II	921	980	1.040	1.100
Stufe III1	1.432	1.470	1.510	1.550

Die Stufe III für Härtefälle im ambulanten Bereich in Höhe von 1.918 €/monatlich bleibt unberührt.

2.2. Pflegegeld

Das Pflegegeld wird bis 2012 wie folgt angehoben:

Pflegestufe	bisher €	2008	2010	2012
Stufe I	205	215	225	235
Stufe II	410	420	430	440
Stufe III	665	675	685	700

2.3. Stationäre Pflege

Die stationären Sachleistungsbeträge der Stufen I und II bleiben zunächst unverändert. Die Stufe III und Stufe III in Härtefällen werden bis 2012 stufenweise wie folgt verändert:

Pflegestufe	bisher €	2008	2010	2012
Stufe III	1.432	1.470	1.510	1.550
Stufe III Härtefall	1.688	1.750	1.825	1.918

2.4. Zusätzliche Betreuungsleistungen

Der zusätzliche Leistungsbetrag für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz wird auf bis zu **2.400 €** (bisher 460 €) jährlich angehoben. Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, die zwar noch keinen erheblichen Pflegebedarf, wohl aber Betreuungsbedarf haben, können diesen Betrag auch erhalten. Das bedeutet, dass die heutige Voraussetzung: Zuordnung zu einer der 3 Pflegestufen aufgehoben wird. Der zusätzliche Leistungsbetrag wird in unterschiedlicher Höhe (2 Stufen) entsprechend des festgestellten Betreuungsaufwands geleistet. In der Regel korreliert der Betreuungsaufwand von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz mit den Pflegestufen, da mit der Schwere der demenziellen Erkrankung neben dem Beaufsichtigungsbedarf auch der verrichtungsbezogene Hilfebedarf ansteigt.

Leider wird hier fast ausschließlich von dementen Menschen gesprochen, inwieweit geistig behinderte oder psychisch kranke Menschen hier einbezogen werden bleibt abzuwarten.

2.5. Tages – und Nachtpflege

Der Anspruch auf Tagespflege wird ausgebaut. Neben dem Anspruch auf Tagespflege soll noch ein **häufiger Anspruch** auf die jeweilige ambulante Pflegesachleistung oder das Pflegegeld für die weiterhin zu Hause notwendige Pflege geleistet werden.

3. Einführung einer Pflegezeit für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer

Bei Pflege durch Angehörige wird für die Dauer **von 6 Monaten** ein Anspruch auf unbezahlte Freistellung von der Arbeit mit Rückkehrmöglichkeit (Pflegezeit) eingeführt. Betriebe mit bis zu zehn Mitarbeitern werden ausgenommen. Die Pflegezeit kann von verschiedenen Angehörigen nacheinander wahrgenommen werden.

Die notwendige soziale Absicherung in der Rentenversicherung ist nach geltendem Recht gewährleistet. Wo keine anderweitige Absicherung (insbesondere Familienmitversicherung) besteht, gewährt die Pflegeversicherung einen Beitragszuschuss in Höhe des Mindestbeitrages zur Kranken- und Pflegeversicherung. Hinsichtlich der Rahmenfristen, Wartezeiten etc. in der Arbeitslosenversicherung gilt für die Pflegezeit die gleiche Rechtslage wie bei der Inanspruchnahme von Elternzeit.

Die Einführung der Pflegezeit ist für die Pflegeversicherung in etwa kostenneutral. Da Pflegebedürftigkeit auch sehr kurzfristig auftreten kann, sollte für diese Fälle für Angehörige ebenfalls ein kurzfristiger Freistellungsanspruch von der Arbeit (unbezahlt) von bis zu 10 Tagen geschaffen werden.

Es wird geprüft, für diese Fälle nach dem Muster des kurzzeitigen Krankengeldanspruches (für max. 10 Tage) für Eltern bei Erkrankung von Kindern eine vergleichbare Finanzierung zu schaffen.

4. Bessere Ausgestaltung der Prävention und Reha in der Pflege

Mit finanziellen Anreizen sollen Anstrengungen von stationären Pflegeeinrichtungen gefördert werden, mit aktivierender Pflege und Rehabilitation qualitativ gute Pflege zu bieten und - soweit möglich - Verbesserungen im Gesundheitszustand der Pflegebedürftigen zu erzielen bzw. Verschlechterungen zu vermeiden. 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.

5. Unterstützung des generationsübergreifenden bürgerschaftlichen Engagements

Die Pflegekassen werden verpflichtet, gemeinsam mit den Ländern und den übrigen Vertragspartnern darauf hinzuwirken, dass bürgerschaftlich Engagierte noch besser in vernetzte Versorgungsangebote auf kommunaler Ebene wie z.B. in Betreuungsgruppen für Demenzzranke, Helferkreise und Agenturen zur Vermittlung von Betreuungsleistungen eingebunden werden.

Aufwendungen, die z.B. für die vorbereitende und begleitende Schulung der bürgerschaftlich engagierten Helfer oder für die Organisation und Planung dieser Einsätze entstehen, können in den Vergütungsverträgen angemessen berücksichtigt werden.

Anmerkung:

Dafür, dass die Leistungen seit 1995 nicht erhöht worden sind, ist die Reform fast als revolutionär zu bezeichnen.

Wenn man einmal die Steigerung beim **Pflegegeld** betrachtet, welches z.B. in der Pflegestufe II in der Zeit vom 1.4.1995 bis 2012 von 410 € auf dann 440 € steigen wird fällt es schwer, den Grundsatz ambulant vor stationär zu verstehen.

Nicht nachvollziehbar ist für mich die Möglichkeit, dass man sich für 6 Monate von seiner **Arbeit freistellen** lassen kann, um einen Angehörigen zu pflegen. In der Praxis könnte es also wie folgt aussehen:

Die Ehefrau nimmt 6 Monate Pflegezeit in Anspruch, um die pflegebedürftige Schwiegermutter mit Pflegestufe I zu pflegen. Selbst bei einem Minijob mit 400 € im Monat beträgt der Verdienstausfall zum Pflegegeld bereits 185 € im Monat.

Nach den 6 Monaten Pflegezeit der Ehefrau kann dann der Ehemann seine Mutter pflegen und verzichtet ebenfalls für 6 Monate auf sein Einkommen.

Und was passiert, wenn die Schwiegermutter noch für die nächsten 5 Jahre Pflege braucht? Irgendwann werden die Arbeitgeber weder junge Eltern (Elternzeit) noch Mitarbeiter mit evtl. irgendwann einmal pflegebedürftigen Familienangehörigen einstellen.

Die Erhöhung der zusätzlichen **Betreuungsleistungen** ist grundsätzlich zu begrüßen. Wenn man aber bedenkt, dass 2002 das Pflegeleistungsergänzungsgesetz überwiegend für den Personenkreis der demenzkranken Menschen eingeführt wurde und gerade dieser Personenkreis die Leistungen nicht oder nur wenig abgerufen hat, dann muss man sich zunächst einmal die Frage stellen, warum das denn so war. Bei den pflegenden Angehörigen von demenzkranken Menschen handelt es sich überwiegend um den selbst schon alten Ehepartner. Und dieser Personenkreis hat nach wie vor erhebliche Probleme damit, Hilfe von aussen anzunehmen bzw. „fremde Menschen“ in die Wohnung zu lassen.

Ob es aber gerade für diese Personen wichtig ist, die Leistungen ohne Anbindung an eine Pflegestufe zu erhalten wage ich zu bezweifeln. Meiner Meinung nach gehören demenzkranke Menschen durchaus in eine Pflegestufe. Anders kann es bei geistig behinderten oder psychisch kranken Menschen sein, die evtl. einen Pflegebedarf unterhalb der Pflegestufe I haben. Es bleibt also abzuwarten, wie der Gesetzgeber die 2 Stufen einteilen wird. Aber letztlich sind es trotzdem nur max. 200 € pro Monat, die zur Verfügung stehen. Diese würden aber z.B. Eltern von behinderten Kindern die Möglichkeit eröffnen, Kinder zusätzlich betreuen zu lassen.

Fazit:

Die Pflegeversicherung bleibt eine **Teilkaskoversicherung**, in der die Einsatzbereitschaft von Pflegepersonen nach wie vor nicht ausreichend gewürdigt wird.

6. Verhinderungspflege im Ausland

LSG – Baden-Württemberg vom 11.05.2007 – AZ: L 4 P 2828/06

Nach SGB XI, § 34 (1) Abs. 1 Satz 1 ruhen Sachleistungen im Ausland, können aber gewährt werden, wenn (Satz 3) die Pflegekraft (Achtung: nicht Pflegefachkraft!), die ansonsten die Pflegesachleistung erbringt, den Pflegebedürftigen während des Auslandsaufenthalts begleitet.

Die Verhinderungspflege im EU-Ausland wird derzeit von den meisten Pflegekassen unter dem Hinweis auf die Bestimmungen des § 34 SGB XI abgelehnt. § 34 Abs. 1 Nr. 1 Satz 1 SGB XI bestimmt, dass der Anspruch auf Leistungen ruht, solange sich der Versicherte im Ausland aufhält.

Ein Kunde des Club 82 hat in einem zwei Jahre dauernden Rechtsstreit gegen die DAK jetzt vor dem Landessozialgericht Ba-Wue Recht behalten, dass eine Teilnahme an einer Behindertenfreizeit in Österreich über die VHP erstattet werden muss. In dem Urteil des Landessozialgerichts vom 11.05.2007 wurde vor allem der Ort der Pflege in den Hintergrund gerückt. Da die notwendigen Verrichtungen der Grundpflege und der häuslichen Versorgung durch qualifizierte Mitarbeiter des Club 82 erbracht wurden und nicht durch österreichische Ortskräfte werden die Leistungen der Verhinderungspflege im eigentlichen Sinne nicht exportiert.

Darüber hinaus hat das LSG berücksichtigt, dass den Bürgern der EU das allgemeine Freizügigkeitsrecht des Art. 18 des EG-Vertrags zusteht. Die Wahrnehmung dieses Rechts auf Freizügigkeit wäre insbesondere dann in Frage gestellt, wenn Unionsbürger befürchten müssen, bei einem Urlaub im EU-Ausland bestimmte Sozialleistungen nicht zu erhalten.

Der Senat lies die Revision beim Bundessozialgericht wegen grundsätzlicher Bedeutung der Rechtssache nach § 160 Abs.2 Nr.1 SGG zu. Allerdings hat die DAK auf diese Revision nach Stand vom 25.07.2007 verzichtet, sodass ein grundsätzliches Urteil durch das Bundessozialgericht aufgrund dieser Klage nicht erreicht wurde. Das Urteil gilt daher zumindest für Baden-Württemberg und Kunden der DAK.

7. Änderungen bei den Rentenversicherungsbeiträgen für Pflegepersonen

Durch die Rentenerhöhungen zum 1.7.2007 sind auch die Beiträge für die Rentenversicherung für Pflegepersonen gestiegen:

Werte für die Zeit vom 1.7. – 30.06.2007– alte Bundesländer				
Stufe	Mindestpflegezeit pro Woche	beitragspflichtiges Entgelt pro Jahr	monatl. Beitragshöhe	monatl. Bruttorente für 1 Jahr ehrenamtl. Pflege
I	14 Stunden	7.840,00 €	130,01 €	6,98 €
II	14 Stunden	10.453,32 €	173,35 €	9,31 €
II	21 Stunden	15.679,99 €	260,03 €	13,97 €
III	14 Stunden	11.760,00 €	195,02 €	10,48 €
III	21 Stunden	17.640,00 €	292,53 €	15,71 €
III	28 Stunden	23.520,00 €	390,04 €	20,85 €

8. Behindertenpauschbetrag

Im Jahressteuergesetz 2008 wird der § 33b Abs. 1 wie folgt geändert:

„(1) Wegen der außergewöhnlichen Belastungen, die einem behinderten Menschen unmittelbar infolge seiner Behinderung erwachsen, kann er einen Pauschbetrag nach Abs. 3 geltend machen (Behinderten-Pauschbetrag). Mit dem Pauschbetrag werden die Aufwendungen für die Pflege und Hilfe bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens sowie für einen etwaigen erhöhten Wäschebedarf abgegolten. Der behinderte Mensch kann für diese Aufwendungen an Stelle des Pauschbetrags eine Steuerermäßigung nach § 33 in Anspruch nehmen; das Wahlrecht kann für diese Aufwendungen nur einheitlich ausgeübt werden.“

Was will uns der Gesetzgeber damit sagen?

Behinderungsbedingte Aufwendungen teilweise doppelt berücksichtigt

Wegen Abgrenzungsschwierigkeiten berücksichtigen die Finanzämter behinderungsbedingte Krankheitskosten als außergewöhnliche Belastungen teilweise doppelt. Sie können nicht prüfen, ob durch den Pauschbetrag abgegoltene Kosten noch einmal in den sonstigen Krankheitskosten enthalten sind. Sie übernehmen die Angaben der Steuerpflichtigen ohne Beanstandungen oder Rückfragen und gewähren den Pauschbetrag neben allen geltend

gemachten Krankheitskosten. Steuerpflichtige können unmittelbar behinderungsbedingte Aufwendungen steuermindernd geltend machen. Dies ist möglich entweder durch einen Pauschbetrag oder als außergewöhnliche Belastung anhand von Einzelnachweisen und unter Anrechnung einer zumutbaren Eigenbelastung. Der Pauschbetrag soll die typischen und laufenden Kosten einer Behinderung beispielsweise für Hilfeleistungen, Medikamente oder Wäsche abgeltet. Nicht oder nicht unmittelbar behinderungsbedingte Krankheitskosten, wie solche für Operationen oder Heilkuren, können Steuerpflichtige zusätzlich zum Pauschbetrag als außergewöhnliche Belastungen geltend machen. Die Finanzämter können im Besteuerungsverfahren nicht erkennen, ob die Aufwendungen durch den Pauschbetrag für behinderte Menschen abgegolten sind oder daneben berücksichtigt werden dürfen. Den Schwerbehindertenausweisen lässt sich regelmäßig nicht entnehmen, welches Krankheitsbild der zugrunde liegt. Selbst in den Fällen, in denen die Behinderung der Steuerpflichtigen aus den Bescheiden der Versorgungsämter erkennbar ist, können die Aufwendungen nur mit besonderem medizinischen Sachverstand der Behinderung zugeordnet werden. In allen eingesehenen Fällen übernahmen die Finanzämter die Angaben der Steuerpflichtigen ohne Beanstandungen, gewährten den Pauschbetrag neben allen sonstigen Krankheitskosten und nahmen eine etwaige doppelte Berücksichtigung der Aufwendungen zulasten des Fiskus in Kauf. Nach dem Zweck des Gesetzes sollten behinderungsbedingte Aufwendungen das zu versteuernde Einkommen jedoch nur einmal mindern – entweder durch den Pauschbetrag oder durch Einzelnachweis der Aufwendungen. Der Bundesrechnungshof hat empfohlen, die Gesetzesvorschrift so zu ändern, dass die Finanzbehörden sie ordnungsgemäß anwenden können.

Rund 35 % der behinderten Menschen machten neben dem beanspruchten Pauschbetrag Krankheitskosten als außergewöhnliche Belastungen geltend, die sowohl behinderungsbedingt als auch unabhängig davon entstanden sein konnten. Die Steuerpflichtigen trennten in keinem Fall unmittelbar behinderungsbedingte – durch den Pauschbetrag abgegoltene – Aufwendungen von den Krankheitskosten, die daneben berücksichtigt werden können. Weder anhand der eingereichten Aufstellungen noch anhand der Belege ließ sich mit Gewissheit erkennen, ob die geltend gemachten Krankheitskosten behinderungsbedingt waren oder ob es sich um sonstige Krankheitskosten handelte.

22.08.2007

- Evelyn Küpper -