



**Einführung des Neuen
Pflegebedürftigkeitsbegriffs 2017**

Arbeitshilfe

zum Zweiten Pflegestärkungsgesetz

(PSG II)

für vollstationäre Einrichtungen

Inhalt

I. Einleitung	4
II. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff	7
1. Definition der Pflegebedürftigkeit (§ 14 Abs. 1 SGB XI)	7
2. Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument (§ 15 SGB XI)	11
3. Verfahren zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit (§ 18 SGB XI)	12
III. Übergangs- und Überleitungsregelungen für vollstationäre Einrichtungen	13
1. Personalrichtwerte in Rahmenverträgen (§ 75 Abs. 3 Satz 4 und 5 SGB XI)	13
2. Ermittlung der einrichtungseinheitlichen Eigenanteile der Pflegegrade 2 – 5 in der vollstationären Pflege (§ 84 Abs. 2 SGB XI)	13
a. Negative einrichtungseinheitliche Eigenanteile.....	14
b. Abrechnung der Heimentgeltbestandteile (Pflegesätze, Leistungsbeträge, Einrichtungseinheitliche Eigenanteile und Bestandsschutzzuschläge)	14
3. Pflegesatzvereinbarungen im Zuge der Überleitung (§§ 92c bis 92f SGB XI)	15
4. Vereinfachte Nachverhandlungsmöglichkeit bei unvorhersehbaren wesentlichen Veränderungen (§ 85 Abs.7 SGB XI)	15
5. Umsetzung der vereinbarten Pflegesätze in die Wohn- und Betreuungsverträge – Vorschriften des WVBVG	16
6. Integration und Refinanzierung von 5 Prozent der Personalaufwendungen für eine zusätzliche Vollzeitkraft bzgl. der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung (§§ 84 Abs. 8, 85 Abs. 8 SGB XI).....	16
7. Erstattungsbetrag bei Rückstufung nach aktivierender und rehabilitativer Maßnahmen wird erhöht (§ 87a Abs. 4 SGB XI).....	17
IV. Überleitungsregelungen für Pflegeversicherte.....	17
1. Anzuwendendes Recht und Überleitung in die Pflegegrade (§ 140 SGB XI).....	17
2. Besitzstandsschutz für pflegebedürftige Personen in vollstationären Pflegeeinrichtungen (§ 141 Abs.3 SGB XI)	18
3. Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren (§§ 18, 142 SGB XI).....	19
V. Leistungen der Pflegeversicherung	19
1. Leistungen in der Vollstationären Pflege (§ 43 SGB XI)	19
2. Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 43b SGB XI – bisher § 87b SGB XI)	20
3. Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI)	20
4. Leistungen für Pflegegrad 1 ab 01.01.2017 (§ 28a SGB XI).....	21
VI. Aufklärung, Beratung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen (§§ 7-7b, 17 Abs.1a SGB XI)	22

VII. Beitragssatz (§55 SGB XI)	22
VIII. Anerkennung tariflicher Vergütungen (§ 84 SGB XI)	23
IX. Qualitätsprüfungen (§§ 114, 115 SGB XI)	23
1. Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität (§ 113 SGB XI).....	23
2. Qualitätsausschuss, Ausgestaltung eines Qualitätsausschusses (§ 113b SGB XI) ...	24
3. Personalbemessung in Pflegeeinrichtungen (§ 113c SGB XI).....	24
X. Anlage 1 - Übersicht aller Leistungsbeträge für Pflegebedürftige ab 01.01.2017 ..	25

I. Einleitung

Im August 2015 wurde der Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften, auch 2. Pflegestärkungsgesetz – PSG II genannt, vorgelegt. Nachdem dieser das Gesetzgebungsverfahren durchlaufen hat, wurde das Gesetz im November 2015 durch den Bundestag beschlossen und ist am 01.01.2016 in Kraft getreten. Die wesentlichen Änderungen und die Einführung der neuen Pflegegrade finden zum 01.01.2017 statt.

Da sich insbesondere die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zeitlich herauszögerte, wurden die Leistungen der Pflegeversicherung für demenziell erkrankte Pflegebedürftige und Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz ohne Pflegestufe schrittweise mit den vorangegangenen Reformen ausgeweitet und zahlreiche Verbesserungen in der pflegerischen Versorgung für Pflegebedürftige und ihre Angehörige umgesetzt. Insbesondere wurden Leistungen für Pflegebedürftige sowie deren Angehörige flexibilisiert und die Zahl der zusätzlichen Betreuungskräfte in stationären Pflegeeinrichtungen erhöht.

Mit der nun erfolgten Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen Begutachtungsinstruments wird eine langjährige Forderung des Paritätischen umgesetzt. Dies führt zum Perspektivwechsel in der Pflegeversicherung. Damit einher geht die Änderung der Zuordnung nach Schwere der Pflegebedürftigkeit. Aus 3 Pflegestufen werden 5 Pflegegrade. Damit wird die seit 20 Jahren bestehende systemisch bedingte Ungleichbehandlung von somatisch und kognitiv beeinträchtigten Menschen aufgehoben. Pflegerische Betreuungsmaßnahmen werden als neue gleichrangige Leistung ins SGB XI eingeführt und stehen künftig allen pflegebedürftigen Menschen zur Verfügung. Die alte defizitorientierte Sichtweise auf Pflege wird abgelöst durch ein neues Verständnis von Pflege, das den Blick auf die noch bestehenden Fähigkeiten und Ressourcen lenkt, um die Selbständigkeit der Person zu erhalten oder wieder herzustellen. Prävention und Rehabilitation rücken somit in den Vordergrund.

Die Pflegeversicherung übernimmt damit ein fachwissenschaftlich begründetes Verständnis von Pflegebedürftigkeit:

- Gleichberechtigte Berücksichtigung körperlicher, kognitiver und psychischer Beeinträchtigungen
- Fokus auf Erhalt und Förderung Selbständigkeit
- Abkehr vom engen Verrichtungs-begriff

Dieses fachwissenschaftliche Verständnis ist fortan der Wegweiser für die Praxis der pflegerischen Versorgung.

Das neue Verständnis ist vielen beruflich Pflegenden bereits heute vertraut. Aber: gesetzliche und vertragliche Rahmenbedingungen haben die Umsetzung dieses Verständnisses in die Pflegepraxis bislang nicht hinreichend ermöglicht und befördert.

Das Zweite Pflegestärkungsgesetz enthält aus Sicht ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen im Wesentlichen folgende Änderungen:

- Das neue Begutachtungsinstrument reflektiert im Zusammenhang mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff ein neues Verständnis von Pflegebedürftigkeit (§§ 14, 15 SGB XI)
- Neuausrichtung der Leistungen als Rahmen für ein neues Verständnis von Pflege, (§ 36 SGB XI)
 - Regelmäßige und gleichberechtigte Einbeziehung von pflegerischen Betreuungsmaßnahmen
 - Durch Bezugnahme auf § 14 Absatz 2 SGB XI: umfassendes, differenziertes Pflegeverständnis
 - Stärkung von pflegefachlicher Anleitung
- Gleichstellung aller Versicherten in vollstationären Einrichtungen durch Zahlung eines einheitlichen Eigenanteils (§ 84 Abs.2 SGB XI)
- Individueller Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung, (§ 43b SGB XI), Vergütungszuschlag für Vorhaltung von Betreuungskräften (§§ 84 Abs.8, 85 Abs.7 – Fortführung der bisherigen Regelung in § 87b)
- Stärkung der Beratung, Ausbau der Beratungsansprüche (§§ 7a, 37 Abs. 3, 45 SGB XI)
- gesonderte Präventions- und Rehabilitationsempfehlung
 - Präventionsgesetz: Verbesserte Leistungen der Prävention, z.B. auch in stat. Pflegeeinrichtungen (§ 18 Abs. 6 SGB XI)
- Vereinfachter Zugang zu Hilfsmitteln durch Antrags- und Genehmigungsfiktion (§ 18 Abs. 6a SGB XI)

Mit der Pflegereform wurde ein grundlegender Systemwechsel vollzogen, dessen Umsetzung in der Praxis einige Zeit erfordern wird. Dabei zeigt sich, dass insbesondere die Neuregelungen zur Berechnung der Entgelte in vollstationären Pflegeeinrichtungen Unwägbarkeiten mit sich bringen, die die Einrichtungen vor eine große Herausforderung stellen.

Die Einführung des einrichtungseinheitlichen Eigenanteils hat nicht nur wesentliche Auswirkungen auf die Pflegesatzkalkulation, sondern bereitet in der praktischen Umsetzung erhebliche Schwierigkeiten. Die gesetzlichen Vorgaben zur Berechnung dieses Eigenanteils sind sehr komplex und führen dazu, dass weiterhin Fragen bei der Abrechnung der Entgelte bestehen. Hinzu kommen Besitzstandsschutzregelungen,

die im Zusammenwirken mit dem Eigenanteil viele ungeklärte Fragen aufwerfen. Problematisch sind vor allem die Fragen, ob der einrichtungseinheitliche Eigenanteil ein stetig gleichbleibender Betrag sein muss und wie die Kürzung der Entgelte (Pflegesatz, einrichtungseinheitlicher Eigenanteil, Bestandsschutzzuschlag) bei vorübergehender Abwesenheit vorzunehmen ist (Näheres hierzu unter Punkt III Nr.2).

Gleichzeitig ist die Umsetzung der neuen Entgeltbestandteile in die Verträge mit den Bewohnern unter Einhaltung der Vorgaben des Wohn- und Betreuungsvertragsgesetzes erschwert (Näheres hierzu unter Punkt III Nr.5).

Diese Arbeitshilfe wird stetig weiterentwickelt. Zum Zeitpunkt der Veröffentlichung stehen die zukünftigen Regelungen für Pflegebedürftige und für weitere Leistungsempfänger noch nicht fest, die über den Sozialhilfeträger Leistungen der Hilfe zur Pflege beziehen (müssen). Dies betrifft im besonderen Maße sozialhilfebedürftige Menschen in vollstationären Einrichtungen, die nicht bzw. nur im geringen Umfang pflegebedürftig sind sowie pflegebedürftige Menschen mit Behinderung. Die Regelungen werden mit dem Dritten Pflegestärkungsgesetz (PSG III) voraussichtlich noch zum Ende dieses Jahres auf den Weg gebracht.

Ihr Paritätischer Wohlfahrtsverband

II. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff

Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs hat Auswirkungen auf die bestehenden Rahmen, Versorgungs-, und Vergütungsverträge sowie das Pflegemanagement und die Konzepte der Einrichtungen.

Einrichtungen müssen ihre fachlichen Konzeptionen überprüfen und anpassen. Pflegekonzepte müssen an die geänderten Begrifflichkeiten und das ggf. veränderte Spektrum pflegerischer Maßnahmen bzw. veränderte Schwerpunkte (pflegerische Betreuung, aktivierende Pflege) angepasst werden. Schulungen von Leitungskräften und MitarbeiterInnen über das geänderte fachwissenschaftliche Verständnis von Pflege sind unabdingbar.

Bestehende Angebote für die Bewohnerinnen und Bewohner müssen noch stärker auf den Erhalt und die Wiedergewinnung der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten ausgerichtet sein. Das kann dazu führen, dass auch andere Fachkräfte in der Einrichtung tätig werden. Einzelne Maßnahmen, wie z.B. das gemeinsame Kochen müssen unter neuen ggfs. präventiven Aspekten geplant werden. Es muss der Übergang von einer verrichtungsbezogenen Pflege auf eine umfassende Sichtweise der problemorientierten Gestaltung von Pflege, Betreuung und Entlastung stattfinden.

1. Definition der Pflegebedürftigkeit (§ 14 Abs. 1 SGB XI)

Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die auf Dauer (mind. 6 Monate) körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können.

Es handelt sich hierbei um einen grundsätzlichen Paradigmenwechsel. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff impliziert, dass die defizitorientierte Sichtweise aufgegeben wird. Fortan wird nicht mehr der Bedarf in Minuten gemessen, sondern der Grad der Selbstständigkeit. Hilfsmittel, welche die Selbstständigkeit erhöhen, verringern die Pflegebedürftigkeit. Im derzeitigen System kommen nur die Bereiche zur Begutachtung, die einen Aufwand auslösen. Künftig kommen alle im NBA vorgesehenen Fragen zur Anwendung. Wenn sich also keine Treppe im Haushalt befindet, wird trotzdem bewertet, in welcher Form das Treppensteigen selbstständig möglich ist.

Die sechs Module, in denen gesundheitsbedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit bzw. der Fähigkeiten vorliegen können, sind gemäß § 14 Abs.2 SGB XI:

- Mobilität
- kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

- Selbstversorgung
- Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
- Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr eigenständig bewältigt werden kann, werden dabei berücksichtigt. Dabei werden körperliche, geistige und psychische Einschränkungen gleichermaßen erfasst und in die Einstufung einbezogen. Im Rahmen der Begutachtung wird der Grad der Selbständigkeit in den sechs Bereichen gemessen die - mit unterschiedlicher Gewichtung - zu einer Gesamtbewertung führt. Aus dieser ergibt sich dann die Einstufung in den Pflegegrad.

Zu den Inhalten der Module (aus dem leistungsrechtlichen Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes vom 26.04.2016):

Bereich 1: Mobilität

Maßgeblich ist, ob der Antragsteller in der Lage ist, ohne personelle Unterstützung eine Körperhaltung einzunehmen/ zu wechseln und sich fortzubewegen. Es werden lediglich Aspekte wie Körperkraft, Balance, Bewegungskoordination etc. beurteilt und nicht die zielgerichtete Fortbewegung. Es werden nicht die Folgen kognitiver Beeinträchtigungen berücksichtigt. Der Bereich beinhaltet die folgenden Kriterien:

- Positionswechsel im Bett
- Halten einer stabilen Sitzposition
- Umsetzen
- Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs
- Treppensteigen

Bereich 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

In diesem Bereich werden ausschließlich kognitive und kommunikative Fähigkeiten und Aktivitäten betrachtet. Maßgeblich sind Aspekte des Erkennens, Entscheidens oder des Steuerns von Aktivitäten und nicht deren motorische Umsetzung. Es ist unerheblich, ob ein zuvor selbständiger Erwachsener eine Fähigkeit verloren hat oder nie ausgebildet hat. Der Bereich beinhaltet die folgenden Kriterien:

- Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld
- Örtliche Orientierung
- Zeitliche Orientierung
- Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen
- Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen
- Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben
- Verstehen von Sachverhalten und Informationen
- Erkennen von Risiken und Gefahren
- Mitteilen von elementaren Bedürfnissen
- Verstehen von Aufforderungen
- Beteiligen an einem Gespräch

Bereich 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

In diesem Bereich werden Verhaltensweisen und psychische Problemlagen als Folge von Gesundheitsproblemen betrachtet, die immer wieder auftreten und personelle Unterstützung erforderlich machen. Im Mittelpunkt steht die Frage, inwieweit der Antragsteller sein Verhalten ohne personelle Unterstützung steuern kann. Von fehlender „Selbststeuerung“ ist auch dann auszugehen, wenn ein Verhalten zwar nach Aufforderung abgestellt wird, aber danach immer wieder aufs Neue auftritt, weil das Verbot nicht verstanden wird oder die Person sich nicht erinnern kann.

- Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten
- Nächtliche Unruhe
- Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten
- Beschädigen von Gegenständen
- Psychisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen
- Verbale Aggression
- Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten
- Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen
- Wahnvorstellungen
- Ängste
- Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage
- Sozial inadäquate Verhaltensweisen
- Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen

Bereich 4: Selbstversorgung

In diesem Bereich ist maßgeblich, ob die Aktivitäten in den nachfolgend genannten Kriterien praktisch durchgeführt werden können. Es ist unerheblich, ob die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit aufgrund von Schädigungen somatischer oder mentaler Funktionen bestehen. Die Kriterien sind wie folgt:

- Waschen des vorderen Oberkörpers
- Körperpflege im Bereich des Kopfes
- Waschen des Intimbereichs
- Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare
- An- und Auskleiden des Oberkörpers
- An- und Auskleiden des Unterkörpers
- Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken
- Essen
- Trinken
- Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls
- Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma
- Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma
- Ernährung parenteral oder über Sonde,
- Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern im Alter von bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen.

Bereich 5: Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

In diesem Bereich geht es um die Durchführung ärztlich verordneter Maßnahmen, die gezielt auf eine bestehende Erkrankung ausgerichtet und für voraussichtlich mindestens sechs Monate erforderlich sind. Maßgeblich ist, ob der Antragsteller die jeweilige Aktivität praktisch durchführen kann. Es ist unerheblich, ob die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit aufgrund von Schädigungen somatischer oder mentaler Funktionen bestehen. Ist dies nicht der Fall, wird die Häufigkeit der Hilfe durch andere Personen dokumentiert (oftmals identisch mit der ärztlich angeordneten Häufigkeit).

- Medikation, Injektionen
- Versorgung intravenöser Zugänge (Port)
- Absaugen und Sauerstoffgabe
- Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen
- Messung und Deutung von Körperzuständen
- Körpernahe Hilfsmittel
- Verbandwechsel und Wundversorgung
- Versorgung mit Stoma
- Regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abfuhrmethoden
- Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung
- Zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung
- Arztbesuche
- Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (bis zu 3. Std.)
- Zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (länger als 3 Std.)
- Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften
- Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern

Bereich 6: Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Maßgeblich ist, ob der Antragsteller die Aktivität in den nachfolgend genannten Kriterien praktisch durchführen kann. Es ist unerheblich, ob die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit aufgrund von Schädigungen somatischer oder mentaler Funktionen bestehen. Die Kriterien im Einzelnen sind wie folgt:

- Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen
- Ruhen und Schlafen
- Sich beschäftigen
- Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen
- Interaktion mit Personen im direkten Kontakt
- Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds

Zusätzlich wird erfasst, ob eine besondere Bedarfskonstellation vorliegt. Besondere Bedarfskonstellationen betreffen Antragsteller mit schwersten Beeinträchtigungen und einem außergewöhnlich hohen bzw. intensiven Hilfebedarf, der besondere Anforderun-

gen an die pflegerische Versorgung aufweist. Das Vorliegen einer besonderen Bedarfskonstellation wird in den Begutachtungs-Richtlinien definiert (vgl. Ziffer 2 zu § 15 SGB XI). Hier wird das Kriterium Gebrauchsunfähigkeit beider Arme und Beine berücksichtigt.

2. Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument (§ 15 SGB XI)

Das Begutachtungsinstrument greift die Module nach § 14 Absatz 2 auf. Der Schweregrad wird in den Modulen 1, 2, 4 und 6 nach den Kategorien selbständig, überwiegend selbständig, überwiegend unselbständig und unselbständig erfasst. Im Modul 3 werden die Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen nach der Häufigkeit des Auftretens nach den vier Kategorien nie, maximal einmal wöchentlich, mehrmals wöchentlich und täglich kategorisiert. In Modul 5 wird der Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen nach dem Vorkommen, der Häufigkeit des Auftretens oder der Selbständigkeit bei der Durchführung kategorisiert.

Die Module fließen mit folgender Gewichtung in das Ergebnis ein:

- Mobilität (10 %)
- kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie 4. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen (15 %)
- Selbstversorgung (40 %)
- Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen (20 %)
- Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (15 %)

Die unterschiedliche Gewichtung der Bereiche und der mit Punktzahlen hinterlegte Grad der Selbständigkeit führen zu einer Gesamtpunktzahl, die die Grundlage für den entsprechenden Pflegegrad bildet.

Für das Erreichen eines Pflegegrades wurden auf einer Skala 0 bis 100 Punkte vergeben.

- Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigung der Selbständigkeit (ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkte)
- Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigung der Selbständigkeit (ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkte)
- Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigung der Selbständigkeit (ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkte)
- Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit (ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkte)
- Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung (ab 90 bis 100 Gesamtpunkte)

Sonderfall:

Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung auf-

weisen (Besondere Bedarfslagen), können dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte nicht für den Pflegegrad 5 reichen.

Das NBA wird darüber hinaus die Bereiche außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung erfassen, die als „Module“ 7 und 8 aber nicht in die Bewertung einfließen.

Im Ergebnis werden durch die Module Selbstversorgung und Mobilität die bisherigen Bereiche der Grundpflege und Mobilität ab. Die Module „Kognitive und kommunikative Fähigkeiten“ und „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“ bilden den bisherigen Bereich der erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz (§ 45 a SGB XI) ab. Das Modul „Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte“ wurde bisher nur eingeschränkt erfasst. Die Module „Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen und „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“ sind neue Bereiche, die bisher keine Berücksichtigung bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit fanden.

Der GKV-Spitzenverband hat am 15.04.2016 die neuen Begutachtungsrichtlinien–BRi erlassen, die ab dem 01.01.2017 für die Begutachtung maßgeblich sind. Mit den neuen Begutachtungs-Richtlinien werden die ab 1. Januar 2017 geltenden gesetzlichen Vorgaben in § 15 i.V.m. den Anlagen 1 und 2 des SGB XI zum neuen Begutachtungsverfahren (Neues Begutachtungsassessment) ausgestaltet. Sie sind künftig die verbindliche Maßgabe für die Begutachtung nach dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff. Diese finden Sie auf der Internetseite des GKV Spitzenverbandes.

Weiterführende Informationen zum neuen Begutachtungsassessment finden Sie unter anderem in der Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Band 2 des GKV-Spitzenverbandes

[www.gkv-spitzenverband.de
/media/dokumente/presse/publikationen/schriftenreihe/Schriftenreihe_Pflege_Band-11.pdf](http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/schriftenreihe/Schriftenreihe_Pflege_Band-11.pdf)

und in zahlreichen Fachinformationen des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen

www.mds-ev.de/themen/pflegebeduerftigkeit-ab-2017/neuer-pflegebeduerftigkeitsbegriff.html

3. Verfahren zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit (§ 18 SGB XI)

Das separate Verfahren zur Ermittlung einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz (PEA Assessment) wird aufgehoben. Die Gutachter werden verpflichtet, auch die Bereiche außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung in die Erfassung der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit und Fähigkeitsstörungen einzubeziehen, für die in Absatz 5a Kriterien aufgestellt werden.

Dem Antragsteller wird künftig das Gutachten automatisch durch die Pflegekasse übermittelt. Dem Gutachten wird eine zentrale Rolle mit Blick auf die Beratung und das Erstellen eines Versorgungsplans und dem Versorgungsmanagement zugemessen.

Die Ergebnisse des Gutachtens sind transparent darzustellen und dem Antragsteller verständlich zu erläutern.

Der § 18 SGB XI wird um den Absatz 6a erweitert. MDK-Gutachter haben in ihrem Gutachten auch Empfehlungen zu Hilfsmitteln zu geben. Die Gutachter sollen sich so konkret wie möglich an den jeweiligen Lebensumständen des versicherten orientieren. Sofern die Erforderlichkeit der Hilfsmittel unter Berücksichtigung des § 40 SGB XI vermutet wird, ist eine ärztliche Verordnung nicht notwendig.

III. Übergangs- und Überleitungsregelungen für vollstationäre Einrichtungen

Um den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff in der Praxis umzusetzen, müssen die Rahmenvereinbarungen und die Vergütungsregelungen an die neuen Pflegegrade und die Ausweitung der Leistungen angepasst werden. Hierzu macht der Gesetzgeber folgende Vorgaben:

1. Personalrichtwerte in Rahmenverträgen (§ 75 Abs. 3 Satz 4 und 5 SGB XI)

Der mit der Einführung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs verbundene Paradigmenwechsel erfordert eine Überprüfung der bisherigen Personalstruktur. Mit der Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade unterteilen sich die Personalanzahlzahlen künftig nach Pflegegraden.

2. Ermittlung der einrichtungseinheitlichen Eigenanteile der Pflegegrade 2 – 5 in der vollstationären Pflege (§ 84 Abs. 2 SGB XI)

Im vollstationären Bereich sollen die Pflegebedürftigen in den Pflegegraden 2 bis 5 gleich hohe Eigenanteile, sog. einrichtungseinheitliche Eigenanteile, zahlen. Das Verfahren für die Berechnung des einrichtungseinheitlichen Eigenanteils ist in § 92e SGB XI geregelt. Zur Ermittlung der Höhe des einrichtungseinheitlichen Eigenanteils wird zu einem festgelegten Stichtag der Gesamtbetrag der Pflegesätze für BewohnerInnen der Pflegestufen 1 bis 3 (einschließlich der Härtefälle sowie BewohnerInnen ohne Pflegestufe, jedoch mit eingeschränkter Alltagskompetenz) bestimmt und mit dem Faktor 30,42 auf den Kalendermonat hochgerechnet. Hiervon wird die Summe der Leistungsbeträge nach § 43 SGB XI der übergeleiteten Bewohner in die Pflegegrade 2 bis 5 in Abzug gebracht und durch die Zahl der Bewohner der Pflegegrade 2 bis 5 geteilt. Daraus resultiert dann der monatliche einrichtungseinheitliche Eigenanteil.

Die Einführung des einrichtungseinheitlichen Eigenanteils ist politisch u.a. deswegen durchgesetzt worden, weil verhindert werden sollte, dass die Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, für die das PSG II erhebliche Verbesserungen bringt, nämlich durch höhere Pflegeeinstufungen, diese nicht mit höheren Eigenanteilen bezahlen müssen. Im Rahmen der jahrelangen Beratungen des Pflegebedürftigkeitsbegriffs in Beiräten ist dieses Thema im Grunde kaum debattiert und überraschend in das Gesetz aufgenommen worden.

Wichtig: Der einrichtungseinheitliche Eigenanteil wird für die pflegebedingten Aufwendungen berechnet. Die ebenfalls selbst zu tragenden Kosten für Unterkunft und Verpflegung, Investitionskosten sowie ggf. Privatzahlerleistungen bleiben dabei unberücksichtigt.

Die Abrechnung der neuen Pflegesätze bringt in Verbindung mit dem einrichtungseinheitlichen Eigenanteil (EEE) und den Zahlungen der Pflegekassen für die Bestandswahrung noch Unklarheiten mit sich.

a. Negative einrichtungseinheitliche Eigenanteile

In Einzelfällen kann es bei der Ermittlung des einrichtungseinheitlichen Eigenanteils aufgrund einrichtungsspezifischer Gegebenheiten dazu kommen, dass die Bewohner keinen Eigenanteil bezahlen müssen, sondern einen Überschuss zu verzeichnen haben (sog. Negativer Eigenanteil). Wie mit diesem Überschuss umzugehen ist, ist noch nicht endgültig geklärt. Das BMG hat sich in seiner Handreichung vom 09. August 2016 dafür ausgesprochen, diesen Überschuss zur Mitfinanzierung der Unterkunft und Verpflegung zu verwenden. Dies wurde in einem AA der Regierungskoalition in das laufende Gesetzgebungsverfahren zum PSG III aufgenommen und wird damit aller Voraussicht nach so übernommen werden.

b. Abrechnung der Heimentgeltbestandteile (Pflegesätze, Leistungsbeträge, Einrichtungseinheitliche Eigenanteile und Bestandsschutzzuschläge)

Problematischer ist die Frage, wie bei der Abrechnung der Leistungen mit den einzelnen Bestandteilen zu verfahren ist. Unklar ist insbesondere, ob die jeweiligen Entgeltbestandteile (EEE, Pflegesatz) täglich oder monatlich einheitlich mit einem Umrechnungsfaktor von 30,42 Tagen pro Monat berechnet werden können und wie mit dem Zusammentreffen von täglich festgelegten Pflegesätzen und monatlich bestimmten Leistungsbeträgen der Pflegekassen zu verfahren ist.

Im Ergebnis kommt es hierbei zu monatlich schwankenden EEE sowie unterschiedlichen EEE zwischen den Pflegegraden. Dies steht im Gegensatz zu der Zweckbestimmung des einrichtungseinheitlichen Eigenanteils und ist deshalb von Bedeutung.

Zu dieser Problematik hat das BMG in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Leistungserbringer eine gemeinsame Empfehlung zur Umsetzung einer einheitlichen und rechtssichereren Vergütungsabrechnung in vollstationären Pflegeeinrichtungen veröffentlicht, die hilfreiche Hilfestellungen bietet.

In dieser wird ausdrücklich klargestellt, dass grundsätzlich sowohl die monatliche als auch taggenaue Abrechnung gesetzeskonform ist. Der Grundsatz der Zahlung von einrichtungseinheitlichen Eigenanteilen setzt jedoch voraus, dass der Eigenanteil der

Bewohner im Abrechnungszeitraum zwischen den Pflegegraden nicht schwanken darf. Eine Schwankung des Eigenanteils pro Bewohner zwischen verschiedenen langen Monaten steht dem Gesetz jedoch nicht entgegen.

Die gemeinsame Empfehlung finden sie unter <https://www.regionaldialog-pflege.de/>.

3. Pflegesatzvereinbarungen im Zuge der Überleitung (§§ 92c bis 92f SGB XI)

Die im Jahr 2016 oder davor vereinbarten Pflegesätze sind ab dem 1. Januar 2017 ungültig. Für den vorgesehenen Übergang ab dem 1. Januar 2017 sind neue pflegegradbezogene Pflegesätze zu vereinbaren. Hierzu haben die Landesverbände der Kostenträger und der Pflegeeinrichtungen unter Berücksichtigung der gesetzlichen Überleitungsregelungen, neue Pflegesätze verhandelt und neue Pflegesatzvereinbarungen abgeschlossen. Einzelheiten zu den vereinbarten Regelungen und Vergütungen erhalten Sie von Ihrem Paritätischen Landesverband.

Hat eine Pflegeeinrichtung bis zum 30.09.2016 keine Vereinbarung mit dem Kostenträger abgeschlossen, dann erfolgt die Überleitung formal nach den Vorschriften der §§ 92 d – f SGB XI fortfolgende. Die Pflegesätze werden nach der im § 92 f SGB XI vorgegebenen Formel übergeleitet. Darüber hinaus hat die Pflegeeinrichtungen die Bewohner bis zum 30.11.2016 über die ab dem 01.01.2017 geltenden Pflegesätze und den einrichtungseinheitlichen Eigenanteil zu informieren und auf den Bestandsschutz nach § 141 SGB XI hinzuweisen.

4. Vereinfachte Nachverhandlungsmöglichkeit bei unvorhersehbaren wesentlichen Veränderungen (§ 85 Abs.7 SGB XI)

Durch die Einführung des einrichtungseinheitlichen Eigenanteils lässt sich eine verlässliche, prospektive Kalkulation der Kosten, die den Pflegesatzverhandlungen zu Grunde gelegt werden muss, schwer vornehmen. Nicht vorhersehbare Veränderungen der Bewohnerstruktur können nämlich dazu führen, dass die tatsächlich entstehenden Personalkosten von den kalkulatorisch angesetzten Personalkosten stark abweichen. Bisher konnten diese Kostensteigerungen durch den jeweiligen Eigenanteil der Bewohner refinanziert werden. Ab dem 01.01.2017 steigt bei dem Wechsel in einen höheren Pflegegrad allein der Leistungsbetrag der Pflegekasse, alle anderen Entgeltbestandteile bleiben gleich.

Nach dem bisherigen § 85 Abs.7 SGB XI können die Vertragsparteien bei wesentlichen, unvorhersehbaren Änderungen der Annahmen, die der Vereinbarung der Pflegesätze zu Grunde liegen, ausnahmsweise für den bereits laufenden Pflegesatzzeitraum neu verhandeln. Um dem o.g. Kostenrisiko entgegenzuwirken, besteht diese Nachverhandlungsmöglichkeit insbesondere dann, wenn sich die Bewohnerstruktur erheblich verändert. Gleichzeitig muss damit aber eine erhebliche Auseinanderentwicklung der Summe der gezahlten Pflegesätze und der dafür kalkulierten Personalkosten verbunden sein.

Kommt eine Vereinbarung nicht zustande, so kann auch hier die Schiedsstelle angerufen werden. Abweichend von § 85 Abs.5 Satz 1 SGB XI kann die Festsetzung der Pflegesätze durch die Schiedsstelle bereits dann beantragt werden, wenn die Pflegesatzvereinbarung innerhalb von vier Wochen (anstatt sechs Wochen) nach Verhandlungsaufforderung nicht abgeschlossen wurde.

5. Umsetzung der vereinbarten Pflegesätze in die Wohn- und Betreuungsverträge – Vorschriften des WBG

Wie bei jedem Abschluss einer neuen Pflegesatzvereinbarung müssen die geeinten Pflegesätze in die Vertragsbeziehung zwischen der Einrichtung und dem Bewohner wirksam umgesetzt werden. Nur dann besteht ein Anspruch auf Zahlung der neuen Pflegesätze gegenüber dem Bewohner. Für neu verhandelte Pflegesätze müssen dabei die Voraussetzungen des § 9 des Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBG) erfüllt werden. Voraussetzung für eine Entgelterhöhung ist danach, dass sich die Berechnungsgrundlage geändert hat und das geforderte Entgelt sowie dessen Erhöhung als angemessen anzusehen sind. Diese Voraussetzungen sind beim Abschluss von Pflegesatzvereinbarungen im Sinne des SGB XI grundsätzlich gegeben.

Darüber hinaus sieht § 9 Abs.2 vor, dass die beabsichtigte Erhöhung des Entgelts dem Bewohner schriftlich mitzuteilen und zu begründen ist. Das Gesetz stellt an ein solches Erhöhungsverlangen strenge Anforderungen auf, dessen Umsetzung streng beachtet werden muss.

- Aus der Mitteilung muss der Zeitpunkt hervorgehen, zu dem die Einrichtung die Erhöhung des Entgelts verlangt.
- In der Begründung muss sie unter Angabe des Umlagemaßstabs die Positionen benennen, für die sich durch die veränderte Berechnungsgrundlage Kostensteigerungen ergeben.
- Die bisherigen Entgeltbestandteile müssen den vorgesehenen neuen Entgeltbestandteilen gegenüber gestellt werden.
- Der Bewohner schuldet das erhöhte Entgelt frühestens vier Wochen nach Zugang des hinreichend begründeten Erhöhungsverlangens.
- Der Bewohner muss rechtzeitig Gelegenheit erhalten, die Angaben der Einrichtung durch Einsichtnahme in die Kalkulationsunterlagen zu überprüfen.
- Der Bewohner muss dem Erhöhungsverlangen zustimmen.

Die rechtssichere Gestaltung eines Erhöhungsverlangens stellt aufgrund der Komplexität der Überleitungsregelungen und der gesetzlichen Anforderungen eine große Herausforderung dar. Um hierdurch die vollstationären Einrichtungen ein möglichst einheitliches Vorgehen zu ermöglichen, haben die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege ein Musterschreiben zur Verwendung empfohlen. Dieses kann die Grundlage für ein solches Erhöhungsverlangen sein und wird durch Ihren Paritätischen Landesverband gerne zur Verfügung gestellt.

6. Integration und Refinanzierung von 5 Prozent der Personalaufwendungen für eine zusätzliche Vollzeitkraft bzgl. der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung (§§ 84 Abs. 8, 85 Abs. 8 SGB XI)

Die bisherigen Regelungen des § 87b – künftig in § 43b SGB XI geregelt, als zusätzliche, die Pflegebedürftigen finanziell nicht belastende Leistung, die durch zusätzliches Betreuungspersonal in den stationären Pflegeeinrichtungen erbracht wird, wird hiermit fortgeschrieben. Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen haben

Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung, die über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinausgeht.

Die stationären Einrichtungen werden verpflichtet, entsprechendes Personal einzustellen, für welches sie einen Vergütungszuschlag erhalten. Die Vereinbarung des Vergütungszuschlages erfolgt, wie bisher auch, auf der Grundlage, dass in der Regel für jeden Pflegebedürftigen 5 Prozent der Personalaufwendungen für eine zusätzliche Vollzeitkraft finanziert wird. Damit handelt es sich im Wesentlichen um die Fortschreibung der bisherigen Regelungen.

Eine Absenkung der vereinbarten Pflegesätze in Hinblick auf die soziale Betreuung der Pflegebedürftigen ist mit der Vereinbarung der Vergütungszuschläge nicht verbunden.

7. Erstattungsbetrag bei Rückstufung nach aktivierender und rehabilitativer Maßnahmen wird erhöht (§ 87a Abs. 4 SGB XI)

Der Erstattungsbetrag bei Rückstufung wird von 1 597 Euro auf 2 952 Euro erhöht. Die Erstattung erfolgt, wenn der Pflegebedürftige nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in einen niedrigeren Pflegegrad zurückgestuft wurde oder festgestellt wurde, dass er nicht mehr pflegebedürftig ist.

IV. Überleitungsregelungen für Pflegeversicherte

1. Anzuwendendes Recht und Überleitung in die Pflegegrade (§ 140 SGB XI)

Versicherte der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung werden mit Wirkung ab dem 1. Januar 2017 ohne erneute Antragstellung und ohne erneute Begutachtung einem Pflegegrad zugeordnet. Die Zuordnung ist dem Versicherten schriftlich mitzuteilen. Die Überleitung ist in § 140 SGB XI geregelt und ist wie folgt vorzunehmen:

- Pflegebedürftige ohne eingeschränkte Alltagskompetenz → Einfacher Stufensprung
- Pflegebedürftige mit eingeschränkte Alltagskompetenz → Doppelter Stufensprung
- Härtefälle mit oder ohne eingeschränkte Alltagskompetenz in den Pflegegrad 5
- Versicherte ohne Pflegestufe, aber mit eingeschränkter Alltagskompetenz (so genannte PS 0) in den Pflegegrad 2

Die Zuordnung zu dem Pflegegrad, in den der Versicherte übergeleitet worden ist, bleibt auch bei einer Begutachtung nach dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht erhalten, es sei denn, die Begutachtung führt zu einer Anhebung des Pflegegrades oder zu der Feststellung, dass keine Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 SGB XI in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung mehr vorliegt.

Durch die Übergangsregelung gem. § 142 SGB XI wird das Aussetzen von Wiederholungsbegutachtungen für die Pflegebedürftigen, die von einer Pflegestufe in einen Pflegegrad übergeleitet wurden, für einen Zeitraum von zwei Jahren festgelegt. Ein Höherstufungsantrag führt unabhängig davon zu einer neuen Begutachtung. Eine Absenkung des Pflegegrades ist für „übergeleitete“ Personen ausgeschlossen, es sei denn, es liegt keine Pflegebedürftigkeit mehr vor.

2. Besitzstandsschutz für pflegebedürftige Personen in vollstationären Pflegeeinrichtungen (§ 141 Abs.3 SGB XI)

Pflegebedürftige Personen in den Pflegegraden 2 – 5 zahlen ab dem 01.01.2017 unabhängig vom Grad der Pflegebedürftigkeit einen einrichtungseinheitlichen Eigenanteil. Dieser weicht von dem bisher zu zahlenden pflegebedingten, individuellen Eigenanteil ab. Ist der einrichtungseinheitliche Eigenanteil ab dem 01.01.2017 höher als der ursprüngliche individuelle Eigenanteil, so ist zum Leistungsbetrag nach § 43 SGB XI ein Zuschlag in Höhe der Differenz von der Pflegekasse an die Pflegeeinrichtung zu zahlen. Maßgeblich für die Berechnung dieses Bestandszuschlags ist der individuelle Eigenanteil, der im Dezember 2016 gezahlt wurde.

Wie mit dem Bestandsschutzzuschlag bei späteren Änderungen der Verhältnisse umzugehen ist, führt der GKV-Spitzenverband in seinem gemeinsamen Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Vorschriften vom 26.04.2016 (S.271) Folgendes aus:

Der vorgesehene Zuschlag nach § 141 Abs. 3 SGB XI wird dauerhaft gewährt, ohne dass ein gesonderter Antrag des Pflegebedürftigen erforderlich ist. Ändert sich die Differenz zwischen dem Leistungsbetrag nach § 43 SGB XI und dem Pflegesatz in der Folgezeit, z. B. durch eine Anhebung des Pflegesatzes der Einrichtung, ist dieser Anstieg vom Pflegebedürftigen zu tragen. Reduziert sich die Differenz z. B. durch eine Anhebung des Leistungsbetrags nach § 43 SGB XI, so ist der Zuschlag entsprechend zu mindern.

Bei Wechsel der vollstationären Pflegeeinrichtung nach dem 01.01.2017 bleibt der Besitzstandsschutz erhalten, jedoch begrenzt auf die Höhe des Zuschlages, der vor dem Wechsel an die Einrichtung zu zahlen war. Ist der einrichtungseinheitliche Eigenanteil in der aufnehmenden Einrichtung niedriger als in der bisherigen Einrichtung, ist der Zuschlag entsprechend zu reduzieren. Der Besitzstandsschutz besteht in Höhe des nunmehr reduzierten Zuschlages.

Angesichts der unterschiedlichen Besitzstandsschutzsystematiken entfällt dieser Besitzstandsschutz, wenn jemand aus der häuslichen Pflege in die vollstationäre Pflege wechselt. Dies dürfte voraussichtlich auch umgekehrt der Fall sein. Der Pflegegrad wird aber beibehalten.

3. Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren (§§ 18, 142 SGB XI)

Bei pflegebedürftigen Versicherten werden vom 1. Juli 2016 bis zum 31. Dezember 2018 keine Wiederholungsbegutachtungen¹ durchgeführt (vgl. §§ 18 Abs. 2a, 142). Abweichend können Wiederholungsbegutachtungen durchgeführt werden, wenn eine Verringerung des Hilfebedarfs, insbesondere aufgrund von durchgeführten Operationen oder Rehabilitationsmaßnahmen zu erwarten ist. Dies betrifft alle Pflegeversicherten, bei denen im Jahr 2016 bereits Pflegebedürftigkeit festgestellt wurde und die von Pflegestufen in die Pflegegrade nach § 140 übergeleitet wurden.

Für Fälle in denen der Erstantrag nach dem 01.01.2017 gestellt wurde, gilt dies jedoch nicht.

Wichtig: Ein Antrag auf Neueinstufung bzw. Höherstufung kann weiterhin jederzeit gestellt werden.

In der Zeit vom 1. November 2016 bis zum 31. Dezember 2017 ist die Bearbeitungsfrist für Anträge auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit von 25 Arbeitstagen grundsätzlich unbeachtlich, ausgenommen sind Antragsteller, bei denen die verkürzten Begutachtungen von 1 bzw. 2 Wochen gem. § 18 Abs. 3 SGB XI (z.B. Im Krankenhaus, Beantragung von Pflegezeit) greifen oder bei denen ein besonders dringlicher Entscheidungsbedarf vorliegt. Dieser ist vom Spitzenverband der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen (GKV) mit Schreiben August 2016 definiert worden: Ausgenommen sind grundsätzlich alle Erstanträge.

Für den Zeitraum vom 01. November 2016 bis zum 31. Dezember 2017 wird ebenso die Verpflichtung der Pflegekasse, dem Antragsteller mindestens drei unabhängige Gutachter zu benennen, wenn innerhalb von 20 Arbeitstagen nach Antragstellung keine Begutachtung stattfindet (§ 18 Abs.3a SGB XI), außer Kraft gesetzt. Ausgenommen sind nur Anträge mit besonders dringlichem Entscheidungsbedarfs (s.o.).

Wird ein Neuantrag bzw. Änderungsantrag noch im Jahr 2016 gestellt, dann findet die Begutachtung nach dem bis zum 31.12.2016 geltenden Recht statt, unabhängig davon, ob die Begutachtung selbst noch im Jahr 2016 oder bereits im Jahr 2017 durchgeführt wird. Für Neuanträge bzw. Änderungsanträge im Jahr 2017 gelten die neuen Regelungen.

V. Leistungen der Pflegeversicherung

1. Leistungen in der Vollstationären Pflege (§ 43 SGB XI)

Pflegebedürftige haben Anspruch auf Pflege in vollstationären Einrichtungen, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit

¹ Bei Wiederholungsbegutachtungen handelt es sich um Begutachtungen, die vom MDK im Rahmen einer Erst- oder Folgebegutachtung veranlasst werden und für einen späteren Zeitpunkt terminiert sind.

des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt. Für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen übernimmt die Pflegekasse im Rahmen der pauschalen Leistungsbeträge neben den pflegebedingten Aufwendungen und den Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege ab dem 01.01.2017 auch die Aufwendungen für Betreuung. Der Anspruch beträgt ab dem 1. Januar 2017 je Kalendermonat

- für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 770 Euro,
- für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 1.262 Euro,
- für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 1.775 Euro und
- für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 2.005 Euro.

Pflegebedürftige des Pflegegrades 1, die vollstationäre Pflege wählen, erhalten einen Zuschuss in Höhe von 125 Euro. Der Entlastungsbetrag von 125 € gem. § 45b SGB XI wird dann nicht zusätzlich gewährt.

Zur Neufestsetzung und Neustaffelung der Leistungsbeträge wurden keine substantiellen inhaltlichen Erläuterungen in der Gesetzesbegründung gemacht. Es wurde lediglich ausgeführt, dass die vollstationären Leistungsbeträge so gestaffelt sind, 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 (**EViS**) festgestellten Aufwandsrelationen entsprechen. Die EViS-Studie kann die erhebliche Absenkung des Leistungsbetrages für den Pflegegrad 2 auf eine Höhe von 770 Euro gegenüber der jetzigen Referenzpflegestufe 1 und den Empfehlungen des Expertenbeirates in Höhe von 1064 Euro nicht erklären.

2. Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 43b SGB XI – bisher § 87b SGB XI)

Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen haben nach Maßgabe von § 84 Absatz 8 und § 85 Absatz 8 SGB XI Anspruch auf **zusätzliche Betreuung und Aktivierung**, die über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinausgeht.

Damit werden die stationären Einrichtungen verpflichtet, entsprechendes Personal einzustellen, für welches sie einen Vergütungszuschlag (nach den Maßgaben der §§ 84 Absatz 8 und 85 Absatz 8 SGB XI neu) von den Pflegekassen erhalten können.

D.h. darüber hinaus, die Einrichtungen haben unabhängig von der (täglich wechselnden) Inanspruchnahme Anspruch auf Refinanzierung der Kosten, denn sie müssen das Personal für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung der Bewohner jetzt im Unterschied zur bisherigen Situation anbieten, unabhängig von der Frage, ob alle Bewohner die Leistungen auch tatsächlich in Anspruch nehmen wollen.

3. Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI)

Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und ist auch teilstationäre Pflege nicht ausreichend, besteht Anspruch auf Pflege in einer vollstationären Einrichtung. Dies gilt: 1. für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen oder 2. in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist.

Anspruch auf Kurzzeitpflege besteht für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 und darf nunmehr uneingeschränkt für 8 Wochen im Kalenderjahr in Anspruch genommen werden. Die Pflegekasse übernimmt in diesem Zeitraum die pflegebedingten Aufwendungen, einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und diejenigen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Der maximale Betrag liegt hierfür bei 1.612 Euro pro Jahr.

Auch hier kann der Betrag entsprechend der Regelungen zur Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI erhöht werden: Demnach kann der Leistungsbetrag um den vollen Betrag für Verhinderungspflege, d.h. um bis zu 1.612 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Verhinderungspflege auf insgesamt bis zu 3.224 Euro im Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Kurzzeitpflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Verhinderungspflege nach § 39 angerechnet.

Pflegebedürftige in häuslicher Pflege können den Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI auch für Leistungen der Kurzzeitpflege einsetzen.

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, die Kurzzeitpflege in begründeten Einzelfällen bei zu Hause gepflegten Pflegebedürftigen auch in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen in Anspruch nehmen zu können. Dies gilt insbesondere für die Fälle, in denen die Pflege in einer von den Pflegekassen zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich ist oder nicht zumutbar erscheint.

4. Leistungen für Pflegegrad 1 ab 01.01.2017 (§ 28a SGB XI)

Wählen Pflegebedürftige im Pflegegrad 1 vollstationäre Pflegeleistungen, gewährt ihnen die Pflegeversicherung einen Zuschuss in Höhe von 125 Euro.

Ansonsten erhalten Pflegebedürftige im Pflegegrad 1 die Leistungen der Pflegeberatung, die Beratung in der Häuslichkeit, die zusätzlichen Leistungen in ambulant betreuten Wohngruppen, die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfeldes, die zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen und Zugang zu Pflegekursen für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen.

Zudem können Personen im Pflegegrad 1 den Entlastungsbetrag gemäß § 45b Absatz 1 Satz 1 in Höhe von 125 Euro monatlich erhalten, um Leistungen der Tages- und Nachtpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen der ambulanten Pflegedienste sowie

Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag in Anspruch zu nehmen.

Hierbei handelt es sich um einen vollkommen neuen Personenkreis, der bisher nicht von Leistungen der Pflegeversicherung erfasst wurde. Diese Pflegebedürftigen haben einen Bedarf an niedrigschwelligen Leistungen. Der Gesetzgeber beziffert diesen Personenkreis zukünftig mit 500.000 Leistungsempfängern.

VI. Aufklärung, Beratung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen (§§ 7-7b, 17 Abs.1a SGB XI)

Mit Antragseingang auf Pflegeversicherungsleistungen informiert die Pflegekasse unverzüglich über den Anspruch auf unentgeltliche – auf Wunsch auch Zuhause stattfindende – Pflegeberatung (§ 7a), den nächstgelegenen Pflegestützpunkt (§ 7c) sowie über die Leistungs- und Preisvergleichsliste (§ 7 Abs. 3). Ebenso gibt die zuständige Pflegekasse Auskunft über die in ihren Verträgen zur integrierten Versorgung getroffenen Festlegungen, insbesondere zu Art, Inhalt und Umfang der Leistungen und der für die Versicherten entstehenden Kosten und veröffentlicht diese Angaben auf einer eigenen Internetpräsenz. Die Ausgestaltung des Versorgungsplans wird auf neue Grundlagen gestellt, für die, genau wie für die Ausgestaltung der Beratung insgesamt, Richtlinien gem. § 17 Abs. 1a erstellt werden sollen. Beratungsgutscheine werden künftig bei allen wesentlichen Antragsarten ausgereicht. Eine stärkere kommunale Einbindung soll gem. § 7a Abs. 7 durch Landesrahmenverträge zur Zusammenarbeit mit den Pflegekassenverbänden erfolgen.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat bis zum 31.07.2018 Richtlinien zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung, Beratungsstellen und Pflegestützpunkte zu erlassen, die unmittelbar verbindlich sind. In die Erarbeitung werden u.a. die Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene und die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege mit einbezogen.

Die Pflegeberatungen sollen konkret auch über Leistungen zur Entlastung der Pflegepersonen informieren. Leistungs- und Preisvergleichslisten sind ab jetzt vorzuhalten.

VII. Beitragssatz (§55 SGB XI)

Im Jahre 2017 wird der Beitragssatz um 0,2 % angehoben und führt zu Mehreinnahmen von rd. 2,5 Mrd. €. Der Gesetzgeber geht davon aus, dass der Beitragssatz damit bis ins Jahr 2022 stabil gehalten werden kann.

VIII. Anerkennung tariflicher Vergütungen (§ 84 SGB XI)

Bereits mit dem 1. PSG wurde in Bezug auf die Verhandlungen mit den Pflegekassen klargestellt, dass die Bezahlung tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden können. Der Träger der Einrichtung ist verpflichtet, im Falle einer Vereinbarung der Pflegesätze auf Grundlage der Bezahlung der Beschäftigten nach tarifvertraglich vereinbarten Vergütungen sowie entsprechenden Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen, die entsprechende Bezahlung der Beschäftigten jederzeit einzuhalten. Auf Verlangen einer Vertragspartei hat der Träger der Einrichtung dieses nachzuweisen. Personenbezogene Daten sind dabei zu anonymisieren. Das Nähere zur Durchführung des Nachweises muss noch in den Landesrahmenverträgen nach § 75 Absatz 1 und 2 SGB XI geregelt werden.

IX. Qualitätsprüfungen (§§ 114, 115 SGB XI)

Bereits das 1. PSG sieht vor, dass die betroffenen Pflegebedürftigen einer Anlassprüfung unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen in die Prüfungsergebnisse der ursprünglichen Prüfung einzubeziehen sind. Die Prüfung ist insgesamt als Anlassprüfung durchzuführen.

Bei Anlassprüfungen bilden die Prüfergebnisse aller in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen die Grundlage für die Bewertung und Darstellung der Qualität. Bei der Darstellung der Qualität ist auf die Art der Prüfung als Anlass-, Regel- oder Wiederholungsprüfung hinzuweisen.

1. Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität (§ 113 SGB XI)

Der § 113 wird hinsichtlich der Inhalte der Maßstäbe und Grundsätze neu strukturiert, wobei die inhaltlichen Vorgaben im Wesentlichen gleich bleiben. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sollen wissenschaftliche Aufträge erteilen. Ergänzend wird geregelt, dass sich die Vertragspartner darauf festlegen, wo die in den Einrichtungen für die Qualität erhobenen Daten zentral zusammengeführt, ausgewertet und aufbereitet werden, einschließlich der Beachtung datenschutzrechtlicher Bestimmungen. Die Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 gelten zunächst in ihrer bestehenden Form weiter, sind aber bis zum 30. Juni 2017 (stationär) bzw. 30. Juni 2018 (ambulant) zu aktualisieren, um insbesondere auch Anforderungen an eine praxistaugliche, den Pflegeprozess unterstützende und die Pflegequalität fördernde Pflegedokumentation zu regeln. Für den stationären Bereich ist darüber hinaus insbesondere auch das indikatorengestützte Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität im stationären Bereich, das auf der Grundlage einer strukturierten Datenerhebung im Rahmen des internen Qua-

litätsmanagements eine Qualitätsberichterstattung und die externe Qualitätsprüfung ermöglicht, in diesen Grundsätzen zu beschreiben.

2. Qualitätsausschuss, Ausgestaltung eines Qualitätsausschusses (§ 113b SGB XI)

Die bislang geltende Schiedsstelle wird in einen Qualitätsausschuss überführt. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen sowie weitere Mitglieder des Qualitätsausschusses sollen die Vereinbarungen und Beschlüsse zur Qualitätsprüfung und Qualitätsberichterstattung detailliert beschreiben sowie bisher auch schon die Expertenstandards vorlegen. Neu in den Aufgabenbereich gekommen sind die Empfehlungen für die Qualitätssicherung der Beratungsbesuche.

Zur Unterstützung des Qualitätsausschusses wird eine qualifizierte Geschäftsstelle eingerichtet. Bis zum 31.3.2017 sind Instrumente zur Qualitätsberichterstattung in der stationären Pflege sowie Ergebnisse durch die Vertragsparteien nach § 113 vorzulegen. Bis zum 30.6.2017 sind Instrumente zur Qualitätsberichterstattung in der ambulanten Pflege zu entwickeln und eine Pilotierung durchzuführen. Der Abschlussbericht ist zum 31.3.2018 vorzulegen. Ergänzend dazu sollen u.a. Instrumente zur Ermittlung der Lebensqualität und ein Konzept zur Qualitätssicherung in neuen Wohnformen entwickelt werden.

Die Regelungen führen zum Umbau der Pflegeselbstverwaltung. Künftig können Streitigkeiten in einem schnellen Verfahren geschlichtet werden.

3. Personalbemessung in Pflegeeinrichtungen (§ 113c SGB XI)

Die Vertragspartner nach § 113 werden verpflichtet in Einvernehmen mit dem BMG und dem BMFSFJ die Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach quantitativen und qualitativen Maßstäben zu beauftragen. Der Auftrag soll bis spätestens 31.12.2016 vergeben sein, sonst werden BMG und BMFSFJ die Aufgabe übernehmen. Ergebnisse sollen bis spätestens 30.06.2020 vorliegen.

Der Gesetzgeber hat keine Regelungen eingeführt, die eine verbindliche Umsetzung von Personalbemessungsinstrumenten vorsehen.

Hinweis: Bei dieser Arbeitshilfe handelt es sich um eine Anpassung und Erweiterung der bereits zum Ersten Pflegestärkungsgesetz (PSG I) herausgegebenen Arbeitshilfe vom 11. November 2014. Alle Informationen beruhen auf den Angaben des SGB XI, des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes, teilweise des Entwurfes zum Dritten Pflegestärkungsgesetz sowie den entsprechenden Gesetzesbegründungen sowie auf den Informationsseiten des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). Die genannten Hinweise des GKV-Spitzenverbandes wurden den leistungsrechtlichen Rundschreiben Nr. RS 2016 - 205 entnommen.

Die Arbeitshilfe wurde verfasst und zusammengestellt von Katharina Owczarek und Thorsten Mittag, Referat Altenhilfe und Pflege des Paritätischen Gesamtverbands. Stand: 14. November 2016

X. Anlage 1 - Übersicht aller Leistungsbeträge für Pflegebedürftige ab 01.01.2017

Im Vergleich: Pflegegrade 2 – 5 und Pflegestufen 0 / 1 – 3 / Härtefall (bis 31.12.2016)

	Pflegegrad 2		Pflegegrad 3		Pflegegrad 4		Pflegegrad 5	
	NEU	ALT	NEU	ALT	NEU	ALT	NEU	ALT
§ 37 Pflegegeld	316 €	PS I: 244 € PS 0: 123 €	545 €	PS II: 458 € PS I + PEA: 316 €	728 €	PS III: 728 € PS II + PEA: 545 €	901 €	PS III + PEA: 728 €
§ 36 Sachleistung ambulant	689 €	PS I: 468 €	1298 €	PS II: 1144 €	1612 €	PS III: 1612 €	1995 €	Härtefall: 1995 €
§ 41 teilstationär		PS 0: 231 €		PS I + PEA: 689 €		PS II + PEA: 1298 €		PS III + PEA: 1612 €
§ 43 vollstationär	770 €	PS I: 1064 € PS 0: 231 €	1262 €	PS II: 1330 € PS I + PEA: 1064 €	1775 €	PS III: 1612 € PS II + PEA: 1330 €	2005 €	Härtefall: 1995 € PS III + PEA: 1612 €

Leistungen für Pflegegrad 1 (gem. § 28a) ab 01.01.2017:

- Pflegeberatung gemäß der §§ 7a und 7b,
- Beratung in der eigenen Häuslichkeit gemäß § 37 Absatz 3,
- zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen gemäß § 38a,
- Versorgung mit Pflegehilfsmitteln gemäß § 40 Absatz 1 bis 3 und 5,
- finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfeldes gemäß § 40 Absatz 4,
- zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen gemäß § 43b,
- Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen gemäß § 45,
- Entlastungsbetrag gemäß § 45b Absatz 1 Satz 1 in Höhe von 125 € monatlich,
- Zuschuss bei vollstationärer Pflege gemäß § 43 Absatz 3 in Höhe von 125 € monatlich.

Weitere Leistungen ab 01.01.2017:

- § 38a: Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen (214 €),
- § 39: Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (ab PG II: bis zu 1612 €),
- § 40: Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (Pflegehilfsmittel: bis 40 € mtl., Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen: bis zu 4000 € je Maßnahme),
- § 40: Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des gemeinsamen Wohnumfeldes bei mehreren in der Wohnung lebenden Pflegebedürftigen (max. 16000 € je Maßnahme),
- § 42: Kurzzeitpflege (ab PG II: bis zu 1612 €),
- § 45a Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag (bis zu 125 € mntl.).
- § 45a Abs. 4/§45b: Umwandlungsleistung des ambulanten Sachleistungsbetrags (bis zu 40% mntl.)
- § 45b: Entlastungsbetrag für Leistungen der Tages- oder Nachtpflege, Leistungen der Kurzzeitpflege, Leistungen der ambulanten Pflegedienste im Sinne des § 36, in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht von Leistungen im Bereich der Selbstversorgung,