



Information
zu wesentlichen Inhalten des
Pflegerstärkungsgesetzes II (PSG II)



Vorbemerkung

Das vorliegende Material zum Pflegestärkungsgesetz II (PSG II) dient der sachlichen Information über wesentliche Inhalte und Neuregelungen, mit denen in der Pflege beginnend ab dem 1. Januar 2016 und vollständig ab 1. Januar 2017 wichtige Neuerungen in der Pflege in Kraft treten.

Es richtet sich vorwiegend an haupt- und ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Volkssolidarität in den Bereichen Pflege und Sozialberatung, aber auch an pflegende Angehörige und Pflegebedürftige. Die Arbeitsgruppe Sozialberatung beim Bundesvorstand plant, im Jahre 2016 eine weitere Information speziell für die Sozialberatung in den Gliederungen der Volkssolidarität und für Ratsuchende vorzulegen.

Für eine kritisch-konstruktive Bewertung des PSG II aus pflegepolitischer Sicht der Volkssolidarität ist auf die Stellungnahme des Bundesverbandes für die Öffentliche Anhörung im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages am 30. September 2015 hinzuweisen. Diese Stellungnahme kann auf den Internetseiten des Bundesverbandes unter

<http://www.volkssolidaritaet.de/bundesverband/bundesverband-ev/aktuelles/sozialpolitik/anhoerung-bundestag-psg2/> abgerufen werden.

Grundlage für die vorliegende Information war ein Material des AOK-Bundesverbandes, das von Herrn Dr. Axel Holz, Referent für Gesundheitspolitik bei der AOK Nordost und Mitglied der Arbeitsgruppe Sozialpolitik beim Bundesvorstand, bearbeitet und für die Volkssolidarität zur Verfügung gestellt wurde.

Berlin, 3. Dezember 2015

Inhalt

1. Einordnung und Bewertung des PSG II
2. Finanzierung
3. Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und das zugrunde liegende Begutachtungsinstrument (NBA)
4. Die neuen Leistungsbeträge und weitere Neuregelungen im Leistungsrecht im Detail
5. Regelungen zum Bestandsschutz und zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen
6. Weiterentwicklung der Pflegeberatung
7. Übergangsregelung zur Ermittlung der Pflegesätze
8. Pflege-Qualität

Pflegeagenda des Koalitionsvertrages

Das zweite von drei Pflegestärkungsgesetzen / Drittes Pflegestärkungsgesetz folgt 2016

stärken – verbessern - kooperieren

Reformagenda Pflege



offene
Punkte

- ✓ Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs
- ✓ Erprobung der Begutachtungssystematik
- ✓ Stärkung der ambulanten Pflege
- ✓ Betreuungsleistungen für alle
- ✓ Flexibilisierung der Leistungen
- ✓ Förderung neuer Wohnformen
- ✓ Pflege- und Familienpflegezeit zusammen führen
- ✓ Pflegevertreter im Gremien des MDK
- ✓ Pflegepersonalstandards
- ✓ Qualitätssicherung
- ✓ Pflege-Transparenzvereinbarung
- ✓ Erhöhung Beitragssatz
- ✓ Pflegeausbildung weiterentwickeln
- ✓ Eingliederungshilfe reformieren
- ✓ Prüfauftrag Geriatrische Reha durch Pflegeversicherung

Das PSG II ist insgesamt ein wichtiger Fortschritt

Demenz – gleichberechtigter Zugang zu Pflegeleistungen

Gleicher Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung für Personen mit Demenz, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen und körperlich Beeinträchtigten wird erreicht.

Pflegeversicherung wird modernisiert

Die Neudefinition des Pflegedürftigkeitsbegriffs wird die Pflegeversicherung künftig an ein umfassenderes Verständnis von Pflegebedürftigkeit ausrichten.

Das neue Begutachtungssystem professionalisiert die Pflege

Es führt zu pflegewissenschaftlich fundierten, fachlichen Grundlagen; öffnet einen neuen Blickwinkel und stellt die Fachlichkeit der Pflegekräfte sowie die Selbstbestimmung und Fähigkeiten der Pflegebedürftigen in den Mittelpunkt. Die erhobenen Informationen und Einschätzungen sind eine wichtige Basis für Pflegeberatung, Pflegeplanung, Pflegeprozess, Personalbemessung und die Qualitätssicherung.

Aktivierende Pflege wird gefördert

Durch den ressourcen- und teilhabeorientierten Ansatz rückt die aktivierende Pflege in den Fokus.

Pflege wird aufgewertet

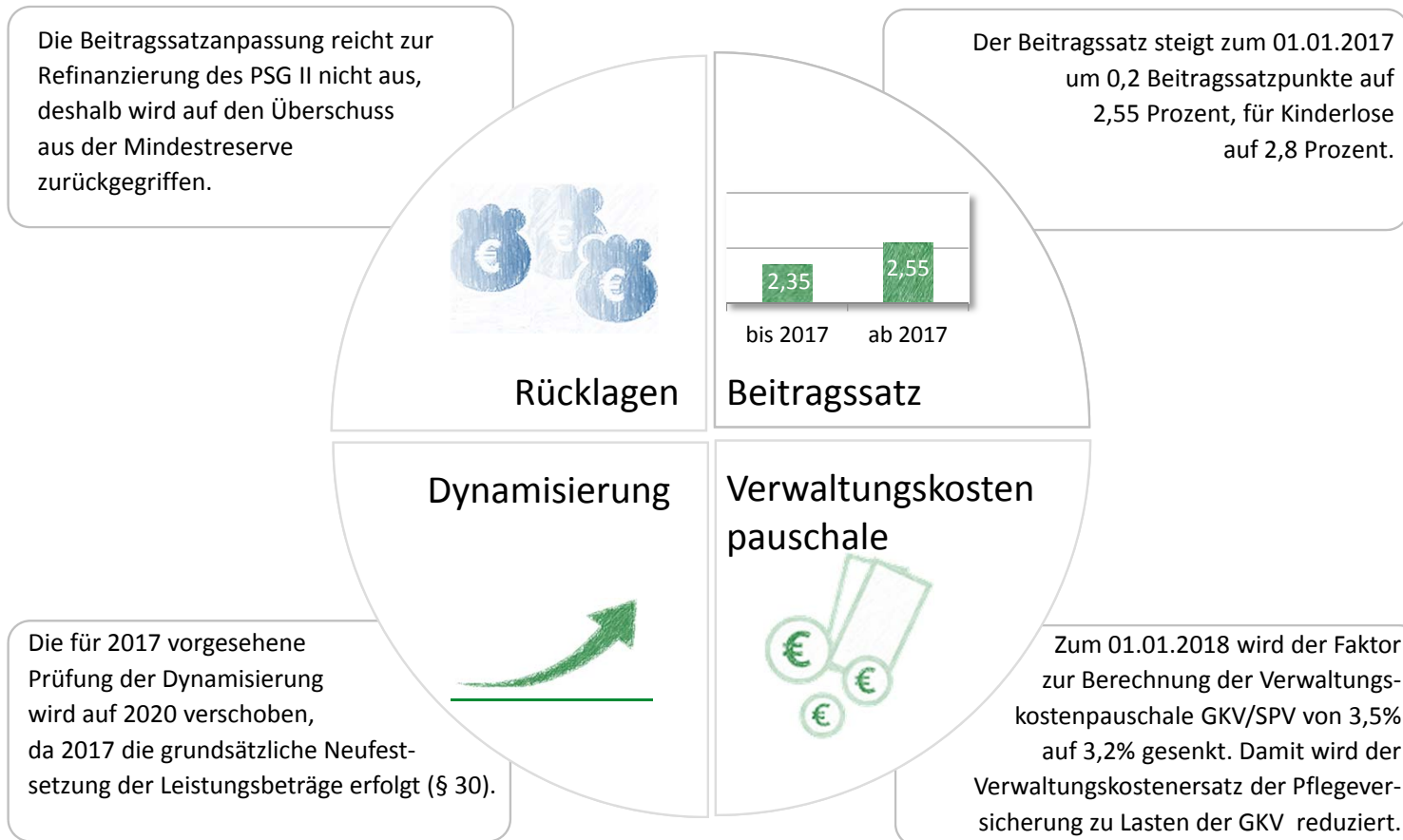
Die pflegerische Betreuung wird gleichwertiger Bestandteil neben körperbezogener Pflege und Hilfe im Haushalt.

Überleitungs- bzw. Bestandsschutzkosten finanzieren sich aus den Rücklagen

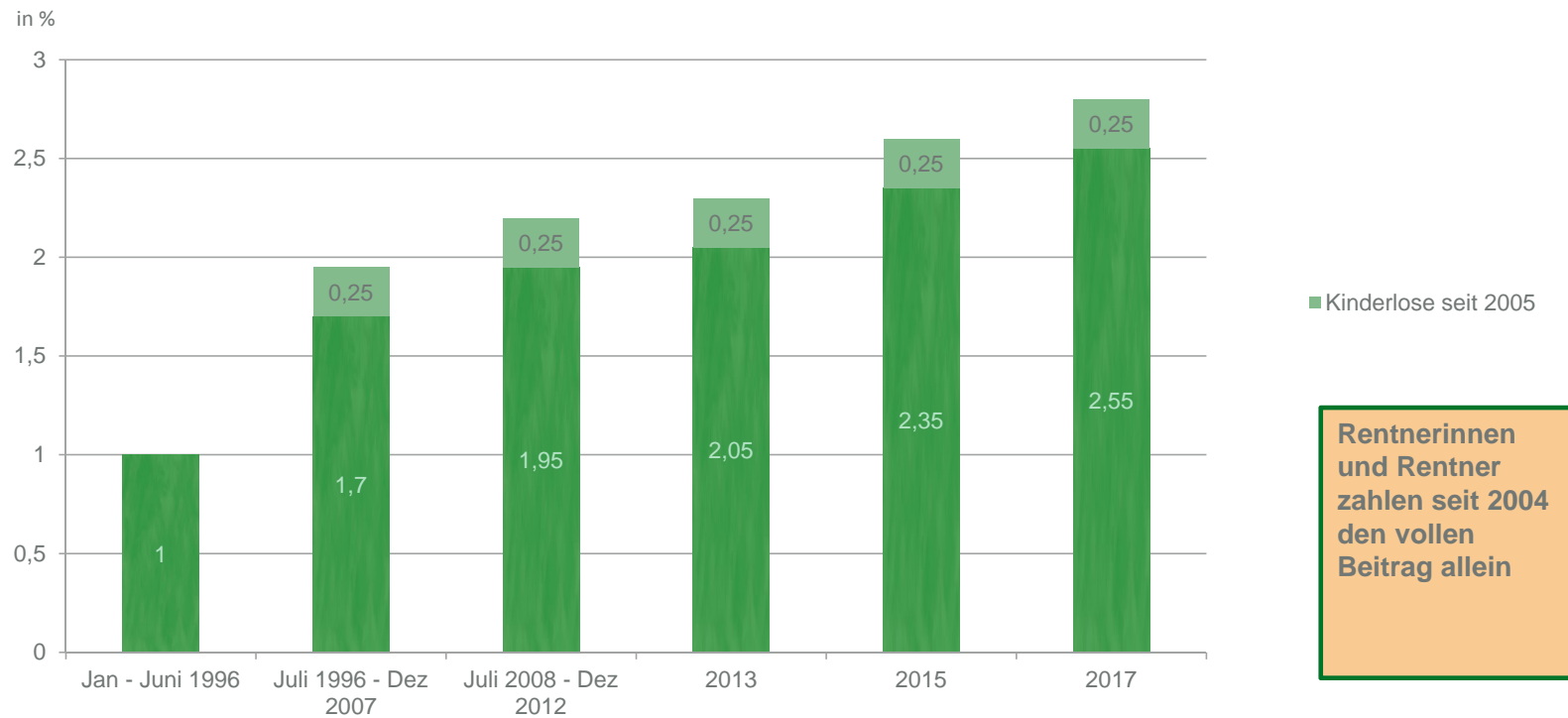
Es wird bis zu 500.000 neue Leistungsempfänger geben (Schätzung BMG), davon 60.000 in Einrichtungen der Behindertenhilfe.

2. Finanzierung

Finanzierung durch Beitragserhöhung und Überschuss aus Rücklagen



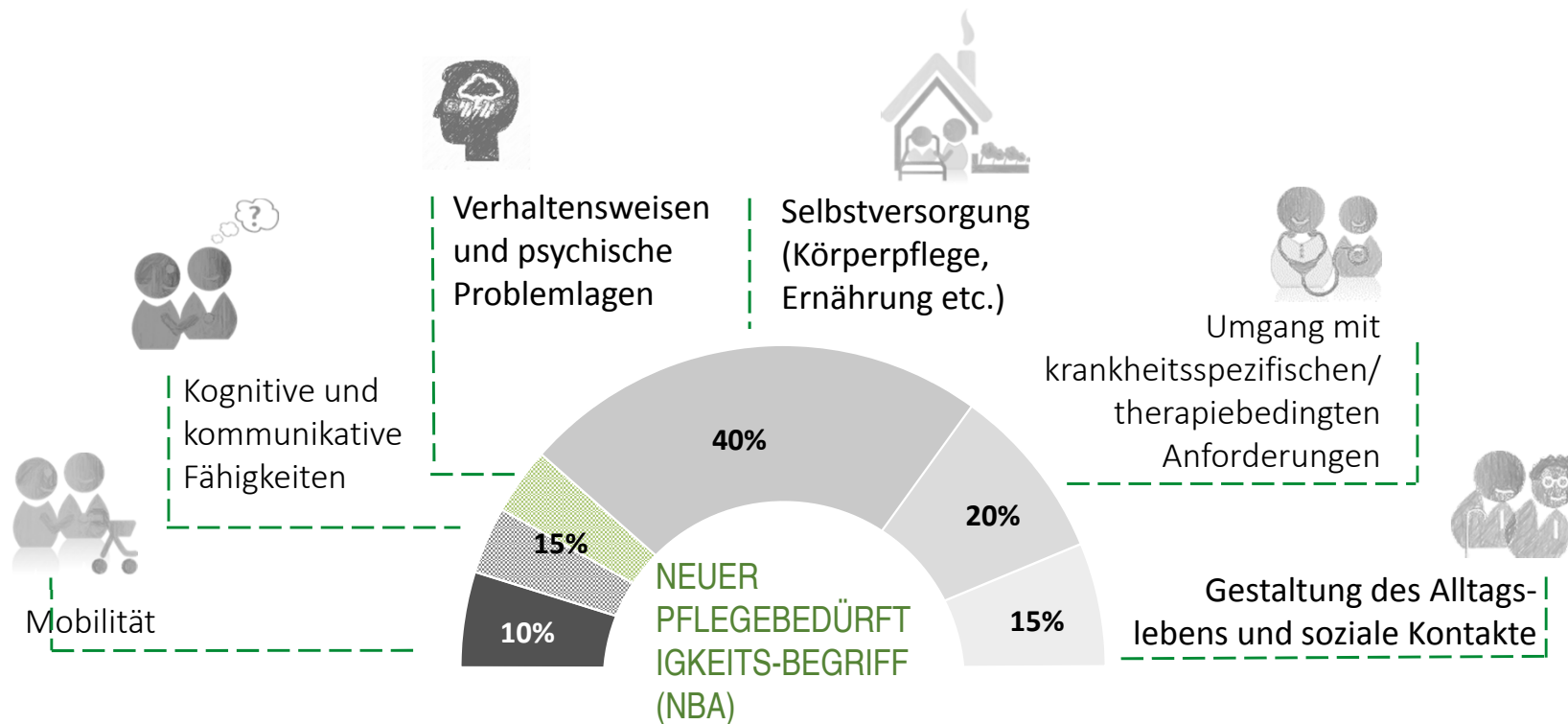
Entwicklung Beitragssätze in der sozialen Pflegeversicherung



3. Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und das zugrunde liegende Begutachtungsinstrument (NBA)

Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und seine Begutachtung

Es entscheidet der Grad der Selbstständigkeit bei der Durchführung von Aktivitäten und der Gestaltung von Lebensbereichen in sechs Modulen.



Was hinter den Modulen steckt (1)



Mobilität

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



kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche und 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



Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen

Was hinter den Modulen steckt (2)

Selbstversorgung



Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich des Waschens 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, Bewältigung der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Besonderheiten bei Sondenernährung, Besonderheiten bei parenteraler Ernährung, Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlichen pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen

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



- a) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,
- b) in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung bei Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung
- c) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnter Besuche medizinisch oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern
- d) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften



Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteter Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes.

Wie die Module im Detail bewertet werden – Summe der Einzelpunkte und gewichtete Punkte

Module	Gewichtung	0 Keine	1 Geringe	2 Erhebliche	3 Schwere	4 Schwerste	
1 Mobilität	10 %	0 – 1	2 – 3	4 – 5	6 – 9	10 – 15	Summe der Einzelpunkte im Modul 1
		0	2,5	5	7,5	10	Gewichtete Punkte im Modul 1
2 Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	15%	0 – 1	2 – 5	6 – 10	11 – 16	17 – 33	Summe der Einzelpunkte im Modul 2
3 Verhaltensweisen und psychische Problemlagen		0	1 – 2	3 – 4	5 – 6	7 – 65	Summe der Einzelpunkte im Modul 3
Höchster Wert aus Modul 2 oder Modul 3		0	3,75	7,5	11,25	15	Gewichtete Punkte für die Module 2 + 3
4 Selbstversorgung	40%	0 – 2	3 – 7	8 – 18	19 – 36	37 – 54	Summe der Einzelpunkte im Modul 4
		0	10	20	30	40	Gewichtete Punkte im Modul 4
5 Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	20%	0	1	2 – 3	4 – 5	6 – 15	Summe der Einzelpunkte im Modul 5
		0	5	10	15	20	Gewichtete Punkte im Modul 5
6 Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	15%	0	1 – 3	4 – 6	7 – 11	12 – 18	Summe der Einzelpunkte im Modul 6
		0	3,75	7,5	11,25	15	Gewichtete Punkte im Modul 6
7 Außerhäusliche Aktivitäten		Die Berechnung einer Modulbewertung ist entbehrlich, da die Darstellung der qualitativen Ausprägungen bei den einzelnen Kriterien ausreichend ist, um Anhaltspunkte für eine Versorgungs- und Pflegeplanung ableiten zu können.					“ “
8 Haushaltsführung							

Aus drei Stufen werden fünf Grade

Punkte	0 – unter 12,5	12,5 – unter 27	27 – unter 47,5	47,5 – unter 70	70 – unter 90	90 – 100
Beschreibung	Kein Pflegegrad	Geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	Erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	Schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	Schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	Schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung
		Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5

Andere Einstufung bei Kleinkindern zwischen 0 und 18 Monaten

Punkte	0 – unter 12,5	12,5 – unter 27	27 – unter 47,5	47,5 – unter 70	70 – 100
		Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5

Weitere Regelungen – Richtlinien und Begleitgremium

Grundlage der MDK-Empfehlung zum Rehabilitationsbedarf

Die Grundlage der MDK-Empfehlung zum Rehabilitationsbedarf muss ein bundeseinheitliches und strukturiertes Verfahren bilden. Dies ist eine Klarstellung des bereits in der Praxis umgesetzten Ziels (Projekt Reha 11).

MDK-Empfehlung zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung

Die MDK-Empfehlung zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung bildet gleichzeitig den Antrag auf Leistungsgewährung bei der Pflegekasse. Damit soll ein beschleunigtes Antragsverfahren erzielt werden. Die Zustimmung des Versicherten bzw. Betreuers/Bevollmächtigten ist erforderlich.

Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes

Grundlage für die Einführung des neuen Pflegedürftigkeitsbegriffs ist die Begutachtungsrichtlinie des GKV-Spitzenverbandes (§ 17).

Begleitgremium

Das BMG richtet ein Begleitgremium zur fachlichen und wissenschaftlichen Begleitung der Umstellung des Begutachtungsverfahrens ein. Eine wissenschaftliche Evaluation soll ebenfalls beauftragt werden (§ 18c).

4. Die neuen Leistungsbeträge und weitere Neuregelungen im Leistungsrecht im Detail

Die neuen Leistungsbeträge

So verändern sich die Leistungen von Pflegestufen zu Pflegegraden in Euro/Monat.

alte Pflegestufen	0 (PEA)	I	I (+PEA)	II	II (+PEA)	III	III (+PEA)	Härtefall
Geldleistung	123	244	316	458	545	728	728	–
Sachleistung ambulant	231	468	689	1144	1298	1612	1612	1995
Sachleistung stationär	231	1064	1064	1330	1330	1612	1612	1995

neue Pflegegrade	1	2	3	4	5
Geldleistung (§ 37)	125	316	545	728	901
Sachleistung ambulant (§36)	–	689	1298**	1612	1995
Sachleistung stationär (§43)	125	770*	1262*	1775	2005

PEA = Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

* Betrag geringer als im alten System

** ambulanter Satz höher als der stationäre Satz

Leistungen im Pflegegrad 1 im Detail (§ 28a neu)

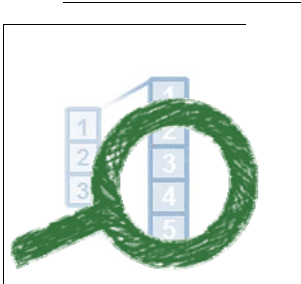


Bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 wird es sich vorrangig um somatisch beeinträchtigte Pflegebedürftige handeln, mit geringem Bedarf an personeller Unterstützung (Teilhilfe bei Selbstversorgung, Verlassen der Wohnung, Haushaltsführung)

Es besteht beispielsweise Anspruch auf:

- Pflegeberatung
- Pflegehilfsmittel
- Zuschüsse zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen
- pauschaler Wohngruppenschlag, Anschubfinanzierung
- Entlastungsbetrag für Angebote zur Unterstützung im Alltag
- Pflegekurse für Angehörige oder ehrenamtliche Pflegepersonen
- Bei Wohnen in einer vollstationären Einrichtung, Anspruch auf Zuschuss (125 € monatlich)

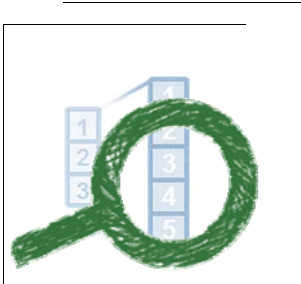
Pflegesachleistungen im Pflegegrad 2 bis 5 im Detail



Der Anspruch auf häusliche Pflegehilfe umfasst körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung.

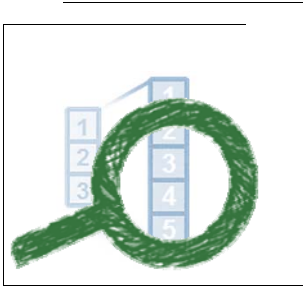
- bisherige Beschränkung auf körperbezogene Verrichtungen entfällt
- bisheriger Grundsatz „Grundpflege und Hauswirtschaft muss sichergestellt sein“ wird aufgegeben
- Leistungsvolumen der bisherigen Pflegesachleistungen nach § 123 wird integriert
- Bisherige ambulante Härtefallregelung wird gestrichen
- Deutlicher Anstieg der Anspruchsberechtigten im neuen Pflegegrad 5 (durch formale Überleitregel) ist zu erwarten

Pflegegeld im Pflegegrad 2 bis 5 im Detail



- Leistungsvolumen des bisherigen Pflegegeldes nach § 123 wird integriert
- Anspruch auf Pflegegeld auch bei Pflegegrad 5 (bei „ambulanten Härtefällen“ gab es bislang kein Pflegegeld)
- Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 und 3 müssen halbjährlich und Pflegebedürftige der Pflegegrade 4 und 5 vierteljährlich einen Beratungseinsatz in der Häuslichkeit nachweisen

Vollstationäre Pflege im Pflegegrad 2 bis 5 im Detail



- Der Anspruch besteht für pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für die Betreuung und für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege.
 - In den Pflegegraden zwei und drei sind die Leistungsbeträge im Vergleich zum alten Leistungsrecht abgesenkt worden. Im Pflegegrad 2 um 294 Euro im Vergleich zur Pflegestufe I, im Pflegegrad 3 um 68 Euro im Vergleich zur Pflegestufe II.
-
- Der Pflegegrad 3 vollstationär ist niedriger als der Pflegegrad 3 bei den ambulanten Sachleistungen. Damit wird der Vorrang ambulant vor stationär deutlich.
 - Die bisherige stationäre Härtefallregelung wird gestrichen.
 - Alle pflegebedürftigen Bewohner/Innen tragen einen gleich hohen Eigenanteil an ihren Pflegekosten durch Einführung eines „einrichtungsindividuellen Eigenanteils“ bei vollstationären Pflegekosten (§ 84).
 - Leistungsanspruch auf zusätzliche Betreuung durch Betreuungskräfte (vertragsrechtlich bisher § 87b künftig § 43b)

Weitere Leistungsänderungen

Klarstellung Wohngruppenschlag nach § 38a

Es besteht kein Anspruch auf Wohngruppenschlag, wenn eine Versorgungsform einschließlich teilstationärer Pflege vorliegt, die im Leistungsumfang weitgehend dem einer vollstationären Pflege entspricht. Der MDK soll im Einzelfall prüfen, ob in Wohngruppen die Inanspruchnahme der Tages- und Nachtpflege erforderlich ist.

Verhinderungspflege § 39 / Kurzzeitpflege § 42

Die Fortzahlung des hälftigen Pflegegeldes an die Zeiträume der Kurzzeit- und Verhinderungspflege wird angepasst. Die Wartezeit von sechs Monaten bleibt bestehen.

Tages- Nachtpflege § 41

Es besteht ein Anspruch für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5. Es wird klargestellt, dass Betreuung Bestandteil der pflegebedingten Aufwendungen ist. Leistungsbeträge entsprechend der bisherigen Systematik festgesetzt (analog Leistungsbeträge für Pflegesachleistung)

Kurzzeitpflege § 42

Es besteht Anspruch für Pflegebedürftige der PG 2 bis 5. Die Leistungsdauer wird generell auf acht Wochen pro Kalenderjahr erhöht. Es wird klargestellt, dass Betreuung Bestandteil der pflegebedingten Aufwendungen ist.

Pflegekurse § 45

Die Pflegekasse wird verpflichtet, Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen entweder als Gruppen- oder Einzelschulungen durchzuführen. Auf Wunsch der Pflegeperson und der pflegebedürftigen Person findet die Einzelschulung in der Häuslichkeit statt. Dazu bedarf es der Einwilligung des Pflegebedürftigen.

Ab 1.1.2017 - Angebote zur Unterstützung im Alltag (§ 45a neu)



Die bisherigen Leistung niedrigschwelliger Betreuungs- und Entlastungsangebote werden übersichtlicher zusammengefasst und für den Versicherten verständlicher. Künftig: „Angebote zur Unterstützung im Alltag“.

Angebote zur Unterstützung im Alltag sind:

- Betreuungsangebote insbesondere durch ehrenamtliche Helfer unter pflegefachlicher Anleitung
- Angebote zur Entlastung und beratenden Unterstützung von Pflegenden
- Angebote zur Entlastung im Alltag oder im Haushalt

Aufgaben der Länder

Anerkennung der Angebote erfolgt wie bisher durch die für die Anerkennung zuständigen Behörden in den Ländern. Niedrigschwellige Angebote, die bis zum 31.12.2016 anerkannt sind, werden automatisch anerkannt.

Die zuständigen Behörden müssen die angebotenen Leistungen und Preise den Landesverbänden der Pflegekassen zur Veröffentlichung zur Verfügung stellen..

Inhaltliches Konzept der Angebote muss erweitert werden

Neben den Angaben zur Qualitätssicherung und zu den Schulungs- und Fortbildungsangeboten der Helfer muss das Konzept auch eine Übersicht der angebotenen Leistung, deren Kostenhöhe sowie zur zielgruppen- und -tätigkeitsgerechten Qualifikation der Helfenden beinhalten.

Die Häuslichkeit stärken

Entlastungsbetrag zur Stabilisierung des häuslichen Pflegesettings (§ 45b)

- Entlastungsbetrag bis zu 125 € monatlich per Kostenerstattung für PG 1 – 5
- Regelungen des bisherigen § 45b werden weitgehend beibehalten
- Umwidmungsregelung bleibt bestehen. Sie heißt jetzt „Umwandlungsanspruch“
- Ziele sind:
 - Pflegepersonen entlasten
 - Pflegebedürftigen helfen, möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung zu bleiben, soziale Kontakte aufrecht zu erhalten und
 - ihren Alltag weiterhin möglichst selbständig bewältigen zu können

Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen (45c)

- Neugliederung zur besseren Übersichtlichkeit der Regelung
- inhaltlich keine Änderungen

Selbsthilfe (45d)

- Förderung der Selbsthilfe ist künftig in eigenständiger Norm geregelt
- Besondere Bedeutung wird damit unterstrichen

5. Regelungen zum Bestandsschutz und zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen

Lebenslanger Bestandsschutz für bisherige Pflegebedürftige (§§ 140 ff)

Politischer Grundsatz

Leistungsberechtigte, die vor der Systemumstellung Leistungen bezogen haben, sollen nach der Umstellung keinen geringeren Leistungsanspruch haben

Überleitung

Pauschale Überleitung in die Pflegegrade für Versicherte ohne eingeschränkte Alltagskompetenz (PEA) durch „einfachen Stufensprung“ oder durch „doppelten Stufensprung“ (für Versicherte mit PEA)

Lebenslanger Bestandschutz

Schlechterstellung durch Neubegutachtung übergeleiteter Pflegebedürftiger wird ausgeschlossen. Ausnahme: es liegt keine Pflegebedürftigkeit mehr vor

Anspruch auf rückwirkende Leistungen bei Höherstufungsanträgen

besteht für die Monate November und Dezember 2016, wenn die tatsächlichen Voraussetzungen für einen höheren Pflegegrad bereits vor dem 1. Januar 2017 vorlagen

(§ 140 Abs. 4)

Bestandsschutz im Detail

Für ambulante Leistungen

- Besteht auf alle unmittelbar vor dem 01.01.2017 zustehenden regelmäßig wiederkehrenden Leistungen
- Kurzfristige Unterbrechungen lassen Bestandsschutz unberührt

Für stationäre Leistungen

- Durch die Umstellung auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff soll kein Pflegebedürftiger einen höheren Eigenanteil an Pflegekosten zahlen
- Zuschlag in Höhe des Differenzbetrag wird von der Pflegekasse übernommen

Weitere Verfahrensregelungen

- Aussetzen von Wiederholungsbegutachtungen
 - 01.07.2016 bis 31.12.2016 (für § 18 Abs. 2a)
 - 01.01.2017 bis 01.01.2019 (für § 142)
- Frist ab Antragstellung wird für ein Jahr ausgesetzt. Ausnahme bei „besonders dringlichem Entscheidungsbedarf“. GKV-SV legt dafür bundeseinheitliche Kriterien und Anwendungshinweise fest
- „Strafzoll“ bei Fristüberschreitung in Begutachtungsverfahren durch den MDK ruht vom 01.01.2017 bis 31.12.2017

Regelungen zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen

Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson (§ 44)



6. Weiterentwicklung der Pflegeberatung

Beratung in der Pflege wird weiter entwickelt



Nach wie vor stellt die Pflegekasse bei Antragseingang die Leistungs- und Preis-vergleichsliste zur Verfügung, informiert über den nächstgelegenen Pflegestützpunkt und weist darauf hin, dass Pflegeberatung unentgeltlich erfolgt.

Auskunft, Aufklärung und Beratung

Die Aufgaben Auskunft, Aufklärung und Beratung werden inhaltlich getrennt:

- Auskunft und Aufklärung (§ 7) einerseits und
- Pflegeberatung (§ 7a) andererseits

Was neu ist bei § 7

- Leistungs- und Preisvergleichsliste enthält nun auch Informationen zu Angeboten, Kosten und regionaler Verfügbarkeit von niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangeboten (§ 45c). Das elektronische Datenübermittlungsverfahren dazu ist in einer Vereinbarung zwischen den nach Landesrecht für die Anerkennung der Angebote zuständigen Stellen und den Landesverbänden der Pflegekassen zu regeln
- Leistungs- und Preisvergleichsliste ist dem PKV-Verband zur Verfügung zu stellen
- Veröffentlichungspflicht der Pflegekassen umfasst neben der Leistungs- und Preisvergleichsliste nun auch Informationen zu den geschlossenen Verträge zur Integrierten Versorgung

Beratung in der Pflege – bedarfsgerechte Leistungsanspruchnahme

Pflegeberatung (§7a)

- Etablierung fester Ansprechpartner bei der Beratung sorgen für personelle Kontinuität
- Für die einheitliche Durchführung der Pflegeberatung erhält GKV-Spitzenverband die Richtlinienkompetenz
- Verpflichtung der Pflegeberater, Ergebnisse aus den Beratungspflichtbesuchen mit einzubeziehen, um ggf. weiteren Hilfe- und Unterstützungsbedarf zu identifizieren
- Pflegeberatung kann neu auch gegenüber dem pflegenden Angehörigen durchgeführt werden, wenn Pflegebedürftiger einverstanden ist
- Empfehlungen zur Anzahl und Qualifikation der Pflegeberater wird um den Aspekt „Fortbildung“ ergänzt
- Durch Rahmenvereinbarung auf Landesebene soll künftig eine strukturierte Zusammenarbeit mit der Kommune bei der Pflegeberatung sichergestellt werden
- Etablierung einer Berichtspflicht zu Erfahrungen und Weiterentwicklungen der Beratung



Beratungspflichtbesuche (§ 37 Abs. 3)

- Sachleistungsempfänger und PG 1-Leistungsempfänger können auf Wunsch Beratungsbesuch in Anspruch nehmen
- Etablierung von Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche durch neuen Qualitätsausschuss
- Etablierung einer Berichtspflicht zu den Ergebnissen und Wirkungen der Beratungspflichtbesuchen in der Häuslichkeit

Fazit-

Die Weiterentwicklung der Pflegeberatung ist sinnvoll

- ✓ Umfassende Information/Aufklärung und Beratung sind Grundlage für eine bedarfsgerechte Leistungsanspruchnahme.
- ✓ Kontinuität durch feste Ansprechpartner bei der Pflegeberatung
- ✓ Die Erweiterung der Leistungs- und Preisvergleichsliste schafft Transparenz im „Angebotsdschungel“.
- ✓ Inhaltliche Neuausrichtung der bisherigen Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3
- ✓ Regelmäßiges Berichtswesen zur Weiterentwicklung der Beratung
- ✓ Pflegesachleistungsempfänger: Anspruch auf Beratungsbesuche ist nicht erforderlich, muss bei der Leistungserbringung erkannt und bearbeitet werden.
- ✓ Richtlinien zur Vereinheitlichung der Pflegeberatung betreffen nicht alle Beteiligten, die Pflegeberatung durchführen.

7. Übergangsregelung zur Ermittlung der Pflegesätze

Übergangsregelung für Ermittlung der Pflegesätze (§§ 92c ff)

Anpassung der Pflegesätze vollstationär und teilstationär

- Möglichkeit zur Anwendung des regulären Pflegesatzverfahrens
- Pflegesatzkommissionen oder entsprechende Landesgremien können ein vereinfachtes Verfahren unter Zugrundelegung der Überleitungsregelungen, z.B. zzgl. Steigerungsraten, festlegen
- Findet keines der o.g. Verfahren bis zum 30.09.2016 Anwendung, wird die Einrichtung automatisch übergeleitet, entsprechend der gesetzlich festgelegten Überleitungsformel
- Einrichtungen haben Mitwirkungspflicht
- Kommen die Einrichtungen der Mitwirkungspflicht nicht nach, kann ein Schätzverfahren auf Grundlage vorangegangener Pflegesatzverfahren angewendet werden
- Kommt keine Einigung zustande, ist dies schiedsstellenfähig. Das gilt ebenfalls für Schätzungen
- Bei unvorhersehbaren wesentlichen Änderungen z.B. in der Bewohnerstruktur, kann auf Verlangen einer Vertragspartei jederzeit neu verhandelt werden

8. Pflege-Qualität

Neuausrichtung der Qualitätssicherung



Basierend auf wissenschaftlichen Erkenntnissen über die Qualitätssicherung hinaus soll ein Gesamtverfahren in Verbindung mit der Qualitätsdarstellung in der ambulanten und stationären Pflege entwickelt werden.

Indikatorengestütztes Gesamtverfahren

Maßstäbe und Grundsätze für die stationäre Versorgung erhalten über die bestehenden Vorgaben hinaus die zentrale Aufgabe, Anforderungen an ein indikatorengestütztes Gesamtverfahren zur Messung und Darstellung von Ergebnisqualität zu regeln. Die Vereinbarungen soll bis zum 30.06.2017 geschlossen werden.

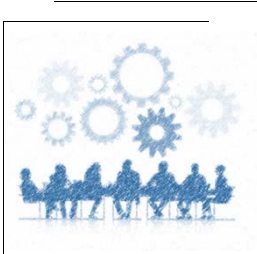
Verknüpfung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

Maßstäbe und Grundsätze ambulant sollen ebenfalls eine Verknüpfung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zum Inhalt haben. Diese Vereinbarungen sollen bis zum 30.06.2018 geschlossen werden.

Hintergrund

Bisher wurde keine Messungen von Ergebnisqualität im Rahmen der Qualitätssicherung in den Einrichtungen vorgenommen. Daher gab es keinen Konsens, was genau unter „gute Pflege“ zu verstehen ist. Beide Qualitätssysteme liefen parallel bzw. das interne Qualitätsmanagement ist fokussiert auf externe Prüfungen des MDK

Einrichtung eines Pflege-Qualitätsausschusses



Die bisherige Schiedsstelle (§ 113b) wird durch einen Qualitätsausschuss mit Konfliktlösungsmechanismen ersetzt. Das Modell ist mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) in der GKV vergleichbar. Im Unterschied zum GBA ist jedoch keine „dritte Bank“ der Betroffenenverbände vorgesehen.

BMG ernennt unparteiischen Vorsitzenden

Der Stellvertreter des unparteiischen Vorsitzenden und weitere Mitglieder sowie deren Stellvertreter werden von Vertragspartnern benannt.

Beschlussfassung

Bei Nicht-Einigung wird der Qualitätsausschuss auf Verlangen um den Unparteiischen und zwei weitere unparteiische Mitglieder erweitert (Erweiterter Qualitätsausschuss). Der erweiterte Qualitätsausschuss beschließt mit der Mehrheit seiner Mitglieder.

Geschäftsstelle

Die neue Geschäftsstelle ist für fünf Jahre eine wissenschaftliche Beratungs- und Koordinierungsstelle. Die bisherigen Geschäftsstellen **Expertenstandards werden integriert.**

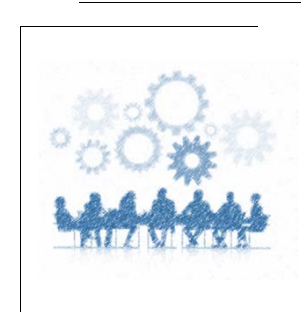
weitere Regelungen

- Die Geschäftsstelle und die wissenschaftlichen Aufträge werden aus dem Ausgleichsfonds (§ 8 Abs. 4) finanziert.
- Geschäftsordnung zur Arbeitsweise des Qualitätsausschusses erforderlich
- Beanstandungs- und Auflagenerteilungsrecht durch BMG

Aufgaben des Qualitätsausschusses

Der Qualitätsausschuss vergibt Aufträge an fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen zu:

- Entwicklung von Instrumenten für die Prüfung der Qualität sowie für die Qualitätsberichterstattung stationär (bis zum 31.03.2017);
- darauf aufbauend ein Datenerhebungsinstrument zur Übermittlung und Auswertung der indikatorenbezogenen Daten einschließlich Bewertungssystematik sowie externe Prüfung der Daten.
- Instrumente für die Prüfung der Qualität und Qualitätsberichterstattung in der ambulanten Pflege bis zum 30.06.2017. Pilotierung und Abschlussbericht bis 31.03.2018
- Module für die Befragung von Pflegebedürftigen als ergänzende Informationsquelle für die Bewertung der Lebensqualität
- Konzept für eine Qualitätssicherung in neuen Wohnformen
- Empfehlungen zur Qualitätssicherung der häuslichen Beratungseinsätze bei Pflegegeldempfängern (§ 37 Abs. 5)





Impressum

Herausgeber:

Volkssolidarität Bundesverband e. V.

Bundesgeschäftsstelle

Alte Schönhauser Straße 16

10119 Berlin

Tel. 030 – 2789 7-0

Fax 030 – 2759 3959

bundesverband@volkssolidaritaet.de

www.volkssolidaritaet.de

Text und Redaktion:

Dr. Axel Holz, Dr. Alfred Spieler

Stand: 3. Dezember 2015

Hinweis:

Die Autoren übernehmen keine Haftung für die Richtigkeit der in diesem Material enthaltenen Angaben. Sie versichern jedoch, dass die Erarbeitung des Materials mit größter Sorgfalt und nach Kenntnis des Sachstandes erfolgte.

Eine Verwendung dieses Materials durch Dritte in schriftlicher Form ist ausdrücklich gewünscht, bedarf aber eines Hinweises auf die Quelle.