

Fragen und Antworten zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff

Was ändert sich ab wann?

Mit dem Pflegestärkungsgesetz II wird zum 1. Januar 2017 der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff in die Pflegeversicherung eingeführt. Dadurch verändert sich das Begutachtungsverfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit grundlegend – Maßstab ist künftig der Grad der Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen. Bei der Begutachtung kommt es dann nicht mehr darauf an festzustellen, wie viele Minuten Hilfebedarf ein Mensch beim Waschen und Anziehen oder bei der Nahrungsaufnahme hat. Im Mittelpunkt steht künftig die Frage, wie selbstständig der Mensch bei der Bewältigung seines Alltags ist – was kann er und was kann er nicht mehr? Dazu werden seine Fähigkeiten umfassend in allen Lebensbereichen begutachtet: Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Umgang mit krankheitsbedingten Anforderungen und Belastungen, Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte.

Warum ist der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff erforderlich?

Der derzeit gültige Pflegebedürftigkeitsbegriff, der dem Begutachtungsverfahren zugrunde liegt, ist vor allem auf körperliche Einschränkungen bezogen. Gerontopsychiatrische und psychische Beeinträchtigungen werden dagegen nur sehr eingeschränkt berücksichtigt. Deshalb bekommen Menschen mit demenziellen Erkrankungen heute vergleichsweise geringe Leistungen aus der Pflegeversicherung. Das ändert sich mit der Reform grundlegend. Körperliche, kognitive und psychische Beeinträchtigungen werden gleichermaßen und umfassend berücksichtigt. Dadurch erhalten die Menschen, die bisher benachteiligt waren, einen besseren Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung.

Was wird aus den bisherigen Pflegestufen?

Bis zum 31. Dezember 2016 gelten die bisherigen drei Pflegestufen in der Pflegeversicherung. Zum 1. Januar 2017 werden die drei Stufen in fünf Pflegegrade übergeleitet.

Wie erfolgt der Übergang vom alten auf das neue System?

Alle Versicherten werden durch die Pflegekasse automatisch von ihrer Pflegestufe in den jeweiligen Pflegegrad übergeleitet. Versicherte mit körperlichen Einschränkungen werden in den nächsthöheren Pflegegrad übergeleitet: Also von Pflegestufe I in Pflegegrad 2, von Pflegestufe II in Pflegegrad 3 und von Pflegestufe III in Pflegegrad 4. Menschen, bei denen eine Beeinträchtigung der Alltagskompetenz festgestellt wurde, werden von ihrer Pflegestufe in den übernächsten Pflegegrad übergeleitet: von Pflegestufe 0 in Pflegegrad 2, von Pflegestufe I in Pflegegrad 3, von Pflegestufe II in Pflegegrad 4 und von Pflegestufe III in Pflegegrad 5.

Müssen sich Pflegebedürftige neu begutachten lassen und einen neuen Antrag bei der Pflegekasse stellen?

Nein, niemand, bei dem eine Pflegestufe festgestellt wurde, muss einen neuen Antrag stellen oder sich noch einmal begutachten lassen. Die Überleitung von den bisherigen drei Pflegestufen in die fünf Pflegegrade erfolgt zum 1. Januar 2017 automatisch. Die Versicherten müssen dafür nichts tun. Dies gilt auch für Pflegebedürftige mit sogenannter Pflegestufe 0 – das heißt Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz. Die Pflegekasse teilt jedem Pflegebedürftigen mit, in welchen Pflegegrad er kommt. Dabei gilt ein umfassender Bestandsschutz – niemand, der bereits eingestuft ist, wird durch das neue System schlechter gestellt. Die allermeisten Versicherten erhalten ab 2017 sogar deutlich bessere Leistungen als bisher.

Wie hoch sind die Leistungen in den einzelnen Pflegegraden ab 1. Januar 2017?

Die Hauptleistungsbeträge sind wie folgt:

	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
Geldleistung ambulant	*	316	545	728	901
Sachleistung ambulant		689	1298	1612	1995
Leistungsbetrag stationär	125	770	1262	1775	2005

*Pflegebedürftige in PG 1 erhalten u.a. Pflegeberatung, Beratung in eigener Häuslichkeit, Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, Zuschüsse zur Verbesserung des Wohnumfeldes, Entlastungsbetrag für Betreuungsangebote in Höhe von 125 Euro.

Was ändert sich beim Zugang zur medizinischen Rehabilitation?

Der Vorrang von Prävention und Rehabilitation vor Pflege wird ab 1. Januar 2016 nochmals gestärkt. Bislang sprachen die Gutachter bei der Pflegebegutachtung Empfehlungen zur medizinischen Rehabilitation aus. Dies wird nun um Empfehlungen zur Prävention erweitert. Das bedeutet für das Begutachtungsverfahren, dass die Gutachter eine Aussage darüber zu treffen haben, ob in der häuslichen Umgebung oder in der Einrichtung, in der der Pflegebedürftige lebt, präventive Maßnahmen empfohlen werden können. Sie müssen auch klären, ob Beratungsbedarf zu primärpräventiven Maßnahmen besteht. Primärpräventive Maßnahmen sind z.B. Gruppenangebote zur Sturzprävention oder zur Beseitigung von Mangel- oder Fehlernährung. Die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs erfolgt bei der Pflegebegutachtung in allen MDK zukünftig auf der Grundlage eines bundeseinheitlichen, strukturierten Verfahrens, dem sogenannten optimierten Begutachtungsstandard.

Was ändert sich bei der Beratung?

Der Stellenwert der Pflegeberatung wird gestärkt. Damit werden Pflegebedürftige und ihre Angehörigen zukünftig besser darin unterstützt, die Leistungen aus der Pflegeversicherung nach ihren Bedürfnissen und Wünschen zusammenzustellen. Hierfür werden die Pflegekassen zukünftig jedem, der einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung stellt, innerhalb von zwei Wochen eine Pflegeberatung anbieten. Die Pflegekassen benennen feste Ansprechpartner für die Pflegeberatung vor Ort. Ebenfalls ab 2016 haben nicht nur die Pflegebedürftigen sondern auch die Angehörigen einen Anspruch auf Pflegeberatung durch die Pflegekassen und erhalten damit mehr Unterstützung wenn es um die Organisation der Pflege geht. Außerdem sollen die verschiedenen Beratungsangebote, die es regional für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen gibt, besser aufeinander abgestimmt werden.