

Regionaldialog *Pflege stärken*

Häufig gestellte Fragen (FAQs) aus dem Regionaldialog Pflege stärken

Stand: 31. Januar 2017

Inhalt

Leistungen	5
Wie können Pflegebedürftige, die bis Ende 2016 einen Anspruch nach § 45b SGBXI auf bis zu 208 Euro je Monat für Leistungen zur Entlastung im Alltag haben, die Verringerung dieses Anspruchs auf 125 Euro je Monat im neuen Recht ab dem 1.1.2017 kompensieren?.....	5
Betreuung ist im neuen Recht bei Sachleistungen aufgeführt. Was beinhaltet das?.....	5
Warum wurde bei den Entlastungsleistungen ein Betrag gestrichen?.....	6
Bleibt für Patienten, die in einer Wohngruppe wohnen, die Möglichkeit zur Finanzierung der Tagespflege?	6
Was ändert sich bei der medizinischen Behandlungspflege?	6
Wie wird der Anspruch auf Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen umgesetzt? Ist eine Kooperationspflicht zwischen stationären Einrichtungen und Reha-Einrichtungen vorgesehen?	6
Was ändert sich bei den Empfehlungen zu Rehabilitation und Prävention?.....	7
Wie kann die Umsetzung der Angebote zur Entlastung im Alltag gelingen im Spannungsfeld der Abrechnung von Pflegediensten und Abrechnung von Betreuungseinrichtungen? Wie rufe ich die angesparte Leistung ab?	7
Kann ich als Angehöriger für meinen pflegebedürftigen Angehörigen die Teilnahme an einer Betreuungsgruppe über Verhinderungspflege abrechnen?	8
Hat das neue Begutachtungsinstrument Auswirkungen auf häusliche und stationäre Pflege bzw. müssen die zuständigen Vertragspartner ihre Verträge anpassen?.....	8
Wer legt fest, mit welchem Betrag eine Beratung vergütet wird?	9
Welche Leistungen gibt es in Zukunft für Pflegegrad 1?.....	9
Wie werden die Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen ermittelt?	10
Für Leistungen zur Entlastung im Alltag zahlen die Versicherten die Kosten zunächst selbst und reichen diese zur Erstattung dann bei der Pflegekasse ein. Haben Sozialhilfeempfänger die Möglichkeit, dass die Sozialämter diese Kosten direkt übernehmen bzw. vorfinanzieren?	10
Wie wirkt sich der Neue Pflegebedürftigkeitsbegriff aus auf die Ermittlung der Pflegebedürftigkeit und die Leistungen in der Hilfe zur Pflege?.....	10
Wie werden Personen nach neuen Recht behandelt, für die bisher die Sozialhilfe die Kosten für die Unterbringung im Pflegeheim übernommen hat, für die aber nach altem Recht entweder nur die sogenannte Pflegestufe 0 oder gar keine Pflegestufe festgesetzt war?.....	11
Der im alten System vorgesehene Zeitbezug bei der Feststellung von Pflegebedürftigkeit entfällt im neuen Begutachtungsinstrument. Wie soll jetzt die Hilfe zur Pflege den notwendigen pflegerischen Bedarf feststellen?	12
Wie bewerbe ich mich als Modellkommune?	12
Menschen mit Behinderungen/Leistungen	14
Wie werden Leistungen zur Teilhabe und Leistungen zur Pflege gegeneinander abgegrenzt?.....	14

Wie werden die Leistungen der Krankenversicherung für Menschen mit Behinderungen in Einrichtungen der Eingliederungshilfe in §43b SGB V geregelt?.....	14
Begutachtungsprozess/ Pflegegrade/ Gutachten	15
Wie wird das Instrument konkret in der Praxis umgesetzt? Wie kommt der MDK an verlässliche Informationen zur Einstufung? Was macht der Gutachter wirklich? Geht er die Treppe mit? Wie läuft der Begutachtungsprozess ab?	15
Welche Auswirkungen sind in der täglichen Pflege zu erwarten?	16
Gibt es eine Berechnungshilfe zur Ermittlung der Pflegegrade? Wird eine Möglichkeit angeboten, den Pflegegrad selbst einzuschätzen, zum Beispiel via App?	17
Was fällt unter die „Ausnahmen“, in denen auch zukünftig per Aktenlage begutachtet wird?.....	17
Gibt es Vorausberechnungen, wie sich die Pflegegrade mittelfristig verteilen werden? Wie würde zum Beispiel eine Person, die bei einer Erstbegutachtung im alten System in der Pflegestufe 3 eingestuft worden ist, im neuen System eingestuft?	17
Wie wurde/durch wen wurden die Kriterien zur Einstufung festgelegt?	18
Wird es die Möglichkeit geben, die Einstufung in den Modulen konkret nachzuvollziehen? Welche Kriterien sind z.B. für die Einstufung „ÜBERWIEGEND“ selbständig/unselbständig entscheidend, damit diese eindeutig erfolgen kann? Wie fließen Einschränkungen im sozialen Bereich in die Begutachtung ein? Welche Rolle spielen psychische Leiden für die Bestimmung der Pflegestufe, erfolgt nur eine Momentaufnahme des MDK gemacht oder wird der Prozess beobachtet?.....	18
Wie funktioniert die Schnelleinstufung ab 1. Januar 2017? Wie geht es nach der ersten Pflegegradeinschätzung weiter?	19
Kann das Pflegeheim eine Neubegutachtung beantragen? Wie und wann sind Höherstufungsanträge möglich? Wie kann man erkennen, dass man Höherstufung beantragen kann/muss?.....	20
Kann der Einsatz technischer Hilfsmittel (Aufzug/Treppenlift) zu einer Herabstufung der Beurteilung des Unterstützungsbedarfs führen? Ist man „selbständig“, wenn man mit Hilfsmitteln ein Defizit ausgleichen kann?	20
Wer übernimmt die Kosten bei einer Begutachtung mit Dolmetschern? Wie geht der MDK damit um, wenn Betroffene nicht deutsch sprechen?.....	20
Wie und wann werden die Leistungskomplexe angeglichen?	21
Wie transparent sind die Bescheide der Pflegekassen zur Ersteinstufung in die Pflegegrade? Sind diese Bescheide nachvollziehbar?	21
Ist eine Beratung durch den ambulanten Pflegedienst vor oder nach Begutachtung sinnvoll? Wie sieht die Zusammenarbeit mit und die Einbindung von Familie, Ärzten, Pflegefachkräften, Pflegepersonen etc. bei der Begutachtung aus?	21
Beteiligte und Dauer der Begutachtung	22
Ist eine Stunde für die Begutachtung ausreichend? 80 Items sind in 60 Minuten für die Prüfung zu erheben, wie gelingt das und wie kam es zu dem Wert (60 Minuten).....	22
Fristen	22
Innerhalb welcher Zeit kann eine Erstbegutachtung stattfinden ab dem 1. Januar 2017? Wie lange dauert es vom Antrag bis zur Entscheidung?	22

Widersprüche	23
Ist ein Widerspruch gegen die Einstufung möglich, wer kann Widerspruch einlegen? Bleiben die Pflegeleistungen bei einer Rückstufung erhalten?	23
Gibt es Hilfen zur Formulierung eines Widerspruchs? Gibt es eine Widerspruchsberatung?.....	23
Informationsmaterial/-wege	24
Wie bringe ich meine Mitarbeiter auf Augenhöhe mit dem MDK, gibt es für Schulungen nutzbare Informationsmaterialien zum neuen Begutachtungsinstrument, zum Beispiel Filme? Welche Unterlagen können Beschäftigte von Pflegeeinrichtungen nutzen zur Beantwortung von Fragen der Betroffenen zu neuen Begutachtungsinstrument, die von diesen auch verstanden werden?	24
Gibt es ein Muster, wie ein Gutachten aussieht? Gibt es praktische Beispiele für jedes Modul?	24
Das Gutachten enthält wichtige Informationen zu den Einschränkungen der Pflegebedürftigen, die für die pflegerische Versorgung wichtig sind. Warum erhalten die Einrichtungen dieses Gutachten nicht regelhaft zur Kenntnis?	24
Pflegetagebuch/ Dokumentation	25
Wie kann ein Pflegetagebuch in Zukunft aussehen? Wäre es möglich, für alle ein „Pflegetagebuch“ zur Verfügung zu stellen?.....	25
Ist die Pflegedokumentation für die Begutachtung wichtig? Wo findet man den Übersicht über den Zusammenhang zwischen dem neuen Begutachtungsinstrument (NBA) und neuer Pflegedokumentation (SIS)?	25
Personalbedarf/Qualifizierung	26
Mit welchem Personalbedarf ist zu rechnen bzw. wie wird sich dieser ändern?	26
Wie wird das Personal in der ambulanten Pflege bemessen werden? Wie kann Personalbemessung ohne zeitliche Vorgaben erfolgen?	26
Wie soll das Personal die neuen Anforderungen stemmen? Wie schaffen wir das Umdenken im Sinne der Selbständigkeit und Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen?	26
Was wird gegen den Personalmangel getan?	27
Wie kann der Pflegeberuf attraktiver werden, damit wir mehr Personal gewinnen können?.....	27
Beratung	28
Der Informations- und Beratungsbedarf ist sehr groß bei Institutionen, Mitarbeitern und Diensten. Welche Angebote gibt es?	28
Wie ist die Abgrenzung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI von der Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Abs. 3 SGB XI? Wer hat die Aufsicht über die Ausführung der Beratung nach § 37 SGB XI?	28
Haben die Pflegekassen eine Beratungspflicht vor der Begutachtung? Kommen sie dem nach?	29
Was bedeuten die Pflegestärkungsgesetze für die Beratung in den Pflegestützpunkten?29	
Wie wird die Gleichstellung von Kindern/Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Rahmen der Beratung umgesetzt?.....	30

Leistungen

Wie können Pflegebedürftige, die bis Ende 2016 einen Anspruch nach § 45b SGBXI auf bis zu 208 Euro je Monat für Leistungen zur Entlastung im Alltag haben, die Verringerung dieses Anspruchs auf 125 Euro je Monat im neuen Recht ab dem 1.1.2017 kompensieren?

Für Menschen, die nach altem Recht einen Anspruch nach § 45b SGB XI in Höhe von bis zu 208 Euro je Monat hatten, war eine erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz festgestellt worden. Dieser Personenkreis erhält aufgrund des „doppelten Stufensprungs“ bei der Überleitung auf das neue Recht ab dem 1. Januar 2017 in der Regel einen deutlich höheren Anspruch auf Leistungen zur häuslichen Pflege. Die Betroffenen haben ein Wahlrecht, diesen Erhöhungsbetrag teilweise oder in Gänze für Leistungen zur Unterstützung im Alltag zu verwenden, auch im Wege der Umwandlung von Ansprüchen auf ambulante Pflegesachleistung.

Stehen sich die Versicherten, die am 31. Dezember 2016 Anspruch auf den erhöhten Betrag nach § 45b SGB XI in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung hatten, nach dem für sie ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht trotz des sog. doppelten Stufensprungs in Bezug auf einen der ihnen nach § 36 oder § 37 oder § 41 SGB XI zustehenden Ansprüche jedoch nicht um mindestens jeweils 83 Euro monatlich besser, so erhalten sie Besitzstandsschutz durch die Gewährung eines Zuschlags auf den Entlastungsbetrag (§ 141 Abs. 2 SGB XI).

Betreuung ist im neuen Recht bei Sachleistungen aufgeführt. Was beinhaltet das?

Der Anspruch auf Pflegesachleistung für die häusliche Pflege umfasst ab dem 1. Januar 2017 Leistungen der häuslichen Pflegehilfe. Diese Leistungen sind im Gesetz bestimmt als körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung. Pflegerische Betreuungsmaßnahmen umfassen Unterstützungsleistungen zur Bewältigung und Gestaltung des alltäglichen Lebens im häuslichen Umfeld, insbesondere bei der Bewältigung psychosozialer Problemlagen oder von Gefährdungen, bei der Orientierung, bei der Tagesstrukturierung, bei der Kommunikation, bei der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte und bei bedürfnisgerechten Beschäftigungen im Alltag sowie durch Maßnahmen zur kognitiven Aktivierung.

Warum wurde bei den Entlastungsleistungen ein Betrag gestrichen?

Da die Grundlage für die bisherige Unterscheidung zwischen Grundbetrag und erhöhtem Betrag – nämlich die Feststellung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zu Ausmaß und Schwere der vorliegenden Schädigungen und Fähigkeitsstörungen im Sinne des bisherigen § 45a SGB XI – entfällt und Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz besser berücksichtigt werden, wird nunmehr allen Anspruchsberechtigten ein einheitlicher Entlastungsbetrag gewährt.

Bleibt für Patienten, die in einer Wohngruppe wohnen, die Möglichkeit zur Finanzierung der Tagespflege?

Leistungen der Tages- und Nachtpflege gemäß § 41 SGB XI können zusätzlich zu dem pauschalen Zuschlag von 214 Euro monatlich für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen nach neuem Recht ab dem 1. Januar 2017 weiterhin unter der Voraussetzung in Anspruch genommen werden, wenn gegenüber der zuständigen Pflegekasse durch eine Prüfung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nachgewiesen ist, dass die Pflege in der ambulant betreuten Wohngruppe ohne teilstationäre Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt ist. Zu beachten ist in diesem Zusammenhang ferner, dass die Versorgung in der Wohngruppe bei gleichzeitiger Inanspruchnahme von teilstationärer Pflege einer vollstationären Versorgung nicht gleichkommen darf.

Was ändert sich bei der medizinischen Behandlungspflege?

Hier bleibt die Rechtslage für die teil- und vollstationäre Pflege unverändert. Auch für ambulant versorgte Pflegebedürftige mit einem besonders hohen Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen, die neben Leistungen der Pflegeversicherung zugleich Leistungen der häuslichen Krankenpflege von ihrer Krankenkasse erhalten, trägt die Pflegekasse wie bisher die Hälfte der Kosten für Maßnahmen der körperbezogenen Pflege. Neu ist, dass der Spitzenverband Bund der Pflegekassen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen Richtlinien zur Feststellung des Zeitanteils dieser Leistungen an der Pflege insgesamt erlassen hat. Dies war erforderlich, weil nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des damit verbundenen neuen Begutachtungsinstruments nicht mehr der Zeitaufwand für den Hilfebedarf bei der Grundpflege im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit festgestellt und für eine zeitbezogene Aufteilung der Kostenträgerschaft herangezogen werden kann.

Wie wird der Anspruch auf Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen umgesetzt? Ist eine Kooperationspflicht zwischen stationären Einrichtungen und Reha-Einrichtungen vorgesehen?

Die Pflegekassen erbringen Leistungen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen, indem sie Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten entwickeln sowie deren Umsetzung unterstützen. Die Ausgaben der Pflegekassen dafür sollen insgesamt im Jahr 2016 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag von 0,30 Euro umfassen. Der Leitfaden Prävention in der stationären

Pflege des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen legt die Kriterien für die Leistungen der Pflegekassen zur Prävention und Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen fest. Er unterstützt die Pflegekassen dabei, Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung zu entwickeln und umzusetzen. Die Handlungsfelder dabei sind Ernährung, körperliche Aktivität, kognitive Ressourcen, psychosoziale Gesundheit und Gewalt.

Was ändert sich bei den Empfehlungen zu Rehabilitation und Prävention?

Der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ wird gestärkt. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung prüft im Rahmen der Begutachtung, ob Leistungen der medizinischen Rehabilitation angezeigt und notwendig sind. Auf der Grundlage des neuen Begutachtungsinstruments kann diese Stellungnahme fundierter als bisher erfolgen. Darüber hinaus ist immer auch zu ermitteln und hierzu eine Empfehlung zu geben, ob konkrete krankheitsvorbeugende Präventionsmaßnahmen angezeigt sind und ob eine Beratung zur verhaltensbezogenen Primärprävention erforderlich ist. Die Ergebnisse zu Prävention und Rehabilitation werden im Gutachten zusammengefasst, an die Pflegekasse übersandt und den Versicherten in einer gesonderten Präventions- und Rehabilitationsempfehlung mitgeteilt. Wenn die antragstellende Person zustimmt, wird die Empfehlung unmittelbar an den zuständigen Rehabilitationsträger weitergeleitet; eine gesonderte Antragstellung für eine Maßnahme ist dann nicht erforderlich. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung wurde durch die Pflegestärkungsgesetze außerdem verpflichtet, ein bundesweit einheitliches, strukturiertes Verfahren für die Klärung der Notwendigkeit von Rehabilitationsmaßnahmen umzusetzen. Seit April 2016 ist zudem eine überarbeitete Rehabilitations-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in Kraft, die u.a. das Ordnungsverfahren für verordnende Ärztinnen und Ärzte vereinfacht und auch dadurch den Zugang zu Rehabilitations-Maßnahmen erleichtert.

Wie kann die Umsetzung der Angebote zur Entlastung im Alltag gelingen im Spannungsfeld der Abrechnung von Pflegediensten und Abrechnung von Betreuungseinrichtungen? Wie rufe ich die angesparte Leistung ab?

Angebote zur Entlastung im Alltag sind ein eigenständiges Angebot im Vergleich zu den Sachleistungen der häuslichen Pflegehilfe für die häusliche Pflege. Die Unterschiede sind wie folgt: Angebote zur Unterstützung im Alltag sind keine Sachleistung, sondern Leistungen, die von den Pflegekassen im Rahmen der Kostenerstattung übernommen werden. Angebote zur Unterstützung im Alltag sind

1. Angebote, in denen insbesondere ehrenamtliche Helferinnen und Helfer unter pflegfachlicher Anleitung die Betreuung von Pflegebedürftigen mit allgemeinem oder mit besonderem Betreuungsbedarf in Gruppen oder im häuslichen Bereich übernehmen (Betreuungsangebote),
2. Angebote, die der gezielten Entlastung und beratenden Unterstützung von pflegenden Angehörigen und vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen in ihrer Eigenschaft als Pflegenden dienen (Angebote zur Entlastung von Pflegenden),
3. Angebote, die dazu dienen, die Pflegebedürftigen bei der Bewältigung von allgemeinen oder pflegebedingten Anforderungen des Alltags oder im Haushalt, insbeson-

dere bei der Haushaltsführung, oder bei der eigenverantwortlichen Organisation individuell benötigter Hilfeleistungen zu unterstützen (Angebote zur Entlastung im Alltag).

Diese Angebote werden nicht durch Versorgungsverträge zugelassen, sondern durch die zuständigen Landesbehörden anerkannt auf der Grundlage von Rechtsverordnungen nach Landesrecht. Es können diese anerkannten Angebote in Anspruch genommen werden. Die Kosten werden von der Pflegekasse erstattet bis zur Höhe von 125 Euro im Monat (Entlastungsbetrag). Der Entlastungsbetrag kann auch angespart werden. Außerdem können bis zu 40 % des Sachleistungsbetrages hierfür eingesetzt werden. Maßgebend für die Bedeutung dieser Angebote für die Versorgung sind folgende Faktoren: Ausgestaltung der Voraussetzungen für die Anerkennung durch das jeweilige Landesrecht, Ausmaß anererkennungsfähiger Leistungsangebote in den Ländern, Ausmaß der Nachfrage nach diesen Leistungen.

Kann ich als Angehöriger für meinen pflegebedürftigen Angehörigen die Teilnahme an einer Betreuungsgruppe über Verhinderungspflege abrechnen?

Ja. Dies ist aber nur dann möglich, wenn die in § 39 SGB XI normierten Anspruchsvoraussetzungen vollständig erfüllt sind. Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse die nachgewiesenen Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens sechs Wochen je Kalenderjahr. Voraussetzung ist außerdem, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat und der Pflegebedürftige zum Zeitpunkt der Verhinderung mindestens in Pflegegrad 2 eingestuft ist. Die Aufwendungen der Pflegekasse können sich im Kalenderjahr auf bis zu 1 612 Euro belaufen, wenn die Ersatzpflege durch andere Pflegepersonen sichergestellt wird als solche, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder die mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben. Der Leistungsbetrag der Verhinderungspflege kann um bis zu 806 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege auf insgesamt bis zu 2 418 Euro im Kalenderjahr erhöht werden. Die Verhinderungspflege kann auch stundenweise in Anspruch genommen werden.

Vor Inanspruchnahme der Leistung ist eine ausführliche Beratung durch die Pflegekasse zu empfehlen.

Hat das neue Begutachtungsinstrument Auswirkungen auf häusliche und stationäre Pflege bzw. müssen die zuständigen Vertragspartner ihre Verträge anpassen?

Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs stärkt die fachlichen Grundlagen der Arbeit in der Pflege und fördert die Erarbeitung neuer Konzepte in den Einrichtungen. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff ist Anlass für die Vertragspartner, die Personalausstattung zu überprüfen und auf die neuen Pflegegrade hin neu auszurichten. Dies gilt für die Verantwortlichen auf Landesebene als auch für die Pflegeeinrichtungen vor Ort. Zudem wird die

Pflegeselbstverwaltung erstmals gesetzlich verpflichtet, ein wissenschaftlich fundiertes Personalbemessungsverfahren zu entwickeln und bis zum 30. Juni 2020 zu erproben.

Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz wurde außerdem gesetzlich klargestellt, dass aufgrund des Strukturmodells der Pflegedokumentation erreichte Zeiteinsparungen in den Vergütungsverhandlungen nicht von den Kostenträgern gegengerechnet werden dürfen, sondern der Arbeitsverdichtung entgegenwirken sollen. Das bringt Vorteile im Pflegealltag für Pflegekräfte und Pflegebedürftige.

Das neue Dokumentationskonzept findet bundesweit sehr großen Anklang in den Pflegeeinrichtungen. Bis Dezember 2015 hatten sich bereits 8.104 stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen als Teilnehmer registrieren lassen, das entspricht einem Drittel sämtlicher Pflegeeinrichtungen in Deutschland.

Für die häusliche Pflege hat jeder ambulante Pflegedienst ab dem 1. Januar 2017 neben körperbezogenen Pflegemaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung auch pflegerische Betreuungsmaßnahmen anzubieten. Der Pflegedienst kann hier auch mit anderen zugelassenen Anbietern zusammenarbeiten. Das Leistungsspektrum der Pflegedienste wird sich insofern erweitern.

Wer legt fest, mit welchem Betrag eine Beratung vergütet wird?

Die Pflegeberatung ist für die Anspruchsberechtigten kostenfrei. Pflegekassen haben die Möglichkeit, die Aufgabe der Pflegeberatung an Dritte zu übertragen oder Beratungsgutscheine für unabhängige Beratungsstellen auszugeben. In diesen Fällen sind die Vergütungen zwischen der Pflegekasse und der Beratungsstelle zu vereinbaren.

Für die Beratung von Pflegebedürftigen in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Abs. 3 SGB XI ist die Vergütung durch Gesetz festgesetzt auf bis zu 23 Euro in den Pflegegraden 2 und 3 und in den Pflegegraden 4 und 5 bis zu 33 Euro.

Welche Leistungen gibt es in Zukunft für Pflegegrad 1?

Grundsätzlich werden die Leistungen der Pflegeversicherung für die Pflegegrade 2 bis 5 gewährt. Die Beeinträchtigungen von Personen im Pflegegrad 1 sind noch gering und liegen vorrangig im somatischen Bereich. Die Pflegeversicherung gewährt hier vor allem Leistungen, die den Verbleib in der häuslichen Umgebung sicherstellen. Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 haben Anspruch auf den Entlastungsbetrag von bis zu 125 Euro monatlich. Außerdem haben sie Anspruch auf die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln und bei Bedarf auf Zuschüsse für Wohnungsumbauten, den Wohngruppenzuschlag sowie die Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen. Darüber hinaus stehen die Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung zur Verfügung. Wählen Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 vollstationäre Pflege, gewährt die Pflegeversicherung einen Zuschuss in Höhe von 125 Euro monatlich. In stationären Pflegeeinrichtungen haben sie außerdem Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung. Und wie alle Pflegebedürftigen haben sie zudem ein Recht auf Pflegeberatung, Beratung in der eigenen Häuslichkeit und Pflegekurse für ihre Angehörigen.

Wie werden die Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen ermittelt?

Beiträge zur Rentenversicherung werden von der Pflegeversicherung nach § 44 SGB XI für Pflegepersonen gewährt, die einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 pflegen. Diese werden nur dann gewährt, wenn die Pflegeperson nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig ist. Außerdem ist Voraussetzung, dass die Pflegeperson nicht erwerbsmäßig eine oder mehrere pflegebedürftige Personen wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, in häuslicher Umgebung pflegt. Dies ermittelt der MDK oder ein anderer von der Pflegekasse beauftragter unabhängiger Gutachter. Die beitragspflichtigen Einnahmen zur Berechnung der Höhe der Rentenversicherungsbeiträge ergeben nach § 166 Absatz 2 SGB VI unter Berücksichtigung des Pflegegrades des Pflegebedürftigen sowie der bezogenen Leistungsart (nur Pflegegeldbezug, nur Bezug von Pflegeleistungen oder Bezug von Kombinationsleistungen). Wird eine pflegebedürftige Person gemeinsam von mehreren nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen (Mehrfachpflege) gepflegt, sind die beitragspflichtigen Einnahmen aufzuteilen. Für jede Pflegeperson ergibt sich eine (anteilige) beitragspflichtige Einnahme entsprechend des prozentualen Umfangs ihrer jeweiligen Pflegetätigkeit im Verhältnis zum Gesamtpflegeaufwand je pflegebedürftiger Person.

Für Leistungen zur Entlastung im Alltag zahlen die Versicherten die Kosten zunächst selbst und reichen diese zur Erstattung dann bei der Pflegekasse ein. Haben Sozialhilfeempfänger die Möglichkeit, dass die Sozialämter diese Kosten direkt übernehmen bzw. vorfinanzieren?

Das Recht der Hilfe zur Pflege enthält im Unterschied zum Recht der Pflegeversicherung keine Bestimmung, dass die Pflegebedürftigen die Leistungen zunächst selbst zu zahlen haben und die Kosten im Anschluss erst beim Sozialamt zur Erstattung eingereicht werden können.

Wie wirkt sich der Neue Pflegebedürftigkeitsbegriff aus auf die Ermittlung der Pflegebedürftigkeit und die Leistungen in der Hilfe zur Pflege?

Die Pflegeversicherung leistet auch nach neuem Recht keine Vollabsicherung des Pflegerisikos. Die Höhe der Versicherungsleistungen nach dem SGB XI ist auf gesetzlich festgesetzte Höchstbeträge begrenzt (Teilleistungssystem). Bei den Pflegebedürftigen kann daher auch nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im SGB XI ein darüber hinausgehender Bedarf an Pflegeleistungen bestehen, der bei finanzieller Bedürftigkeit durch die Sozialhilfe im Rahmen der Hilfe zur Pflege gedeckt werden muss. Darüber hinaus werden die Kosten für Unterkunft und Verpflegung von der gesetzlichen Pflegeversicherung nicht übernommen, das heißt, im Fall der finanziellen Bedürftigkeit der Pflegebedürftigen werden im Regelfall auch diese Kosten von den Trägern der Sozialhilfe zu tragen sein. Die begrenzten Leistungen der sozialen Pflegeversicherung erfordern somit auch im neuen Recht das ergänzende System der Hilfe zur Pflege, damit der pflegerische Bedarf von Pflegebedürftigen im Fall ihrer finanziellen Bedürftigkeit umfassend sichergestellt ist.

Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff wird zeitgleich mit der Einführung in der Pflegeversicherung auch in die Hilfe zur Pflege nach dem Siebten Kapitel des SGB XII als auch in die Hilfe zur Pflege nach zum 1. Januar 2017 eingeführt. Zur Wahrung der weitgehenden Identität der Pflegebedürftigkeitsbegriffe wird entsprechend dem SGB XI der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff auch für die Hilfe zur Pflege eingeführt.

Die Einordnung in den Pflegegrad durch die Pflegeversicherung ist für die Hilfe zur Pflege bindend. Liegt keine Entscheidung der Pflegekasse über das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit vor, ermittelt der Träger der Sozialhilfe in eigener Verantwortung den Grad der Pflegebedürftigkeit unter Einsatz des gleichen Begutachtungsinstruments, das auch in der Pflegeversicherung gilt. Mit der Begutachtung kann der MDK beauftragt werden.

Die bisherigen Leistungen der Hilfe zur Pflege bleiben erhalten, allerdings korrespondieren die künftigen Leistungsinhalte mit dem erweiterten Verständnis von Pflegebedürftigkeit. Dementsprechend wird die Hilfe zur Pflege unter Geltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs auch besondere Betreuungsleistungen erbringen, die bisher nur für versicherte Pflegebedürftige nach den Vorschriften der §§ 45b und 87b SGB XI erbracht wurden.

Wie werden Personen nach neuem Recht behandelt, für die bisher die Sozialhilfe die Kosten für die Unterbringung im Pflegeheim übernommen hat, für die aber nach altem Recht entweder nur die sogenannte Pflegestufe 0 oder gar keine Pflegestufe festgesetzt war?

Pflegebedürftige der Pflegestufe „0“ mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz erhalten auch zukünftig Hilfe zur Pflege, da sie wegen ihrer eingeschränkten Alltagskompetenz mindestens dem Pflegegrad 2 oder 3 eingeordnet werden.

Wer nach neuem Recht nicht mindestens in Pflegegrad 2 eingestuft wird, erhält im Hinblick auf die geringen Beeinträchtigungen keine stationären Leistungen der Hilfe zur Pflege.

Dies schließt jedoch nicht aus, dass insbesondere bei Personen, die bisher schon ohne Pflegestufe Leistungen für eine Betreuung in einer stationären Einrichtung erhalten, auch weiterhin aus Gründen der Heim(betreuungs)bedürftigkeit ein sozialhilferechtlicher Bedarf zu bejahen ist, aufgrund dessen die Kosten eines stationären Aufenthalts nach anderen Vorschriften des SGB XII zu decken sind. Im Interesse der Menschen können im Hinblick auf die Besonderheit des Einzelfalls hierzu aber keine gesetzlichen Vorgaben gemacht werden. In Betracht kommen insbesondere sowohl Leistungen der Grundsicherung, der Hilfe zum Lebensunterhalt oder der Hilfe in sonstigen Lebenslagen. Die Träger der Sozialhilfe werden jeweils im Einzelfall zu prüfen und über die Leistungspflicht zu entscheiden haben.

Der im alten System vorgesehene Zeitbezug bei der Feststellung von Pflegebedürftigkeit entfällt im neuen Begutachtungsinstrument. Wie soll jetzt die Hilfe zur Pflege den notwendigen pflegerischen Bedarf feststellen?

Die Träger der Sozialhilfe haben den notwendigen pflegerischen Bedarf zu ermitteln und festzustellen (§ 63a SGB XII). Mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsinstruments in der Pflegeversicherung wird der Grad der Selbständigkeit zum Maßstab für die Einstufung in die Pflegegrade. Dadurch können in der Pflegeversicherung körperliche, kognitive und psychische Erkrankungen erstmals gleichermaßen berücksichtigt werden. Zudem soll der Aspekt der Stärkung der Selbständigkeit stärker in den Vordergrund gerückt werden. Der erforderliche Zeitaufwand für pflegerische Maßnahmen wurde daher in den Gewichtungen der Bewertungssystematik zwar mit berücksichtigt, ist aber aufgrund der neuen fachlichen Zielsetzung nur ein Gewichtungaspekt neben anderen (z. B. der Häufigkeit oder der Schwere der Belastung). Dem entsprechend enthält der Bescheid zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit keine gesonderte und individuelle Ermittlung des notwendigen Zeitaufwands für die Pflege. Aus dem Ergebnis der Feststellung der Pflegebedürftigkeit sind daher keine unmittelbaren Rückschlüsse auf den notwendigen Bedarf der Pflegebedürftigen an pflegerischen Leistungen möglich.

In der Hilfe zur Pflege kann die Feststellung des notwendigen Bedarfs an Leistungen der häuslichen Pflege nicht alleine durch Übernahme des Begutachtungsergebnisses der Pflegeversicherung erfolgen. Insbesondere für die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 64b SGB XII, die anders als das Pflegegeld nach § 64a SGB XII und der Entlastungsbetrag nach den §§ 64i und 66 SGB XII der Höhe nach nicht begrenzt sind, sondern vielmehr bedarfsdeckend zu erbringen sind, wird der Träger der Sozialhilfe daher zur Festsetzung des Umfangs der Leistungen der häuslichen Pflege den notwendigen pflegerischen Bedarf zu ermitteln und festzustellen haben.

Wie bewerbe ich mich als Modellkommune?

Anträge auf Teilnahme an einem Modellvorhaben zur kommunalen Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen können die Träger der Hilfe zur Pflege in den Kommunen bei ihrer obersten Landesbehörde stellen. Diese entscheidet über die Teilnahme. In den Modellvorhaben übernehmen die Kommunen Beratungsaufgaben von den Pflegekassen bzw. übernehmen die Verantwortung für die Beratung.

Das Gesetz sieht vor, dass bundesweit insgesamt 60 Modellvorhaben im Gebiet eines Kreises bzw. einer kreisfreien Stadt für die Dauer von 5 Jahren durchgeführt werden können. Für Stadtstaaten, die nur aus einer kreisfreien Stadt bestehen, ist ein Modellvorhaben auf jeweils einen Stadtbezirk zu beschränken.

Einem Antrag ist ein Konzept beizufügen, wie die Aufgaben durch die Beratungsstellen wahrgenommen werden und mit welchen eigenen sächlichen, personellen und finanziellen Mitteln die Beratungsstellen ausgestattet werden.

Die Länder insgesamt sollen bei der Genehmigung sicherstellen, dass die Hälfte aller bewilligten Modellvorhaben durch Kommunen durchgeführt wird, die keine mehrjährigen Erfahrungen in strukturierter Zusammenarbeit in der Beratung aufweisen. Damit erhalten auch die Kommunen eine Möglichkeit zur Durchführung eines Modellvorhabens, die sich erstmals für die Zusammenführung von Beratungsaufgaben auf kommunaler Ebene engagieren wollen.

Die Regelung zu den Modellvorhaben ist seit dem 1. Januar 2017 in Kraft. Nächster Schritt für die Umsetzung ist die Abgabe einer Empfehlung durch den Spitzenverband Bund über die konkreten Voraussetzungen, Ziele, Inhalte und Durchführung der Modellvorhaben. Zuvor sind die kommunalen Spitzenverbände sowie die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen und ihrer Angehörigen sowie der Verbände der privaten Krankenversicherung e. V. anzuhören. Die Empfehlungen sind bis zum 30. Juni 2017 vorzulegen und bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit und der Länder.

Danach treffen die Länder Regelungen über die Anforderungen an die Beratungsstellen und an die Anträge auf Teilnahme an Modellvorhaben. Frist hierfür ist der 31. Dezember 2018. Erst wenn diese Vorschriften in Kraft sind, können Kommunen Anträge auf Durchführung eines Modellvorhabens stellen. Länder können auch darauf verzichten, entsprechende Regelung zu treffen, sodass keine Modellvorhaben in diesen Ländern durchgeführt werden können. Länder, die bis zum 31. Dezember 2018 keine landesrechtlichen Regelungen getroffen haben oder die die ihnen zustehenden Modellvorhaben nicht nutzen wollen, treten die ihnen zustehenden Modellvorhaben an andere Länder ab. Die Verteilung der nicht in Anspruch genommenen Modellvorhaben auf die anderen Länder wird von den Ländern im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit bestimmt.

Kommunen können somit voraussichtlich frühestens ab dem Jahr 2018 Anträge auf Durchführung eines Modellvorhabens stellen. Anträge können spätestens bis zum 31. Dezember 2019 gestellt werden. Die Laufzeit der Modellvorhaben beträgt 5 Jahre. Die letzten Vorhaben enden somit spätestens im Jahre 2025.

Die Länder sorgen für einen Austausch der Modellvorhaben untereinander. Sie können zusätzlich Beiräte auf Landesebene einrichten. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen vergibt einen Auftrag zur Evaluation im Einvernehmen mit dem BMG. Zudem richtet der Verband einen Beirat ein, in dem das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend vertreten sind. Frist für die Abgabe eines Zwischenberichts ist der 31. Dezember 2023. Frist für den Abschlussbericht ist der 31. Juni 2026. Dieser Bericht soll darlegen, welche Auswirkungen eine Übertragung von Beratungsaufgaben von den Pflegekassen auf die Kommunen für die Betroffenen hat.

Menschen mit Behinderungen/Leistungen

Wie werden Leistungen zur Teilhabe und Leistungen zur Pflege gegeneinander abgegrenzt?

Im neuen Recht werden die bestehenden grundsätzlichen Leistungsverpflichtungen nach den jeweils einschlägigen Rechtsvorschriften der Pflegeversicherung und der Eingliederungshilfe nicht verändert. Es bleibt bei der „Gleichrangigkeit“.

Bezogen auf vergleichbare Leistungsinhalte in der Pflege und in der Eingliederungshilfe (insbesondere bei der Betreuung) wird folgende Regelung getroffen:

Sozialämter und Pflegekassen sollen bei einem Zusammentreffen von gleichen Leistungen unterschiedlicher Träger künftig regelhaft vereinbaren, wie die Leistungserbringung im Verhältnis zum Anspruchsberechtigten jeweils erfolgen soll und wie die Kostenerstattung der Träger untereinander erfolgt. Dabei soll im Verhältnis zum Pflegebedürftigen der für die Eingliederungshilfe zuständige Träger die Leistungen der Pflegeversicherung auf der Grundlage des von der Pflegekasse erlassenen Leistungsbescheids übernehmen. Die Pflegekasse wird verpflichtet, dem für die Eingliederungshilfe zuständigen Träger die Kosten der von ihr zu tragenden Leistungen zu erstatten. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen soll gemeinsam mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe bis zum 1. Januar 2018 in einer Empfehlung Näheres dazu beschließen.

Hierdurch wird eine eindeutige Zuordnung der Leistungspflicht an den Schnittstellen erreicht, die auch den Besonderheiten des Einzelfalls gerecht wird. Dabei fördern die Empfehlungen auf Bundesebene eine einheitliche Verwaltungspraxis im Vollzug.

Die Abgrenzung der Leistungspflicht zwischen Hilfe zur Pflege (SGB XII) und Eingliederungshilfe (künftig im SGB IX geregelt) im häuslichen Bereich wird - entsprechend des Vorschlags des Bundesrates - nach dem Merkmal Regelaltersgrenze erfolgen.

Wie werden die Leistungen der Krankenversicherung für Menschen mit Behinderungen in Einrichtungen der Eingliederungshilfe in §43b SGB V geregelt?

Nach § 43b SGB V können zur Diagnostik und zur Aufstellung eines Behandlungsplans einschließlich der Koordinierung von Leistungen nichtärztliche Leistungen in medizinischen Behandlungszentren nach § 119c SGB V erbracht werden. § 119c SGB V regelt die Ermächtigung medizinischer Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen zur vertragsärztlichen Versorgung, die auch Menschen aus Einrichtungen der Eingliederungshilfe in Anspruch nehmen können.

Begutachtungsprozess/ Pflegegrade/ Gutachten

Wie wird das Instrument konkret in der Praxis umgesetzt? Wie kommt der MDK an verlässliche Informationen zur Einstufung? Was macht der Gutachter wirklich? Geht er die Treppe mit? Wie läuft der Begutachtungsprozess ab?

Neben den gesetzlichen Vorschriften sind die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit (sog. Begutachtungs-Richtlinien) (<https://www.pflegebegutachtung.de/experten/begutachtungsrichtlinien-gueltig-ab-01012017.html>) die wesentliche Grundlage der Begutachtung. Diese sollen bundesweit eine Begutachtung nach einheitlichen Kriterien sicherstellen. In den Begutachtungs-Richtlinien ist auch das Formular abgedruckt, anhand dessen die Begutachtung erfolgt (Ziffer 6.2: Erwachsene - Formulargutachten). Im Gutachtenformular sind alle für die Begutachtung relevanten Angaben sowie im Anhang die gesonderte Präventions- und Rehabilitationsempfehlung aufgeführt.

Im ersten Abschnitt der Begutachtung findet die gutachterliche Erhebung der Versorgungssituation und der pflegebegründenden Vorgeschichte sowie der Befunde (Ist-Situation) statt. Dieser Erhebungsteil beinhaltet die Angaben aus der Sicht der zu begutachtenden Person, der Pflegeperson, der Angehörigen oder der zuständigen Pflegefachkraft zur Situation im häuslichen Bereich bzw. zur Situation in einer vollstationären Einrichtung, in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen und die Dokumentation der Fremdbefunde. Unter den Punkten 2 und 3 werden die von der Gutachterin bzw. vom Gutachter erhobenen Befunde und Diagnosen dokumentiert.

Im zweiten Abschnitt findet die gutachterliche Wertung auf der Grundlage der erhobenen Befunde und erhaltenen Informationen statt. Hierzu ermittelt der Gutachter auf der Grundlage der Feststellungen der Punkte 1 bis 3 und – soweit erforderlich – weiterer Fragen und Untersuchungen die Selbständigkeit der antragstellenden Person bei den Kriterien der sechs Module des neuen Begutachtungsinstruments und berechnet anhand der vorgegebenen Bewertungsregeln die Gesamtpunktzahl, die den Pflegegrad bestimmt. Außerdem wird festgestellt, ob der angegebene Zeitaufwand für die Pflegeperson(en) plausibel ist.

Im abschließenden Abschnitt, der auf den Informationen und Befunden sowie Bewertungen der vorherigen Abschnitte aufbaut, unterbreitet der Gutachter Empfehlungen und Vorschläge zur Gestaltung der erforderlichen und hilfreichen Leistungen um die Selbständigkeit des Versicherten so weit wie möglich zu erhalten und zu stärken. Abschließend macht der Gutachter Angaben zur Prognose und empfiehlt ggf. einen Termin der Wiederholungsbegutachtung.

Welche Auswirkungen sind in der täglichen Pflege zu erwarten?

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff macht die bisherige Unterscheidung zwischen kognitiv, psychisch und körperlich erkrankten Pflegebedürftigen überflüssig. Alle Pflegebedürftigen, die den gleichen Pflegegrad haben, haben künftig Anspruch auf die gleichen Leistungen der Pflegeversicherung. Bisherige Sonderregelungen für demenziell Erkrankte können entfallen.

Die Angebotsvielfalt in der häuslichen Pflege steigt und damit auch die Wahlmöglichkeiten für die Betroffenen. Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben bei häuslicher Pflege Anspruch auf körperbezogene Pflegemaßnahmen und – jetzt auch -pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie auf Hilfen bei der Haushaltsführung als Sachleistung (häusliche Pflegehilfe). Das Konzept des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes berücksichtigt Beeinträchtigungen der Selbständigkeit, die Hilfen bei der Anleitung, Motivation und Schulung von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen erfordern. Vor diesem Hintergrund wird nunmehr auch ausdrücklich vorgesehen, dass auch die fachliche Anleitung von Pflegebedürftigen und in die Pflege eingebundenen Pflegepersonen einschließlich einer vorhergehenden Problem- und Bedarfseinschätzung Bestandteil der häuslichen Pflegehilfe ist.

Auch die Pflegeberatung wird gestärkt. Wer einen Antrag auf Leistungen bei der Pflegekasse stellt, erhält automatisch einen Terminvorschlag für eine Pflegeberatung, die innerhalb von zwei Wochen nach Antragstellung erfolgen soll. Die Pflegeberaterin/der Pflegeberater ermittelt auf Wunsch des Antragstellers den individuellen Hilfebedarf, berät bei der Auswahl und Zusammenstellung von Leistungen, erstellt auf Wunsch einen individuellen Versorgungsplan mit erforderlichen Hilfen und unterstützt auch bei der Umsetzung dieses Versorgungsplans. Die Pflegeberatung wird auf Wunsch auch zu Hause durchgeführt.

Unnötige bürokratische Hürden und Antragspflichten werden abgeschafft. So muss sich niemand mehr selbst darum kümmern, wenn er das Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zur Einstufung der Pflegebedürftigkeit haben möchte, denn jeder Pflegebedürftige erhält das Gutachten automatisch, sofern er der Übersendung nicht widerspricht. Der Antragsteller kann die Übermittlung auch zu einem späteren Zeitpunkt verlangen.

Für bestimmte Hilfsmittel wie z.B. Badewannenlifter, Gehhilfen oder Duschstühle muss der Pflegebedürftige keinen besonderen Antrag mehr stellen, wenn der Gutachter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung derartige Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel unmittelbar bei einer Begutachtung empfiehlt. Insofern bedarf es keiner ärztlichen Verordnung. Die Empfehlungen werden in dem Gutachten festgehalten und damit automatisch an die Pflegekasse weitergeleitet. Wenn der Pflegebedürftige einverstanden ist, ist der Antrag damit gestellt und eine weitergehende fachliche Überprüfung der Notwendigkeit durch die Kranken- oder Pflegekasse erfolgt in der Regel nicht mehr.

Gibt es eine Berechnungshilfe zur Ermittlung der Pflegegrade? Wird eine Möglichkeit angeboten, den Pflegegrad selbst einzuschätzen, zum Beispiel via App?

Die Berechnung des Pflegegrades geht aus den gesetzlichen Bestimmungen und den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit (sog. Begutachtungs-Richtlinien) hervor. Für jedes Kriterium in den Modulen ermitteln die Gutachterinnen und Gutachter den Grad der Selbstständigkeit der pflegebedürftigen Person, in der Regel anhand eines Punktwerts zwischen 0 (Person kann Aktivität ohne eine helfende Person durchführen, jedoch gegebenenfalls allein mit Hilfsmitteln) und 3 (Person kann die Aktivität nicht durchführen, auch nicht in Teilen). So wird in jedem Bereich der Grad der Beeinträchtigungen sichtbar. Am Ende fließen die Punkte mit unterschiedlicher Gewichtung zu einem Gesamtwert zusammen, der für einen der fünf Pflegegrade steht.

Was fällt unter die „Ausnahmen“, in denen auch zukünftig per Aktenlage begutachtet wird?

Gutachten nach Aktenlage können nach wie vor in Fällen erstellt werden, in denen eine persönliche Untersuchung der antragstellenden Person im Wohnbereich

- nicht möglich ist (insbesondere wenn die betroffene Person zwischenzeitlich bereits verstorben ist);
- im Einzelfall nicht zumutbar ist, z.B. bei stationärer Hospizversorgung.

Die Entscheidung, auf den Hausbesuch zu verzichten, ist im Gutachten vom Gutachter zu begründen.

Gibt es Vorausberechnungen, wie sich die Pflegegrade mittelfristig verteilen werden? Wie würde zum Beispiel eine Person, die bei einer Erstbegutachtung im alten System in der Pflegestufe 3 eingestuft worden ist, im neuen System eingestuft?

Genaue Vorausberechnungen zur mittelfristigen Verteilung der Pflegebedürftigen auf die Pflegegrade gibt es nicht. Die testweise Begutachtung nach dem neuen Begutachtungssystem hat aber gezeigt, dass der überwiegende Teil der Pflegebedürftigen ähnlich eingestuft wird wie bei der Überleitung. So werden die im bisherigen System in Pflegestufe 3 eingestufteten Pflegebedürftigen bei einer Begutachtung nach dem neuen System überwiegend dem Pflegegrad 5 zugeordnet, wenn eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz vorliegt. Ohne eingeschränkte Alltagskompetenz werden sie überwiegend dem Pflegegrad 4 zugeordnet. Ein kleinerer Teil wird jeweils einen Pflegegrad niedriger eingestuft. Daraus ergibt sich insgesamt ein höherer Anteil von Pflegebedürftigen in den höheren Pflegegraden als bisher in den höheren Pflegestufen.

Wie wurde/durch wen wurden die Kriterien zur Einstufung festgelegt?

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und das neue Begutachtungsinstrument wurden in mehreren Schritten auf pflegewissenschaftlicher Grundlage entwickelt. Das Bundesministerium für Gesundheit rief im Oktober 2006 den Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs ein. Dieser legte im Frühjahr 2009 einen ersten Vorschlag für einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein damit verbundenes Begutachtungsinstrument zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (Neues Begutachtungsassessment – NBA) vor. Zur Klärung von noch offenen fachlichen, administrativen und rechtstechnischen Fragen richtete das Bundesministerium für Gesundheit im Jahr 2012 einen Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ein, der im Jahr 2013 seinen Abschlussbericht vorlegte. Der Expertenbeirat bestätigte die grundsätzliche Einführungsreife des neuen Begutachtungsinstruments und gab umfassende Hinweise für die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs.

Um sicherzustellen, dass das neu erarbeitete Begutachtungsinstrument in der Praxis funktioniert, haben es Gutachterinnen und Gutachter der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung in zwei durch den GKV-Spitzenverband koordinierten Modellprojekten getestet – sowohl im häuslichen Umfeld als auch in stationären Pflegeeinrichtungen.

Die gesetzliche Umsetzung und damit die Festlegung der Kriterien zur Einstufung erfolgten durch den Gesetzgeber im Zweiten Pflegestärkungsgesetz vom 21. Dezember 2015. Die Kernvorschriften sind § 14 SGB XI (Begriff der Pflegebedürftigkeit) und § 15 SGB XI (Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument).

Weitere Bestimmungen sind in der Anlage 1 zu § 15 SGB XI enthalten. Neben den gesetzlichen Vorschriften sind die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit (sog. Begutachtungs-Richtlinien) (<https://www.pflegebegutachtung.de/experten/begutachtungsrichtlinien-gueltig-ab-01012017.html>) die wesentliche Grundlage der Begutachtung.

Wird es die Möglichkeit geben, die Einstufung in den Modulen konkret nachzuvollziehen? Welche Kriterien sind z.B. für die Einstufung „ÜBERWIEGEND“ selbständig/unselbständig entscheidend, damit diese eindeutig erfolgen kann? Wie fließen Einschränkungen im sozialen Bereich in die Begutachtung ein? Welche Rolle spielen psychische Leiden für die Bestimmung der Pflegestufe, erfolgt nur eine Momentaufnahme des MDK gemacht oder wird der Prozess beobachtet?

Ein wesentlicher Teil des Gutachtens für Versicherte sind die Feststellungen zu den Kriterien der sechs Module. Aus ihnen wird anhand der vorgegebenen Bewertungsregeln der Pflegegrad errechnet. Die Feststellungen zum Schweregrad bei den einzelnen Kriterien – also ob

der Versicherte nach der Einschätzung des Gutachters z. B. selbständig, überwiegend selbständig, teilweise selbständig oder unselbständig ist – werden von den Gutachterinnen und Gutachtern anhand der verbindlichen, pflegfachlichen Vorgaben der Begutachtungs-Richtlinien getroffen. Genauere Informationen, wie dies erfolgt, finden Sie in den Begutachtungs-Richtlinien unter Ziffer 4.8.3. (Beurteilung von Selbständigkeit) sowie unter Ziffer 4.9. (Pflegefachliche Konkretisierung der Module und der Abstufungen der Selbständigkeit). Unter der letztgenannten Ziffer können Sie für jedes einzelne Kriterium nachlesen, welche Voraussetzungen für welchen Schweregrad bestehen. Besonderheiten für eine altersgemäße Begutachtung für Kinder und Jugendliche sind unter Ziffer 5. der Begutachtungs-Richtlinien dargestellt.

Mit dem neuen Begutachtungsinstrument wird der Mensch als Ganzes in den Blick genommen. Die neue Begutachtung sorgt für eine gerechtere und individuellere Einstufung der Pflegebedürftigen. Im Zentrum des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs stehen der pflegebedürftige Mensch, seine Selbständigkeit und seine Fähigkeiten, unabhängig davon, ob er wegen körperlichen, kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen auf die Unterstützung durch Andere angewiesen ist. Dabei gilt: Bestimmte Krankheitsbilder oder der Grad einer Behinderung sind nach der Systematik der Pflegeversicherung für die Anerkennung von Pflegebedürftigkeit nicht entscheidend. Es besteht immer die Möglichkeit, dass auch bei einem vergleichbaren Krankheitsbild der Hilfebedarf sehr unterschiedlich ist. Das hat sich auch mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nicht geändert. Es ist bei der Begutachtung zu berücksichtigen, dass nicht die Schwere der Erkrankung oder Behinderung, sondern allein die Schwere der gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten Grundlage der Bestimmung der Pflegebedürftigkeit sind.

Wie funktioniert die Schnelleinstufung ab 1. Januar 2017? Wie geht es nach der ersten Pflegegradeinschätzung weiter?

Befindet sich die antragstellende Person im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung, ist die Begutachtung in der Einrichtung durchzuführen, wenn Hinweise vorliegen, dass dies zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung (z. B. Kurzzeitpflege, wohnumfeldverbessernde Maßnahmen) erforderlich ist oder die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt wurde oder mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach § 2 Abs. 1 des Familienpflegezeitgesetzes vereinbart wurde. Gleiches gilt für antragstellende Personen, die sich in einem Hospiz befinden. In diesen Fällen ist festzustellen, ob Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 SGB XI vorliegt. Liegt Pflegebedürftigkeit vor, ist darüber hinaus festzustellen, ob die Voraussetzungen mindestens des Pflegegrades 2 erfüllt sind. Die abschließende Begutachtung – insbesondere zum Pflegegrad – ist dann unverzüglich nachzuholen. (Begutachtungs-Richtlinien, Ziff.3.2.3).

Kann das Pflegeheim eine Neubegutachtung beantragen? Wie und wann sind Höherstufungsanträge möglich? Wie kann man erkennen, dass man Höherstufung beantragen kann/muss?

Dies ist in § 87a Absatz 2 SGB XI geregelt: „Bestehen Anhaltspunkte dafür, dass der pflegebedürftige Heimbewohner auf Grund der Entwicklung seines Zustands einem höheren Pflegegrad zuzuordnen ist, so ist er auf schriftliche Aufforderung des Heimträgers verpflichtet, bei seiner Pflegekasse die Zuordnung zu einem höheren Pflegegrad zu beantragen. Die Aufforderung ist zu begründen und auch der Pflegekasse sowie bei Sozialhilfeempfängern dem zuständigen Träger der Sozialhilfe zuzuleiten. Weigert sich der Heimbewohner, den Antrag zu stellen, kann der Heimträger ihm oder seinem Kostenträger ab dem ersten Tag des zweiten Monats nach der Aufforderung vorläufig den Pflegesatz nach dem nächsthöheren Pflegegrad berechnen.“ Die Begründung ergibt aus der beschriebenen Pflegesituation in der Pflegedokumentation, eigenen Eindrücken und Beobachtungen. In der Pflegeplanung wird die bisherige Pflege und ggf. auch Betreuungssituation beschrieben. Anhand von konkreten Beispielen ist dies zu begründen.

Kann der Einsatz technischer Hilfsmittel (Aufzug/Treppenlift) zu einer Herabstufung der Beurteilung des Unterstützungsbedarfs führen? Ist man „selbständig“, wenn man mit Hilfsmitteln ein Defizit ausgleichen kann?

In den Begutachtungs-Richtlinien (Ziff.4.8.3) wird beschrieben wie selbständig definiert wird und der Gutachter dies in der Begutachtungssituation zu bewerten hat: 0= selbständig: die Person kann die Handlung bzw. Aktivität in der Regel selbständig durchführen. Möglicherweise ist die Durchführung erschwert oder verlangsamt oder nur unter Nutzung von Hilfs-/Pflegehilfsmitteln möglich. Entscheidend ist jedoch, dass die Person keine personelle Hilfe benötigt. Unter Ziff. 4.9 der Begutachtungs-Richtlinien wird die pflegefachliche Konkretisierung der Module und der Abstufung der Selbständigkeit, auch im Hinblick auf die Nutzung von Hilfsmitteln, eindeutig beschrieben.

Wer übernimmt die Kosten bei einer Begutachtung mit Dolmetschern? Wie geht der MDK damit um, wenn Betroffene nicht deutsch sprechen?

Die Pflegeversicherung erbringt Leistungen für Versicherte mit dauerhaftem Wohnsitz im Inland und für deren Angehörige. Die Pflegeversicherung übernimmt keine Kosten für die Beteiligung von Sprachdolmetschern an der Begutachtung. Diese sind vom Versicherten selbst zu finanzieren (soweit nicht die örtliche Kommune einen Dolmetscherdienst hat). Die antragstellende Person ist vor der Begutachtung durch den MDK zu informieren, dass sie sich bei Verständigungsschwierigkeiten in der Amtssprache Unterstützung durch Angehörige, Bekannte mit ausreichenden Sprachkenntnissen oder durch einen Übersetzer für den Zeitraum der Begutachtung heranziehen sollte. Dies erfolgt i.d.R. im Rahmen der Terminankündigung durch Übersendung eines Flyers (8 Sprachen) mit Informationen zur Begutachtung. Die antragstellende Person hat sicherzustellen, dass eine Verständigung in der Amtssprache möglich ist (Begutachtungs-Richtlinien Ziff. 3.2.2.1).

Wie und wann werden die Leistungskomplexe angeglichen?

Hinsichtlich der einzelnen Leistungskomplexe in der ambulanten Pflege und ihrer vertraglichen Ausgestaltung in den Ländern gibt es keine gesetzlichen Vorgaben. Die verschiedenen Leistungskomplexe und deren preisliche Ausgestaltung haben die Landesverbände der Pflegekassen mit den Vereinigungen der Träger der ambulanten Pflegedienste im Land in den Landesrahmenverträgen zu vereinbaren. In Folge der Einführung und Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs besteht für diese Partner der Pflegeselbstverwaltung der fortwährende Auftrag, die bisherigen Regelungen zu prüfen und inhaltlich neu auszurichten.

Wie transparent sind die Bescheide der Pflegekassen zur Ersteinstuferung in die Pflegegrade? Sind diese Bescheide nachvollziehbar?

In § 18 Abs. 3 Satz 10 SGB XI ist festgelegt, dass das Ergebnis des Gutachtens dem Versicherten transparent darzustellen und verständlich zu erläutern ist. Hierzu enthalten die Begutachtungs-Richtlinien nähere Ausführungen. Für Fragen zu Ihrem persönlichen Gutachten können Sie sich auch an die Pflegeberatung Ihrer Pflegekasse wenden. Zu den Aufgaben der Pflegeberatung gehört, Ihnen das Gutachten zu erläutern und Sie dabei zu unterstützen, die für Sie passenden Leistungsangebote zu nutzen und die Empfehlungen aus dem Gutachten umzusetzen, zum Beispiel indem die Beraterinnen und Berater Ihnen helfen, die richtigen Anträge zu stellen, diese ggf. für Sie weiterleiten, und Sie über an Ihrem Wohnort verfügbare Angebote informieren. Damit sollen Pflegebedürftige, aber auch pflegende Angehörige, umfassend bei der Gestaltung ihrer individuellen Versorgung unterstützt werden.

Ist eine Beratung durch den ambulanten Pflegedienst vor oder nach Begutachtung sinnvoll? Wie sieht die Zusammenarbeit mit und die Einbindung von Familie, Ärzten, Pflegefachkräften, Pflegepersonen etc. bei der Begutachtung aus?

Mit der Ankündigung bzw. Vereinbarung einer Begutachtung wird die antragstellende Person gleichzeitig gebeten, eventuell vorhandene Unterlagen (Berichte von betreuenden Diensten, Pfl egetagebücher und vergleichbare eigene Aufzeichnungen des Versicherten, ärztliche Unterlagen, derzeitige Medikamente sowie Gutachten und Bescheide anderer Sozialleistungsträger) bereitzulegen, soweit sie für die Begutachtung erforderlich sind. Mit Einverständnis des Versicherten sollen diejenigen, die an der Pflege beteiligt sind, befragt werden, dazu gehören auch ambulante Pflegedienste. Zum Termin sollten daher idealerweise auch die Angehörigen, Betreuer oder sonstige Personen, die den pflegebedürftigen Menschen unterstützen, anwesend sein. Das Gespräch mit ihnen ergänzt das Bild des Gutachters davon, wie selbstständig der Antragsteller noch ist beziehungsweise welche Beeinträchtigungen vorliegen.

Beteiligte und Dauer der Begutachtung

Ist eine Stunde für die Begutachtung ausreichend? 80 Items sind in 60 Minuten für die Prüfung zu erheben, wie gelingt das und wie kam es zu dem Wert (60 Minuten)

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und das neue Begutachtungsinstrument wurden in mehreren Schritten auf pflegewissenschaftlicher Grundlage entwickelt. Auftrag war u.a., dass das Instrument so ausgestaltet sein sollte, dass die Begutachtung innerhalb eines überschaubaren Zeitrahmens erfolgen kann. Die gesamte Begutachtungsdauer für den Hausbesuch - auch unter Berücksichtigung einer breiter angelegten Erfassung von Pflegebedürftigkeit - sollte bei max. 60 Minuten liegen.

Fristen

Innerhalb welcher Zeit kann eine Erstbegutachtung stattfinden ab dem 1. Januar 2017? Wie lange dauert es vom Antrag bis zur Entscheidung?

Die gesetzlich vorgegebene Bearbeitungsfrist für Anträge auf Pflegeleistungen beträgt 25 Arbeitstage. Bei einem Aufenthalt im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung, in einem Hospiz oder während einer ambulant-palliativen Versorgung ist die Begutachtung durch den MDK oder andere unabhängige Gutachterinnen und Gutachter innerhalb einer Woche durchzuführen, wenn dies zur Sicherstellung der weiteren Versorgung erforderlich ist oder die Inanspruchnahme einer Freistellung nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt oder eine Familienpflegezeit nach dem Familienpflegezeitgesetz mit dem Arbeitgeber vereinbart wurde. Befindet sich die Antragstellerin beziehungsweise der Antragsteller in häuslicher Umgebung, ohne palliativ versorgt zu werden, und wurde die Inanspruchnahme einer Freistellung nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt oder nach dem Familienpflegezeitgesetz mit dem Arbeitgeber vereinbart, ist eine Begutachtung innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang durchzuführen.

Zu beachten ist, dass nach Ablauf des Jahres 2017 folgende Regelung gilt: Erteilt die Pflegekasse den schriftlichen Bescheid über den Antrag nicht innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Eingang des Antrags oder werden die verkürzten Begutachtungsfristen nicht eingehalten, hat die Pflegekasse nach Fristablauf für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung 70 Euro an die Antragstellerin beziehungsweise den Antragsteller zu zahlen. Dies gilt nicht, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder wenn sich die Antragstellerin beziehungsweise der Antragsteller in stationärer Pflege befindet und bereits als mindestens erheblich pflegebedürftig (mindestens Pflegegrad 2) anerkannt ist.

Widersprüche

Ist ein Widerspruch gegen die Einstufung möglich, wer kann Widerspruch einlegen? Bleiben die Pflegeleistungen bei einer Rückstufung erhalten?

Gegen Bescheide der Pflegekasse können Pflegebedürftige innerhalb von vier Wochen schriftlich Widerspruch bei der Pflegekasse einreichen. Dieser kann formlos und zunächst ohne Begründung erfolgen, wobei eine Begründung nachzureichen ist. Dieser Widerspruch muss von der pflegebedürftigen Person oder von einem gesetzlichen Vertreter (Betreuer) unterschrieben werden.

Im Rahmen des Widerspruchsverfahrens beauftragt die Pflegekasse in der Regel erneut den MDK, eine Begutachtung durchzuführen. Zunächst wird durch den Erstgutachter anhand der Unterlagen und dem Widerspruchsschreiben nebst Begründung geprüft, ob unter diesen Aspekten ein anderes Ergebnis zustande kommt und damit dem Widerspruch (nach Aktenlage) stattgegeben wird.

In den Fällen, in denen sich neue Aspekte ergeben, wird ein Zweitgutachten durch einen anderen Gutachter erstellt. Dieser Gutachter nimmt die veränderte Pflegesituation auf und erstellt unter Berücksichtigung des Erstgutachtens das Zweitgutachten.

Wird der Widerspruch erneut abgelehnt, besteht die Möglichkeit einer Klage vor dem Sozialgericht.

Im Jahr 2015 wurde für 6,1 Prozent der Begutachtungen Widerspruch eingelegt (6,5 Prozent für beantragte ambulante Leistungen und 6,4 Prozent für beantragte stationäre Leistungen). Bei 53 Prozent der Widerspruchsfälle bei erwachsenen Antragstellern wurde das Ergebnis des Vorgutachtens bestätigt. In rund 27 Prozent der Fälle wurde im Rahmen der Widerspruchsbegutachtung eine andere Pflegestufe empfohlen, weil sich der zeitliche Hilfebedarf des Antragstellers vom Zeitpunkt der Vorbegutachtung bis zum Zeitpunkt der Widerspruchsbegutachtung nachvollziehbar verändert hatte. In 21 Prozent der Fälle wurde eine andere Pflegestufe empfohlen mit dem Hinweis, dass bereits zum Zeitpunkt der Vorbegutachtung die Voraussetzungen für das Ergebnis der Widerspruchsbegutachtung bestanden haben.

Bei Pflegebedürftigen, die bereits im Jahr 2016 Leistungen erhielten, bleibt der im Rahmen der Überleitung festgestellte Pflegegrad im Rahmen des Bestandsschutzes erhalten, auch wenn sich aus der Neubegutachtung ein niedrigerer Pflegegrad ergibt (Ausnahme: es liegt keine Pflegebedürftigkeit mehr vor).

Gibt es Hilfen zur Formulierung eines Widerspruchs? Gibt es eine Widerspruchsberatung?

Ja. Der Anspruch auf kostenlose Pflegeberatung gegenüber der Pflegekasse gilt auch für eine Beratung über Widersprüche. Zudem können Betroffene auch weitere Beratungsstellen in Anspruch nehmen, z.B. bei Sozialverbänden.

Informationsmaterial/-wege

Wie bringe ich meine Mitarbeiter auf Augenhöhe mit dem MDK, gibt es für Schulungen nutzbare Informationsmaterialien zum neuen Begutachtungsinstrument, zum Beispiel Filme? Welche Unterlagen können Beschäftigte von Pflegeeinrichtungen nutzen zur Beantwortung von Fragen der Betroffenen zu neuen Begutachtungsinstrument, die von diesen auch verstanden werden?

Das Internet-Portal des Bundesministeriums für Gesundheit zu den Regionaldialogen bietet hierzu umfangreiche Informationen:

<https://www.regionaldialog-pflege.de/>. Zielgruppe sind hier vor allem die Praktiker in der Pflege. Für die allgemeine Öffentlichkeit bietet das Bundesministerium für Gesundheit umfangreiche Informationen auf folgendem Internetportal an: <http://www.pflegestaerkungsgesetz.de/>

Vertiefte Informationen zu den Einzelheiten des neuen Begutachtungsinstruments bietet der Medizinische Dienst des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen auf folgendem Internet-Portal an:

<https://www.pflegebegutachtung.de/downloads-links.html>

Hier finden sich Angebote für Versicherte und Experten (Texte, Muster-Präsentationen und Videos).

Gibt es ein Muster, wie ein Gutachten aussieht? Gibt es praktische Beispiele für jedes Modul?

In den Begutachtungs-Richtlinien ist auch das Formular abgedruckt, anhand dessen die Begutachtung erfolgt. Im Gutachtenformular sind alle für die Begutachtung relevanten Angaben aufgeführt. In den Begutachtungs-Richtlinien sind zudem die Module und die in den Bereichen genannten einzelnen Kriterien mit Hinweisen und Beispielen hinterlegt.

Das Gutachten enthält wichtige Informationen zu den Einschränkungen der Pflegebedürftigen, die für die pflegerische Versorgung wichtig sind. Warum erhalten die Einrichtungen dieses Gutachten nicht regelhaft zur Kenntnis?

Das Ergebnis der Prüfung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit aus dem vollständigen Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung oder eines von der Pflegekasse beauftragten Gutachters einschließlich der gesonderten Präventions- und Rehabilitationsempfehlung ist zunächst der Pflegekasse zuzuleiten. Diese benötigt das vollständige Gutachten, um im Rahmen des sozialverwaltungsrechtlichen Verfahrens eine Kontrolle der Stellungnahme des Medizinischen Dienstes bzw. eines von der Pflegekasse beauftragten Gutachters

auf Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben und auf Plausibilität durchführen zu können. Zudem ist die Pflegekasse nach § 18 Absatz 3 Satz 9 SGB XI verpflichtet, dem Antragsteller das Gutachten zu übersenden, sofern er der Übersendung nicht widerspricht.

Es steht den Pflegebedürftigen frei und kann zur Gestaltung ihrer individuellen Versorgung positiv beitragen, das Gutachten auch in Beratungsgesprächen etwa mit der Pflegeeinrichtung als Grundlage heranzuziehen.

Pflegetagebuch/ Dokumentation

Wie kann ein Pflegetagebuch in Zukunft aussehen? Wäre es möglich, für alle ein „Pflegetagebuch“ zur Verfügung zu stellen?

Bislang konnten sich die Versicherten über ihre Pflegekasse ein Pflegetagebuch zuschicken lassen. Daher sollten sich die Versicherten an die Pflegeberater ihrer Pflegekasse wenden.

Ist die Pflegedokumentation für die Begutachtung wichtig? Wo findet man den Übersicht über den Zusammenhang zwischen dem neuen Begutachtungsinstrument (NBA) und neuer Pflegedokumentation (SIS)?

Das neue Dokumentationskonzept findet bundesweit sehr großen Anklang in den Pflegeeinrichtungen. Bis Dezember 2016 hatten sich bereits über 10.400 stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen als Teilnehmer registrieren lassen, das entspricht 42 Prozent der Pflegeeinrichtungen in Deutschland.

Das Projektbüro „EinSTEP“ hat mit namhaften Autoren ein Thesenpapier zu dieser Thematik erstellt: „Das Strukturmodell zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation und das neue Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit – Unterschiede und Zusammenhänge“. Dieses finden Sie unter:

https://www.ein-step.de/fileadmin/content/documents/Thesenpapier_PB_nB_SIS_fin_2016-07-26.pdf

Personalbedarf/Qualifizierung

Mit welchem Personalbedarf ist zu rechnen bzw. wie wird sich dieser ändern?

Gute Arbeitsbedingungen in der Pflege liegen in der Verantwortung aller Beteiligten. Die Pflegedienste und Pflegeeinrichtungen haben dabei einen entscheidenden Einfluss auf die Attraktivität der Pflegeberufe, so zum Beispiel durch eine angemessene Entlohnung der Pflegekräfte. Rund 2,9 Millionen Menschen nehmen jeden Monat Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch. Dabei erhält der überwiegende Teil, rund 2,1 Millionen, ambulante Leistungen. Stationär gepflegt werden rund 0,8 Millionen Menschen (Stand: Ende 2015). Da die Zahl der pflegebedürftigen Menschen in den nächsten Jahren weiter steigen wird, wird auch der Bedarf an professioneller Unterstützung durch Pflegekräfte weiter zunehmen.

Wenn Leistungsverbesserungen, wie sie die Pflegestärkungsgesetze vorsehen, auch tatsächlich bei den Betroffenen ankommen sollen, wird auch eine ausreichende Zahl von Pflegekräften benötigt – diese müssen die Hilfen und Dienste schließlich erbringen. Die drei Pflegestärkungsgesetze der Bundesregierung leisten in dieser Legislaturperiode dazu einen wichtigen Beitrag, können aber nicht allein dafür sorgen, dass der wachsende Bedarf an Pflegekräften gedeckt wird. Hierzu bedarf es vielmehr weiterer Initiativen und Maßnahmen durch unterschiedliche Akteure an verschiedenen Stellen und auf unterschiedlichen Ebenen.

Wie wird das Personal in der ambulanten Pflege bemessen werden? Wie kann Personalbemessung ohne zeitliche Vorgaben erfolgen?

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff ist auch im Bereich der ambulanten Pflege Anlass für die Vertragspartner der Pflegeselbstverwaltung, die Vorgaben zur Personalausstattung zu überprüfen. Dies gilt für die Verantwortlichen auf Landesebene bei den Landesrahmenverträgen als auch für die Pflegeeinrichtungsbetreiber vor Ort.

In der ambulanten Versorgung werden die Pflegedienste weiterhin im Rahmen ihrer Tourenplanung mit entsprechenden zeitlichen Hinterlegungen für die einzelnen Hausbesuche arbeiten.

Wie soll das Personal die neuen Anforderungen stemmen? Wie schaffen wir das Umdenken im Sinne der Selbständigkeit und Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen?

Die Träger und die Pflegeeinrichtungen sind für die Entwicklung der pflegerischen Konzeptionen in ihren Einrichtungen selbst verantwortlich. Das Bundesgesundheitsministerium unterstützt diese Prozesse, z.B. durch die Fachtagung „Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff als Wegweiser für eine gute pflegerische Versorgung“, die im August 2016 stattfand.

Was wird gegen den Personalmangel getan?

Jede Pflegeeinrichtung ist für die Beschäftigung und Gewinnung von Personal für ihre Einrichtung selbst verantwortlich. Die Bundesregierung ergreift zahlreiche Maßnahmen, um mehr Menschen für den Pflegeberuf zu begeistern und die Rahmenbedingungen für eine bessere Ausstattung mit Pflegepersonal weiter zu entwickeln. Dazu gehören insbesondere:

- Gestaltung der Rahmenbedingungen des Bedarfs an pflegerischer Versorgung
- Umsetzung der Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege
- Modernisierung der Ausbildung in der Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflege und Zusammenführung in einem neuen Pflegeberufsgesetz
- Fachlich-wissenschaftlich fundierte Personalbemessung in der Pflege
- Einführung eines branchenspezifischen Mindestarbeitsentgeltes in Altenpflegebetrieben
- Verbesserung der Rahmenbedingungen zur Berücksichtigung von Tariflöhnen bzw. Gehältern bis zu Tarifniveau in den Vergütungsverhandlungen der Pflegeselbstverwaltung
- Verbesserung des Pflegealltags durch mehr zusätzliche Betreuungskräfte in den voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen
- Abbau von Bürokratie, vor allem in der Pflegedokumentation
- Aufwertung der Pflege durch Betonung der Ergebnisqualität
- Öffentlichkeitsarbeit für ein realistisches Bild der Arbeit in der Pflege
- Vermittlung/Zuwanderung von Pflegekräften.

Wie kann der Pflegeberuf attraktiver werden, damit wir mehr Personal gewinnen können?

Gute Arbeitsbedingungen und die Entlohnung in der Pflege haben zentrale Bedeutung für die Attraktivität der Pflegeberufe. Hierauf haben die einzelnen Pflegeeinrichtungen entscheidenden Einfluss. Stichworte dafür sind eine angemessene Entlohnung und Personalausstattung, sachgerechte Dienstpläne mit angemessenen Arbeitszeitregelungen, die Vereinbarkeit von Beruf und Familie und ein gutes Klima für die Zusammenarbeit. Die Pflegeeinrichtungen sind auch besonders gefordert, die Wünsche der Beschäftigten nach Vollzeit bzw. Teilzeitbeschäftigung zu berücksichtigen und eine Willkommenskultur für Berufsanfängerinnen und -anfänger sowie für den beruflichen Wiedereinstieg in die Pflege zu unterstützen.

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff stellt darauf ab, die Selbstständigkeit der Pflegebedürftigen zu erhalten bzw. zu fördern. Dies stärkt die fachlichen Grundlagen der Arbeit in der Pflege und fördert die Erarbeitung neuer Konzepte für die Arbeit der Einrichtungen. Durch die Neuregelungen werden innovative Pflegekonzepte auf Grundlage eines neuen Verständnisses von Pflege in der ambulanten und in der stationären Versorgung gestärkt. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff ist Anlass, die Personalausstattung zu überprüfen und an den Bedarf anzupassen. Sowohl die Verantwortlichen auf Landesebene als auch die Pflegeeinrichtungen vor Ort sind hier gefordert. Zudem ist die Pflege-Selbstverwaltung erstmals gesetzlich verpflichtet worden, ein wissenschaftlich fundiertes Personalbemessungsverfahren entwickeln und zu erproben.

Zudem finanziert die Pflegeversicherung mehr als 49.000 zusätzliche Betreuungskräfte in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen. Die zusätzlichen Betreuungsleistungen sollen

sie nur unter Anleitung von qualifizierten Pflegekräften, im Team und in enger Kooperation mit weiteren Fachkräften erbringen; insoweit unterstützen sie auch die Pflegekräfte, denen damit mehr Zeit für die eigentliche Pflege der Betroffenen zur Verfügung steht. Zahlreiche Gespräche mit der Praxis bestätigen die enorm entlastende Wirkung auf die Pflegefachkräfte.

Beratung

Der Informations- und Beratungsbedarf ist sehr groß bei Institutionen, Mitarbeitern und Diensten. Welche Angebote gibt es?

Das Erste, Zweite und Dritte Pflegestärkungsgesetz führen zu erheblichen Änderungen und stellen die Pflegeversicherung auf eine neue Grundlage. Sie führen zu entsprechendem Fortbildungsbedarf bei den in der Pflege Tätigen. Aus diesem Grund führt das Bundesministerium für Gesundheit die Regionaldialoge durch. Die Dialoge bringen die regional Handelnden zusammen, um für den Umsetzungsprozess informiert zu sein, ihn miteinander gemeinsam zu gestalten und voneinander überregional zu lernen. Ziel ist es, dafür zu sorgen, dass die Verbesserungen in der Pflege bei den pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen vor Ort ankommen und wirksam werden. Auch wer an den Regionaldialogen nicht teilnimmt, kann die Ergebnisse nachverfolgen auf folgender Internet-Plattform: <https://www.regionaldialog-pflege.de/>. Siehe dazu auch weitere oben – Stichwort: *Informationsmaterial/-wege*

Wie ist die Abgrenzung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI von der Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Abs. 3 SGB XI? Wer hat die Aufsicht über die Ausführung der Beratung nach § 37 SGB XI?

Wer einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung stellt, dem bietet die Pflegekasse von sich aus einen Termin für eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI an, die innerhalb von zwei Wochen nach Antragstellung stattfinden soll.

Die Pflegeberaterin/der Pflegeberater ermittelt auf Wunsch des Antragstellers den individuellen Hilfebedarf, berät auf Wunsch bei der Auswahl und Zusammenstellung von Leistungen, hilft bei der Stellung von Leistungsanträgen, erstellt auf Wunsch einen individuellen Versorgungsplan mit erforderlichen Hilfen und unterstützt die Umsetzung eines Versorgungsplans. Die Pflegeberatung kann bei der jeweiligen Pflegekasse vor Ort, auf Wunsch auch telefonisch oder zu Hause durchgeführt werden. Die Beratung erfolgt durch speziell geschulte Pflegeberaterinnen und –berater mit besonderer Fachkenntnis insbesondere im Sozial- und Sozialversicherungsrecht. Die meisten Pflegeberaterinnen und Pflegeberater sind bei Pflegekassen beschäftigt. Aber auch die Kommunen stellen Beratungskräfte zur Verfügung. Die Beraterinnen und Berater der Pflegekassen sowie der Kommunen werden teilweise auch in den Pflegestützpunkten gemeinsam vor Ort eingesetzt. Auch hier kann die Pflegeberatung in Anspruch genommen werden, die es allerdings nicht in allen Regionen gibt. Die Pflegekassen erteilen Auskunft über den nächstgelegenen Pflegestützpunkt. Auch die Service- und Beratungsstellen der Kommunen und die Wohlfahrtsverbände informieren zum Thema Pflege.

Die Pflegekassen können auch einen Gutschein zur Pflegeberatung durch eine unabhängige Beratungsstelle ausstellen. Nur wenige Pflegekassen stellen Beratungsgutscheine für die Pflegeberatung durch unabhängige Beratungsstellen aus, da mehrheitlich die Pflegekassen die Pflegeberatung noch selber ausführen.

Die Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Abs. 3 SGB XI muss von Pflegebedürftigen abgerufen werden, die ausschließlich Pflegegeld beziehen und zwar im Turnus von einmal halbjährlich in den Pflegegraden 2 und 3 bzw. einmal vierteljährlich in den Pflegegraden 4 und 5. Ein Beratungseinsatz kann nach neuem Recht auch halbjährlich von Versicherten mit Pflegegrad 1 oder von Versicherten, die ambulante Pflegesachleistungen beziehen, in Anspruch genommen werden. Dies gilt auch, wenn Pflegebedürftige ihren Anspruch auf ambulante Pflegesachleistung für die Erstattung von Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag verwenden (Umwandlungsanspruch). Die Beratung in der eigenen Häuslichkeit dient der praktischen Unterstützung der häuslich Pflegenden und der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege. Die Beratungsbesuche können von folgenden Stellen durchgeführt werden:

- zugelassenen Pflegediensten,
- neutralen und unabhängigen Beratungsstellen mit pflegfachlicher Kompetenz, die von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannt sind,
- Pflegefachkräften, die von der Pflegekasse beauftragt wurden, aber nicht bei dieser beschäftigt sind,
- Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern der Pflegekassen
- Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften, die die erforderliche pflegfachliche Kompetenz aufweisen.

Die Durchführung der Beratung und die dabei gewonnenen Erkenntnisse müssen von der Beratungsinstitution gegenüber der Pflegekasse nachgewiesen werden, so dass die Pflegekasse über den Stand der Versorgung und die Durchführung der Beratung stets informiert ist und ggf. aktiv werden kann.

Haben die Pflegekassen eine Beratungspflicht vor der Begutachtung? Kommen sie dem nach?

Ja. Die Pflicht der Pflegekassen zur Pflegeberatung umfasst auch die Beratung zur Vorbereitung von Begutachtungen und von Widersprüchen gegen Begutachtungen. Diese Verpflichtung wird nach den vorliegenden Erkenntnissen auch eingehalten. Allerdings ist die Inanspruchnahme freiwillig.

Was bedeuten die Pflegestärkungsgesetze für die Beratung in den Pflegestützpunkten?

Die Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen wird verbessert. Die Pflegekassen sind verpflichtet, bei Anträgen auf Leistungen stets von sich aus einen Termin für eine Pflegeberatung anzubieten, die innerhalb von zwei Wochen nach Antragstellung angeboten werden soll. Die Pflegekasse benennt feste Ansprechpartner für die Pflegeberatung, die bei allen Angelegenheiten mit der Pflegekassen helfen. Pflegenden Angehörige erhalten einen eigenen

Beratungsanspruch. Die Qualität der Pflegeberatung soll durch Richtlinien verbessert werden. Die örtlichen Beratungsstellen der Pflegeberatung sollen mit den Beratungsstellen der Eingliederungshilfe und der Hilfe zur Pflege in strukturierter Form zusammenarbeiten. Die Landesverbände der Pflegekassen schließen hierzu Rahmenvereinbarungen über die Zusammenarbeit in der Beratung mit den zuständigen Stellen der Länder. Hierbei können auch Regelungen über die Zusammenarbeit für die Ebene einzelner Kommunen getroffen werden.

Zudem wird ein Datenverbund über die örtlich verfügbaren Unterstützungsleistungen für Pflegebedürftige eingerichtet. Die Länder schließen hierzu mit den Landesverbänden der Pflegekassen Vereinbarungen zur elektronischen Datenübertragung von Angaben über regionale Angebote für niedrigschwellige Betreuung und Entlastung. Auch die Träger weiterer Angebote, in denen Leistungen zur medizinischen Vorsorge und Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben oder Leben in der Gemeinschaft, zur schulischen Ausbildung oder Erziehung kranker oder behinderter Kinder, zur Alltagsunterstützung und zum Wohnen im Vordergrund stehen, können an den Vereinbarungen beteiligt werden. Damit entsteht ein Informationsverbund der Beratungsstellen von Pflegekassen und Ländern/ Kreisen/ kreisfreien Städten über die verfügbaren Angebote in einer Region.

Diese Regelungen gelten auch für die Pflegeberatung in Pflegestützpunkten.

Darüber hinaus haben die Kommunen mit Wirkung ab dem 1. Januar 2017 für fünf Jahre ein Initiativrecht zur Einrichtung von Pflegestützpunkten erhalten. Zusätzlich dürfen sie künftig Beratungsgutscheine einlösen und Pflichtberatungen beim Bezug von Pflegegeld erbringen. Länder und Pflegekassen werden darüber hinaus verpflichtet, Rahmenverträge für die Arbeit und Finanzierung von Pflegestützpunkten abzuschließen.

Wie wird die Gleichstellung von Kindern/Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Rahmen der Beratung umgesetzt?

Diese und weitere Personengruppen mit besonderen Bedarfen sollen in den neuen Richtlinien für die Durchführung der Pflegeberatung berücksichtigt werden. Mit diesen Richtlinien werden einheitliche, fachlich fundierte Vorgaben eingeführt, die für alle Pflegeberaterinnen und Pflegeberater und sonstige Beratungsstellen, die Pflegeberatungen im Sinne des § 7a SGB XI durchführen, unmittelbar verbindlich sind. Das Nähere insbesondere zu den Maßstäben und Grundsätzen des Verfahrens, der Durchführung und der Inhalte wird in Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen nach § 17 Absatz 1a SGB XI geregelt. Frist dafür ist der 31. Juli 2018. In den Richtlinien sollen insbesondere Maßstäbe und Grundsätze geregelt werden zu

- der Feststellung des individuellen Unterstützungsbedarfs z. B. bei der Alltagsbewältigung, den sozialen Beziehungen, der Wohn- und familiären Situation,
- der Ermittlung der im individuellen Fall möglichen Hilfe-, Betreuungs-, Unterstützungs- und Entlastungsleistungen, die neben den Leistungen der Pflegeversicherung und/oder anderer Sozialleistungsträger, einschließlich der regional verfügbaren sonstigen Angebote bestehen, insbesondere im Bereich Alltagsunterstützung, Wohnen und der Teilhabe,
- den Voraussetzungen und Inhalten eines Versorgungsplanes gemäß § 7a Absatz 1 Satz 3 Nummer 2 SGB XI einschließlich von Vorgaben zur Überwachung, Einhaltung sowie möglicher Anpassung an veränderte Bedarfslagen der ratsuchenden Antragsteller,

- besonderen Vorgaben für einen umfassender auszugestaltenden Versorgungsplan (erweiterter Versorgungsplan) für Beratungstätigkeiten für Personengruppen mit einem erheblichen und umfangreichen Unterstützungsbedarf,
- der Berücksichtigung besonderer Personengruppen und besonderer Bedarfe in der Beratung (z. B. bei demenziellen Erkrankungen, für Kinder, für Personen mit Migrationshintergrund oder Schlaganfall-Patienten mit Pflegebedarf, im Falle von berufstätigen pflegenden Angehörigen).