

Regionaldialog

Pflege stärken

Abschlussbericht

Berlin, Juli 2018

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung Regionaldialog „Pflege stärken“	3
1.1	Ausgangssituation und Ziele.....	3
1.2	Prozess-Schritte.....	4
2	Dialogveranstaltungen	5
2.1	Ziele und Rahmendaten der Regionaldialoge	5
2.2	Begleitung durch Experten.....	6
2.3	Erste Dialogrunde: Kurzbericht und Ergebnisse.....	7
2.3.1	Rahmen und Vorgehen.....	7
2.3.2	Botschaften und Kernthemen	8
2.3.3	Weitere Verwertung der Ergebnisse.....	11
2.4	Zweite Dialogrunde: Kurzbericht und Ergebnisse	13
2.4.1	Rahmen und Vorgehen.....	13
2.4.2	Botschaften und Kernthemen	13
2.4.3	Ergebnisse der Thementische	15
2.4.4	Erweiterter FAQ-Katalog	21
2.4.5	Fazit nach zwei Dialogrunden.....	21
2.5	Dritte Dialogrunde: Kurzbericht und Ergebnisse.....	22
2.5.1	Rahmen und Vorgehen.....	22
2.5.2	Kernthemen der dritten Dialogrunde.....	23
2.5.3	Problemanzeigen mit hohem Handlungsbedarf	24
2.5.4	Leitfragen für die Arbeit an den Thementischen	25
2.5.5	Ergebnisse der Thementische	25
2.5.6	Fazit aus drei Dialogrunden.....	30
3	Prozessbegleitung durch den projekteigenen Begleitkreis.....	31
3.1	Ziele und Vorgehen	31
3.2	Mitglieder im Begleitkreis	32
4	Verzahnung mit weiteren Gremien.....	33
5	Digitaler Pflegedialog	33
5.1	Website und Wissenslandkarte.....	33
5.2	Videoclips und Filme	35
5.3	Nutzerzahlen	37
5.3.1	Seitenbesuche	37
5.3.2	Nutzerverhalten	38
5.3.3	Downloads.....	38
6	Fachtagung „Neue Gestaltungsmöglichkeiten der Kommunen in der Pflege“	40
7	Praxisgipfel „Pflege stärken“	41
8	Kommunale Pflgetische.....	43
8.1	Ziel und Rahmen der Pflgetische.....	43
8.2	Förderbewilligung.....	43
8.3	Übersicht: Orte, Termine und Initiatoren	45
8.4	Teilnehmer der Pflgetische/ Akteursstruktur.....	47
8.5	Themen der Pflgetische.....	48
8.6	Begleitung der Pflgetische durch die IFOK GmbH.....	50
8.7	Verstetigung der Pflgetische	51
8.8	Fazit	52

1. Einleitung Regionaldialog „Pflege stärken“

1.1 Ausgangssituation und Ziele

In der Legislaturperiode 2013 bis 2017 hat der Deutsche Bundestag mit drei Pflegestärkungsgesetzen weitreichende Veränderungen in der deutschen



Pflegeversicherung beschlossen. Mit dem neuen Begutachtungsverfahren und dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff wurde die pflegerische Versorgung der Bürgerinnen und Bürger ¹ in Deutschland auf eine neue fachliche Grundlage gestellt. Es erfolgte die umfangreichste Leistungsausweitung, die in einer Sozialversicherung in Deutschland je vorgenommen wurde. So trat zum Jahresanfang 2015 das erste Pflegestärkungsgesetz (PSG I) mit deutlichen Leistungsverbesserungen und

dem Pflegevorsorgefonds in Kraft. Mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) folgten 2017 der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff sowie die Umstellung der Begutachtung. Mit dem dritten Pflegestärkungsgesetz (PSG III) wurden zum einen die in einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege zwischen Bund, Ländern und kommunalen Spitzenverbänden vereinbarten Empfehlungen umgesetzt. Zum anderen enthielt das PSG III ein Maßnahmenpaket zur Verbesserung von Prävention sowie zur Aufdeckung und Bekämpfung von Abrechnungsbetrug. Es war dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ein wichtiges Anliegen, die Pflegestärkungsgesetze bestmöglich in die praktische Umsetzung zu bringen. In vielen Praxisgesprächen hatte sich im Vorfeld zum Regionaldialog „Pflege stärken“ gezeigt, dass es aufgrund der Vielfalt von Leistungsverbesserungen und -veränderungen großen Informationsbedarf bei den Praktikerinnen und Praktikern der Pflege gab – gerade bei Beratungsstellen und bei den Einrichtungen und Diensten, die in der Pflege tätig sind.

Gleichzeitig wünschte sich das BMG, die Sach- und Fachkenntnis der Praxis für die fachlichen Änderungen zu nutzen. Um beides zu ermöglichen, sollten möglichst viele Akteure, die die Pflegestärkungsgesetze unmittelbar betrafen, in einen Dialog mit dem BMG eingebunden werden. Den Rahmen bot der Regionaldialog „Pflege stärken“, bei dem dieser Austausch sowohl vor Ort, als auch durch ein begleitendes Online-Angebot, stattfand. Konzipiert und umgesetzt wurde der Regionaldialog „Pflege stärken“ von der Kommunikations- und Strategieberatung IFOK GmbH. Die Gesamtsumme der Förderung durch das BMG umfasste rund 1.300.000 Euro.



¹ Aus Gründen der Lesbarkeit wird im Folgenden auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

1.2 Prozessschritte

Der Regionaldialog „Pflege stärken“ setzte sich aus den folgenden aufeinander aufbauenden Schritten zusammen, die im vorliegenden Bericht zusammenfassend beschrieben werden:

- **Regionaldialoge:** Zwischen März 2016 und Mai 2017 fanden 30 halbtägige Regionalveranstaltungen in zehn Metropolregionen Deutschlands statt (erste/zweite/dritte Dialogrunde mit insgesamt 1.139 Teilnehmern).
- **Begleitkreis:** Zur fachlichen Begleitung und konzeptionellen Vorbereitung der Dialogveranstaltungen tagte der projekteigene Begleitkreis insgesamt dreimal.
- **Digitaler Pflegedialog/Wissenslandkarte:** Die projekteigene Webseite begleitete den Regionaldialog als Informations- und Kommunikationsplattform über den gesamten Verlauf. Aktiv beteiligt waren 1.267 engagierte Praktikerinnen und Praktiker der Pflege in Deutschland; der Gesamtverteiler umfasste über 2.580 Personen.
- **Fachtagung:** Für die bessere Vernetzung der Akteure in den Kommunen fand im April 2017 die Fachtagung zu neuen Gestaltungsmöglichkeiten der Kommunen statt.
- **Praxisgipfel:** Abschlussveranstaltung mit den beteiligten zehn Regionen im Juni 2017.
- **Pflegetische:** Fortführung der Regionaldialoge von September 2017 bis März 2018 auf kommunaler Ebene im Rahmen von dreißig sog. Pflegetischen.

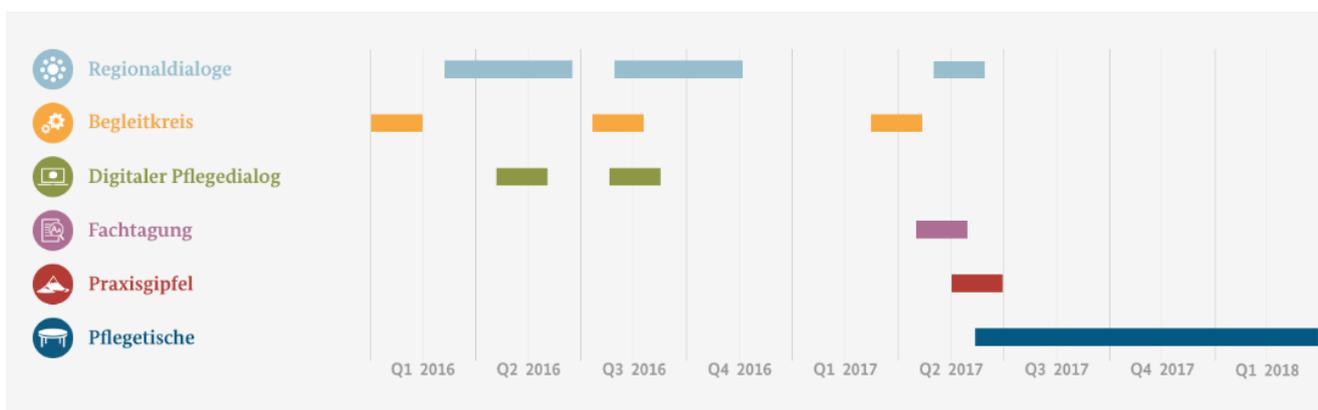


Abbildung 1: Prozessschritte Regionaldialog „Pflege stärken“

2 Dialogveranstaltungen

2.1 Ziele und Rahmendaten der Regionaldialoge

Zwischen März 2016 und Mai 2017 fanden in zehn ausgewählten Metropolregionen Deutschlands² in jeweils drei Veranstaltungsrunden die Regionaldialoge „Pflege stärken“ statt. Ziel war es, im konstruktiven Dialog mit den Praktikerinnen und Praktikern der Pflege fundiert über die Pflegestärkungsgesetze zu informieren, mögliche Herausforderungen und Hindernisse bei deren Umsetzung zu identifizieren sowie gemeinsam praxisgerechte Lösungsansätze und Ideen zu entwickeln. Eingeladen waren Leistungserbringer, Pflegeberater, Vertreter der Pflegekassen und Kommunen, aber auch Pflegenden aus dem privaten Umfeld sowie Pflegebedürftige selbst. Die halbtägigen Veranstaltungen mit jeweils ca. 50 Praktikerinnen und Praktikern der Pflege in Deutschland stießen auf breite und positive Resonanz. Eine insgesamt kritische, aber konstruktive Teilnehmerschaft begrüßte das zugehende Engagement des BMG deutlich und wiederholt. Die Atmosphäre der Veranstaltungen war durch **einen lebhaften und direkten Austausch an Thementischen** geprägt. Die Teilnehmer zeigten sich interessiert an der **konstruktiven Auseinandersetzung** mit den bevorstehenden Veränderungen in der Pflegeversicherung. Damit wurde ein Grundstein für ein regional verankertes Netzwerk von Praktikerinnen und Praktikern für die Umsetzung der neuen Pflegestärkungsgesetze gelegt.

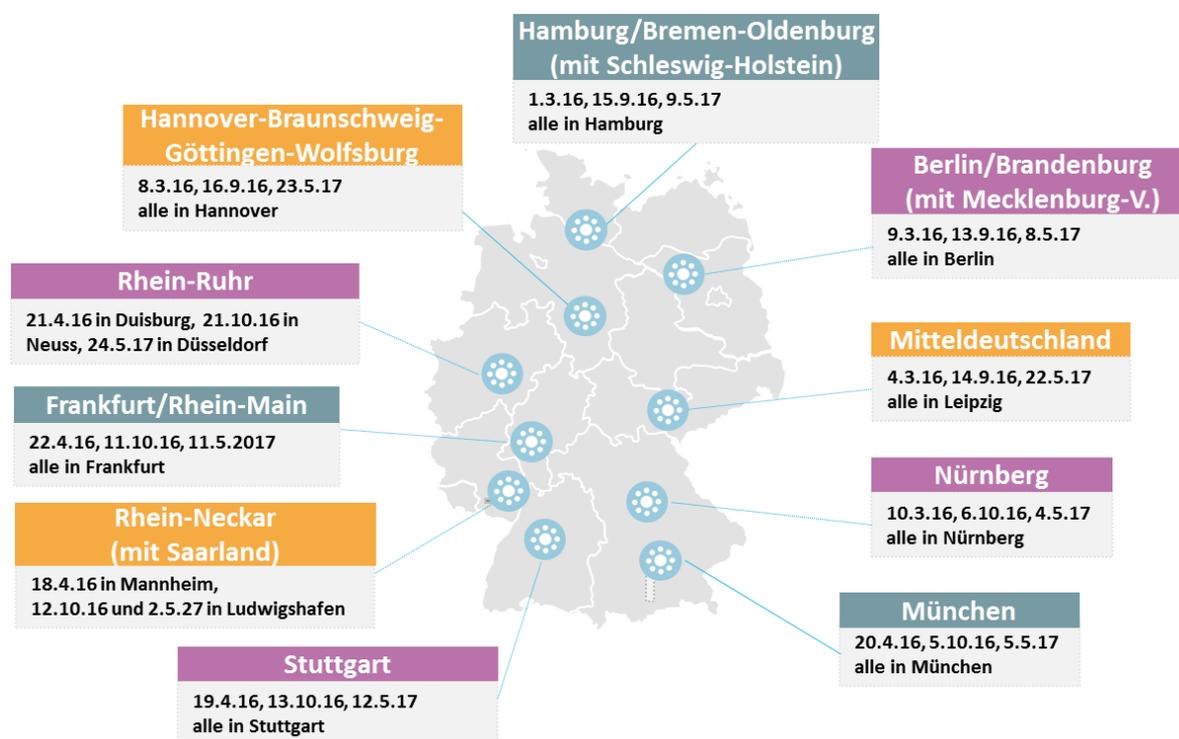


Abbildung 2: Übersicht 30 Dialogveranstaltungen (Regionen, Daten, Veranstaltungsorte)

² Hamburg/Bremen-Oldenburg/Schleswig-Holstein, Hannover/Braunschweig/Göttingen/ Wolfsburg, Rhein-Ruhr, Rhein-Main, Rhein-Neckar mit Saarland, Region Stuttgart, Berlin/Brandenburg/ Mecklenburg-Vorpommern, Mitteldeutschland, Region Nürnberg und Region München.

2.2 Begleitung durch Expertinnen und Experten

Alle Regionaldialogveranstaltungen wurden von Expertinnen und Experten des BMG, des Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) und des projekteigenen Begleitkreises unterstützt. Diese saßen während der Veranstaltung an einem separaten „Expertentisch“ und wurden bei Informationsbedarf punktuell von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern an die Thematische gebeten. Das Angebot wurde rege in Anspruch genommen. Fragen, die auch nach den Erläuterungen noch offengeblieben waren, nahmen die Tischmoderatorinnen auf, um sie im Nachgang zur Veranstaltung durch das BMG beantworten zu lassen (vgl. Abschnitt zu den häufig gestellten Fragen). Folgende Personen nahmen – in variierender Zusammensetzung – an den 30 Veranstaltungen teil:

- **Vertreterinnen und Vertreter des BMG:**

Christian Albrecht, Dr. Christian Berringer, Susanne Breil, Ralf Döbler, Marcus Dräger, Harald Erkens, Sandra Fuchs, Birgit Gaschina-Hergarten, Jana Henneberger, Dr. Friederike Hoepner-Stamos, Heike Hoffer, Dr. Anna Käsbauer, Dr. Andrea Kimmel, Doreen Klepzig, Regina Kraushaar, Magnus Kuhn, Gabriele Langerhans, Franziskus Nostadt, Cornelia Reitberger, Jörg Rudolph, Dagmara Rymarczyk, Dr. Martin Schölkopf, Annett Wittig

- **Vertreterinnen und Vertreter des MDK:**

Irina Deitche, Dr. Waltraud Hannes und Dr. Uschi Bettina Klein (alle MDK Baden-Württemberg), Christiane Weiß, Gislinde Richter, Winfried Fischer und Dr. Ottilie Randzio (alle MDK Bayern), Heike Jochem und Bettina Jonas (beide MDK Berlin-Brandenburg), Dr. Roland Jung, Martina Süß und Torsten Frisch (alle MDK Hessen), Susanne Froese (MDK im Lande Bremen), Kira Mundt, Matthias Ernst und Ulrike Fabich (alle MDK Niedersachsen), Dr. Martin Schünemann (MDK Nord), Ulrike Kissels und Robert Pelzer (beide MDK Nordrhein), Christa Raduel (MDK Rheinland-Pfalz), Kathrin Federmeyer (MDK Saarland), Ines Weiser (MDK Sachsen), Ulrike Probst und Maria Thiel (beide MDK Thüringen e.V.), Dr. Stefan Knoblich (MDK Westfalen-Lippe)

- **Vertreterinnen und Vertreter des projekteigenen Begleitkreises:**

Die Namen sind im Abschnitt zum Begleitkreis aufgeführt.



2.3 Erste Dialogrunde: Kurzbericht und Ergebnisse

2.3.1 Rahmen und Vorgehen

Zwischen dem 1. März und dem 22. April 2016 fand die erste Runde der Regionaldialoge statt. Das **Veranstaltungskonzept** der Regionaldialoge welches viel Raum für den persönlichen Austausch an einzelnen Thementischen ermöglichte, bewährte sich. In den nicht-plenaren Veranstaltungsphasen wurde in Kleingruppen an verschiedenen Thementischen gearbeitet (Ambulante Pflegeangebote, Ambulante Betreuungs- und Entlastungsangebote, Teilstationäre Angebote, Stationäre Angebote, Beratungs- und Pflegelandschaft vor Ort, Begutachtung). Dieses Vorgehen ermöglichte es, folgende **drei Ziele** miteinander zu verbinden: 1.) umfangreiche Informationsvermittlung über die neuen Gesetze, 2.) intensive Diskussionsrunden unter den Teilnehmern sowie 3.) ausreichend Raum für die persönliche Vernetzung untereinander.

Alle zehn Regionaldialoge folgten demselben Ablauf und brachten so vergleichbare Ergebnisse hervor. Nach einer **inhaltlichen Einführung** durch Abteilungsleiterin Regina Kraushaar wurden an den von der IFOK GmbH moderierten Tischen folgende drei Fragen bearbeitet:

- Welche **Informationen** benötigen Sie auf Ihrem Weg zur Umsetzung der Pflegestärkungsgesetze?
- Wo könnten aus Ihrer Sicht **Hindernisse** bei der Umsetzung liegen?
- Was **benötigen Sie**, um die Umsetzung in Ihrem Alltag zu starten bzw. weiter fortzusetzen?

Bei der abschließenden **Bewertung der Veranstaltungen** lobten die Teilnehmer die **Atmosphäre**, das **Angebot zum Austausch** untereinander und den **Dialog mit den Experten** u.a. des BMG. Für zukünftige Veranstaltungen wünschten sich die Teilnehmer **mehr Zeit**, um thematischen **weiter in die Tiefe gehen** zu können. Auch wurde angeregt, mehr Pflegebedürftige selbst und ihre Angehörigen zur Teilnahme zu gewinnen.



2.3.2 Botschaften und Kernthemen

Die etwa 900 gesammelten Einzeläußerungen aus den zehn Veranstaltungen wurden zu **sechs Kernthemen** zusammengefasst. Darüber hinaus wurden **zwei übergeordnete Botschaften** identifiziert.

Zwei Botschaften aus der ersten Dialogrunde

Zum einen wurde für die Umsetzung der neuen Pflegestärkungsgesetze **Transparenz gefordert**, sowohl bezogen auf die Inhalte, als auch auf die zeitliche Umsetzung der Veränderung. Ein undurchsichtiges Leistungssystem, so war man sich einig, würden weder die Praktiker der Pflege noch die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen verstehen und zu nutzen wissen. Eine besondere Herausforderung für die Transparenz sei dabei die oft komplizierte Verteilung von Regelungen auf verschiedene Sozialgesetzbücher (SGB XI von SGB V, IX und XII). Grundsätzlich sollten Informationen zu den gesetzlichen Veränderungen, allen voran zu den Richtlinien des Neuen Begutachtungsinstruments (NBA), inhaltlich und zeitlich sinnvoll abgestimmt und auf die Bedürfnisse der Adressaten ausgerichtet sein. Von vielen Teilnehmern wurden vorhandene Informationen als schwer verständlich wahrgenommen, besonders für die Betroffenen und deren Angehörigen. Der Ordner „Praxisseiten Pflege“ des BMG, der allen Teilnehmern der Veranstaltungen ausgehändigt wurde, stieß auf positive Resonanz und wurde als hilfreiches Informationsangebot angenommen.

Die **zweite Botschaft** aus der ersten Regionaldialogrunde war, dass sich die Praktiker angesichts der vielfältigen Veränderungen sorgten und sich die Frage nach der individuell „**richtigen Strategie**“ stellten: Leistungserbringer fragten sich, wie sie es schaffen könnten, sich als einzelner Akteur, im Interesse der Pflegebedürftigen sowie im Eigeninteresse auf die bereits begonnenen und noch anstehenden Veränderungen optimal vorzubereiten. Diese Unsicherheit betraf ein breites Spektrum anstehender Veränderungen, von der Anpassung von Verträgen und von Versorgungskonzepten bis hin zur zukünftigen Ausrichtung des eigenen Leistungsangebotes.

Sechs Kernthemen der ersten Dialogrunde

Folgende Kernthemen wurden aus der ersten Dialogrunde identifiziert:

1. Neues Begutachtungsinstrument:

In allen Veranstaltungen wurde betont, dass es weiteren **Gesprächs- und Informationsbedarf** zum neuen Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit gab. Viele Teilnehmer waren verunsichert, da sie die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches zu diesem Zeitpunkt noch nicht kannten. Dementsprechend unklar waren der zukünftige Umgang mit dem neuen Begutachtungsinstrument im Pflegealltag und die konkreten Auswirkungen der Einstufung darüber für die Leistungserbringer. Die Teilnehmer hatten den Eindruck, dass ihnen für eine angemessene Auseinandersetzung mit den neuen Richtlinien vor Einführung des neuen Begutachtungsinstruments zum 1. Januar 2017 nicht mehr viel Zeit bliebe. Dabei sei nach Einschätzung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer eine sinnvolle Umsetzung im Sinne des beabsichtigten **Paradigmenwechsels in**

der Pflege nur mit detaillierten und rechtzeitig zur Verfügung gestellten Informationen möglich. So wünschte man sich konkrete Anleitungen zum Umgang mit dem neuen Begutachtungsinstrument und zu den Auswirkungen der neuen Richtlinie im Alltag. Bei diesem Thema sahen die Akteure der Pflege in erster Linie die Politik und den MDK in der Pflicht. Die Auseinandersetzung mit den Änderungen bliebe letztlich eine (zeitintensive) Aufgabe jedes einzelnen.

2. Angebot und Wirtschaftlichkeit von teilstationären Leistungen

Die Teilnehmerschaft wies darauf hin, dass das Angebot von teilstationären Leistungen vor Ort den **tatsächlichen Bedarf bei den Pflegebedürftigen** nicht decke. Dies wurde damit begründet, dass teilstationäre Angebote unter den bestehenden Finanzierungsstrukturen kaum lukrativ seien. So stelle sich **im ländlichen Raum** die Bereitstellung von Fahrdiensten auf Grundlage der pauschalen Vergütung als nachteilig für teilstationäre Angebote dar. In diesem Zusammenhang wurden auch Angebote für die **Nachtpflege** als schwer finanzierbar eingeschätzt. Hier wurde dringender Handlungsbedarf geäußert, um dem Ziel des Verbleibs der Pflegebedürftigen in der eigenen Häuslichkeit (unabhängig vom Wohnort) so lange als möglich gerecht werden zu können. Hierfür wurde vor allem eine bessere Vergütung der Leistungen sowie bessere Kooperationen untereinander als notwendig genannt.

3. Besondere Herausforderungen für stationäre Einrichtungen

Die Vertreterinnen und Vertreter der stationären Pflege gaben zu bedenken, dass durch die konsequente Umsetzung der Vorgabe „ambulant vor stationär“ in den Gesetzesänderungen der letzten Jahre deutlich mehr Verbesserungen im ambulanten Bereich erzielt worden seien. Sie wünschten sich **mehr Anerkennung** für den wichtigen stationären Versorgungsbereich, der nach wie vor unverzichtbare Leistungen erbringe. Zum damaligen Zeitpunkt waren die Auseinandersetzung mit der Umstellung der Vergütungsverträge sowie die Ausgestaltung der Einrichtungskonzepte zentral.

4. Angebot und Qualitätssicherung in der Pflegeberatung

Die Beratung der Pflegebedürftigen und deren Angehörigen war in allen Dialogveranstaltungen ein zentrales Thema. Vor allem **Fragen zur Qualität** der Beratung bewegten die Teilnehmerschaft. So war es ein Anliegen, dass zuverlässig geregelt würde, wer eine Beratungsleistung erbringen darf und wie die **Beratungsstandards** landes- und bundesweit gesichert würden. Die Finanzierung und Abrechnung von Beratungsleistungen bedürften klarer Regeln. Begrüßt wurde das Beratungsangebot für noch nicht pflegebedürftige Personen, und Angebote für die Angehörigen von Pflegebedürftigen. Für die zuverlässige Definition von Beratungsstandards sahen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer die Länder in der Pflicht.

5. Leistungskomplexe im ambulanten Bereich

Die Leistungskomplexe der ambulanten Versorgung wurden in allen Regionaldialogen thematisiert. Schon im bis damals bestehenden System wurden diese als nicht vollständig zum Pflegealltag passend beschrieben und sollten im Hinblick auf die Veränderungen durch die neuen Pflegestärkungsgesetze angepasst werden. Verbunden damit wurde die Notwendigkeit formuliert, **bestehende Angebote und deren Zuschnitte** grundsätzlich mit Blick auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff zu überprüfen.

6. Qualifizierung und Verfügbarkeit von Personal

Handlungsbedarf sah man grundsätzlich beim Querschnittsthema „Personal“. Hier beschäftigte die Teilnehmerschaft die Problematik des **Fachkräftemangels** und **einheitlicher Personalschlüssel**. Damit verbunden wurde über die mangelnde **Attraktivität und Anerkennung** von Pflegeberufen sowie die Auswirkungen des neuen Pflegeberufegesetzes auf die Verfügbarkeit von **zuverlässig qualifiziertem Personal** diskutiert.

2.3.3 Weitere Verwertung der Ergebnisse

Basierend auf den Ergebnissen der ersten Regionaldialogrunde wurden drei Bausteine für die weitere Bearbeitung und Verwertung der Ergebnisse im Gesamtprozess festgelegt:

1.) Katalog „Häufig gestellte Fragen“ (Frequently Asked Questions, FAQs)

In einem Katalog „Häufig gestellte Fragen“ wurden Themen aus den Dialogrunden aufgeführt, die durch die Fachabteilungen des BMG schriftlich beantwortet wurden. Der Fragenkatalog wurde der breiten Fachöffentlichkeit im passwortgeschützten Bereich der projekteigenen Website zur Verfügung gestellt und auch in der zweiten Dialogrunde fortgeführt. Die FAQs sind dem **Anhang des Berichtes** zu entnehmen. Die Fragen aus der ersten Dialogrunde wurden zu folgenden Themenschwerpunkten zusammengefasst:

- Leistungen, Vergütung und Qualitätssicherung (13 Fragen)
- Neues Begutachtungsinstrument und Dokumentation (6 Fragen)
- Gesetzgebungs- und Umsetzungsprozess (10 Fragen)
- Beratung (7 Fragen)
- Weitere Fragen (4 Fragen)



Abbildung 3: Ausschnitt aus der Webseite „FAQ zu den Pflegestärkungsgesetzen“

2.) Erklärfilm, Webinare und weitere Online Formate

Fragenkomplexe, die einer ausführlichen Erklärung und Veranschaulichung bedurften, wurden in diesem Baustein aufgegriffen. Auf der projekteigenen Webseite wurden Filme und Webinare zu folgenden Themen bereitgestellt:

- 1. Webinar „Umstellung von Vereinbarungsanpassungen im vollstationären Bereich“
- 2. Webinar „Das neue Begutachtungsinstrument“
- Erklärfilm „Neues Begutachtungsinstrument auf dem Weg in die Praxis“

Diese Formate werden im Abschnitt „Digitaler Pflegedialog“ genauer beschrieben.

3.) Kooperative Umsetzungsgestaltung in den Dialogveranstaltungen

In diesem Baustein wurden Themen gebündelt, die durch Dialog und Kooperation der Teilnehmerinnen und Teilnehmer im weiteren Prozess bearbeitet werden sollten:

- Vernetzung von Angeboten: **bestehende Pflege- und Beratungsangebote sollten vor dem Hintergrund des neuen Systems** dahingehend geprüft werden, inwieweit sie sinnvoll ineinandergreifen und wie sie transparenter dargestellt werden könnten.
- Die **Beratung der Angehörigen unabhängig von den pflegebedürftigen Personen**
- **Wirtschaftlichkeit teilstationärer Leistungen**: Durch regionale und lokale Kooperationen boten sich hier Möglichkeiten zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit, um diese Angebote aufrecht zu erhalten oder - wie vom Gesetzgeber intendiert - ausbauen zu können.
- **Bestehende Leistungskomplexe** wurden im Hinblick auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff kritisch hinterfragt.
- **Stationäre Einrichtungen** standen angesichts der Konkurrenz der ambulanten Pflegeleistungen unter Handlungsdruck, sich strategisch an die neuen Rahmenbedingungen anzupassen.
- Die **Sicherstellung ausreichender ambulanter Angebote** mit Blick auf die Notwendigkeit einer vernetzten Diskussion der Akteure untereinander.



2.4 Zweite Dialogrunde: Kurzbericht und Ergebnisse

2.4.1 Rahmen und Vorgehen

Zwischen dem 23. September und 21. Oktober 2016 fand die zweite Runde des Regionaldialogs „Pflege stärken“ in den zehn Metropolregionen statt. Die Teilnehmer setzten sich erneut aus den bereits genannten Akteursgruppen zusammen (siehe Bericht oben). Über 75 Prozent der Teilnehmerinnen und Teilnehmer war bereits an der ersten Dialogrunde beteiligt oder ließ sich innerhalb ihrer Institution vertreten.

Die **Zielsetzung** der Veranstaltungen wurde im Rahmen von drei Schritten umgesetzt:

1. **Berichterstattung** des BMG zur Verwertung der Ergebnisse aus der ersten Dialogrunde
2. **Informationen** zum neuen Begutachtungsinstrument
3. **Aktive Entwicklung** von Ansätzen zur konkreten, **gemeinsamen Ausgestaltung** der neuen Rahmenbedingungen vor Ort durch die Teilnehmerschaft.

2.4.2 Botschaften und Kernthemen

Auch in der zweiten Dialogrunde wurde an den Thementischen **lebhaft und teilweise kritisch**, aber stets **konstruktiv** diskutiert. Punktuell wurden erneut die Expertinnen und Experten des BMG und des MDK einbezogen, um konkrete Fragen zu klären und dringliche Anliegen aus der Praxis mitzuteilen.

Fachlich und inhaltlich befanden sich die Praktikerinnen und Praktiker der Pflege in einer veränderten Situation im Vergleich zur ersten Dialogrunde im Frühjahr 2016: Inzwischen standen die Veränderungen durch das zweite Pflegestärkungsgesetz nicht nur bevor, sondern die umfassenden Vorbereitungen auf das Inkrafttreten zum 1. Januar 2017 bestimmten zunehmend den Arbeitsalltag. Entsprechend wurde von vielen Teilnehmerinnen und Teilnehmern Sorge vor Überlastung und Überforderung zum Ausdruck gebracht. Die Belastung zu diesem Zeitpunkt zeigte sich auch darin, dass viele Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus der ersten Regionaldialogrunde aus zeitlichen Gründen ihre Teilnahme absagen mussten.

Im Rahmen der Dialogveranstaltungen formulierte die Teilnehmerschaft Fragen zum **neuen Begutachtungsinstrument**. Nach wie vor bestand Informationsbedarf zu den Abläufen und zu Umstellungsprozessen, auch wenn die Intention des Begutachtungsinstruments für die meisten im Kern mittlerweile klar war. Unsicherheit und Bedenken wurden geäußert hinsichtlich der Komplexität und den hohen pflegefachlichen, und auch sprachlichen Anforderungen der Strukturierten Informationssammlung (SIS) und des neuen Begutachtungsinstruments. Viele Akteure äußerten Bedenken, dass nicht alle Pflegekräfte ausreichend qualifiziert und in der Lage sein würden, die Begutachtungen zu begleiten.

Fünf Botschaften aus der zweiten Dialogrunde

Aus der zweiten Dialogrunde gingen fünf zentrale Botschaften hervor:

1. Der **neue Pflegebedürftigkeitsbegriff** wurde in seiner Rahmensetzung als Paradigmenwechsel anerkannt. Er wurde allerdings als „letztlich nichts Neues für die Pflegenden“ bewertet. Vielmehr wurde er wahrgenommen als eine schlüssige Weiterentwicklung der Pflegepraxis – jedoch mit vielen Fragen und Unsicherheiten bei der konzeptionellen Umsetzung. Damit dies unter den neuen Bedingungen besser gelingen konnte, **forderten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer...**
2. ... **konkrete fachpflegerische Ansätze**, die viele Einrichtungen nicht alleine zu entwickeln in der Lage waren. Es fehlte zu diesem Zeitpunkt an einer unterstützenden Begleitung. Hier wurde vermehrtes Engagement der Verbände zur Schulung der Fachkräfte empfohlen.
3. ... **eine angemessene Vergütung**, die ausreichend Zeit für Pflege, Betreuung und Austausch ermöglicht.
4. ... die Verfügbarkeit ausreichend **qualifizierter Pflegefachkräfte**.
5. Als weitere Notwendigkeit wurde die **Vernetzung der Akteure auf der lokalen Ebene** genannt, um die vielfältige Bandbreite von Angeboten in gemeinsamen Lösungen zu entwickeln.

Drei Kernthemen der zweiten Dialogrunde

In der zweiten Dialogrunde wurden drei Kernthemen herausgearbeitet, die als zentrale Stellhebel die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes ermöglichen:

- **Beratung** wurde als der Dreh- und Angelpunkt für die erfolgreiche Umsetzung erkannt, ganz gleich ob sie durch die Anbieter von Pflege- und Betreuungsleistungen oder durch Beratungseinrichtungen selbst geleistet wird. Die Beratung wurde jedoch gleichzeitig auch als „Sorgenkind“ der Pflegepraxis dargestellt, denn hier stießen komplexer werdende Aufgaben mit erhöhtem Zeitaufwand zunehmend auf personelle Engpässe.
- **Flexibilisierung und ein individueller Zuschnitt** der Leistungen erschien den Teilnehmerinnen und Teilnehmern als das wichtigste Instrument, um dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff im Pflege- und Betreuungsalltag gerecht werden zu können.
- **Kooperationen** aller Akteure untereinander benannten die Teilnehmerschaft als den „Kit“, der es ermöglichen wird, das Neue gemeinsam anzugehen und Synergien zu nutzen. Hier käme den Kommunen die Aufgabe zu, die Umsetzung in der Breite zu gestalten.



2.4.3 Ergebnisse der Thementische

Die Ergebnisse der zehn regionalen Veranstaltungen sind in den nachfolgenden Abschnitten entsprechend der vier Thementische „Ambulante Angebote“, „Teilstationäre Angebote“, „Stationäre Angebote“ und „Beratung“ zusammengestellt.

Thementisch „Ambulante Angebote“

Ambulante Angebote sollten zukünftig **individuell für den einzelnen Klienten zugeschnitten** werden können. Dies beginne in vielen Fällen beim Entlassmanagement des Krankenhauses, das häufig auch Aspekte wie Entwicklungs- und Zusatzbögen für kognitive Störungen als Grundlage für die weitere Planung enthalte. Folgende Konzeptansätze wurden entwickelt:

Konzeptansätze für ambulante Angebote

Fokus Beratung

Bei der Beratung zu ambulanten Angeboten müssen die Inhalte mit ausreichend Zeit, für die Klientinnen und Klienten nachvollziehbar, neutral und in verständlicher Sprache vermittelt werden – und wenn möglich in der jeweiligen Muttersprache. Dies setzt eine entsprechende Finanzierung der Beratung durch die ambulanten Dienstleister voraus sowie die notwendigen Ressourcen, um sich fachlich auf dem aktuellen Stand zu halten (über Veranstaltungen, Fortbildungen, Vernetzungsgespräche, Informationsmaterialien, Recherchen etc.). Die Klientinnen und Klienten müssen durch bedarfsgerechte und individuelle Beratung zur Selbstbestimmung und Entscheidung befähigt werden. Letztere ist sensibel mit den pflegfachlichen Anforderungen abzuwägen. Eine kontinuierliche Beratung durch eine Ansprechperson über den gesamten Prozess wird empfohlen.

Ausdifferenzierung und flexibler Zuschnitt der Angebote

- Nutzung flexibler Leistungsbudgets: Patient kann die Inhalte entsprechend seiner Bedürfnisse selbst bestimmen, Pflegedienst unterstützt, koordiniert und aktiviert.
- Anbieten von mehr (bezahlbaren) Entlastungsangeboten.
- Erweiterung des Katalogs der ambulanten Angebote um Präventionsleistungen.
- Anpassung der Leistungskomplexe um weitere Module, auch im Bereich haushaltsnaher Dienstleistungen.
- Einrichten zusätzlicher entlastender Angebote wie z.B. Samstags-Demenzgruppe.
- Öffnung gegenüber und Zulassung externer Dienstleister.
- Stärkung der Angebote zur Förderung kognitiver Fähigkeiten.
- Einrichtung von Clearingstellen für kurzfristige Notfälle.
- Stärkung der Laienpflege und Einbindung pflegender Angehöriger.

Finanzierung und Pflegeplanung

- Vergütung des höheren Zeitaufwands bzw. der Betreuungszeiten
- Individualisierung erfordert den Abbau bürokratischer Hürden (Anträge, Vergütung).
- Erstgespräch sowie zusätzliche Beratungsbesuche als abrechenbare Leistung anpassen.
- Standardisierte Pflegeplanung z.B. auch durch EDV.
- Individuelle Pflegeplanung auch außerhalb der Leistungskomplexe.

Zur Verbesserung des ambulanten Angebotes sei eine **Vernetzung** mit Pflegestützpunkten, Pflegekoordinatoren, Krankenkassen, Hausärzten, Fachärzten, Therapeuten, Krankenhäusern, sozialen Diensten, Sanitätshäusern, Kommunen und Anbietern von teilstationären Leistungen sowie mit weiteren Leistungserbringern erforderlich. Die Quartiersarbeit – als zentrale Vernetzungsmöglichkeit – sollte aus der Projektförderung in

eine kontinuierliche Aufgabe auf kommunaler Ebene überführt werden. Als potenzielle Vernetzungspartner wurden außerdem Gewerbetreibende genannt, deren Kundinnen und Kunden vorrangig Seniorinnen und Senioren seien. Als ein gutes Beispiel für Vernetzung wurde die „Kommunale Konferenz für Pflege“ in Essen genannt.

Thematisch „Teilstationäre Angebote“

Der Bedarf an teilstationären Angeboten steige, könne aber häufig – vor allem in ländlichen Regionen – nicht gedeckt werden. Um Abhilfe zu schaffen, sollte der **tatsächliche Bedarf** und bestehende Versorgungslücken lokal ermittelt werden. Erneut wurde betont, dass teilstationäre Angebote nicht wirtschaftlich seien, z.B. durch pauschal abgerechnete Fahrten oder fehlende Planungssicherheit mit dem damit einhergehenden finanziellen Risiko. Folgende Konzeptansätze wurden für diesen Themenbereich erarbeitet:

Konzeptansätze für teilstationäre Angebote

Erhöhung der Wirtschaftlichkeit durch Anbindung der Angebote an vorhandene Dienste

- vorhandene Fahrdienste nutzen, z.B.: Telebus-Berechtigung (auch ohne Schwerbehindertenausweis) zur Teilnahme am Sonderfahrdienst auf teilstationäre Klienten und deren Angehörige ausweiten.
- Teilstationäre Angebote von Pflegeheimen und bei ambulanten Diensten ausweiten.
- Auch Krankenhäuser können als Anbieter teilstationärer Angebote auftreten.
- Erhöhung der Wirtschaftlichkeit durch Abbau von Bürokratie, realistische Fahrdienst-Vergütung (speziell auch für Rollstuhlfahrer), mehr Auslastung und Verbesserung der heimrechtlichen Rahmenbedingungen (z.B. Bezuschussung teilstationärer Pflege außerhalb Regelzeiten).

Ausweitung der Angebote

- Zeitlich ausweiten: auf Wochenenden, Feiertage und die Abendstunden sowie für Kunden anpassen, deren Bedarf unter 6 Std./Tag liegt.
- fachlich ausweiten: z.B. mit Podologie, Friseur, Haus-/Facharzt-Sprechstunden, Physiotherapie, Ergotherapie.
- Zielgruppenspezifisch zuschneiden: z.B. auf jüngere Pflegebedürftige, Menschen mit Demenz.
- mobile geriatrische Reha schaffen.
- Räumlichkeiten nutzen für niedrigschwellige Angebote, z.B. für Seniorentreff.
- Die MDK-Begutachtung in den Räumlichkeiten der Tagespflege durchführen.

„Vertriebskonzepte“

- Bekanntmachung von teilstationären Angeboten über Beratungskanäle, Öffentlichkeitsarbeit und Presse.
- Inklusive Vernetzung (z.B. in Teilhabezentren).
- Regionale Kurzzeitpflege-Platzbörse à la HRS (Hotelportal).
- auf Dorfgemeinschaften setzen; Altenzentren in Kommunen aufbauen mit teilstationären Leistungen (als Treffpunkt).
- Wohnungswirtschaft / Wohnungsbaugesellschaften bieten Informationen zu Angeboten im Kiez.
- Gute Beispiele in Berlin: Ambulanter Pflegedienst „Kiezschwester“ und das Projekt „Haltestelle Diakonie“ (bietet für Menschen mit Demenz, die zu Hause leben, stundenweise Betreuung durch freiwillig Engagierte). Diese Vorstufe zur Tagespflege sollte in die Regelversorgung übergehen.

Kooperationen wurden für die Anbieter teilstationärer Leistungen als existentiell hervorgehoben, stellen sie doch bestenfalls einen pflegerischen „Knotenpunkt“ vor Ort dar. „Teilstationär kann nur im Verbund stattfinden“, so die Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Für die Kooperation wurde eine Vielzahl von Akteuren genannt:

- Kommunale Verwaltung
- Kassenärztliche Vereinigungen
- Haus- und Fachärzte, Praxisteams zum Thema Pflege
- Apotheken
- Krankenkassen
- Ambulante Dienste
- Seniorenzentren / Kiez-Club für Senioren
- Pflegefachberatung
- Beratungsstellen
- Demenzfachberatung
- Überregionale Kontaktstellen im Bezirk (Angebote kommunizieren)
- Pflegestützpunkte / Seniorenstützpunkte
- Mehrgenerationenhäuser
- Behindertenhilfe
- Sozialdienste der Krankenhäuser
- Entlassmanagement der Krankenhäuser
- Sozialämter
- Allgemeinbildende Schulen
- Volkshochschulen
- Taxi- und Fuhrunternehmen
- Kirchengemeinden
- Ergo-/Physiotherapeuten
- Logopäden
- Frisör
- Menüservice
- Hausnotruf
- Allgemeinbildende Schulen

Thematisch „Stationäre Angebote“

Auch im stationären Bereich wurde die **Haltung des Personals und die Qualität der Arbeit** als zentraler Stellhebel für die Umsetzung der Pflegestärkungsgesetze gewertet. Die Praktikerinnen und Praktiker stellten sich folgende Fragen: Wie überzeuge ich meine Mitarbeitenden den „neuen Blickwinkel“ in der Pflege einzunehmen? Wie vermittele ich ihnen und den Betroffenen das Vertrauen, dass Betreuung und Pflege besser werden und das Personal mehr Zeit für den pflegebedürftigen Menschen haben wird? Wie Sorge ich für die notwendigen Schulungen? Wie kann ich beispielsweise das Präventionsgesetz nutzen, um Angebote für Beschäftigte aber auch für Pflegebedürftige umzusetzen? Zur Umsetzung sei **Kreativität vor Ort** gefragt sowie engagierte Pflegekräfte, die den Veränderungen gegenüber aufgeschlossen seien.

Als wichtig wurde hervorgehoben, dass für die Pflegebedürftigen weiterhin die **Wahlfreiheit zwischen ambulanter und stationärer Pflege** bestehe. Die Pflegebedürftigen seien dementsprechend umfassend und neutral zu beraten. Regional müsse eine ausreichende Angebotsvielfalt zur Verfügung stehen. Es liege bei den Kommunen zu erheben, wo die Bedarfe für welche Form der Pflege und Betreuung genau liegen. Die Länder und die Pflegekassen müssten ihrerseits die Versorgung sicherstellen.

Alle Akteure müssten gemeinsam den Vorbehalten und dem „Schlechtreden“ gegenüber der stationären Pflege entgegenreten. Deziert positiv sahen die Vertreter von stationären Einrichtungen die Tatsache, dass die Höherstufung einer pflegebedürftigen Person ab dem 1. Januar 2017 nicht mehr mit einer Erhöhung des Eigenanteils verbunden sei.

Konkrete Konzepte müssten den neuen Blickwinkel von der „sauberen Pflege“ hin zum „ganzheitlich versorgten“ Bewohner umsetzen. Grundsätzlich sollten neue Konzepte **Anleitung und Betreuung** in den Mittelpunkt stellen, nicht ausschließlich die Pflege.

Konzeptansätze für stationäre Angebote

**Angebote erweitern und flexibilisieren,
Wechsel zwischen den Betreuungsformen ermöglichen:**

- Angebote zur Alltagsbegleitung im stationären Bereich werden neben der eigentlichen Pflege immer wichtiger und sollten den „konzeptionellen roten Faden“ darstellen. Z.B. Biografiearbeit bei Menschen mit Demenz.
- Durchlässigkeit der Versorgungsformen steigern.
- Intensivierung der Angehörigenarbeit
- Personenzentrierte Ansätze
- Betreutes Wohnen anbieten. Kleinere Wohngruppen bilden.
- Kurzfristige temporäre stationäre Aufnahme in Notlagen
- Einrichtungen können sich spezialisieren, z.B. auf psychisch Kranke, junge Pflegebedürftige, Demenzkranke, Suchtkranke, depressiv Erkrankte.
- Gerontopsychiatrisches Konzept (weiter)entwickeln, Nutzung der Geronto-Fachkräfte.
- Konzepte für (geschützten) Demenzbereich weiterentwickeln.
- Kurzzeitpflege zur Sicherung der Belegung
- Diversität in der Einrichtung leben: individuell auf Bedürfnisse einzelner Bewohner eingehen (religiöse, genderspezifische und andere kulturelle Hintergründe beachten).

Einbindung der Angehörigen:

- Auch die Angehörigen sollten sich in der Einrichtung willkommen fühlen und den Lebensraum mit ihrem pflegebedürftigen Angehörigen zusammen gestalten können.
- Einrichtungen können Räumlichkeiten anbieten für Gesprächsgruppen / Selbsthilfegruppen der Angehörigen.

Öffnung der stationären Einrichtung nach außen:

- Aus der stationären Einrichtung Angebote ins Quartier entwickeln und gemeinsam übergreifende Pflege im Quartier anbieten, z.B. Verbundlösungen.
- Öffnung gegenüber ehrenamtlichen Angeboten (z.B. Bücherei, Engagement von/für Flüchtlinge etc.), auch über Freiwilligenagenturen.
- Seniorinnen und Senioren ansprechen: Kurse anbieten (z.B. „Sturzprophylaxe“), Ausfahrten organisieren etc.
- Beispiel „Rollstuhl-Konvoi“ zum Quartiersfest, um Präsenz im Quartier zu zeigen.
- Laufkundschaft generieren, z.B. durch Ansiedlung von Ärztinnen und Ärzten, durch offenen Mittagstisch.
- Voluntärkooperationen mit ansässigen Unternehmen

Eine mögliche **Vernetzung mit anderen Anbietern**, um die Marktmöglichkeiten zu nutzen, sahen die stationären Anbieter in erster Linie vor Ort, **im Quartier**. Hier gelte es, sich vom „Inseldein“ weg zu entwickeln, anfangen mit dem direkten Kontakt zu **Kommunen** (Altenhilfe, Arbeitskreise, Veranstaltungen) über **Kirchengemeinden** und allgemein dem **Stadtleben**. Stationäre Einrichtungen könnten sich als „**Quartierhäuser**“ verstehen und eine trägerübergreifende Sozialisierung anstreben. Ein gutes Beispiel hierfür sei die „Quartiersmeisterei“ in Bremen, eine „Schaltzentrale“ für die Förderung der Stadtteilentwicklung und für die Verbesserung der Arbeits- und Lebensbedingungen

(gefördert durch den Europäischen Fonds für regionale Entwicklung). Wichtig sei auch die Zusammenarbeit mit **Pflegeschulen**. Auch die Zusammenarbeit mit der **Palliativ-Versorgung**, den **Krankenhäusern** sowie mit den **ambulanten Diensten** wurde als wichtig erachtet – ebenso die Zusammenarbeit mit **Haus- und Fachärzten, medizinischen Fachangestellten, Apotheken und Reha- Einrichtungen**. Für eine gute Versorgung müssten Ärztinnen und Ärzte auch in die Einrichtung kommen. Auch der Kontakt zur **Beratung** vor Ort, der Austausch mit Sozialarbeitern und **Pflegestützpunkten** sei essentiell. Information und Vernetzung sei insgesamt in Form von regionalen **Wegweisern** zu bündeln. Für Konfliktfälle wurde vorgeschlagen, dass Beraterinnen und Berater eine Moderatorenrolle zwischen stationären Anbietern und Klienten einnehmen könnten. Nicht zuletzt bedürfe es eines regen Austauschs mit der **Presse** und einer guten **Öffentlichkeitsarbeit**, um ein positives Bild von den stationären Einrichtungen in der Gesellschaft zu sichern. Als ein gutes Beispiel wurde der Gesamtversorgungsvertrag der AOK in Krefeld genannt, in dessen Rahmen die Zusammenarbeit auf Quartiersebene mit Wohnanlagen, häuslicher Krankenpflege und Heimen erfolge (Städtische Seniorenheime Krefeld).

Thementisch „Beratung“

Mit Blick auf die umfangreichen gesetzlichen Veränderungen sei eine gute Beratung des Pflegebedürftigen und der Angehörigen ein zentraler Erfolgsfaktor für die gelingende Umsetzung. Gute Konzepte ermöglichen, dass Beratung den Kunden **bedarfsgerecht** durch das neue System lotse und **Dreh- und Angelpunkt der Vernetzung** sei. Die **Einführung bundesweit gültiger Richtlinien zur Pflegeberatung** wurde begrüßt. Eigene Standards sollten dabei die Besonderheiten für die Beratung von Kindern und deren Angehörigen berücksichtigen. Voraussetzungen für eine gute Beratung seien neben ausreichend Zeit, die gute Erreichbarkeit sowie insgesamt die **Verfügbarkeit eines breiten Angebotsspektrums**. Mehrfach erwähnt wurde, dass noch zu wenig spezifische Beratungsangebote für die Angehörigen von **pflegebedürftigen Kindern bzw. jungen Menschen** zur Verfügung stünden.

Konzeptansätze für Beratungsangebote

Kundenfreundlichkeit

- Ressourcenorientierte Beratungskonzepte mit durchgängiger Ausrichtung an den Kundinnen und Kunden (Pflegebedürftige Person und Angehörige) und deren Lebenssituation (Zuhören und Verstehen als Grundlage). Familienzentrierte statt patientenzentrierte Sichtweise.
- Verständliches, korrektes, transparentes und zielgruppenspezifisches Informieren sowie Verfügbarkeit entsprechender Informationsmaterialien.
- Passender Rahmen der Beratung nach den Kriterien zeitliche Erreichbarkeit, Ort und Räumlichkeit, Barrierefreiheit und Bekanntheit. Aufsuchende Beratung ausbauen.
- Zugänge zur Pflegeberatung erleichtern, dazu Schnittstelle zu Ärzten/Krankenhäusern verbessern sowie Vernetzung mit Begegnungsstätten und Wohnungsbaugesellschaften ausbauen.

Beratungsqualität

- Grundlage ist die fachliche und methodische Qualifizierung der Beraterinnen und Berater, die zeitnah und am Individuum ausgerichtet handeln und ihre Grenzen kennen (zu Therapie, hinsichtlich Zuständigkeiten etc.).
- Unabhängige, anbieter-neutrale Beratung. Im Idealfall geschieht die Beratung über ein multi-professionelles Team (sozialrechtlich, pflegerisch und soziale Betreuung), welches aktive Gremienarbeit vor Ort pflegt.
- Entwicklung von bundesweit einheitlichen Qualitätsstandards für Beratung, sowie gesetzliche Definition von Pflegeberatung. Der Qualitätsrahmen des ZQP (Zentrum für Qualität in der Pflege) bietet eine gute Basis.
- Regelmäßig Supervision (3-6-mal jährlich) sowie kollegiale Fallberatung wird empfohlen. Fortbildungen sollten angeboten, finanziert und nachgefragt werden.

Zur verbesserten **Vernetzung** wurde empfohlen, einen regelmäßigen, systematischen und interdisziplinären Austausch zwischen Beratungs- und Pflegeanbietern (im Quartier) auf kommunaler Ebene aufzubauen und konkrete Kooperationen zu bilden. Vernetzung dürfe nicht als zeitliche Belastung definiert werden, sondern sei Basis einer guten Pflegeberatung, die entsprechend verankert sein müsse. Demnach dürfe die Evaluation der Beratung nicht ausschließlich über die Quantität der Beratungen bewertet werden. Grundlage für eine strukturierte Verteilung von Informationen und Materialien zwischen unterschiedlichen Beratungseinrichtungen könnten webbasierte Portale und Datenbanken sein.

Für die weitere Vernetzung wurden folgende Akteure identifiziert: Ärztinnen und Ärzte, (Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter der) Krankenhäuser, ehrenamtlich Tätige, Kommunen/Sozialämter, Anbieter von Pflege- und weiteren Dienstleistungen wie z.B. Sanitätshäuser, nachsorgende Anbieter, Betriebsräte und Gewerkschaften, Deutsche Alzheimer Gesellschaft, Behindertenhilfe, Tageszeitungen.

Als **gute Beispiele für Vernetzung bzw. Beratungsunterstützung** wurden unter anderem das „Stuttgarter Netz für pflegende Angehörige“, das „Helfernetzwerk Demenz“ in München, Pflegekonferenzen und Arbeitskreise „Pflegeberatung“ in Rhein-Ruhr, der „Wegweiser“ bspw. in Ludwigsburg, Bonn, Duisburg, Mittelfranken, die Plattform „Hilfelotse Berlin – Ihre direkter Weg zu Hilfsangeboten in Berlin“, das Modellprojekt „Gemeindeschwester Plus“ an sechs Standorten in Rheinland-Pfalz sowie der „Pflegeverbund Solingen“ genannt.

2.4.4 Erweiterter FAQ-Katalog

Als weiteres Ergebnis der zweiten Dialogrunde wurde der Katalog der häufig gestellten Fragen erweitert. Dieser Katalog umfasste folgende Themenschwerpunkte (siehe **Anhang** des Berichtes):

- Leistungen (18 Fragen)
- Menschen mit Behinderungen/Leistungen (2 Fragen)
- Begutachtungsprozess/Pflegegrade/Gutachten (14 Fragen)
- Beteiligte und Dauer der Begutachtung (1 Frage)
- Fristen (1 Frage)
- Widersprüche (2 Fragen)
- Informationsmaterial/-wege (3 Fragen)
- Pflegetagebuch/Dokumentation (2 Fragen)
- Personalbedarf/Qualifizierung (5 Fragen)
- Beratung (5 Fragen)

2.4.5 Fazit nach zwei Dialogrunden

Das Fazit aus der zweiten Runde unterstrich die Schlussfolgerungen der ersten Runde: Beteiligung und Austausch sind notwendig und lohnen sich, für das BMG ebenso wie für die Pflegepraxis. Die Regionaldialoge wurden als **hilfreiches Informations-, Gestaltungs- und Vernetzungsinstrument** angenommen und geschätzt.

Positiv herausgehoben wurden dabei auch der direkte Kontakt zu Vertreterinnen und Vertretern des BMG, des MDK und der Pflegekassen. Das BMG seinerseits erhielt Einblicke, wie sich die neuen Rahmenbedingungen in der Praxis auswirken und worin Hindernisse bestehen.

Wichtig für den Dialogprozess war es, nicht beim ausschließlichen Informieren der Praktikerinnen und Praktiker zu bleiben. Vielmehr gelang es, die Teilnehmerschaft darüber hinaus in eine **aktive, gestaltende und sich vernetzende Rolle** zu bringen. Dies konnte durch das Konzept, die intensive Moderation an den Thementischen sowie eine engagierte Atmosphäre unter den Teilnehmerinnen und Teilnehmern erfolgreich umgesetzt werden.

An diese Motivation und aktive Haltung sollte bei der dritten Dialogrunde angeknüpft werden. Inhaltlich deutete sich zum damaligen Zeitpunkt für den nächsten Veranstaltungszyklus im Frühjahr 2017 der Bedarf an, das Thema **„Beratung“ als zentrales Erfolgskriterium** in den Fokus zu nehmen sowie weiterhin gegenseitig von guten Beispielen zur aktiven Gestaltung der Umsetzung zu lernen.



2.5 Dritte Dialogrunde: Kurzbericht und Ergebnisse

2.5.1 Rahmen und Vorgehen

Zwischen dem 2. und 24. Mai 2017 fand die dritte Runde des Regionaldialogs „Pflege stärken“ in den zehn Metropolregionen und mit den bereits benannten Akteursgruppen statt (siehe Bericht zur ersten Dialogrunde). Insgesamt nahmen an den zehn Veranstaltungen 362 Praktikerinnen und Praktiker der Pflege teil.



Die dritte Dialogrunde verband die programmatischen Zielsetzungen von Information, Rückschau und Erfahrungsaustausch mit der Erarbeitung gemeinsamer Inhalte. Nach **einführenden Informationen** aus dem BMG zum Gesetzgebungsprozess behandelte die Rückschau die **Erfahrungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit dem Umstellungsprozess zum Jahreswechsel 2016/2017** sowie den Umgang mit den neuen Regelungen in den ersten vier bis fünf Monaten nach der Umstellung. Hier ging es auch darum, **Probleme bei der Umsetzung** aufzuzeigen und die Übersetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes in den Pflegealltag vor Ort zu reflektieren.

Besonders konkret wurden der Austausch und gegenseitige Hilfestellungen, wenn die Teilnehmerschaft **gute Beispiele aus dem Pflegealltag** darstellten und Gestaltungsansätze für die kooperative Umsetzung vor Ort entwickelten – zu Fragestellungen wie zum Beispiel: Wie leben wir das neue Leitbild in der Pflege, dessen Schwerpunkt die Förderung der Selbständigkeit bzw. Selbstbestimmtheit pflegebedürftiger Menschen ist? Wie übersetzt sich dieses Ziel konkret in gelebte Personenorientierung im Pflegealltag?

Wie auch in den vorhergegangenen beiden Dialogrunden wurde intensiv an verschiedenen Thementischen sowie mit den Expertinnen und Experten des BMG, der Pflegekassen und des MDK diskutiert.

2.5.2 Kernthemen der dritten Dialogrunde

Folgende sieben Kernthemen resultierten aus den zehn Regionaldialogen:

1. Die **Umstellung** auf die neuen rechtlichen Grundlagen und neuen Verfahren ging zum Jahreswechsel 2016/2017 in vielen Regionen erstaunlich „leise“ vonstatten – nachdem diese in den Monaten zuvor sehr intensiv vorbereitet worden waren. Hier zeigten sich jedoch auch große Unterschiede zwischen den Regionen.
2. Die großzügigen **Überleitungsregelungen** hatten seit Jahresbeginn 2017 zu finanziell guten Bedingungen geführt. Dementsprechend wurde mancherorts Unsicherheit empfunden, wie sich die Situation nach dem Auslaufen der Überleitungsregelungen darstellen würde.
3. **Dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff stellten die Teilnehmer ein gutes Zeugnis aus** und waren sich einig, dass dieser das der Pflege eigene Arbeitsethos bestärkt. Nun galt es, die mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff verbundene Pflegephilosophie in die Praxis zu übertragen. Hierzu fanden vielerorts Fortbildungen und Leitbildprozesse statt – sofern die Arbeitsbelastung solche Angebote zuließ. In vielen Einrichtungen schien es jedoch an der notwendigen Zeit zu mangeln.
4. **Zum Dialogprozess selbst zog die Teilnehmerschaft ein durchweg positives Fazit** und bewerteten ihn als sehr gewinnbringend für beide Seiten: Das Ministerium erhalte praxisnahe Informationen „aus erster Hand“, und die Akteure aus der Praxis erführen eine gewollte politische Beteiligung. Die Inhalte stuften die Teilnehmerinnen und Teilnehmer als praxisnah und relevant für die eigene Arbeit ein. Das Ministerium erhielt durchgehend großes Lob für die Durchführung eines solchen **Beteiligungsprozesses** im Zuge zentraler Gesetzesänderungen. Folgende exemplarische Einzelaussagen untermauern dies:

- „Ich empfinde den Prozess und die Dialoge als sehr positiv, gemeinsam Denken bringt bessere Ergebnisse.“
- „Die Diskussionen und der Austausch sind sehr relevant, weil so viele Leute aus der Praxis da sind.“
- „Wir sind am Anfang der Umsetzung und wir merken alle, dass wir noch lange nicht am Ende sind. So wie sich die Gesellschaft verändert, verändert sich auch die Pflege und was zu regeln ist. Wir müssen dazu – und voneinander lernen.“

Aus Sicht der Teilnehmerschaft waren folgende weitere **Kernthemen** für den künftigen Umsetzungsprozess der Pflegestärkungsgesetze wichtig:

5. **Kooperation und Vernetzung** wurden als entscheidend für die Umsetzung der Pflegestärkungsgesetze identifiziert.
6. Die **Neuorientierung** durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der damit **angestrebte Paradigmenwechsel** führten dazu, dass alle Akteure (Leistungserbringer, MDK, Pflegekassen, Kommunen) sich neu zurechtfinden mussten. In diesem Prozess sei es hilfreich, wenn sich alle auf ein „gemeinsames Lernen auf Augenhöhe“ einließen. Um dies flächendeckend zu verstärken, sei für das umfassende und durchgängige Verständnis in der Pflegepraxis noch weitere Überzeugungsarbeit

notwendig. Ziel müsse es sein, dass sich der Paradigmenwechsel in konkreten **Anpassungen der Einrichtungskonzepte** pflegefachlich niederschläge. Einigkeit bestand darin, dass der notwendige Kulturwechsel in der Pflege weiterhin viel Zeit und Ressourcen beanspruche.

7. Wie in den beiden vorangegangenen Dialogrunden wurde auch in der dritten Runde der **Fachkräftemangel** thematisiert und beklagt, dass die **Pflegeberufe keine ausreichende Wertschätzung** erhielten. Verbesserungen in diesen Bereichen seien wichtig für eine erfolgreiche Umsetzung der Pflegestärkungsgesetze. Konkret wurden bessere Bezahlung, höhere gesellschaftliche Akzeptanz und mehr Zeit für menschliche Interaktion gefordert. Die wissenschaftliche Entwicklung eines Personalbemessungsverfahrens und die Sicherung der Qualität in der Pflege wurden als sehr wichtig angesehen.

2.5.3 Problemanzeigen mit hohem Handlungsbedarf

Inhaltlich und fachlich wurden regionenübergreifend folgende zentrale Problemanzeigen mit konkretem Klärungs- bzw. Handlungsbedarf identifiziert:

- Aus den meisten Regionen wurde von einem enorm **hohen Beratungsaufkommen** bei Beratungsstellen und Pflegestützpunkten (PSP) berichtet. Rechtssicherheit wurde gefordert bezüglich der Beratungsleistung bei Beihilfeberechtigten. Weiterhin wurde angemerkt, dass die Ressourcen der PSP im Zuge des PSG III ausgebaut werden müssten.
- **Schnittstelle SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung)**: Als problematisch beschrieben wurden die Entlassungen von Pflegebedürftigen freitagnachmittags aus dem Krankenhaus ohne ausreichend Medikamente, zunehmend sog. „blutige Entlassungen“ aus dem Krankenhaus, die Nicht-Zuständigkeit der Krankenversicherung für die medizinische Behandlungspflege bei stationärer Pflege und die noch mangelnde Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit (§ 39c SGB V) aufgrund mangelnder Kenntnisse.
- **Mangelnde Versorgungslage**: Für die Nachtpflege gäbe es kein ausreichendes Angebot. Dies gelte teilweise auch für die Tagespflege und generell für Menschen mit Demenz in der teilstationären Pflege. Die Versorgungslage werde in vielen Regionen außerdem erschwert durch die mangelnde Verfügbarkeit von Ärztinnen/Ärzten und Fachärztinnen/Fachärzten. Die Folge sei ein nicht gedeckter **Bedarf an Tages- und Kurzzeitpflege** sowie an zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen³.
- An spezifischen und passgenauen Angeboten für **pflegebedürftige Kinder und Jugendliche** mangle es häufig. So seien Kurzzeit- und Tagespflege zum Beispiel kaum Angebote, die von dieser Klientel abgefragt würden, weshalb die finanziellen Mittel, die derzeit dafür bereitstünden, eher flexibel für andere Versorgungsformen einsetzbar sein sollten.
- Es wurde vielfach geschildert, dass die **Umstellung im Sozialhilferecht (SGB XII)** nicht reibungslos funktioniert habe. Nicht alle betroffenen Personen erhielten die gleichen Leistungen wie vor der Systemumstellung.

³ Mittlerweile die sog. „Angebote zur Unterstützung im Alltag“

- **Begutachtung / Gutachten / Bescheide:** Es wurde die Befürchtung geäußert, dass Personen mit einer ausschließlich somatischen Einschränkung den Pflegegrad 5 nicht erhalten könnten, auch wenn sie einen maximalen Versorgungs-/Pflegebedarf hätten. Als Schwierigkeit wurde außerdem die Lesbarkeit von Gutachten und Bescheiden benannt. Diese müssten allgemeinverständlich formuliert sein sowie in Leichter Sprache vorliegen.

2.5.4 Leitfragen für die Arbeit an den Thementischen

Folgende **Leitfragen** wurden an allen von der IFOK GmbH moderierten Thementischen bei den Veranstaltungen der dritten Dialogrunde bearbeitet:

Wie leben Sie den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff in Ihrem Pflege-/Arbeitsalltag?

- Wie ist der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff in Ihren jeweiligen Konzepten oder Leitbildern aufgenommen?
- Wie wird das Ziel der Förderung der Selbständigkeit konkret umgesetzt?
- Wie gelingt es, die Angehörigen mitverantwortlich als Partner einzubinden?
- Was müssen wir noch verändern, damit der pflegebedürftige Mensch im Mittelpunkt steht?

Wie gelingt partnerschaftliche Zusammenarbeit in der Versorgung?

- Welche Angebote machen Sie und welche Erwartungen haben Sie bezüglich der Zusammenarbeit mit externen Akteuren (z.B. Apotheken, Ärzte/Zahnärzte, Heilberufe, kommunale Akteure, Krankenhäuser, Pflegekassen, Rettungsdienste etc.)?
- Was fördert die partnerschaftliche Zusammenarbeit – bei Ihnen und auch bei anderen Akteuren?

2.5.5 Ergebnisse der Thementische

Die Zusammenfassungen der Ergebnisse in den nachfolgenden Abschnitten sind entsprechend der vier Thementischen „Ambulante Angebote“, „Teilstationäre Angebote“, „Stationäre Angebote“ und „Beratung“ zusammengestellt. Es wurden in der dritten Dialogrunde keine Fragen mehr im Rahmen des FAQ-Katalogs beantwortet.

Ergebnisse Thementische „Ambulante Angebote“

Zur Frage nach der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wurde deutlich, dass die neuen Konzepte und Leitbilder der Anbieter von ambulanten Leistungen als konsequente Weiterentwicklung der „aktivierenden Pflege“ verstanden werden, wobei die individuellen **Bedürfnisse und Wünsche der Pflegebedürftigen** im Mittelpunkt stünden. Zentral sei eine gute **Kommunikation** zwischen Pflegediensten, Pflegebedürftigen, Angehörigen sowie weiteren Akteuren wie z.B. Kommunen und Pflegestützpunkten. Der **Zusammenarbeit mit Angehörigen** wurde durchgängig ein hoher Stellenwert beigemessen. Grundvoraussetzung für eine gelungene Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sei, dass die ambulanten Dienste über **ausreichend sowie gut qualifiziertes Personal** verfügten. Entscheidend für eine erfolgreiche Umsetzung sei außerdem die Vernetzung mit weiteren Akteuren und Einrichtungen des Pflegesystems, u. a. mit dem Entlassmanagement, mit

Ärztinnen/Ärzten und Fachärztinnen/Fachärzten, mit dem Ehrenamt, mit Hospiz-Diensten, Seniorenvertretungen, Sozialdiensten sowie mit den vor Ort bereits bestehenden Quartiersstrukturen. Eine zentrale Steuerungsfunktion sollten dabei die Kommunen vor Ort haben.

Konzeptansätze und Beispiele im Bereich „Ambulante Angebote“

Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Alltag

- Bei **Pflegekräften**: durch Schulungen im Team und Entwicklung eines gemeinsamen Verständnisses. Entwicklung von Anreizen, um Pflegebedürftigen soweit zu fördern, dass sie ggf. wieder in einen niedrigeren Pflegegrad eingestuft werden können.
- Bei **Angehörigen**: Transparenz schaffen, Schulungen und Themenabende anbieten, Mehr Angebote zur Entlastung von Angehörigen schaffen und Ausbau der Nachtpflege; Angehörige als wichtige Partner einbinden.
- Bei **Pflegebedürftigen**: Förderung der Selbstständigkeit durch Tagespflege, Wochenstruktur und Rituale, durch Biografiearbeit, durch Gruppenangebote
- Bei **weiteren Akteuren**: z.B. durch individuellere Bewilligung von Hilfsmitteln (Krankenkassen) und die Schaffung von Strukturen zum „Wohlfühlen“ (Kommunen).
- Gute Beispiele:
 - „Sofa auf Rollen“ auf Stöckener Marktplatz zur Information und Beratung [Hannover]
 - „Integriertes Wohnen“ als Modellprojekt (u.a. generationenübergreifend)
- Idee: alle 75-Jährigen erhalten ein Schreiben mit dem Angebot zur Pflegeberatung

Ansätze für partnerschaftliche Zusammenarbeit

- Kooperationen mit Ärztinnen/Ärzten, Zahnärztinnen/Zahnärzten, Fachärztinnen/Fachärzten etc. Regional und mit Blick auf die Fachdisziplinen bestehen hier große Unterschiede, - wobei Hausärztinnen und -ärzte, die die Pflegebedürftigen gut kennen, zentrale Schnittstellen sind.
- Mehr Austausch zwischen Pflegediensten und Quartierstreffen, um Dienstleistungen zu optimieren.
- Zusammenarbeit mit Vereinen für Netzwerkarbeit und mit ehrenamtlichen Strukturen
- Bürokratische Hürden für „Nachbarschaftshilfe“ abbauen.
- Pflegekonferenzen hilfreich: gute Moderation, interessante Themen und Dialogmöglichkeiten sind wichtig und sie müssen häufig stattfinden.
- Quartiersstrukturen auch in ländlichen Gebieten aufbauen, z.B. Zusammenarbeit mit Kindergärten, Schulen, Seniorenrat, Kirchengemeinden, Rettungsdiensten, Polizei.
- Leitfäden für Sozialhilfeträger; Bessere Öffentlichkeitsarbeit.
- Mehr aufsuchende Beratung
- Nicht nur Pooling in Wohngemeinschaften (WGs), sondern auch in Nachbarschaften
- **Gute Beispiele**:
 - „Netzwerk-Treffen Ambulante Hilfe“ in Berlin-Kreuzberg [Berlin]
 - Netzwerk „Demenz“ vom Pflegestützpunkt gegründet [Hannover]
 - Leitstelle Älter werden [Ludwigshafen]
 - Nachbarschaftliches Betreuungsnetzwerk [Ludwigshafen]
 - Sozialdienst und Pflegeberatung machen Tourenplanung gemeinsam [Ludwigshafen]

Ergebnisse Thementische „Teilstationäre Angebote“

Im Bereich der teilstationären Pflege wurde die **gute Einbindung der Angehörigen** als eine herausfordernde Aufgabe beschrieben. Wichtig sei es, die Angehörigen darin zu unterstützen, sich vom Pflegebedürftigen abzugrenzen und ehrlich mit sich und anderen Angehörigen umzugehen. Der Zugang zu Hilfe sollte Angehörigen unbürokratischer ermöglicht sowie die Selbsthilfe von Angehörigen gestärkt werden.

Potenziale für Vernetzung und bessere Zusammenarbeit wurden auch in der **Digitalisierung von Arbeitsprozessen** gesehen, z.B. hinsichtlich des Zugangs zu Diagnose-Daten, in Form von Plattformen, die Transparenz zu freien Kapazitäten ermöglichen, oder mit der E-Gesundheitskarte, über deren Datenabruf durch Krankenhäuser/Pflegeheime die Patientin bzw. der Patient entscheide. Die Kommunikation mit Angehörigen könnte einfach und zeitnah per E-Mail oder einer App erfolgen.

Konzeptansätze und Beispiele im Bereich „Teilstationäre Angebote“

Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Alltag

- Begrifflichkeiten in Dienstbesprechungen thematisieren und neu definieren.
- Strukturmodell mit Angehörigen durchsprechen.
- Zwischenformen wie WGs als wichtige Ansätze fördern.
- Auf- bzw. Ausbau der Nachtpflege
- Stärkung der Selbständigkeit und Selbstbestimmtheit durch verstärkte Beratung und durch Angebote im Haus (Kino, Kiosk, Kneipe)
- Unterstützung durch Alltagsbegleiterinnen und -begleiter
- Psychotherapeutische Behandlung von pflegebedürftigen Personen

Gute Praxisbeispiele für partnerschaftliche Zusammenarbeit (Auswahl)

- Angehörigen-Schulungen: Angebot der Barmer in den Einrichtungen
- Pfiff-Projekt (AOK): Pflegeschulungen im Krankenhaus und zu Hause für Angehörige
- Ärzte erhalten durch Kooperationsvereinbarungen Extra-Vergütung [Hannover].
- Durch Förderung der Pflegekoordinatoren in Sachsen gut geregelte Zusammenarbeit (Pflegetetze). Die Koordinatoren können innovative Ansätze mit Akteuren anstoßen (WGs in Chemnitz für verhaltensauffällige Personen, Vernetzung zur Kurzzeitpflege, zu Reha).
- Projekt der Nachtpflege („Nachtcafé“) in der Tagespflege für Demenzkranke [Leipzig]

Ergebnisse Thementische „Stationäre Angebote“

Auch im Bereich der stationären Angebote wurden **Kommunikation und Zusammenkommen** als zentrale Erfolgskriterien hervorgehoben. Geeignete Strukturen und Formen seien hierfür zu entwickeln. Wichtig sei das **gegenseitige Verständnis der Berufsgruppen füreinander** sowie Offenheit und Interesse bei allen Beteiligten. Der Zusammenarbeit mit Angehörigen wurde auch im stationären Bereich ein hoher Stellenwert beigemessen, um die Angehörigen besser zu verstehen und auch, um sie in Situationen der Krise und Überforderung „auffangen“ zu können, jedoch fehle oft die Zeit für Gespräche und Austausch. Die Pflege müsse so eingerichtet werden, dass sich auch (zunehmend anspruchsvolle) Angehörige wohl fühlen und auf Wunsch mitwirken könnten (Ausflüge, Essen reichen, Biografiearbeit).

Hinsichtlich ihrer Vernetzung unterschieden sich die stationären Einrichtungen stark, insbesondere hinsichtlich der Kooperation mit Hausärztinnen/Hausärzte und Fachärztinnen/Fachärzte sowie mit Blick auf die Öffnung in dem jeweiligen Sozialraum. Die Zusammenarbeit mit Palliativdiensten wurde in vielen Regionen als gut beschrieben. Die Qualität der Überleitungsprozesse mit den Sozialdiensten der Krankenhäuser variere.

Kritisch hinterfragt wurde die Tatsache, dass die Einrichtungen indirekt „bestraft“ würden, wenn sie die Selbständigkeit der Pflegebedürftigen so förderten, dass die Person in der Folge aufgrund ihrer wiedererlangten Selbständigkeit zurückgestuft werde und der Einrichtung dadurch weniger Ressourcen zur Verfügung stünden. Auch wurde der Ansatz, am „Lebensende“ noch die Selbständigkeit zu fördern, kritisch hinterfragt. Hier einigte man sich auf die Zielsetzung, dass es zu diesem Zeitpunkt noch um die Selbstbestimmung, weniger die Selbständigkeit gehe, die es zu wahren gelte. Auch hier sahen sich stationäre Einrichtungen dadurch herausgefordert, dass zunehmend Bewohnerinnen und Bewohner mit höheren Pflegegraden in die Einrichtungen kämen.

Konzeptansätze und Beispiele im Bereich „Stationäre Angebote“

Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Alltag

- Neue Modellformen zwischen stationärer und ambulanter Pflege entwickeln, z.B. Betreutes Wohnen mit Tagespflege im Wohngebiet, Wohnbereiche mit Hausgemeinschaftsprinzip.
- Laufend neue Schulungen zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und voneinander Lernen in interdisziplinären Teams
- Hoher Aufklärungsbedarf bei Angehörigen zu Demenz, Beratung frühzeitig ansetzen.
- Rooming-In der Angehörigen im Krankenhaus als Angebot für Menschen mit Demenz

Ansätze für partnerschaftliche Zusammenarbeit

- Bessere Vernetzung mit örtlichen Kultur- und Sportvereinen: Räume im Pflegeheim für Veranstaltungen zur Verfügung stellen [Frankfurt].
- Partnerschaftliche Gestaltung der Schnittstelle „Kurzzeitpflege nach Krankenhausaufenthalt“
- Kooperationsverträge mit Haus- und FachärztInnen und mit Betreutem Wohnen
- Zusammenarbeit mit dem Ehrenamt (z.B. für Beschäftigung, Betreuung, Rezeptfahrten, Behördengänge)
- Zu Angehörigen-Stammtisch einladen.
- **Gute Beispiele:**
 - Kinosaal im Pflegeheim [Hannover]; wird auch von Externen gut angenommen.
 - Modellprojekt des BMG „Sterben zu Hause im Heim“ (advanced care planning)
 - Geriatriisch-geronto-psychiatrische Verbände bieten engen Kontakt zur kommunalen Ebene => ambulant, stationär und teilstationär an einem Tisch [Berlin]

Ergebnisse Thementische „Beratung“

Die Beratungskonzepte und die Beratungstätigkeit seien weitgehend unverändert geblieben, die Inhalte hätten sich jedoch verändert und die Komplexität der Beratung habe zugenommen. Als wichtig angesehen wurde eine einheitliche und gut vernetzte Beratungsstruktur (mit der Kommune als Motor/Mittler), wobei von Teilnehmerinnen und Teilnehmern auch eine Verpflichtung der Pflegebedürftigen zur Inanspruchnahme von Beratung befürwortet wurde, um Kenntnisse über mögliche Leistungen sicherzustellen. In einzelnen Bereichen, wie z.B. der Palliativ- und Demenzversorgung, wurde von bereits vorliegender guter Vernetzung mit der Beratung berichtet. Generell wurde ein hoher Bedarf an Schulungen für alle Akteure im Bereich Demenz festgestellt.

Das Gutachten zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit sollte als Basis der Beratung dienen. Es liege den Beraterinnen und Beratern jedoch nur vor, wenn es von der pflegebedürftigen Person mitgebracht werde. Aus Datenschutzgründen hätten auch die Ärztinnen und Ärzten keinen Zugriff darauf.

Konzeptansätze und Beispiele im Bereich „Beratung“

Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Alltag

- Beratung wird oftmals von Angehörigen aktiv gesucht. Für Pflegebedürftige ohne Angehörige ist eine aufsuchende Pflegeberatung notwendig.
- Ab dem Zeitpunkt der Diagnose (insbes. bei Menschen mit Demenz) bzw. Feststellung der Pflegebedürftigkeit sollten die Angehörigen in die Beratung einbezogen werden.
- Pflegekurse für Angehörige und Betroffene unter Einbezug von Ärzt*innen, Apotheken.
- **Gute Beispiele:**
 - Vorbereitung der Betroffenen und ihrer Angehörigen auf die Begutachtung aufgesetzt durch Pflegestützpunkt Peine („Pflegeheft“ und „Einschätzungsbogen“) [Hannover]
 - FIDEM: Schulung für Ärztinnen/Ärzten und Arzthelferinnen/Arzthelfern zu Demenz-Erkrankung [Hamburg]
 - Broschüre der NRW-Verbraucherzentrale zu „24-Stunden Betreuung zu Hause“

Ansätze für partnerschaftliche Zusammenarbeit

- Erreichbarkeit von Pflegekassen verbessern (Hotline, Wartezeiten verringern); engere Zusammenarbeit der Beratung (PSP) mit Pflegekassen
- Schnittstelle Altenpflege und Gesundheitswesen muss enger zusammenarbeiten
- Pflegestrukturplanung als Motor von regionalen Netzwerken, mit obligatorischer Stelle
- Entlassmanagement im Krankenhaus soll intensiver und frühzeitiger mit den ambulanten Beratungen zusammenarbeiten
- Informationsangebote/Schulung zu „Pflege mit Beihilfebezug“ durch Beihilfe-Beraterinnen und -Beratern
- **Gute Beispiele:**
 - Runder Tisch: 2-mal jährlich treffen sich alle Akteure: Vernetzung und eigenes Wissen für Beratung, Pflegestützpunkt ist Motor [Stuttgart]
 - Beratung von Hausärzten: Modellprojekt in Marburg-Biedenkopf [Frankfurt]
 - Vogtlandkreis: Pflegestammtisch, Heimleiter-Stammtisch, 4- bis 6-mal jährlich und jährliche Netzwerk-Konferenz [Leipzig]

2.5.6 Fazit aus drei Dialogrunden

Das Fazit zu den Regionaldialogen von Seiten der Teilnehmerschaft fiel auch nach der dritten Dialogrunde durchweg positiv aus: Der direkte „Kontakt nach Berlin“, die Ernsthaftigkeit und die Verbindlichkeit, mit der das BMG den Dialog geführt habe, sowie die Tatsache, dass Anregungen aus dem Dialog in das Gesetzgebungsverfahren einfließen konnten, wurden von den Teilnehmern ausdrücklich gelobt. Für zukünftige Gesetzgebungsprozesse empfahlen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer die Fortführung vergleichbarer Dialoge mit der Praxis. Auch von Seiten des BMG wurde der Regionaldialog „Pflege stärken“ als erfolgreich bewertet – mit Blick auf die Beteiligung, auf das methodische Vorgehen und die Qualität der inhaltlichen Diskussionen und der Ergebnisse.

Die weitere Umsetzung der Pflegestärkungsgesetze obliege den Praktikerinnen und Praktikern, die die „neue Welt der Pflege“ vor Ort umsetzen, konkret gestalten und leben müssten. Dies erfolge vor allem in folgenden drei Bereichen:

1. die **Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in Verträgen**, z.B. zur Qualität und zur Personalausstattung,
2. die **Entwicklung eines neuen Systems der Qualitätsdarstellung** und Ablösung des bisherigen Systems der Pflegenoten sowie
3. die Entwicklung eines neuen wissenschaftlichen Verfahrens **für die Personalbemessung**.

Um die Kooperation im Sinne einer „Pflege auf Augenhöhe“ weiter zu unterstützen, förderte das BMG als Erweiterung der Regionaldialoge von Herbst 2017 bis zum Frühjahr 2018 die Bildung kommunaler **Pflegetische** mit dem Ziel der Vernetzung der lokalen Pflegeakteure (siehe Kapitel zu den Pflegetischen).



3 Prozessbegleitung durch den projekteigenen Begleitkreis

3.1 Ziele und Vorgehen

Der **Begleitkreis unterstützte die inhaltliche Konzeption** der drei Runden der Regionaldialoge – und war damit Garant für inhaltliche Expertise und praktische Passgenauigkeit. Er setzte sich zusammen aus Personen, die allesamt Praktikerinnen und Praktiker im Pflegesystem auf kommunaler, regionaler und Länderebene sind, tief verwurzelt in der Leistungserbringung (“Macherinnen/Macher“ mit Alltagsexpertise) und kompetent im komplexen Gesamtsystem der Pflege. Gewonnen wurden die Mitglieder durch die IFOK GmbH, wobei die Auswahl der Teilnehmer in enger Abstimmung mit dem BMG erfolgte.

Unterstützt und moderiert durch die IFOK GmbH wurden in den Sitzungen die Inhalte und Zielrichtungen für die Regionaldialoge festgelegt– ebenso die konstruktiv-konsensfähigen wie auch die konfliktreichen. Im Nachgang zu den Veranstaltungen sicherte der Begleitkreis die **Zusammenführung und die Aufbereitung der Ergebnisse** ab und formulierte Empfehlungen an das BMG für die weiteren Prozessschritte. Die Sitzungen des Begleitkreises waren geprägt durch den intensiven Austausch, der gerade in Zeiten der Umstellung auf das neue System von allen Seiten als sehr wertvoll geschätzt wurde. Insgesamt fanden drei Sitzungen in Berlin statt:

1. Sitzung: 26. Januar 2016, 10.30 bis 13.00 Uhr
2. Sitzung: 4. Juli 2016, 11.00 bis 17.00 Uhr
3. Sitzung am 16. März 2017, 11.00 bis 17.00 Uhr

Alle Mitglieder des Gremiums boten dem BMG ihre Unterstützung auch für die Zukunft an und trugen die Dialoginhalte in ihre jeweiligen Fachgremien weiter.

3.2 Mitglieder im Begleitkreis

Die Mitglieder des Begleitkreises nahmen in variierender Besetzung an den Sitzungen teil:

- Beikirch, Elisabeth: Projektbüro „EinSTEP“
- Dzulko, Stephan: Freier Dozent und Berater
- Fichtmüller, Uwe Martin: ASB Landesverband Sachsen e. V.
- Förner, Markus: Hufeland-Haus (*zur dritten Sitzung*)
- Ickenroth, Jens: Senioren- und Pflegezentrum Becher „Villa Sonnenmond“
- Kämmer, Karla: Karla Kämmer Beratungsgesellschaft
- Kirchner, Angelika: Domicil – Seniorenpflegeheim Am Frankfurter Tor GmbH
- Köpfler, Annette: St. Elisabeth-Stiftung
- Matzat, Karsten: Selbständiger Unternehmensberater
- Meng, Dietmar: contec GmbH
- Neumann, Birgitta: Alzheimer-Gesellschaft Brandenburg e. V.
- Peeters, Gunnar: Verband der Ersatzkassen e. V.
- Dr. Randzio, Ottilie: Medizinischer Dienst der Krankenversicherung in Bayern
- Rennhack, Katrin: Privat Pflegende
- Schneider-Schelte, Helga: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz (*Nachfolge für Frau von Lützu-Hohlbein*)
- Schwabe, Silke: Landratsamt Vogtlandkreis
- Schwering, Günter: Caritaszentrum St. Vinzenz Einhausen
- von Lützu-Hohlbein, Heike: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz (*Nachfolge zur dritten Sitzung entsendet*)
- Wallrafen, Helmut: Sozial-Holding der Stadt Mönchengladbach GmbH (*Mitgliedschaft ruhte ab der zweiten Sitzung*)



Abbildung 4: Gruppenfoto Begleitkreis

4 Verzahnung mit weiteren Gremien

Die IFOK GmbH nahm für die fachliche Verzahnung des Regionaldialogs „Pflege stärken“ mit weiteren Aktivitäten des BMG zur Umsetzung der Pflegestärkungsgesetze regelmäßig an den Sitzungen des BMG-Beirats zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (Begleitgremium nach § 18c SGB XI) teil. Dort berichtete die IFOK GmbH jeweils zu den Ergebnissen und Prozessfortschritten des Regionaldialogs „Pflege stärken“.

Außerdem übernahm die IFOK GmbH die Moderation der Fachtagung „Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff als Wegweiser für eine gute pflegerische Versorgung“ am 31. August 2016.

Am 17. Mai 2017 – am Vortag zur 7. Sitzung des Beirats zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs – fand der Workshop „Das neue Verständnis von Pflegebedürftigkeit: Veränderte Praxis der Leistungserbringung“ statt. Für die Konzeption der methodischen Vorgehensweise sowie für die Moderation des halbtägigen Workshops in Berlin wurde die IFOK GmbH beauftragt. Ebenso übernahm die IFOK GmbH die Moderation der Fachtagung „Rehabilitation vor und in der Pflege“ am 14. Juni 2017.

Am 30. November 2017 lud das BMG Fach- und Führungskräften aus der Pflege zum Workshop „Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und verändertes Pflegeverständnis: was bedeutet das für die Praxis der Pflegeeinrichtungen?“ ein. Die Gesamtmoderation des halbtägigen Workshops und die Konzeption der methodischen Vorgehensweise der Arbeit in den Kleingruppen übernahm die IFOK GmbH.

5 Digitaler Pflegedialog

Der Regionaldialog „Pflege stärken“ wurde von der **projekteigenen Website** www.regionaldialog-pflege.de begleitet, die als zentrale **Dokumentationsplattform und Wissenslandkarte** dient. Dies ermöglichte der interessierten (Fach-)Öffentlichkeit, den Dialogprozess und die Ergebnisse nachzuvollziehen und sich im Rahmen der Online-Dialoge zu beteiligen.

Die Kommunikation vor, nach und zwischen den Veranstaltungen wurde per E-Mail über eine bei der IFOK GmbH eingerichtete Servicestelle organisiert. Die Einrichtung eines ursprünglich im Angebot geplanten WhatsApp-Nachrichtenkanals konnte auf Grund datenschutzrechtlicher Bedenken des BMG nicht umgesetzt werden.

5.1 Website und Wissenslandkarte

Die Website erfüllte durchgängig den Zweck als **Wissenslandkarte** über die Debatte und die relevanten Inhalte rund um die Pflegestärkungsgesetze zu informieren. Die Website, die noch bis zum Jahresende 2018 online bleibt, diente der transparenten Darstellung des Umsetzungsprozesses und der Ergebnisse.

Die Website wurde im Verlauf stetig ausgebaut, zum Beispiel wurden **Webinare** eingestellt sowie neue Unterseiten mit den „**Häufig gestellten Fragen (FAQ)**“ aufgebaut. Auch die Videoclips und **Filmbeiträge**, die lebendig darstellten, was sich verändert und wie einzelne

Akteure diese Veränderungen wahrnehmen und bewältigen, konnten auf der Website eingesehen werden. Zum Abschluss der Regionaldialoge wurde der **Werkzeugkasten** zur Umsetzung der kommunalen **Pflegedatensätze** auf der Website bereitgestellt.

Sämtliche Publikationen, Berichte, Webinare und Fotoprotokolle aller Veranstaltungen wurden im **internen Bereich** der Website zum Download angeboten. Für diesen Bereich konnte sich jede Person selbstständig registrieren.

Bei der Gestaltung sämtlicher Kommunikationsmittel (on- und offline) berücksichtigte die IFOK GmbH das Corporate Design und das Dachmarkenkonzept des BMG sowie die Gestaltungsleitlinien der Kampagne „Wir stärken die Pflege“. Die Website der Dialogplattform etablierte sich im Prozessverlauf als eine wichtige und verlässliche Wissenslandkarte für Akteure, Betroffene und Fachkräfte.



Abbildung 5: Ausschnitt der Website zu „Videos“

5.2 Videoclips und Filme

Zu Beginn der Dialogveranstaltungen wurde durch kurze filmische Beiträge eine thematische Grundlage für die weitere Diskussion im Verlauf der Veranstaltungen gelegt: Wie gehen die Praktikerinnen und Praktiker mit den Veränderungen um? Wo gibt es gute Beispiele – und über welche Veränderungen diskutieren wir eigentlich?

Auch wurden Filmsequenzen produziert, die von einem Grußwort des damaligen Bundesministers für Gesundheit Herrmann Gröhe bis hin zu Beobachtungen und Bestandsaufnahmen aus der Pflegewelt, die Politik und die Pflegepraxis in den Dialog brachten. Zusätzlich gaben Veranstaltungsvideos Einblick, wie die Regionaldialoge umgesetzt wurden. Nachfolgend die Gesamtübersicht zu den Filmen, die im Rahmen des Regionaldialogs „Pflege stärken“ produziert wurden:



1

Regionaldialog „Pflege stärken“ – Start am 1. März 2016 in Hamburg
von IFOK GmbH

<https://www.youtube.com/watch?v=U36ga5jSUOo&index=1&list=PLfcaXrjUtERNp6cn4gNeaNfPoeazPe3ze>



2

Bundesgesundheitsminister Gröhe zum Auftakt des Regionaldialogs „Pflege stärken“
von IFOK GmbH

<https://www.youtube.com/watch?v=06Gfx2gz0sk&index=2&list=PLfcaXrjUtERNp6cn4gNeaNfPoeazPe3ze>



3

Regionaldialog „Pflege stärken“ – Auftaktveranstaltung zur 2. Dialogrunde in Berlin am 13.09.2016
von IFOK GmbH

<https://www.youtube.com/watch?v=yPZzB97w5XQ&index=3&list=PLfcaXrjUtERNp6cn4gNeaNfPoeazPe3ze>



4

Regionaldialog Pflege stärken: Das neue Begutachtungsinstrument auf dem Weg in die Pflegepraxis
von IFOK GmbH

<https://www.youtube.com/watch?v=BlkCDZxTjZA&index=4&list=PLfcaXrjUtERNp6cn4gNeaNfPoeazPe3ze>



5

Regionaldialog „Pflege stärken“: Die Pflegepraxis mitnehmen und beteiligen
von IFOK GmbH

<https://www.youtube.com/watch?v=-KQLDH98rRw&index=5&list=PLfcaXrjUtERNp6cn4gNeaNfPoeazPe3ze>



6

3. Dialogrunde: Einführungsfilm im Regionaldialog „Pflege stärken“ - Blick in die neue Pflegewelt
von IFOK GmbH

https://www.youtube.com/watch?v=hWj_LM1DTsU&index=6&list=PLfcaXrjUtERNp6cn4gNeaNfPoeazPe3ze

7



Regionaldialog „Pflege stärken“: Ein Überblick zum zweijährigen Prozess von IFOK GmbH

<https://www.youtube.com/watch?v=Ey671UKbTMw&index=7&list=PLfcaXrjUtERNp6cn4gNeaNfPoeazPe3ze>

Regionaldialog



**Regionaldialog „Pflege stärken“:
Der Abschlussfilm**

Ein Einblick in das Vorgehen und die Dialogveranstaltungen

<https://www.youtube.com/watch?v=eDtPsWOjOZY>

Webinar „Vereinbarungsanpassungen zur Umsetzung des zweiten Pflegestärkungsgesetzes im vollstationären Bereich“

Im Rahmen der Regionaldialoge hatten mehrere teilnehmende Anbieter aus dem stationären Bereich der Pflege ihre Unsicherheit zu den bevorstehenden Anpassungen in ihren Vereinbarungen zum Ausdruck gebracht. Vor diesem Hintergrund wurde ein Webinar in Form eines **Tutorials zum Thema Vereinbarungsanpassungen** erstellt. Dies sollte stationäre Betreiber über das notwendige und empfohlene Vorgehen informieren, dabei den Ablauf veranschaulichen und Möglichkeiten des Vorgehens aufzeigen. Das Webinar wurde der breiten Fachöffentlichkeit über den passwortgeschützten zugänglichen Bereich der Website zur Verfügung gestellt:



Vereinbarungsanpassungen im vollstationären Bereich

<https://www.regionaldialog-pflege.de/videos/webinare/>

Ein **Online-Dialog zur Einbindung von Fragen der Fachöffentlichkeit** an die Referenten des Webinars geschah zeitlich vorgeschaltet im geschützten Bereich durch registrierte Nutzerinnen und Nutzer.

Die Referenten Ralf Döbler und Dr. Martin Schölkopf (beide BMG) sowie Stephan Dzulko (context Akademie und Mitglied des Begleitkreises) und Stefan Wilderotter (Verband der Ersatzkassen e.V.) beantworteten nach einer kurzen Einführung zum Thema die Fragen der Praxis. Moderiert wurde das Webinar von Cordula Nowotny (IFOK GmbH).

Webinar „Das neue Begutachtungsinstrument“

Im Rahmen der Regionaldialoge äußerten viele Teilnehmer Informationsbedarf hinsichtlich des neuen Begutachtungsinstruments. Vor diesem Hintergrund wurde ein **Webinar** in Form eines Tutorials gedreht, ergänzt um einen **Kurzfilm** und einen **Erklärfilm**. Diese sollten den Praktikern der Pflege möglichst anschaulich und praxisbezogen vermitteln, wie die Umsetzung des neuen Begutachtungsinstruments konkret aussah.

Auch beim zweiten Webinar wurde ein **Online-Dialog** zeitlich vorgeschaltet, in dessen Rahmen registrierte Nutzer ihre Fragen zum neuen Begutachtungsinstrument einbringen konnten. Auch dieses Webinar wurde über passwort-geschützten der Website zur Verfügung gestellt <https://www.regionaldialog-pflege.de/videos/webinare/>

Dr. Christian Berringer (BMG) und Stephan Dzulko (context Akademie, Mitglied des Begleitkreises) beantworteten die Fragen. Moderiert wurde das Webinar von Cordula Nowotny (IFOK GmbH).



5.3 Nutzerzahlen

5.3.1 Seitenbesuche

Die Website www.regionaldialog-pflege.de haben seit Beginn der Aufzeichnung im Februar 2016 bis 30. April 2018 insgesamt **21.224 Personen** besucht. Damit hat die Seite durchschnittlich **26 Besuche pro Tag** generiert. Die Besucher verbrachten dabei durchschnittlich **4 Minuten** auf der Website und führten **5 Aktionen** aus. **31%** der Besucher suchten die Seite mindestens **zwei Mal** auf. Diese wiederkehrenden Besucher verbrachten durchschnittlich **5 Minuten** auf der Website und führten **6 Aktionen** aus. Angemeldet auf der Seite für den passwort-geschützten Bereich haben sich insgesamt **1.303 Personen**.

Von Beginn der zweiten Dialogrunde Mitte September 2016, bei der die Website im Rahmen der Veranstaltungen intensiv beworben wurde, bis zur Veröffentlichung des Berichts zur zweiten Dialogrunde Mitte Dezember 2016 war eine deutliche Steigerung der Nutzerzahlen zu erkennen (siehe Grafik unten). In dieser Zeit suchten pro Tag durchschnittlich **43 Personen** die Seite auf. Ein weiterer Höhepunkt war nach der Veröffentlichung **des Werkzeugkastens zu den Pflgetischen** zu verzeichnen. Alleine am 29. August 2017 gab es **222 Besuche** auf der Seite. An dem Tag erfolgte der Versand des Berichts zur dritten Dialogrunde im Zusammenhang mit der Ankündigung zur Förderung der Pflgetische durch das BMG.

5.3.2 Nutzerverhalten

Neben der Startseite (16.544 Seitenansichten) und dem Log-In zum geschützten Bereich (11.260 Seitenansichten) wurden vor allem die Seiten zu den **aktuellen Terminen** (5.820 Seitenansichten), zu den **Veranstaltungsberichten** (5.469 Seitenansichten) und zum **Prozess** (4.877 Seitenansichten) aufgerufen.

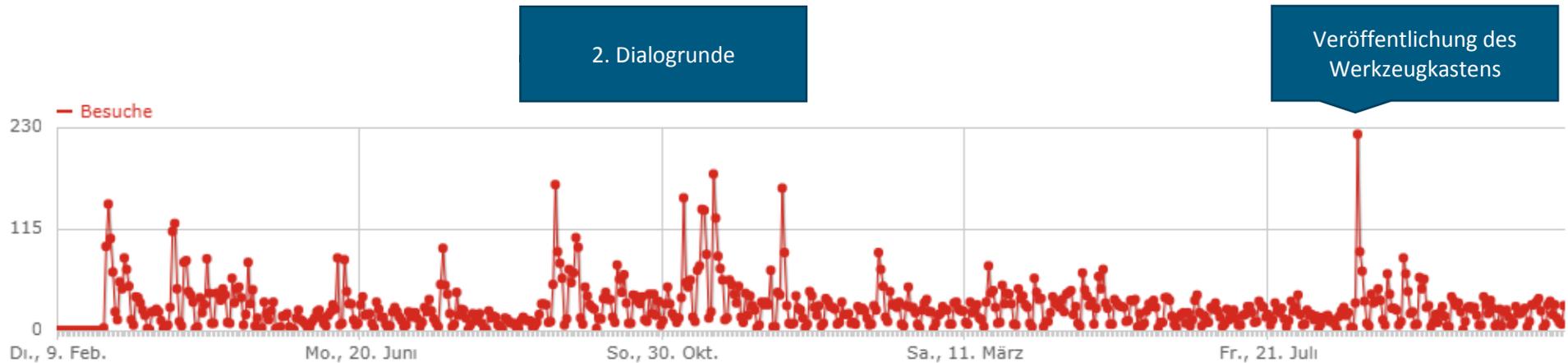
Die Einstiegsseite stellte in über 46% der Fälle die Startseite dar. Das deckt sich mit dem Fakt, dass **50% der Nutzer auf die Webseite** kamen, indem sie die URL direkt in den Browser eingegeben haben. Lediglich 35% der Besucher sind über Suchmaschinen auf die Website aufmerksam geworden und 15% über andere Websites - 750 Besucher über Facebook.

5.3.3 Downloads

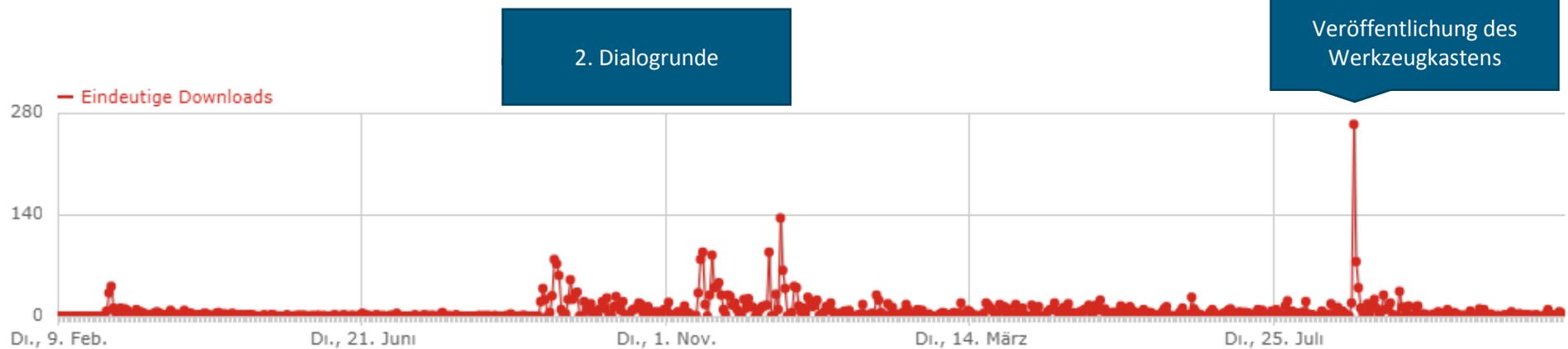
Insgesamt wurden **5.436 Dokumente** von der Website heruntergeladen. Mit **343 eindeutigen Downloads** am häufigsten heruntergeladen wurde das vom AOK-Bundesverband bereitgestellte **„Berechnungstool“** zur Berechnung des Besitzstandsanspruchs nach § 141 Abs. 3 SGB XI, gefolgt von dem Dokument **„Gemeinsame Empfehlungen des BMG sowie der Verbände der Leistungsträger und Leistungserbringer auf Bundesebene zur Umsetzung einer einheitlichen und rechtssicheren Vergütungsabrechnung in vollstationären Pflegeeinrichtungen“ (301 eindeutige Downloads)** und der **„Beispielrechnung für eine gesetzeskonforme Abrechnung“** auf Basis eines kalendertäglich zu zahlenden Eigenanteils (**285 eindeutige Downloads**).

Besonders viele Dokumente wurden während der zweiten Dialogrunde heruntergeladen (**1.765 eindeutige Downloads**). In den ersten vier Tagen seit Veröffentlichung des Werkzeugkastens für die Pflegetische gab es insgesamt **396 Downloads** und damit nochmals einen sehr starken Anstieg der Downloadzahlen (siehe Grafik unten).

Seitenbesuche im Zeitraum Februar bis Ende September 2016



Downloads im Zeitraum Februar bis Ende September 2016



6 Fachtagung „Neue Gestaltungsmöglichkeiten der Kommunen in der Pflege“

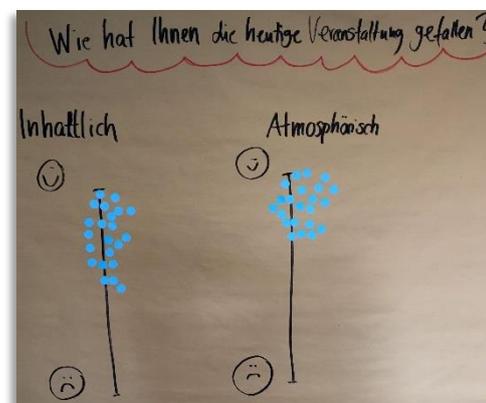
In den ersten zwei Dialogrunden hat sich gezeigt, dass eine Umsetzung der Pflegestärkungsgesetze in die Praxis insbesondere dann erfolgreich gelingt, wenn die Akteure sich vor Ort vernetzen und im Idealfall die vielfältige Bandbreite an Angeboten in Kooperation anbieten. So hat auch der Gesetzgeber u.a. auch für die Landkreise und kreisfreien Städte die Voraussetzungen verbessert, damit die Pflege unter Beteiligung aller, die vor Ort Verantwortung tragen, an die konkreten Erfordernisse vor Ort angepasst und weiterentwickelt werden kann.

Vor diesem Hintergrund fand am 27. April 2017 im Rahmen des Regionaldialogs „Pflege stärken“ in Berlin die **Fachtagung** „Neue Gestaltungsmöglichkeiten der Kommunen in der Pflege“ statt. Sie richtete sich an die zuständigen **Dezernenten der Landkreise und kreisfreien Städte sowie an Bürgermeister der kreisangehörigen Gemeinden**.

Ziel der Fachtagung war, die **Gestaltungsspielräume**, die Kommunen auf Basis der Pflegestärkungsgesetze haben, darzustellen und bestehende Fragen zu klären. Um eine möglichst breite Streuung der Einladung zu erreichen, wurde der Versand der Einladung vom Deutschen Städtetag übernommen.

Der Austausch der „Netzwerker vor Ort“ zeigte eine Reihe von **typischen Herausforderungen der Vernetzungsarbeit**, die durch die Vortragenden in eine hilfreiche Systematik überführt werden konnten.

In drei parallelen Workshops widmeten sich die Teilnehmer anschließend den Fragestellungen, a.) wo die konkreten Potentiale regionaler Netzwerke liegen, b.) wie die Zusammenarbeit in der Beratung und durch die Abstimmung mit den Pflegekassen optimiert werden kann und c.) wie Initiativen zur Gründung neuer Pflegestützpunkte zum Erfolg geführt werden können.



7 Praxisgipfel „Pfleger stärken“

Am 19. Juni 2017 fand die **Abschlussveranstaltung** des Dialogprozesses „Pfleger stärken“ statt: Aus allen zehn beteiligten Metropolregionen Deutschlands kamen über 100 Teilnehmerinnen und Teilnehmer zusammen, um im Gespräch mit dem Minister gemeinsam die Ergebnisse der Regionaldialoge „Pfleger stärken“ zu erörtern, von guter Umsetzungspraxis zu berichten und sich über die weitere Umsetzung in der Praxis auszutauschen.

Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe dankte den Teilnehmerinnen und Teilnehmern für ihre Bereitschaft zur Mitarbeit und rief dazu auf, gemeinsam nach vorne zu blicken: „Seit fast sechs Monaten gilt der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff. Der Übergang hat sehr gut geklappt. Dass das möglich war, ist auch dem großen Einsatz der vielen Beteiligten vor Ort zu verdanken. Alle haben sich eingebracht und weder Zeit noch Mühe gescheut, damit insbesondere die Betroffenen und ihre Angehörigen einen guten und reibungslosen Übergang erleben konnten. Wir brauchen auch in Zukunft die Erfahrung und die Zusammenarbeit aller Beteiligten, um die Umsetzung der Pflegestärkungsgesetze auch weiterhin erfolgreich zu gestalten – denn Pflege ist eine Mannschaftsleistung, bei der es auf jede und jeden ankommt! Ich möchte Sie ausdrücklich ermutigen, diese Dialoge vor Ort weiterzuführen.“

Im **Podiumsgespräch mit Praktikerinnen und Praktikern** sowie einer pflegenden Angehörigen diskutierte der Minister die konkrete Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes. Vieles gelinge bereits, es bestünden aber auch weiterhin Herausforderungen im Pflegealltag, wie z.B. der hohe Bedarf an qualifizierten Fachkräften, die vielfältigen, aber bis dato nicht überall angebotenen neuen Leistungen bis hin zur notwendigen Unterstützung des Ehrenamtes.

Die Beteiligten, auch die Vertreterinnen und Vertreter des Begleitkreises, würdigten das **Engagement und die Verbindlichkeit**, mit der das BMG den Dialog geführt habe und wünschten sich solch eine Beteiligung auch für andere Gesetzgebungsvorhaben.

Zukunftsgerichtet diskutierten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer in von der IFOK GmbH moderierten Kleingruppen, wie eine reibungslose **Kooperation zwischen den verschiedenen Pflegeakteuren** an den sieben zentralen **Knotenpunkten der Pflege** gelingen könne:

1. Prävention vor Pflegebedürftigkeit und Reha in der Pflege
2. Einstieg in die Pflegebedürftigkeit
3. Entlassmanagement bei Krankenhausaufenthalten
4. Erst-/Neubegutachtung
5. Organisation der täglichen Pflege und Betreuung
6. Krisensituationen und Notfälle
7. Sterbebegleitung

Die Ergebnisse wurden im passwortgeschützten Bereich der Website zum Download bereitgestellt.

Abschließend dankte die Leiterin der Abteilung Pflegesicherung und Prävention, **Regina Kraushaar**, den Akteuren für ihr Engagement – an diesem Tag, im Verlauf der Regionaldialoge sowie im Pflegealltag. Sie zeigte sich dankbar für die wertvollen Hinweise zum Nachjustieren der Gesetzgebung und für die Offenheit, eigene Wege für die Umsetzung der Gesetzgebung

zu gehen. Sie warb für die Idee, sich dafür gut zu vernetzen, denn „Pflege kann nur gelingen, wenn man gut zusammenarbeitet und wenn man sich abstimmt.“



Ein externer Grafiker (Graphic Recorder) dokumentierte den Praxisgipfel während der Veranstaltung bildlich. Das **Original-Plakat** war zum damaligen Zeitpunkt im BMG ausgestellt. Zur besseren Lesbarkeit wird die Grafik als separater Anhang zu diesem Abschlussbericht geführt.

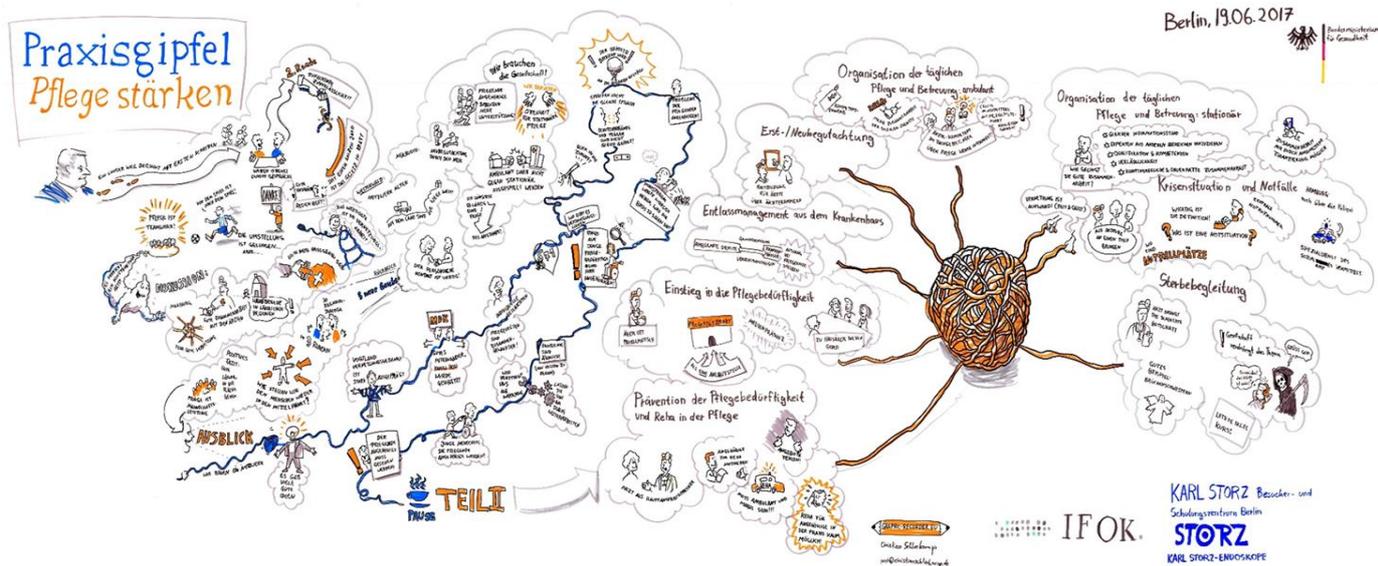


Abbildung 6: Graphic Recording zum Praxisgipfel am 19. Juni 2017, Christian Schlierkamp, Illustrator IO, Mediengestalter für Bild & Ton IHK, Bildurheber VG Bild & Kunst

8 Kommunale Pflegetische

Die Regionaldialoge zeigten: Vernetzung und Zusammenarbeit der für Pflege verantwortlichen Personen untereinander und mit dem „Umfeld der Pflege“ sind eine ganz wesentliche Voraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung der Pflegestärkungsgesetze. Um einen Impuls zur Vernetzung auf kommunaler Ebene zu setzen, bot das BMG die Förderung sogenannter „**kommunaler Pflegetische**“ an.

8.1 Ziel und Rahmen der Pflegetische

Akteure aus der Pflege sollten die Möglichkeit erhalten, die Zusammenarbeit zu stärken, um so die bestmögliche **Umsetzung der Pflegestärkungsgesetze** zu ermöglichen: „Pflegetische dienen der Vernetzung der Personen (und Institutionen) vor Ort, die für Pflege im weitesten Sinne Verantwortung tragen – mit dem Ziel gute Angebote und konkrete Lösungen für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen zu entwickeln“ (Auszug aus Informations-E-Mail). Das BMG übernahm die Kosten für die professionelle Moderation von 30 kommunalen Pflegetischen von September 2017 bis Ende März 2018 inkl. Vorbereitungsunterstützung. Antragsteller konnten Kommunen und Landkreise, Pflegekassen, Beratungseinrichtungen oder mit der Pflege in besonderer Weise verbundene Privatpersonen und Vereine sein. Für die Bewilligung der Förderung war der Nachweis eines nachhaltigen Interesses an der selbstorganisierten Fortführung des Pflegetisches notwendig sowie die Zusicherung, dass dadurch keine Doppelstrukturen zu bereits vorhandenen Vernetzungen entstünden.

8.2 Förderbewilligung

Auf die **Anschlussfördermöglichkeit des BMG** wurde schon im Rahmen der dritten Runde der Regionaldialoge hingewiesen und auch die Mitglieder im Begleitkreis streuten die Information an ihre Netzwerke. Darüber hinaus wurde das Angebot an die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Dialogrunden des Regionaldialogs „Pflege stärken“ gesendet. Daraufhin erhielt die IFOK GmbH bereits viele Interessensbekundungen. Zusätzlich wurden über 500 Ansprechpartner der Lokalen Allianzen für Menschen mit Demenz angeschrieben und über 60 ausgewählte Institutionen telefonisch von der IFOK GmbH kontaktiert. Auch auf den Websites des Regionaldialogs und der Demenznetzwerke (<https://demenznetzwerke.de/>) wurde auf die Förderung aufmerksam gemacht.

Bei Interesse kontaktierten die potentiellen Initiatoren die IFOK GmbH und erhielten in einem ausführlichen Telefongespräch Informationen zur Förderung und zur konkreten Planung und Umsetzung eines Pflegetischen. Vereinzelt nahmen die interessierten Personen nach dem Infotelefonat von einer Förderung wieder Abstand, da sie regional mit dem Vorhaben auf Widerstand stießen, sich Doppelstrukturen aufgebaut hätten oder die notwendigen Ressourcen zur Umsetzung der konstituierenden Sitzung nicht vorhanden waren. Die Förderung wurde allen verbindlich interessierten Initiatoren in Aussicht gestellt. Die **30 ausgewählten Förderempfängerinnen und -empfänger** wurden von der IFOK GmbH bei der Konzeption, der inhaltlichen sowie organisatorischen Vorbereitung bis zum Veranstaltungstag kontinuierlich betreut. Alle Interessenten erhielten den **Werkzeugkasten** als Hilfestellung für die Organisation eines Pflegetischen und standen im passwort-geschützten

Bereich der Website für jeden zum Download bereit. Der **Werkzeugkasten** enthielt folgende Unterlagen (siehe Anhang):

- Vorschlag eines Einladungsschreibens
- Beschreibung der passenden Zielgruppen/Teilnehmerschaft
- Checkliste für die Vorbereitung und Organisation der Veranstaltung
- Standardisiertes Veranstaltungskonzept für die Pflegetische: Ablauf- und Regieplan für die erste Sitzung (halbtägig, für bis zu 50 Teilnehmerinnen und Teilnehmer)
- Netzwerksteckbrief
- Projektsteckbrief
- Linksammlung als Wissensspeicher für erfolgreiche Netzwerkarbeit

In acht Fällen haben nach intensiv geführten Vorgesprächen und teilweise schon eingereichter Durchführungszusage Initiatoren den Pflegetisch absagen müssen. Gründe dafür waren unter anderem terminliche Überschneidungen, Schwierigkeiten bei der Teilnehmerge Gewinnung, Ressourcenengpässe, fehlende Unterstützung von kommunalen Partnern oder die Feststellung, dass doch Doppelstrukturen aufgebaut werden würden.

Grundsätzlich sollte bei einem ähnlichen Programm darauf geachtet werden, die Vorlaufzeiten lange genug zu ermöglichen. Die meisten Initiatorinnen und -initiatoren benötigten für die eigenen Abstimmungen vor Ort mehr Zeit als von ihnen angenommen (Erfahrungswert: ca. 8-10 Wochen).

8.3 Übersicht: Orte, Termine und Initiatoren

Deutschlandweit fanden im Rahmen der Förderung durch das BMG zwischen dem 28. September 2017 und dem 26. März 2018 an 30 Orten konstituierende Sitzungen von Pflegetischen statt.

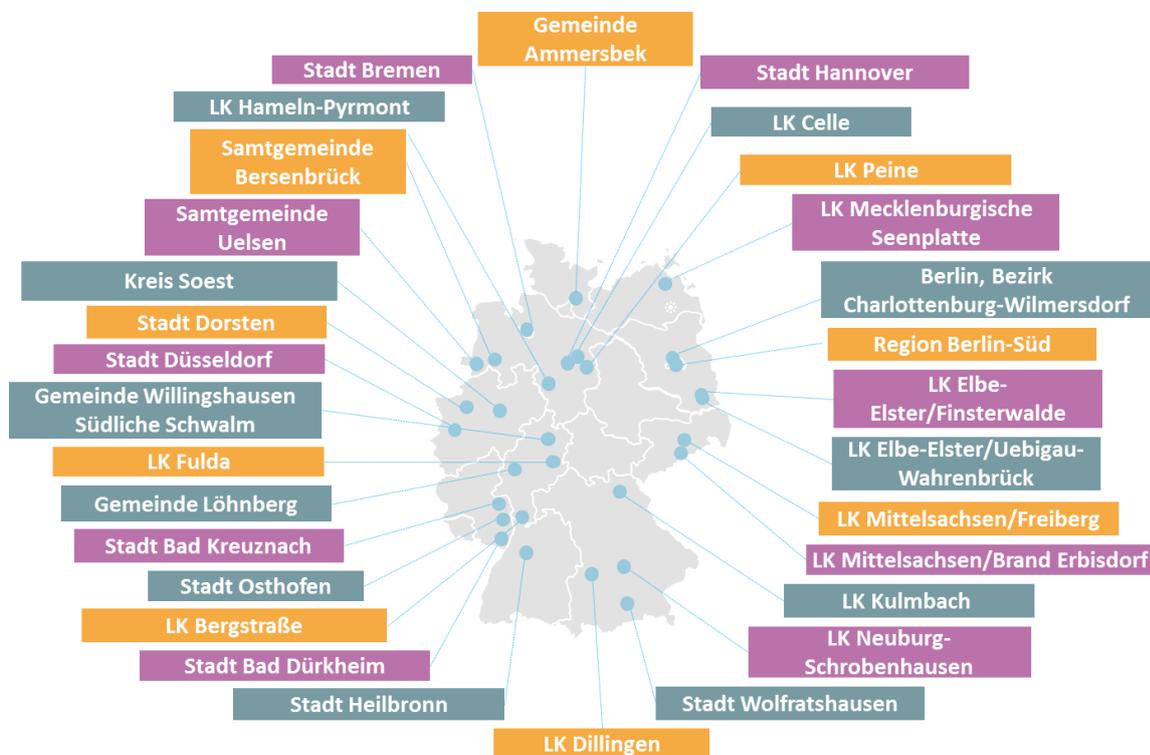


Abbildung 7: Geografische Übersicht der durchgeführten 30 Pflegetische

	Initiator/Veranstalter	1. Sitzung
1.	Stadt Osthofen, Rheinland-Pfalz	28.09.2017
2.	Landkreis Peine, Niedersachsen	19.10.2017
3.	Landkreis Neuburg-Schrobenhausen, Bayern	17.11.2017
4.	Stadt Bad Dürkheim, Rheinland-Pfalz	23.11.2017
5.	Stadt Wolfratshausen, Bayern	27.11.2017
6.	Landkreis Mittelsachsen, Brand Erbisdorf, Sachsen	28.11.2017
7.	Landkreis Elbe-Elster, Uebigau-Wahrenbrück, Brandenburg	29.11.2017
8.	Landkreis Mittelsachsen, Freiberg, Sachsen	07.12.2017
9.	Landkreis Mecklenburgische Seenplatte, Mecklenburg-Vorpommern	08.12.2017
10.	Bezirk Charlottenburg-Wilmersdorf, Berlin	13.12.2017
11.	Stadt Düsseldorf, Nordrhein-Westfalen	19.12.2017
12.	Samtgemeinde Bersenbrück, Nordrhein-Westfalen	16.01.2018
13.	Kreis Soest, Nordrhein-Westfalen	17.01.2018

14.	Landkreis Celle, Niedersachsen	24.01.2018
15.	Landkreis Dillingen, Bayern	06.02.2018
16.	Stadt Bremen	15.02.2018
17.	Landkreis Elbe-Elster, Finsterwalde, Brandenburg	19.02.2018
18.	Gemeinde Ammersbek, Schleswig-Holstein	22.02.2018
19.	Landkreis Hameln-Pyrmont, Niedersachsen	22.02.2018
20.	Region Berlin-Süd, Berlin	23.02.2018
21.	Stadt Dorsten, Nordrhein-Westfalen	27.02.2018
22.	Samtgemeinde Uelsen, Niedersachsen	27.02.2018
23.	Gemeinde Löhnberg, Hessen	28.02.2018
24.	Stadt Heilbronn, Baden-Württemberg	28.02.2018
25.	Stadt Hannover (NDS)	01.03.2018
26.	Gemeinde Willingshausen Südliche Schwalm, Hessen	01.03.2018
27.	Landkreis Kulmbach, Bayern	08.03.2018
28.	Bad Kreuznach, Rheinland-Pfalz	22.03.2018
29.	Landkreis Fulda, Hessen	23.03.2018
30.	Landkreis Bergstraße, Hessen	26.03.2018

8.4 Teilnehmerschaft der Pflegetische/Akteursstruktur

Die **Akteursstruktur** der einzelnen Pflegetische war sehr unterschiedlich. Die größte Teilnehmergruppe insgesamt waren die **ambulanten, teilstationären und stationären Pflegedienstleister (37%)**. Vertreterinnen und Vertreter anderer Institutionen, wie z.B. Kirchen, Schulen und Hochschulen, Rettungsdienste, Lebenshilfe, Wohlfahrtsverbände, kirchliche Hilfswerke, Alzheimer-Gesellschaften, Personalvermittlung und Wirtschafts- und Tourismusunternehmen stellten die zweitgrößte Gruppe (21%). Eine weitere große Gruppe stellten Repräsentantinnen und Repräsentanten von Kommune und Landkreis (16%). Ebenso vertreten, jedoch in geringerer Zahl, waren Beratungsstellen (9%), stationäre medizinische Angebote (8%), Gesundheitsdienstleister (6%), Pflegekassen (2%) und pflegende Angehörige oder Betroffene (1%).

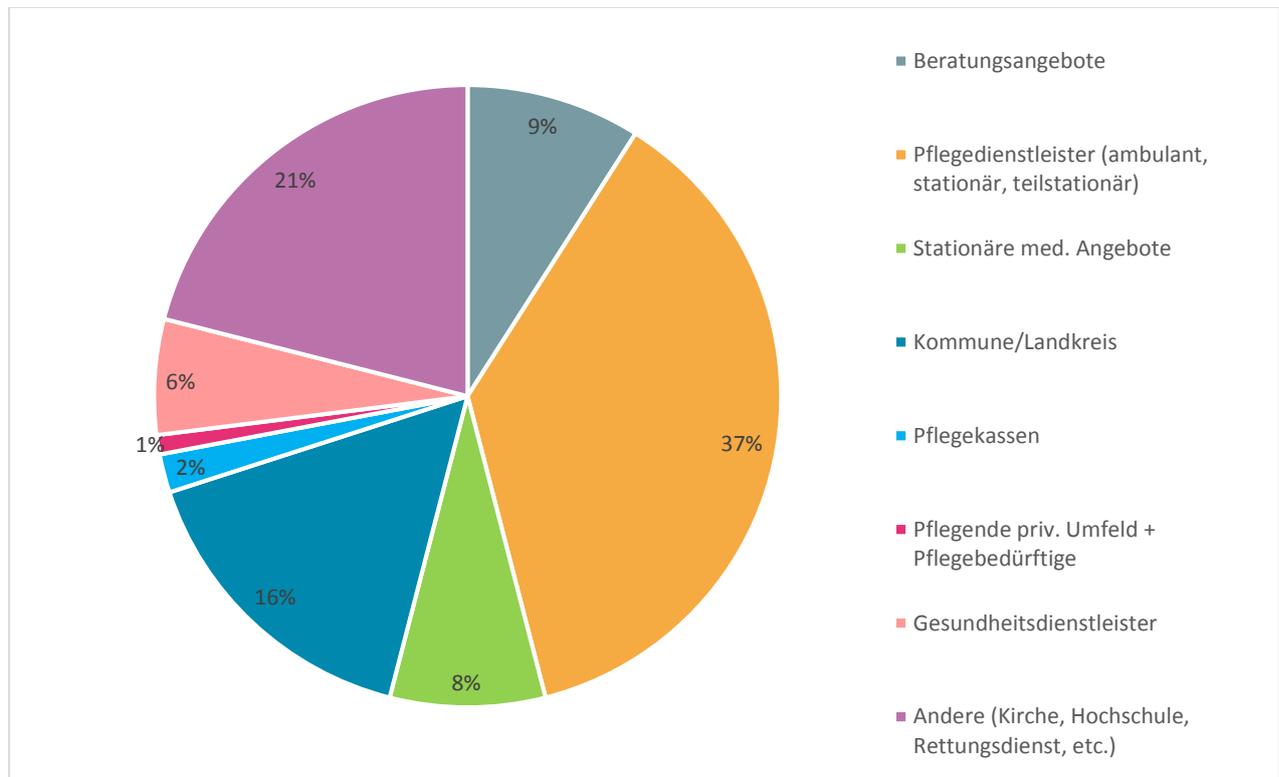


Abbildung 8: Akteursstruktur der Pflegetische in Prozent; n=840

8.5 Themen der Pflēgetische

Eine große Bandbreite an Themen kam im Rahmen der Pflēgetische zur Sprache, teilweise bezogen sie sich auf spezifisch regionale Besonderheiten. Einen guten Überblick gaben dazu die **Veranstaltungsberichte**, die zu jedem Pflēgetisch auf der Homepage veröffentlicht wurden. Der jeweilige Veranstaltungsbericht stand auch den Pflēgetischen für ihre eigene Pressearbeit zur Verfügung. Für mehr Informationen:



www.regionaldialog-pflege.de/pflēgedialog/veranstaltungsberichte/pflēgetische/

Neben den Themen mit regionalem Bezug gab es zahlreiche für die Akteure der Pflege relevante Themen und Anliegen, die in **vielen Veranstaltungen** genannt wurden:

- Gegenseitiges **Kennenlernen**, um eine vertrauensvolle Kommunikation aufzubauen, die sektorale Grenzen überwinden und Konkurrenzdenken entgegenwirken
- Das **Image des Pflegeberufs** verbessern, um junge Menschen für den Beruf zu gewinnen
- **Mangel** an ausgebildeten Pflegekräften senken
- Politisch Einfluss nehmen, sich stärker mit der Politik vernetzen und zum „**Sprachrohr der Pflege**“ werden
- Verbesserte Beratungsleistung durch **Austausch und Wissen** voneinander
- Ausbau der **Kurzzeitpflegeplätze**
- Ausbau der **Palliativversorgung**
- Ausbau der **Notfallangebote**, besonders am Wochenende und in der Nacht
- Ausbau der **Angebote für junge pflegebedürftige Menschen** und Menschen mit spezifischen Anforderungen wie z.B. Sucht, psychische Erkrankungen
- Ausbau des Angebots von **haushaltsnahen Dienstleistungen** und des Mobilitätsangebots im **ländlichen Raum**
- Bürger frühzeitig durch passende, übersichtliche, **niedrigschwellige Informationsangebote** erreichen, Beratungsstellen bekannter machen
- **Bürokratie abbauen**
- Bessere Einbindung und Strukturierung des **Ehrenamts**

Da einige dieser Themen strukturell bedingt, mit der Gesetzgebung zusammenhängen oder der demographischen Entwicklung der Bevölkerung geschuldet seien, waren die **Einflussmöglichkeiten aus Sicht der Akteure** vor Ort zum Teil sehr begrenzt. Dies betreffe z.B. den Fachkräftemangel, die Bürokratie oder die Vergütungspauschalen. Die Pflegeverantwortlichen äußerten hierzu den Wunsch, die Politik und die Pflegekassen mögen die Problematiken ernst nehmen und bestmöglich gegensteuern. Die **stärkere Vernetzung mit der Politik** war eines der wiederkehrenden Anliegen, um der Pflege „mehr Gehör“ zu verschaffen.

Es folgen einige Beispielt Themen, die an die **Politik und die Pflegekassen herangetragen** werden sollten:

- Es wurde darauf hingewiesen, dass es zu wenige **finanzielle Anreize** für die Versorgung von Menschen weit abseits der städtischen oder dörflichen Zentren gebe.
- Der bürokratische Aufwand für **Kurzzeitpflege** sei sehr hoch und mit finanziellen Risiken verbunden. In der Folge werden variable Betten in der stationären Versorgung vorzugsweise längerfristig vergeben. Der Bedarf an Kurzzeitpflegeplätzen sei so hoch, dass die Kommunen Unterstützung beim Ausbau des Angebots benötigen.
- Der **Fachkräftemangel** sei mittlerweile so groß, dass die Zusammenarbeit der Pflegedienstleister durch die bestehende Konkurrenz erschwert sei. Hier sei eine bundeweite Strategie dringend nötig.
- Das **Image des Pflegeberufs** sei generell sehr schlecht. Eine breite, bundesfinanzierte Kampagne, die die positiven Seiten des Berufs hervorhebe, wäre wünschenswert.
- Die Politik solle einen **gesellschaftlichen Dialog** zur großen Bedeutung und zum hohen Wert der Pflege anstoßen.
- Zur Vermittlung von Pflegebedürftigen in ambulante oder stationäre Pflegeeinrichtungen wäre eine **digitale Unterstützung** (z.B. Pflege-App) hilfreich, die die Suche z.B. der Beratungsstellen oder der Krankenhäuser nach freien Plätzen effizienter gestaltet.
- Die **Zahlungen der Pflegekassen** für geleistete Entlastungsleistungen kämen bei den Leistungserbringern teilweise mit monatelanger Verspätung an.

Andere Themen könnten **vor Ort bearbeitet** werden und zu Erfolgen führen. Unter diese Kategorie fielen Themen, wie z.B. die bessere Vernetzung untereinander, die Bewerbung von Beratungsstellen, die Kontaktaufnahme mit Bürgerinnen und Bürgern, die Imagepflege und die Einbindung von Ehrenamtlichen.

In zahlreichen Regionen bildeten sich im Rahmen der konstituierenden Sitzung des Pflegetisches **Arbeitsgruppen**, mit dem Ziel, auch zwischen den weiteren Pflegetisch-Sitzungen ganz konkret an Lösungen für eine Verbesserung der Pflege vor Ort zu arbeiten. Folgende Themen wurden und werden **trotz teilweise schwieriger Rahmenbedingungen auf die Agenda der Pflegetisch-Sitzungen** genommen:

- Kurzzeitpflege
- Personalgewinnung; neue Personalkonzepte zur Mitarbeiterbindung
- Mobilität auf dem Land
- Ambulante Hilfe
- Notfalllotsen und Notfallnummer etablieren
- Informationsangebot verbessern; Informationsblatt für Arztpraxen; Betroffene besser erreichen
- Bedarfserfassung
- Berufsbild der Pflege besser vermitteln; Schüler für die Pflege gewinnen

- Entlassmanagement (z.B. Infos zum Entlassrezept, zu den neuen gesetzlichen Regelungen)
- Einbindung von Ehrenamtlichen
- „Boys-Day“ veranstalten (bundesweiter Jungen-Zukunftstag zur Berufsorientierung)

8.6 Begleitung der Pflgetische durch die IFOK GmbH

Wie oben beschrieben, wurden die Initiatorinnen und Initiatoren der Pflgetische im Vorfeld **eng betreut**. Die IFOK GmbH entwickelte nach eingehenden Telefonaten einen **Ablaufplan**, der den örtlichen Voraussetzungen und Wünschen entsprach und mit den Initiatoren passgenau abgestimmt wurde. Die IFOK GmbH reagierte flexibel auf unterschiedliche Teilnehmerzahlen der Pflgetische – die von 15 bis 70 Personen reichte – und passte die Methoden des Workshops entsprechend an.

Die festgelegten **Termine der Pflgetische** wurden auf der Homepage des Regionaldialogs veröffentlicht. Die Pflgetische wurden von zwei Moderatorinnen und Moderatoren im Team durchgeführt. Nach der Veranstaltung erhielten die Initiatorinnen und Initiatoren für die weitere Arbeit ein nicht-öffentliches Fotoprotokoll mit Textergänzungen, welches an die Teilnehmenden weitergeleitet wurde.

Exemplarischer Ablauf einer konstituierenden Sitzung des Pflgetischs

Uhrzeit	Programmpunkt
Ab 12.30	Eintreffen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer
13.00	Begrüßung und Einführung (Initiatoren, Moderation)
13.20	Kennenlernen – Wer ist heute hier, mit welchen Erwartungen?
13.45	Momentaufnahme – Wo stehen wir hinsichtlich der Pflegeversorgung und der Vernetzung?
14.45	Pflgetisch – Wie müsste ein passendes und hilfreiches Netzwerk aussehen? <ul style="list-style-type: none"> - Welche Themen greifen wir auf? - Was und wen brauchen wir? - Welche Arbeitsstruktur geben wir uns?
16.40	Fazit, Ausblick zu weiteren Schritten, Feedback
17.00	Ende der Veranstaltung

8.7 Verstetigung der Pflegetische

Die Art und Weise, wie die Pflegetische in Zukunft verstetigt werden, hängt mit den regionalen Voraussetzungen und Bedarfen zusammen. Ein Grund, warum ein Pflegetisch nicht im geplanten Rahmen fortgeführt wurde, war z.B. das Fehlen eines Verantwortlichen vor Ort. Die koordinierende Person auf Landkreisebene konnte nicht ohne lokalen Ansprechpartner die Verstetigung vorantreiben. Neben den engagierten Mitwirkenden und den passenden Rahmenbedingungen ist eine zwingende Voraussetzung für erfolgreiche Netzwerkarbeit eine Person die vor Ort als **lokaler „Kümmerer/Treiber“** fungiert –.

In der Moderation der ersten Sitzung wurde darauf hingearbeitet, dass die nächsten Schritte von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern möglichst detailreich konkretisiert wurden. Bei der Mehrzahl der Veranstaltungen konnten im Ergebnis die **prioritären Themen**, die festgelegte **Arbeitsstruktur**, die Termine sowie z.T. die Treffpunkte festgelegt werden. Diese **konkreten Absprachen** erleichterten die weitere Organisation des Pflegetisches und trugen so zur Verstetigung bei. Auch die Einladung und Gewinnung weiterer relevanter Akteure für den Pflegetisch wurde in den meisten Sitzungen festgelegt (z.B. Fach- und Hausärztinnen und Fach- und Hausärzte, verschiedene Gesundheitsdienstleister etc.).

Ende März 2018 hat die IFOK GmbH bei den Initiatoren der bis Dezember 2017 durchgeführten Pflegetische zum **Stand der Verstetigung** nachgefasst. In einigen Regionen hatte bereits das zweite Treffen stattgefunden. Vereinzelt konnten dabei bereits „Gründungs- und Kooperationsvereinbarungen“ geschlossen werden. Die meisten Pflegetische hatten sich zum Ziel gesetzt, ein bis drei Mal jährlich zu tagen. Teilweise fanden zwischendrin zusätzliche Treffen von Arbeitsgruppen statt.

Konkrete Entwicklungen aus den weitergeführten Pflegetischen waren u.a. die Organisation eines gemeinsamen Gesundheitstages, die Einladung der Pflege zum Ärzttestammtisch, die Organisation eines Pflegestammtischs durch das örtliche Krankenhaus und die Veranstaltung eines Fachtages zum Thema Palliativversorgung.

Exemplarischer Ablauf einer Folgesitzung

Uhrzeit	Programmpunkt
Ab 08.30	Eintreffen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer
09.00	Begrüßung und Einführung (Initiatoren, Moderation)
09.15	Einstieg: Aktuelles aus den Häusern der Netzwerkpartner zum Thema Pflege
09.30	Kurze Berichterstattung der Arbeitsgruppen
09.45	Neuentwicklungen rund um die Pflege (Infos, Fragen und Diskussion)
10.10	Pause
10.30	Themenschwerpunkt (Vortrag, danach Ideenfindung für Kommune)
11.40	Ausblick und Verabschiedung
12.00	Ende der Veranstaltung

8.8 Fazit

Die Ergebnisse der kommunalen Pfl egetische waren sehr vielfältig und bestätigten alle, dass es den **Bedarf nach stärkerer Vernetzung vor Ort gibt** und der Wunsch besteht, die Pfl egetische weiterzuführen. Viele Initiatoren begeben sich mit dem Pfl egetisch auf unbekanntes Terrain, empfinden eine gewisse Unsicherheit und wollen gerne von den **Erfahrungen anderer lernen**.

Ein Hauptanliegen der Teilnehmenden wurde also schon mit der Gründung des Pfl egetischs erfolgreich umgesetzt: gegenseitiges Kennenlernen und mehr Informationsaustausch.

Insgesamt wurde die Rückmeldung gegeben, dass es Austauschbedarf zwischen den verschiedenen Akteuren gäbe und die Einrichtung eines Pfl egetischs eine sinnvolle Ergänzung zu schon bestehenden Netzwerken oder Gremien sei. Den Teilnehmerinnen und Teilnehmern selbst war wichtig, keine Doppelstrukturen aufzubauen, sondern ein Forum zu etablieren, in dem Anliegen der Pflege aufgegriffen würden, die sonst nicht zur Sprache kämen.

Dass neue Wege beschritten wurden, zeigte z.B. die Einbindung von Apotheken, Ärztinnen und Ärzten, Taxiunternehmen und anderen Dienstleistern. Das **Thema Pflege wurde in die Breite getragen** und aus einer ganzheitlichen Perspektive heraus betrachtet. Die Wahrnehmung von Pflege als gesamtgesellschaftliche Aufgabe nahm bei den Beteiligten zu und trug dazu bei, dass sich der Akteurskreis erweiterte. Der Bedarf nach Vernetzung endet jedoch nicht in der Kommune – mehrere Initiatoren haben den Wunsch geäußert, sich mit Organisatoren anderer Pfl egetischen zu vernetzen und auch überregional Erfahrungen auszutauschen.

Regionaldialog

Pflege stärken

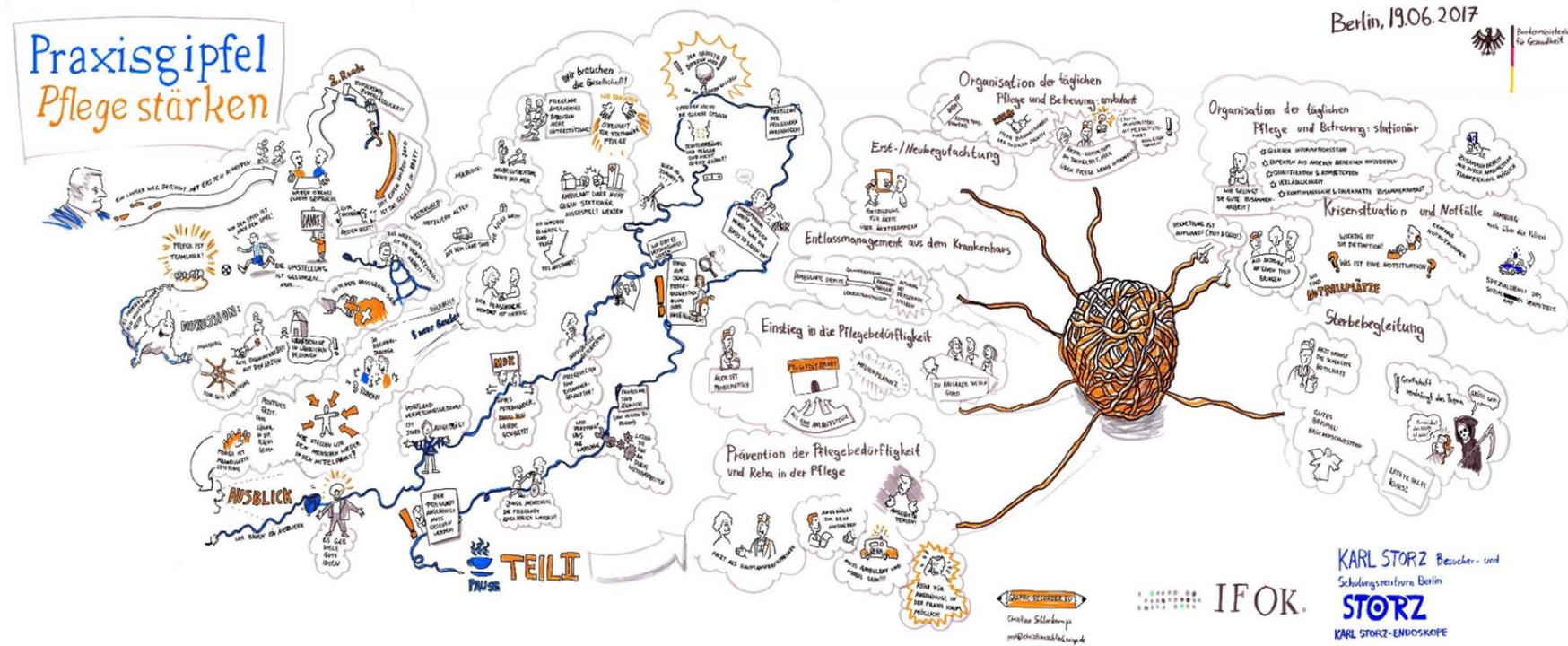
Anhang zum
Abschlussbericht

ANHANG zum Abschlussbericht

Inhalt

Plakat Graphic Recording zum Praxisgipfel am 19. Juni 2017, Christian Schlierkamp	2
Häufig gestellte Fragen (FAQs) zu den Pflegestärkungsgesetzen aus der ersten Dialogrunde (Stand: Juli 2018).....	3
Leistungen, Vergütung und Qualitätssicherung	3
Neues Begutachtungsinstrument und Dokumentation.....	10
Gesetzgebungs- und Umsetzungsprozess.....	14
Beratung.....	17
Weitere Fragen	21
Häufig gestellte Fragen (FAQs) zu den Pflegestärkungsgesetzen aus der zweiten Dialogrunde	23
Leistungen.....	23
Menschen mit Behinderungen/Leistungen	32
Begutachtungsprozess/Pflegegrade/Gutachten.....	33
Beteiligte und Dauer der Begutachtung	40
Fristen	40
Widersprüche.....	41
Informationsmaterial/-wege.....	42
Pflegetagebuch/Dokumentation	43
Personalbedarf/Qualifizierung.....	43
Beratung.....	46
Dokumente des Werkzeugkastens (Pflegetische).....	49

Plakat Graphic Recording zum Praxisgipfel am 19. Juni 2017, Christian Schlierkamp



Häufig gestellte Fragen (FAQs) zu den Pflegestärkungsgesetzen aus der ersten Dialogrunde (Stand: Juli 2018)

Leistungen, Vergütung und Qualitätssicherung

Warum unterliegen in Deutschland vergleichbare Leistungen einer so unterschiedlichen Preis- und Kostenstruktur?

Zugelassene Pflegeeinrichtungen erhalten eine leistungsgerechte Vergütung für die allgemeinen Pflegeleistungen sowie bei stationärer Pflege ein angemessenes Entgelt für Unterkunft und Verpflegung. Hierfür ist das Vereinbarungsprinzip vorgesehen. Zur näheren Ausgestaltung der einzelnen Leistungsinhalte sowie der entsprechenden Höhe der Vergütung gibt es keine bundeseinheitlichen gesetzlichen Vorgaben. Es haben vielmehr die Selbstverwaltungspartner der Landesebene den Auftrag, gemeinsam einheitliche Vorgaben für die allgemeinen Bedingungen der Pflege in den Rahmenverträgen zur pflegerischen Versorgung zu vereinbaren.

Die Pflegesätze und die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung in der stationären Pflege sowie die Pflegevergütung in der ambulanten Pflege sind zwischen der jeweiligen Pflegeeinrichtung und den Kostenträgern (Pflegekassen und die Träger der Sozialhilfe) zu vereinbaren. Sie haben gemeinsam leistungsgerechte Pflegesätze bzw. eine leistungsgerechte ambulante Pflegevergütung zu vereinbaren, die es einer Einrichtung bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, ihre Aufwendungen zu finanzieren und ihren Versorgungsauftrag zu erfüllen. Pflegesätze bzw. die ambulante Pflegevergütung spiegeln deshalb im Grunde den typischen allgemeinen Pflegeaufwand wider, den eine Pflegeeinrichtung für die Bewohnerinnen und Bewohner, die Pflegegäste bzw. die Kunden in den drei Pflegestufen, künftig ab 1. Januar 2017 in den fünf Pflegegraden, abzudecken hat.

Daraus resultiert, dass die vom Gesetz vorgesehene, leistungsgerechte Vergütung nach der Konzeption der Pflegeversicherung grundsätzlich einrichtungsindividuell zu verhandeln und abzuschließen ist. Dies dient der Förderung des Wettbewerbs unter den Einrichtungen und korrespondiert bei stationärer Pflege zugleich mit der in der Pflegesatzvereinbarung einrichtungsindividuell festzulegenden Leistungs- und Qualitätsmerkmale der Einrichtung einschließlich ihrer vorzuhaltenden personellen Ausstattung. In der Praxis werden hierbei in der ambulanten Pflege über die Pflegesatzkommissionen in den Ländern landesweit gültige Vorgaben für die Vergütung insbesondere der Leistungskomplexe vereinbart.

Wann wird die Zeitvergütung umgesetzt?

Die gesetzlichen Vorgaben zur Vergütung ambulanter Pflegeleistungen ergeben sich aus § 89 SGB XI. Gemäß § 89 Abs. 3 SGB XI können die Vergütungen bereits heute u. a. nach dem dafür erforderlichen Zeitaufwand bemessen werden. Insoweit steht Vergütungsabsprachen zwischen Pflegedienst und Kostenträgern nach Zeitaufwand rechtlich nichts im Wege; zum Teil liegen dazu auch entsprechende Vereinbarungen vor.

Wer trägt die Kosten für die zusätzlichen Betreuungskräfte in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 87b SGB XI? Werden diese weiterhin übernommen?

Die Einrichtungen haben nach geltendem Recht für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung der Pflegebedürftigen sowie der versicherten Heimbewohner Anspruch auf Vereinbarung leistungsgerechter Zuschläge zur Pflegevergütung. Die Anspruchsvoraussetzungen und weiteren Einzelheiten sind bislang in § 87b SGB XI geregelt. Ab 1. Januar 2017 wird mit dem dann gültigen § 43b SGB XI ein individueller Anspruch der Pflegebedürftigen auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung eingeführt. §§ 84 Abs. 8 und 85 Abs. 8 SGB XI regeln dazu weiterhin die Vereinbarung der entsprechenden von der Pflegeversicherung zu zahlenden Vergütungszuschläge, die auch zukünftig für die Versicherten von den Pflegekassen getragen werden.

Verhinderungspflege – welche Bereiche gehören dazu, die über die Pflegekasse abgerechnet werden können, wer darf tätig werden?

Ist eine Pflegeperson an der Pflege gehindert, hat der Pflegebedürftige für die Dauer von bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr Anspruch auf Ersatzpflege (vgl. § 39 Abs. 1 Satz 1 SGB XI). Dieser Anspruch steht auch Versicherten ohne Pflegestufe zu, die wegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz die Voraussetzungen des § 45a SGB XI erfüllen (§ 123 Abs. 2 Satz 1 SGB XI). Voraussetzungen für den Anspruch auf Verhinderungspflege sind:

- häusliche Pflege durch eine nicht erwerbsmäßig pflegende Person i.S. des § 19 SGB XI,
- mindestens sechs Monate vor der erstmaligen Verhinderung,
- Verhinderung der Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen.

Anspruchsvoraussetzung ist nicht, dass die Leistung im Voraus beantragt wurde.

Bei Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen übernimmt die Pflegekasse die nachgewiesenen Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens sechs Wochen je Kalenderjahr (Begrenzung in zeitlicher Hinsicht) sowie in Höhe von bis zu 1.612 Euro je Kalenderjahr (betragsmäßige Begrenzung). Dieser Leistungsbetrag 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 (bei gleichzeitiger Reduzierung des Leistungsbetrags für die Kurzzeitpflege in entsprechender Höhe, vgl. § 39 Abs. 2 SGB XI).

Die Ersatzpflege kann erbracht werden durch

- nicht erwerbsmäßig pflegende Personen (z.B. Angehörige, Nachbarn, Bekannte),
- zugelassene Pflegeeinrichtungen (z.B. ambulante Pflegedienste, Familienentlastende Dienste) oder
- andere nicht zugelassene Dienste, die im Rahmen einer Erwerbstätigkeit die Ersatzpflege durchführen (z.B. Dorfhelfer/-innen).

Sie kann auch außerhalb der Häuslichkeit des Anspruchsberechtigten erbracht werden, beispielsweise in einem Wohnheim für behinderte Menschen, einem Internat, einem Kindergarten, einer Schule, einem Krankenhaus usw.

Wird die Ersatzpflege in Form der häuslichen Pflege durch eine Pflegeperson durchgeführt, die mit dem Anspruchsberechtigten bis zum zweiten Grade verwandt (Eltern, Kinder, Großeltern, Enkelkinder und Geschwister) oder verschwägert (z.B. Schwiegereltern, -kinder, -enkel, Großeltern der Ehegatten, Stiefeltern, -kinder, -enkel) ist oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebt (§ 39 Abs. 3 SGB XI), kann davon ausgegangen werden, dass die Ersatzpflege nicht erwerbsmäßig ausgeübt wird. In diesen Fällen sind die Aufwendungen grundsätzlich auf den Betrag des Pflegegeldes der festgestellten Pflegestufe beschränkt. Zwei Ausnahmen gelten:

- Die genannten Personen üben die Ersatzpflege erwerbsmäßig aus. In diesem Fall besteht Anspruch auf bis zu 1.612 Euro je Kalenderjahr einschließlich der Aufstockungsmöglichkeit aus noch nicht genutzten Mitteln der Kurzzeitpflege auf insgesamt bis zu 2.418 Euro.
- Auch kann eine Kostenerstattung bis zu 1.612 Euro erfolgen, wenn der Ersatzpflegeperson notwendige Aufwendungen im Zusammenhang mit der Ersatzpflege, wie beispielsweise Fahrkosten oder Verdienstausschlag, entstanden sind. Auch hier greift die Aufstockungsmöglichkeit auf insgesamt bis zu 2.418 Euro je Kalenderjahr.

Daneben wird die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes – ebenso für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr – fortgewährt, und zwar sowohl bei nicht erwerbsmäßig als auch bei erwerbsmäßig erbrachter Ersatzpflege (vgl. § 37 Abs. 2 Satz 2 SGB XI).

Ersatzpflege im Sinne des § 39 SGB XI kann auch stundenweise erbracht werden. Bei einer stundenweisen Verhinderung der Pflegeperson von weniger als acht Stunden erfolgt ausschließlich eine Anrechnung auf den Höchstbetrag von 1.612 Euro, nicht aber auf die Höchstdauer von 42 Tagen (= sechs Wochen) je Kalenderjahr. Zudem besteht Anspruch auf das volle Pflegegeld.

Verändert sich die Definition von Verhinderungspflege ab 1. Januar 2017 und wenn ja, wie?

An der Definition der Verhinderungspflege (siehe vorherige Frage) ändert sich durch das PSG II nichts. Leistungen der Verhinderungspflege können künftig Pflegebedürftige mit Pflegegrad 2 bis 5 erhalten.

Werden die Leistungskomplexe im ambulanten Bereich angepasst? Wird Betreuung in die Leistungskomplexe integriert?

Die Partner der Selbstverwaltung auf Landesebene haben mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs auch die Aufgabe, die Landesrahmenverträge im ambulanten Bereich auf das neue Recht auszurichten und fortzuentwickeln. In diesem Zusammenhang ist u.a. die pflegerische Betreuungsleistung als Bestandteil des Leistungsanspruchs aus

§ 36 SGB XI in die zukünftigen Landesrahmenverträge aufzunehmen. Zu dieser Thematik hat das BMG am 31. August 2016 eine Fachtagung durchgeführt. Die Ergebnisse der Fachtagung sind im passwortgeschützten Bereich der Internetseite der Regionaldialoge Pflege veröffentlicht (<https://www.regionaldialog-pflege.de/willkommen/>).

Wie sehen mögliche Varianten der Kurzzeitpflege aus und welche Leistungen können unter welchen Bedingungen in Anspruch genommen werden?

Die entsprechenden Informationen finden Sie am besten auf der Website des Bundesministeriums für Gesundheit:

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Broschueren/180507_BMG_RG_Pflege.pdf

Niedrigschwellige Betreuungsleistungen – was kann alles abgerechnet und wer darf eingesetzt/tätig werden?

Versicherte, die aufgrund einer demenziellen Erkrankung, einer geistigen Behinderung oder einer psychischen Erkrankung auf Dauer erheblich in ihrer Alltagskompetenz eingeschränkt sind, haben Anspruch auf zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach § 45b SGB XI. Abhängig von dem Umfang und der Schwere der vorliegenden Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen erstattet die Pflegekasse Aufwendungen für in Anspruch genommene Betreuungs- und Entlastungsleistungen bis zu einem Betrag von 104 Euro pro Monat (Grundbetrag) oder 208 Euro pro Monat (erhöhter Betrag), also bis zu 1.248 Euro oder 2.496 Euro im Jahr.

Seit dem 1. Januar 2015 haben auch Pflegebedürftige, die nicht erheblich in ihrer Alltagskompetenz eingeschränkt sind, Anspruch auf zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen. Ihnen werden einheitlich Aufwendungen in Höhe von bis zu 104 Euro pro Monat erstattet.

Soweit der monatliche Leistungsbetrag in einem Kalendermonat nicht ausgeschöpft worden ist, wird der verbliebene Betrag in die darauffolgenden Kalendermonate übertragen (sog. Ansparen). Leistungsbeträge, die am Ende des Kalenderjahres noch nicht verbraucht worden sind, können bis zum Ende des darauffolgenden Kalenderhalbjahres übertragen werden. Danach verfallen sie.

Der Anspruch auf zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen ist gemäß § 45b Absatz 1 Satz 6 SGB XI einsetzbar für Leistungen

1. der Tages- und Nachtpflege,
2. der Kurzzeitpflege,
3. der zugelassenen Pflegedienste, sofern es sich um besondere Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung oder Angebote der hauswirtschaftlichen Versorgung (keine Grundpflege!) handelt,
4. der nach Landesrecht anerkannten niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote, die nach § 45c gefördert oder förderungsfähig sind.

Die die Betreuungs- oder Entlastungsleistungen erbringende Person oder Einrichtung muss entweder eine Zulassung durch Versorgungsvertrag (Nr. 1 bis 3) oder eine Anerkennung als

niedrigschwelliges Betreuungs- oder Entlastungsangebot nach dem jeweiligen Landesrecht (Nr. 4) besitzen, damit die für ihre Leistungen angefallenen Kosten erstattet werden können (Hinweis: Der Anspruch nach § 45b SGB XI ist kein Sachleistungs-, sondern ein Kostenerstattungsanspruch.).

Zu den niedrigschwelligen Betreuungsangeboten im Sinne des § 45b Absatz 1 Satz 6 Nummer 4 SGB XI gehören beispielsweise Betreuungsgruppen für Demenzzranke, Helferinnenkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger, Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung durch anerkannte Helfer oder Familientlastende Dienste. Als niedrigschwellige Entlastungsangebote kommen insbesondere in Betracht Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen, Alltagsbegleiter sowie Pflegebegleiter, also Angebote, die auf die Unterstützung im Haushalt oder bei der Bewältigung oder Organisation des Pflegealltags ausgerichtet sind.

Die Voraussetzungen, unter denen niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote anerkannt werden können, regelt das jeweilige Bundesland. Um zu erfahren, welche Voraussetzungen in dem Bundesland gelten und ob die Person oder Einrichtung, die der Versicherte für die Erbringung von Betreuung oder Entlastung nutzen möchte, eine Anerkennung erhalten hat oder erhalten könnte, sollte man sich an die in dem Bundesland für die Anerkennung zuständige Stelle wenden. Um welche Stelle es sich handelt, erfährt man z.B. bei dem in dem Bundesland für den Bereich Pflege zuständigen Landesministerium. Meist handelt es sich um das für Gesundheit oder Soziales zuständige Ministerium.

Seit dem 1. Januar 2015 besteht zudem die Möglichkeit, bis zu 40 % des Höchstbetrags für ambulante Pflegesachleistungen (§§ 36, 123 SGB XI) statt für Sachleistungen für Leistungen anerkannter niedrigschwelliger Betreuungs- und Entlastungsangebote zu nutzen. Wird von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht, müssen die Versicherten – ebenso wie beim ausschließlichen Bezug von Pflegegeld – regelmäßig einen pflegefachlich fundierten Beratungsbesuch abrufen.

Hinweis: Im Rahmen des Dritten Pflegestärkungsgesetzes (PSG III), dessen Kabinettentwurf vorliegt und das am 1. Januar 2017 in Kraft treten soll, wird eine Auslegungsfrage geklärt, die in letzter Zeit verstärkt aufgetreten ist, und zwar insbesondere im Zusammenhang mit dem sog. Ansparen der monatlichen Leistungsansprüche. In § 45b Abs. 2 SGB XI wird zukünftig klargestellt, dass der Anspruch auf den Entlastungsbetrag mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit und dem Vorliegen von häuslicher Pflege entsteht; einer gesonderten Antragstellung vor Beginn des Bezugs der Leistungen bedarf es somit nicht, um den Anspruch entstehen zu lassen. Diese Klarstellung gilt – ausweislich der Gesetzesbegründung – auch bereits für die aktuelle Rechtslage. Sie ist erforderlich, weil die Pflegekassen die Frage nach der Erforderlichkeit eines Antrags als Anspruchsvoraussetzung unterschiedlich handhaben. Sollte die Fragestellung im konkreten Fall auftreten, ist dem Betroffenen zu empfehlen, sich mit seiner Pflegekasse in Verbindung zu setzen und auf das PSG III Bezug zu nehmen.

Gibt es eine Gegenüberstellung der aktuell geltenden und den ab 01.01.2017 geltenden Regelungen?

Eine Gegenüberstellung der aktuell gültigen Leistungsbeträge und der neuen Leistungsbeträge ab dem 1. Januar 2017 können auf der Webseite des BMG eingesehen werden:

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-pflege/leistungen-der-pflegeversicherung/leistungen-im-ueberblick.html>

Welche Präventionsmöglichkeiten können von Menschen im Ruhestand in Anspruch genommen werden, damit sie möglichst lange zu Hause wohnen können?

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und des zunehmenden Anteils älterer und sehr alter Menschen werden Gesundheitsförderung und Prävention im Alter immer wichtiger. Ziel ist es, dass möglichst viele Menschen gesund alt werden. Gesundheitsbewusstes Verhalten kann vielen Krankheiten, die bei älteren Menschen häufig vorkommen, wie etwa Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, des Bewegungsapparats, des Stoffwechsels oder auch Demenz entgegenwirken. Insbesondere körperliche Bewegung, eine ausgewogene Ernährung, geistige Aktivität und soziale Teilhabe tragen zu einem gesunden Altern, zum Erhalt der Selbstständigkeit und zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit bei.

Die gesetzliche Krankenversicherung sieht deshalb ein umfangreiches Paket von Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention vor – angefangen vom Impfschutz über Früherkennungsuntersuchungen bis hin zur Individualprophylaxe zur Verhütung von Zahnerkrankungen. Die jeweils zuständige Krankenkasse informiert über die entsprechenden Angebote.

Darüber hinaus kann man sich auf den Internetseiten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung über Maßnahmen und Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen informieren: <http://www.gesund-aktiv-aelter-werden.de/>

Im Rahmen der Begutachtung von Pflegebedürftigen haben der MDK und andere unabhängige Gutachter zu prüfen, ob und ggf. welche Maßnahmen der Prävention geeignet, notwendig und zumutbar sind. Die Pflegekasse teilt das Ergebnis der Prüfung in der gesonderten Prävention- und Rehabilitationsempfehlung mit. Die Feststellung zur Prävention ist auf der Grundlage eines bundeseinheitlichen, strukturierten Verfahrens zu treffen und in einer gesonderten Empfehlung zu dokumentieren. Die Pflegeversicherung fördert den Verbleib in der eigenen Wohnung bzw. Häuslichkeit durch eine Vielzahl von Leistungen. Über die entsprechenden Angebote informiert die jeweilige Pflegekasse.

Warum unterstützen die Pflegekassen Pflegebedürftige und deren Angehörige nicht / zu wenig bei der Umwidmung von Pflegesachleistungen in Betreuungs- und Entlastungsleistungen?

Dem Bundesministerium für Gesundheit liegen keine eigenen Erkenntnisse darüber vor, dass die Pflegekassen die Pflegebedürftigen oder ihre Angehörigen unzureichend über die Möglichkeit zur Umwidmung von bis zu 40 Prozent des Sachleistungsbetrags zur Inanspruchnahme von Betreuungs- und Entlastungsleistungen informieren.

Unabhängig davon hat der GKV-Spitzenverband gemäß § 17 Abs. 1a SGB XI bis zum 31. Juli 2018 einheitliche Maßstäbe und Grundsätze für das Verfahren, für eine qualitätsgesicherte Durchführung und für die wesentlichen Inhalte der Pflegeberatung vorzugeben. Hierdurch soll auch erreicht werden, dass der Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung verbessert wird. Die Richtlinien sind vom BMG zu genehmigen. Das BMG wird darauf achten, dass in den Richtlinien auch die in der Frage angeführte Umwidmungsmöglichkeit aufgeführt wird.

Wie wird die Pflegequalität nach Einführung des NBA neu definiert?

Die **Qualitätsmessung, Qualitätssicherung und Qualitätsdarstellung** in der Pflege wird gemäß der Neuregelungen des PSG II umfassend weiterentwickelt. Dabei wird der so genannte Pflege-TÜV grundsätzlich überarbeitet und vor allem der Ergebnisqualität wird größere Bedeutung gegeben. Dazu wird wissenschaftlicher Sachverstand herangezogen und die Entscheidungsfindung durch einen entscheidungsfähigen Qualitätsausschuss, der durch eine qualifizierte Geschäftsstelle unterstützt wird, beschleunigt.

Wie wird die Sozialhilfe nach SGB XII (Hilfe zur Pflege, Haushaltshilfe etc.) den Pflegegraden angepasst, wenn Minutenwerte entfallen? Wird Pflegebedürftigkeit letztlich nicht zwangsläufig doch in Zeiteinheiten übersetzt? Wie wird bei der Umstellung auf Pflegegrade mit der Sozialhilfe umgegangen?

Mit dem Dritten Pflegestärkungsgesetz soll der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff auch für die Personen wirksam werden, die Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII – Sozialhilfe) und nach dem Bundesversorgungsgesetz erhalten. Dies ist wichtig, denn damit wird sichergestellt, dass auch finanziell Bedürftige eine angemessene und ausreichende Pflege im Sinne des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes erhalten. Die bisherigen Leistungen der Hilfe zur Pflege bleiben dabei erhalten, allerdings korrespondieren die künftigen Leistungsinhalte mit dem erweiterten Verständnis von Pflegebedürftigkeit.

Die Hilfe zur Pflege unterstützt pflegebedürftige Personen, indem sie die mit der Pflege verbundenen Kosten ganz oder teilweise übernimmt. Mit Einführung der Pflegeversicherung (SGB XI) wurde die Belastung der Sozialhilfe für pflegebedingte Aufwendungen deutlich reduziert. Durch dieses vorrangige Versicherungssystem werden Leistungen für ambulante, teilstationäre, Kurzzeitpflege und für stationäre Pflege erbracht. Seit Einführung der Pflegeversicherung ist die Hilfe zur Pflege vor allem zuständig für Pflegebedürftige, die das Kriterium der "erheblichen Pflegebedürftigkeit" (Stufe I nach § 15 SGB XI) nicht erfüllen, in Fällen kostenintensiver (Schwerst-) Pflege, für die die nach oben hin begrenzten Leistungen

der Pflegeversicherung nicht ausreichend sind, für die Finanzierung der nicht von der Pflegeversicherung übernommenen Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten bei der Pflege in Einrichtungen sowie für nicht pflegeversicherte Personen.

Das Dritte Pflegestärkungsgesetz befindet sich derzeit in den parlamentarischen Beratungen; die endgültigen Ergebnisse der Beratungen bleiben daher abzuwarten. Das Gesetz soll mit seinen konkreten Regelungen zur Hilfe zur Pflege im SGB XII zum 1. Januar 2017 in Kraft treten.

Neues Begutachtungsinstrument und Dokumentation

Wie wird der Hilfebedarf in der Grundpflege und Gesamtpflege bei der Einschätzung ab 01.01.2017 gesehen?

Durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II) wird ab 1. Januar 2017 ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungsinstrument zur Feststellung einer Pflegebedürftigkeit eingeführt. In diesem Zusammenhang werden die drei Pflegestufen durch fünf Pflegegrade ersetzt. Bislang bezogen sich die Begutachtung und die Zuordnung zu den drei Pflegestufen vorrangig auf die Betrachtung von Verrichtungen, die bei körperlich beeinträchtigten Menschen häufiger auftreten. Die bisherige Unterscheidung zwischen pflegebedürftigen Menschen mit körperlichen Einschränkungen und pflegebedürftigen Menschen mit kognitiven und psychischen Einschränkungen (insbesondere betrifft das Menschen mit Demenz) fällt aber nun weg. Eine Zeiterfassung spielt dann in der neuen Begutachtung keine Rolle mehr.

Um zukünftig den Grad der Pflegebedürftigkeit zu bestimmen, werden in sechs Lebensbereichen die Selbständigkeit und die Fähigkeiten einer Person eingeschätzt. Es geht dabei darum, die individuellen Beeinträchtigungen und Fähigkeiten und das Ausmaß, in dem die pflegebedürftige Person sich noch selbst ohne fremde Hilfe versorgen kann, zu erfassen.

- Modul 1 Mobilität (z.B. Positionswechsel im Bett)
- Modul 2 Kognitive und kommunikative Fähigkeiten (z.B. verstehen und reden, räumliche und zeitliche Orientierung)
- Modul 3 Verhaltensweisen und psychische Problemlagen (z.B. Unruhe in der Nacht, Aggressionen)
- Modul 4 Selbstversorgung (z.B. selbständiges Waschen, Essen oder Trinken)
- Modul 5 Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen (z.B. selbständige Medikamenteneinnahme, Blutzuckermessen)
- Modul 6 (Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (z.B. die Fähigkeit, den Tagesablauf selbständig zu gestalten, mit anderen Menschen in Kontakt zu treten)

Wie verfahren die Pflegekassen und der MDK bei Begutachtungen im 2. Halbjahr 2016 mit dem Wissen der ab 01.01.2017 grundlegend geänderten Regelungen?

Das Verfahren der Pflegekassen und das Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit der MDK bleiben bis zum 31.12.2016 unverändert zum jetzigen Verfahren. Erst zum 1.1.2017 werden der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und das neue Begutachtungsinstrument eingeführt und wirksam.

Um mögliche Probleme bei den Pflegekassen und den MDK in der Übergangsphase zu vermeiden und bei einem ggf. auftretenden erhöhten Begutachtungsaufkommen – bedingt durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs – flexibel reagieren zu können, wurden folgende gesetzliche Voraussetzungen geschaffen:

- Vom 1. 7. 2016 – 31.12.2017: Aussetzen von Wiederholungsbegutachtungen, auch dann, wenn diese vom MDK empfohlen wurden. Es sei denn, es ist mit einer Verringerung des Hilfebedarfs, insbesondere aufgrund von Operationen oder Rehabilitationsmaßnahmen, zu rechnen.
- Vom 1.11.2016 – 31.12.2017 gilt die gesetzlich vorgeschriebene Bearbeitungsfrist von Begutachtungsanträgen - 25 Arbeitstage nach Eingang des Antrags bei der Pflegekasse - nur dann, wenn ein besonders dringlicher Entscheidungsbedarf vorliegt. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat dazu bundesweit einheitliche Kriterien entwickelt. Ein dringlicher Entscheidungsbedarf liegt vor bei:
 - Erstanträgen auf Sachleistungen bei häuslicher Pflege
 - Erstanträgen auf vollstationäre Pflege

Wie wirkt sich die Umstellung der Pflegegrade auf die Pflegedokumentation aus?

Der Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung, Staatssekretär Karl-Josef Laumann, fördert ein großes Projekt zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation („Strukturierte Informationssammlung – SIS“). Bei Teilnahme an diesem Projekt kann die Pflegedokumentation ohne Einschränkungen in der Qualität und ohne haftungsrechtliche Risiken deutlich verschlankt werden; so steht den Pflegekräften wieder spürbar mehr Zeit für die Unterstützung der Bewohner zur Verfügung. An dem Projekt beteiligen sich mittlerweile bereits knapp 10.000 und damit rd. 40 % aller Pflegeeinrichtungen und –dienste in Deutschland. Die Pflegedokumentation auf der Grundlage des Strukturmodells ist mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs kompatibel; sie stellt bei fachgerechter Anwendung sicher, dass für die Begründung einer Veränderung des Pflegegrades (höher/niedriger) alle relevanten Informationen und Sachverhalte zur Verfügung stehen. Auf der Internetseite des EinSTEP-Projektbüros (<https://www.ein-step.de/>) finden sich weitergehende Informationen zum Zusammenspiel von verschlankter Pflegedokumentation und neuem Begutachtungsinstrument.

Welche Möglichkeiten haben Pflegebedürftige, wenn die Pflegestufe nicht mehr anerkannt werden soll, Pflegebedürftigkeit dennoch besteht? Sprich: Gibt es andere Unterstützungsleistungen (Sozialämter etc.)? Wie gestaltet sich das?

Ein Anspruch gegenüber dem Sozialamt auf Hilfe zur Pflege besteht in der Regel nur

- wenn eine Pflegestufe festgestellt und
- die Leistungen der Pflegeversicherung nicht ausreichen, die notwendige Versorgung zu sichern UND
- wenn Bedürftigkeit des Pflegebedürftigen (nicht der Pflegeperson) vorliegt.

Unterstützung durch das Sozialamt kommt zudem – bei finanzieller Bedürftigkeit (!) – dann in Betracht, wenn Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung nicht festgestellt wird, weil diese voraussichtlich nicht mehr als sechs Monate dauert. In diesem Fall leistet die Pflegeversicherung nicht. Darüber hinaus kommt Unterstützung als Ausnahme in besonderen Fällen, wenn ein unabweisbarer Bedarf für Pflege vorliegt, in Betracht – hierzu kann das Sozialamt Auskunft erteilen.

Kann die einrichtungsinterne Einschätzung der Selbständigkeit anhand des neuen Begutachtungsinstruments die Strukturierte Informationssammlung (SIS) ersetzen?

Nein. Das neue Begutachtungsinstrument und die Strukturierte Informationssammlung (<https://www.ein-step.de/haeufige-fragen/>) als Bestandteil des Strukturmodells dienen grundsätzlich unterschiedlichen Zwecken und sind nicht austauschbar:

Die Strukturierte Informationssammlung (SIS) dient der Erfassung und Dokumentation der individuellen Situation, insbesondere des pflegerelevanten Hilfebedarfs der pflegebedürftigen Person und einer ersten fachlichen Risikoeinschätzung.

Die in der SIS dokumentierten Informationen stellen den Einstieg in den Pflegeprozess für diesen Menschen dar. Hierbei sind die individuelle Wahrnehmung der betroffenen Person, der konkret erforderliche Unterstützungsbedarf und das persönliche Umfeld zu berücksichtigen (Kontextbezug).

Die in dem Maßnahmenplan vorgesehenen pflegerischen und betreuenden Interventionen werden durch die in der SIS niedergelegten Informationen nachvollziehbar. Dies gilt auch für persönliche Wünsche und Bedürfnisse im Sinne der Selbstbestimmung. Auch die Hintergründe, warum bestimmte pflegerische/betreuende Maßnahmen im Einzelfall nicht vorgesehen sind, können aus den Informationen der Pflegedokumentation (SIS, Maßnahmenplan, Berichteblatt) ableitbar sein und sind das Ergebnis eines Verständigungsprozesses mit der pflegebedürftigen Person.

Das neue Begutachtungsinstrument ist ein Verfahren zur Ermittlung des Grades der Selbständigkeit und bildet seine Ergebnisse in Form einer numerischen Skala ab.

Die Module und Bewertungskategorien des neuen Begutachtungsinstruments sollen das Konstrukt „Grad der Selbständigkeit“ auf möglichst zuverlässige und objektive Weise messbar machen. Die Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten werden „[...] personenbezogen und unabhängig vom jeweiligen (Wohn-)Umfeld ermittelt“ (Gesetzesbegründung zum PSG II; Kontextunabhängigkeit).

Alle Pflegebedürftigen im gleichen Pflegegrad haben damit Zugang zu den gleichen Leistungen der Pflegeversicherung. Das dominierende Ziel ist dabei, Menschen mit

unterschiedlichsten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten in eine Systematik von fünf Pflegegraden einzuordnen, die jeweils einen unterschiedlichen Leistungsanspruch gegen die Pflegeversicherung begründen. Sie sind in hohem Maße hilfreich, für sich genommen aber nicht ausreichend für die Planung des individuellen Pflegeprozesses.

Zwischenfazit: Das neue Begutachtungsinstrument bzw. eine darauf basierende einrichtungsinterne Einschätzung der Selbstständigkeit eines Pflegebedürftigen kann die fachliche, pflegerische Einschätzung des konkreten, individuellen Hilfebedarfs und der erforderlichen pflegerischen Maßnahmen im Rahmen des Pflegeprozesses nicht ersetzen. Informationen aus dem neuen Begutachtungsinstrument zum Grad der Selbstständigkeit (sofern sie vorliegen) sind allerdings eine hilfreiche Grundlage bei der Informationssammlung im Rahmen des Pflegeprozesses. Es bedarf jedoch umfangreicher weiterer Informationen wie z.B. den Gründen für eine bestimmte Beeinträchtigung, den bisherigen Bemühungen mit dieser Situation zurecht zu kommen oder auch zu den Kontextbedingungen, unter denen die Pflege stattfinden wird.

Welche gegenseitigen Nutzungsmöglichkeiten haben Gutachten nach dem neuen Begutachtungsinstrument und Informationen aus der Pflegedokumentation im Rahmen des Pflegeprozesses?

Die mit dem Begutachtungsinstrument gewonnenen Informationen über Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten einer pflegebedürftigen Person sind für sich allein genommen nicht ausreichend, um handlungsleitende Informationen für den individuellen Pflegeprozess zu erhalten. Gleichwohl stellen sie eine nutzenbringende Informationsquelle für die Pflegefachkraft dar, die für die Pflegeplanung und Steuerung des Pflegeprozesses verantwortlich ist. Steht das Ergebnis der Begutachtung zur Verfügung, können spezifische Informationen aus dem Gutachten zusätzlich im Gespräch mit der pflegebedürftigen Person aufgegriffen werden. Sinnvoll ist es, einzelne Begutachtungsergebnisse gezielt und anlassbezogen zu nutzen, zum Beispiel als Anlage zur Strukturierten Informationssammlung (SIS).

Bei relevanten Hinweisen zu gravierenden Situationsveränderungen einer pflegebedürftigen Person aus der Pflegedokumentation können vorliegende Begutachtungsergebnisse im Hinblick auf eine mögliche Veränderung des Grades der Selbstständigkeit bewertet werden. Die betreffende Person kann beraten und ggf. eine neue Begutachtung eingeleitet werden.

Nicht sinnvoll und ineffizient ist dagegen die Integration von regelmäßigen Informationssammlungen in die routinemäßige Pflegedokumentation anhand des neuen Begutachtungsinstruments, weil dies zu einem unverhältnismäßig hohen bürokratischen Mehraufwand führen würde.

Gesetzgebungs- und Umsetzungsprozess

Was besagen die Übergangsregeln zum Bestandsschutz? Sind gesonderte Rechnungsbelege für den Bestandsschutz erforderlich?

Mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zum 1. Januar 2017 werden die Leistungen der Pflegeversicherung erneut spürbar ausgeweitet. Die große Mehrheit der Pflegebedürftigen wird dann nochmals höhere Leistungen erhalten oder – in den stationären Einrichtungen – weniger zuzahlen müssen. Die Regelungen zur Überleitung bereits Pflegebedürftiger in das ab 1. Januar 2017 geltende Recht sowie zum Besitzstandsschutz im PSG stellen ergänzend sicher, dass kein Pflegebedürftiger im Vergleich zum Dezember 2016 höher belastet wird oder geringere Leistungen erhält. Im Einzelfall – etwa bei der Inanspruchnahme von Leistungen, für die die Pflegeversicherung Kostenerstattung gegen Rechnung vorsieht – kann hierzu auch das Einreichen von Rechnungsbelegen erforderlich sein.

Wie wird für die eingestreuete Kurzzeitpflege die Umstellung auf die neuen Gesetzesvorgaben organisiert (Stichwort „Vertragsumstellung“)?

Auch für die Kurzzeitpflege gilt grundsätzlich, dass mit Blick auf den Zeitraum ab 1. Januar 2017 gemäß § 92c SGB XI neue Pflegesätze zu vereinbaren sind. Mit dem Gesetz zur Errichtung eines Transplantationsregisters – das noch in diesem Herbst in Kraft tritt – werden Einrichtungen der Kurzzeitpflege jedoch von der Verpflichtung ausgenommen, einrichtungseinheitliche Eigenanteile zu ermitteln. Davon unbeschadet können sich die Vertragspartner nach § 85 SGB XI bei sogenannten eingestreuten Kurzzeitpflegeplätzen an der Vereinbarung der vollstationären Dauerpflegeeinrichtung orientieren. Für den Fall, dass Pflegesatzvereinbarungen nicht rechtzeitig abgeschlossen sind, wird mit dem o.g. Gesetz eine Berechnungsformel zur automatischen Überleitung der Pflegesätze in der Kurzzeitpflege eingeführt.

Gibt es bei der Überleitung in die Pflegegrade einen Besitzstandsschutz für den Eigenanteil, der von den Pflegebedürftigen selbst aufgebracht werden muss? Gibt es hier Unterschiede im ambulanten und stationären Bereich?

Im Zuge der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der Leistungsbeträge für die fünf neuen Pflegegrade wird im stationären Bereich eine neue Vorschrift eingeführt: Geregelt wird, dass die vollstationären Pflegeeinrichtungen ab dem 1. Januar 2017 einen pflegegradunabhängigen Eigenanteil für die nicht durch die Leistungen der Pflegeversicherung getragenen, pflegebedingten Kosten verlangen müssen. Dies ist eine wichtige sozialpolitische Errungenschaft: Künftig müssen Pflegebedürftige nicht mehr hinzuzahlen, nur weil ihre Pflegebedürftigkeit zugenommen hat. Im Ergebnis werden durch die Neuregelung viele Pflegebedürftige weniger selbst zahlen müssen als es heute der Fall ist. Steigt bei Betroffenen rechnerisch die Zuzahlung für die pflegebedingten Kosten zum 1. Januar 2017, greift eine Besitzstandsschutzregelung, die sicherstellt, dass der Eigenanteil im Januar 2017 nicht höher ausfällt als im Dezember 2016. Ein möglicher Differenzbetrag wird dann von der jeweiligen Pflegekasse erstattet. Im ambulanten Bereich ist eine solche

Regelung nicht vorgesehen, zumal dort im Rahmen der Überleitung die Leistungsansprüche im Regelfall nochmals deutlich steigen.

Wie wird die unterschiedliche Auslegung der Bundesgesetze auf Landesebene verhindert?

Das Recht der Pflegeversicherung sieht an etlichen Stellen eine Umsetzung gesetzlicher Regelungen durch die Selbstverwaltungspartner auf Landesebene vor (insbesondere durch die Landesrahmenverträge gem. § 75 SGB XI). Der Gesetzgeber ermöglicht damit bewusst – innerhalb von bundesweit einheitlichen Rahmenregelungen – Möglichkeiten für differenzierte Regelungen in den einzelnen Ländern und vor Ort.

Wann und wie erfolgt die technisch-verwaltungsrechtliche Umstellung, wie z.B. Abrechnung nach Buchführungsverordnung?

Es ist geplant unter Federführung des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV) im Laufe des Jahres eine zeitnahe Anpassung der Pflege-Buchführungsverordnung (PBV) an die neuen Regelungen im Pflegeversicherungsrecht im Zuge einer Zweiten Verordnung zur Änderung von Rechnungslegungsverordnungen vorzunehmen und zu veröffentlichen. Hierbei handelt es sich überwiegend um redaktionelle Anpassungen der PBV an die ab 1. Januar 2017 geltenden Vorgaben und Begrifflichkeiten des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes. Zudem sollen weitere Anpassungen an die geänderte Definition der Umsatzerlöse in § 277 Handelsgesetzbuch (HGB) erfolgen, letztere betreffen auch die Krankenhaus-Buchführungsverordnung. Diese Änderungen heben insgesamt den gesetzlichen Auftrag an die Pflegeselbstverwaltung, gemeinsam und einheitlich Grundsätze ordnungsgemäßer Buchführung zu vereinbaren nicht auf (vgl. § 75 Absatz 7 SGB XI). Das Verordnungsverfahren hat im August begonnen, die Verordnung ist nunmehr unter folgendem Link abrufbar:

www.bmjbv.de/SharedDocs/Gesetzgebungsverfahren/DE/Verordnung_Aenderung_Rechnungslegungsverordnung

Wann kommen die Landesverordnungen zu niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangeboten?

Zuständig für die Novellierung der landesrechtlichen Regelungen zur Anerkennung niedrigschwelliger Betreuungs- und Entlastungsangebote sind die jeweiligen Bundesländer. Dem Bundesministerium für Gesundheit liegt derzeit noch kein aktueller Überblick über den Stand der Umsetzung hierzu vor. Im Rahmen der Erarbeitung des 6. Pflegeberichts hat das Bundesministerium für Gesundheit jedoch die Länder um entsprechende Sachstandsinformationen gebeten, die im Bericht dann auch veröffentlicht werden können. Der sechste Pflegebericht wird zum Jahresende vorliegen.

Wie wird eine Aktualisierung des Personalschlüssels bei veränderter Bewohnerstruktur umgesetzt? Wer informiert die Pflegebedürftigen über die Änderungen?

Die Überleitung der Personalschlüssel – im Sinne einer Orientierung an den fünf Pflegegraden – zum 1. Januar 2017 ist Gegenstand der Rahmenverträge in den einzelnen Versorgungsbereichen auf Landesebene. In den dem BMG vorliegenden Vereinbarungen

finden sich zum Teil Regelungen, die zur Abfederung von Veränderungen in der Bewohnerstruktur personalbezogene Zuschläge vorsehen. Darüber hinaus sieht § 85 Abs. 7 SGB XI die Möglichkeit vor, bei wesentlichen Änderungen der Annahmen, die der prospektiven Vereinbarung des Pflegesatzes zugrunde lagen, die Pflegesätze auch für den laufenden Pflegesatzzeitraum neu zu verhandeln. Dies gilt laut Gesetz ausdrücklich bei einer erheblichen Abweichung der tatsächlichen Bewohnerstruktur. Über entsprechende Änderungen haben die Heime den Pflegebedürftigen insbesondere nach den Vorgaben des Wohn- und Betreuungsvertragsgesetzes zu informieren.

Welche strukturellen Veränderungen wird es im Rahmen des geplanten dritten Pflegestärkungsgesetzes (PSG III) geben?

Mit dem Entwurf des dritten Pflegestärkungsgesetz (PSG III) werden die Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege umgesetzt. Dabei soll die Beratungskompetenz der Kommunen gestärkt werden, z.B. durch ein Initiativrecht zur Gründung von Pflegestützpunkten sowie durch neue Organisationsformen der Beratung. Außerdem soll eine bessere Abstimmung des Pflegeangebots vor Ort gewährleistet werden, und die sog. niedrighschwelligen Betreuungs- und Entlastungsleistungen sollen gestärkt werden. Zudem wird der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff auch in die Hilfe der Pflege im Rahmen der Sozialhilfe übernommen. Darüber hinaus enthält der Entwurf Maßnahmen zur Vermeidung von Abrechnungsbetrug und stärkt die Vertretungen der Betroffenen in der Pflege. Das Gesetz soll zum 1. Januar 2017 in Kraft treten. Mehr zu den Inhalten des PSG III findet sich im Internet unter www.bmg.bund.de/ministerium/meldungen/2016/psg-iii-kabinett

Der Entwurf des PSG III befindet sich derzeit in den parlamentarischen Beratungen; die Ergebnisse dieser Beratungen bleiben abzuwarten. Das Gesetz soll zum 1. Januar 2017 in Kraft treten.

Wie ist der Zeitplan für das PSG III (Verabschiedung, Einführung und Umsetzung)?

Der Entwurf des PSG III ist am 28. Juni 2016 von der Bundesregierung beschlossen worden. Das Gesetz soll in seinen wesentlichen Teilen zum 1. Januar 2017 in Kraft treten. Die parlamentarischen Beratungen beginnen im September 2016.

Beratung

Bleibt die Beratungspflicht der Pflegekassen erhalten?

Pflegekassen sind zur Pflegeberatung durch die Vorschrift des § 7a SGB XI verpflichtet. Diese Verpflichtung gilt unverändert.

Durch das Dritte Pflegestärkungsgesetz wird ein für die Länder optionales Modellprojekt mit einer Laufzeit von fünf Jahren eingeführt, in dessen Rahmen bundesweit bis zu 60 „Modellvorhaben Pflege“ zugelassen werden können. In den Modellvorhaben können die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger die Beratung nach den §§ 7a bis 7c, 37 Absatz 3 und die Pflegekurse nach § 45 SGB XI von den Pflegekassen und sonstigen Beratungsstellen übernehmen. So erhalten die Kommunen die Möglichkeit, Beratung zur Pflege, Hilfe zur Pflege, Eingliederungshilfe und Altenhilfe aus einer Hand anzubieten. Die Modellvorhaben werden evaluiert und mit anderen Modellen zur Stärkung von Beratung und Vernetzung und mit Vergleichskommunen verglichen. In dieser Evaluation soll die Frage der Wahlfreiheit der Beratung besonders berücksichtigt werden.

In den Modellregionen soll die Pflegeberatung nach § 7a ausschließlich in der Verantwortung der Modellkommune durchgeführt werden. Die Tätigkeit von Pflegeberatern der Pflegekassen für die Pflegeberatung in den Modellregionen wird Gegenstand von Vereinbarungen zwischen den maßgeblichen Beteiligten sein.

Wer erhält zu welchem Zeitpunkt eine individuelle Pflegeberatung?

Seit dem 1. Januar 2016 erhalten Versicherte jedes Mal, wenn sie einen Antrag auf Leistungen bei ihrer Pflegekasse stellen, von ihrer Pflegekasse automatisch einen Termin für eine kostenlose und individuelle Pflegeberatung. Ausgenommen hiervon sind nur wiederkehrende Anträge auf Kostenerstattung. Die Beratung soll innerhalb von zwei Wochen nach Antragstellung erfolgen (§ 7a und 7b in der Fassung des PSG II). Die Pflegekasse kann auch einen Gutschein für eine unabhängige Beratungsstelle ausstellen. Außerdem benennt die Kasse eine zuständige Person für die Pflegeberatung, die auch in allen Fragen Auskunft gibt.

Seit dem 1. Januar 2016 (PSG II) haben auch Angehörige oder weitere Personen einen eigenen Anspruch auf Pflegeberatung mit oder ohne Beteiligung der pflegebedürftigen Person. Voraussetzung dafür ist das Einverständnis der pflegebedürftigen Person.

Die Pflegeberatung erfolgt auf Wunsch auch zu Hause.

Wenn kein Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt ist bzw. Pflegebedürftigkeit nicht vorliegt, haben Versicherte sowie ihre Angehörigen und Lebenspartner Anspruch darauf, von der Pflegekasse in für sie verständlicher Weise über die mit der Pflegebedürftigkeit zusammenhängenden Fragen, insbesondere über die Leistungen der Pflegekassen sowie über die Leistungen und Hilfen anderer Träger, informiert zu werden (§ 7 Abs. 2 SGB XI).

Gibt es für die Durchführung der Pflegeberatung Beratungsstandards mit bundeseinheitlicher Gültigkeit?

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen ist durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz verpflichtet worden, unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen bis zum 31. Juli 2018 Pflegeberatungs-Richtlinien für die einheitliche Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a zu erlassen, die für die Pflegeberater und Pflegeberaterinnen der Pflegekassen, der Beratungsstellen nach § 7b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 sowie der Pflegestützpunkte nach § 7c unmittelbar verbindlich sind. 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 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).

Im Übrigen sind auch die einschlägigen Empfehlungen des neuen Qualitätsausschusses (vgl. § 113b SGB XI) vor allem zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Beratungsbesuche nach Maßgabe von § 37 Abs. 3 und 5 SGB XI im Rahmen der Richtlinienerstellung zu berücksichtigen.

In den Richtlinien sollen auch Vorgaben für eine strukturierte Zusammenarbeit zwischen den Beratungsstellen vorgesehen werden unter Berücksichtigung der Rahmenverträge über die Zusammenarbeit in der Beratung nach § 7a Abs. 7 SGB XI.

Zu beteiligen sind die Länder, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und die Stellen und Akteure, die regelhaft für weitere Beratungsstellen verantwortlich sind, wie die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege sowie die Verbände der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene. Zudem ist den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene, unabhängigen Sachverständigen sowie den maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie ihrer Angehörigen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

Wie kann allgemeine Beratung abgerechnet werden?

Die Pflegekassen sind zur Pflegeberatung nach § 7a SGB XI verpflichtet. Sie haben qualifizierte Personen für die Pflegeberatung einzusetzen oder zu beauftragen, deren Anzahl dem Bedarf der Versicherten entsprechen soll. Die rechtliche Zuordnung der Pflegeberatungspersonen zu den Pflegekassen ist sachgerecht, weil damit die Entscheidungsbefugnis über die Kernleistungen bei Pflegebedürftigkeit mit der Koordinierungsfunktion zusammenfällt. Zudem ist bei den Pflegekassen bereits vielfach geschultes Beratungspersonal vorhanden, das sowohl über sozialrechtliche als auch über pflegfachliche Kenntnisse verfügt. Pflegekassen stehen nicht im Beitrags- und Leistungswettbewerb.

Pflegekassen können außerdem die Pflegeberatung, nicht jedoch Leistungsentscheidungen, ganz oder teilweise auf Dritte übertragen, welche die Pflegeberatung in ihrem Auftrag und unter ihrer Aufsicht durchführen. Pflegekassen können auch Beratungsgutscheine ausstellen, in denen unabhängige und neutrale Beratungsstellen benannt werden, bei denen Gutscheine zu Lasten der Pflegekasse eingelöst werden können.

Die unabhängigen und neutralen Beratungsstellen müssen die gesetzlichen Anforderungen an die Beratung gemäß der §§ 7 und 7a SGB XI erfüllen. Zudem ist eine vertragliche Vereinbarung mit der Pflegekasse abzuschließen. Ob diese Möglichkeit genutzt wird, liegt in der Entscheidung jeder einzelnen Pflegekasse.

Wer kann Beratung in der eigenen Häuslichkeit gemäß § 37 Abs. 3 SGB XI abrechnen?

Bezieherinnen und Bezieher von Pflegegeld rufen in den in § 37 Abs. 3 SGB XI festgelegten Abständen Beratungsbesuche ab, in denen sie durch pflegfachlich qualifizierte Beraterinnen oder Berater regelmäßige Hilfestellungen und praktische pflegfachliche Unterstützung für die häusliche Pflege erhalten können. Zugleich dienen die Besuche der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege.

Diese Beratungsbesuche erfolgen durch zugelassene Pflegeeinrichtungen, insbesondere also ambulante Pflegedienste, durch von den Landesverbänden der Pflegekassen nach § 37 Abs. 7 SGB XI anerkannte Beratungsstellen mit nachgewiesener pflegfachlicher Kompetenz oder, sofern die Durchführung des Beratungsbesuchs durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung vor Ort oder eine von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannte Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegfachlicher Kompetenz nicht gewährleistet werden kann, durch eine von der Pflegekasse beauftragte, jedoch von ihr nicht beschäftigte Pflegefachkraft. Die Vergütung für die Beratung beträgt ab dem 1. Januar 2017 in den Pflegegraden 2 und 3 bis zu 23 Euro und in den Pflegegraden 4 und 5 bis zu 33 Euro. Ab dem 1. Januar 2017 dürfen auch Versicherte, die von einem Pflegedienst ambulante Pflegesachleistungen beziehen, diese Beratungsbesuche halbjährlich einmal abrufen. Die Vergütung hierfür ist jeweils identisch.

Durchgeführt und bescheinigt werden dürfen die Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI außerdem auch durch Pflegeberaterinnen und Pflegeberater im Sinne des § 7a SGB XI sowie – nach dem Entwurf des dritten Pflegestärkungsgesetzes – ab dem 1. Januar 2017 von anerkannten Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften, die die

erforderliche pflegfachliche Kompetenz aufweisen. In diesen Fällen ist jedoch keine Vergütung der Beratungsbesuche vorgesehen.

Wird es in NRW weitere Pflegestützpunkte geben?

Pflegekassen und Krankenkassen sind zur Einrichtung von Pflegestützpunkten verpflichtet, sofern die zuständige oberste Landesbehörde die Einrichtung eines Pflegestützpunktes bestimmt (§ 7c SGB XI). Mit dem Dritten Pflegestärkungsgesetz sollen nunmehr die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe das Recht erhalten, im Zeitraum vom 1. Januar 2017 bis zum 31. Dezember 2021 von den Pflegekassen und Krankenkassen den Abschluss einer Vereinbarung zur Einrichtung eines Pflegestützpunktes auf der Grundlage der im jeweiligen Land geltenden Vorschriften zu verlangen.

Zudem sollen verpflichtende Rahmenverträge zur Arbeit und Finanzierung der Pflegestützpunkte einerseits und zur Zuständigkeit für die Koordinierung der Arbeit und die Auskunftspflicht andererseits unter Einbeziehung der kommunalen Spitzenverbände gesetzlich verankert werden. Ferner soll eine Schiedsstelle für den Fall vorgesehen werden, dass Rahmenverträge nicht zustande kommen. Hierdurch wird die Einrichtung weiterer Pflegestützpunkte erleichtert.

Wie kann sichergestellt werden, dass bei der Pflege in häuslicher Umgebung der verpflichtende Beratungsbesuch – nach § 37 Abs. 3 SGB XI durch einen ambulanten Pflegedienst – in der erforderlichen Qualität erfolgt? Wie werden diese Beratungen ausgewertet und kontrolliert?

Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) ist gesetzlich bestimmt worden, dass die Pflegeselbstverwaltung bis zum 1. Januar 2018 Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI zu beschließen hat. Der GKV-Spitzenverband hat dem BMG alle drei Jahre, erstmals zum 30. Juni 2020, einen unter wissenschaftlicher Begleitung erstellten Bericht u.a. über die Durchführung, Ergebnisse und Wirkungen der Beratung in der eigenen Häuslichkeit sowie die Fortentwicklung der Beratungsstrukturen nach § 37 Abs. 3 bis 8 SGB XI vorzulegen.

Weitere Fragen

Wie steht der Gesetzgeber zur stationären Pflege?

Das Recht der Pflegeversicherung sieht einen Vorrang der häuslichen Pflege vor: Sie soll mit ihren Leistungen vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn stärken, damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können (§ 3 SGB XI). Gleichwohl ist auch die stationäre Pflege wichtiger Bestandteil des Leistungskatalogs der Pflegeversicherung; sie leistet einen unverzichtbaren Beitrag zur Sicherstellung der Pflege, wenn diese in der eigenen Häuslichkeit des Pflegebedürftigen nicht durchführbar ist. Dies wird auch durch Zahlen deutlich: Derzeit werden rund 30 Prozent aller Pflegebedürftigen stationär versorgt.

Der Gesetzgeber hat in dieser Legislaturperiode mit den beiden Pflegestärkungsgesetzen auch die Versorgung in der stationären Pflege deutlich verbessert. Bereits mit dem Ersten Pflegestärkungsgesetz (PSG I) wurden zum 1. Januar 2015 u.a. sämtliche Leistungsbeträge auch in der stationären Pflege angehoben. Zudem wurde der Personalschlüssel für die aus den Mitteln der Pflegeversicherung voll finanzierten zusätzlichen Betreuungskräfte deutlich verbessert; der Schlüssel von 1:20 gilt nun zudem für alle Versicherten, also auch für solche ohne sog. eingeschränkte Alltagskompetenz. Damit konnte die Zahl der zusätzlichen Betreuungskräfte in den Einrichtungen von vorher rd. 25.000 auf nunmehr schätzungsweise bis zu rd. 45.000 deutlich angehoben werden. Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) wurde zudem mit § 43b SGB XI ein individueller Leistungsanspruch der Pflegebedürftigen auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung eingeführt, der die Einstellung entsprechenden Personals durch die Pflegeheime nochmals stärker fördert.

Das PSG II stärkt die stationäre Pflege darüber hinaus durch zahlreiche weitere Maßnahmen. So führt die Überleitung auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und die Festsetzung der neuen Leistungsbeträge zum 1. Januar 2017 auch im stationären Sektor zu oft höheren Leistungsbeträgen für die Pflegebedürftigen. Die Einführung des einheitlichen pflegebedingten Eigenanteils unabhängig vom Pflegegrad wird dazu beitragen, dass sich Pflegebedürftige offen zeigen, wenn ihnen von den stationären Einrichtungen angeraten wird, eine neue Begutachtung durch den MDK zu beantragen – mit entsprechend positiven Auswirkungen nicht nur auf das Verhältnis zwischen Einrichtung und der zu versorgenden, pflegebedürftigen Person, sondern (als Folge der höheren Einstufung) auch auf die mit den Kostenträgern vereinbarte Personalausstattung bzw. Vergütung.

Mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sind zudem die Personalschlüssel auf die neuen Pflegegrade auszurichten und fortzuentwickeln. Im Rahmen der gesetzlichen Neuregelungen des PSG II können die Vertragspartner die Vereinbarung von zusätzlichem Personal vorsehen, dessen Refinanzierung dann aufgrund des eingeführten Besitzstandsschutzes für die bereits Pflegebedürftigen durch die Pflegekassen und eben nicht zu Lasten der Betroffenen erfolgt.

Es gibt zu viele Pflegefachkräfte in den Kontrollinstanzen, die in der täglichen Pflege gebraucht würden. Wie kann man das verändern?

Der Gesetzgeber hat im Interesse der pflegebedürftigen Menschen vorgegeben, dass sich die Pflegeeinrichtungen in regelmäßigen Abständen einer Qualitätsprüfung unterziehen müssen. Diese Prüfungen sollten von qualifiziertem Personal vorgenommen werden. Dem BMG liegen keine Erkenntnisse vor, dass von den Medizinischen Diensten und/oder Medicproof (den beiden Institutionen, die die Qualitätsprüfungen durchführen) „zu viel“ Personal eingesetzt würde. Auch ließe sich ein Fachkräftemangel nicht durch Substitution lösen. Es bedarf daher an anderer Stelle Maßnahmen, um (noch) mehr Fachkräfte für die Pflege zu gewinnen. Das BMG setzt sich stark für solche Maßnahmen ein:

<http://www.bmg.bund.de/themen/pflege/pflegekraefte/pflegefachkraeftemangel.html>

Was wird konkret getan, um die Lebensqualität der Pflegebedürftigen zu verbessern?

Konkret werden mit den Pflegestärkungsgesetzen in dieser Legislaturperiode die Leistungen der Pflegeversicherung deutlich ausgeweitet. Außerdem werden Menschen mit kognitiven und psychischen Einschränkungen aufgrund der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nun erstmals angemessen im Recht der Pflegeversicherung berücksichtigt. Mehr und bessere Leistungen aus der Pflegeversicherung tragen konkret dazu bei, dass sich die Lebenssituation – und damit oft auch die Lebensqualität der Betroffenen deutlich verbessert.

Wie wird das Ansehen der Pflege weiter gestärkt?

Alle vorliegenden Umfragen bestätigen, dass das Ansehen der in der Pflege Beschäftigten, also insbesondere der Kranken- und Altenpflegekräfte, in der Bevölkerung sehr hoch ist. Die steigenden Zahlen von Auszubildenden und von Beschäftigten in der Pflege belegen zudem, dass eine Arbeit in der Pflege von vielen Menschen durchaus als attraktiv angesehen wird. Gleichwohl sind die Rahmenbedingungen der Arbeit in der Pflege weiter zu stärken, um die Attraktivität dieses Berufes noch mehr zu fördern. Die Bundesregierung hat in den letzten Jahren daher zahlreiche Maßnahmen initiiert, um dieses Ziel zu erreichen. Dazu gehört z.B. die Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege, die dazu beigetragen hat, dass die Ausbildungszahlen deutlich zugenommen haben. Dazu gehört aber auch die gesetzliche Stärkung der Zahlung von Tariflöhnen, eine bessere Personalausstattung in den Pflegeheimen (durch mehr zusätzliche Betreuungskräfte und – in etlichen Ländern – die Vereinbarung besserer Personalschlüssel) und eine moderne Ausbildung. Für letzteres soll das Pflegeberufegesetz sorgen, mit dem die Ausbildung modernisiert und die drei Pflegeausbildungen durchlässiger gemacht werden sollen. Im Übrigen fördert das Bundesministerium für Gesundheit das Ansehen der Pflege auch durch Informationskampagnen, wie z.B. „Ich pflege, weil ...“ (siehe auch <http://www.ich-pflege-weil.de/>).

Häufig gestellte Fragen (FAQs) zu den Pflegestärkungsgesetzen aus der zweiten Dialogrunde

Leistungen

Wie können Pflegebedürftige, die bis Ende 2016 einen Anspruch nach § 45b SGB XI 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 Verordnungsverfahren 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 pflegefachlicher 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 Pflegende 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, insbesondere 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 Pflegesachleistungen 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 darüberhinausgehender 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 mitberücksichtigt, 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 Verband 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?

Genauere 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 eingestuften 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 Begutachtungsinstrument – 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) die wesentliche Grundlage der Begutachtung (<https://www.pflegebegutachtung.de/experten/begutachtungs-richtlinien-gueltig-ab-01012017.html>).

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 pflegfachliche 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 Ersteinstufung 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.

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 Bundesministerium für Gesundheit 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 den 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).

Dokumente des Werkzeugkastens (Pflegetische)

1. Vorschlag eines Einladungsschreibens
2. Beschreibung der passenden Zielgruppen/Teilnehmer
3. Checkliste für die Vorbereitung und Organisation der Veranstaltung
4. Standardisiertes Veranstaltungskonzept für die Pflegetische: Ablauf- und Regieplan für die erste Sitzung
5. Netzwerksteckbrief
6. Projektsteckbrief
7. Linksammlung als Wissensspeicher für Werkzeuge erfolgreicher Netzwerkarbeit