



DGHS-Schriftenreihe Nr. 13

Was tun im Pflegefall?

Informationen zu den
Pflegestärkungsgesetzen II und III

DGHS
Mein Weg. Mein Wille.

- 3 Editorial
- 4 Aktuelle Rechtsfragen in der stationären und ambulanten Pflege
- 6 Neuregelung: Aus Pflegestufen wurden Pflegegrade
- 7 Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff
- 10 Prüfung der Pflegebedürftigkeit
- 11 Leistungen und Kosten der stationären Pflege
- 13 Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV)
- 17 Sie sind pflegebedürftig? Was ist zu tun?
- 20 Hinweise zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit
- 22 So funktioniert künftig die Feststellung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes
- 26 Hinweise zum Dritten Pflegestärkungsgesetz
- 32 Über die DGHS
Impressum



Liebe Leserinnen und Leser,

mit den drei Pflegestärkungsgesetzen (PSG I, II und III) hat die Große Koalition in der ausgehenden Legislaturperiode ab 2017 jährlich 5 Milliarden Euro zusätzlich für die Pflege zur Verfügung gestellt. Die Pflegeversicherung ist damit um etwa 20 % leistungsfähiger als zuvor. So erhalten gerade Menschen mit Demenz erstmals einen gleichberechtigten Zugang zu allen Leistungen der Pflegeversicherung.



Mit dem Ersten Pflegestärkungsgesetz (PSG I) war beabsichtigt, die Unterstützung für Pflegebedürftige und ihre Familien spürbar auszuweiten. Zudem wurde ein Pflegevorsorgefonds eingerichtet, um die Generationengerechtigkeit in der Finanzierung der Pflegeversicherung zu erhalten.

Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) ist beabsichtigt, ab dem 1.1.2017 einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungsverfahren einzuführen. Damit sollen erstmals alle Pflegebedürftigen gleichberechtigten Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung erhalten – unabhängig davon, ob sie an körperlichen Einschränkungen leiden oder an einer Demenz erkrankt sind. Damit einher geht ein neues Begutachtungsverfahren, das den Grad der Selbstständigkeit ermittelt und auf dieser Grundlage fünf Pflegegrade bestimmt. Wer bereits pflegebedürftig ist, erhält Vertrauensschutz. Durch diese Änderungen, so die Absicht des Gesetzgebers, können Pflegebedürftige und ihre Familien die Leistungen der Pflegeversicherung besser auf ihre jeweilige Situation zuschneiden.

Damit die Hilfe, die benötigt wird, zügig bei den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen ankommt, soll das Dritte Pflegestärkungsgesetz (PSG III) die Pflegeberatung in den Kommunen verbessern. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sollen dadurch eine Beratung aus einer Hand erhalten. Außerdem sollen die Kontrollen verschärft werden, um Pflegebedürftige, ihre Familien und die Pflegekräfte besser vor betrügerischen Pflegediensten zu schützen.

Mit der vorliegenden Broschüre möchte die DGHS ihren Mitgliedern praxisrelevante Informationen im Falle einer Pflegebedürftigkeit an die Hand geben. Denn nur ein informierter Patient/Pflegebedürftiger kann selbstbestimmte Entscheidungen treffen und damit Fremdbestimmung weitgehend ausschließen.

Ihr

Professor Robert Roßbruch, Rechtsanwalt
Vizepräsident der DGHS e. V.

Aktuelle Rechtsfragen in der stationären und ambulanten Pflege

Das Pflegestärkungsgesetz II stärkt den Grundsatz „Reha vor Pflege“. Durch Rehabilitationsleistungen kann der Eintritt von Pflegebedürftigkeit verhindert oder hinausgezögert werden. Deshalb wird der Medizinische Dienst zur Anwendung eines bundesweit einheitlichen, strukturierten Verfahrens für die Rehabilitationsempfehlungen verpflichtet.

Alle Pflegebedürftigen, die bisher Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, werden ohne erneute Begutachtung in das neue System übergeleitet. Sie müssen keinen Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad stellen. Dies ist eine große Erleichterung für alle Betroffenen. Zudem wird keiner der bisherigen Leistungsbezieher schlechter gestellt. Denn das Gesetz enthält einen umfassenden Leistungs- und Bestandsschutz.

Konkret gilt die Formel: Menschen mit ausschließlich körperlichen Einschränkungen werden automatisch in den nächst höheren Pflegegrad übergeleitet (Beispiele: Pflegestufe I wird in Pflegegrad 2, Pflegestufe III wird in Pflegegrad 4 übergeleitet). Menschen mit geistigen Einschränkungen kommen automatisch in den übernächsten Pflegegrad (Beispiel: Pflegestufe 0 wird in Pflegegrad 2, Pflegestufe II mit eingeschränkter Alltagskompetenz wird in Pflegegrad 4 übergeleitet).

Auf eine qualifizierte Beratung haben künftig nicht nur Pflegebedürftige, sondern auch ihre Angehörigen einen Anspruch. Außerdem wird für pflegende Angehörige die Absicherung in der gesetzlichen Rentenversicherung verbessert. Für alle Pflegepersonen – bislang nur Angehörige – wird eine Pflichtversicherung in der Arbeitslosenversicherung eingeführt. Dies war bisher freiwillig.

Künftig zahlt die Pflegeversicherung Rentenbeiträge für alle Pflegepersonen, die einen Pflegebedürftigen im Pflegegrad 2 bis 5 mindestens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf mindestens zwei Tage, zu Hause pflegen. Die Rentenbeiträge steigen mit zunehmender Pflegebedürftigkeit. Wer einen Angehörigen mit außerordentlich hohem Unterstützungsbedarf (Pflegegrad 5) pflegt, erhält um 25 Prozent höhere Rentenbeiträge als bisher. Zudem werden mehr Menschen unterstützt. Denn auch Angehörige, die einen ausschließlich demenzkranken Pflegebedürftigen betreuen, werden über die Rentenversicherung abgesichert.



Auch der Versicherungsschutz in der Arbeitslosenversicherung wird verbessert. Für Pflegepersonen, die aus dem Beruf aussteigen, um sich um pflegebedürftige Angehörige zu kümmern, bezahlt die Pflegeversicherung künftig die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung für die gesamte Dauer der Pfl egetätigkeit. Die Pflegepersonen haben damit Anspruch auf Arbeitslosengeld und Leistungen der aktiven Arbeitsförderung, falls ein nahtloser Einstieg in eine Beschäftigung nach Ende der Pfl egetätigkeit nicht gelingt. Gleiches gilt für Personen, die für die Pflege den Leistungsbezug aus der Arbeitslosenversicherung unterbrechen. Der Beitragssatz der Pflegeversicherung wird um 0,2 Beitragssatzpunkte ab 2017 erhöht. Er beträgt dann 2,55 Prozent des Bruttoeinkommens für Versicherte mit Kindern. Kinderlose zahlen wie bisher 0,25 Prozent mehr, also 2,8 Prozent.

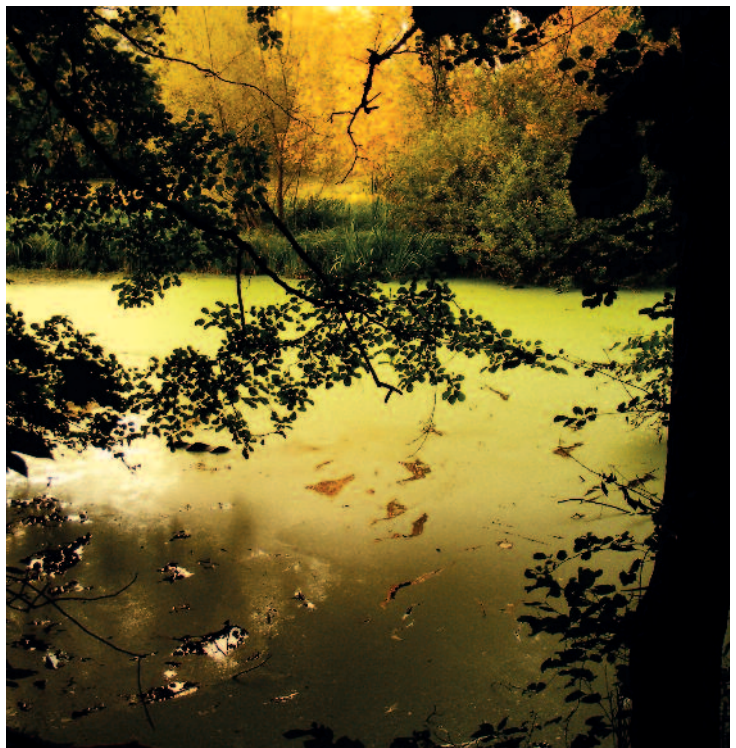
Das neue Leistungsrecht setzt das Ziel des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs systematisch um, Hilfen zum Erhalt der Selbstständigkeit und der verbliebenen Fähigkeiten bereitzustellen. Fünf für alle Pflegebedürftigen einheitlich geltende Pflegegrade ersetzen das bisherige System der drei Pflegestufen und der zusätzlichen Feststellung von erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (insbesondere Demenz). Die bisherigen Leistungen für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz werden in das reguläre Leistungsrecht integriert. Alle Pflegebedürftigen erhalten damit gleichberechtigten Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung.

Neuregelung: Aus Pflegestufen wurden Pflegegrade

Über die Leistungshöhe entscheidet seit Anfang 2017, was jemand noch selbst kann und wo sie oder er Unterstützung braucht – unabhängig davon, ob jemand an einer Demenz oder körperlichen Einschränkung leidet.

Alle Pflegebedürftigen erhalten damit gleichberechtigt Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung. Die Unterstützung beginnt deutlich früher – zum Beispiel, wenn eine Dusche altersgerecht umgebaut werden muss oder Hilfe im Haushalt benötigt wird. Mittelfristig könnten dadurch bis zu 500 000 Menschen zusätzlich Unterstützung erhalten. Außerdem erhalten pflegende Angehörige eine bessere sozialversicherungsrechtliche (Renten- und Arbeitslosenversicherung) Absicherung.

Pflegebedürftig sind Menschen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, bestehen.



Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff

Die Selbstständigkeit von Pflegebedürftigen soll mit dem Pflegestärkungsgesetz II (PSG II) im Mittelpunkt stehen. Diese wird anhand von sechs Kriterien festgestellt:

- Hilfen bei Alltagsverrichtungen: Wie viel Zeit wird für die alltäglichen Verrichtungen aufgewendet?
- Psychosoziale Unterstützung: Welcher Hilfebedarf besteht im Hinblick auf psychosoziale Unterstützung?
- Nächtlicher Hilfebedarf: Wie viel Unterstützung ist während der Nacht nötig?
- Präsenz am Tag: Über welche Zeitspanne kann der oder die Pflegebedürftige tagsüber alleine gelassen werden?
- Unterstützung beim Umgang mit krankheitsbedingten Anforderungen: Wie viel ist im Bereich der krankheitsbedingten Anforderungen (z. B. bei der Medikamentengabe oder dem Verbandswechsel) notwendig?
- Organisation der Hilfen: Wer übernimmt die Hilfeleistungen? Gibt es Angehörige, die die Pflege übernehmen oder muss ein professioneller Pflegedienst in Anspruch genommen werden?

Fünf Pflegegrade, die der individuellen Pflegebedürftigkeit besser gerecht werden

In Zukunft werden körperliche, geistige und psychische Einschränkungen gleichermaßen erfasst und in die Einstufung einbezogen. Mit der Begutachtung wird der Grad der Selbstständigkeit in sechs verschiedenen Bereichen gemessen und – mit unterschiedlicher Gewichtung – zu einer Gesamtbewertung zusammengeführt. Daraus ergibt sich die Einstufung in einen Pflegegrad.

Die sechs Bereiche sind:

1. Mobilität
2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
4. Selbstversorgung
5. Mobilität: Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
6. Mobilität: Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Maßgeblich dafür sind Beeinträchtigungen in den sechs Bereichen.

Dafür werden nach einem Punktesystem Punkte vergeben, die Gesamtanzahl entscheidet über den Pflegegrad. Ziel dabei ist es, durch die neue Pflegesystematik vor allem Menschen mit kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen mehr Hilfe zu leisten. So wird es zukünftig keine Rolle mehr spielen, ob die Selbstständigkeit durch körperliche oder geistige Gebrechen beeinträchtigt ist. Ausgehend von der Selbstständigkeit einer Person wird das Stadium der Einschränkung in fünf Grade eingestuft, von geringer Beeinträchtigung der Selbstständigkeit (Pflegegrad 1) bis zur schwersten Beeinträchtigung, die mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung einhergeht (Pflegegrad 5). Im Einzelnen stehen den Pflegenden dabei folgende Beträge monatlich zu:

Ambulant:

- 125 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1
- 689 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2
- 1.298 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3
- 1.612 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4
- 1.995 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5

Stationär:

- 125 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1
- 770 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2
- 1.262 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3
- 1.775 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4
- 2.005 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5

Pflegegeld, wenn Angehörige oder Pflegepersonen pflegen:

- Pflegegeld entfällt für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1
- 316 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2
- 545 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3
- 728 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4
- 901 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5

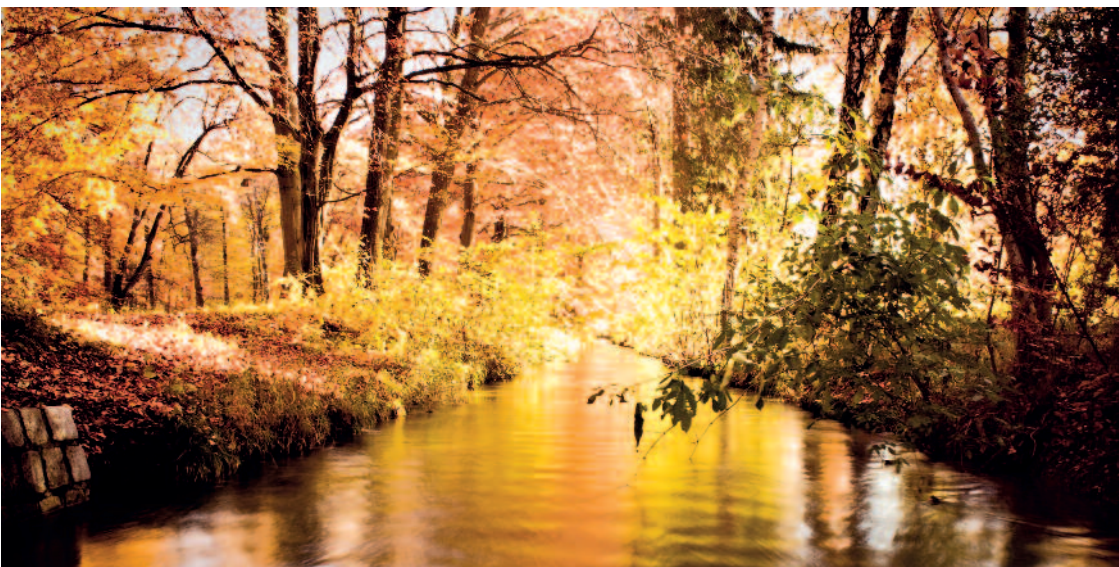
Die Pflegekasse beauftragt den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit der Prüfung der Pflegebedürftigkeit.

Die Pflegekasse stuft den Pflegebedürftigen nach Erhalt des Gutachtens künftig nach einem Pflegegrad ein und sendet dem Antragsteller den Leistungsbescheid zu. Der Bescheid enthält Angaben zu Pflegegrad und Pflegegeld bzw. Pflegesachleistungen. Ist eine Verringerung des Hilfebedarfs nach Einschätzung des MDK zu erwarten, kann der Bescheid bis zu 3 Jahren befristet werden.

Ist vorhersehbar, dass sich der Pflegegrad in absehbarer Zeit ändert, kann in angemessenen Abständen ein Wiederholungsgutachten durchgeführt werden. Der erneute Begutachtungstermin wird abhängig von der im Pflegeplan des Erstgutachtens genannten Prognose festgelegt.

Soll nicht der MDK, sondern ein anderer unabhängiger Gutachter mit der Prüfung beauftragt werden, muss die Pflegekasse dem Antragsteller mindestens drei Gutachter zur Auswahl benennen. Dies gilt auch, wenn innerhalb von vier Wochen ab Antragstellung keine Begutachtung erfolgt ist und die Pflegekasse diese Verzögerung zu vertreten hat.

Der Antragsteller muss der Pflegekasse seine Entscheidung innerhalb einer Woche mitteilen.



Prüfung der Pflegebedürftigkeit (Pflegebegutachtung)

Es muss damit gerechnet werden, dass es aufgrund der neuen Begutachtungskriterien verstärkt zu fehlerhaften Einstufungen kommen wird.

Sollte sich der Pflegebedürftige fehlerhaft begutachtet fühlen, sollte er nach Erhalt des negativen Bescheides innerhalb der Frist von vier Wochen gegen diesen Bescheid Widerspruch einlegen.

So könnte ein Musterbrief aussehen:

An die
Pflegekasse XY
Musterstraße
797777 Musterlingen

Datum

Widerspruch gegen Ihren Bescheid vom ... mit Aktenzeichen ...

Sehr geehrte Damen und Herren,
da ich davon überzeugt bin, dass die Einstufung der Pflegestufe nicht korrekt ist, lege ich hiermit Widerspruch gegen Ihren Bescheid vom 00.00.0000 ein.
Eine Begründung reiche ich zeitnah nach. Gleichzeitig bitte ich um Übersendung des Gutachtens des MDKs.

Mit freundlichen Grüßen
Herta Unzufrieden

In stationären Pflegeeinrichtungen hat nach dem Pflegestärkungsgesetz II künftig jeder Versicherte Anspruch auf zusätzliche Betreuungsangebote. Die Einrichtungen müssen mit den Pflegekassen entsprechende Vereinbarungen schließen und zusätzliche Betreuungskräfte einstellen.

Leistungen und Kosten der stationären Pflege – Pflegeheim

Vollstationäre Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung findet immer dann statt, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich sind oder wegen der „Besonderheit des Einzelfalls“ nicht in Betracht kommen und folglich eine sogenannte Heimbedürftigkeit besteht. Festgelegt wird dies von den Pflegekassen in Zusammenarbeit mit dem MDK. Besonderheiten im Einzelfall sind z. B.:

- Fehlen einer Pflegeperson,
- Überforderung der Pflegeperson,
- Verwahrlosung des Pflegebedürftigen,
- Eigen- oder Fremdgefährdungstendenz des Pflegebedürftigen oder
- fehlende Pflegebereitschaft möglicher Pflegepersonen.

In der vollstationären Pflege kommt es für die Betroffenen nicht auf die Höhe der Leistungsbeträge an, sondern auf die Höhe des Eigenanteils, der aus eigener Tasche bezahlt werden muss. Dieser Eigenanteil steigt bisher mit der Einstufung in eine höhere Pflegestufe. Künftig wird der pflegebedingte Eigenanteil mit zunehmender Pflegebedürftigkeit nicht mehr ansteigen. Dadurch werden viele Pflegebedürftige entlastet. Alle Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 bezahlen in einem Pflegeheim den gleichen pflegebedingten Eigenanteil. Dieser unterscheidet sich zwischen den Pflegeheimen. Im Bundesdurchschnitt wird der pflegebedingte Eigenanteil im Jahr 2017 voraussichtlich bei rund 580 Euro liegen. Hinzu kommen für die Pflegebedürftigen Kosten für Verpflegung, Unterkunft und Investitionen. Auch diese unterscheiden sich von Pflegeheim zu Pflegeheim.

In vielen Fällen ist es notwendig, dass ein Pflegebedürftiger dauerhaft in eine stationäre Einrichtung zieht. Stationär bedeutet, dass der Pflegebedürftige 24 Stunden in der Einrichtung untergebracht ist und in der Regel keinen eigenen Haushalt hat. Das kann ein Pflegeheim, aber auch eine Seniorenresidenz sein. Mittlerweile gibt es eine Vielzahl an unterschiedlichen Wohn- und Pflege-Angeboten. Der Pflegesatz oder das Heimentgelt sind die Kosten, die ein Bewohner eines Heimes für die Unterbringung und die Pflege aufbringen muss.

Wie viel kostete 2015 ein Heimplatz?

Das Heimentgelt umfasst die Kosten für folgende Leistungen:

- Pflege
- Unterkunft und Verpflegung
- Investitionen
- besonderen Komfort hinsichtlich Unterkunft und Verpflegung
- zusätzlichen pflegerisch-betreuenden Service.

Je nach Pflegestufe übernahm die Pflegekasse einen Teil der Heimkosten. Seit dem 2015 betragen die Leistungen der Pflegeversicherungen bei stationärer Pflege:

	Heimkosten*	Pflegekasse (ab 2017)	Zuzahlung
Pflegegrad 1	ca. 2.200 €	125 €	ca. 2.075 €
Pflegegrad 2	ca. 2.600 €	770 €	ca. 1.830 €
Pflegegrad 3	ca. 3.000 €	1.262 €	ca. 1.740 €
Pflegegrad 4	ca. 3.500 €	1.775 €	ca. 1.725 €
Pflegegrad 5	ca. 4.000 €	2.005 €	ca. 1.995 €

* Da die Heimkosten regional sehr unterschiedlich ausfallen können, geben die angegebenen Beträge nur Durchschnittswerte an.

Die restlichen Kosten (sog. Zuzahlungen) muss der Bewohner/die Bewohnerin oder deren/dessen Angehörige zahlen. Ist dies nicht möglich, so besteht ein Anspruch auf Sozialhilfe.



Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV)

Mehr als 90 Prozent der Sterbenden leben und erleben einen längeren Zeitraum als Multimorbide, chronisch Kranke oder hochbetagte Pflegebedürftige. Ihre Möglichkeiten für soziale Teilhabe und ein eigenständiges Leben schwinden. In dieser unsicheren Lebensphase entsteht Angst vor Einsamkeit, Abhängigkeit und Fremdbestimmung. Die Befürchtung, unerträgliche Schmerzen unbehandelt ertragen zu müssen, ist hoch. 2013 starben weniger als 15 Prozent aller Verstorbenen zu Hause. Von den mehr als 893 000 Verstorbenen wurden etwa 48 Prozent in Krankenhäusern und etwa 39 Prozent in stationären Pflegeeinrichtungen betreut. 25 000 Schwerstkranke – also weniger als drei Prozent – starben in stationären Hospizen.

In Pflegeheimen und in ländlichen Räumen ist eine qualifizierte Palliativversorgung und häusliche Sterbebegleitung oft nicht verfügbar. Auch regional ist der Zugang zu palliativer Versorgung unterschiedlich. Insbesondere in den neuen Bundesländern sowie in Flächenländern fehlen bedarfsdeckende qualifizierte Angebote.

Mit der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) wurde 2007 die gesetzliche Grundlage geschaffen, nach der schwerstkranke und sterbende Krankenversicherte in der häuslichen oder familiären Umgebung Anspruch auf leidensmindernde (palliative) medizinische und pflegerische Behandlung haben. Damit soll dem Wunsch vieler Patienten entsprochen werden, bis zu ihrem Tod im vertrauten Umfeld bleiben zu können. Mit SAPV werden erkrankungsbedingte Krisensituationen aufgefangen, die sonst zu ungewünschten und belastenden Krankenhauseinweisungen führen würden.

Die Leistungen der SAPV sind nur unter bestimmten Voraussetzungen ordnungs- und abrechnungsfähig. Umfang und Art der Leistungen und Entgelte sind in den einzelnen Bundesländern bisher noch uneinheitlich geregelt.

Historie und Ziel der SAPV

Empfänger palliativer Versorgung sind Patienten, die an den Symptomen einer unheilbaren und in absehbarer Zeit zum Tode führenden Krankheit leiden. Solange sie sich in häuslicher Umgebung befinden, werden notwendige medizinische Behandlungen in der Regel durch den Hausarzt erbracht. Zum Teil übernehmen Angehörige die Pflege, oder sie werden von einem ambulanten Pflegedienst unterstützt.

Versorgungsempfänger und Leistungserbringer

Reicht die Allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) zur Symptomlinderung nicht aus, kann der Hausarzt zusätzlich einen Facharzt für Palliativmedizin oder ein Palliative-Care-Team als SAPV-Leistungserbringer hinzuziehen. Dabei besteht im Sinne der Palliative Care die Zielsetzung in der Erhaltung und Verbesserung der Lebensqualität und Selbstbestimmung der Schwerstkranken sowie in der Unterstützung der Angehörigen beziehungsweise der vertrauten Personen. Palliativmediziner in Zusammenarbeit mit Palliativpflegefachkräften sowie Apotheker, Seelsorger, Physiotherapeuten und andere stellen eine teilweise oder vollständige Versorgung des Patienten sicher. Auch beratende und koordinierende Institutionen können entsprechende Leistungen erbringen und abrechnen.

Die Kosten für eine ambulante oder stationäre Behandlung/Begleitung sind Kassenleistungen, wenn auch nur in beschränktem Umfang:

§ 39a SGB V Stationäre und ambulante Hospizleistungen

(1) Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, haben im Rahmen der Verträge nach Satz 4 Anspruch auf einen Zuschuss zu stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, wenn eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie des Versicherten nicht erbracht werden kann. ...

(2) ...

Für Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen bedeutet dies, dass eine Behandlung zur Genesung, mit Heilungsaussicht, nicht mehr möglich ist. Voraussetzung für die Aufnahme in ein Hospiz ist der in absehbarer Zeit bevorstehende Tod des Patienten. Dieser absehbare Zeitraum wird mit Wochen oder wenigen Monaten umschrieben. Nicht ausreichend ist eine Erkrankung, die jederzeit unerwartet zum Tod führen kann.

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung – § 37b SGB V

(1) Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen, haben Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Die Leistung ist von einem Vertragsarzt oder Krankenhausarzt zu verordnen. Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung umfasst ärztliche und pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle und zielt darauf ab, die Betreuung der Versicherten nach Satz 1 in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen; ...

(2) Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen im Sinne von §72 Abs. 1 des Elften Buches haben in entsprechender Anwendung des Absatzes 1 einen Anspruch auf spezialisierte Palliativversorgung. Die Verträge nach § 132d Abs. 1 regeln, ob die Leistung nach Absatz 1 durch Vertragspartner der Krankenkassen in der Pflegeeinrichtung oder durch Personal der Pflegeeinrichtung erbracht wird; § 132d Abs. 2 gilt entsprechend.

(3) ...

Die meisten Hospizpatienten sterben an den Folgen ihrer Erkrankung im Hospiz. Hat sich der Gesundheitszustand eines Hospizpatienten allerdings sehr stabilisiert oder sogar verbessert, sind die Bedingungen für die spezielle Hospizpflege nicht mehr erfüllt. Eine Verlängerung der Verordnung von Hospizpflege kann in einem solchen Fall nicht mehr beantragt werden und damit endet auch die Kostenübernahme durch die Krankenkasse, was dann eine Verlegung nach Hause oder in ein Pflegeheim notwendig macht. Dieser Umstand löst bei manchen Patienten oder ihren Angehörigen Unverständnis aus. Dies wäre aber nicht im Sinne des Hospizgedankens und würde dazu führen, dass alle Hospizplätze bald von Langzeitpflege-Patienten blockiert sind und eine schnelle Aufnahme von akut Sterbenden nicht mehr möglich ist.

Einschränkung des Hospizaufenthaltes

Zu beachten ist, dass z. B. Bewohner in einem Pflegeheim keinen Anspruch auf Aufnahme in ein Hospiz haben.

Ähnliche Hindernisse gibt es für Menschen

- mit bestimmten Erkrankungen bzw. Behinderungen oder
- aufgrund ihres Lebensortes
- der Wohnform sowie
- der Versicherungsform.

Um die Ungleichbehandlung von Bewohnerinnen und Bewohnern in stationären Pflegeeinrichtungen bezüglich des Anspruches auf eine Betreuung im stationären Hospiz aufzuheben, fordert die Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben e.V. den Bundesgesetzgeber auf,

- den Anspruch auf allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) sowie auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) als Bestandteil der Regelversorgung sowohl im Sozialgesetzbuch V als auch im Sozialgesetzbuch XI präzise auszugestalten,
- einen Rechtsanspruch auf individuelle palliative Versorgungsplanung unabhängig von der Wohnform einzuführen.
- im Rahmen der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu sichern, dass erweiterte Angebote der Sterbebegleitung in stationären Pflegeeinrichtungen nicht zu weiter steigenden Eigenanteilen der Bewohnerinnen und Bewohner und für deren Angehörige führen,
- die medizinische Behandlungspflege in den stationären Pflegeeinrichtungen und den Einrichtungen der Behindertenhilfe als Regelleistung der Krankenkassen im Sozialgesetzbuch V zu verankern.



Sie sind pflegebedürftig? Was ist zu tun?

Erste Schritte:

- 1.** Setzen Sie sich mit Ihrer Pflegekasse oder dem Pflegestützpunkt in Ihrer Nähe in Verbindung. Auch ein Familienangehöriger oder guter Bekannter kann das für Sie übernehmen, wenn Sie ihn dazu bevollmächtigen.
- 2.** Wenn Sie einen Antrag bei Ihrer Pflegekasse gestellt haben, beauftragt diese den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder andere unabhängige Gutachter mit der Begutachtung zur Feststellung Ihrer Pflegebedürftigkeit.
- 3.** Führen Sie ein Pfl egetagebuch darüber, bei welchen Verrichtungen geholfen werden muss und wie viel Zeit die Hilfe in Anspruch nimmt. Diese Angaben sind wichtig für die Begutachtung durch den MDK oder durch andere unabhängige Gutachter (Vordrucke gibt es z. B. bei der AOK).
- 4.** Bitten Sie Ihre Pflegeperson, bei der Begutachtung durch den MDK oder durch andere unabhängige Gutachter anwesend zu sein.
- 5.** Sofern Sie es einschätzen können, teilen Sie Ihrer Pflegekasse bei der Antragstellung mit, ob Sie zu Hause oder in einem Pflegeheim gepflegt werden möchten.

6. Versuchen Sie einzuschätzen, ob die Pflege längerfristig durch Ihre Angehörigen durchgeführt werden kann und ob Sie ergänzend oder ausschließlich auf Hilfe, z. B. eines ambulanten Pflegedienstes, zurückgreifen müssen.
7. Ist die Pflege zu Hause nicht möglich, berät Sie Ihre Pflegekasse über geeignete Pflege heime.
8. Bitten Sie Ihre Pflegekasse oder den Pflegestützpunkt in Ihrer Nähe, Ihnen zum Kostenvergleich eine Liste der zugelassenen ambulanten Pflegedienste bzw. stationären Pflegeeinrichtungen zu geben und Sie über niedrigschwellige Angebote zur Entlastung bei der Versorgung zu beraten.

Weitere Informationen:

Bitte wenden Sie sich an die Pflegeberatung Ihrer Pflegekasse oder an einen Pflegestützpunkt in Ihrer Nähe wenden. Privat Versicherte wenden sich an ihr Krankenversicherungsunternehmen oder an den Verband der privaten Krankenversicherung e. V., Gustav-Heinemann-Ufer 74c, 50968 Köln.



Die Einordnung in einen der fünf Pflegegrade hängt davon ab, wie viel Zeit für die Pflege im Durchschnitt notwendig ist. Dazu zählen:

- Körperpflege: Waschen, Duschen, Baden, Zahnpflege, Kämmen, Rasieren, Darm- und Blasenentleerung
- Ernährung: Zubereitung der Nahrung sowie die Unterstützung beim Essen und Trinken
- Mobilität: Unterstützung bei der Fortbewegung in der Wohnung, also jede Hilfe beim Gehen, Stehen, Treppensteigen, Aufstehen, Zubettgehen, An- und Auskleiden und beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung
- Hauswirtschaftliche Versorgung: Einkaufen, Kochen, Spülen, Säubern der Wohnung sowie das Wechseln und Waschen von Wäsche und Kleidung, ferner das Beheizen der Wohnung

Je nachdem, wie hoch der tägliche Hilfebedarf bei der Grundpflege und im Haushalt ist, wird der Pflegegrad festgelegt.

Tipp:

Pflegebedürftige, die bei Krankheit und Pflege nach beamtenrechtlichen Grundsätzen einen Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben, erhalten die Pflegeleistungen nur zur Hälfte. Die andere Hälfte ist gegenüber der zuständigen Beihilfestelle geltend zu machen. Fragen Sie Ihre Krankenversicherung.

Die Leistungen der Pflegeversicherung decken nur einen geringen Teil der Kosten im Pflegefall ab. Den Rest müssen Pflegebedürftige aus ihrer Rente oder ihrem Vermögen bezahlen. Reicht das nicht aus, springen die Sozialhilfeträger ein. Dann kann es passieren, dass Kinder für ihre pflegebedürftigen Eltern Unterhalt zahlen müssen. Eine private Pflegezusatzversicherung kann die finanzielle Lücke im Pflegefall schließen. Am besten, so die Empfehlung der „Stiftung Warentest“, ist eine Pflegegeldversicherung, denn sie lässt dem Versicherten die Wahl, für welche Dienstleistungen er im Pflegefall das Geld ausgibt. Daneben bieten die Versicherer auch Pflegekostenversicherungen und Pflegerentenversicherungen an. Egal, welcher Versicherungstyp: Eine solche Police sollte möglichst in jungen Jahren abgeschlossen werden. Denn die Beiträge richten sich unter anderem nach dem Alter des Kunden beim Versicherungsabschluss. Außerdem können die Versicherer Kunden ablehnen, wenn sie bereits Vorerkrankungen haben. (www.test.de)

Hinweise zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Hinweise zur Einschränkung der Alltagskompetenz

Festgestellt werden muss der besondere Betreuungsbedarf der Betroffenen vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK).

Achtung!

Angehörige sollten beim Besuch des Gutachters des Medizinischen Dienstes darauf achten, dass auch körperliche Defizite der Betroffenen zur Sprache kommen. Wer beispielsweise betont, dass der Begutachtete eigentlich alle Verrichtungen des täglichen Lebens selbst in eigener Regie verrichten kann, kann ggf. – bei harter Beurteilung – ungewollt eine Ablehnung jeglicher Leistungen der Pflegeversicherung erreichen, obwohl der Betroffene möglicherweise bereits erheblichen Betreuungsbedarf hat.

In § 45 a SGB XI findet man eine Liste von 13 Voraussetzungen für eine Einschränkung der Alltagskompetenz. Diese müssen nicht alle erfüllt sein. Es reicht, wenn zwei der unten genannten Punkte vorliegen. Dabei muss einer der Sachverhalte der Punkte 1 bis 9 erfüllt sein. Der andere Punkt kann aus den anderen Bereichen stammen. Ist dies der Fall, so liegt eine erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz vor.

Die 13 gesetzlichen Prüfkriterien für Einschränkungen der Alltagskompetenz:

1. unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauftendenz);
2. Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen;
3. unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen;
4. tätlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation;
5. im situativen Kontext inadäquates Verhalten (Anm. d. Red.: Erklärung weiter unten);
6. Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen;
7. Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung;

8. Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben;
9. Störung des Tag-und-Nacht-Rhythmus;
10. Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren;
11. Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen;
12. ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten;
13. zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagtheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression.

Die Rolle der Angehörigen

Um festzustellen, ob die genannten Beeinträchtigungen vorliegen, ist das Urteil der pflegenden Angehörigen von ausschlaggebender Bedeutung. Sinnvoll ist es in jedem Fall, wenn Angehörige vorab ein Pflegetagebuch führen und Ereignisse, die im Zusammenhang mit der Beurteilung der Alltagskompetenz wichtig sind, notieren, etwa:

- Hat der Pflegebedürftige Kochplatten oder Gas angelassen?
- Lässt er die Haustür offen stehen?
- Lläuft er unkontrolliert über die Straße?

Nach Erfahrung der Gutachter überschätzen Angehörige vielfach sogar die Kompetenzen von geistig Verwirrten. So meinen sie beispielsweise, der Betroffene könne noch kochen und sich verpflegen, wenn er noch in der Lage ist, gemeinsam mit und unter Anleitung durch die Pflegeperson Essen zuzubereiten.

In vielen Fällen wird der Gutachter mit relativ einfachen Mitteln die Fähigkeiten des Pflegebedürftigen testen. Etwa mit Fragen nach dem aktuellen Datum, dem Geburtstag oder der Bitte, eine Uhr zu zeichnen. Ggf. wird der Gutachter die oder den Pflegebedürftigen auch bitten, ihm die Wohnung zu zeigen und zu schildern, was er an welcher Stelle der Wohnung macht.

So funktioniert künftig die Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Die ab 2017 geltende neue Definition der Pflegebedürftigkeit braucht diejenigen, die schon vor 2017 pflegebedürftig waren, zunächst gar nicht unbedingt zu interessieren. Denn eine neue Prüfung der Pflegebedürftigkeit – nach den neuen Regeln – findet beim Übergang ins neue System nicht statt. Der neue „Pflegebedürftigkeits-Begriff“ spielt für die aktuell bereits Pflegebedürftigen erst dann eine Rolle, wenn sie – ab 2017 – eine Höherstufung ihres Pflegebedarfs beantragen.

Achtung!

Gegebenenfalls kann eine neue Begutachtung auch eine Einstufung in einen niedrigeren Pflegebedarf bringen – etwa die Einstufung in Pflegegrad 2 statt in Pflegegrad 3. Doch auch in diesem Fall gilt ein Bestandsschutz. Die Betroffenen erhalten also weiterhin die Leistungsbeträge des vorherigen Pflegegrads.

Zudem wird natürlich ab 2017 bei allen neu Pflegebedürftigen nach den neuen Regeln geprüft. Daher wird im Folgenden ein kurzer Überblick über das gegeben, was Pflegebedürftige ab 2017 erwartet:

Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) wurden die Leistungen der Pflegeversicherung sowie die gesetzliche Definition der Anspruchsvoraussetzungen neu ausgerichtet. Grundlage ist ein umfassenderes Verständnis von Pflegebedürftigkeit und ein neues, auf wissenschaftlicher Basis entwickeltes Verfahren der Begutachtung.

Pflegebedürftigkeit hat sich bisher vor allem auf körperliche Beeinträchtigungen bezogen und wurde deshalb pflegebedürftigen Menschen mit kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen nur zum Teil gerecht. Das betraf auch viele Menschen mit Demenzerkrankungen. Der Pflegebedürftigkeitsbegriff, von dem der Pflegegrad und damit die Leistungshöhe der Pflegeversicherung abhängt, war deshalb schon seit seiner Einführung in der Kritik. Zudem steigt auch die Anzahl der Menschen mit Demenzerkrankungen – weil die Menschen in Deutschland im Schnitt inzwischen deutlich älter werden und mit zunehmendem Alter der Eintritt von Demenz wahrscheinlicher wird.

Demenzkranke Menschen sind häufig aber körperlich kaum eingeschränkt und können dennoch ihren Alltag nicht selbstständig bewältigen. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff nimmt den Menschen in seiner Lebenswelt in den Blick und berücksichtigt alle für das Leben und die Alltagsbewältigung eines Pflegebedürftigen relevanten Beeinträchtigungen. Körperliche, kognitive und psychische Beeinträchtigungen werden bei der Einstufung gleichermaßen und pflegefachlich berücksichtigt. Mit dem neuen System kann auch besser geplant werden, welche Art von Unterstützung ein pflegebedürftiger Mensch tatsächlich braucht.

Zukünftig schätzen die Gutachter/-innen der Medizinischen Dienste (MD) der Krankenversicherung nicht mehr ein, wie hoch der pflegerische Hilfebedarf eines Menschen ist – immer umgerechnet in Hilfs-Minuten. Stattdessen erfassen sie, wie selbstständig er bei der Bewältigung seines Alltags ist. Für den Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung ist es dabei künftig völlig egal, ob die Beeinträchtigungen eines hilfebedürftigen Menschen körperlich oder geistig bedingt sind.

Nach der neuen Definition von Pflegebedürftigkeit gilt nun jemand als pflegebedürftig, wenn er gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweist und deshalb Hilfe durch andere benötigt. Das bestimmt der neu gefasste § 14 SGB XI. Die Pflegebedürftigkeit muss dabei – wie bisher – auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate bestehen. In § 15 neu ist weiter festgeschrieben, dass Pflegebedürftige, je nach der Schwere der Beeinträchtigungen, der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten, einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad) erhalten. Zukünftig werden fünf Pflegegrade unterschieden.

Der Pflegegrad wird durch die Gutachter/-innen der Medizinischen Dienste mithilfe eines neuen Instruments ermittelt. Selbstständigkeit ist dabei als die Fähigkeit eines Menschen definiert, eine Handlung allein, d. h. ohne Unterstützung durch andere Personen, durchzuführen, und zwar unabhängig davon, ob jemand dazu Hilfsmittel benötigt (z. B. einen Rollstuhl). Entsprechend führen Einbußen in der Selbstständigkeit dazu, dass personelle Hilfe erforderlich wird. Im Gegensatz zum heute gültigen Verfahren ist es für die gutachterliche Einschätzung nicht von Bedeutung, ob eine bestimmte Unterstützung durch eine andere Person (z. B. beim Treppensteigen) tatsächlich erbracht wird. Es geht darum, was ein Mensch noch kann und was nicht.

Beurteilung nach Lebensbereichen (Modulen)

Welche Kriterien für die Beurteilung maßgeblich sind und wie diese bewertet werden, wird in sechs Lebensbereichen – den sogenannten „Modulen“ – beurteilt. In Klammern wird dabei jeweils angegeben, welches Gewicht, also welche Bedeutung, der jeweilige Bereich hat.

Modul 1:	Mobilität	10 %
Modul 2 und 3:	Kognitive und kommunikative Fähigkeiten/ Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	15 %
Modul 4:	Selbstversorgung	40 %
Modul 5:	Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen	20 %
Modul 6:	Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	15 %

Deutlich wird dabei, dass der Punkt „Selbstversorgung“ das stärkste Gewicht hat. Beispielhaft soll hier kurz erläutert werden, welche Aspekte dabei untersucht werden. Hierbei geht es um

- das Waschen des vorderen Oberkörpers,
- die Körperpflege im Kopf-Bereich (einschließlich Rasieren, Kämmen, Zahn-/Prothesenpflege),
- Waschen des Intimbereichs,
- Duschen und Baden,
- An- und Auskleiden des Oberkörpers und des Unterkörpers,
- Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen der Getränke,
- Essen und Trinken,
- Benutzen der Toilette oder eines Toilettenstuhls,
- Bewältigung der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter oder Urostoma (künstlicher Blasenausgang), sowie
- Bewältigung der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma.

Bei jedem Punkt wird eine vierstufige Einschätzung vorgenommen: von selbstständig über überwiegend selbstständig bzw. unselbstständig bis hin zu völlig unselbstständig.



Der Pflegegrad ergibt sich aus der Zusammenführung der Teilergebnisse aus den sechs Modulen. Insgesamt werden bei den Modulen maximal 100 Punkte vergeben. Bei mindestens 90 Punkten liegt dabei eine schwerste Beeinträchtigung und somit Pflegegrad 5 vor. Ab 12,5 Punkten liegt nach dem neuen System Pflegegrad 1 und damit Pflegebedürftigkeit vor.

Die Anzahl der Punkte zur Ermittlung der Pflegegrade im Überblick

Pflegegrad 1

12,5 bis unter 27 Punkte

geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit

Pflegegrad 2

27 bis unter 47,5 Punkte

erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit

Pflegegrad 3

47,5 bis unter 70 Punkte

schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit

Pflegegrad 4

70 bis unter 90 Punkte

schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit

Pflegegrad 5

90 bis 100 Punkte

schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung

Hinweise zum Dritten Pflegestärkungsgesetz (PSG III)

Das Bundeskabinett hat am 28.6.2016 den Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III) beschlossen. Das Gesetz bedarf der Zustimmung des Bundesrats. Die Regelungen des PSG III sollen ganz überwiegend zum 1.1.2017 in Kraft treten.

Im Folgenden werden die wichtigsten Regelungen des PSG III zusammenfassend vorgestellt:

Sicherstellung der Versorgung

Die Länder sind für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen Versorgungsinfrastruktur in der Pflege verantwortlich. Dazu können sie Ausschüsse einrichten, die sich mit Versorgungsfragen befassen. Mit dem PSG III sollen die Pflegekassen nun verpflichtet werden, sich an Ausschüssen zu beteiligen, die sich mit regionalen Fragen oder sektorenübergreifender Versorgung beschäftigen. Die Pflegekassen müssen Empfehlungen der Ausschüsse, die sich auf die Verbesserung der Versorgungssituation beziehen, künftig bei Vertragsverhandlungen einbeziehen. Dies kann z. B. zur Vermeidung von Unterversorgung in der ambulanten Pflege notwendig werden, wenn beispielsweise die Erbringung dieser Leistungen durch einen Pflegedienst wegen Unwirtschaftlichkeit eingestellt werden müsste.



Beratung

Die Beratung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen vor Ort soll verbessert werden. Dazu sollen Kommunen mit dem PSG III für die Dauer von fünf Jahren ein Initiativrecht zur Einrichtung von Pflegestützpunkten erhalten. Darüber hinaus sollen sie künftig Beratungsgutscheine der Versicherten für eine Pflegeberatung einlösen können. Ergänzend zu ihren eigenen Beratungsaufgaben in der Hilfe zur Pflege, der Altenhilfe und der Eingliederungshilfe sollen sie auch Pflegebedürftige, die Pflegegeld beziehen, beraten können, wenn diese das wünschen. Außerdem sind Modellvorhaben zur Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen durch kommunale Beratungsstellen in bis zu 60 Kreisen oder kreisfreien Städten für die Dauer von fünf Jahren vorgesehen. Über die Anträge von Kommunen, die an diesen Modellvorhaben mitwirken wollen, wird von den Ländern entschieden. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sollen dadurch eine Beratung aus einer Hand erhalten zu allen Leistungen, die sie in Anspruch nehmen können wie z. B. der Hilfe zur Pflege, der Eingliederungshilfe oder der Altenhilfe.

Angebote zur Unterstützung im Alltag

Das PSG III schafft für Kommunen die Möglichkeit, sich an Maßnahmen zum Auf- und Ausbau der Angebote zur Unterstützung im Alltag auch in Form von Personal- oder Sachmitteln einzubringen. Diese Angebote zur Unterstützung im Alltag richten sich nicht nur an Pflegebedürftige, sondern auch an deren Angehörige, die dadurch entlastet werden. Darüber hinaus sollen Länder, die die ihnen zustehenden Mittel fast vollständig abgerufen haben, auch die Mittel nutzen können, die von anderen Ländern nicht verwendet wurden. Ziel ist die möglichst vollständige Ausschöpfung des Beitrags der Pflegeversicherung von bis zu 25 Millionen Euro für den Aufbau solcher Angebote.

Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Recht der Hilfe zur Pflege

Auch nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im SGB XI und nach der Verbesserung der Leistungen der Pflegeversicherung kann ein darüber hinausgehender Bedarf an Pflege bestehen. Dieser wird bei finanzieller Bedürftigkeit durch die Hilfe zur Pflege im Rahmen der Sozialhilfe und dem sozialen Entschädigungsrecht gedeckt. Wie im SGB XI soll auch im Recht auf Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Sozialgesetzbuch (SGB XII) und im Bundesversorgungsgesetz (BVG) der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt werden, damit sichergestellt ist, dass finanziell Bedürftige im Falle der Pflegebedürftigkeit angemessen versorgt werden.

Regelung der Schnittstellenproblematik zwischen Pflegeversicherung und Eingliederungshilfe

Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im SGB XI wurde im Bereich des Leistungsrechts eine Erweiterung vorgenommen: Nunmehr gehören auch die pflegerischen Betreuungsmaßnahmen zum Leistungsbereich der Pflegeversicherung. Das führt zu Abgrenzungsfragen zwischen den Leistungen der Eingliederungshilfe und den Leistungen der Pflegeversicherung bzw. Hilfe zur Pflege. Deshalb soll das PSG III für Klarheit sorgen: Geregelt wird daher, dass die Leistungen der Pflege gegenüber den Leistungen der Eingliederungshilfe im häuslichen Umfeld grundsätzlich vorrangig sind, es sei denn, bei der Leistungserbringung steht die Erfüllung der Aufgaben der Eingliederungshilfe im Vordergrund.

Außerhalb des häuslichen Umfelds gehen dagegen die Leistungen der Eingliederungshilfe den Leistungen der Pflege vor. Damit enthält der Entwurf klare Abgrenzungsregelungen an den Schnittstellen zwischen Pflegeversicherung und Eingliederungshilfe, die zudem Kostenverschiebungen zwischen den beiden Systemen vermeiden.

Maßnahmen zur Verhinderung von Abrechnungsbetrug in der Pflege

Die Gesetzliche Krankenversicherung erhält ein systematisches Prüfrecht: Auch Pflegedienste, die ausschließlich Leistungen der häuslichen Krankenpflege im Auftrag der Krankenkassen erbringen, sollen zukünftig regelmäßig von den Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) erfasst werden.

Zudem sollen bestehende Instrumente der Qualitätssicherung im Bereich der Pflegeversicherung weiterentwickelt werden: In die Stichproben bei den MDK-Prüfungen von Pflegediensten sollen auch Personen einbezogen werden, die allein Leistungen der häuslichen Krankenpflege erhalten. In der häuslichen Krankenpflege werden die Dokumentationspflichten der Pflegekräfte an die in der ambulanten Altenpflege bereits geltenden Pflichten angepasst. Abrechnungsprüfungen sollen von den Pflegekassen zudem künftig auch unabhängig von den Qualitätsprüfungen des MDK durchgeführt werden, wenn Anhaltspunkte für fehlerhaftes Abrechnungsverhalten vorliegen.

Für Pflegedienste, die in der ambulanten Altenpflege tätig sind, gelten diese Regeln bereits. Sie dürfen im Verdachtsfall unangemeldet kontrolliert werden, und ihre Abrechnungen müssen vom MDK regelmäßig überprüft werden.



Darüber hinaus soll die Pflegeselbstverwaltung in den Ländern gesetzlich verpflichtet werden, in den Landesrahmenverträgen insbesondere Voraussetzungen für Verträge festzulegen, durch die wirksamer gegen bereits auffällig gewordene Anbieter vorgegangen werden kann. Damit soll sichergestellt werden, dass sich beispielsweise kriminelle Pflegedienste nicht einfach unter neuem Namen oder über Strohmänner eine neue Zulassung erschleichen können.

Die Pflegeselbstverwaltung wird zudem verpflichtet, klare Qualitätsstandards für ambulante Wohngruppen zu erarbeiten.

Unbestreitbar werden alle drei Pflegestärkungsgesetze insgesamt zu einer Verbesserung der Situation Pflegebedürftiger und ihrer Familien führen. Allerdings bleiben nach wie vor die mehrfach kritisierten Schwachstellen der beiden ersten Pflegestärkungsgesetze bestehen. Diese sind:

- Ein übergreifendes Reformkonzept innerhalb der Sozialgesetzbücher ist nicht ersichtlich, unter anderem mit Blick auf die Behindertenhilfe. Ungelöst ist auch der akute Personalnotstand in Kliniken und Altenpflegeeinrichtungen.
- Mit der neuen Pflegesystematik werden bestimmte Patientengruppen benachteiligt.
- Die geplanten Verbesserungen für pflegende Angehörige sind nach wie vor unzureichend.



- Pflegeheimbewohner werden künftig mehrfach benachteiligt, einmal bei der unzureichenden Hospiz- und Palliativversorgung und zudem in der medizinischen Behandlungspflege, die von der Pflegeversicherung statt von der Krankenversicherung getragen wird. Denn die Pflegeversicherung übernimmt nur die Kosten in Höhe der pauschalen Leistungsbeiträge. Da diese in der Praxis schon ohne Behandlungspflege ausgeschöpft sind, müssen Pflegeheimbewohner die Leistung faktisch selbst finanzieren.
- Die Leistungsminderung in den unteren Pflegegraden 2 und 3 im stationären Bereich ist nicht hinnehmbar. Vor allem die Absenkung des Leistungssatzes für den Pflegegrad 2 (bisher Pflegestufe I) um rund 300 Euro ist völlig inakzeptabel und wird schwerwiegende negative Folgen haben, weil Pflegebedürftige künftig die vollstationäre Versorgung nicht mehr in Anspruch nehmen können. Daran ändert auch die Regelung zu den sogenannten einrichtungseinheitlichen Eigenanteilen wenig, mit der erreicht werden soll, dass der zu tragende Eigenanteil nicht mehr mit der Pflegebedürftigkeit steigt. Dies alles wird zur Folge haben, dass die Kosten für die Versorgung der Bewohner mit hohen Pflegegraden in der Zukunft auf Bewohner in niedrigen Pflegegraden verschoben werden. Des Weiteren wird der abgesenkte Leistungsbetrag für den Pflegegrad 2 dazu führen, dass viele der neuen Anspruchsberechtigten aus finanziellen Gründen keine Option auf eine stationäre Betreuung haben werden. Die ambulante Pflege wird aber bei weitem nicht ausreichen, um die vielen betroffenen Menschen professionell zu versorgen.
- Wenn in vollstationären Pflegeeinrichtungen die Versorgung für Patienten mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz verbessert werden soll, dann muss auch das Pflegefachpersonal aufgestockt werden. Darüber hinaus muss sich eine erhöhte Wertschätzung pflegefachlicher Tätigkeit auch in einer adäquaten Bezahlung der Pflegefachkräfte widerspiegeln.

Unsere Arbeit, unsere Ziele

Die DGHS e. V. ist eine Patientenschutzorganisation, die sich seit über 35 Jahren für das Selbstbestimmungsrecht des Menschen am Lebensende einsetzt. Sterben ist ein Teil des Lebens. Selbstbestimmung bei Krankheit wie auch im Sterben gehört zu den Grundrechten der Menschen und Bürger in Deutschland. Dies wollen wir für unsere Mitglieder bis zur letzten Lebensminute sichern.

Wir bieten Menschen, die ihren Willen rechtzeitig festlegen möchten:

- Kompetente Beratung bei der Formulierung Ihrer persönlichen Patienten- und Vorsorgeverfügung.
- Eine juristisch geprüfte und ständig aktualisierte Patientenschutz- und Vorsorge-mappe.
- Alle Verfügungen können bei uns elektronisch gespeichert und hinterlegt werden.
- Einen Notfall-Ausweis und QR-Code, mit dem die Verfügungen rund um die Uhr über das Internet abgerufen werden können, z. B. im Krankenhaus.
- Juristischer Beistand (nur für Mitglieder), falls Ihre Verfügungen nicht eingehalten werden, u. v. m.

Mit derzeit rund 25 000 Mitgliedern und Unterstützern in Deutschland ist die DGHS die größte und erfahrenste Organisation auf ihrem Gebiet. Die DGHS ist parteipolitisch und konfessionell neutral sowie unabhängig. Als gemeinnütziger Verein mit Sitz in Berlin finanziert sich die DGHS ausschließlich durch Mitgliedsbeiträge und Spenden.

Wenden Sie sich für weitere Informationen gerne an unsere Berliner Geschäftsstelle. Unsere Mitarbeiterinnen freuen sich auf Ihren Anruf!

Herausgeber:

Deutsche Gesellschaft für
Humanes Sterben (DGHS) e. V.
Kronenstraße 4 · 10117 Berlin

info@dghs.de · www.dghs.de
www.facebook.com/DGHSde
www.twitter.com/DGHSPresse

Telefon: 0 30/21 22 23 37-0

Fax: 0 30/21 22 23 37-77

Hinweis: In unserer Broschüre verwenden wir wegen der leichteren Lesbarkeit geschlechtsneutrale Bezeichnungen. Dies soll niemanden diskriminieren.

Stand: Juli 2017

