

Informationsvorlage

070/2017

Beratungsfolge:	Gremium:	Art der Sitzung:	
31.05.2017	Sozial- und Gesundheitsausschuss	öffentlich	zur Kenntnisnahme

Tagesordnung:

Die Pflegestärkungsgesetze II und III: Umsetzungsprobleme in der Sozialhilfe

Die Informationen werden zur Kenntnis genommen.

Finanzielle Auswirkung:

☒ Ja ☐ Nein

Leistungsbezeichnung:

Produktsachkonto:

Investitionsmaßnahme/Projekt:

Haushaltsansatz:

Noch verfügbar:

Bemerkungen:

Bad Dürkheim, 23.05.2017

In Vertretung

Claus Potje

Erster Kreisbeigeordneter

Änderungen in der Pflegeversicherung (SGB XI)

Zum 1.1.2017 wurde ein komplett neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt, der sowohl in der Pflegeversicherung (SGB XI) als auch in der Hilfe zur Pflege (7. Kapitel SGB XII) gilt.

Der bisherige Pflegebedürftigkeitsbegriff war auf Alltagsverrichtungen in den Bereichen Mobilität, Ernährung, Körperpflege und hauswirtschaftliche Versorgung in Minuteneinheiten ausgerichtet und berücksichtigte kognitive und psychische Beeinträchtigungen nur unzureichend.

Ab 1.1.2017 wird die Pflegebedürftigkeit danach beurteilt, in welchem Umfang eine Person wegen gesundheitlich bedingter Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit personeller Hilfe bedarf. Dabei spielt es keine Rolle, ob es sich um körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen handelt. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff ist auch wesentlich umfassender, denn er beschränkt sich nicht auf die o.g. Alltagsverrichtungen, sondern berücksichtigt auch Hilfebedarf bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte sowie bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen, ebenso Hilfebedarf wegen eingeschränkter kognitiver bzw. kommunikativer Fähigkeiten oder wegen problematischer Verhaltensweisen und psychischer Problemlagen.

Im neuen Begutachtungsassessment werden in 5 Modulen Punkte vergeben:

1. Mobilität
2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
3. Selbstversorgung
4. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
5. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Die gewichtete Gesamtpunktzahl (Module werden unterschiedliche gewichtet) ergibt den Pflegegrad (1-5). Unter 12,5 Punkten wird kein Pflegegrad zuerkannt. Mobilität und Selbstversorgung, die früher allein ausschlaggebend waren, tragen nur zu 50 % zum Gesamtergebnis bei.

Bei Pflegebedürftigen, die bereits nach dem bisherigen System eingestuft waren, wurde die bisherige Pflegestufe automatisch in einen Pflegegrad umgerechnet, wobei ein einfacher Stufensprung (von Pflegestufe 1 nach Pflegegrad 2, von Stufe 2 nach Grad 3, usw.) erfolgte. War bisher schon eine eingeschränkte Alltagskompetenz anerkannt, erfolgte ein doppelter Stufensprung (von Pflegestufe 0 mit eeA nach Pflegegrad 2, von Pflegestufe 1 mit eeA nach Pflegegrad 3, usw.).

Die Leistungen in der Pflegeversicherung wurden durchweg erhöht, so dass in der Pflegeversicherung niemand, der bisher schon Leistungen von der Pflegeversicherung bekam, schlechter gestellt ist als nach dem alten System.

Übersicht der wichtigsten Leistungen im SGB XI

Pflegegrad	Pflegegeld § 37	Pflegesachleistung § 36	Entlastungs- betrag § 45b	Vollstationäre Pflege § 43
1				125 €
2	316 €	689 €	125 €	770 €
3	545 €	1.298 €	125 €	1.262 €
4	728 €	1.612 €	125 €	1.775 €
5	901 €	1.995 €	125 €	2.005 €

Zusätzlich gewährt die Pflegeversicherung folgende Leistungen:

- Kombination aus Geld- und Sachleistung
- Verhinderungspflege
- Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen
- Tages- und Nachtpflege
- Kurzzeitpflege
- Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen
- Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen
- Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung
- Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen
- Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags
- Zusätzliche Leistungen in ambulant betreuten Wohngruppen
- Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen

Die Möglichkeiten zur Kombination der verschiedenen Leistungen bzw. der Umwandlung einzelner Leistungen in andere sind allerdings mittlerweile so komplex, dass selbst Fachleute Schwierigkeiten haben, den Durchblick zu bewahren. Als nachrangig verpflichteter Sozialleistungsträger ist es jedoch wichtig, darauf zu achten, dass die vorrangigen Leistungen der Pflegeversicherung so in Anspruch genommen werden, dass möglichst wenig Sozialhilfeleistungen anfallen. Dies stellt eine Herausforderung für die Sachbearbeiter dar, die sich in die komplexe Rechtsmaterie einarbeiten müssen.

Für Leistungsberechtigte des Pflegegrades 1 steht nur ein eingeschränktes Leistungsspektrum zur Verfügung, was bereits aus o.g. Tabelle ersichtlich ist: Es kann weder Pflegegeld noch Pflegesachleistung gewährt werden, ebenso wenig stehen Leistungen für teilstationäre oder stationäre Pflege zur Verfügung mit Ausnahme eines Zuschusses von 125 € zu den Pflegekosten im Pflegeheim und den zusätzlichen Leistungen zur Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen.

Personen, die im Begutachtungsassessment weniger als 12,5 Punkte erreichen, gelten nicht als pflegebedürftig und haben keinen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung.

Änderungen im SGB XII (Hilfe zur Pflege)

Mit dem Pflegestärkungsgesetz III wird der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff im Recht der Sozialhilfe umgesetzt. Hierzu wurde das 7. Kapitel des SGB XII (Hilfe zur Pflege) vollkommen neu gefasst.

Neben dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff, der identisch mit dem der Pflegeversicherung ist, wurden auch die Leistungsvoraussetzungen dem Recht der Pflegeversicherung weitgehend angepasst. Dies bedeutet für den Personenkreis, der nicht mindestens Pflegegrad 2 erreicht, eine deutliche Verschlechterung, denn die Hilfe zur Pflege bei Pflegegrad 1 umfasst lediglich die Gewährung von Pflegehilfsmitteln, Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfelds sowie den Entlastungsbetrag in Höhe von 125 € (§ 63 Abs.2 SGB XII). Personen ohne Pflegegrad haben generell keinen Anspruch auf Leistungen der Hilfe zur Pflege mehr.

Im bisherigen Recht der Hilfe zur Pflege war es möglich, auch Personen, die aufgrund ihres geringen Pflegebedarfs nicht anspruchsberechtigt in der Pflegeversicherung waren, Leistungen der Hilfe zur Pflege zu gewähren, ohne dass eine Untergrenze im Sinne eines Mindestbedarfs festgelegt war. Diese Möglichkeit ist nun im Gesetz nicht mehr vorgesehen.

Bei der Umsetzung des neuen Rechts gibt es daher erhebliche Probleme, insbesondere was den Umgang mit Bestandsfällen anbelangt. Zwar enthält § 138 SGB XII eine Übergangsregelung für Bestandsfälle, jedoch ist dies keine dauerhafte Besitzstandsregelung, sondern lediglich eine Bestandschutzregelung bis zum von Amts wegen zu betreibenden Verfahren zur Feststellung des Pflegegrades und des notwendigen pflegerischen Bedarfs. Dies bedeutet: Ist das Begutachtungsverfahren zur Ermittlung des Pflegegrades abgeschlossen und der pflegerische Bedarf ermittelt, können Personen ohne Pflegegrad bzw. mit Pflegegrad 1 keine bzw. nur noch die weiter oben beschriebenen Leistungen erhalten. Dies betrifft den ambulanten als auch den stationären Bereich. Im stationären Bereich führt dies im Extremfall dazu, dass die Heimkosten nicht weiter gezahlt werden können.

Im Landkreis Bad Dürkheim erhalten derzeit 9 Personen vollstationäre Hilfe zur Pflege im Rahmen der Übergangsregelung nach § 138 SGB XII. Davon liegt bei 4 Personen noch kein Ergebnis der Neubegutachtung vor und 5 Personen haben Widerspruch bei der Pflegekasse eingelegt. Die Heimbetreuungsbedürftigkeit wurde zu Beginn der Hilfe von uns bejaht, weswegen überhaupt Hilfe zur Pflege gewährt wurde. Die Personen sind zwischen 67 und 91 Jahren alt und leben größtenteils schon mehrere Jahre in einer Pflegeeinrichtung.

Im ambulanten Bereich sind 5 Personen betroffen, die Hilfe zur Pflege erhalten und einen pflegerischen Bedarf haben. Davon liegt in 3 Fällen noch keine Entscheidung der Pflegekasse vor, in 2 Fällen wurde Widerspruch eingelegt. Personen mit lediglich hauswirtschaftlichem Bedarf sind unproblematisch, da in diesen Fällen Hilfe zur Weiterführung des Haushalts nach § 70 SGB XII gewährt werden kann.

In den vollstationären Fällen, in denen das Land bisher als überörtlicher Sozialhilfeträger zuständig ist, trifft dieses lediglich die Aussage, dass mit Ablauf des Bestandschutzes keine Rechtsgrundlage für die Gewährung einer Hilfe zur Pflege mehr vorläge und es sich damit nicht mehr um eine überörtliche Leistung handle. Das Land sei nicht mehr zuständig, die Fälle seien auch nicht mehr abrechenbar. Bei entsprechendem Hilfebedarf könnten die örtlichen Sozialhilfeträger Sozialhilfe nach anderen Kapiteln leisten. Detaillierte Aussagen, v.a. nach welcher konkreten Rechtsnorm dies erfolgen könne, waren trotz mehrfacher Nachfrage von Seiten der örtlichen Sozialhilfeträger nicht zu erlangen.

Tatsächlich ist dies auch schwierig, da keine wirklich passende Rechtsgrundlage zur Übernahme von Pflegekosten für Personen unterhalb Pflegegrad 2 existiert. Weder die Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten (§ 67 SGB XII), die Altenhilfe (§ 71 SGB XII) noch die Hilfen in sonstigen Lebenslagen (§ 73 SGB XII) kommen dafür bei genauerer rechtlicher Prüfung in Betracht.

Alle Sozialhilfeträger in Rheinland-Pfalz sind sich daher unsicher, wie sie mit dem genannten Personenkreis umgehen sollen, da die Hilfeempfänger nachweislich einen Hilfebedarf haben. Entscheidungsreife Fälle liegen bisher landesweit nur wenige vor, da die Begutachtungen des Medizinischen Dienstes der Pflegekassen lange dauern und den Hilfeempfängern, die nicht mindestens Pflegegrad 2 erhalten, geraten wird, Widerspruch einzulegen, was das Verfahren nochmals in die Länge zieht und den Bestandsschutz daher so lange noch erhält.

Ende April fanden zwei Arbeitsgruppen (Rheinland-Pfalz Nord und Süd) der örtlichen Sozialhilfeträger statt, bei denen die Probleme erörtert und Lösungsvorschläge erarbeitet wurden.

Am meisten Zustimmung fand die Gewährung der Pflegekosten im Rahmen der Grundsicherung. Nach § 42 SGB XII wird der Bedarf in Einrichtungen fiktiv mit pauschalen Werten berechnet und deckt somit nicht die vollständigen Heimkosten ab. Jedoch kann eine abweichende Festlegung des Bedarfs gerechtfertigt sein, wenn die Abdeckung regelsatzrelevanter Bedarfe unabweisbar höhere Kosten verursacht (§ 42 S.1 Nr.1 i.V.m. § 27a Abs.4 S.1 SGB XII). Da der notwendige Lebensunterhalt Körperpflege und persönliche Bedürfnisse des täglichen Lebens beinhaltet, werden die unvermeidbaren Heimkosten als regelsatzrelevant angesehen. Somit könnten die Kosten über eine abweichende Festsetzung des Regelbedarfs im Rahmen der Grundsicherung übernommen werden. Im Ergebnis würde diese Konstruktion dazu führen, dass die Kosten zu 100 % vom Bund getragen würden (da Grundsicherung).

Im ambulanten Bereich soll ein pflegerischer Bedarf analog über eine Erhöhung des Regelsatzes übernommen werden.

Problematisch hieran könnte die Bewertung der Pflegekosten als regelsatzrelevanter Bedarf sein. Sobald entsprechende Fälle in der Abrechnung mit dem Bund auffallen, wird sich der Bund mit der Problematik befassen und ggf. entsprechende Weisungen erteilen. Es ist somit nicht klar, ob die Vorgehensweise auf Dauer Bestand haben wird. Im Rahmen eines Seminars hat allerdings die Dozentin, eine Richterin am Bundessozialgericht, zumindest für den ambulanten Bereich diese Lösung für gangbar erachtet.

Außer den Bestandfällen der Hilfe zur Pflege sind auch solche Personen betroffen, die derzeit noch ihre Heimkosten selbst zahlen (z.B. aus Vermögen) und keinen Pflegegrad 2 besitzen. Geht das Geld zur Neige und es wird Sozialhilfe beantragt, gibt es für sie keinerlei Bestandsschutz. Auch bei Neufällen kann es vorkommen, dass eine Heimunterbringung auch unterhalb des Pflegegrades 2 im Einzelfall die für den Hilfeempfänger beste Form der Bedarfsdeckung darstellt. Aus unserer Erfahrung ist dies manchmal bei vereinsamten alten Menschen mit Suchtproblematik und Verwahrlosungstendenzen der Fall.

Neben dieser Hauptproblematik gibt es weitere ungeklärte Rechtsfragen, die sich durch die Rechtsänderungen zum 1.1.2017 ergeben haben. Auch Seminare helfen hier nur bedingt weiter, da die Dozenten (Richter, Rechtsanwälte) bei vielen Punkten erklären, man könne das so, aber auch anders auslegen bzw. sich zum Teil auch widersprechen. Die strittigen Fragen hier auszuführen, würde zu weit gehen. Es zeigt jedoch die Schwierigkeiten, die sich der Sachbearbeitung im Sozialrecht heutzutage stellen.

Zusätzlicher Personalbedarf zur Bedarfsfeststellung

Mit dem Pflegestärkungsgesetz III wurde § 63 a SGB XII eingefügt, wonach der Träger der Sozialhilfe den notwendigen pflegerischen Bedarf zu ermitteln und festzustellen hat.

Wie bereits oben beschrieben, wurde im Zusammenhang mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff ein neues Begutachtungsverfahren eingeführt. Bis 31.12.2016 waren die in den Gutachten benannten Zeitbedarfe nach Minuten und die Angaben zur Häufigkeit des Unterstützungsbedarfs Hinweis und Grundlage für die Bemessung des ambulanten Hilfebedarfs. Die nach dem neuen Assessment erstellten Pflegegutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung treffen Aussagen zum Grad der Selbständigkeit (selbständig – überwiegend selbständig – überwiegend unselbständig – unselbständig) bzw. zum Grad des Vorhandenseins von Fähigkeiten (vorhanden / unbeeinträchtigt – größtenteils vorhanden – in geringem Maße vorhanden – nicht vorhanden). Daraus lässt sich der ambulante Hilfebedarf nicht ohne weitere eigene Feststellungen entnehmen.

Die Sachbearbeiter der ambulanten Pflege sind ohne fachliche Unterstützung nicht mehr in der Lage, den ambulanten Unterstützungsbedarf zu bemessen. Derzeit werden die vorgelegten Kostenvoranschläge der Sozialstationen von den Sachbearbeitern auf Plausibilität geprüft und entsprechend bewilligt. Dies führt tendenziell zur Überdeckung von Bedarfen, da eher das Gewünschte als das Notwendige bewilligt wird. Ein anderes Vorgehen ist aber vom Schreibtisch aus ohne pflegfachliche Kenntnisse nicht möglich.

Die Problematik wurde auch im Rahmen der Sitzung des Vergleichsrings am 28.03.2017 sowie bei den oben bereits erwähnten Arbeitsgruppen Rheinland-Pfalz Nord + Süd besprochen. Einige Kommunen haben bereits entsprechende Stellen (u.a. Rhein-Pfalz-Kreis, Ludwigshafen, Speyer). Bei weiteren Kommunen sind entsprechende Stellen geplant bzw. bereits ausgeschrieben (z. B. Kreisverwaltung Mainz-Bingen).

Da die Stadt Neustadt ebenso betroffen ist, würde es sich anbieten, beim Gesundheitsamt eine Stelle einer Pflegefachkraft (oder sozialpädagogischen Fachkraft mit Zusatzqualifikation) einzurichten, die von beiden Kommunen finanziert wird und mit der Aufgabe der Bedarfsfeststellung in Fällen der ambulanten Pflege betraut wird. Die Stadt Neustadt wäre hierfür offen. Details müssten noch besprochen werden.