



Die Pflegestärkungsgesetze

Hintergründe zu den Neuregelungen in der Pflege

Derzeit sind 2,7 Millionen Menschen in Deutschland auf Pflege angewiesen (Stand: 12/2015). Man geht davon aus, dass sich diese Zahl in den kommenden anderthalb Jahrzehnten um eine knappe weitere Million auf rund 3,5 Millionen Menschen erhöhen wird. Die Pflegeversicherung, die das Risiko, pflegebedürftig zu werden, absichert, hat sich hier seit ihrer Einführung 1995 bewährt. Um die Pflege weiterzuentwickeln und die Unterstützung für Pflegebedürftige, Angehörige und Pflegekräfte auszuweiten, hat die Bundesregierung zum 1. Januar 2015 das Erste Pflegestärkungsgesetz (PSG I) eingeführt. Mit Inkrafttreten des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes (PSG II) am 1. Januar 2016 wurde zudem die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsinstruments zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit in der Pflegeversicherung gesetzlich verankert.

Das Erste Pflegestärkungsgesetz (PSG I)

Die Ausweitung der Leistungen durch das PSG I ist eine Antwort der Bundesregierung auf die demografische Entwicklung unserer Gesellschaft. Die mit dem Pflegestärkungsgesetz eingeführten Maßnahmen helfen Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen und unterstützen die Pflegekräfte bei ihrer Arbeit. Leistungen können nun individueller in Anspruch genommen werden, die Höhe der Leistungsbeträge ist gestiegen. Finanziert wird dies durch eine Erhöhung des Beitragssatzes in der Pflegeversicherung um 0,3 Prozentpunkte. Gleichzeitig ist ein Pflegevorsorgefonds eingerichtet worden, der die Pflege nachhaltig sichern und Beitragssteigerungen in der Zukunft abmildern soll.

Das Zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II)

Mit dem PSG II hat die Bundesregierung die Grundlage für mehr Individualität in der Pflege geschaffen. Herzstück ist die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsinstruments, mit dem die bisherigen drei Pflegestufen durch fünf Pflegegrade ersetzt werden. Auf dieser Grundlage erhalten ab 2017 alle Pflegebedürftigen gleichberechtigten Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung, unabhängig davon, ob sie von körperlichen, geistigen oder psychischen Beeinträchtigungen betroffen sind. Mit dem neuen Begutachtungsinstrument kann zukünftig die individuelle Pflege- und Lebenssituation von Menschen, die einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt haben, besser erfasst werden. So wird es möglich, Pflegebedürftige individueller zu versorgen und ihre Selbständigkeit im Alltag nachhaltig zu stärken. Ein besonderes Augenmerk liegt dabei auf der besseren Einstufung von Menschen mit Demenz.

Das PSG II ist damit die weitreichendste Reform seit Einführung der Pflegeversicherung, da es das Pflegesystem für Pflegebedürftige, Angehörige und Pflegekräfte grundlegend verändert und verbessert. Auch für Beschäftigte bei den Pflegekassen, in den Kommunen und in den Pflegeeinrichtungen ergeben sich neue Aufgaben. Die mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs verbundenen organisatorischen Herausforderungen müssen also von vielen Beteiligten gemeinsam gemeistert werden.

Das neue Leistungsrecht setzt die Ziele des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs systematisch um: Bereitgestellt werden passgenaue Hilfen, die dazu dienen sollen, die Selbständigkeit und die Fähigkeiten Pflegebedürftiger zu erhalten und zu

stärken. Zur Finanzierung dieser Maßnahmen wird der Beitragssatz der Pflegeversicherung zum 1. Januar 2017 noch einmal um 0,2 Prozentpunkte angehoben, wodurch dann insgesamt etwa fünf Milliarden Euro jährlich mehr für Pflegeleistungen zur Verfügung stehen.

In Vorbereitung auf die Einführung der gesetzlichen Neuerungen haben Expertinnen und Experten in zwei Beiräten die Grundlagen für den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und das neue Begutachtungsinstrument zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit ausgearbeitet (Bericht 2009) sowie Empfehlungen zur praktischen Umsetzung gegeben (Bericht 2013).

2014: praktische Erprobung der Neuerungen

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

In einer Praktikabilitätsstudie haben die MDK-Gutachterinnen und Gutachter über 1.700 pflegebedürftige Menschen mit dem neuen Instrument begutachtet. Die Erfahrungen aus der praktischen Erprobung waren durchweg gut. Die beteiligten Gutachterinnen und Gutachter bestätigten, dass zukünftig im Rahmen der Begutachtung eine bessere und individuellere Erfassung der Lebens- und Pflegesituation gelingt.

Daneben wurden in einer Erprobungsstudie in circa 40 Pflegeheimen bei knapp 1.600 Personen die Versorgungsaufwände für pflegerische, gesundheitliche und betreuende Leistungen untersucht. Geprüft wurde ferner, wie die erfassten Versorgungsaufwände mit den bestehenden Pflegestufen der Pflegebedürftigen bzw. den zukünftigen Pflegegraden in Beziehung stehen. Die Studie gab Hinweise dafür, wie die Leistungen vor dem Hintergrund des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs neu definiert werden können.

Die Ergebnisse aus beiden Studien sind in die Gesetzgebung für das Zweite Pflegestärkungsgesetz eingeflossen.

2015 und 2016: Vorbereitung neuer Begutachtungs-Richtlinien

Damit das neue Begutachtungsinstrument ab dem 1. Januar 2017 in der Praxis zum Einsatz kommen kann, müssen zahlreiche Vorarbeiten geleistet werden. Daher ist bereits am 25. Juli 2015 mit dem Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz) ein neuer § 17a SGB XI in Kraft getreten. Mit dieser Regelung wurde sichergestellt, dass der GKV-Spitzenverband die Änderung der Richtlinien zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI (Begutachtungs-Richtlinien) frühzeitig in Angriff nehmen konnte.

Weitere geplante Neuerungen für 2016 sind:

Der Grundsatz „Reha vor Pflege“ wird gestärkt.
→ Durch Rehabilitationsleistungen kann Pflegebedürftigkeit verhindert oder hinausgezögert werden. Deshalb muss seit Inkrafttreten des Präventionsgesetzes (25. Juli 2015) bei der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit künftig immer auch ermittelt werden, ob krankheitsverhindernde Präventionsleistungen angezeigt sind. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) wurde im PSG II außerdem verpflichtet, ein bundesweit einheitliches, strukturiertes Verfahren für die Klärung der Notwendigkeit von Rehabilitationsmaßnahmen umzusetzen. Die Ergebnisse zu Prävention und Rehabilitation werden den Versicherten in einer gesonderten Präventions- und Rehabilitationsempfehlung mitgeteilt. Seit April 2016 ist zudem eine überarbeitete Rehabilitations-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in Kraft, die u. a. das Ordnungsverfahren für verordnende Ärztinnen und Ärzte vereinfacht und auch dadurch den Zugang zu Rehabilitations-Maßnahmen erleichtert.

Mehr und bessere Pflegeberatung

→ Die gesetzlichen Regelungen zur Information und Beratung werden neu strukturiert und ausgeweitet. Die Beratung selbst wird qualitativ



verbessert. Die Pflegekassen müssen künftig kostenlose Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen anbieten. Darüber hinaus soll die Zusammenarbeit der Pflegeberatung mit weiteren Beratungsstellen vor Ort, zum Beispiel den Stellen der Kommunen, durch verbindliche Landesrahmenverträge verbessert werden.

Pflegequalität mit neuen Instrumenten und Verfahren sichern

→ Die Regelungen zur Qualitätssicherung, -prüfung und -darstellung wurden im Rahmen des PSG II grundlegend überarbeitet und die Entscheidungsstrukturen der Selbstverwaltung in diesem Bereich gestrafft. Nach § 113b SGB XI wurde ein Qualitätsausschuss und damit ein effizientes Verhandlungs- und Entscheidungsgremium gebildet. Der Ausschuss muss in gesetzlich vorgegebenen Fristen und unterstützt von einer qualifizierten Geschäftsstelle ein neues Verfahren der Qualitätsprüfung vereinbaren und dabei insbesondere Indikatoren zur Messung von Ergebnisqualität berücksichtigen. Zudem soll das Verfahren zur Darstellung der Qualität (sog. genannter Pflege-TÜV) grundlegend überarbeitet werden. Die Selbstverwaltung hat auch den Auftrag, ein Konzept für die Qualitätssicherung in neuen Wohnformen, zum Beispiel ambulant betreuten Wohngruppen, zu erarbeiten.

Die neuen Instrumente und Verfahren für die Messung und Darstellung der Pflegequalität im stationären Bereich sind bis zum 31. Dezember 2017 und im ambulanten Bereich bis zum 31. Dezember 2018 fertigzustellen; sie sollen ab 2018 bzw. 2019 in der Praxis umgesetzt werden.

Basis für Stärkung des Fachpersonals bilden

→ Das PSG II stärkt die fachlichen Grundlagen der Arbeit in der Pflege und fördert die Erarbeitung neuer Versorgungskonzepte in den Einrichtungen. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff muss zum Anlass genommen werden, die Personalausstattung zu überprüfen und an den Bedarf anzupassen. Sowohl die Verantwortlichen auf Landesebene als auch die Pflegeeinrichtungen vor Ort sind hier gefordert. Zudem wird die Pflege-Selbstverwaltung erstmals gesetzlich verpflichtet, ein wissenschaftlich fundiertes Personalbemessungsverfahren zu entwickeln und zu erproben.

2017: Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff wird wirksam

Für Pflegebedürftige, pflegende Angehörige und andere Pflegepersonen gelten ab dem 1. Januar 2017 folgende Neuerungen:

Fokus auf Selbständigkeit im Alltag

→ Zukünftig geht es in der Begutachtung durch den MDK nicht mehr darum, bei dem pflegebedürftigen Menschen einen Zeitaufwand für alltägliche Verrichtungen, wie etwa den Toilettengang, zu ermitteln, sondern darum, wie selbständig er bei der Bewältigung seines Alltags ist. In sechs Bereichen werden dazu die individuellen Beeinträchtigungen und Fähigkeiten der bzw. des Pflegebedürftigen erfasst.

Individuellere Pflege für alle Pflegebedürftigen

→ Statt drei Pflegestufen wird es künftig fünf Pflegegrade geben. Durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff können die individuellen Beeinträchtigungen und Fähigkeiten der Pflegebedürftigen umfassender und genauer erfasst werden. Dadurch können die Leistungen der Pflegeversicherung passgenauer eingesetzt werden.

Gleichberechtigte Leistungen für Demenzkranke

→ Die Belange der rund 1,6 Millionen Menschen mit einer demenziellen Erkrankung in Deutschland werden bereits bei der Einstufung in einen Pflegegrad gleichberechtigt berücksichtigt. In Zukunft werden körperliche, geistige und psychische Beeinträchtigungen gleichermaßen erfasst und in die Einstufung einbezogen.

Weniger Bürokratie für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen

→ Verwaltungsvereinfachungen entlasten Versicherte und Pflegebedürftige von Bürokratie. So soll das Gutachten des Medizinischen Dienstes zur Einstufung in einen Pflegegrad künftig den Betroffenen automatisch, also ohne die bislang erforderliche Antragstellung, zugehen (mit Widerspruchsmöglichkeit).



Steigender Beitragssatz der Pflegeversicherung

→ Um die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und die damit verbundenen Leistungsverbesserungen zu finanzieren, steigt der Beitragssatz der Pflegeversicherung zum 1. Januar 2017 um 0,2 Prozentpunkte auf 2,55 Prozent bzw. 2,8 Prozent für Kinderlose.

Unbürokratische Überleitung

Wer bereits Leistungen der Pflegeversicherung bezieht, wird per Gesetz automatisch in das neue System übergeleitet. Niemand muss einen neuen Antrag auf Begutachtung stellen. So wird für die Betroffenen unnötiger zusätzlicher Aufwand vermieden. Dabei gilt: Alle, die bereits Leistungen von der Pflegeversicherung beziehen, erhalten diese auch weiterhin mindestens in gleichem Umfang – die allermeisten sogar deutlich mehr.

Für Menschen, die bis Ende 2016 einen Antrag auf Pflegeleistungen gestellt haben und daher noch nach dem bisherigen Begutachtungsverfahren eingestuft wurden, gelten einfache Übergangsregeln. Menschen mit ausschließlich körperlichen Einschränkungen werden automatisch in den nächsthöheren Pflegegrad übergeleitet: Menschen mit Pflegestufe I werden in den Pflegegrad 2, mit Pflegestufe II in den Pflegegrad 3, mit Pflegestufe III in den Pflegegrad 4 und mit Pflegestufe III mit Härtefallregelung in den Pflegegrad 5 eingestuft. Menschen, bei denen geistige Einschränkungen – etwa aufgrund einer Demenzerkrankung – oder psychische Einschränkungen vorliegen und bei denen daher bis Ende 2016 eine erhebliche Beeinträchtigung der Alltagskompetenz festgestellt wurde, kommen automatisch in den übernächsten Pflegegrad: Menschen mit der sogenannten „Pflegestufe 0“* werden in den Pflegegrad 2, mit Pflegestufe I in den Pflegegrad 3, mit Pflegestufe II in den Pflegegrad 4 und mit Pflegestufe III (mit und ohne Härtefallregelung) in den Pflegegrad 5 eingestuft.

* Menschen, deren Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung (noch) nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht, die in ihrer Alltagskompetenz aber dauerhaft erheblich eingeschränkt sind.

Weitere geplante Neuerungen sind:

Pflegende Angehörige und andere Pflegepersonen werden besser abgesichert

→ Pflegepersonen, zum Beispiel pflegende Angehörige, werden in der Renten- und Arbeitslosenversicherung besser abgesichert: Künftig zahlt die Pflegeversicherung Rentenbeiträge für alle Pflegepersonen, die eine Pflegebedürftige bzw. einen Pflegebedürftigen im Pflegegrad 2 bis 5 zu Hause pflegen – wenn sie dies mindestens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage, tun. Dabei ist auch ein Zusammenrechnen der Pflegezeiten von zwei oder mehreren Pflegebedürftigen möglich. Die Rentenbeiträge der Pflegeversicherung für die Pflegeperson steigen mit zunehmender Pflegebedürftigkeit. Wer künftig eine Angehörige bzw. einen Angehörigen mit außerordentlich hohen Beeinträchtigungen (Pflegegrad 5) pflegt, für den werden um bis zu 25 Prozent höhere Rentenbeiträge gezahlt. Außerdem werden mehr Menschen als bisher unterstützt. Allerdings werden Rentenbeiträge – wie auch bisher – nicht gezahlt, wenn die Pflegeperson bereits eine Vollrente wegen Alters bezieht oder mehr als 30 Stunden in der Woche erwerbstätig ist.

Auch der Versicherungsschutz in der Arbeitslosenversicherung wird verbessert. Für Pflegepersonen, die aus dem Beruf aussteigen, um sich um eine pflegebedürftige Person mit mindestens Pflegegrad 2 zu kümmern, bezahlt die Pflegeversicherung künftig – unabhängig von der Inanspruchnahme einer Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz – die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung für die gesamte Dauer der Pflegetätigkeit. Weitere Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson einen Pflegebedürftigen wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, pflegt. Dabei ist auch ein Zusammenrechnen der Pflegezeiten von zwei oder mehreren Pflegebedürftigen möglich. Die Pflegepersonen haben damit Anspruch auf Arbeitslosengeld und Leistungen der aktiven Arbeitsförderung, falls ein nahtloser Einstieg in eine Beschäftigung nach Ende der



Pflegstätigkeit nicht gelingt. Gleiches gilt für Personen, die für die Pflege den Leistungsanspruch aus der Arbeitslosenversicherung unterbrechen.

Anspruch auf stationäre Betreuungsangebote für alle Versicherten

→ In stationären Pflegeeinrichtungen hat künftig jede bzw. jeder Versicherte Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung. Die Einrichtungen müssen mit den Pflegekassen entsprechende Vereinbarungen schließen und zusätzliche Betreuungskräfte einstellen.

Schnellere Beantragung empfohlener Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel

→ Für Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel muss ab dem 1. Januar 2017 kein separater Antrag mehr gestellt werden, wenn die Gutachterin bzw. der Gutachter des MDK diese konkret empfiehlt. Die entsprechenden Empfehlungen werden direkt im Gutachten festgehalten und damit automatisch an die Kranken- bzw. Pflegekasse weitergeleitet. Hat die oder der Betroffene eingewilligt, ist der Antrag damit gestellt – in der Regel erfolgt dann keine weitere Prüfung mehr durch die Kasse.

Ausblick

Pflege findet vor Ort statt. Daher ist es wichtig, die Kommunen stärker als bisher in ihre Weiterentwicklung einzubinden. Um die Koordination zwischen Pflegekassen und wohnortnahen Hilfs- und Betreuungsangeboten weiter zu verbessern, hat die Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege Empfehlungen ausgesprochen, zu deren Umsetzung sich die beteiligten politischen Akteure verpflichtet haben. Von der Erprobung neuer Beratungsstrukturen über das Initiativrecht zur Einrichtung von Pflegestützpunkten bis zum Ausbau niedrigschwelliger Angebote ist das Ziel aller Maßnahmen, die Pflege vor Ort so zu entwickeln, dass pflegebedürftige Menschen so lange wie möglich in ihrer vertrauten Umgebung bleiben können.

Die vereinbarten Empfehlungen werden mit dem Dritten Pflegestärkungsgesetz umgesetzt.

Literatur zum Weiterlesen

→ Bundesministerium für Gesundheit:
Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, Berlin 2009
[www.bundesgesundheitsministerium.de/
service/publikationen](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen)

→ Bundesministerium für Gesundheit:
Bericht des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, Berlin 2013
[www.bundesgesundheitsministerium.de/
service/publikationen](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen)

→ GKV-Spitzenverband: Praktikabilitätsstudie zur Einführung des Neuen Begutachtungsassessments (NBA) in der Pflegeversicherung; Versorgungsaufwände in stationären Pflegeeinrichtungen (Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Band 12 und 13), Berlin 2015
[www.gkv-spitzenverband.de/presse/
publikationen/broschuerenbestellung](http://www.gkv-spitzenverband.de/presse/publikationen/broschuerenbestellung)