

### ***Warum ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff?***

Der Pflegebedürftigkeitsbegriff bezieht sich bislang überwiegend auf körperliche Einschränkungen. Neben dieser verkürzten Betrachtung ist er außerdem dem Vorwurf der „Minutenzählerei“ ausgesetzt, weil in der Begutachtung vorrangig festgestellt wird, wie viel Zeit bei der Unterstützung des Pflegebedürftigen erforderlich ist. Das wollen wir ändern. In Zukunft werden deshalb bei der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten – körperliche, geistige und psychische – gleichermaßen erfasst und haben damit Einfluss auf den Pflegegrad, je nach ihrer Schwere.

### ***Was ist in Zukunft anders?***

Künftig wird es statt der bisherigen drei Pflegestufen fünf Pflegegrade geben. Bei der Begutachtung wird der Grad der Selbstständigkeit bzw. der Fähigkeiten in sechs verschiedenen Bereichen ermittelt, die alle wichtig sind, wenn jemand selbstbestimmt und selbstständig sein Leben gestalten will.

Dabei handelt es sich um:

#### **1. Mobilität**

(körperliche Beweglichkeit: bspw. Aufstehen vom Bett und in das Wohnzimmer gehen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen)

#### **2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten**

(Verstehen und Reden: bspw. Orientierung über Ort und Zeit; Sachverhalte und Informationen begreifen, erkennen von Risiken, andere Menschen im Gespräch verstehen)

#### **3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen**

(„schwieriges“ Verhalten und Handeln; bspw. Unruhe in der Nacht oder Ängste und Aggressionen, die für sich und andere belastend sind, Abwehr pflegerischer Maßnahmen)

#### **4. Selbstversorgung**

(bspw. sich selbstständig waschen und ankleiden, Essen und Trinken, selbständige Benutzung der Toilette)

## **5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen**

(bspw. Medikamente selbst einnehmen zu können, die Blutzuckermessung selbst durchführen und deuten zu können oder gut mit einer Prothese oder dem Rollator zurecht zu kommen, den Arzt selbständig aufsuchen zu können)

## **6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte**

(bspw. die Fähigkeit haben den Tagesablauf selbständig zu gestalten ,mit anderen Menschen in direkten Kontakt zu treten oder die Skatrunde ohne Hilfe zu besuchen)

Der Gutachter / die Gutachterin soll das Ausmaß der (Einschränkung der) Selbständigkeit oder der Fähigkeiten in diesen Bereichen anschauen und eine Gesamtbewertung vornehmen. Dann erfolgt die Einstufung in einen der fünf Pflegegrade.

Wie dies funktioniert, soll mit **zwei Fallbeispielen** verdeutlicht werden. Allerdings ist jeder Einzelfall anders und von der persönlichen Situation abhängig; insofern können aus diesen Beispielen keine Rückschlüsse auf andere Beispiele / die eigene Pflegesituation gezogen werden.

- *Frau A. ist 73 Jahre alt. Sie lebt in einer Wohngruppe und erhält Pflege durch einen Pflegedienst. Sie ist an Demenz erkrankt und hat deshalb eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz. Außerdem beträgt ihr Grundpflegebedarf laut Gutachter etwa 48 Minuten am Tag. Sie ist in Pflegestufe 1 eingestuft. Leistungen, die sie erhält, sind insbesondere: Anleitung und Teilübernahme bei der Körperpflege; Wechsel des Inkontinenzmaterials; Tagesstrukturierung, Beschäftigung (Rätselrunde, Vorlesen), die Präsenz einer Pflege-/Betreuungskraft ist überwiegend notwendig. Zukünftig würde Frau A. Pflegegrad 3 (schwere Beeinträchtigung der Selbständigkeit) erhalten.*
- *Herr B. ist 76 Jahre alt. Er lebt zu Hause; von der Pflegeversicherung erhält er auf seinen Wunsch hin eine Kombination aus Pflegegeld und Pflegesachleistung. Auch er hat eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz, ist zudem fast blind; seinen Grundpflegebedarf hat der Gutachter mit ca. 216 Minuten am Tag festgestellt. Daher erhält Herr B. nach heutigem System Pflegestufe 2. Er benötigt Begleitung bei allen Wegen, die Vollübernahme der Körperpflege, auch Teilhilfe beim Essen; durchgehend muss am Tag jemand bei ihm sein, auch 1x pro Nacht erhält er Hilfe. Zukünftig würde Herr B. Pflegegrad 4 (schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit) erhalten.*

Die bisherige Messung der Pflegebedürftigkeit in Form von Minuten spielt in der neuen Begutachtung und damit für die Einstufung im Übrigen keine Rolle mehr.

„Minutenpflege“ (sogenannt wegen der „Minutenbegutachtung zur Einstufung“) gehört der Vergangenheit an – unabhängig davon, dass Pflege natürlich Zeit braucht, die man auch in Minuten messen könnte. Stattdessen geben wir bereits seit dem Pflegestärkungsgesetz I den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen noch mehr Wahlmöglichkeiten, über die von der Pflegeversicherung zur Verfügung gestellten Geld- und Sachleistungen selbständig zu entscheiden und sie ihrer persönlichen Situation entsprechend zu kombinieren.

### ***Gibt es eine besondere Kinderregelung?***

Ja, die gibt es. **Kinder von 0-18 Monaten** werden bei gleicher Einschränkung **um einen Pflegegrad höher** eingestuft als ältere Kinder/Erwachsene. Diese Sonderregelung dient vor allem dazu, neben den Kindern gerade auch die Eltern der Kinder zu entlasten und häufige Begutachtungen in den ersten Lebensmonaten zu vermeiden. Außerdem können wir damit natürliche Entwicklungsschwankungen durch eine großzügige Regelung auffangen. Bei pflegebedürftigen **Kindern** wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt.

### ***Was ändert sich bei den Leistungen der Pflegeversicherung?***

Im Grunde genommen führen wir im PSG II fort, was durch das erste Pflegestärkungsgesetz (PSG I) im Leistungsrecht bereits vorbereitet wurde. Im ersten Schritt haben wir umfangreiche Verbesserungen in den Leistungen vorgenommen – bspw. durch die Möglichkeit, Tages- und Nachtpflege sowie Kurzzeit- und Verhinderungspflege optimal miteinander kombinieren zu können. Künftig hat jeder ambulante Pflegedienst neben körperbezogenen Pflegemaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung auch pflegerische Betreuungsmaßnahmen anzubieten – dieser Teil der Leistungen ist nämlich gleichberechtigt neben den herkömmlichen Leistungen als Regelleistung neu im PSG II. Der Pflegedienst kann dies selbstverständlich auch in Form einer Kooperation mit anderen zugelassenen Anbietern tun. Auch die Pflegeeinrichtungen werden in ihren Konzepten prüfen müssen, wie die pflegerischen Betreuungsleistungen dort ihren Platz haben und für die Bewohner zur Verfügung stehen.

Auch hierzu ein **Fallbeispiel**:

- *Herr D., der im Pflegegrad 3 körperliche und geistige Einschränkungen hat, kann erwarten, dass der Pflegedienst, den er sich wählt, auch Betreuungsleistungen anbietet und – falls er dies wünscht – mit erbringt. Eine Pflegefachkraft des ambulanten Pflegedienstes leistet dann die Grundpflege; eine andere Beschäftigte begleitet Herrn D. z.B. beim Spazierengehen, liest etwas*

*vor und gibt Herrn D. dadurch auch inneren Halt. Denn wir wissen, dass gerade die immer wiederkehrende Ansprache, ein fester Tagesrhythmus und bestimmte Rituale (bspw. das abendliche Kartenspiel) für die Pflege zu Hause große Bedeutung haben können.*

**Wie hoch sind künftig die Leistungen in den einzelnen Pflegegraden, und wie begründet sich diese Höhe?**

Im ambulanten Bereich haben wir die Leistungsbeträge nach folgendem System festgelegt: Zunächst haben wir uns an den alten Leistungsbeträgen orientiert und zwar in den Pflegegraden jeweils an der Pflegestufe darunter. Also: Pflegegrad 2 orientiert sich dabei an Pflegestufe I, Pflegegrad 5 an den Beträgen, die Pflegestufe III plus Härtefall ergaben. Dazu kommen alle Beträge der Übergangsleistungen, die Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz bereits heute erhalten. Im Übrigen: Pflegegrad 1 ist neu im System der Pflegeversicherung und hat damit keinen Vorgänger – mit der Pflegestufe 0 ist dieser Pflegegrad nicht vergleichbar. Dort stellen wir Leistungen zur Verfügung, die mittelfristig bis zu 500.000 Menschen erstmals in die Pflegeversicherung bringen.

Im vollstationären Bereich sind wir so vorgegangen: In Zukunft enthalten die Pflegesätze einer Pflegeeinrichtung (wie bisher) den Leistungsbetrag der Pflegeversicherung für die Pflegegrade 2-5 und (das ist neu) immer gleich hohe (statt bisher unterschiedliche) pflegebedingte Eigenanteile der Pflegebedürftigen. Dieser pflegebedingte Eigenanteil wird in den Vergütungsverhandlungen speziell für jede Einrichtung ermittelt. Damit bleibt es bei der Verhandlung leistungsgerechter Pflegesätze – das ist wichtig für die Pflegeeinrichtungen. Mit dieser neuen gesetzlichen Regelung wird erreicht, dass der pflegebedingte Eigenanteil nicht mehr steigt, wenn jemand wegen seiner stärkeren Pflegebedürftigkeit in einen höheren Pflegegrad eingestuft werden muss – und das ist wichtig für die Pflegebedürftigen.

Auf der folgenden Seite findet sich eine Übersicht über die Leistungsbeträge nach dem zukünftigen Recht im PSG II und zum Vergleich heutigem Recht, jeweils auch zur Information ergänzt um die bundesdurchschnittlichen pflegebedingten Eigenanteile in vollstationären Einrichtungen.

### Hauptleistungsbeträge im Entwurf des PSG II (in Euro)

	PG1	PG2	PG3	PG4	PG5
Geldleistung ambulant	125 <sup>1</sup>	316	545	728	901
Sachleistung ambulant		689	1298	1612	1995
Leistungsbetrag stationär	125	770	1262	1775	2005
bundesdurchschnittlicher pflegebedingter Eigenanteil (einheitlich für PG2 – PG5) <sup>2</sup>		580	580	580	580

### nachrichtlich: Leistungsbeträge nach heutigem Recht (in Euro)

	PS0 EA*	PSI	PSI EA*	PSII	PSII EA*	PSIII	HF**
Geldleistung ambulant	123	244	316	458	545	728	-
Sachleistung ambulant	231	468	689	1144	1298	1612	1995
Vollstationäre Leistungsbeträge	231	1064	1064	1330	1330	1612	1995
bundesdurchschnittlicher pflegebedingter Eigenanteil <sup>3</sup>		460	460	660	660	900	900

\*EA= erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz, \*\*HF=Härtefall.

### Wie muss ich mir das neue System vorstellen?

#### Wirkt der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff für alle Betroffenen positiv?

Ja, dieses neue System bringt für alle Pflegebedürftigen einen großen Vorteil mit sich: Wir werden nun endlich dafür sorgen, dass körperlich, geistig und psychisch bedingte Pflegebedürftigkeit vollkommen gleichrangig als Einschränkung angesehen und bewertet werden. Das haben viele Fachleute seit langem gefordert und das hat uns auch der Expertenbeirat geraten. Dort waren die maßgeblichen Vertreter aus Wissenschaft, Trägerverbänden, Pflegekassen und Betroffenenverbänden beteiligt. Ein paar Stimmen aus der Fachwelt:

- Der Expertenbeirat hat in seinem Abschlussbericht vom Juni 2013 ausdrücklich empfohlen, den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff einzuführen: Dem Bericht zufolge ermöglicht der neue Begriff in Verbindung mit den fünf neuen Pflegegraden eine differenziertere Einstufung von Pflegebedürftigen und er führt zu mehr Gerechtigkeit.
- In den im letzten Jahr durchgeführten Erprobungsstudien zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff wurden die Vorzüge des neuen Begutachtungssystems (NBA) ausdrücklich bestätigt. So stellt Prof. Rothgang von der Uni Bremen – einer der Auftragnehmer – fest:

<sup>1</sup> hier keine Geldleistung, sondern eine zweckgebundene Kostenerstattung.

<sup>2</sup> es fallen (gilt für beide Tabellen) weiterhin einrichtungsspezifische Eigenanteile für Unterkunft und Verpflegung sowie für Investitionskosten an

<sup>3</sup> Hochrechnung der pflegebedingten Eigenanteile 2017

„Das NBA ist in der Lage, kognitive und somatische Einschränkungen angemessen und vergleichbar zu erfassen. [...] Damit ist das NBA dem derzeitigen Begutachtungssystem deutlich überlegen.“

- Auch das Begleitgremium zu diesen Studien hat das NBA ausdrücklich begrüßt, „weil es nicht mehr Unterstützungsbedarf in Zeit, sondern Ressourcen und Beeinträchtigungen der Antragstellenden abbildet. Es ermöglicht somit eine bessere und differenziertere Erfassung der individuellen Problemlagen und Selbstständigkeitspotenziale der Pflegebedürftigen“.

Wenn Sie so wollen, stellen wir das Begutachtungssystem vom Kopf auf die Füße – man kann es mit dem alten Pflegebegutachtungssystem überhaupt nicht vergleichen. Jeder künftig Pflegebedürftige, egal welche Einschränkung jeweils der Pflegebedürftigkeit zugrunde liegt, wird auf einer neuen und fachlich besseren Grundlage (bezeichnet als NBA) begutachtet, die Pflegefachleute erarbeitet haben. Und auf dieser Grundlage erhält jeder genau die Leistungen, die seine individuellen Ressourcen und Beeinträchtigungen berücksichtigen.

Für bereits heute Pflegebedürftige haben wir Vorsorge getroffen. Denn auch hier leiten uns zwei **Grundsätze**:

1. Niemand soll durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs schlechter gestellt werden.
2. Niemand, der bereits Leistungen bezieht, soll einen neuen Antrag auf Begutachtung stellen müssen.

Deshalb werden die Pflegestufen dieser Menschen automatisch per Gesetz in das neue System, in die Pflegegrade, **übergeleitet**. Dabei gilt, dass Menschen mit körperlichen Einschränkungen automatisch in den im Vergleich zur bisherigen Pflegestufe nächst höheren Pflegegrad übergeleitet werden; Menschen mit geistigen oder psychischen Einschränkungen, die natürlich ggf. auch körperlich eingeschränkt sein können, kommen automatisch im übernächsten Pflegegrad an. **Das heißt auch: Viele werden sich nach der Überleitung sogar besser stellen als heute – sie haben also weit mehr, als sie lediglich durch einen Bestandsschutz hätten.** Auch damit haben wir eine Empfehlung des Expertenbeirat umgesetzt.

Dafür zwei konkrete **Beispiele**:

- *Frau E. erhält derzeit als rein körperlich pflegebedürftige Person in Pflegestufe II eine Geldleistung in Höhe von 458 Euro. Durch die automatische Überleitung wird sie in Zukunft 545 Euro, also 87 Euro mehr erhalten.*

- *Ihr Nachbar war bisher ebenfalls in Pflegestufe II eingruppiert, er hat aber zusätzlich eine dementielle Erkrankung und erhält derzeit 545 Euro. Mit der automatischen Überleitung kommt er in den Pflegegrad 4 und erhält somit 728 Euro Geldleistung monatlich, das sind 183 Euro mehr monatliche Geldleistung.*

Beide Personen in unserem Beispiel erhalten zum Überleitungszeitpunkt einen schriftlichen Bescheid ihrer Pflegekasse, aus dem sich die Überleitung und auch die neuen Leistungsbeträge ergeben.

### ***Warum sind im Pflegegrad 1 weniger Leistungen als in der alten Pflegestufe I enthalten?***

Hier wird besonders gut deutlich, dass man die beiden Systeme nicht miteinander vergleichen kann: Während im alten Pflegesystem bei *Pflegestufe I* schon ein erheblicher täglicher Pflegebedarf vorausgesetzt wurde (mind. 90 Min. pro Tag im wöchentlichen Durchschnitt), werden im neuen System vergleichbar Pflegebedürftige mit erheblichen Beeinträchtigungen in den *Pflegegrad 2* eingestuft. Der Pflegegrad 1 wurde neu geschaffen und er ist auch keinesfalls vergleichbar mit Pflegestufe 0! In ihn werden zukünftig Personen eingestuft, für die die Verbesserung der Wohnsituation, Angebote allgemeiner Betreuung (z.B. Spazieren gehen) und ein gutes Eingebundensein in das Umfeld die wichtigste Unterstützung im Alltag darstellen. Und genau diese Unterstützung kann und soll dazu beitragen, eine weitere Verschlechterung der Pflegebedürftigkeit aufzuhalten ("vorbeugender Pflegegrad"). Am Pflegegrad 1 wird besonders gut sichtbar, wie viel differenzierter wir in Zukunft Pflegebedürftigkeit erfassen und unterstützen. Mit dem Pflegegrad 1 erweitern wir den Kreis derer, die erstmals überhaupt Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen können, sozusagen „nach unten aus“ – es können bis zu 500.000 Personen zusätzlich in den kommenden Jahren Leistungen der Pflegeversicherung erhalten. Wer nach heutigem Recht bereits in Pflegestufe I eingruppiert werden würde, wird hingegen künftig sehr häufig einen höheren Pflegegrad erhalten.

### ***Wie stellen sich die Pflegeeinrichtungen auf das neue System ein?***

Die Pflegeeinrichtungen verhandeln in regelmäßigen Abständen die Vergütung, die zur Pflege, Unterstützung und Betreuung der Heimbewohner erforderlich ist. Und auch nun müssen die Einrichtungen mit den Pflegekassen und Sozialhilfeträgern in Verhandlungen treten, weil das neue System ja auch von denjenigen beachtet und umgesetzt werden muss, die die Leistungen von Berufswegen anbieten und erbringen. Das muss sich dann bspw. in den Pflegekonzepten, in der Personalbemessung und in den Vergütungen widerspiegeln. Wir haben für diesen Zweck zwei Möglichkeiten vorgesehen:

- Verhandlungslösung:

Das Gesetz schafft den Rahmen dafür, dass die Verhandlungen über die Personalausstattung und die Pflegevergütung geführt und abgeschlossen werden können – und dies möglichst bereits bis zum Inkrafttreten des PSG II. Eine erfolgreiche Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs kann nur unter aktiver Mitwirkung aller Beteiligten in der Pflege gelingen. Herr Dr. Pick vom MDS<sup>4</sup>, beauftragt mit einer Studie zur Anwendbarkeit des neuen Begutachtungssystems, stellt in diesem Zusammenhang fest: "Die Ablösung der Logik Pflegezeiten durch ein System, das die Selbständigkeit fokussiert, verlangt von allen Beteiligten, grundlegend umzudenken." Das heißt, wir rufen alle, die in den Einrichtungen und Diensten Verantwortungen tragen, aber auch die Verbände der Einrichtungen und die Pflegekassen, dazu auf, diesen Prozess sehr tatkräftig zu unterstützen.

- Auffanglösung:

Wir haben mit einer Auffanglösung im Gesetz Vorsorge getroffen, falls die Verhandlungen trotz der Anstrengungen ins Stocken geraten sollten oder nicht rechtzeitig abgeschlossen werden können – immerhin gibt es rund 13.000 Pflegeheime in unserem Land. Denn auch die Einrichtungen selbst und die dort engagiert tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sollen während der automatischen Überleitungen der Bewohnerinnen und Bewohner ohne Einschränkungen arbeiten können: Die Pflegesatzvereinbarungen der Einrichtungen, für die es keinen neuen Abschluss gibt, werden dann gesetzlich übergeleitet.

Konkret wird das dann wie folgt funktionieren:

- *Wenn im Pflegeheim bis zum Umstellungszeitpunkt noch keine neue Pflegesatzvereinbarung abgeschlossen werden konnte, wird sie nach einer gesetzlichen Auffanglösung am 1. Januar 2017 übergeleitet. Bislang ist eine Pflegesatzvereinbarung nach den Pflegestufen I bis III und Härtefälle untergliedert. Mit einer Formel, die wir im Gesetz zur Verfügung stellen, wird sie in die neuen Pflegegrade 2 bis 5 umgerechnet. Die mit der Formel ermittelten Pflegesätze ergeben sich dann als Gesamtbetrag für das Pflegeheim.*

*Die Einrichtung hat also nach der Umstellung den gleichen Gesamtbetrag zur Verfügung wie zuvor. Alle Heimbewohner des Hauses haben jedoch – wenn sie vorher in Pflegestufe II oder III waren – einen niedrigeren Eigenanteil zu zahlen als zuvor. Die Heimbewohner der bisherigen Pflegestufe I zahlen nach der Überleitung denselben Betrag wie vorher auch, den Rest übernimmt die Pflegeversicherung, weil wir ja einen Bestandsschutz regeln.*

*Den Gesamtbetrag, den das Heim erhält (also der so genannte Pflegesatz) ergibt sich aus dem Leistungsbetrag des jeweiligen Pflegegrades und dem gleich hohen Eigenanteil in den Pflegegraden 2-5.*

***Verlieren Einrichtungen zukünftig möglicherweise Vergütung, weil (neu einziehende) Pflegebedürftige mit einem niedrigen Pflegegrad (Pflegegrad 1 oder 2) im Heim weniger Pflegesatz bedeuten?***

Zunächst ist wichtig zu wissen, dass alle Heime zum Umstellungszeitpunkt (Januar 2017) ein **unverändertes** Vergütungsvolumen haben werden, weil – um das mal plastisch zu formulieren – am Neujahrsmorgen 2017 dieselbe Personalbesetzung und dieselben Bewohnerinnen und Bewohner wie am Vorabend – Sylvester 2016 – im Heim arbeiten und leben. Das Heim verliert also keine Vergütung! Das wird möglich, weil spätestens ab Inkrafttreten des PSG II am 1. Januar 2016 **Neuverhandlungen der Pflegesätze erfolgen**. Im Gesetz haben wir außerdem geregelt, dass ein angemessener Zuschlag für voraussichtliche Steigerungen der Personal- und Sachkosten vorgesehen werden kann, wenn man diese z.B. über die Pflegesatzkommission zügig voranbringt. Die Heime können und sollen das Jahr 2016 also nutzen, um ihre Vergütung neu zu verhandeln und die Verantwortlichen auf Landesebene sollten das unbedingt unterstützen. Wenn einzelne Heime die Neuverhandlung nicht schaffen, dann haben wir eine Auffangregelung vorgesehen (siehe Seite 8), die ebenfalls dafür sorgt, dass das Heim am Neujahrsmorgen nicht weniger Vergütungen zur Verfügung hat.

Und noch ein Hinweis zu wahrscheinlichen Entwicklungen der zukünftigen Bewohner in der vollstationären Pflege: Bereits mit dem Ersten Pflegestärkungsgesetz haben wir die Pflege in der eigenen Häuslichkeit deutlich gestärkt. Es war uns wichtig, mit dem Entwurf des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes nochmals starke Anreize zur Förderung und Unterstützung der ambulanten Pflege zu setzen. Die Leistungsbeträge werden für den weitaus größten Teil der ambulant versorgten Pflegebedürftigen zum Teil deutliche Verbesserungen gegenüber dem Status quo mit sich bringen. Vor allem Pflegebedürftige in Pflegegrad 1 werden keine Versorgung in einem Pflegeheim benötigen; aber auch Pflegebedürftige in Pflegegrad 2 dürften selten auf eine stationäre Versorgung angewiesen sein.

---

<sup>4</sup> Spitzenverband des Medizinischen Dienstes der Pflegekassen

### **Was ändert sich im vollstationären Bereich?**

Im Unterschied zur ambulanten Versorgung stellt die Versorgung im Pflegeheim eine Versorgung und Betreuung in allen Bereichen sicher, die für die Bewohnerinnen und Bewohner Tag und Nacht bereitsteht. Wer hier lebt, hat – angefangen von Unterkunft und Verpflegung über Grund- und Behandlungspflege bis hin zu sozialer Betreuung – ein gutes Angebot. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sorgen mit großem Engagement für die Pflegebedürftigen. Die Pflegeversicherung steuert für diese Rund-um-die-Uhr-Versorgung im pflegerischen Bereich einen entsprechenden finanziellen Anteil bei.

Allerdings äußern viele Betroffene und deren Angehörige ihr Unverständnis darüber, dass bei höherer Pflegestufe die Pflegeversicherung zwar mehr zahlt, der pflegebedingte Eigenanteil aber dennoch stärker steigt. Das muss sich ändern, und das wird sich nun auch ändern:

Deshalb wollen wir im Gesetz regeln, dass es in den vollstationären Pflegeeinrichtungen einen einheitlichen Eigenanteil für die Pflegegrade 2 bis 5 geben muss, den die Einrichtung mit der Pflegekasse/dem Sozialhilfeträger ermittelt. Dieser Eigenanteil wird nicht mehr steigen, wenn jemand in einen höheren Pflegegrad eingestuft werden muss. *(Personen, die in den Pflegegrad 1 eingestuft werden, sollten angesichts ihres im Vergleich zu anderen Pflegegraden geringeren Beeinträchtigungen im Regelfall weiter in ihrer Wohnung leben können; sie sind daher nicht Zielgruppe stationärer Angebote).*

- **Fallbeispiel:** Konkret heißt das, wenn Herr F. – weil sein Pflegebedarf zunimmt – im Verlaufe seines Heimaufenthaltes von Pflegegrad 2 in Pflegegrad 3 und in der Folge vielleicht auch in Pflegegrad 4 oder 5 eingestuft werden muss, wird sein pflegebedingter Eigenanteil am Pflegesatz trotz steigender Beeinträchtigungen und damit steigenden Pflegegrads nicht mit ansteigen.

Und wir führen eine weitere Verbesserung für die Pflegebedürftigen ein: Künftig kann jeder Pflegebedürftige in den Genuss der zusätzlichen Betreuungsangebote kommen, wie spazieren gehen, singen oder Memory spielen. Bisher war das davon abhängig, ob die Einrichtung dies mit der Pflegekasse verhandelt hat. Zukünftig ist sie verpflichtet, mit den Pflegekassen entsprechende Vereinbarungen zu schließen und die zusätzlichen Betreuungskräfte einzustellen. Diese werden nach wie vor vollständig durch die Pflegekasse finanziert.

### ***Was ändert sich in der Personalausstattung/Personalbemessung?***

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff führt zu einer vollkommen neuen Betrachtung von Pflegebedürftigkeit. Pflegebedürftige werden zukünftig immer gleichermaßen in ihren körperlichen, geistigen und psychischen Einschränkungen der Selbstständigkeit begutachtet und eingestuft. Das wird dazu führen, dass sowohl ambulante als auch stationäre Einrichtungen ihre konkreten Angebote nochmals überprüfen und ggf. weiterentwickeln müssen. Selbstverständlich hat das auch Eingang in die Vereinbarungen der Partner in der Selbstverwaltung zu finden.

- **Im stationären Bereich** bedeutet das, dass Angebote für die Bewohnerinnen und Bewohner noch stärker auf die den Erhalt und die Wiedergewinnung der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten ausgerichtet sein müssen. Das kann dazu führen, dass auch andere Fachkräfte in der Einrichtung tätig werden. Denken Sie an das gemeinsame Kochen, das bspw. durch Ergotherapeuten begleitet wird. Das zeigt auch eine wichtige Verbindung hin zum Präventionsgesetz: Das gemeinsame Kochen ist unter dem Aspekt von Fähigkeiten zur Selbstversorgung im Alltag – also zum Beispiel Kartoffeln schälen – und gesunder Ernährung in der Pflegeeinrichtung wichtig.
- **Im ambulanten Bereich** wird das ebenfalls dazu führen, dass sich das Leistungsspektrum der Pflegedienste auch an dieser Neuausrichtung orientieren wird. Zum Angebot der Pflegedienste gehören nun körperbezogene Pflegemaßnahmen, Hilfen bei der Haushaltsführung und – neu – pflegerische Betreuungsmaßnahmen. Schwester Sonja vom Pflegedienst "Helfende Hände" leistet bei Frau G. die "klassische" Pflege. Sie erfährt im Gespräch, dass Frau G. sehr gerne noch hinterm Haus die Blumen im Hochbeet gießen würde, alleine schafft sie es nicht mehr. Frau Müller, die im ambulanten Pflegedienst für kleine pflegerische Betreuungsmaßnahmen tätig ist, kommt nun zweimal die Woche und hilft Frau G. beim Gießen.

Wir sind außerdem der Auffassung, dass der Personalbedarf von Pflegeeinrichtungen vor Ort besser verhandelt werden kann, als wenn bundeseinheitliche, starre Personalschlüssel vorgegeben werden. Denn: Wer eigentlich kann besser wissen, was vor Ort notwendig ist, als die konkreten Vereinbarungspartner. Eine "gleichmachende", für alle geltende Regelung auf Bundesebene kann das nicht leisten. Wichtig ist allerdings, dass für die Personalbemessung vor Ort eine fachlich fundierte Grundlage existiert. Daher sehen wir mit dem jetzt eingebrachten Gesetzentwurf vor, dass die Selbstverwaltung auf Bundesebene in den nächsten fünf Jahren ein wissenschaftlich fundiertes Verfahren für die Personalbemessung in den Pflegeeinrichtungen auf Basis des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs erarbeiten und erproben muss.

***Warum werden die Betreuungs- und Entlastungsleistungen im SGB XI weiterhin separat geführt und die Gelder nicht einfach pauschal den Pflegebedürftigen zur Verfügung gestellt?***

Wir wollen sicherstellen, dass Pflegebedürftige über alle Pflegegrade hinweg so lange wie möglich in ihrer eigenen Häuslichkeit verbleiben können. Dafür gibt es viele Leistungen der Pflegeversicherung, auch Geldleistungen. Ein ganz besonderes Anliegen ist uns die Unterstützung im Alltag, auch für pflegende Angehörige. Die Angebote, die eigens hierfür bereit stehen, sollen genau dafür "eingekauft" werden können – deshalb die Zweckbestimmung für „Entlastung“. Ganz besonders gilt dies natürlich für den Pflegegrad 1, bei dem wir die Pflegebedürftigen zielgerichtet darin unterstützen wollen, dass der noch recht hohe Grad an Selbstständigkeit möglichst lange erhalten bleibt. Diesem Ziel dienen z.B. auch die Zuschüsse zur Verbesserung des Wohnumfeldes, oder die für die Beratung, Pflegekurse und Pflegehilfsmittelhilfsmittel vorgesehenen Leistungen.

***Der Koalitionsvertrag sieht auch Verbesserungen der Beitragszahlung an die Rentenversicherung vor. Wie wird das umgesetzt?***

Die Pflegeversicherung wird einem Systemwechsel unterworfen – die benötigte Zeit für bestimmte Hilfen steht nicht mehr im Fokus, sondern der Grad der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen. Das soll sich auch auf die Berechnung der Rentenbeiträge von Pflegepersonen auswirken. Die Pflegeversicherung wird deshalb künftig für einen deutlich größeren Personenkreis Rentenbeiträge entrichten – denken Sie einmal an die automatische Überleitung der Pflegebedürftigen aus Pflegestufe 0: Deren pflegende Angehörige kommen erstmals überhaupt in den Genuss einer rentenrechtlichen Absicherung. Dabei kommt es darauf an, in welchem Umfang die Pflege erbracht wird und in welchem Pflegegrad der Pflegebedürftige eingestuft ist. Bei der Pflege von Schwerstpflegebedürftigen im Pflegegrad 5 wird dieser Anspruch grundsätzlich so hoch ausfallen wie im Falle der Erziehung eines Kindes.

Hinweis: Wenn sich mehrere Pflegepersonen die Pflege teilen, werden die Beiträge anteilig entrichtet, werden ambulante Sachleistungen in Anspruch genommen, wird ein Abschlag auf die Rentenbeiträge vorgenommen.

***Wie gestalten Sie Prävention und Rehabilitation vor und bei Pflege?***

Wer heute Rehabilitation hört, denkt sehr häufig nur an das Ziel einer Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit. Das ist bedauerlich, weil wir auch für ältere und pflegebedürftige Menschen die Möglichkeit bestehen muss, ihre Fähigkeiten und Fertigkeiten zu erhalten, zu beleben, wiederherzustellen und zu verbessern. Ziel muss es sein, Pflegebedürftigkeit möglichst zu vermeiden,

ihren Eintritt zu verzögern und Verschlimmerungen zu verhindern, damit die Betroffenen besser am Leben in der Gesellschaft, der Nachbarschaft teilnehmen können. Der Dreiklang heißt immer: **Prävention vor Rehabilitation vor Pflege.**

Allerdings kommt die Rehabilitation bereits Pflegebedürftiger – vielleicht aus den eingangs erwähnten Denkbarrieren – derzeit leider immer noch viel zu kurz. Das werden wir ändern: Das neue Begutachtungsverfahren schaut nicht nur auf Pflegebedürftigkeit, sondern erkennt auch besser die Möglichkeiten des Erhalts und der Wiedergewinnung von Selbständigkeit, die eine Person noch hat. Das ist aber nur die eine Seite. Die andere, ebenso wichtige Seite ist, dass die Pflegebedürftigen, die Rehabilitation benötigen, diese auch wirklich bekommen, wenn sie das wollen.

Damit das erreicht werden kann, führen wir **ein bundesweit einheitliches Verfahren** ein. Medizinischer Dienst (MDK) sowie Pflege- und Krankenkassen müssen zielgerichtet und gemeinsam auf einen positiven Reha-Verlauf bei den Pflegebedürftigen hinarbeiten. Durch geeignete Werkzeuge/Schulungen sollen die Gutachter in ihrer **Begutachtungstätigkeit unterstützt und gestärkt** werden. Ebenso **wird durch das neue Verfahren die Aufklärung und Information der Antragsteller** (auf Pflegeleistungen) bzgl. Reha-Bedarf und -Maßnahmen verbessert. Die Antragsteller werden auf den Hausbesuch vorbereitet, indem ihnen vorab vom MDK bereits wichtige Hinweise zur Vorbereitung übermittelt werden. Sie können sich damit auf Fragestellungen zur Rehabilitation vorbereiten und ggf. erforderliche Unterlagen bereithalten. Und die Gutachter erhalten in Zukunft für alle Kassen einheitliche Vorgaben, um eine umfassende und detaillierte Klärung des Rehabilitations-Bedarfes vornehmen zu können, der bei allen Kassen gleich erfasst wird. Nicht zuletzt geht es um eine gute und zielgenaue Datenübermittlung zwischen Kasse und MDK.

Dazu ein **Fallbeispiel**:

- *Mit dem neuen Begutachtungsverfahren werden bei Frau H. die Einschränkungen, aber auch die Möglichkeiten viel besser deutlich, die sie in ihrem Alltagsleben noch hat. Es wird besser als bisher erkennbar, wo und wie Leistungen der medizinischen Rehabilitation ansetzen können. Mit dem Fokus auf Selbstständigkeit erkennt der Gutachter – auch unterstützt durch entsprechende unterstützende Unterlagen –, dass Frau H. besonders große Probleme hat, mit ihren krankheitsbedingten Anforderungen gut umzugehen. Sie müsste darin geschult werden, wie sie als Diabetikerin auf die Essenszeiten achtet, dass es einen Zusammenhang zwischen der Ernährung und der Insulingabe morgens gibt. Dazu kommt eine Herzinsuffizienz, die längeres Gehen und Treppensteigen erheblich erschwert. Manchmal ist sie ob der Umstände etwas verzagt und glaubt nicht mehr daran, dass sie noch viele gute Möglichkeiten besitzt, um wieder mit mehr Mut und weniger Beschwerden selbständiger zu leben. Doch könnte mit einer Reha –*

*speziell für betagte Personen mit mehrfachen Beschwerden, wie Frau H. sie hat – der weitere Verlauf gut beeinflusst werden. Sogar weitere Krankheitskomplikationen könnten im Einzelfall so vermieden werden. Die Rehabilitationsempfehlung des Gutachters ist im Gutachtenformular enthalten und wird damit automatisch an die Pflegekasse weitergeleitet. Sie gilt als Antrag und als fachliche Bestätigung der Notwendigkeit zugleich. Damit kann Frau H. – deren Einverständnis vorausgesetzt – z.B. eine geriatrische Rehabilitation antreten.*

An den bewährten Zuständigkeiten für die Rehabilitation rütteln wir nicht. Es ist richtig, dass die Krankenversicherung Rehaträger auch für pflegebedürftige Menschen ist. Die Krankenversicherung ist seit jeher der wichtigste Träger für medizinische Reha-Maßnahmen von älteren, nicht mehr erwerbstätigen Menschen. Und es ist auch nicht von der Hand zu weisen, dass auch die Krankenversicherung von einem guten Gesundheitszustand pflegebedürftiger Menschen profitiert.

***Reicht die Zeit für eine Systemumstellung, die sehr umfassend ist?***

***Wie wird dieser Prozess begleitet?***

Pflegebedürftige und ihre Angehörigen, aber auch Pflegekräfte, haben ein Recht darauf, dass die Veränderungen und Weiterentwicklungen in der Pflegeversicherung so vorbereitet werden, dass das „Scharfstellen“ des neuen Systems ohne Wenn und Aber, ohne Unsicherheiten und möglichst ohne unvorhergesehene Zwischenfälle gelingt. Das sind wir ihnen schuldig.

Deshalb war es richtig, die notwendige Zeit einzuplanen und jeden Schritt sorgsam vorzubereiten. Wir haben das neue Begutachtungssystem ausreichend wissenschaftlich überprüft, und von den Expertenbeiräten liegen hilfreiche Hinweise für den Zeitraum der Umstellung vor. Wir haben im Gesetz die für die Umsetzung wichtigen Fristen festgelegt und auch dafür Sorge getragen, dass alle notwendigen Schritte, die mit einer solchen großen Systemumstellung verbunden sind, von allen Beteiligten fristgerecht geleistet werden können.

Das gesamte Verfahren werden wir akribisch und umfassend begleiten, damit im laufenden Prozess mögliche Herausforderungen frühzeitig erkannt und im Bedarfsfall schnell gehandelt werden kann. Niemand kann bei einem solchen Großvorhaben Umstellungsschwierigkeiten vollständig ausschließen. Umso wichtiger ist es, ein Begleitgremium zu haben, indem die zentralen, an der Umsetzung beteiligten Akteure vertreten sind und in ihren eigenen Verantwortungsbereichen bei Bedarf tätig werden können oder müssen. Außerdem wird der Gesamtprozess wissenschaftlich begleitet, um auch auf diese Weise Erkenntnisse über den Ablauf und die Auswirkungen zu erhalten.

Der idealtypische Verlauf entspricht dabei weitgehend dem, was die Experten im zweiten Beirat in einer „road map“ festgelegt haben:

- Der erste Schritt ist die Festlegung aller Inhalte und Verfahren des neuen Begutachtungsinstruments in den Begutachtungsrichtlinien. Dafür haben wir mit den Vorziehregelungen im Präventionsgesetz, das am 25. Juli 2015 in Kraft getreten ist, den Startschuss gegeben.
- Aufbauend auf den Richtlinien können die Vorbereitungen bei den Medizinischen Diensten und Pflegekassen (Schulungen, Anpassung der Gutachtenformulare, Umstellung der IT-Systeme usw.) begonnen werden.
- Gleichzeitig ist die Selbstverwaltung aufgefordert, die notwendigen Anpassungen, insbesondere zur Personalausstattung bei stationärer Pflege und zu den Vergütungen, vorzunehmen.

### ***Wird durch diese Reform das Leistungsrechts noch unübersichtlicher?***

Es ist uns ein großes Anliegen, dass gerade die Gesetze, die für die Menschen unmittelbar Leistungen vorsehen, auch so gut wie möglich zu verstehen sind. Deshalb war es uns besonderes wichtig, mit dem Pflegestärkungsgesetz II sorgfältig alle Möglichkeiten auszuloten, die zu einer besseren Verständlichkeit und Handhabbarkeit für die Versicherten führen. Jede/r freut sich, wenn er/sie ein Gesetz gut nachvollziehen kann.

Ein ganz naheliegender Schritt war es deshalb, die Beratung über die Leistungen der Pflegeversicherung und mögliche Hilfeangebote vor Ort nochmals zu verbessern und zu verstärken. Denn was nützen die besten Leistungen eines Gesetzes, das ausdrücklich die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen stärken will, wenn die Leistungen nicht bekannt sind, nicht verstanden werden oder nicht optimal kombiniert werden!

Außerdem entschlacken wir das Leistungsrecht und streichen unnötig gewordene Sonderregelungen. Denn der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff macht die bisherigen unterschiedlichen Regelungen zwischen z.B. geistig, psychisch und körperlich erkrankten Pflegebedürftigen weithin überflüssig. Alle Betroffenen haben künftig gleichermaßen Zugang zu Leistungen.

Nicht zuletzt schaffen wir unnötige bürokratische Hürden und Antragspflichten ab. Jeder erhält das Gutachten des Medizinischen Dienstes zur Einstufung der Pflegebedürftigkeit, es sei denn, er möchte es nicht haben. Die Zusendung erfolgt in Zukunft automatisch. Pflegebedürftige sind zudem häufig auf Hilfsmittel wie z.B. Rollator, Badewannenlift oder Duschstuhl angewiesen, denn schon einfache Hilfsmittel können die Selbständigkeit verbessern oder sichern. Die Antragsstellung dazu

ist heute allerdings oftmals noch mühselig und auch zeitaufwendig. Auch da haben wir bereinigt: Künftig kann eine zusätzliche Antragstellung auf solche Hilfsmittel oder Pflegehilfsmittel entfallen, wenn bei der Begutachtung durch den MDK zur Einstufung festgestellt wird, dass diese Hilfsmittel nötig sind. Das geht dann ganz einfach: Die Empfehlung des Gutachters zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung ist im Gutachtenformular enthalten und wird damit automatisch an die Pflegekasse weitergeleitet. Sie gilt – wenn der Pflegebedürftige einverstanden ist – als Antrag und als fachliche Bestätigung der Notwendigkeit zugleich; d.h., die pflegebedürftige Person braucht weiter nichts zu tun.

### ***Stellt der Gesetzentwurf auch sicher, dass sich die Beratung verbessert?***

Die beste Leistung ist nichts wert, wenn man darüber nicht gut informiert ist und sie nicht selbstbestimmt in Anspruch nehmen kann – so, dass sie zur eigenen Pflegesituation passt. Deshalb legen wir ein besonderes Augenmerk auf die qualitative Weiterentwicklung sämtlicher Beratungsleistungen im Recht der Pflegeversicherung. Bereits heute haben Pflegebedürftige gegenüber ihrer Pflegekasse einen Anspruch auf einen persönlichen Versorgungsplan. Oftmals sind Pflegebedürftige aber selbst nicht in der Lage, diesen Anspruch zu realisieren. Deshalb können künftig auch pflegende Angehörige vom Pflegeberater einen solchen Hilfeplan erarbeiten lassen.

Versicherte, Pflegebedürftige und pflegende Angehörige erwarten zu Recht, dass eine umfassende Beratung in hoher Qualität stattfindet. Qualität in der Beratung zeigt sich unter anderem daran

- dass über die Leistungen der Pflegeversicherung vollständig und gut verständlich informiert wird,
- dass die vor Ort vorhandenen Angebote, ihr Leistungsspektrum und ihre Preise dargestellt werden  
und - soweit erforderlich -
- die im Einzelfall passenden Hilfen organisiert werden.

Wenn eine so vorgesehene Beratung gut funktioniert, erwarten wir, dass Pflegebedürftige in der notwendigen und richtigen Weise versorgt sind und dadurch die Pflegesituation gemeinsam mit ihren Angehörigen so gut wie möglich bewältigen können. Damit das erreicht wird, sind künftig verbindliche, einheitliche Qualitätsvorgaben und Standards für die Beratung vorgesehen.

Außerdem wollen wir, dass die vor Ort für die Beratung zuständigen Akteure, vor allem Pflegekassen und Kommunen, künftig besser zusammenarbeiten und ihre Beratungsangebote besser aufeinander abstimmen. Hierin liegt noch viel Potential.

Im Gesetz wird in Zukunft die *ausschließliche Auskunft*, auf die alle Versicherten zu jeder Zeit Anspruch haben (§ 7), zum besseren Verständnis abgegrenzt von der *umfassenden Pflegeberatung* (§ 7a), auf die alle Antragsteller immer wieder einen Anspruch haben – und zwar bei jedem Antrag, es sei denn, er bezieht sich auf eine monatliche Kostenerstattung oder einen einmaligen Antrag (also bspw. auf einen Antrag auf Wohnumfeld-Verbesserung). Wenn der Antragsteller einverstanden ist, dürfen auch die Angehörigen umfassend beraten werden.

- **Fallbeispiel:** *Frau K. ist seit längerer Zeit pflegebedürftig. In der Beratung durch die Pflegekasse wurden verschiedene Möglichkeiten erläutert, wie die Pflege noch besser gestaltet werden kann. Frau K. fühlte sich zwar gut beraten, aber sie war sehr unsicher, ob sie alles richtig verstanden hatte. Deshalb hat Frau K. den Pflegeberater gebeten, ihre Tochter ebenfalls ausführlich zur Pflegesituation zu beraten. Anders ausgedrückt: Im nächsten Gespräch hat nun auch die Tochter einen Pflegeberater, nämlich für die Pflegesituation der Mutter. Das ist von besonderem Vorteil, weil sie die Pflegesituation aus ihrer eigenen Sichtweise aus etwas anders beurteilt als ihre Mutter und sie hier auch ihre eigenen Belastungen besser vortragen kann. Nun wird auch deutlich, dass sowohl Betreuungsleistungen für Frau K. als auch Entlastungsleistungen für ihre Tochter eine wichtige Hilfe in der Pflegesituation sein können. Für Frau K. kommt z. B. der Besuch einer Tagesbetreuungsgruppe und für die Tochter die konstante Begleitung durch eine ehrenamtliche Pflegebegleiterin in Betracht. Der Pflegeberater zeigt die verschiedenen Angebote im Wohnviertel auf und begleitet Frau K.'s Tochter bei der Organisation der Betreuungs- und Entlastungsdienste. Sie und der Pflegeberater verabreden, dass sie in einem halben Jahr die Pflegesituation nochmals besprechen und vielleicht nochmals neue Maßnahmen nötig sind.*

**Was ist denn die Abgrenzung zwischen diesem Gesetz und den Leistungen der Eingliederungshilfe? Die Eingliederungshilfe leistet doch auch für pflegebedürftige Menschen.**

Die Eingliederungshilfe sieht Leistungen vor, wenn ein Mensch eine Behinderung hat. Menschen können gleichzeitig eine Behinderung haben und pflegebedürftig sein. Damit dann klar ist, wer für welche Leistungen zuständig ist, gibt es in den beiden Gesetzen Regelungen, die das klären. Weil sich mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff in der Pflegeversicherung einiges ändert und zum Beispiel Menschen mit geistigen und psychischen Beeinträchtigungen verstärkt berücksichtigt werden, müssen auch die Zuständigkeiten angepasst werden. . Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff sind die Ziele der Pflegeversicherung der Erhalt der Selbständigkeit und der Fähigkeiten der Pflegebedürftigen. Die Eingliederungshilfe hat ein anderes Ziel: Sie sichert die Selbstbestimmung und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen – auch solcher, die zugleich pflegebedürftig sind – bspw. im Kindergarten, der Schule und der Ausbildung, in der Arbeitswelt, beim Wohnen und in der Freizeit. Menschen mit Behinderungen gehen oft einer Arbeit nach, manchmal auch in einer

Werkstatt oder in einem Integrationsbetrieb, sie wollen – vielleicht trotz erheblicher Pflegebedürftigkeit – in einer Wohnung leben und beschäftigen dann hierfür ggf. rund um die Uhr Assistenten und sie nehmen mit entsprechender Unterstützung in der Freizeit bspw. an aktiv an Sportveranstaltungen teil.

Mit dem Pflegestärkungsgesetz II geht auch eine Entlastung der Eingliederungshilfe einher. So werden die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung und der neue Blick auf Pflegebedürftigkeit auch vielen behinderten Menschen erstmals überhaupt Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung eröffnen. Darüber hinaus kann das Begutachtungsverfahren auch für die Eingliederungshilfe wichtige Hinweise liefern, wenn es um die Beeinträchtigungen von Menschen mit Behinderungen geht. Hier wird es auch darauf ankommen, das Zusammenwirken von Trägern und Leistungserbringern an den Übergangsstellen zwischen den sozialen Sicherungssystemen besser zu organisieren. Der umfassende Blick des neuen Begutachtungssystems ist ein Baustein dafür.

### ***Verbessern Sie im PSG II auch die Qualität?***

Qualität und Qualitätsverbesserungen sind ein zentraler Bestandteil des PSG II und ziehen sich wie ein roter Faden durch das Gesetz.

Angefangen bei deutlichen Verbesserungen in der Qualität der Beratung bis hin dazu, dass wir noch mehr als heute die Ergebnisqualität in der Pflege messen und den sogenannten Pflege-TÜV auf neue Füße stellen wollen.

Starke Pflege zeigt sich auch darin, dass sich Pflegebedürftige und ihre Angehörigen ein möglichst objektives Bild über die Pflegeeinrichtungen verschaffen können. Sicherlich sind ein gutes Freizeitangebot und ein abwechslungsreicher Speiseplan für das Wohlfühlen in einer Pflegeeinrichtung wichtig. Wir dürfen aber nicht übersehen, dass das zentrale Kriterium für eine gute Pflegeeinrichtung eine hochwertige Pflege ist, die nach den neuesten pflegfachlichen Erkenntnissen geleistet wird. Das genau bilden die bisherigen Pflegenoten nicht gut genug ab. Gerade die Vergleichbarkeit und eine sachgerechte Information über die Qualität der Einrichtungen ist mit dem derzeitigen Verfahren nur bedingt möglich. Wir legen deshalb künftig unser Augenmerk noch viel konsequenter auf die Ergebnisqualität.

Auch die **Einbeziehung neuer Wohnformen in die Qualitätssicherung** wollen wir voranbringen. Denn so sehr wir die Etablierung neuer Wohnformen begrüßen und auch fordern, so sehr liegt uns daran, auch bei diesen Angeboten konsequent für gute Qualität zu sorgen. Deshalb müssen auch für diese Angebote künftig Qualitätsstandards entwickelt, überprüfbar gemacht und die Ergebnisse der

Qualitätsprüfungen veröffentlicht werden. Gesetzlich wird nun verankert, dass von der Wissenschaft ein Konzept speziell für eine Qualitätssicherung in neuen Wohnformen zu entwickeln ist.

- *Konkretes **Beispiel**: Herr L. wohnt in einer Wohngruppe. Er fühlt sich dort sehr wohl, er ist froh, nicht ins Heim umzuziehen – zu Hause klappte es alleine leider gar nicht mehr. Allerdings ist für ihn und seine Tochter nicht so recht klar, was die Pflegekasse in seiner Wohngruppe alles prüft. Eigentlich würde er es begrüßen, wenn die Pflegekasse mehr als die ambulanten Pflegeleistungen prüfen würde. Schließlich bezahlt er dafür auch Geld und letzte Woche sah er im Fernsehen, dass es in einer solchen Wohngruppe, wie er sie bewohnt, einige Mängel gab.*

Wir gestalten Entscheidungsprozesse zu Qualitätsfragen außerdem konsequent so um, dass zügig und fundiert gearbeitet werden kann. Dazu werden aber keine neuen Institutionen oder Gremien geschaffen – denn auch das ist vollkommen unnötig: Wir nutzen schon vorhandene Strukturen und verbessern sie: Die Schiedsstelle Qualitätssicherung wird als Verhandlungs- und Entscheidungsgremium umgebildet, zur Unterstützung ihrer Arbeit erhält sie eine qualifizierte Geschäftsstelle, die die notwendige wissenschaftliche Vorarbeit koordiniert.

### ***Reicht die Anhebung des Beitragssatzes um 0,2 Prozente Beitragssatzpunkte?***

Ja, die Anhebung reicht. Dazu kommt außerdem, dass wir die Leistungen der Pflegeversicherung bereits mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz im Jahr 2013 um rund 1 Milliarden Euro und mit dem Ersten Pflegestärkungsgesetz nochmals um weitere fast 2,5 Milliarden Euro verbessert haben.

Es braucht eine kluge Balance von Leistungsverbesserungen und nachhaltiger Finanzierung. Und dann müssen wir die zur Verfügung stehenden Mittel bestmöglich einsetzen. Dafür sorgen wir mit unserem Gesetz.