

Information der Landesseniorenvertretung zur Pflegegesetzgebung I und II

Was sind die wesentlichen Änderungen in der noch neuen Pflegegesetzgebung?

Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff, also das, wovon grundsätzlich ausgegangen wird, wenn es um die Betrachtung eines Menschen im Hinblick auf die Pflege geht, stellt die Ressourcen von Menschen in den Mittelpunkt. Das bedeutet: Der Blick wird vor allem auf das gerichtet, was Menschen noch können.

Seit langem fordern die Pflegewissenschaft als auch die Seniorenvertretungen, dass die neu entwickelte Methode zur Bestimmung der Hilfebedürftigkeit in Form von Pflegegraden eingeführt wird. Warum? Weil die bisherigen Pflegestufen die Situation von vielen faktisch pflegebedürftigen Menschen nicht erfassten. Nun sind fünf neue Pflegegrade vorgesehen, die die rein an den körperlichen Verrichtungen orientierten bisherigen drei Pflegestufen ablösen sollen.

Ziel ist Erhalt der Selbstständigkeit und Förderung der Selbstbestimmung sowie der Verbleib im häuslichen Umfeld.

Pflegegrade statt Pflegestufen

Die Feststellung eines Pflegegrades ist die Voraussetzung dafür, dass die Pflegeversicherungen (und ggf. auch die Sozialämter mittels „Hilfe zur Pflege“) Zuschüsse zu den Pflegekosten (ambulant oder stationär) geben.

In sechs Bereichen (Modulen) wird geprüft

Das neue Begutachtungsinstrument zur Einstufung in die Pflegegrade erfasst sehr viele Situationen in sechs Bereichen, den sogenannten „Modulen“. Diese Module sind 1. Mobilität, 2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten, 3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, 4. Selbstversorgung, 5. medizinischer Hilfebedarf, 6. Gestaltung des Alltagslebens.

Wo gibt es Grenzen des Prüfbereichs?

Im Modul 1, „Mobilität“, werden allein Mobilitätsstörungen im häuslichen Bereich erfasst. Mobilitätsschwierigkeiten außerhalb der Wohnung sind nicht prüfungsrelevant. Hier ist ein Widerspruch zu kritisieren: Im Gesetz wird gefordert, dass pflegebedürftige Menschen weiterhin am sozialen Leben teilhaben sollen. Auch die Anforderungen der Haushaltsführung werden nicht erfasst, obwohl früher bei den Pflegestufen dies einen großen Anteil bei der Einstufung ausmachte.

Was ist neu an den Pflegegraden?

Während bei den früheren Pflegestufen nur der Zeitaufwand einer Nichtfachkraft für die Durchführung der „körperlichen Pflege“ berücksichtigt wurde, wird jetzt beurteilt, welche Ressourcen eine Person sowie welche Selbstständigkeit und Fähigkeiten sie hat. Daraus wird dann der Hilfebedarf geschätzt. Dieser wird also nicht tatsächlich ermittelt. Für die Einschätzung der Fähigkeiten gibt es einen weiten Ermessensspielraum, der von Gutachter zu Gutachter unterschiedlich sein wird – deshalb kann und sollte dies per Widerspruch sowie rechtlich überprüft werden.

Neues Begutachtungsinstrument

Entsprechend dem Ansatz der „Ressourcenorientierung“ des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs stehen die personellen Ressourcen, die Selbstständigkeit und die Fähigkeiten eines Menschen nun im Blick der Begutachtung. Die Begutachtung erfolgt nun mit einem neuen Instrument, dem sogenannten „Neuen Begutachtungsassessment“ (NBA). Die Feststellung einer Pflegebedürftigkeit erfolgt jetzt durch Vergabe eines Pflegegrades. Ein solcher Pflegegrad ist die Voraussetzung, um Leistungen von der Pflegekasse zu erhalten.

Was gehört noch zur Begutachtung?

Der MDK muss für seine Begutachtung die Menschen nun grundsätzlich aufsuchen. Zur Eingraduierung erfolgt eine Erfassung der Bedarfe für die Haushaltsführung, den Betreuungsbedarf und für die Unterstützung zur Teilnahme am gesellschaftlichen Leben sowie den Bedarf an Reha-Maßnahmen und an Hilfsmitteln. Die Feststellung des Hilfsmittelbedarfs bedeutet auch gleichzeitig deren Beantragung.

Hinweis: Bei den Reha-Maßnahmen muss zwischen einer geriatrischen Reha (allgemeine internistische Maßnahmen dem Alter entsprechend) sowie einer indikationsbezogenen unterschieden werden. Oftmals ist eine indikationsbezogene Reha zu bevorzugen. Diese kann auch einer geriatrischen Reha angeschlossen werden. Um eine sofortige Heimunterbringung nach einem Unfall zu vermeiden, sollte auch die Möglichkeit einer Kurzzeitpflege (nach Pflegegradeinstufung) genutzt werden.

Gutachten des MDK überprüfen!

Pflegebedürftige Menschen sollen nun das Gutachten des MDK erhalten. Wollen sie es nicht sehen, müssen sie dieses aktiv ablehnen.

Überschneidungen bei Betreuungsleistungen!

In die Pflegeversicherung wurde nun ein neuer Teil des Eingliederungsrechts (Teilhaberecht bei Behinderung) aufgenommen. Hierbei kommt es zu Überschneidungen mit den Betreuungsleistungen, die sich aus dem SGB IX ergeben. Aktuell wird das SGB IX verändert, dessen neue Regelungen sollen am 01.01.2018 und am 01.01.2020 in Kraft treten.

Wie spiegeln sich die Prüfergebnisse in den Modulen bei der Eingraduierung?

Für die Prüfungen in den sechs Modulen werden Punkte vergeben. Zum Beispiel dafür, wie selbstständig jemand aus dem Sessel oder dem Bett aufstehen kann, oder ob jemand noch sein Essen portionsgerecht teilen kann. Der Grad der Selbstständigkeit ist hierbei das Kriterium. Wichtig zu wissen ist, dass die Punkte, die erzielt werden können, anschließend nochmals gewichtet werden – erst danach wird eine Eingraduierung vorgenommen.

Infolge der Gewichtung der erzielten Punkte kommt es zu einer Gewichtung der einzelnen Module. Das bedeutet, dass – nach wie vor – die erzielten Punkte in der sogenannten Behandlungspflege (Modul 4 „Selbstversorgung“ und Modul 5 „Medizinischer Hilfebedarf“) weiterhin 60 % der Punkte ausmachen. Dies gilt, obwohl über die Module 2 „Kommunikation ...“ und 3 „...psychische Problemlagen“ ein Großteil der Pflegepunkte (90 von 120) erreicht werden kann. Bei der Gewichtung der Punktzahlen aus diesen Bereichen schlagen sie sich nur mit einem Anteil von 15 % der Gesamtpunktzahl nieder.

Im Ergebnis kann dies bedeuten: Auch, wenn eine Störung der Selbstständigkeit und Fähigkeiten festgestellt werden, führt dies nicht automatisch zu einem Pflegegrad.

Grundsätzlich müssen wenigsten 12,5 gewichtete Punkte erreicht werden. In den Pflegegraden 1–5 müssen folgende Punktzahlen erzielt werden: 1 = 12,5–27,0; 2 = 27,5–47,0; 3 = 47,5–70,0; 4 (sehr schwere Beeinträchtigung) = 70,5–90,0 und 5 (schwerste Beeinträchtigung) = 90–100.

Eine sogenannte Pflegestufe 0 oder einen „Pflegegrad 0“ gibt es nicht mehr bzw. gibt es nicht neu. Die sogenannte „Härteklausel“ entfällt ebenfalls. Bei einem Pflegegrad 1 gibt es nur 125 € pro Monat, unabhängig von der Unterbringung und vom tatsächlichen Bedarf eines Menschen. „Hilfe zur Pflege“ durch das Sozialamt erfolgt bei einem Pflegegrad 1 nicht, sondern ggf. Sozialhilfe, die entsprechend der Bedürftigkeitsprüfung auch Familienangehörige zum Unterhalt heranziehen kann.

Was bleibt so, wie es war?

Die Begutachtung wird vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK), der allein von den Pflegekassen beauftragt werden kann, durchgeführt. Krankenhäuser oder Pflegeberater/innen können den MDK nicht beauftragen.

Nach wie vor gilt: Die Pflegeversicherung deckt die Kosten nicht ab

Immer wieder kommt es zu Missverständnissen über das, was die Pflegeversicherung leisten soll. Fakt ist, die Pflegeversicherung leistet über die Pflegekassen (gesetzliche und private gleiche Leistungen) nur Zuschüsse, keine Kostendeckung. Familiäre, nachbarschaftliche sowie ehrenamtliche Hilfen sind erforderlich. Dies wird auch vom Gesetzgeber erwartet. Dies wird u. a. in der Formulierung „die Pflege ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe“ deutlich.

Behandlungspflege bleibt im Vordergrund

Die Behandlungspflege bleibt trotz des Einbezugs weiterer Faktoren maßgeblich dafür, ob und in welchem Maße ein Mensch als pflegebedürftig eingraduiert wird. Es hat sich deshalb leider gegenüber der Einstufungspraxis bei den Pflegestufen nicht viel geändert.

Was sollten Seniorenvertretungen noch wissen? Was kommt mit dem PSG III?

Eingruppierungsstatistik des MDK

Der MDK hat nun erstmals eine Statistik der Begutachtung aus den ersten vier Monaten 2017 vorgelegt, unterschieden in MDK Rheinland und MDK Westfalen-Lippe.

MDK	Fälle	Ohne	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
Rheinland ambulant	44.733	15,6 %	18,9 %	34,4 %	19,7 %	8,1 %	3,3 %
stationär	6.502	2,3 %	3,3 %	16,8 %	30,7 %	29,5 %	17,4 %
Westf.-Lippe ambulant	25.270	19,9 %	23,3 %	30,2 %	16,5	7,1 %	3,1 %
stationär	3.899	5,9 %	8,8 %	17,4 %	25,4 %	26,1 %	16,4 %

Deutlich erkennbar ist, dass der MDK Westfalen-Lippe deutliche schlechtere Eingraduierungen erzielt als der MDK Rheinland. Erneut wird damit bestätigt, dass der MDK Westfalen-Lippe eine weniger an den Bedürfnissen der pflegebedürftigen Menschen orientierte Beurteilung vornimmt. Dies war auch in der Vergangenheit bei der Pflegeeinstufung sichtbar. Da die Kriterien identisch sind, nach denen der MDK des Rheinlands und der aus Westfalen-Lippe handeln müssen, ist bei einem Unterschied in der stationären Pflege von 15 % diese Folgerung zu ziehen. Auffällig ist zudem, dass der MDK Westfalen-Lippe – im Gegensatz zum MDK Rheinland – bislang nur die Hälfte der Beurteilung durchführte.

Die Leistungen der Pflegekassen

Nach der Neuregelung wurden die Leistungen der Pflegekassen in der ambulanten Versorgung deutlich gesteigert (insbesondere die Sachleistungen durch die Pflegedienste), während die Leistungen in der stationären Versorgung nur wenig gesteigert oder sogar verringert wurden. Dadurch soll erreicht werden, dass die Pflegebedürftigen nicht ins Heim gehen, sondern die Pflege zu Hause stattfindet. Die Kommunen müssen deshalb auch vermehrt haushaltsnahe Dienstleistungen anbieten. Diese können bei anerkannten Anbietern dann mittels der Sachleistungen oder dem Entlastungsbetrag eingekauft werden.

Übersicht veränderte Leistungsbeträge § 43 Abs.2 SGB XI

54

Pflegestufe	Pflegegrad	Betrag pro Monat (vor PSG II)	Betrag pro Monat (nach PSG II)	Veränderung	
		Euro	Euro	Euro	%
Pflegestufe 0	PG 1	231,00	125,00	- 106,00	- 45,9
Pflegestufe 0 (mit EA)	PG 2	231,00	770,00	+ 539,00	+ 233,3
Pflegestufe 1	PG 2	1.064,00	770,00	- 294,00	- 27,6
Pflegestufe 1 (mit EA)	PG 3	1.064,00	1.262,00	+ 198,00	+ 18,6
Pflegestufe 2	PG 3	1.330,00	1.262,00	- 68,00	- 5,1
Pflegestufe 2 (mit EA)	PG 4	1.330,00	1.775,00	+ 445,00	+ 33,5
Pflegestufe 3	PG 4	1.612,00	1.775,00	+ 163,00	+ 10,1
Pflegestufe 3 (mit EA)	PG 5	1.612,00	2.005,00	+ 393,00	+ 24,4
Härtefall	PG 5	1.995,00	2.005,00	+10,00	+ 0,5

Dr. Harry Fuchs, Düsseldorf

Bei Pflegegrad 1 gibt es insgesamt nur 125 €/Monat, was deutlich weniger ist, als es früher bei Pflegestufe 0 (Gestörte Alltagskompetenz) gewesen wäre (231 €).

Kritik: Es muss deutlich festgestellt werden: die neuen Regelungen haben weder die Minutenpflege abgeschafft noch die Qualität der Pflege nachhaltig verbessert. Dies gilt insbesondere für die Pflegeheime (vollstationäre Einrichtungen).

Personalausstattung der Pflegeheime

Hier ist die Personalausstattung durch den Pflegestufen-Mix 2016 festgelegt. Dieser Mix wird dann in den Pflegegrad-Mix transferiert und kann sich schnell ändern. Alle bisherigen Untersuchungen zeigen, dass die Einteilung in die Pflegegrade bei der Neueinteilung deutlich schlechter ist als bei der Pflegestufeneinteilung. Deshalb wird die Personalausstattung darunter leiden und zurückgehen, wenn die Vertragsparteien (Pflegekassen, Leistungsanbieter, Sozialkassen) keinen Zuschlag gegenüber 2016 vereinbaren. Letzteres ist für 2017 (+ 6 %) erfolgt. Damit wird der Verlust kompensiert, aber keine notwendige Besserung der Personalausstattung erreicht.

Mindestfachkraftquote

Im Wohn- und Teilhabegesetz (WTG) ist festgelegt, dass diese Quote dem Ergebnis der Vertragsverhandlungen entsprechen muss. Dies ist sehr misslich, da die zuständigen Behörden aufgrund des WTG zwar eine zu geringe Personalausstattung und – als Folge davon – „gefährliche Pflege“ feststellen können, aber außerstande sind, einzuschreiten, wenn der Heimträger schlecht verhandelt hat. Ein objektives Personalbemessungssystem bleibt notwendig und ist in der Gesetzgebung (PSG II + III) als wissenschaftliche Aufgabe vorgesehen. Ergebnisse sind aber nicht vor dem Jahr 2022 zu erwarten.

Pflegeberatung und Pflegestützpunkte

Im Gesetz ist erneut die Bildung von Pflegestützpunkten mit umfassender und unabhängiger Beratung vorgesehen. Dies war auch 2009 schon der Fall. Damals haben sich die regionalen Kassen an den Stützpunkten beteiligt, während die überregionalen Ersatzkassen daran wenig Interesse zeigten. Auch die Kommunen haben sich nur wenig beteiligt. Es wurden deshalb insgesamt nur wenige Pflegestützpunkte errichtet (35 von 150 vorgesehenen). Für Nordrhein-Westfalen ergab sich zudem die Problematik, dass aufgrund der seit 1996 umgesetzten Landespflegegesetzgebung bereits Pflegeberatungen auf kommunaler Ebene entwickelt wurden.

Nach dem PSG II können Pflegestützpunkte eingerichtet werden, in denen die Kommunen die Koordination des Leistungsangebotes übernehmen, die Mitarbeiter der Pflegekassen dann aber die individuelle Beratung vornehmen.

Nach dem PSG III können die Kommunen nun die Pflegekassen zur Bildung von Pflegestützpunkten „zwingen“ und in diesen Pflegestützpunkten, die von den Pflegekassen mitfinanziert werden, auch die individuelle Beratung vornehmen. Kommunale Pflegestützpunkte können in 60 Modellkommunen (12 davon in NRW) eingeführt werden (bis 2022).

In diesen Modellkommunen erfolgt die Beratung ebenfalls im häuslichen Umfeld. Wenn die Kommunen auf diese Weise Kenntnisse erlangen wollen, die über die Pflegeberatung hinausgehen, so wäre dies bedenklich.

Kommunale Pflegeplanung

Nach dem Alten- und Pflege-Gesetz (APG NRW) haben die Kommunen die Aufgabe, für ausreichend ambulante und stationäre Pflegeangebote zu sorgen. Sie sollten deshalb alle Angebote kennen und veröffentlichen.

Das Land fördert die stationären Pflegeeinrichtungen durch einen Investitionskostenzuschuss (auch über das sogenannte Pflegewohngeld erfolgt in NRW eine Förderung). Diese Förderung wird über 50 Jahre gewährt, wenn sich die Heimträger an die Planvorgaben der Kommune oder des Kreises halten. Die Voraussetzung ist also, dass die Kommune entsprechende Pflegeplanungen macht, diese der Kommunalen Konferenz Alter und Pflege vorlegt und dann durch den Rat beschließen lässt.

Kritik: Die FDP hat nun gefordert, diese Investitionszuschüsse zu streichen. Das würde die Pflegekosten erhöhen und die Sozialämter zusätzlich belasten.

Hinweis: An der **Kommunalen Konferenz Alter und Pflege** sind die Seniorenvertretungen durch das Gesetz beteiligt und können dort entsprechende Forderungen einbringen. Dieses Instrument sollte also unbedingt genutzt werden!

Forderungen zur neuen Pflegegesetzgebung

1. Mögliche Verbesserungen müssen bei den Betroffenen ankommen!

Die LSV NRW setzt sich gegenüber der Landesregierung, den Pflegekassen, den anderen Kostenträgern und den Leistungserbringern im Bereich der Pflege dafür ein, dass die durch die Änderung des Beurteilungsverfahrens und durch die Erhöhung der Beiträge möglichen Verbesserungen der Pflege auch umgesetzt werden und den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen zugute kommen. Es darf nicht sein, dass die neuen Beurteilungsmaßstäbe zu weniger Pflegepersonal in den Pflegeeinrichtungen und zu noch weniger Pflegezeit für die einzelnen Bewohnerinnen und Bewohner führt.

2. Ausbau der Pflegeberatung und deren Qualitätssteigerung!

Die Pflegeberatung muss unter der Verantwortung der Kommunen bei finanzieller Unterstützung der Pflegekassen ausgebaut werden, damit eine unabhängige Pflegeberatung erst ermöglicht wird. Die Pflegeberatung muss aufsuchend tätig werden. Die LSV NRW ist der Auffassung, dass nur kommunale Beratungsstellen Träger und Leistungsanbieter unabhängig beraten können. Dafür müssen diese Beratungsstellen dann von den Sozialämtern getrennt und unabhängig sein.

3. Würdige Pflege ambulant wie stationär!

Neben dem Erhalt der menschenwürdigen Pflege in den stationären Pflegeeinrichtungen ist auf die Unterstützung pflegebedürftiger Menschen in ihrer eigenen Wohnung oder in den möglichen *neuen Wohnformen* hinzuwirken. Stationäre Unterbringungen können so vermieden werden, müssen gleichwohl im Bedarfsfall qualitativ hochwertig möglich sein. Dafür müssen die ambulante Pflege, die häuslichen Unterstützungsmaßnahmen sowie die Quartiersentwicklung quantitativ und qualitativ weiterentwickelt werden.

4. Quartiersentwicklung ist kommunale Daseinsvorsorge!

Die qualitative Entwicklung der Wohnquartiere muss als eine der Maßnahmen der kommunalen Daseinsvorsorge gelten. Diese ist von den Kranken- und Pflegekassen zu unterstützen. Die Förderung der Bewegung“, wie sie in den verschiedenen Gesetzen zur Prävention von Erkrankungen genannt ist, sollte auch bei Mehrgenerationen-Treffplätzen mit Bewegungsgeräten angewendet werden können. Dabei sollten die Möglichkeiten des Stadtteilmanagements (Quartierskümmerer) eingesetzt werden.

5. Umsetzung der Inklusion für alte Menschen mit Behinderung!

Alle Maßnahmen sollen entsprechend der UN-BRK darauf ausgerichtet sein, dass ältere Menschen mit Behinderung im Rahmen der Stärkung der Inklusion auch bei der sozialen Teilhabe unterstützt und gefördert werden. Hierzu sind insbesondere Maßnahmen in den Quartieren erforderlich wie die Verbesserung des barrierefreien Zugangs und der Angebote von Begegnungsmöglichkeiten.

6. Mitwirkung der Seniorenvertretungen auch hier stärken!

Die Mitwirkung der Seniorenvertretungen als Vertretung der Betroffenen in den regionalen und kommunalen Gremien muss ausgebaut und die Mitwirkungsmöglichkeiten müssen verbessert werden.