

§ 43

Inhalt der Leistung

(1) Pflegebedürftige **der Pflegegrade 2 bis 5** haben Anspruch auf Pflege in vollstationären Einrichtungen.

(2) ¹ Für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen übernimmt die Pflegekasse im Rahmen der pauschalen Leistungsbeträge nach Satz 2 die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. ² Der Anspruch beträgt je Kalendermonat

1. 770 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2,
2. 1 262 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3,
3. 1 775 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4,
4. 2 005 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5.

³ Abweichend von Satz 1 übernimmt die Pflegekasse auch Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung, soweit der nach Satz 2 gewährte Leistungsbetrag die in Satz 1 genannten Aufwendungen übersteigt.

(3) Wählen Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 vollstationäre Pflege, erhalten sie für die in Absatz 2 Satz 1 genannten Aufwendungen einen Zuschuss in Höhe von 125 Euro monatlich.

(4) Bei vorübergehender Abwesenheit von Pflegebedürftigen aus dem Pflegeheim werden die Leistungen für vollstationäre Pflege erbracht, solange die Voraussetzungen des § 87a Abs. 1 Satz 5 und 6 vorliegen.

Der 14. Ausschuss begründet zum Dritten Pflegestärkungsgesetz die Änderungen wie folgt:

Absatz 1

Die Streichung dient der Klarstellung, dass der Anspruch auf vollstationäre Pflege künftig nicht davon abhängig ist, dass häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt, und steht im Zusammenhang mit der bereits durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz vorgenommenen Streichung der Regelung des § 43 Absatz 4 zum 1. Januar 2017. Diese sah vor, dass pflegebedürftige Menschen nur einen Zuschuss in Höhe des nach § 36 Absatz 3 für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Gesamtwertes für Pflegesachleistungen erhalten, wenn vollstationäre Pflege nach Feststellung der Pflegekasse nicht erforderlich ist. Wegen der Annäherung der Leistungsbeträge für ambulante Pflegesachleistungen und vollstationäre Pflege hatte die Regelung des § 43 Absatz 4 ihren ursprünglichen Sinn verloren. Künftig entfällt daher auch die Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, ob vollstationäre Pflege erforderlich ist.

Ohne die Streichung der Wörter in § 43 Absatz 1 könnte der Fehlschluss gezogen werden, dass es bei nicht notwendiger vollstationärer Pflege überhaupt keine Leistungen der Pflegeversicherung gäbe.

Absatz 2

Die Neuregelung stellt auch für die künftige Rechtsanwendung sicher, dass der Leistungsbetrag für vollstationäre Dauerpflege für Unterkunft und Verpflegung verwandt werden darf, soweit er die pflegerischen Aufwendungen und die Aufwendungen für medizinische Behandlungspflege übersteigt. Hierüber war bei den künftigen Rechtsanwendern Unklarheit entstanden, weil die bisherige, so genannte 75-Prozent-Regelung in Absatz 2 Satz 3, aus der bislang die hier vorgesehene Rechtswirkung mittelbar abgeleitet werden konnte, mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz gestrichen worden ist.

Begründung zum Zweiten Pflegestärkungsgesetz in der Fassung 1. Januar 2017:

Zu Absatz 1

Durch die Ergänzung wird bereits am Anfang der Norm klargestellt, dass die vollstationäre Sachleistung für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 eröffnet ist. Die Leistung für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 ist im neuen Absatz 3 geregelt.

Zu Absatz 2

Im Rahmen der vollstationären Pflege ist von der Einrichtung eine umfassende Versorgung zu gewährleisten. Dies spiegelte sich bereits im bisher geltenden Leistungsrecht zumindest insoweit wider, als von der Pflegeversicherung im Rahmen der Leistungsbeträge die Aufwendungen für Grundpflege und auch für soziale Betreuung zu tragen waren. Vor diesem Hintergrund erforder-

dert der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff, der neben den somatisch bedingten Einschränkungen nunmehr auch die kognitiv bedingten Einschränkungen der Selbständigkeit besser als bisher berücksichtigt, für die leistungsrechtliche Beschreibung und Einordnung vollstationär zu erbringender Sachleistungen der Pflegeversicherung keine grundsätzliche Neuorientierung, sondern vor allem eine begriffliche Klarstellung.

Die vollstationären Leistungsbeträge werden in ihrer Höhe so zueinander gestaffelt, dass sie zusammen mit dem einrichtungseinheitlichen Eigenanteil nach § 84 im Durchschnitt den in der vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen beauftragten Studie der Universität Bremen zur Erfassung von Versorgungsaufwänden in stationären Einrichtungen festgestellten Aufwandsrelationen entsprechen.

Die begriffliche Klarstellung erfolgt in Satz 1 dergestalt, dass nicht mehr zwischen pflegebedingten Aufwendungen, die sich nach bisherigem Verständnis auf die sogenannte Grundpflege beziehen, und den Aufwendungen für soziale Betreuung differenziert wird. Entsprechend dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und dem neuen Verständnis von Pflege wird Betreuung als Bestandteil der pflegebedingten Aufwendungen angesehen. Im Übrigen erfolgt keine Änderung. Dies gilt insbesondere auch im Hinblick auf die Einbeziehung der medizinischen Behandlungspflege. Die Aufgabe der bisherigen Pflegestufen und die Neueinführung von Pflegegraden erfordern allein aus redaktionellen Gründen eine Anpassung von Absatz 2 Satz 2. Ferner wird die Rechtsänderung dazu genutzt, die nicht mehr erforderlichen Angaben zu den Leistungsbeträgen in den Jahren 2008, 2010, 2012 und 2015 zu streichen.

Zu Absatz 3

Absatz 3 sieht eine Neuregelung für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 in vollstationärer Pflege vor. Diese erhalten zu den in Absatz 2 Satz 1 genannten Aufwendungen einen Zuschuss in Höhe von 125 Euro monatlich, dies jedoch nicht als Sachleistung, sondern in Form der Kostenerstattung. Somit ist sichergestellt, dass Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 in vollstationärer Pflege grundsätzlich derselbe Geldbetrag zur Verfügung steht, wie Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 in häuslicher Pflege. Gleichzeitig findet damit der Umstand Berücksichtigung, dass die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten in Pflegegrad 1 gering sind.

Absatz 3 in seiner bisherigen Fassung ist hinfällig. Unter dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und der Zuordnung zu einem der fünf Pflegegrade ist eine gesonderte Anerkennung für Härtefälle nicht mehr vorgesehen. Die Bedarfe und Defizite der Personengruppen, die bisher der Härtefallregelung zugeordnet wurden, werden nunmehr im Rahmen der fünfstufigen Graduierung mit abgebildet. Vor diesem Hintergrund sind gesonderte Regelungen zur Berücksichtigung von Härtefällen einschließlich ihres zahlenmäßigen Anteils an den Leistungsempfängern in vollstationärer Pflege nicht mehr erforderlich.

Zu Absatz 4 – Anmerkung: durch 14. Ausschuss aufgehoben (Absatz 5 wird Absatz 4)

Die bisherige Regelung, dass bei nicht notwendiger vollstationärer Versorgung ein Zuschuss in Höhe der ambulanten Sachleistungsbeträge gewährt wird, ist bei Anwendung der neuen Leistungsbeträge nicht mehr sinnvoll, da diese im ambulanten Bereich zum Teil höher sind als im stationären Bereich. Deshalb erhalten Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 in diesen Fällen nunmehr einen Zuschuss in Höhe von 80 Prozent des in Absatz 2 Satz 2 für den jeweiligen Pflegegrad vorgesehenen Gesamtwertes. Bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 gilt dies entsprechend, d. h., sie erhalten 80 Prozent des in Absatz 3 genannten Betrages.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen wie folgt:

Zu Absatz 2 und 3

Die Neufassung führt dazu, dass der bisherige Satz 3 des zweiten Absatzes wegfällt. Die bisherige Regelung in Satz 3, nach der die Pflegeversicherung mit ihren Leistungsbeträgen nicht mehr als 75 Prozent des Gesamtheimentgelts in vollstationärer Pflege abdecken soll, diene der Sicherstellung eines angemessenen Eigenanteils der Pflegebedürftigen im Rahmen des Teilleistungssystems Pflegeversicherung. In der Praxis findet die Regelung nur selten Anwendung, weil die Heimentgelte in der Regel um mehr als ein Drittel über den Leistungsbeträgen der Pflegeversicherung liegen. Mit dem vorgesehenen einrichtungseinheitlichen Eigenanteil am Pflegegesetz sind nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs alle vom Pflegebedürftigen zu zahlenden Komponenten des Heimentgelts in vollstationärer Pflege in den Pflegegraden 2 bis 5 absolut gleich hoch. Eine prozentuale Begrenzung der Leistungspflicht der Pflegeversicherung würde in den (wenigen) Anwendungsfällen dazu führen, dass die höheren Pflegegrade (wegen des höheren Anteils der Leistungsbeträge am Gesamtheimentgelt) von der Regelung betroffen wären, die niedrigeren aber nicht. Damit würde das Prinzip der einrichtungseinheitlichen Eigenanteile durchbrochen. Zusätzlich würde die Anwendung der Bestandsschutzregelungen in Kürzungsfällen erschwert. Angesichts dessen und vor dem Hintergrund von Hinweisen aus der Praxis, dass die Regelung im Rahmen der Überleitung wieder etwas häufiger zum Tragen käme, wird sie deshalb gestrichen.

Die bisher im Gesetzentwurf enthaltene Abschlagsregelung knüpfte inhaltlich an die derzeit gel-

tende Regelung des § 43 Absatz 4 an. Beide werden nicht aufrechterhalten.

Zu Absatz 4 – aufgehoben

Im geltenden Recht wird bestimmt, dass Pflegebedürftige, die vollstationäre Pflege wählen, obwohl diese nach Feststellung der Pflegekasse nicht erforderlich ist, zu den pflegebedingten Aufwendungen einen Zuschuss in Höhe des in § 36 Absatz 3 für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Gesamtwertes erhalten. Der dahinter stehende Gedanke ist, dass Pflegebedürftige nicht in den Genuss der - gegenüber der ambulanten Pflegesachleistung bislang höheren - Leistungsbeträge für die vollstationäre Pflege kommen sollen, da vollstationäre Pflege in ihrem Fall (noch) nicht erforderlich ist. Sie sollen aber auch nicht schlechter stehen als sie bei der Pflege in der eigenen Häuslichkeit stehen würden. Daher werden die Leistungsbeträge, die zu Hause für ambulante Pflegesachleistungen zur Verfügung stehen, als Zuschuss zu den Kosten des Heimaufenthalts gezahlt. Infolge der mit diesem Gesetz vorgenommenen Neuordnung der Leistungsbeträge für die ambulante und die vollstationäre Pflege kann diese Regelung nicht mehr aufrecht erhalten werden, da die Leistungsbeträge für ambulante Sachleistungen nun teilweise höher liegen als die Leistungsbeträge, die in dem gleichen Pflegegrad für die vollstationäre Pflege vorgesehen sind. Dies ist Ausfluss einerseits der wiederholt vorgenommenen Stärkung der häuslichen Pflege und andererseits der Einführung eines einrichtungseinheitlichen pflegebedingten Eigenanteils in der vollstationären Pflege.

Anstelle der bisherigen Regelung sieht der Gesetzentwurf vor, dass sowohl auf die für die vollstationäre Pflege vorgesehenen Sachleistungsbeträge der Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 als auch auf den Zuschuss für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 ein Abschlag in Höhe von 20 Prozent eingeführt wird, wenn nach der Feststellung der Pflegekasse vollstationäre Pflege nicht erforderlich ist. In Höhe des Abschlags sind die Kosten dann von dem Pflegebedürftigen bzw. ggf. vom Träger der Sozialhilfe zu tragen.

Hinsichtlich der Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 ist allerdings in der Regel davon auszugehen, dass sie nicht ohne gute Gründe ein vollstationäres Pflegeheim wählen, um ihre Versorgung sicherzustellen. In den meisten Fällen wird eine nähere Prüfung auch zu dem Ergebnis führen, dass eine vollstationäre Pflege im Einzelfall doch gerechtfertigt ist. In diesen Fällen werden die Betroffenen mit einem erhöhten Begründungsaufwand und die Pflegekassen und der Medizinische Dienst der Krankenversicherung mit Prüfaufwand belastet, der sich im Ergebnis als unnötig erweist. In den wenigen Fällen, in denen theoretisch auch eine häusliche Pflege vorstellbar wäre und der Abschlag zur Anwendung kommen könnte, bedeutet er für die Pflegebedürftigen vor allem in den höheren Pflegegraden jedoch eine unangemessen hohe Belastung. Hinsichtlich des Pflegegrades 1 führt die Regelung ebenfalls zu unangemessenen Ergebnissen. Denn der neue § 43 Absatz 3 sieht vor, dass Pflegebedürftige des Pflegegrades 1, die vollstationäre Pflege wählen, an sich - ähnlich der Konzeption des heutigen Rechts - denselben Betrag als Zuschuss bekommen sollen, den sie bei ambulanter Pflege im Rahmen des Entlastungsbetrags für Leistungen verwenden könnten. Auf diesen Betrag von 125 Euro monatlich einen Abschlag in Höhe von 20 Prozent vorzunehmen, erscheint unangemessen.

Die Abschlagsregelung des Absatzes 4 wird daher aufgehoben. Dies dient gleichzeitig auch der Entbürokratisierung und der Entlastung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung.