

D O R N H E I M

RECHTSANWÄLTE & STEUERBERATER



Die Reform durch das PSG II

Dr. Markus Plantholz, Fachanwalt für Medizinrecht

Brahmsallee 9, 20144 Hamburg

Tel. (+49) 040/414 614-0 Fax: (+49) 040/44 30 72 plantholz@dornheim-partner.de

- Das **Pflegestärkungsgesetz I** ist zum **01.01.2015** in Kraft getreten
- Das **Pflegestärkungsgesetz II** ist zum **01.01.2016** in Kraft getreten
- Mit dem 2. Pflegestärkungsgesetz wird ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Verfahren zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit eingeführt – allerdings erst ab dem **01.01.2017**
- Das Jahr **2016** dient der Vorbereitung für die Umsetzung des neuen Begutachtungs-Assessment (NBA)
- Entwurf für ein **III. Pflegestärkungsgesetz** liegt vor.

- Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff
- Einführung von fünf Pflegegraden
- Einführung des neuen Begutachtungsassessments
- Überleitungsregelungen
- Verbesserung der Beratung
- Leistungsrechtliche Anpassungen
- Neugestaltung der sozialen Sicherung der Pflegeperson
- Weiterentwicklung der Regelungen zur Qualitätssicherung
- Personalbemessung in ambulanten und stationären Einrichtungen

Paragraf bzw. Themenfeld	Gültig ab
Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff	01. Januar 2017
Neues Begutachtungsassessment (NBA)	01. Januar 2017
Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit	01. Januar 2017
Verbesserung der Beratungsansprüche (§§ 7 bis 7c)	01. Januar 2016
Soziale Sicherung der Pflegeperson	01. Januar 2017
Anpassung der finanziellen und sachlichen Ansprüche aus den §§ 36 bis 45b	01. Januar 2017
Neuverhandlungen und alternative Überleitungen der Pflegesätze	01. Januar 2016
Überleitungsrecht und Besitzstandsschutz (§§ 104 bis 142)	01. Januar 2017
Weiterentwicklung der Qualitätssicherung	01. Januar 2016
Qualitätsprüfungen (§§ 114a, 115 und 115a)	01. Januar 2016

The background of the slide is a teal color with a cracked, stone-like texture. The cracks are dark and irregular, creating a network of lines across the surface. The overall appearance is that of a weathered or aged material.

I. Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff

- ➡ Tradiertes Pflegebedürftigkeitsbegriff seit PflegeVG v. 26.5.1994: Pflegebedürftig ist, wer (1) wegen Krankheit oder Behinderung (2) für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens (3) für voraussichtlich mindestens 6 Monate (4) der Hilfe bedarf.
- ➡ Abschließende Definition der Verrichtungen des täglichen Lebens in § 14 Abs. 4 SGB XI a.F. (Körperpflege, Ernährung, Mobilität [Grundpflege] sowie hauswirtschaftliche Versorgung)
- ➡ Einteilung in drei Pflegestufen und Härtefälle („Pflegestufe 3 +“)
- ➡ Konkretisierung durch Pflegebedürftigkeits- und Begutachtungs-Richtlinie, insbesondere durch an der Laienpflege ausgerichtete Zeitkorridore.

- ☞ Geburtsfehler der Pflegeversicherung: „mechanische Ausrichtung“ des Pflegebedürftigkeitsbegriffs.
- ☞ Fehlende Gleichwertigkeit anerkannter und nicht anerkannter Hilfebedarfe und enge Auslegung insbesondere bei Berücksichtigung der Betreuung psychisch und demenziell Erkrankter begegnete verfassungsrechtliche Bedenken (*Obiter dictum des BSG, Urt. v. 19.2.1998 – B 3 P 5/97 R, BVerfG, Beschl. v. 22.5.2003 – 1 BvR 452/99*).
- ☞ In der Folgezeit durch viele Reformen seit 2002 „Add on-Leistungen“ für Menschen mit erheblicher Einschränkung der Alltagskompetenz ohne grundlegende Änderung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs.

Maßgeblich für das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit sind **Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder Fähigkeitsstörungen** in den nachfolgenden **sechs Bereichen**, die sich auf die in den Bereichen angegebenen Aktivitäten und Fähigkeiten beziehen:

1.Mobilität

2.Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

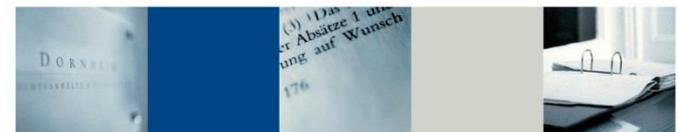
3.Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

4.Selbstversorgung

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

6.Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und Fähigkeitsstörungen, die dazu führen, dass die **Haushaltsführung** nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, **werden bei** den Aktivitäten und Fähigkeiten der genannten Bereiche, ähnlich wie bei den **außerhäuslichen** Aktivitäten, mit **erfasst** (vgl. § 18 Abs. 5a).

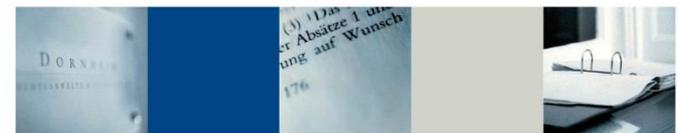


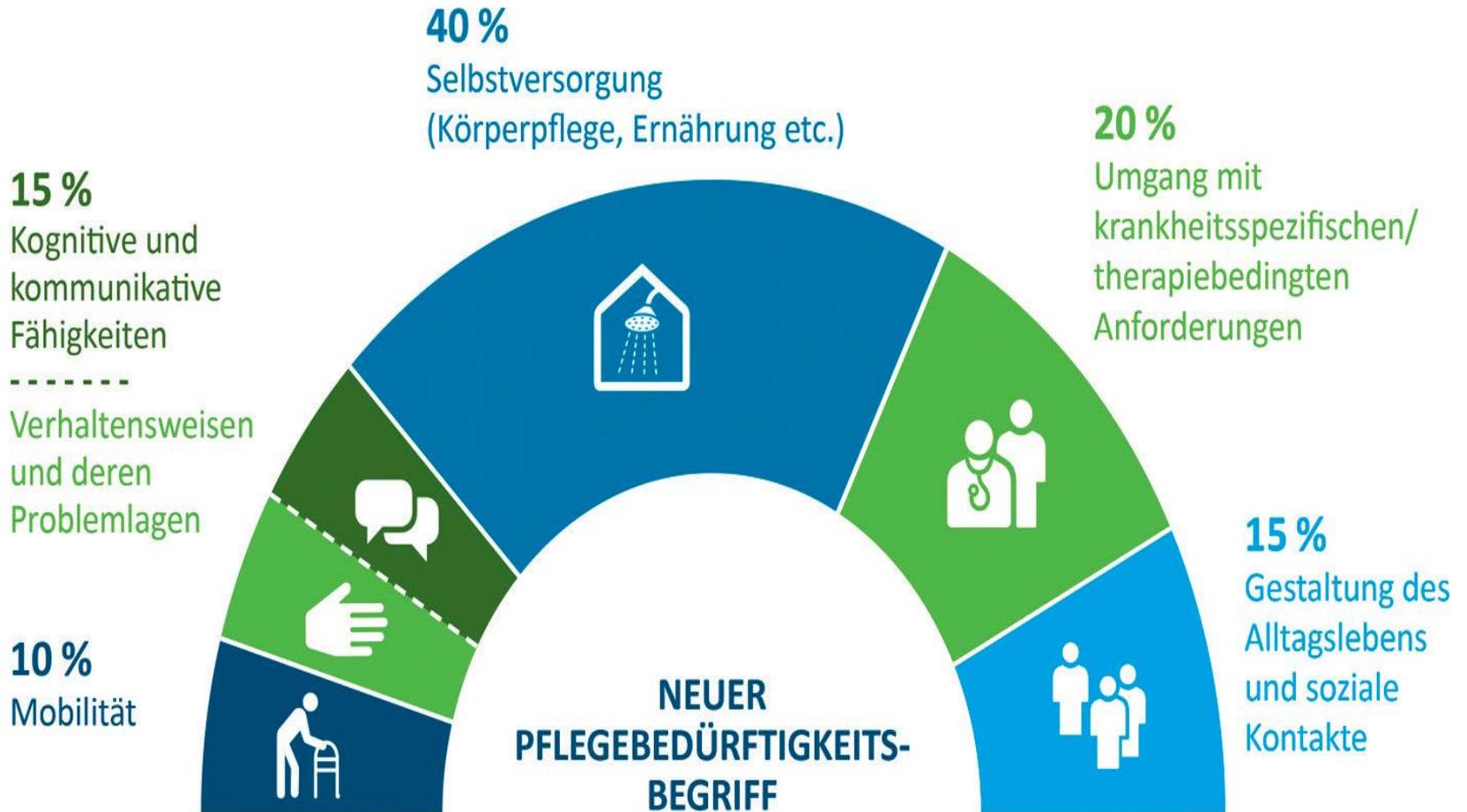
Bisher

- ❖ Körperpflege
- ❖ Ausscheidung
- ❖ Ernährung
- ❖ Mobilität
- ❖ Haushaltsführung
- ❖ Einschränkung der Alltagskompetenz

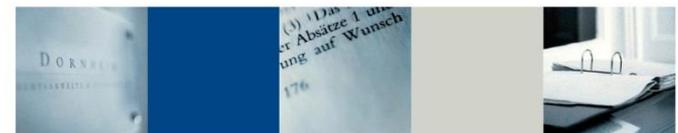
Künftig

- ❖ Mobilität
- ❖ Kognition und Kommunikation
- ❖ Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
- ❖ Selbstversorgung
- ❖ Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen
- ❖ Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte





Grafik: Jörg Reher



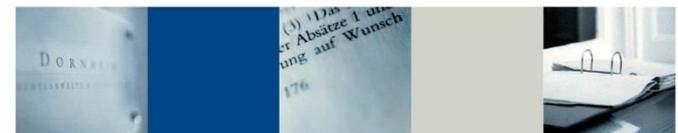
- ☞ Verwendung **unbestimmter Rechtsbegriffe** in Anlage 1 zu § 15 Abs. 2 Satz 2 ist i.O., aber:
- ☞ v.a. die Begriffspaare „überwiegend selbständig“ und „überwiegend unselbständig“ sowie „größtenteils vorhanden“ und „in geringem Maße vorhanden“ sind **schwer randscharf abzugrenzen** und bieten daher große Angriffsflächen:

☞ **Module 1 und 4**

selbständig:	0 Punkte
<i>Überwiegend selbständig:</i>	1 Punkt
<i>überwiegend unselbständig:</i>	2 Punkte
unselbständig:	3 Punkte

☞ **Modul 2**

Die Fähigkeit ist vorhanden/unbeeinträchtigt:	0 Punkte
<i>größtenteils vorhanden:</i>	1 Punkt
<i>in geringem Maße vorhanden:</i>	2 Punkte
nicht vorhanden:	3 Punkte



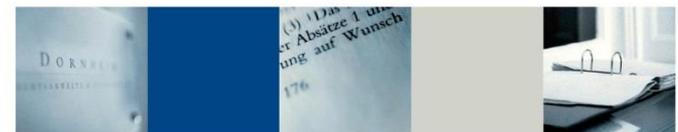
0 = selbständig

Die Person kann die Aktivität in der Regel selbständig durchführen.

- ☞ Vorübergehende oder nur vereinzelt auftretende Beeinträchtigungen sind nicht zu berücksichtigen
- ☞ Möglicherweise ist die Durchführung erschwert oder verlangsamt oder nur unter Nutzung von Hilfsmitteln möglich

1 = überwiegend selbständig

- ☞ punktuelle Übernahme von Teilhandlungen der Aktivität
- ☞ partielle Beaufsichtigung und Kontrolle (Überprüfung, ob die Abfolge einer Handlung eingehalten wird)
- ☞ Anwesenheit aus Sicherheitsgründen (Sturzgefahr, Krampfanfälle)

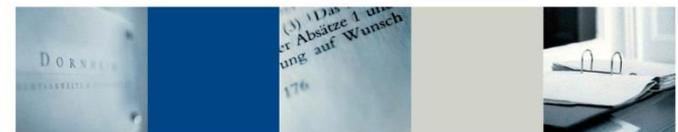


1 = überwiegend selbständig

- 👉 punktuelle Übernahme von Teilhandlungen der Aktivität
- 👉 partielle Beaufsichtigung und Kontrolle (Überprüfung, ob die Abfolge einer Handlung eingehalten wird)
- 👉 Anwesenheit aus Sicherheitsgründen (Sturzgefahr, Krampfanfälle)

2 = überwiegend unselbständig (Die Person kann die Aktivität nur zu einem geringen Anteil selbständig durchführen)

- 👉 Es sind aber Ressourcen vorhanden, so dass sie sich beteiligen kann
- 👉 ggf. mit ständiger Anleitung oder aufwändiger Motivation auch während der Aktivität
- 👉 Teilschritte der Handlung müssen übernommen werden
- 👉 Zurechtlegen und Richten von Gegenständen, Impulsgebung, wiederholte Aufforderungen oder punktuelle Unterstützungen reichen nicht aus



2 = überwiegend unselbständig

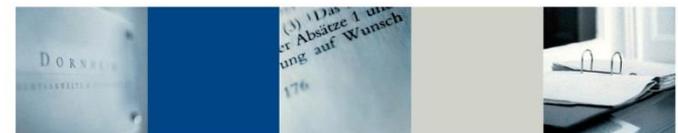
- ☞ Ständige Anleitung- die Handlung muss demonstriert und lenkend begleitet werden (z. B. motorische Fähigkeit ist erhalten aber Aktivität kann nicht in einem sinnvollen Ablauf durchgeführt werden)
- ☞ Ständige Motivation im Sinne einer motivierenden Begleitung bei einer Aktivität (Antriebsminderung)
- ☞ Ständige Beaufsichtigung und Kontrolle – es ist ständige und unmittelbare Eingreifbereitschaft in der Handlung erforderlich
- ☞ Übernahme von Teilhandlungen- ein erheblicher Teil der Handlungsschritte muss durch die PP übernommen werden



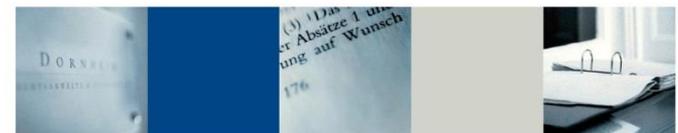
3 = unselbständig (Die Person kann die Aktivität in der Regel nicht selbständig durchführen bzw. steuern, auch nicht in Teilen)

- ☞ Es sind kaum oder keine Ressourcen vorhanden
- ☞ Motivation, Anleitung, ständige Beaufsichtigung reichen auf keinen Fall aus
- ☞ Die Pflegeperson muss alle oder nahezu alle Teilhandlungen anstelle der betroffenen Person durchführen

Nähere Konkretisierung durch **Begutachtungs-Richtlinie gem. § 17 SGB XI**. Ist zwischenzeitlich vom BMG genehmigt worden.



- ☞ Ziffern 4.8 (Essen), 4.9 (Trinken) und 4.10 (Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls) in Modul 4 wegen ihrer besonderen Bedeutung in der pflegerischen Versorgung stärker gewichtet
- ☞ Kriterien 4.11 (Bewältigen der Folgen einer Harnkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urustoma) und 4.12 (Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma) gehen in die Bewertung nur ein, wenn bei der Begutachtung beim Versicherten darüber hinaus die Feststellung „überwiegend inkontinent“ oder „vollständig „inkontinent“ getroffen wird oder eine künstliche Ableitung von Stuhl oder Harn erfolgt.
- ☞ Pflegebedürftigen, die neben oder anstelle oraler Nahrungsaufnahme eine Ernährung über eine Sonde oder Port benötigen: Um durch hohe Punktzahlen keinen Anreiz für den Einsatz von parenteraler oder Sondenernährung zu setzen und zugleich den hohen Aufwand zur Unterstützung bei einer teilweisen parenteralen oder Sondenernährung zu berücksichtigen, ist zu bewerten, ob und in welchem Ausmaß (entfällt, teilweise oder vollständig) eine parenterale oder Sondenernährung erfolgt. Dabei erzielt die teilweise parenterale oder Sondenernährung den höchsten Einzelpunktwert.



Pflegegrad 1

geringe
Beeinträchtigung der
Selbständigkeit

12,5

27

47,5

70

90

100

Pflegegrad 3

schwere
Beeinträchtigung der
Selbständigkeit

Pflegegrad 2

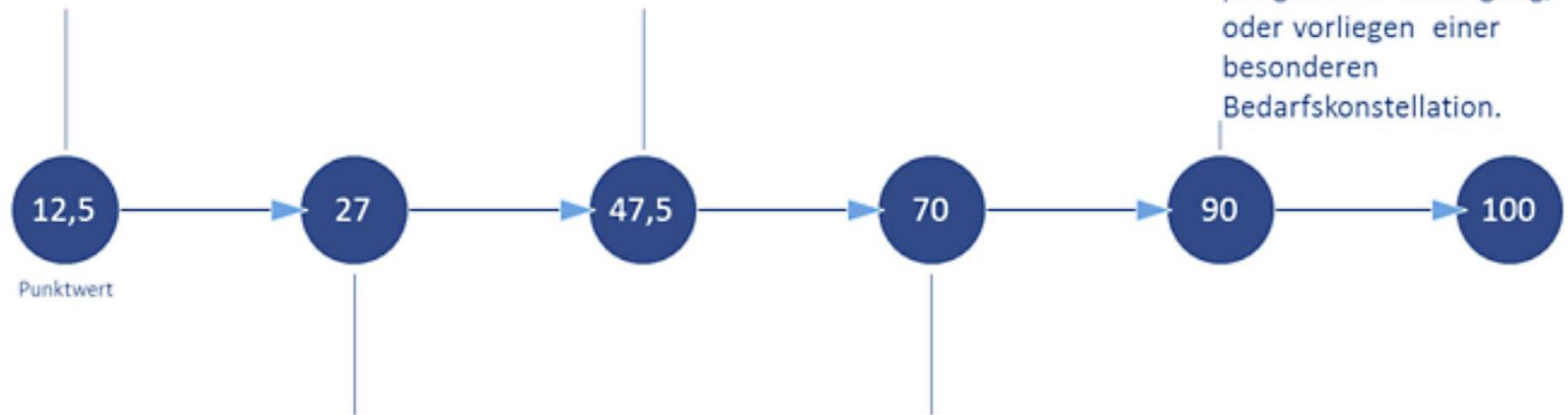
erhebliche
Beeinträchtigung der
Selbständigkeit

Pflegegrad 4

schwerste
Beeinträchtigung der
Selbständigkeit

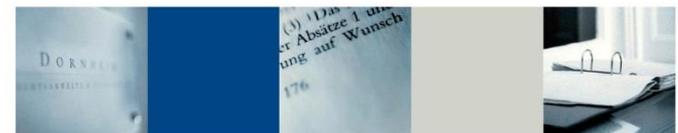
Pflegegrad 5

schwerste
Beeinträchtigung der
Selbständigkeit
mit besonderen
Anforderungen an die
pflegerische Versorgung,
oder vorliegen einer
besonderen
Bedarfskonstellation.

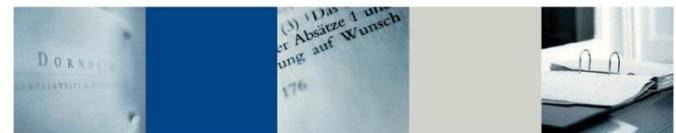


Besondere Bedarfskonstellationen

- 👉 Bei einigen Pflegebedürftigen kann es möglich sein, dass die für den Pflegegrad 5 erforderlichen Gesamtpunkte von 90 nicht erreicht werden, obwohl er nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten angemessen wäre.
- 👉 Die Gebrauchsunfähigkeit beider Arme und beider Beine wurde von den Gutachtern im Rahmen der Praktikabilitätsstudie als besondere Bedarfskonstellation bewertet, da sonst Pflegegrad 5 ohne kognitive Beeinträchtigungen nicht erreicht werden kann.
- 👉 Ggf. besondere Bedarfskonstellation bei Kindern. Ansonsten: Bei Kindern bis 18 Monate werden nur die altersunabhängigen Module 3 (Verhaltensweisen und psychische Problemlagen) und 5 (Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen) zur Beurteilung herangezogen; § 15 Abs. 7 gewährt eine regelhaft um einen Pflegegrad höhere Zuordnung.
- 👉 Evaluation nach § 18c: weitere besondere Bedarfskonstellationen erforderlich?

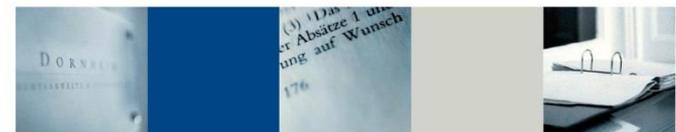


- ➡ Gesetzgeber ist zu Recht in weitesten Teilen den **Empfehlungen des Expertenbeirates** gefolgt.
- ➡ Pflegegrad wird nicht mehr durch die Bezugnahme auf den engen Verrichtungskatalog des § 14 Abs. 4 in der bis zum 31.12.2016 geltenden Fassung definiert.
- ➡ Folgerichtig: leistungrechtlich wird **der Vorrang verrichtungsbezogener Maßnahmen aufgegeben** (vgl. bisher §§ 36 Abs. 1 Satz 6, 124 Abs. 3: Verwendung der Sachleistungen auf Betreuung nur bei Sicherstellung von Grundpflege und HWV) → **Liberalisierung der Leistungsverwendung**. Freie Verwendung für Betreuung!!!
- ➡ Dem **Gleichbehandlungsgrundsatz des Art. 3 Abs. 1 GG** (und dem qualifizierten Diskriminierungsverbot des Art. 3 Abs. 3 GG) wird damit nicht nur durch die Erfassung somatischer, kognitiver und psychischer Beeinträchtigungen beim NBA, sondern auch im Rahmen des Leistungszugangs **stärker Geltung** verschafft.
- ➡ M.E. **keine Verstöße gegen Bestimmtheitsgebot** aus Art. 20 Abs. 3 GG. Fehlende Transparenz wegen Verletzung messtheoretischer Grundsätze? (m.E. verfassungsrechtlich unbedenklich)



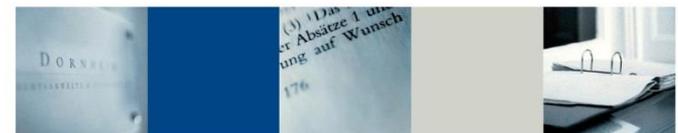
☞ Viele „Dauerbaustellen“ sind gelöst:

- ☞ Langes Wechselspiel zwischen Gesetzgebung und Rechtsprechung zur Zuordnung **verrichtungsbezogener krankheitsspezifischer Pflegemaßnahmen** ist beendet (vgl. BSG v. 30.10.2001 - B 3 KR 2/01 = SozR 3—2500 § 37 Nr. 3 – «Kompressionsstrümpfe»; v. 17.03.2005, Az.: B 3 KR 8/04 R – «Wahlrecht»).
- ☞ **Wichtig:** Doppelte Klarstellung, dass Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, auch wenn sie einen Bezug zu körperbezogenen Pflegemaßnahmen oder pflegerischen Betreuungsmaßnahmen haben, Leistung nach § 37 SGB V bleiben (§ 13 Abs. 2 Sätze 2 und 3 neu; § 15 Abs. 5 Sätze 1 und 2 neu)
- ☞ Leistungsrechtlich herrscht wieder mehr Ordnung: „Patchworkartiger“ Ausbau der Ansprüche bei Beeinträchtigung kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten nach § 45b Abs. 1 iVm § 45a seit PflEG ab 1.1.2002 und **Zerfaserung der Leistungsansprüche** quer über das SGB XI (vgl. §§ 123, 124) haben ein Ende.



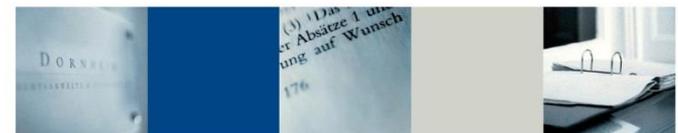
	Ohne eingeschränkte Alltagskompetenz	Mit eingeschränkter Alltagskompetenz
Pflegestufe 0 , aber festgestellte eingeschränkte Alltagskompetenz	./.	Pflegegrad 2
Pflegestufe 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3
Pflegestufe 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4
Pflegestufe 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Pflegestufe 3 und Härtefall	Pflegegrad 5	Pflegegrad 5

Für den übergeleiteten Pflegegrad gilt Bestandschutz ad infinitum, es sei denn, Pflegebedürftigkeit entfällt ganz.



- ☞ Praktisch problematisch sind die für den **doppelten „Stufensprung“ bei eingeschränkter Alltagskompetenz** (§ 140 Abs. 2 Satz 3 Nr. 2 SGB XI) führt jetzt vielfach zu Anträgen auf Prüfung der eA, die vereinzelt wegen des Aufwandes abgelehnt worden sein sollen.

- ☞ Keine Lösung zur **außerklinischen Intensivpflege bei Bedarf nach aktiver Krankenbeobachtung** i.S.d. § 37 SGB V:
 - ☞ BSG, Urt. v. 17.6.2010 - B 3 KR 7/09 R - «Drachenflieger II» ist in Bälde nicht mehr umsetzbar, weil im NBA nicht mehr der Zeitaufwand für die körperbezogenen PM unter Einschluss der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen PM, sondern der Grad der Beeinträchtigung beurteilt wird.



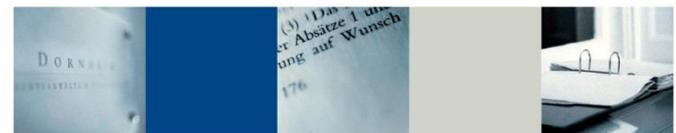
§ 141 Besitzstandsschutz und Übergangsrecht

- Versicherte und Pflegepersonen, die am **31.12.2016** Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung haben, erhalten Besitzstandsschutz **ad infinitum**. Einzige Ausnahme: Bei Folgebegutachtung stellt sich heraus, dass gar kein Pflegebedarf mehr vorliegt
- Vollstationäre Pflege: individueller Eigenanteil - Differenz zu Lasten des Pflegebedürftigen bei Überleitung auf die neuen Pflegesätze nach § 92e wird von der Pflegekasse an die Pflegeeinrichtung gezahlt (§ 141 Abs. 3; - versehentliche? - Ausnahme: Kostenerstattungseinrichtungen nach § 91, da kein EEE)

→ Niemand soll schlechter gestellt werden!



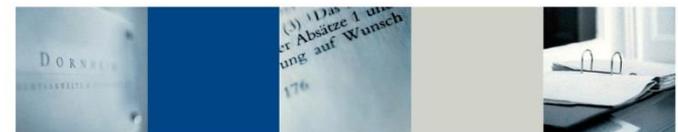
II. Neues Begutachtungsassessment



Begutachtung	Frist	Gültig ab / bis
Automatische Überleitung Pflegestufen in Pflegegrade	Alle bis Ende 2016 eingestuften Pflegebedürftigen werden in die neuen Pflegegrade übergeleitet und bekommen spätestens bis zum Jahresende 2016 von ihrer Pflegekasse automatisch einen Bescheid.	Die Einstufung in den jeweiligen Pflegegrad ist ab dem 1. Januar 2017 wirksam.
Wiederholungsbegutachtung (Begutachtungsrichtlinie: „Eine Wiederholungsbegutachtung erfolgt in angemessenen Abständen. Arzt und Pflegefachkraft empfehlen den Termin unter Berücksichtigung der Prognose.“)	Bei Versicherten, die von einer Pflegestufe in einen Pflegegrad übergeleitet wurden, werden vom 1. Juli 2016 bis zum 31.12.2018 keine Wiederholungsbegutachtungen durchgeführt. Ausnahme: es ist eine Verringerung des Hilfebedarfs zu erwarten (z.B. durch eine Operation).	Vom 1. Juli 2016 – 31.12.2018. erfolgen keine Wiederholungsbegutachtungen. Neubegutachtungen sind ab 1.01.2019 möglich.
Künftige Begutachtungen: neues Begutachtungsverfahren	Die Frist für den MDK zur Begutachtung beträgt künftig 25 Arbeitstage .	Gültig ab 1.01.2018 (Vom 1. November 2016 bis 31. Dezember 2017 ist die Frist ausgesetzt)

Höherstufungsanträge innerhalb der o.g. Zeiträume möglich?

- ☞ „Wiederholungsbegutachtung“ = „Eine Wiederholungsbegutachtung erfolgt in angemessenen Abständen [scil: von Amts wegen]. Arzt und Pflegefachkraft [scil. Als Erstgutachter des MDK] empfehlen den Termin unter Berücksichtigung einer Prognose. „
- ☞ Nur diese Gutachten werden ausgesetzt. Hintergrund ist, dass sie ca. 10 % aller Gutachten ausmachen und diese Kapazität vorübergehend eingespart werden soll.
- ☞ Begründung Kabinettentwurf Für § 142 Abs. 2 Satz 1: *„Durch die Regelung wird für die betroffenen Pflegebedürftigen Rechtssicherheit und Verlässlichkeit geschaffen. Es wird vermieden, dass einzelne Versicherte durch eine Wiederholungsbegutachtung kurz nach der Überleitung von einer Pflegestufe in einen Pflegegrad nach Wirksamwerden des neuen Verfahrens erneut begutachtet werden müssten. Auch wird dadurch die Zahl der durchzuführenden Begutachtungen insgesamt verringert. Von den Versicherten können Änderungsanträge bei einer Veränderung der Situation, etwa bei Anstieg der Pflegebedürftigkeit, weiterhin gestellt werden.“*



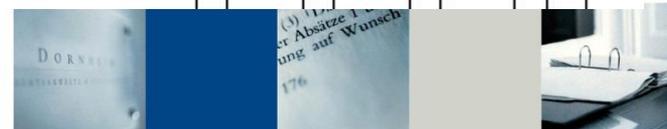
4 Pflegebedürftigkeit

4.1 Körperpflege

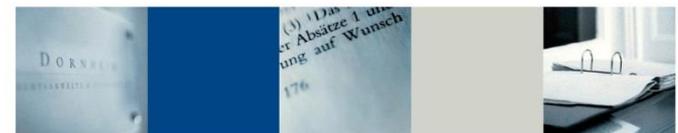
Hilfebedarf bei(m)	Nein	Form der Hilfe					Häufigkeit pro		Zeitaufwand pro Tag (Min.)
							Tag	Woche	
Waschen									
Ganzkörperwäsche (GK)		U	TÜ	VÜ	B	A			
Waschen Oberkörper (OK)		U	TÜ	VÜ	B	A			
Waschen		U	TÜ	VÜ	B	A			

0 = selbständig
 1 = überwiegend selbständig
 2 = überwiegend unselbständig
 3 = unselbständig

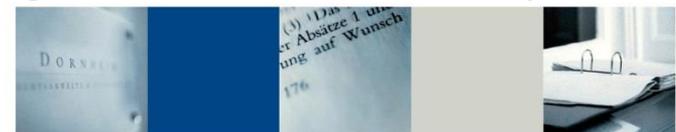
4.1	Vorderen Oberkörper waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2	Kämmen, Zahnpflege/Prothesenreinigung, Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3	Intimbereich waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4	Duschen oder Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



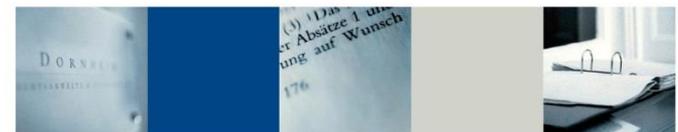
	nie oder sehr selten	selten: 1-3x innerhalb von 2 Wochen	häufig: 2 bis mehrmals / Woche , aber nicht täglich	täglich
F 3.11 Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
F 3.12 sozial inadäquate Verhaltensweisen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
F 3.13 sonstiges pflegerelevante inadäquate Handlungen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5



- ☞ In diesem Modul werden ärztliche und medikamentöse Versorgung, laufende Heilmitteltherapie, Behandlungspflegen oder anderen Therapiemaßnahmen erfasst.
- ☞ In die Bewertung gehen nur die ärztlich angeordneten Maßnahmen ein, die gezielt auf eine bestehende Erkrankung ausgerichtet und für voraussichtlich mindestens 6 Monate erforderlich sind
- ☞ Die ärztliche Anordnung kann sich auch auf nicht verschreibungspflichtige Medikamente oder äußerliche Anwendungen oder Übungsbehandlungen beziehen.
- ☞ Unerheblich ist, ob die personelle Unterstützung durch Pflegepersonen oder Pflege(fach)kräfte erfolgt bzw. ob sie gemäß § 37 Abs. 2 SGB V verordnet und abgerechnet wird
- ☞ Zu jedem Kriterium ist nur ein Eintrag möglich
- ☞ ggfls. ist von Tag auf Woche oder auf Monat umzurechnen. Zur Umrechnung von Woche auf Monat werden wöchentliche Maßnahmen mit 4 (nicht: geteilt durch $7 \times 30,42$) multipliziert



- ☞ Der einfache Wechsel oder Entleeren eines Stoma- oder Katheterbeutels oder Anhängen von Sondennahrung sind unter Modul 4 zu erfassen
- ☞ Umgang mit körpernahen HM: insbes. An- und Ablegen von Prothesen, kieferorthopädischen Apparaturen, Orthesen, Brille, Hörgerät, Korsett, Kompressionsstrümpfe (inkl. deren Reinigung). Der Umgang mit Zahnprothesen ist unter Modul 4 zu erfassen
- ☞ Spezielle Krankenbeobachtung (gemäß Position 24 HKP-Richtlinien) ist meist rund um die Uhr erforderlich, z. B. bei maschineller Beatmung, und nur mit 1 x täglich einzutragen



Empfehlungen zu

- präventiven oder rehabilitativen Leistungen
- Hilfsmitteln/Pflegehilfsmittel
- Wohnumfeld verbessernden Maßnahmen
- Änderung/Verbesserung der Pflegesituation
- Beratung durch Pflegekasse/Pflegestützpunkt

Module 7 und 8 (fließen nicht in Pflegegrad ein;

- Zweck: Ermöglichung der weiteren Pflegeplanung



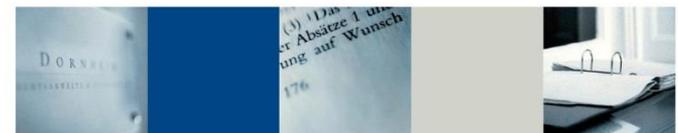
**Modul 7:
Außerhäusliche Aktivitäten**

Grafik: Jörg Reher

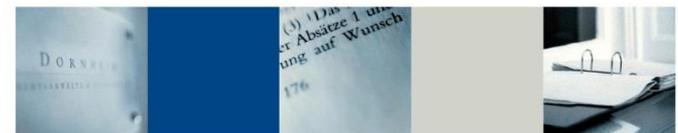


Modul 8: Haushaltsführung

- 👉 Ergänzung § 18 Abs. 5 Satz 1 durch PräVG: Feststellungen zur Rehabilitation auf Grundlage eines bundeseinheitlichen, strukturierten Verfahrens
- 👉 Hintergrund: Reha-Bericht des SpiBu nach § 18a Abs. 2 2014: bei 1,3 Mio. Begutachtungen nur rund 5.300 Empfehlungen zu einer medizinischen Rehabilitation 0,4 %)
- 👉 Praxisprojekt „Reha XI - Erkennung rehabilitativer Bedarfe in der Pflegebegutachtung des MDK; Evaluation und Umsetzung“: Reha-Bedarfsfeststellung in der Pflegebegutachtung Möglichkeiten einer nach wissenschaftlichen Standards führt zu mehr Rehabilitationsempfehlungen (6,3 % im Projekt).



- ☞ Empfehlungen unter der Voraussetzung der Zustimmung des Versicherten als Leistungsantrag, soweit es um Hilfsmittel oder Pflegehilfsmittel geht, „die den Zwecken des § 40 dienen“.
- ☞ Gilt auch für HM in Leistungszuständigkeit der GKV, wenn sie auch die Pflege erleichtern oder sich günstig auf den Pflegebedarf auswirken.
- ☞ Konkretisierung durch Begutachtungs-Rl. Gesetzesbegründung enthält bereits breite Auflistung (u.a. Rollatoren, HM gegen Dekubitus, Inkontinenzhilfen, Kranken- oder Behindertenfahrzeuge, Stomaartikel usw.)
- ☞ Notwendigkeit empfohlener Versorgung nach § 40 Abs. 1 Satz 2 wird vermutet.
- ☞ Empfehlung ersetzt grundsätzlich ärztliche Therapieentscheidung nach § 33 Abs. 5a Satz 1 SGB V und Verordnung. *Was ist, wenn keine Empfehlung vorliegt, aber eine Verordnung erfolgt?*
- ☞ Befristung bis 31.12.2020 + Evaluation



§ 7 Information und Auskunft

Pflegekasse informiert den Versicherten nach Eingang eines Antrags unverzüglich über

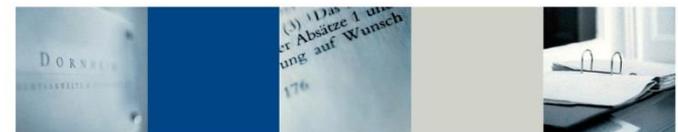
- Anspruch unentgeltliche Pflegeberatung § 7a
- den nächstgelegenen Pflegestützpunkt § 7 c
- Leistungen der integrierten Versorgung nach § 92b
- Leistungs- und Preisvergleichsliste

§ 7a Pflegeberatung

Zuständige Pflegekasse soll Pflegeberater/ Pflegeberaterin oder eine zuständige Stelle vor der ersten Beratung benennen

Für das Verfahren, die Durchführung und die Inhalte erlässt der GKV-SV unter Beteiligung des MDS eine Richtlinie zum 31.07.2018 (Richtlinie gilt auch für Berater nach den §§ 7b und 7c)

- Beratungen bei Anspruchsberechtigten von Leistungen nach dem SGB XI auf Wunsch sowohl in der Häuslichkeit als auch in einer Einrichtung, in der der Antragsteller lebt
- **gegenüber Dritten** oder unter Einbeziehung Dritter



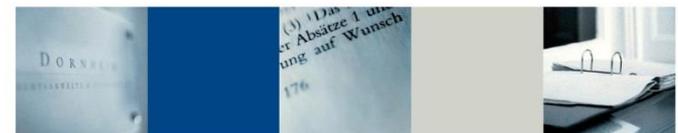
§ 7c Pflegestützpunkte = Ersatz für den bisherigen § 92c

Aufgaben:

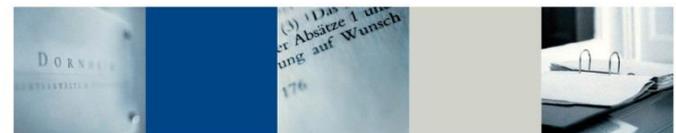
- Auskunft, Beratung und Hilfe bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Pflege- und Betreuungsleistungen
- Koordinierung aller wohnortnahen Unterstützungsangebote zur Versorgung und Betreuung
- Vernetzung aufeinander abgestimmter Versorgungs- und Betreuungsangebote

Ausbau des Netzwerkes der Pflegestützpunkte geplant

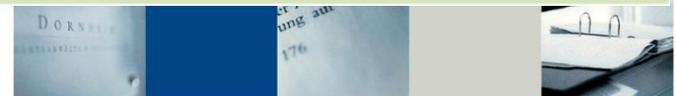
Die zu entwickelnde Richtlinie zur Qualitätssicherung von Pflegeberatungen nach § 7a gilt auch für Pflegeberater in den Pflegestützpunkten nach diesem Paragraphen



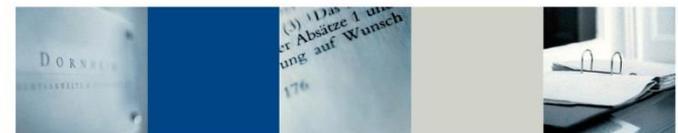
I. Leistungsansprüche



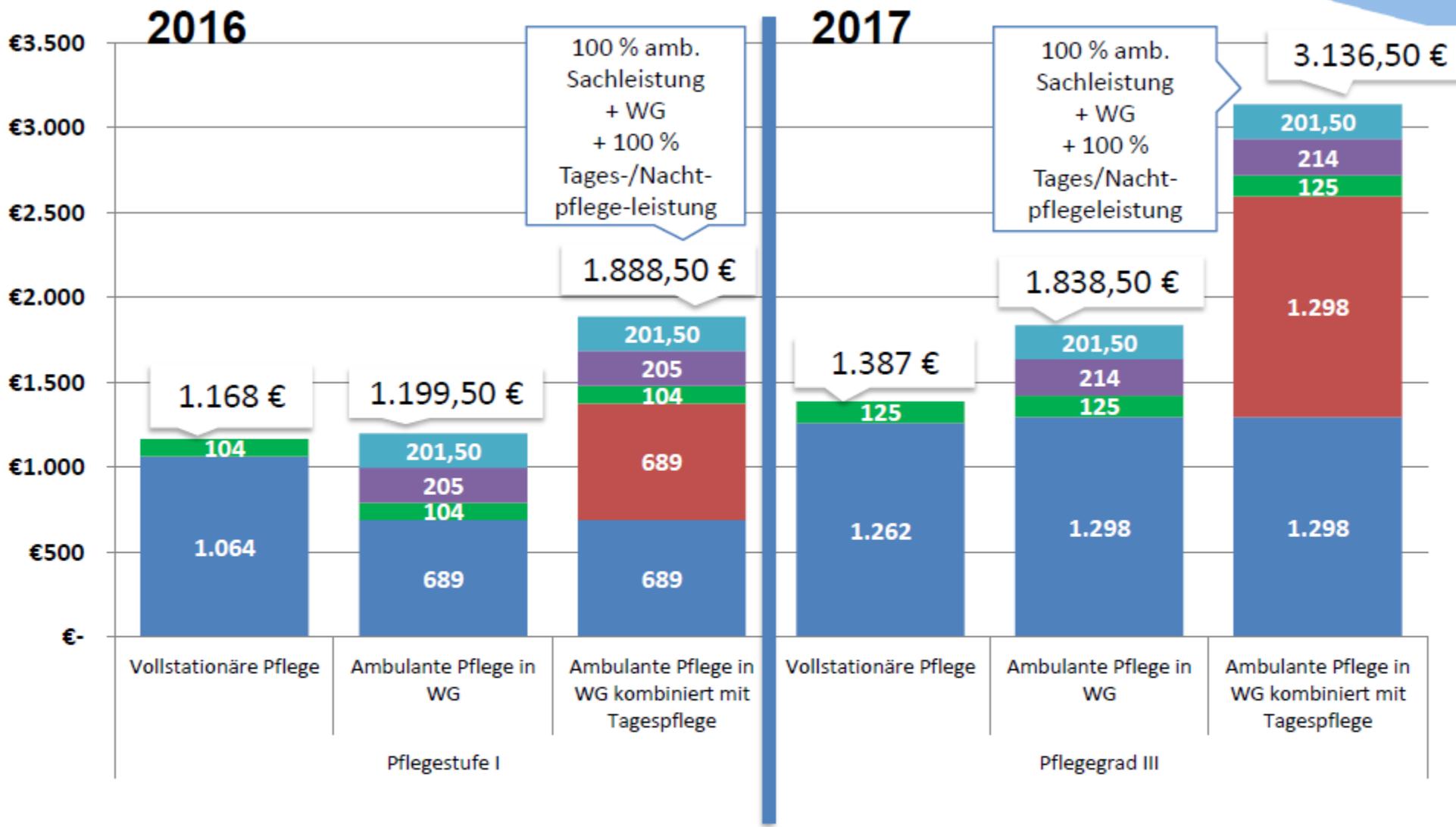
	Leistungen bei Pflegegrad 1:
§§ 7 a und 7 b	Pflegeberatung
§ 37 Abs. 3	Beratung in der eigenen Häuslichkeit
§ 38 a	Zusätzlichen Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen
§ 40 Abs. 1 bis 3, 5	Versorgung mit Pflegehilfsmitteln
§ 40 Abs. 4	Finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfeldes
§ 43 b	Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen
§ 45	Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Personen



Pflegegrad	Ambulante Leistungen		vollstationäre Leistung	Tages-Nachtpflege	Entlastungsbetrag § 45 b
	Geldleistung	Sachleistung			
1	—	—	125	—	125
2	316	689	770	689	125
3	545	1.298	1.262	1.298	125
4	728	1.612	1.775	1.612	125
5	901	1.995	2.005	1.995	125



Versorgungssteuerung: Maximale SGB XI-Leistungen



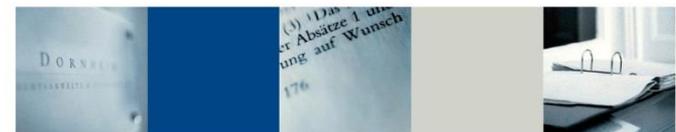
- max. Verhinderungspflege, anteilig (§ 39)
- Wohngruppenzuschlag (§ 38 a)
- Zusätzliche Betreuungsleistungen (§§ 45 b bzw. 87 b SGB XI (geschätzt))
- Tagespflege (§ 41)
- Leistungssätze (§§ 36, 41, 43 und 123 (nur ambulant Pflegestufe I))

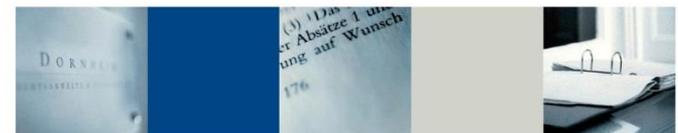
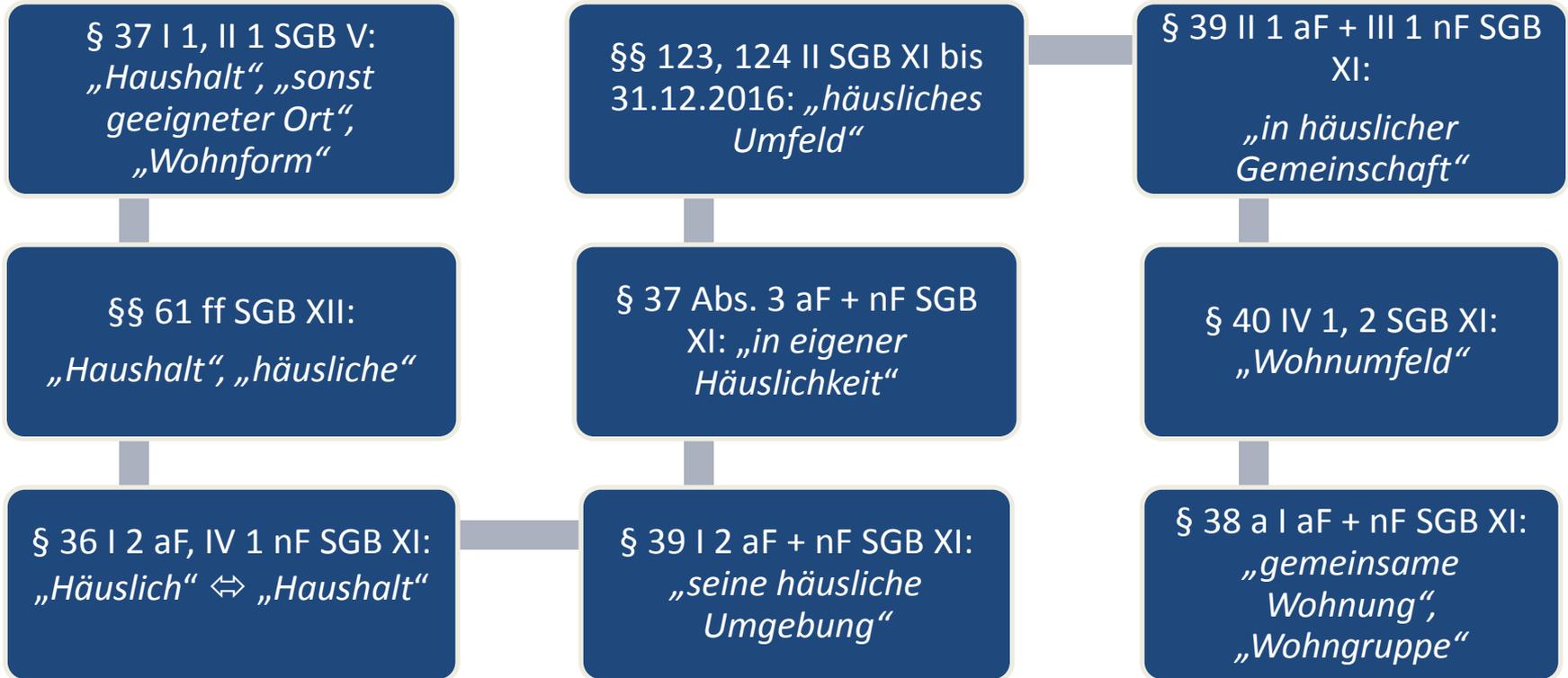
➡ Folge: Der Markt reagiert mit **Ambulantisierung** stationärer Einrichtungen.

➡ Aus der **Begründung des PNG:**

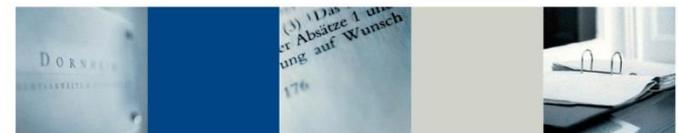
Gebraucht werden daneben aber auch Angebote, die darüber [scil: WG gem. § 38a] hinausgehen, ohne das Ausmaß einer Vollversorgung im Pflegeheim zu erreichen. Insofern bedarf es „ambulantisierter“ Betreuungsformen, die bewohnerorientiert vor hochprofessionellem, institutionengestütztem Hintergrund modulhaft individuelle Versorgung anbieten, die bedarfsweise in Anspruch genommen werden kann.“

➡ Aber: Mit dem PSG I und dem PSG II hat der Gesetzgeber keine konsistenten Lösungen zur Abgrenzung geschaffen





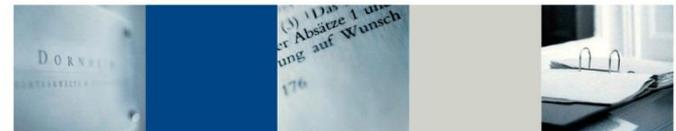
- LSG NRW v. 21.8.2014 – L 5 KR 232/12; LSG Hamburg v.24.4.2014, - L 1 KR 24/12; LSG Berlin-Brandenburg v. 26.3.2014 – L 9 KR 524/12; LSG Sachsen-Anhalt v. 22.11.2011 - L 10 KR 32/ 11 B ER, im Ergebnis auch LSG BW v. 17.12.2013 – L 11 KR 4070/11; v. 21.7.2015 – L 11 KR 3010/14; SG Frankfurt a.M. v. 25.10.2012 – S 25 KR 520/12 ER: Einstufung als „Heim“ i.S.d. Ordnungsrechts für Leistungsansprüche unerheblich;
- dagegen LSG Nds.-Bremen, Urt. v. 23.4.2009 – L 8 SO 1/07, in der Revision vor dem BSG (B 8 SO 16/09 R) erfolgte keine streitige Entscheidung, sondern ein Anerkenntnis. Gegen Relevanz allerdings wohl dann auch LSG Nds.-Bremen v. 20.12.2013 – L 4 KR 354/13 B ER.
- BSG, Urt. v. 25.2.2015 - B 3 KR 10/14 R und 11/14 R – und v. 22.4.2015 – B 3 KR 16/14 R, dort Rn 23:
„Die Übergänge von einer Wohngemeinschaft mit ambulanten Betreuungshilfen zu einer stationären Einrichtung sind inzwischen fließend [...] Eine eindeutige Zuordnung jeder Einrichtung entweder als stationäres Heim oder als ambulantes Angebot mit Betreuungshilfen, wird durch die andauernde Entwicklung neuer Wohnformen zunehmend schwierig.“



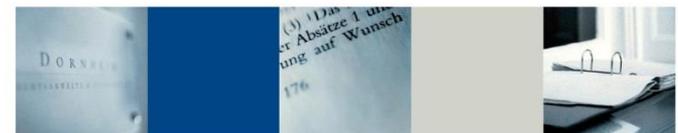
- ☞ Abgrenzung zu verdeckter stationärer Versorgung notwendig? „Kein Versorgungsumfang einer stationären Einrichtung“ analog § 38a Abs. 1 Nr. 4 SGB XI als allgemeiner Rechtsgedanke? (Vgl. Schütze in Udsching, SGB XI, 4. Aufl., § 71 Rn. 5).

- ☞ Inkonsistenter Tatbestand des § 38a Abs. 1 Nr. 4
 - ☞ § 38 a Abs. 1 Nr. 4 SGB XI: Es darf keine Versorgungsform vorliegen, „in der der Anbieter der Wohngruppe oder ein Dritter den Pflegebedürftigen Leistungen **anbietet** oder **gewährleistet**, die dem im jeweiligen Rahmenvertrag nach § 75 Absatz 1 für vollstationäre Pflege vereinbarten Leistungsumfang weitgehend entsprechen.“
 - ☞ Hinweispflicht des Anbieters vor Einzug in die Wohngruppe: kein stationärer Leistungsumfang von ihm oder einem Dritten in der Wohngruppe – „sondern die Versorgung auch durch die aktive Einbindung ihrer eigenen Ressourcen und ihres sozialen Umfeldes sichergestellt werden **kann**.“

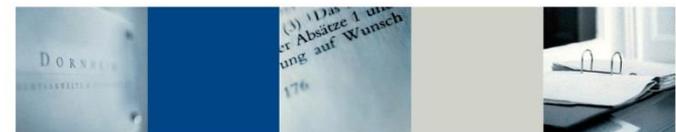
- ☞ Widersprüchlich: Möglichkeit der Einbindung des Umfelds schließt umfassendes ambulantes Versorgungsangebot nicht aus.



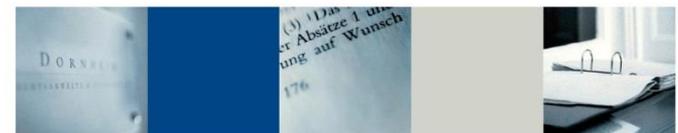
- ➡ Versorgungsgarantie zivilrechtlich nach § 8 Abs. 1 WBGV bereits dann, wenn nur eine über eine allgemeine Unterstützungsleistung hinausgehende Leistung mit Wohnraumüberlassung verknüpft wird (vgl. § 1 Abs. 1 Satz 3 WBGV)
- ➡ Jeder Unternehmer wird sinnvollerweise versuchen, alle Leistungen anzubieten, damit Versicherter solange wie möglich an seinem Ort wohnen bleiben kann.
- ➡ § 38a Abs. 1 Nr. 4 SGB XI kann nur soweit einen allgemeinen Rechtsgedanken enthalten, als Verpflichtung zur umfassenden Inanspruchnahme aller Leistungen (körperbezogene PM, pflegerische Betreuungsmaßnahmen, Behandlungspflege) durch bestimmte LE im Bedarfsfall ambulante Versorgung ausschließt.



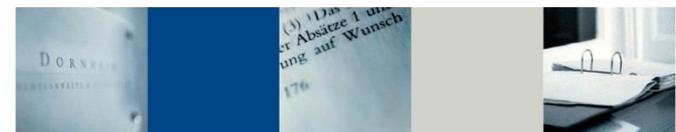
Pflegestufe		Pflegegrad 2017	
		Grad 1	0 €
Stufe 0 mit EA	231 €	Grad 2	689 €
Stufe 1	468 €		
Stufe 1 mit EA	689 €	Grad 3	1298 €
Stufe 2	1144 €		
Stufe 2 mit EA	1298 €	Grad 4	1612 €
Stufe 3	1612 €		
Stufe 3 mit EA	1612 €	Grad 5	1995 €
Härtefall	1995 €		



- ➡ Leistungen nach § 36 können **unbeschränkt für Betreuung** eingesetzt werden. Anders als bisher kein Vorrang von Grundpflege + HWV.
- ➡ § 34 Abs. 2 Satz 1 alt: Ruhe des Anspruchs bei HKP, soweit nach § 37 Abs. 1 (nun auch Abs. 1a) SGB V Anspruch auf Grundpflege + HWV
- ➡ § 34 Abs. 2 Satz 1 neu: Ruhe des Anspruchs bei HKP und Inanspruchnahme der Sachleistungen des SGB XI für Betreuung?



Pflegestufe		Pflegegrad 2017	
		Grad 1	0 €
Stufe 0 mit EA	123 €	Grad 2	316 €
Stufe 1	244 €		
Stufe 1 mit EA	316 €	Grad 3	545 €
Stufe 2	458 €		
Stufe 2 mit EA	545 €	Grad 4	728 €
Stufe 3	728 €		
Stufe 3 mit EA	728 €	Grad 5	901 €
Härtefall	728 €		



§ 37 Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen

- ➔ Mit dem Pflegegeld sollen die erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2-5 in geeigneter Weise selbst sicherstellt werden.
- ➔ **Bei Verhinderungspflege § 39** Die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes wird **für bis zu sechs Wochen** je Kalenderjahr fortgewährt
- ➔ **Bei Kurzzeitpflege § 42** Die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes wird **für bis zu acht Wochen** weiter bezahlt
- ➔ **Anpassung des Fortzahlung von anteiligem Pflegegeld entsprechend § 37 bei Kombinationsleistungen nach § 38**, wenn sich der Pflegebedürftige in der Verhinderungs- oder der Kurzzeitpflege befindet (6 bzw. 8 Wochen)

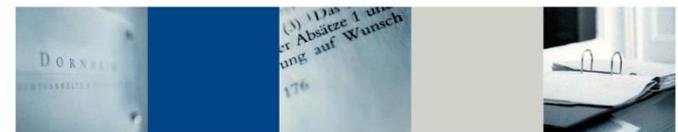


	Beratungsbesuche gem. § 37 Abs. 3
PG 1	Halbjährlich, Anspruch, freiwillig, bis 22 €
PG 2 + 3	Halbjährlich, Anspruch, Verpflichtung, bis 22 €
PG 4 + 5	Vierteljährlich, Anspruch, Verpflichtung, bis 33 €
Sach- und Kombinationsleistungsempfänger	Halbjährlich, Anspruch, freiwillig, Vergütung nach PG

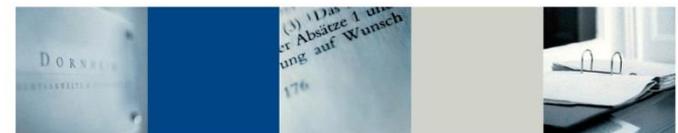


§ 38a Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen

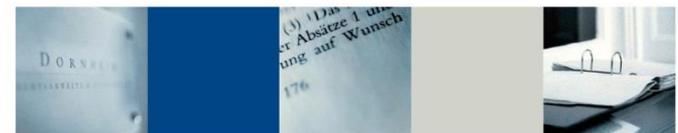
- In den Pflegegraden 1 bis 5
- Monatlicher Zuschuss steigt von 205 € auf 214 €
- Mindestens 3 maximal 12 Pflegebedürftige in gemeinsamer Häuslichkeit, die Leistungen nach §§ 36, 37, 38, 45b oder 123 erhalten (Ersatz der §§ 45b und 123 durch §§ 45a und 45b ab 2017)
- Hinweispflicht auf aktive Einbindung eigener Ressourcen und der des sozialen Umfeldes zur Sicherstellung einer Vollversorgung bleibt bestehen



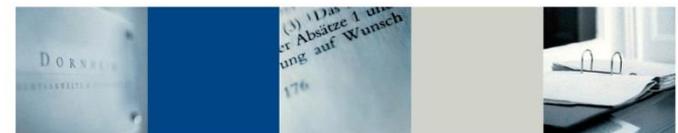
- Neue positive Anspruchsvoraussetzung für Kombination von Leistungen nach §§ 38a, 41: Nachweis durch Feststellung des MDK, dass Pflege ohne TP nicht sichergestellt ist.
- Aus der Begründung: *„Bei der Prüfung sind sämtliche in der ambulant betreuten Wohngruppe durch die Präsenzkraft gemäß § 38a Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 sowie den ambulanten Pflegedienst erbrachten Leistungen sowie etwaiger Entlastungsbedarf anderer Mitglieder der Wohngruppe (z.B. bei Störungen des Tages- und Nachtrhythmus) zu berücksichtigen.“*
- Regelung ist nicht analogiefähig!



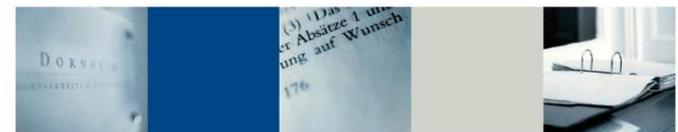
- Keine Erhöhung! Kostenerstattung in Höhe von 1612 €/ Kalenderjahr.
- Da KE-Anspruch: weiterhin Bestimmung der Vergütung durch zivilrechtlichen Vertrag und nicht durch Vertrag mit PKen
- Berechtig sind Pflegebedürftige der Pflegegrade 2-5
- Kostenübernahme von längstens 6 Wochen
- Eine Erhöhung um 806 €/ Kalenderjahr aus dem Geld der Kurzzeitpflege möglich
- **Voraussetzung: vorherige 6 monatige Pflege durch Pflegeperson**
- gegenwärtig viel Streit um den Begriff der Verhinderung



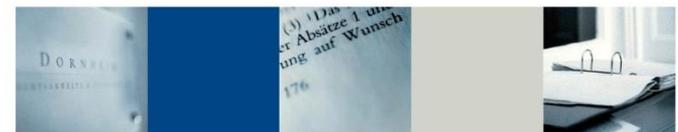
- § 39 gewährt Verhinderungspflege wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen
- Problemkreis I: Nach der Gesetzesbegründung zum PflegeVG muss es sich um einen vergleichbar gewichtigen Grund handeln (BT-Drucks. 12/5262, 113). Aus wessen Perspektive ist die Wichtigkeit zu beurteilen? Subjektiv? Aus Sicht eines neutralen Verbrauchers? Wer beurteilt das?
- Problemkreis II: Handelt es sich um eine „Verhinderung“? Begriff impliziert, dass es sich um etwas Vorübergehendes handeln muss. Beispiel 1: *Zur Entlastung der Pflegeperson finden regelmäßig zweimal wöchentlich an festen Tagen Einsätze des Pflegedienstes statt, um mit dem Pflegebedürftigen gemeinsam einkaufen, spazieren zu gehen oder ihm vorzulesen, so dass die Pflegeperson in dieser Zeit eigene Dinge regeln kann oder einfach mal entspannt.* Beispiel 2: *Zur vorübergehenden Entlastung der Pflegeperson finden über einen Zeitraum von sechs Wochen Freitags abends Einsätze des Pflegedienstes statt, damit die Pflegeperson, die sonst in dieser Zeit Grundpflege durchführt, zur eigenen Erholung ein Theater-Abo einlösen kann.*



- Keine Erhöhung!
- Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel werden mit 40€/Monat bezuschusst
- Die Leistung betragen je Maßnahme 4.000€, in Wohnungen mit mehreren Pflegebedürftigen 4.000€/Person aber nicht mehr als 16.000€ pro Maßnahme
- Anspruch besteht auf notwendige Hilfsmittel aus dem GKV-Hilfsmittelverzeichnis
- Zuzahlungsbefreiung gelten weiterhin analog zum SGB V
- Anspruchsberechtigt sind Pflegebedürftige aller Pflegegrade

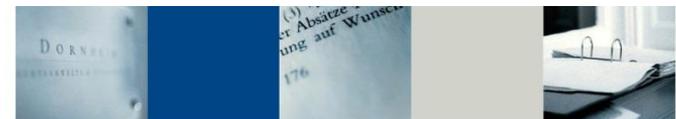


- Weiterhin keine Anrechnung von Leistungen nach den §§ 36, 37 oder 38
- Pflegebedürftige der Pflegestufe 0 mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (EA) haben einen Anspruch auf teilstationäre Leistungen in Höhe von 231€/ Monat
- Pflegesatzverhandlungen müssen bis 30.09.2016 abgeschlossen sein andernfalls tritt Überleitungsregelung in Kraft
- Umrechnung der Pflegestufen und Personalschlüssel zur Überleitung in Pflegegrade nach Beschluss der Landespflegesatzkommission (in Berlin AG §75)

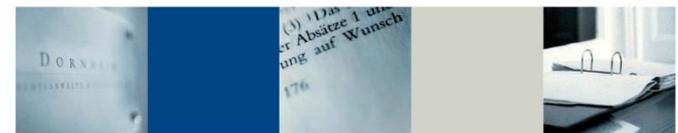


Pflegestufe		Pflegegrad 2017		Überleitung
		Grad 1	0 €	
Stufe 0 mit EA	231 €	Grad 2	689 €	PSPG2
Stufe 1	468 €			
Stufe 1 mit EA	689 €	Grad 3	1298 €	PSPG2 x 1,2
Stufe 2	1144 €			
Stufe 2 mit EA	1298 €	Grad 4	1612 €	PSPG2 x 1,4
Stufe 3	1612 €			
Stufe 3 mit EA	1612 €	Grad 5	1995 €	PSPG 2x 1,5
Härtefall	1995 €			

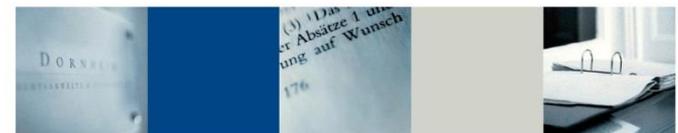
$$P_{\text{pflege Satz}} P_{\text{pflege Grad 2}} = \frac{\sum \text{PS (am 30.09.2016)}}{(P_{\text{pflege Bedürftige}} \text{PG2} + \text{PBPG3} \times 1,2 + \text{PBPG4} \times 1,4 + \text{PBPG5} \times 1,5)}$$



- Keine Leistungsveränderungen (1612 €/ Kalenderjahr)
- Inanspruchnahme bei Pflegegraden 2-5 möglich
- Kostenübernahme für bis zu 8 Wochen/ Kalenderjahr
- Kann um nicht in Anspruch genommene Mittel der Verhinderungspflege auf bis zu 3224 €/ Kalenderjahr erweitert werden. Streitig: Geht dies erst, wenn auch die Vorpflegezeit nach § 39 von sechs Monaten erfüllt ist? (dafür Richter, PSG II, Rn 261, dagegen Kruse, ZfF 2015, S. 217 ff)
- Umwandlung von 806 €/ Kalenderjahr in Verhinderungspflege ist weiterhin möglich



- **Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil ab 01.01.2017** Eigenanteil der Pflegegrade 2 bis 5 darf nicht mehr mit der Schwere der Pflegebedürftigkeit steigen!
- Die Differenz zur den jetzigen Eigenanteilen wird den Pflegebedürftigen nicht zu Lasten gelegt, sofern sie vor dem 01.01.2017 in einer vollstationären Einrichtung leben
- Pflegesatzverhandlungen für Überleitung müssen bis **30.09.2016** abgeschlossen sein
- Umrechnung der Pflegestufen und Personalschlüssel zur Überleitung in Pflegegrade nach Beschluss der Landespflegesatzkommission oder RV § 75 (dazu später)



Pflegestufen ohne EA		Pflegegrad 2017		
		Grad 1	125 €	
Stufe I	1064 €	Grad 2	770 €	- 294
Stufe II	1330 €	Grad 3	1.262 €	- 68
Stufe III	1612 €	Grad 4	1.775 €	+ 163
Härtefall	1995 €	Grad 5	2.005 €	+ 10

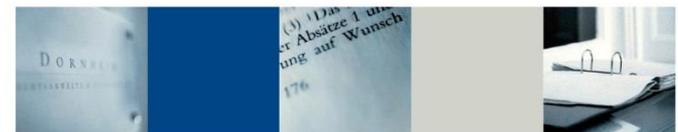
- Kosten für die pflegebedingten Aufwendungen, einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und Leistungen der medizinischen Behandlungspflege



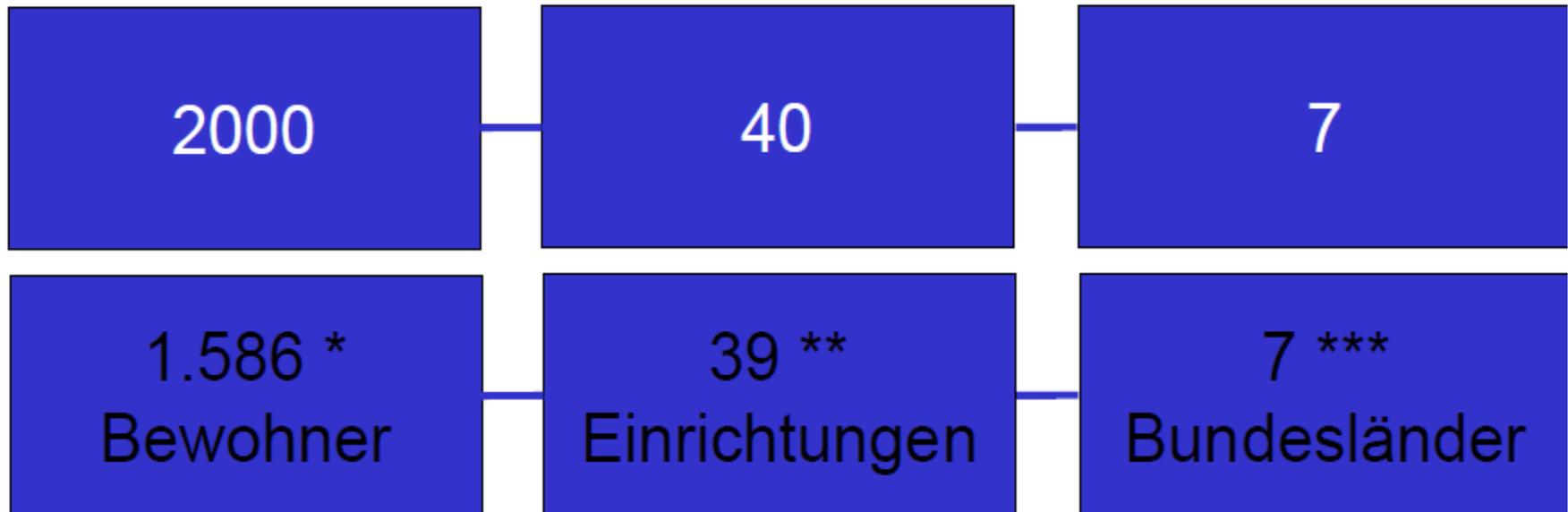
Pflegestufen mit EA		Pflegegrad 2017		
		Grad 1	125 €	
Stufe I	1064 €	Grad 3	1.262 €	+198
Stufe II	1330 €	Grad 4	1.775 €	+445
Stufe III	1612 €	Grad 5	2.005 €	+397
Härtefall	1995 €	Grad 5	2.005 €	+10

Handlungsbedarf:

- Alle Gutachten bezüglich eingeschränkter Alltagskompetenz überprüfen und ggf. rasch Verschlechterungsantrag stellen



I.3 EVIS-Studie: Studiendesign und Studienverlauf



* MW = 44 Bew./Einrichtung

MAX = 56 Bewohner

MIN = 19 Bewohner

** 40 Eingeworben

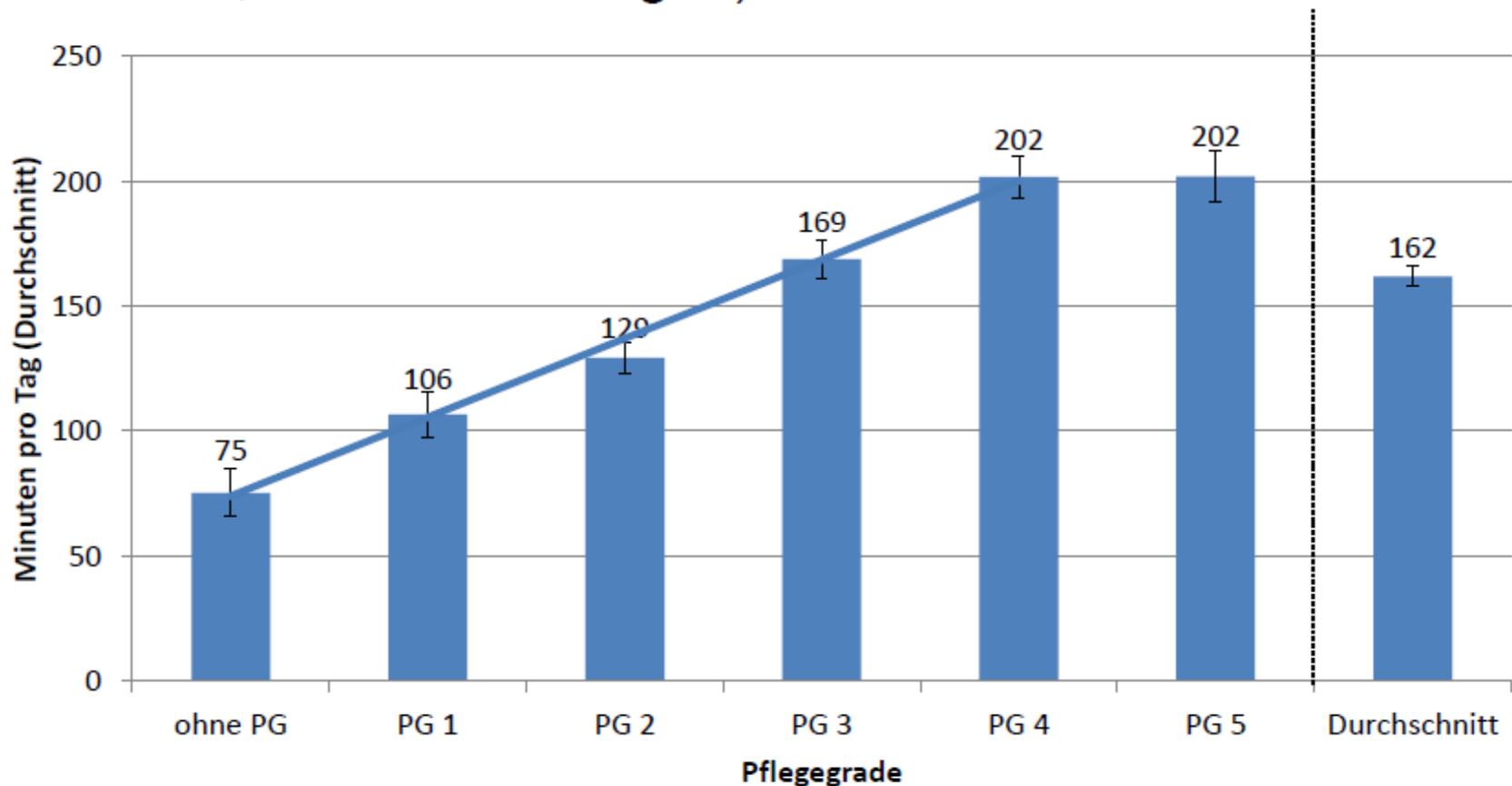
4 kurzfristig
abgesprungen

3 nachrekrutiert

*** Mecklenburg-
Vorpommern, Bremen,
Niedersachsen,
Rheinland-Pfalz, Baden-
Württemberg, Nordrhein-
Westfalen, Saarland

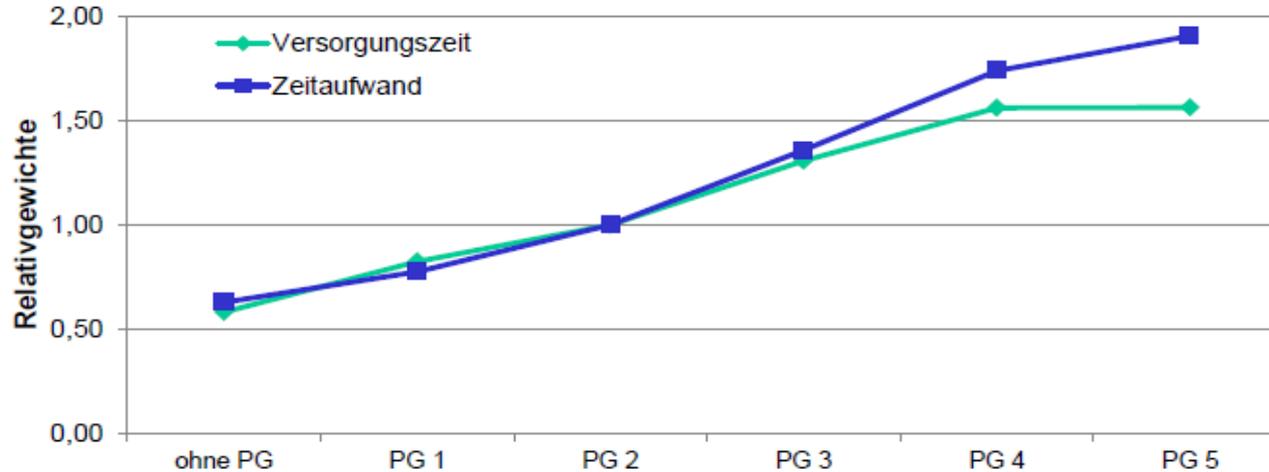
I.3 EVIS-Studie: Zentrale Ergebnisse

Durchschnittliche Versorgungszeiten nach **Pflegegraden**
(N = 1.586, bewohnerbezogen)



I.3 EVIS-Studie: Zentrale Ergebnisse

Relativgewichte der **Pflegegrade**

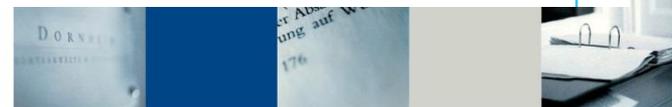
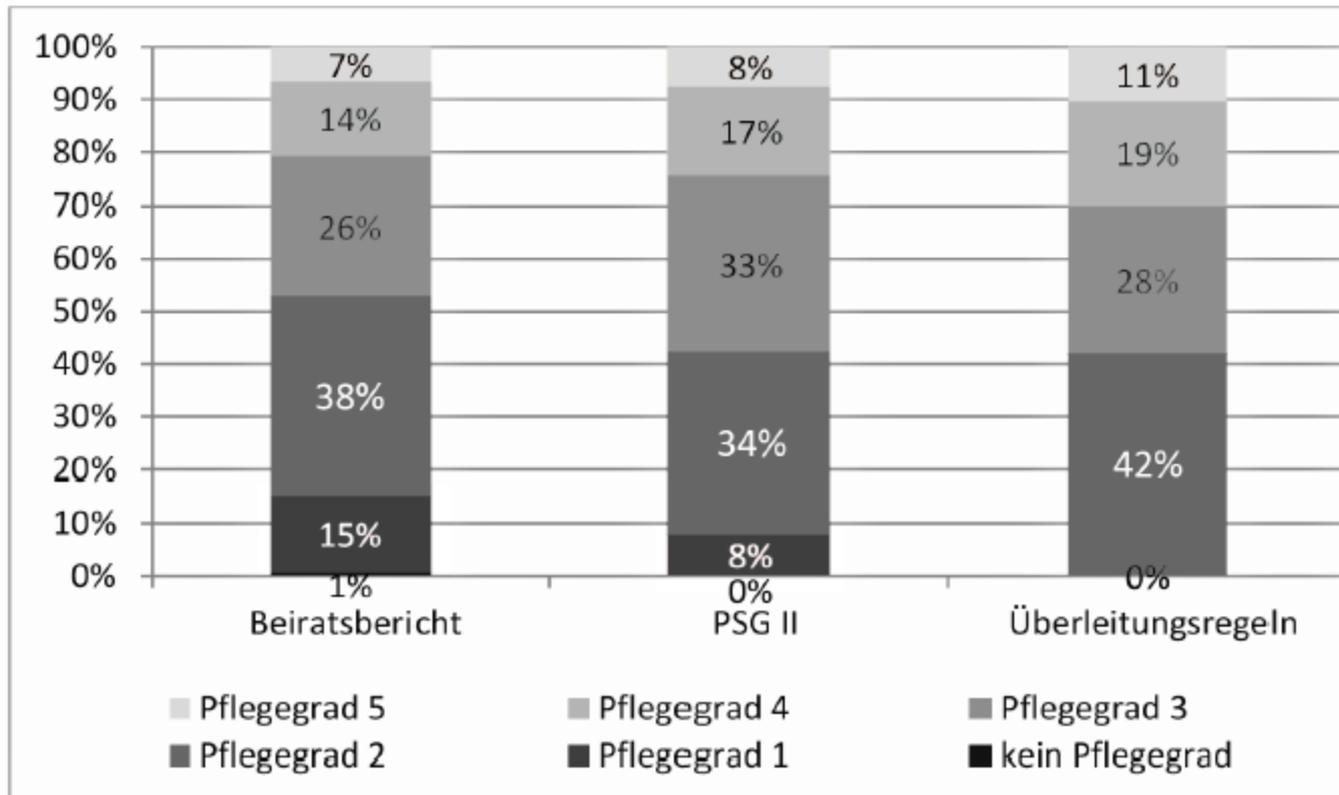


	Versorgungszeiten	Zeitaufwände	Relativgewichte (Versorgungszeiten)	Relativgewichte (Zeitaufwände)
ohne PG	75	58	0,581	0,628
PG 1	106	71	0,823	0,774
PG 2	129	92	1,000	1,000
PG 3	169	125	1,305	1,357
PG 4	202	160	1,559	1,737
PG 5	202	176	1,561	1,903
Durchschnitt	162	124		

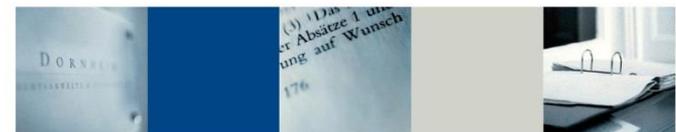
Quelle: ZeS Univ. Bremen, Prof. Rothgang



Abbildung 1: Pflegegradverteilung in der Stichprobe der Erprobungsstudie nach Bewertungssystematik gemäß ...



- Für vollstationäre Einrichtungen kommt es zu einer budgetneutralen Umstellung der Pflegesätze, die gleichzeitig die Aufwandsrelationen abbildet, soweit auf Ebene der PSK oder RV keine anderen Regelungen geschaffen werden (dazu später)
- Ein Problematik entsteht allerdings dadurch, dass die Überleitung großzügig überschießend ist und die Bewohnerstruktur daher „zu hoch“. Aus Wechsel der Bewohnerschaft resultieren sinkende Entgelte. Dieser Effekt führt dazu, dass die Entgeltsumme der stationären Einrichtung nach *Rothgang* bei vollständigem Bewohneraustausch um 2,5 - 6% sinken.



§ 43 b Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen
Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen haben Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung, die über das Maß der Pflegebedürftigkeit hinausgeht
= Ersatz für den bisherigen § 87b

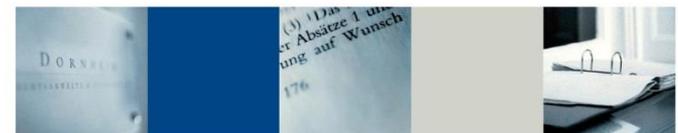
- Vollständige Finanzierung durch die Pflegeversicherung
- Weitere Rahmenbedingungen bleiben unverändert



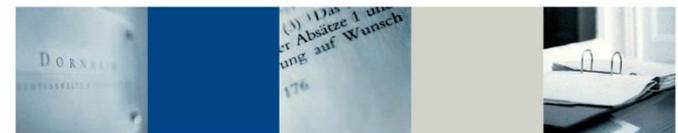
§ 44 Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

- Pflegeperson, die einen Pflegebedürftigen pflegt erhält Beiträge der gesetzlichen Rentenversicherung, wenn sie
 - regelmäßig nicht mehr als dreißig Stunden wöchentlich erwerbstätig ist
 - eine oder mehrere pflegebedürftige Personen **wenigstens zehn Stunden wöchentlich** pflegt
 - verteilt auf regelmäßig **mindestens zwei Tage in der Woche**

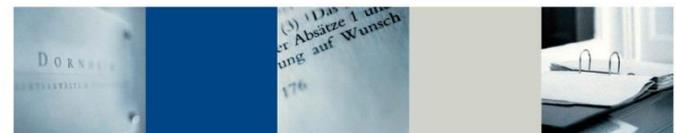
- Während der pflegerischen Tätigkeit sind Pflegepersonen in den Versicherungsschutz der gesetzlichen Unfallversicherung einbezogen



- ☞ Für Betreuungs- und Entlastungsleistungen EUR 125,00 mtl. (§ 45b Abs. 1 Satz 1). Leistungsempfänger nach §§ 36, 37 und /oder § 41, die bisher den erhöhten Entlastungsbeitrag nach 45b iHv EUR 208 erhalten haben, erhalten Differenz von EUR 83 weiter (§ 141 Abs. 2 Satz 2)
- ☞ Anspruch bleibt auf KE gerichtet.
- ☞ Inanspruchnahme auch für Leistungen des Pflegedienstes, ausgenommen jedoch Leistungen aus dem Bereich „Selbstversorgung“
- ☞ Aufstockung der Mittel aus Mitteln der Verhinderungspflege möglich. Folge: KE-Beträge des § 39 können ohne Vorliegen eines Verhinderungsgrundes für Leistungen der Betreuung und/oder der HWV eingesetzt werden
- ☞ Ausweitung der Konkurrenz zwischen LE mit Versorgungsvertrag im Sachleistungsprinzip und durch Landes-VO regulierten Angeboten nach § 45a, Beibehaltung der „40 % - Regelung“ (§ 45a Abs. 4 Satz 2 n.F.)



III. Leistungserbringungsrecht



Bereiche nach
§ 14 Abs. 2

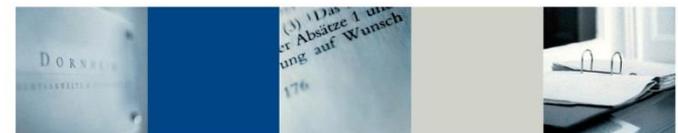
Frei verwendbarer
Sachleistungsanspruch,
§ 36 Abs. 1 Satz 1

Veränderung des
Versorgungsauftrages
nach § 72 Abs. 4 Satz 2

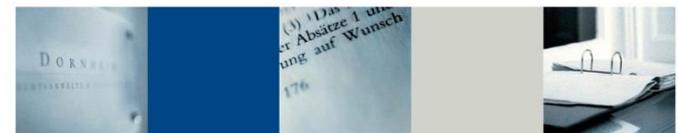
- Anforderungen an die „Leistungsfähigkeit“ nach § 72 Abs. 3 Satz Nr. 2?
- Anpassung Vergütungssysteme nach § 89?



- ➔ Gesetzliche **Befristung** bisheriger Entgelte bis 31.12.2016 (§ 92c Satz 1 SGB XI).
- ➔ **Vergütungsvereinbarung** über neue Entgelte für die Zeit ab 1.1.2017 kann nur bis zum 30.9.2016 geschlossen werden (§ 92d).
- ➔ Anderenfalls **gesetzliche Überleitung** nach § 92d nach Formel für den **einheitlichen Eigenanteil** vollstationärer Einrichtungen nach § 92e Abs. 2
 - ➔ ***Eigenanteil = (ΣPS - PBPG2 x LBPG2 – PBPG3 x LBPG3 – PBPG4 x LBPG4 – PBPG5 x LBPG5) Zahl der Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 am 30. September 2016 [= Summe aller Pflegesätze – Summe aller Leistungen der PK aus übergeleiteten Pflegegraden nach § 43 SGB XI = Restbetrag : Zahl der Bewohner]***
- ➔ Abweichende Formel / Kein einheitlicher Eigenanteil für teilstationäre Einrichtungen, vgl. § 92e Abs. 3



- ➔ Gesetz sieht **keine Überleitung bisheriger pflegestufenabhängiger Personalrichtwerte** nach § 75 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 bzw. der Personalschlüssel aus Leistungsvereinbarungen nach § 84 Abs. 5 SGB XI in die Systematik der Pflegegrade vor.
- ➔ Bislang **Einigung über neue Personalrichtwerte** ab 1.1.2017 in der vollstationären Dauerpflege in NDS, MV, SAN, TH, HH, keine Einigung u.a. in SH, NRW, BAY
- ➔ **Unterschiedliche Vorschläge** kursieren (personalmengenneutrale Umstellung mit Äquivalenzziffern, Verbesserungen der Personalschlüssel analog der Änderung der Sachleistungen, Übertragung bisheriger Personalrichtwerte der PS 1 auf PG 2, der PS 2 auf PG 3, der PS 3 auf PG 4 und 5, pflegegradunabhängiger Zusatzschlüssel)
- ➔ **Ohne Festlegung der Personalmengen nach Pflegegraden keine Kalkulationsgrundlage für neue individuelle verhandelte Entgelte.**

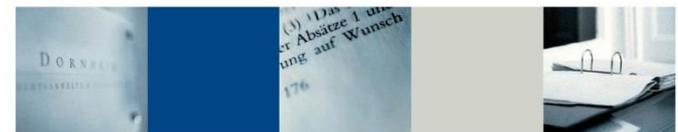


- ☞ Alleiniger Standort für die Regelung von **Personalrichtwerten** ist nach wie vor der LRV gem. § 75 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3, Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB XI

- ☞ Gesetzgeber hat verpflichtend Erprobung eines **Personalbemessungssystems** nach § 113c Abs. 3 SGB XI vorgesehen
 - ☞ Aber: Ergebnisse müssen erst Mitte 2020 vorliegen.
 - ☞ Bis heute kein Personalbemessungssystem trotz Rechtsgrundlage nach § 75 Abs. 3 Satz 2 SGB XI seit 1.1.2002, v.a. weil keine Einigung über die Verwendung von PLAISIR® mit dem kanadischen Urheber erzielt werden konnte

- ☞ § 75 Abs. 4 Satz 1 SGB XI: Zulässigkeitsvoraussetzung für **Schiedsverfahren** über LRV: keine Einigung binnen sechs Monaten ab Aufforderung zu Verhandlungen

- ☞ Abweichende Kompetenz der **Pflegesatzkommission** nach § 86 zur Festlegung der Personalrichtwerte aus § 92c Satz 4 SGB XI? → unklare Gesetzesbegründung, m.E. aber möglich.

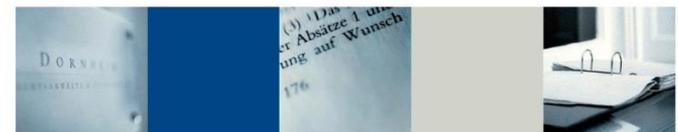


- ☞ Alleiniger Standort für die Regelung von **Personalrichtwerten** ist nach wie vor der LRV gem. § 75 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3, Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB XI

- ☞ Gesetzgeber hat verpflichtend Erprobung eines **Personalbemessungssystems** nach § 113c Abs. 3 SGB XI vorgesehen
 - ☞ Aber: Ergebnisse müssen erst Mitte 2020 vorliegen.
 - ☞ Bis heute kein Personalbemessungssystem trotz Rechtsgrundlage nach § 75 Abs. 3 Satz 2 SGB XI seit 1.1.2002, v.a. weil keine Einigung über die Verwendung von PLAISIR® mit dem kanadischen Urheber erzielt werden konnte

- ☞ § 75 Abs. 4 Satz 1 SGB XI: Zulässigkeitsvoraussetzung für **Schiedsverfahren** über LRV: keine Einigung binnen sechs Monaten ab Aufforderung zu Verhandlungen

- ☞ Abweichende Kompetenz der **Pflegesatzkommission** nach § 86 zur Festlegung der Personalrichtwerte aus § 92c Satz 4 SGB XI? → unklare Gesetzesbegründung, m.E. aber möglich.



Berechnung des einrichtungsindividuellen
Eigenanteils in vollstationären Einrichtungen

Umrechnung der Summen:

Pflegestufe	Anzahl Bew. in Pflege-stufen	Zahlbetrag Kasse Einzeln bis 31.12.2016	Monatssumme Pflegesätze am 30.09.2016	Monatssumme Kassenleistung am 30.09.2016	Summe Eigenanteile (Monat) am 30.09.2016	Pflegegrad	Anzahl Bewohner in den neuen Pflegegrade n	Zahlbetrag Kasse Einzeln nach PSG II ab 01.01.2017	Monatssumme Kassenleistung ab 01.01.2017	Erforderliche Summe Eigenanteile (Monat)
0 EA	2	- €	1.687,09 €	- €	1.687,09 €	2	25	770,00 €	19.250,00 €	die untenstehende Tagessumme neu muss identisch sein mit der Monatssumme alt!!
1	38	1.064,00 €	50.203,34 €	40.432,00 €	9.771,34 €	3	39	1.262,00 €	49.218,00 €	
2	40	1.330,00 €	71.949,38 €	53.200,00 €	18.749,38 €	4	27	1.775,00 €	47.925,00 €	
3	19	1.612,00 €	45.065,10 €	30.628,00 €	14.437,10 €	5	9	2.005,00 €	18.045,00 €	
3H	1	1.995,00 €	2.754,85 €	1.995,00 €	759,85 €					

Summen:	169.972,67 €	126.255,00 €	43.717,67 €
Monatssumme alt:	169.972,67 €		

100	134.438,00 €	35.534,67 €
Monatssumme neu:	169.972,67 €	

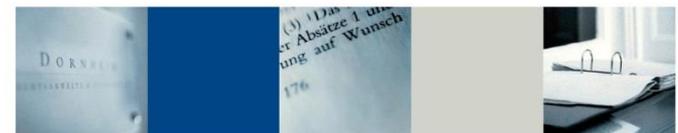
	pro Monat	pro Tag	
Einrichtungsindividueller Eigenanteil Pflege:	355,35 €	11,68 €	dies sind die neuen Eigenanteile Pflege je Bewohner
Kosten Unterkunft:	284,12 €	9,34 €	
Kosten Verpflegung:	232,41 €	7,64 €	
Investitionskosten:	- €	- €	
Ausbildungsumlage:	- €	- €	
Summe Eigenanteil pro Tag über alle Pflegegrade:	871,88 €	28,66 €	

Verprobung stimmt

Rechenbeispiel Vergleich Eigenanteil

	PST 0 + EEA	PST 1	PST 1 + EEA	PST II	PST II + EEA	PST III	PST III + EEA	HF	Summe
Pflegegrad ab 01.01.2017	2	2	3	3	4	4	5	5	
Anzahl der Bewohner	1	18	20	12	26	3	18	2	100
Pflegesatz für Pflege bis 31.12.2016	31,06 €	48,40 €	48,40 €	69,19 €	69,19 €	90,74 €	90,74 €	91,15 €	
Kosten pro Monat	944,85 €	1.472,33 €	1.472,33 €	2.104,76 €	2.104,76 €	2.760,31 €	2.760,31 €	2.772,78 €	200.386,34 €
Anteil der Pflegekasse bis 31.12.2016	0,00 €	1.064,00 €	1.064,00 €	1.330,00 €	1.330,00 €	1.612,00 €	1.612,00 €	1.995,00 €	128.814,00 €
Eigenanteil bisher	944,85 €	408,33 €	408,33 €	774,76 €	774,76 €	1.148,31 €	1.148,31 €	777,78 €	715,72 €
Pflegesatz für Pflege ab 01.01.2017	44,64 €	44,64 €	60,82 €	60,82 €	77,68 €	77,68 €	85,24 €	85,24 €	
Kosten pro Monat ab 01.01.2017	1.357,95 €	1.357,95 €	1.850,14 €	1.850,14 €	2.363,03 €	2.363,03 €	2.593,00 €	2.593,00 €	205.393,40 €
Anteil der Pflegekasse ab 01.01.2017	770,00 €	770,00 €	1.262,00 €	1.262,00 €	1.775,00 €	1.775,00 €	2.005,00 €	2.005,00 €	146.589,00 €
einrichtungseinheitlicher Eigenanteil	588,04 €	588,04 €	588,04 €	588,04 €	588,04 €	588,04 €	588,04 €	588,04 €	588,04 €
Differenz zu bisherigem Eigenanteil	-356,81 €	179,71 €	179,71 €	-186,72 €	-186,72 €	-560,27 €	-560,27 €	-189,74 €	-127,68 €

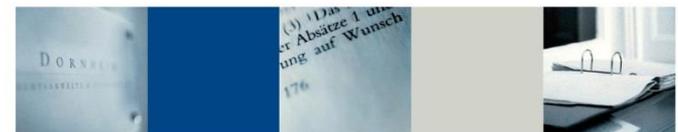
- 👉 **Einrichtungsindividuelle einheitliche Eigenanteile** in der stationären Versorgung sind aus Sicht des Verbrauchers verlässlich, führen aber aus Sicht des Leistungserbringers zu permanenten Abweichungen von der Geschäftsgrundlage der Pflegesatzvereinbarung bei jeder **Änderung der Belegungsstruktur**.
- 👉 Bsp.: Belegungsstruktur ändert sich im Pflegesatzzeitraum: eine Bewohnerin mit PG 4 weniger, ein Bewohner mit PG 3 mehr. Eigenanteil bleibt gleich, Unterschied bei den Erlösen aus Zahlungen der Pken = - € 53 mtl. = - € 6.156 p.a.
 - 👉 Personalschlüssel seien in PG 4 1:1,82, in PG 3 1:2,43. Folge: Einrichtung muss 0,137 VK in der Pflege weniger vorhalten. Beträgt der Bruttoarbeitgeber-Aufwand nach der Pflegesatzvereinbarung je VK mehr als € 44.934 p.a., verändert sich die Geschäftsgrundlage zu Lasten des LE. Beträgt er mehr, verändert sich die Geschäftsgrundlage zu seinen Gunsten.



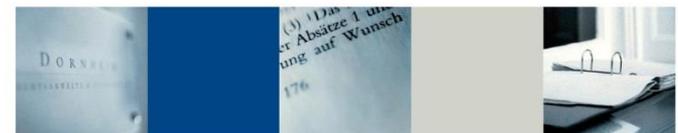
➡ Änderung des § 85 Abs. 7 auf Empfehlung des 14. Ausschusses

➡ *„Bei unvorhersehbaren wesentlichen Veränderungen der Annahmen, die der Vereinbarung oder Festsetzung der Pflegesätze zugrunde lagen, sind die Pflegesätze auf Verlangen einer Vertragspartei für den laufenden Pflegesatzzeitraum neu zu verhandeln. Dies gilt insbesondere bei einer erheblichen Abweichung der tatsächlichen Bewohnerstruktur. Die Absätze 3 bis 6 gelten entsprechend. Im Fall von Satz 2 kann eine Festsetzung der Pflegesätze durch die Schiedsstelle abweichend von Satz 3 in Verbindung mit Absatz 5 Satz 1 bereits nach einem Monat beantragt werden.“*

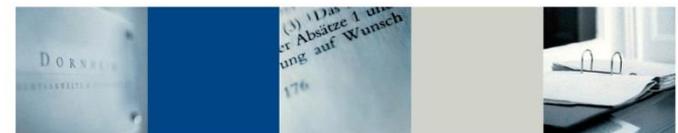
➡ Streit um die **Erheblichkeit von Abweichungen** ist programmiert, und zwar insbesondere 2017/2018 wegen der sich an den doppelten „Stufensprung“ zum 1.1.2017 bei Anspruchsberechtigung nach § 45a a.F. anschließenden erwartbaren Veränderung.



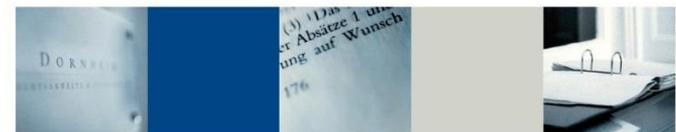
- ➔ Aus diesem Grund wurden Vereinbarungen der PSKen nach § 92 c zur Überleitung dazu genutzt, den Rothgang-Effekt pauschal abzufedern.
- ➔ PSK NDS v. 20.1.16: PEA Anteil 0 bis < 40 Prozent 1,3 Prozent PEA Anteil 40 bis < 60 Prozent 2,5 Prozent PEA Anteil 60 bis < 80 Prozent 3,2 Prozent PEA Anteil 80 bis < /= 100 Prozent 3,7 Prozent.
- ➔ PSK BAY: ebenfalls PSG II-Zuschlag in Abhängigkeit vom PEA-Anteil zwischen 1,25 % und 3,7 %
- ➔ PSK RP: PSG II-Zuschlag von 1,1 bis 3,9 % in Abhängigkeit vom PEA-Anteil ausgelegt auf zwei Jahre bis 31.12.2018



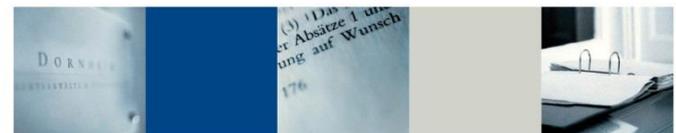
- ➔ PSK THÜ: Risikostrukturzuschlag von 5 % unabhängig vom PEA-Anteil vor. Nach ihrer Wahl kann die Einrichtung sogleich zum 1.1.2017 die Personalmenge auf einen neuen Richtwert anheben. Macht sie davon Gebrauch, scheidet die Anwendung des § 85 Abs. 7 Satz 2 SGB XI aus. Wird der Personalschlüssel nicht erhöht, kann die Einrichtung eine Änderung der Geschäftsgrundlage in der laufenden Pflegesatzperiode beanspruchen, soweit die Abweichung der Bewohnerstruktur mindestens 10 % beträgt.
- ➔ PSK SAN: Zuschlag von 2,70 % unabhängig von PEA-Anteil. Zusätzlich wird eine verpflichtende Personalanhebung vorgenommen: - in Einrichtungen ab 20 Plätze mindestens 0,50 VK - in Einrichtungen ab 40 Plätze mindestens 1,00 VK. Wahlweise können Einrichtungen die Mindestanhebung durch einen Personalschlüssel auf bis zu 1: 40 erweitern.



- ☞ PSK Saarland: 2,85 % Zuschlag
- ☞ SH: Schiedsverfahren der PSK anhängig.
- ☞ HH: Kein PSG II – Zuschlag, Änderung Personalrichtwerte RV
- ☞ PSK Sachsen: Allgemeine pauschale Erhöhung um 3 % enthält PSG II-Zuschlag
- ☞ PSK Hessen: Verbesserung der Personalrichtwerte bereits ab 1.1.2017 vereinbarungsfähig, Stellen müssen aber erst in zwei Stufen während des Jahres 2017 besetzt werden. „Überschuss“ dient Kompensation des „Rothgang-Effektes“
- ☞ BW: Nur Überleitung, RV-Verhandlungen zu Personalrichtwerten sind anhängig.



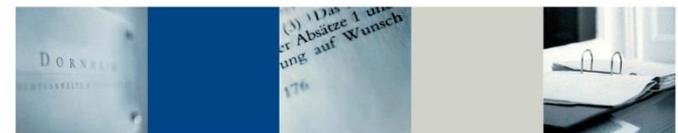
- Grundsatzausschuss NRW: Im Ergebnis wird die Personalmenge im Bereich Pflege zum 01.01.2017 pauschal um 6,8% erhöht. Das Personal ist spätestens zum 01.04.2017 auch real vorzuhalten.
- PSK MV: Zuschlag: Im Jahr 2016 auslaufende Pflegesatzvereinbarung: 0,5 % der Grundlohnsumme für sechs Monate zzgl. 0,456 % je weiteren Monat, andere: 0,25 % je Monat. Personalbemessung: Pflegestufenunabhängiger Personalzuschlag i.H. v. 1:50 (soll in Rahmenvertrag einfließen).



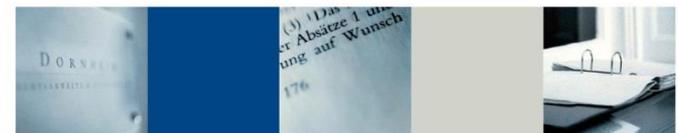
- ➔ **§ 113 Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität** sind für die stationäre Pflege bis zum **30. Juni 2017** und für die ambulante Pflege bis zum **30. Juni 2018** zu vereinbaren und regelmäßig an den medizinisch-pflegefachlichen Fortschritt anzupassen.

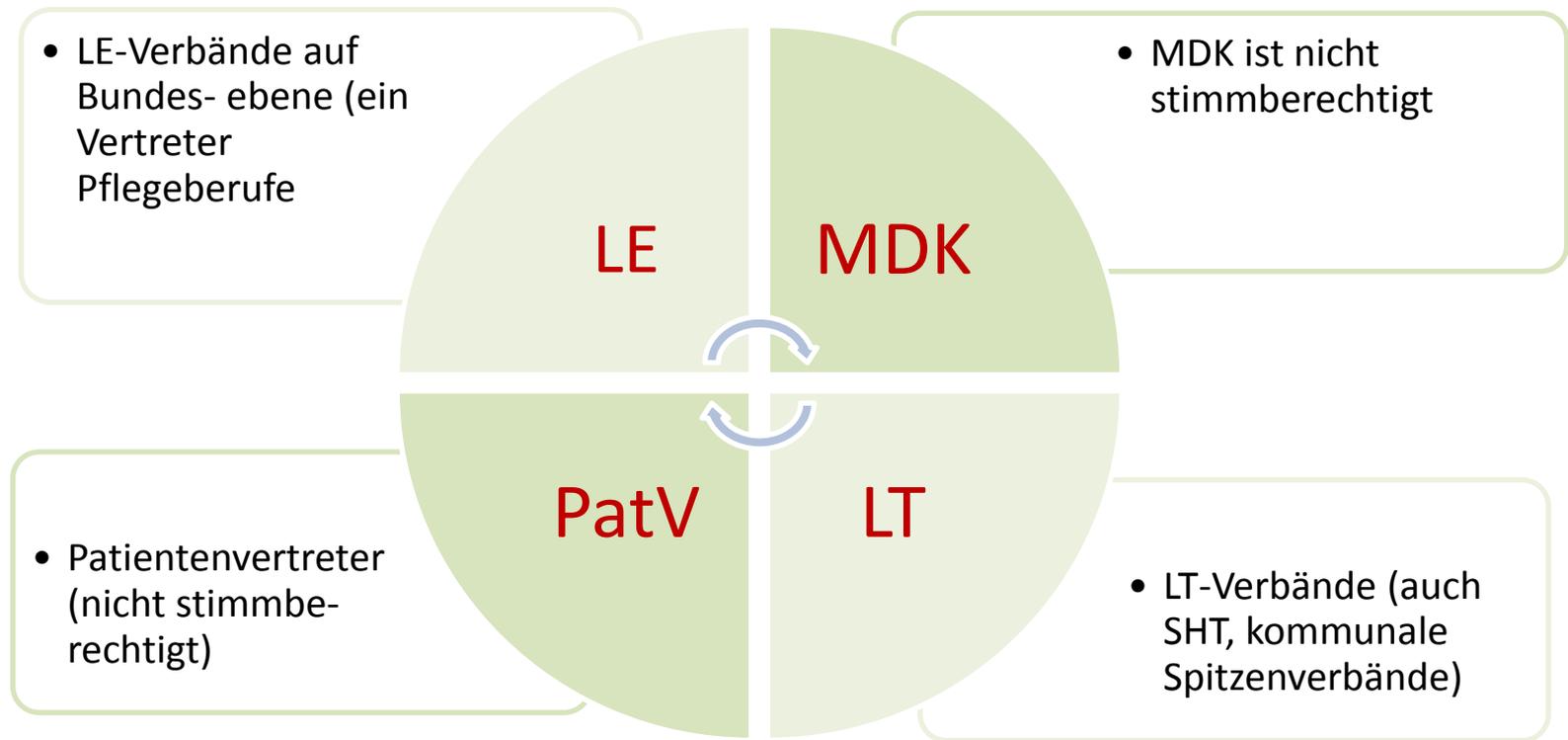
- ➔ **indikatorengestütztes Verfahren:** MuG für die stationäre Pflege regeln ein indikatorengestütztes Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität im stationären Bereich, das auf der Grundlage einer strukturierten Datenerhebung im Rahmen des internen Qualitätsmanagements eine Qualitätsberichterstattung und die externe Qualitätsprüfung ermöglicht, zu beschreiben.

- ➔ Folge: weg von den bisherigen Noten, Umstrukturierung der Prüfinhalte und des Prüfungsgeschehens

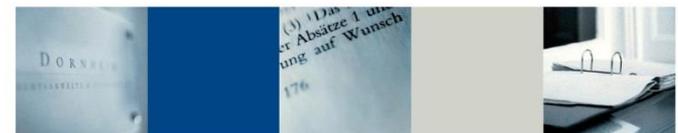


- ➔ Die Anforderung an die Pflegedokumentation darf über ein für die Pflegeeinrichtungen vertretbares und wirtschaftliches Maß nicht hinausgehen und sollen den Aufwand für Pflegedokumentation in ein angemessenes Verhältnis zu den Aufgaben der pflegerischen Versorgung setzen.
- ➔ Erkenntnisse aus dem Projekt zur Einführung des Strukturmodells (SIS) zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation sollen aufgegriffen werden.
- ➔ Ergibt sich durch die Weiterentwicklung der Pflegedokumentation eine zeitliche Einsparung, so führt dies nicht zum Absenken der Pflegevergütung sondern soll der Arbeitsverdichtung entgegenwirken





Erweiterung um einen unabhängigen Vorsitzenden (Karl-Josef Laumann + zwei weitere unparteiische Mitglieder, falls keine Einigung zustande kommt.
Entscheidung in dieser Besetzung.



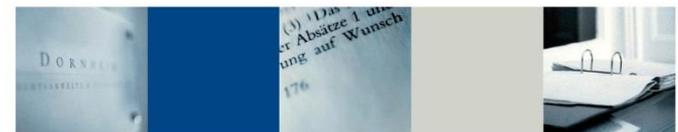
- ☞ muss wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige mit folgenden Aufgaben zu beauftragen:
 - ☞ Instrumente für die Prüfung der Qualität und für die Qualitätsberichterstattung in der stationären Pflege zu entwickeln (**bis zum 31.03.2017**)
 - ☞ bundesweites Datenerhebungsinstrument zu entwickeln (**bis zum 31.03.2017**)
 - ☞ Instrumente für die Prüfung der Qualität und für die Qualitätsberichterstattung in der ambulanten Pflege zu entwickeln (**bis zum 30.06.2017**) und zu pilotieren (**bis zum 31.03.2018**)
 - ☞ Ergänzende Instrumente für die Ermittlung und Bewertung von Lebensqualität zu entwickeln
 - ☞ Umsetzung der o.a. Instrumente wissenschaftlich zu evaluieren
 - ☞ Konzept für die Qualitätssicherung in neuen Wohnformen entwickeln



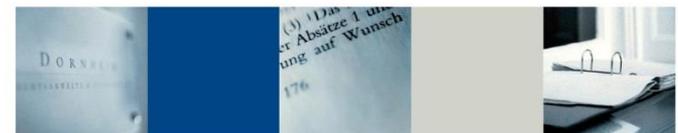
- ☞ Qualitätsausschuss hat in Zusammenarbeit mit maßgeblichen Institutionen die Form der Darstellung sowie der Bewertungssystematik für den stationären Bereich bis zum 31.12.2017 und für den ambulanten Bereich bis zum 31.12.2018 zu vereinbaren

- ☞ **§ 115 a (Übergangsregeln für Pflege-Transparenzvereinbarungen und Qualitätsprüfungs-Richtlinien):** Die PTVen sind in der am 01.01.2017 geltenden Fassung des Gesetzes anzupassen (übergeleitete PTVen) und bis zum 30.04.2016 durch den Qualitätsausschuss zu beschließen

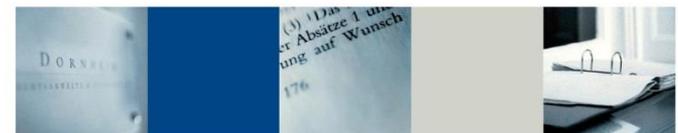
- ☞ Die am 31.12.2015 gültigen QPR gelten bis zu einer, unverzüglich zu erstellenden, neuen QPR weiter



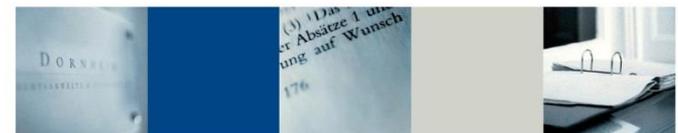
- ➡ Abrechnungen sollen im Rahmen der Regelprüfungen nach § 114 SGB XI verpflichtend überprüft werden. Dies soll so sein, um den Schutzinteressen der Pflegebedürftigen und der Solidargemeinschaft der Versicherten verstärkt Rechnung zu tragen, wobei das Nähere in den Richtlinien zur Durchführung der Qualitätsprüfung des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen nach § 114a Abs. 7 SGB XI zu regeln ist. Bei festgestellten Diskrepanzen sollen die Landesverbände die geeigneten Maßnahmen ergreifen (u.a. nach § 47a SGB XI, dieser verweist auf § 197a SGB V – vgl. BT-Drs. 18/5926, S. 104).



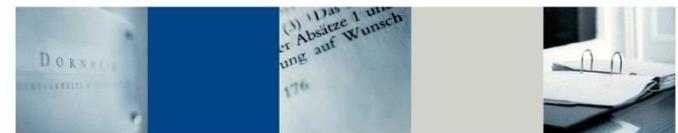
- ➡ MDK hat sich bis jetzt geweigert, die Abrechnungen zu überprüfen → Grund: keine Grundlagen, da die Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) in dieser Hinsicht noch nicht angepasst worden sind und unklar ist, welche Fragestellungen zum Tragen kommen sollen
- ➡ eigentlich sollten die Prüfungen der Abrechnungen erst ab 01. Januar 2017 erfolgen, da bis dahin die QPR überarbeitet sein sollten. Aber: Probedurchlauf bei Pflegediensten zeigte desaströse Ergebnisse. Folge: Vorverlegung an 1.10.2016 geplant.
- ➡ QPR samt Fragenkatalog liegt seit 27.7.2016 im Entwurf vor; Erstreckung entspr. § 114 SGB XI auf Sachleistungen nach § 37 SGB V und § 36 SGB XI.



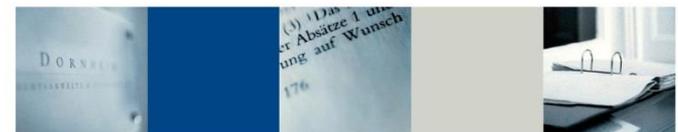
- ➡ Mit dem PSG III soll zum 1.1.2017 auch den Pflegekassen die Möglichkeit einer Abrechnungsprüfung durch Ergänzung eines Abs. 4 bei § 79 SGB XI eröffnet werden
→ Grund: Norm soll mit dem PSG II eingeführte Verpflichtung zur Abrechnungsprüfung bei allen Regelprüfungen der Qualität nach § 114 ergänzen und sich dabei auf sämtliche Leistungen der Pflegeversicherung, die nach dem Sachleistungsprinzip erbracht und abgerechnet werden und die im Wege der Erstattung zu Lasten der Pflegeversicherung geltend gemacht worden sind, konzentrieren.
- ➡ mitumfasst werden soll dabei insbesondere auch die Qualifikation des eingesetzten Personals sowie etwaige Ausbildungszuschläge als Bestandteil der Pflegevergütung nach § 82a SGB XI, die abgerechnet wurden. Im Interesse der Pflegebedürftigen und der zuständigen Sozialhilfeträger soll bei stationärer Pflege die Abrechnung von Leistungen für Unterkunft und Verpflegung nach § 87 SGB XI, die in einem engen Verhältnis zur Pflegesachleistung erbracht werden, in die Prüfung miteinbezogen.



- ➡ Abrechnungsprüfung erfolgt für mindestens sieben Tage, davon nach Möglichkeit einschließlich eines Wochenendes oder zweier Feiertage.
- ➡ Der/Die Prüfer/in kann eigenständig weitere Tage zur Sicherstellung des festgestellten Sachverhaltes zur eindeutigen Klärung des Abrechnungsverhaltens in die Abrechnungsprüfung einbeziehen.
- ➡ Stellt der MDK oder der PKV-Prüfdienst im Rahmen einer Qualitätsprüfung Auffälligkeiten in der Abrechnung fest, kann die Regelprüfung im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen in eine abrechnungsbezogene Anlassprüfung umgewandelt werden.



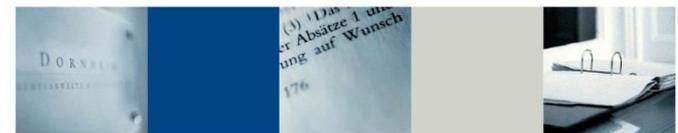
- ➡ Abrechnungsprüfung erfolgt bei der Personenstichprobe gemäß Ziffer 6 Absatz 7:
 - ➡ Personenstichprobe bis zum 31. Dezember 2016: bei ambulanten Pflegediensten mit bis zu 50 Pflegebedürftigen mindestens 5 Personen nach Zufallsprinzip der PS 1 bis PS 3; bei ambulanten Pflegediensten mit mehr als 50 Pflegebedürftigen 10% nach Zufallsprinzip der PS 1 bis PS 3; höchstens 15 Personen
 - ➡ Personenstichprobe ab 01. Januar 2017: 3 Personen mit PG 2, 3 Personen mit PG 3 sowie 2 Personen mit PG 4 und PG 5 nach Zufallsprinzip)



👉 Einsichtsrechte des MDK bzw. des PKV-Prüfdienstes in

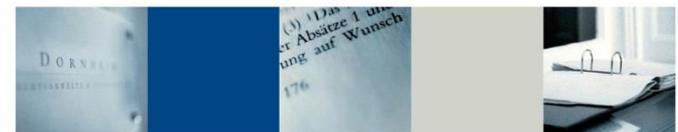
- 👉 Pflegeverträge und Kostenvoranschläge
- 👉 Pflegedokumentationen
- 👉 Durchführungs-/Leistungsnachweise
- 👉 Rechnungen
- 👉 Handzeichenlisten
- 👉 Qualifikationsnachweise
- 👉 Dienstpläne
- 👉 Einsatz-/Tourenpläne
- 👉 Stundennachweise gemäß Arbeitszeitgesetz
- 👉 Arbeitsverträge
- 👉 Mitarbeiterlisten mit Stellenanteilen
- 👉 Berufsurkunden
- 👉 Verordnungen + Genehmigungen

👉 bei Auffälligkeiten der Abrechnungen werden Kopien der relevanten Unterlagen angefertigt.

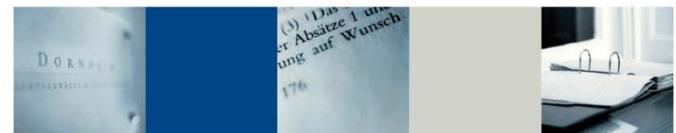


- ☞ Gleiche Einsichtsrechte für Pflege- und Krankenkassen nach Inkrafttreten von § 79 Abs. 4 SGB XI.

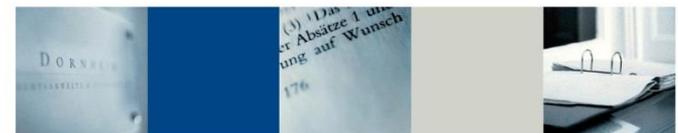
- ☞ Häufige Fehlerquellen:
 - ☞ Einsatz-/Tourenpläne, Dienstpläne, Leistungs-/Durchführungsnachweise und Handzeichenlisten müssen übereinstimmen
 - ☞ Abschlagsregelungen bei gleichzeitiger Erbringung von SGB V- und SGB XI-Leistungen werden beachtet
 - ☞ Abrechnungsausschlüsse werden beachtet
 - ☞ Handzeichen müssen stimmen
 - ☞ keine Abrechnung von nicht vereinbarten Leistungen
 - ☞ Pflegeverträge und Kostenvoranschläge müssen grundsätzlich mit den erbrachten Leistungen übereinstimmen



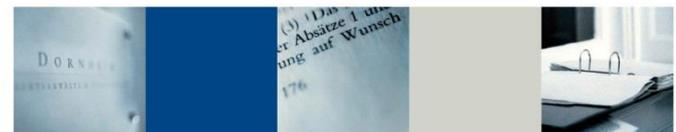
PSG III



☞ § 13 SGB XI soll ergänzt werden: *Im häuslichen Umfeld im Sinne des § 36 der Pflegebedürftigen gehen die Leistungen der Pflegeversicherung den Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach dem Zwölften Buch, dem Bundesversorgungsgesetz und dem Achten Buch vor, es sei denn, bei der Leistungserbringung steht die Erfüllung der Aufgaben der Eingliederungshilfe im Vordergrund. Außerhalb des häuslichen Umfelds gehen die Leistungen der Eingliederungshilfe den Leistungen der Pflegeversicherung vor, soweit in diesem Buch nichts anderes bestimmt ist. Die notwendige Hilfe in den Einrichtungen nach § 71 Absatz 4 ist einschließlich der Pflegeleistungen zu gewähren.*



- ☞ § 61a bis § 61c SGB XII entsprechend §§ 14, 15 PSG II – also Identität des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs – kein erweiterter Verrichtungsbegriff mehr.
- ☞ § 62 SGB XII: NBA entsprechend anwendbar.
- ☞ Problemkreis I: § 62a SGB XII:
 - ☞ *Die Entscheidung der Pflegekasse über den Pflegegrad ist für den Träger der Sozialhilfe bindend, soweit sie auf Tatsachen beruht, die bei beiden Entscheidungen zu berücksichtigen sind. Bei seiner Entscheidung kann sich der Träger der Sozialhilfe der Hilfe sachverständiger Dritter bedienen. Auf Anforderung unterstützt der Medizinische Dienst der Krankenversicherung den Träger der Sozialhilfe bei seiner Entscheidung und erhält hierfür Kostenersatz, der zu vereinbaren ist.*
 - ☞ Problem: Wie sollen Aufstockungsleistungen bedarfsgerecht bemessen sein?

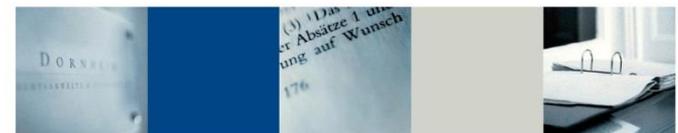


👉 Die Lösung (aha!):

§ 63a Notwendiger pflegerischer Bedarf

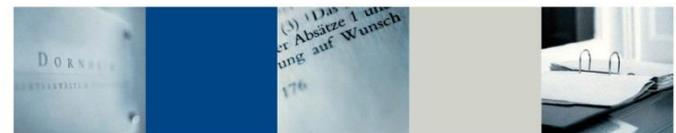
Die Träger der Sozialhilfe haben den notwendigen pflegerischen Bedarf zu ermitteln und festzustellen.

- 👉 Problemkreis II: Pflegegrad 1 und stationäre Pflege (also bisher „Stufe 0“ ohne eA).
§ 65 SGB XII: Pflegebedürftige der Pflegegrade 2, 3, 4 oder 5 haben Anspruch auf Pflege in stationären Einrichtungen, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des Einzelfalls nicht in Betracht kommt. Der Anspruch auf stationäre Pflege umfasst auch Betreuungsmaßnahmen; § 64b Absatz 2 findet entsprechende Anwendung.

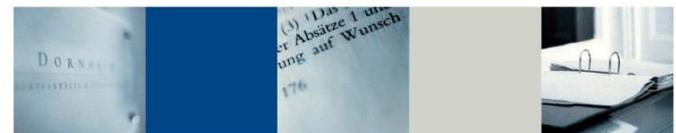


- ☞ § 64 b Abs. 2 SGB XII: Pflegerische Betreuungsmaßnahmen umfassen Unterstützungsleistungen zur Bewältigung und Gestaltung des alltäglichen Lebens im häuslichen Umfeld,
 - ☞ insbesondere bei der Bewältigung psychosozialer Problemlagen oder von Gefährdungen,
 - ☞ bei der Orientierung, bei der Tagesstrukturierung, bei der Kommunikation, bei der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte und bei bedürfnisgerechten Beschäftigungen im Alltag
 - ☞ durch Maßnahmen zur kognitiven Aktivierung.
 - ☞ **Kein Anspruch** auf zusätzliche Betreuungsleistungen entsprechend § 87 b SGB XI (neu: § 43 b SGB XI) **für Nichtversicherte** geregelt. Auch kein doppelter Stufensprung nach § 137 SGB XII

- ☞ § 76 Abs. 2 Satz 3 SGB XII: „Die Maßnahmepauschale ist nach Gruppen für Leistungsberechtigte mit vergleichbarem Bedarf sowie bei Leistungen der häuslichen Pflegehilfe für die **gemeinsame Inanspruchnahme** durch mehrere Leistungsberechtigte nach § 64b Absatz 1 Satz 3 zu kalkulieren.“ (Begründung: „redaktionelle Folgeänderung“ – zweifelhaft)



Sonstige Neuregelungen



- ➡ §§ 299a, 299b StGB: Neue Compliance-Regularien sind auch wichtig für stationäre und ambulante Einrichtungen der Altenhilfe!
- ➡ Krankenhausstrukturgesetz (§ 37 Abs. 1a, § 39 c)
- ➡ Hospiz-und PalliativG
- ➡ PräventionsG
- ➡ Änderungen des § 132a SGB V durch „E-Health-Gesetz“, nächste Änderung geplant
- ➡ BTHG (Stand Referentenentwurf)
- ➡ Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Stand Kabinetentwurf)
- ➡ Änderung des § 105 SGB XI durch Zweites BürokratieentlastungsG (Stand Kabinetentwurf)

