

Vorgestern (am 12.08.2015) hat die Bundesregierung das zweite Pflegestärkungsgesetz verabschiedet, das planmäßig zum 01.01.2016 umgesetzt sein soll und dann zum 1. Januar 2017 wirksam wird.

Die **wichtigsten Änderungen und Neuerungen**.

**Das wichtigste zuerst. Wer mit Einführung des Gesetzes bereits Pflegebedürftig ist, wird nicht schlechter gestellt als bisher.** Wehrmutstropfen, bei einer Neubewertung kommen die neuen Regelungen zum Ansatz. Und damit auch eine theoretische Verschlechterung.

Eine Studie des MBA in Bremen geht davon aus, dass mit der Einführung des neuen Pflegebegriffs etwa **11% aller bereits Pflegebedürftigen ohne diese Garantie eine Verschlechterung erfahren hätten.**

**Ziel** des zweiten Pflegestärkungsgesetz **ist die Hilfe zum Erhalt der Selbstständigkeit** von Pflegebedürftigen. Dafür wird der gesamte Pflegebegriff sowie die Einstufung einmal in den Mixer geworfen. **Heraus gekommen sind zwei völlig neue und nicht miteinander vergleichbare Welten.** Übrigens, unter Selbstständigkeit versteht der Gesetzgeber auch die Selbstständigkeit durch die Benutzung von Hilfsmitteln wie z.B. einem Rollator.

**Hauptunterschied** wird die **Umwandlung** von derzeit **3 Pflegestufen** (Die Pflegestufe 0 ist eine Erfindung der privaten Versicherer und beschreibt die eingeschränkte Alltagskompetenz) **in 5 Pflegegrade.**

Weiterhin wird die ambulante Pflege weiter gestärkt. Das sieht man sehr deutlich an den **Erhöhungen der ambulanten Erstattung**, und der **Reduzierung um rund 30% der Erstattung in den Pflegegraden 2 und 3 in der stationären Pflege.**

War **bisher ausschließlich** die **körperliche Einschränkung** im Minutentakt **entscheidend** für die Einstufung in eine Pflegestufe werden es **zukünftig 6 Bereiche** mit unterschiedlicher Gewichtung sein. Die alte **Abrechnung nach Minuten verschwindet** zwar vordergründig, bleibt aber im Hintergrund als Durchführungsverordnung erhalten. Die Aufteilung erinnert stark an die verschiedenen ADL Kataloge der Pflegerenten- Versicherer. Und das sind die sechs Bereiche:

1. **Mobilität**

*Hier ist die Mobilität innerhalb des häuslichen Umfelds gemeint z.B. Positionswechsel im Bett, Treppensteigen... Gewichtung 10%*

2. **Kognitive und kommunikative Fähigkeiten**

*Z.B. örtliche und zeitliche Orientierung, Erkennen von Personen, Erinnerung an wesentliche Ereignisse, Beteiligung am Gespräch... Gewichtung 15%*

3. **Verhaltensweisen und psychische Probleme**

*Z.B. Depressive Stimmungslage, Psychisch auffälliges Verhalten, Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, Wahnvorstellungen... Gewichtung 15%*

4. **Selbstversorgung**

*Hier wird überwiegend auf die bisherigen körperlichen Einschränkungen geachtet wie z.B. an und Auskleiden, Körperhygiene, Nahrungsaufnahme... Gewichtung 40%*

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

*Z.B. Arztbesuche, Einhalten von Diät oder Verhaltensvorschriften, Medikation, Verbandswechsel... Gewichtung 20%*

6. **Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakt**

*z.B. Anpassung an Veränderung, Ruhen und Schlafen, Sich beschäftigen, Interaktion mit anderen Menschen... Gewichtung 15%*

Die **grünen Leistungen** sind besser, die **roten Leistungen** sind schlechter, die **schwarzen Leistungen** sind gleich. Wobei die Leistungen im Ambulanten Bereich immer mit Einschränkung der Alltagskompetenz verglichen wurden ohne Einschränkung der Alltagskompetenz sind die Leistungen durchweg besser.

Was sich auch **ändern wird**, sind die **Leistungshöhen** in den einzelnen Pflegestufen. Ein Vergleich zwischen alten und neuen Stufen / Graden wie er derzeit häufig dargestellt wird ist nur für bestehende Fälle sinnvoll, da diese einen Bestandsschutz genießen.

**Für Neueinstufungen ist der Vergleich unbrauchbar**, da unterschiedliche Grundlagen zur Berechnung vorhanden sind. Ich versuche dennoch einen Bezug zur bisherigen Regelung zu finden. Die **grünen Leistungen** sind besser, die **roten Leistungen** sind schlechter, die **schwarzen Leistungen** sind gleich. Wobei die Leistungen im Ambulanten Bereich immer mit Einschränkung der Alltagskompetenz verglichen wurden Ohne Einschränkung der Alltagskompetenz sind die Leistungen durchweg besser. Die neue Leistungstabelle sieht wie folgt aus:

	PG1	PG2	PG3	PG4	PG5
Ambulante Geldleistung	125*	316	545	728	901
Ambulante Sachleistung	-	689	1.298	1.612	1.995
Vollstationäre Leistung	125*	770	1.262	1.775	2.005
Notwendige Punkte	12,5 – unter 27	27 – unter 47,5	47,5 – unter 70	70 – unter 90	90 – 100

\* PG 1 sieht einen Geldbetrag für ambulante Betreuungs- und Entlastungsmaßnahmen wie z.B. Pflegeberatung oder die Anpassung des Wohnumfeldes vor. Im Pflegeheim gilt dies für Betreuungsangebote die angeboten werden.

#### Weitere Änderungen in einer Kurzübersicht

↳ Bei der **Stationären Pflege** soll die **Eigenbeteiligung** bei einer **Höherstufung** nicht wie bisher steigen, sondern in allen Pflegegraden **gleich bleiben**. Der Betrag der **Eigenbeteiligung** soll 2017 **nicht mehr als 580 EUR** betragen. **Allerdings ist die Aussage nur auf die Pflegedienstleistung beschränkt. Hinzu kommen die Ausgaben für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten.** Auf ein Pflegeheim in Offenburg bezogen bedeutet das bei PG4 (am ehesten mit Pflegestufe 3 zu vergleichen)

Kosten für die Pflegeleistung (inkl. Ausbildung)	2.842,44€
Anteil der Pflegekasse	1.775,00€
<b>Eigenanteil</b>	1.067,44€
<b>Gedeckelt auf</b>	580,00€
<b>Zzgl.</b>	
Unterkunft	393,33€
Verpflegung	321,54€
Investitionskosten	347,40€
<b>Gesamteigenanteil nach neuer Berechnung</b>	1642,27€
<b>Bisherige Eigenbeteiligung</b>	2292,71€

**Und jetzt raten Sie mal wie kreativ die Pflegeheimbetreiber die Mindereinnahmen verpackt an die Pflegebedürftigen weitergeben? Bzw. wer die Steigerung NICHT tragen wird.- richtig die Pflegekasse**

- ↳ Pflegeheime **müssen zwingend zusätzliche Behandlungs- und Betreuungsangebote anbieten** und dafür **zusätzliches Personal einstellen**. Woher dieses kommen soll ist allerdings noch völlig offen?
- ↳ Grundsätzlich soll die **Reha vor der Pflege verstärkt werden** der MDK wird daher neue Rehaempfehlungen ausarbeiten.
- ↳ **Pflegende Angehörige erhalten** ab 2017 **unbegrenzt** für die Dauer der Pflege **Arbeitslosengeld** sofern der Betreuungsaufwand höher als 10 Wochenstunden, verteilt auf min. 2 Tage beträgt.

Werden nach dem Ende der Pflege arbeitsfördernde Maßnahmen benötigt werden diese auch übernommen.

- ↳ Auch neu ist die **unbegrenzte Leistung** der Pflegekasse an den **Rentenversicherungsträger** des pflegenden Angehörigen. Die Höhe der Leistung beträgt in der Spitze darüber hinaus rund 25% mehr als bisher.
- ↳ **Arbeitslosengeld** und die Leistung an den **Rentenversicherungsträger** gibt es nun **auch** bei **ausschließlicher Demenz**.
- ↳ Es gibt **diverse bürokratische Vereinfachungen** bei der Beantragung der Pflege. Z.B. gibt zukünftig der MDK eine Hilfsmittlempfehlung bei der Einstufung in den Pflegegrad ab, an die die Pflegekasse gebunden ist, und ohne weitere Prüfung zu genehmigen hat.
- ↳ Natürlich ist das alles nicht umsonst. Ab dem 1. Januar **2017 steigt der Beitrag** um 0,2% auf **2,55%** und für **Kinderlose** auf **2,8%**.

### Ein Hinweis zum Schluss.

- 👍 Bedingungen sind nicht umsonst das entscheidende Kriterium bei der Wahl eines Tarifs. Achten Sie bspw. bei Pflegerenten darauf, dass auch tatsächlich die soziale Pflege Grundlage für die Einstufung ist, und nicht ausschließlich die von der Gesellschaft definierte ADL Leistung gilt.
- 👍 Sonst gilt möglicherweise weiterhin nur die alte Definition.

**Unabhängig von der Versicherungsart betreiben Sie  
finanzielles Harakiri sofern Sie heute noch Tarife ohne  
Umstellungsgarantie kaufen.**

- 👍 Achten Sie auf die Definition der Umstellungsoption. Z.B. auf eine Umstellung ohne Gesundheitsprüfung. (ja, es gibt Optionen mit Gesundheitsprüfung). Oder wenn die Option keine Mitteilungspflicht seitens des Versicherers enthält. Was ist dann zum Stichpunkt? Muss der Kunde selbstständig aktiv werden?

**Agieren Sie heute noch...**