

Pflegestärkungsgesetz II

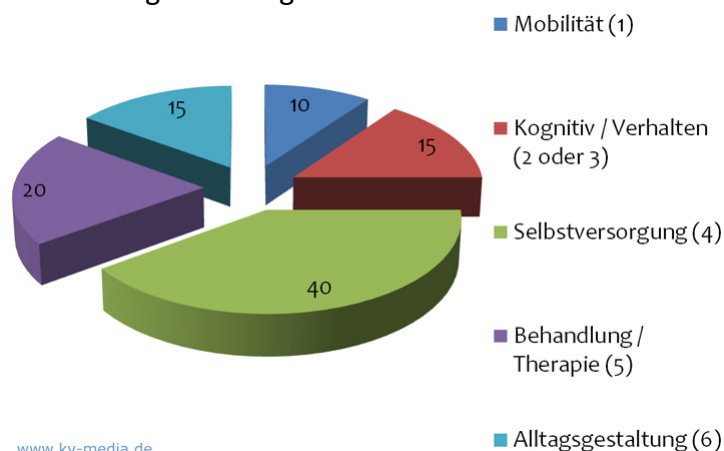
Zum 1. Januar 2016 tritt das II. Pflegestärkungsgesetz in Kraft, welches der Deutsche Bundestag am 13.11.2015 beschlossen hat. Im Jahr 2017 sollen notwendige Anpassungen von Gesetzen und Richtlinien erfolgen sowie die GutachterInnen von MDK und MedicProof geschult werden. Nachfolgend werden die wichtigsten Änderungen vorgestellt:

Pflegeeinstufung

Aktuell gibt es die Pflegestufen I – III und den sog. Härtefall. Bei kognitiven Einschränkungen (eingeschränkten Alltagskompetenzen) wurde die Pflegestufe 0 eingeführt, außerdem gibt es bei den Pflegestufen I und II Unterscheidungen nach Versicherten mit eingeschränkter Alltagskompetenz und ohne. Kriterien für die Pflegestufen orientieren sich an körperlichen Defiziten, kognitive Defizite werden über eine gesonderte Begutachtung von MDK oder MedicProof erfasst.

Ab 2017 sind fünf Pflegegrade geplant, die sich am Grad der Selbstständigkeit orientieren. Hierfür wurde ein neues Begutachtungsverfahren „NBA“ (Neues Begutachtungsassessment) entwickelt, welches ein Gleichgewicht zwischen körperlichen, geistigen und psychischen Einschränkungen gewährleisten soll. Folgende sechs Bereiche in unterschiedlicher Gewichtung werden zukünftig erfasst:

- Mobilität
- kognitive und kommunikative Fähigkeiten
- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
- Selbstversorgung
- Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
- Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte



Gewichtung der Bereiche für die Bestimmung des Pflegegrades

(Schaubild: www.kv-media.de)

Vollstationäre Pflege

Der Eigenanteil der Pflegebedürftigen für die Pflegekosten steigt zukünftig nicht mehr mit einer Höherstufung. Dafür wurde ein mittlerer Wert errechnet, der nach derzeitigem Stand 2017 etwa 580,- € betragen soll. Davon werden vor allem Personen in höheren Pflegestufen (Pflegegraden) profitieren. Im Pflegegrad 2 wird der Eigenanteil bei den Pflegekosten damit vermutlich höher sein als heutzutage. Hinzu kommen nach wie vor die Kosten für Unterkunft / Verpflegung und Investitionskosten.

Alle Versicherten in Heimen haben zukünftig einen Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen.

Übersicht der Hauptleistungsbeträge (Quelle = Bundesgesundheitsministerium)

	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
Geldleistung ambulant	125,- €*	316,- €	545,- €	728,- €	901,- €
Sachleistung ambulant		689,- €	1.298,- €	1.612,- €	1.995,- €
Leistung stationär	125,- €	770,- €	1.262,- €	1.775,- €	2.005,- €

* = beim Pflegegrad 1 steht die Geldleistung nur zur Verrechnung mit Betreuungs-/Entlastungsleistungen zur Verfügung

Übergangsregelungen

Der Gesetzgeber will garantieren, dass keine Person schlechter gestellt wird als vorher, also zumindest die gleichen Leistungen erhält, unter Umständen auch mehr als vorher. So soll ohne eine erneute Begutachtung folgende Höherstufung umgesetzt werden:

- Wer ausschließlich körperlich beeinträchtigt ist, wird automatisch in den nächst höheren Pflegegrad übergeleitet. Z.B. von Pflegestufe I in Pflegegrad 2 oder von PS III in PG 4
- Wer kognitive Einschränkungen / eingeschränkte Alltagskompetenzen hat, kommt in die übernächste Stufe. Z.B. von PS 0 in PG 2 oder von PS II in PG 4

Da in PG 1 keine ambulanten Sachleistungen vorgesehen sind, werden ab 2017 neu eingestufte Menschen jedoch möglicherweise schlechter gestellt sein als heute, denn in der PS 0 gibt es heutzutage Pflegesachleistungen.

Weitere geplante Regelungen

Rehabilitationsempfehlungen:

Im Rahmen der Begutachtung soll der MDK ab 2017 Reha-Empfehlungen abgeben.

Pflege-/Hilfsmittel:

Wenn der MDK im Gutachten Stellungnahmen zu (Pflege-)Hilfsmitteln abgibt, soll das bei Einwilligung der Versicherten direkt als Antrag gewertet werden, ohne dass es i.d.R. durch die Pflege- oder Krankenkasse zu einer erneuten fachlichen Prüfung kommt.

Sozialversicherung der Pflegepersonen:

Die Pflegeversicherung soll danach Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen zahlen, die eine/n Pflegebedürftige/n in Pflegegrad 2 – 5 für mindestens 10 Stunden/Woche pflegen (bisher 14 Std.). Das gelte dann auch für Angehörige, die einen demenzerkrankten Menschen versorgen.

Arbeitslosenversicherungsbeiträge würden für Pflegenden übernommen werden, die aus dem Beruf (oder Bezug von ALG I) aussteigen, um zu pflegen. Die Übernahme von Beiträgen der Arbeitslosenversicherung wäre ganz neu, bisher konnten lediglich pflegende Angehörige u.U. selbst Beiträge in die Arbeitslosenversicherung einzahlen.

Personalausstattung:

Die Pflege-Selbstverwaltung soll verpflichtet werden, ein wissenschaftlich fundiertes Personalbemessungssystem zu entwickeln und zu erproben. Auf der Grundlage soll die Personalausstattung überprüft und an den Bedarf angepasst werden. Dazu wurde ein Paragraph im SGB XI eingefügt, der allerdings sehr allgemein gehalten ist und keine Zuständigkeiten von staatlicher Seite aufweist.

Übersendung des Begutachtungs-Gutachtens:

Das Gutachten soll ab 2017 grundsätzlich zugeschickt werden, bisher geschah das nur auf Anforderung.

Quellen dieses Textes und gleichzeitig weiterführende Informationen:

http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Pflegestaerkungsgesetze/150907_PSGII_Gesetzentwurf.pdf

<http://www.bmg.bund.de/themen/pflege/pflegestaerkungsgesetze/pflegestaerkungsgesetz-ii.html>

www.pflegestaerkerkungsgesetz.de

Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege:

<http://www.diakonie.de/media/20150709-Stellungnahme-BAGFW-Pflegestaerkungsgesetz.pdf>

Regine Harms

Vorstand Versorgungsnetz Gesundheit e.V.