



# Pflegerreform 2017

## Die Chancen überwiegen

**NICHT NUR DAS NEUE JAHR BEGINNT, SONDERN AUCH DIE NEUE PFLEGEVERSICHERUNG. DENN WENN ETWAS DIE PFLEGELANDSCHAFT DAUERHAFT VERÄNDERT WIRD, IST ES DIE EINFÜHRUNG DES NEUEN EINSTUFUNGSBEGRIFFS. DIE WICHTIGSTEN AUSWIRKUNGEN DER PFLEGESTÄRKUNGSGESETZE AUF DIE AMBULANTE PFLEGE IM ÜBERBLICK.**

› Von Andres Heiber

**D**as Kernelement der gesamten Pflegestärkungsgesetzgebung ist sicherlich der neue Einstufungsbegriff und das damit verbundene Einstufungsverfahren NBA. Bildete bisher der Versorgungsaufwand, bezogen auf die täglich wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens die Grundlage, so spielt ab 2017 dieser Aufwand keine Rolle mehr für die Einstufung. Die Bemessung erfolgt nun allein auf der Basis der Frage, wie der Grad der Selbstständigkeit bzw. die Fähigkeiten in insgesamt 64 Kriterien eingeschränkt ist/sind. Dabei wird nicht mehr zwischen den Gründen für die Einschränkung unterschieden: sowohl somatische als auch kognitiven Einschränkungen zählen gleichberechtigt. Der wesentliche Unterschied besteht jedoch in der Ausweitung der Kriterien, insbesondere im Bereich der kognitiven Einschränkungen, aber auch der Behandlungspflege sowie der Fähigkeiten zur Alltagsgestaltung und zur Pflege sozialer Kontakte. Das führt dazu, dass bestimmte Gruppen nach der neuen Einstufung eher schlechter eingestuft werden, andere eher besser:

- Im Wesentlichen somatisch eingestufte Pflegebedürftige dürften nach dem alten System besser eingestuft werden als nach dem neuen. Denn wenn keine oder kaum kognitive Einschränkungen vorliegen, fehlen wesentliche Punkte insbesondere aus den Modulen 2: „Kognitive und kommunikative Fähigkeiten“, 3: „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“ sowie Modul 6: „Gestaltung Alltagsleben und sozialer Kontakte“.
- Pflegebedürftige mit kognitiven Einschränkungen können in allen Modulen Punkte erhalten und werden somit am besten eingestuft. Die dahinter erscheinende Annahme von einem altersbedingten Nachlassen aller Fähigkeiten sorgt aber auch dafür, dass die Gruppen der Pflegebedürftigen mit ‚einseitigen‘ Einschränkungen entsprechend weniger Punkte erhalten können. Der eigenständige Zugang zu Leistungen beispielsweise bei Demenz schränkt andererseits die Einstufung für die Pflegebedürftigen ein, die hier keine Defizite haben.

- Für den ambulanten Bereich interessant ist insbesondere die Bewertung der Behandlungspflege, die immerhin mit 20 Prozent zur Gesamtbewertung beiträgt. Sie wird auch weiterhin, wie der Gesetzgeber eindeutig festgelegt hat, von der Krankenversicherung übernommen. Die mit den Kriterien der Behandlungspflege verbundene Bewertung sorgt für zweierlei Effekte: die im Modul 5 A definierten Kriterien (Medikamentengabe, Injektionen, Messen von Körperzuständen und körpernahe Hilfsmittel) und deren Bewertung sorgen dafür, dass man mit nur vier täglichen Maßnahmen (beispielsweise zweimal Blutzuckermessen und zweimal Spritzen von Insulin) für die Gesamtbewertung schon zehn Punkte erhält. Alle weiteren Kriterien der Untermodule B bis D behandeln allerdings nur hochgradige Leistungen wie Versorgung von chronischen Wunden oder ständige Beaufsichtigung, so dass hier nur sehr wenig Pflegebedürftige Punkte erhalten werden. Da aber die Grenze zum Eingangspflegegrad 1 bei 12,5 Punkte liegt, könnten nun viele Behandlungspflegekunden (z. B. Diabetiker) Zugang zu Leistungen zumindest des Pflegegrades 1 erhalten, die bisher keine Anträge gestellt haben.

**DIE VARIANZ INNERHALB DER PFLEGEGRAD E WIRD STEIGEN**

Da nicht mehr der Aufwand zählt, sondern der Grad der Selbstständigkeit, kann es dazu führen, dass ein Pflegebedürftiger, der unter anderem zehn Mal Hilfe beim Toilettengang benötigt, im gleichen Pflegegrad eingestuft wird wie ein anderer Pflegebedürftiger, der einen Dauerkatheter nutzt. Obwohl der Aufwand an fremder Hilfe sich massiv unterscheidet. Eine Spreizung des Grundpflegebedarfs in dieser Größenordnung gab es beim alten Einstufungssystem nicht, auch weil allein der Fokus auf der Fremdhilfe lag. Die Erprobungsstudie „Versorgungsaufwände in stationären Einrichtungen“ (EViS) aus dem Jahr 2015 stellt dazu folgendes fest: „Das NBA trägt nicht dazu bei, die Heterogenität innerhalb der gleichen Einstufung von Pflegebedürftigkeit zu reduzieren. Diese Heterogenität ist dem Phänomen ‚Pflegebedürftigkeit‘ selbst immanent und für Klassenbildungen unvermeidlich“. In der Praxis wird das dazu führen, dass einerseits Pflegebedürftige mit ihrem Versorgungsgrad und den damit verfügbaren Mitteln gut zurechtkommen können, während der Nachbar im gleichen Haus nicht mal die notwendigen Toilettengänge damit finanzieren kann. Die für die Versorgung ‚sichtbare‘ Spreizung innerhalb der neuen Pflegegrade wird eher zunehmen und damit auch der Bedarf, dies zu erklären.

**PFLEGEGRAD 1: DAS EINGEBAUTE MISSVERSTÄNDNIS**

Der Pflegegrad 1 hat mit den anderen Graden nur den Namen gemeinsam, denn systematisch ist er nur eine Vorstufe. Erst mit dem Pflegegrad 2 beginne die Sachleistungen n. Das ist vom Gesetzgeber auch so gewollt, aber nicht so gesagt. Denn wer wie das Bundesministerium für Gesundheit ständig kommuniziert, es würden von drei Pflegestufen auf fünf Pflegegrade umgestellt, weckt nicht nur falsche Erwartungen, sondern stellt es auch falsch dar: formal gibt es heute mindestens vier Pflegestufen (Härtefall), ambulant sogar neun mit sieben Sachleistungsbeträgen bzw. sechs Pflegegeldbeträgen. Im alten System gab es also eine größere Differenzierung als im neuen Pflegegradsystem.

Der Pflegegrad 1 ist eine Vorstufe, der als Dienstleistung nur die Entlastungsleistung in Höhe von 125 Euro enthält. Für neue Gruppen wie die oben angesprochenen Versicherten mit Behandlungspflege ist das ein Fortschritt. Aber wer sich die Einstufungskorridore ansieht, wird feststellen, dass der Pflegegrad 2 erst bei 27 von 100 Punkten anfängt. Diese Stufe werden viele Pflegebedürftige nicht erreichen, die nach altem Recht entweder Pflegestufe 1 oder Pflegestufe „o“ (erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz) erhalten hätten (auch hier hat die EViS-Studie aussagekräftige Zahlen veröffentlicht). Deshalb weckt die Art der Kommunikation („Fünf Pflegegrade“) eine falsche Hoffnung: Pflegedienste sollten hier eher von vier Sachleistungsgraden und einer Vorstufe reden.

**DIE ÜBERLEITUNGSGEWINNER**

Bezogen auf den ambulanten Bereich werden zirka 92 Prozent aller Pflegebedürftigen mehr Leistungen erhalten, zum Teil bis zu 600 Euro mehr, ohne dass sich deren Versorgungssituation zum Jahreswechsel verändert hat. Die vom Gesetzgeber im letzten Schritt vorgenommenen sehr großzügigen Überleitungsregelungen werden dafür sorgen, dass die Bestandskunden sehr lange von dieser Reform ‚zehren‘ werden. Denn wenn man (auch hier) der EViS-Studie folgen will, werden viele Pflegebedürftige auf lange Zeit nicht die Kriterien der übergeleiteten Pflegegrade erfüllen.

Auch deshalb sollten die Pflegedienste mit den Bestandskunden neue Pflegeverträge abgeschlossen haben bzw. noch abschließen, um zumindest ein Teil der auch heute oftmals erbrachten kostenfreien Leistungen abrechenbar zu machen. Das gilt für „vergessene Leistungen“ (Stichworte: Hilfebegriff, Teilwaschen, Vorlagenwechsel, Lagern etc.) genauso wie für „heimliche Leistungen“ (Stichworte: Mülleimer, Rollläden, Tierversorgung, kleine Besorgungen, Zeit etc.).

**DIE BETREUUNG ALS NORMALE LEISTUNG**

Lange Zeit hat die Pflege (sicherlich auch berechtigt) darüber geklagt, dass für ein Gespräch keine Zeit/Leistung vorgesehen ist, aber ein Gespräch manchmal wichtiger wäre als das Waschen. Die 2002 eingeführte zusätzliche Betreuungsleistung hätte auch schon für ein kurzes Gespräch genutzt werden können, meist wurden hier aber Gruppen- oder separate Einzelbetreuungen erbracht. Nach der Ausweitung 2015 wurde die Entlastungsleistung schwerpunktmäßig eher für Hauswirtschaft genutzt. Die Häusliche Betreuung, 2013 als Sachleistung eingeführt, wurde nach sehr schleppender Umsetzung in vielen Ländern auch wegen der Nachrangigkeit (Grundpflege und Hauswirtschaft musste sichergestellt sein) eher verhalten genutzt. Ab 2017 steht die nun pflegerische Betreuung als eigenständige Sachleistung zur Verfügung, sie muss und sollte nun auch so genutzt werden. Jetzt ist es möglich, neben der Grundpflege am Morgen auch noch weitere Zeit für Betreuung einzukaufen. Nun gehört das „Reden“ gleichberechtigt zu den auswählbaren Leistungen.

Das heißt zweierlei: der Pflegedienst kann diese Leistung den Kunden anbieten und diese können diese Leistung ohne Einschränkung wählen. >>

» Für den ambulanten Bereich ist die Bewertung der Behandlungspflege interessant. Diese trägt mit 20 Prozent zur Gesamtbewertung bei.

» Die für die Versorgung ‚sichtbare‘ Spreizung innerhalb der neuen Pflegegrade wird eher zunehmen und damit auch der Bedarf, dies zu erklären.

> Der Pflegegrad 1 hat mit den anderen Graden nur den Namen gemeinsam, denn systematisch ist er nur eine Vorstufe. Von fünf Pflegegraden zu sprechen, weckt eine falsche Hoffnung: Pflegedienste sollten hier eher von vier Sachleistungsgraden und einer Vorstufe reden.

>> Wer also jeden Morgen reden will, kann das buchen! Gerade angesichts der sehr komfortablen Überleitung, könnten sich das auch viele Kunden leisten. Daher müssen Pflegedienste auch den Mut haben und Grenzen ziehen, wenn Kunden einerseits die Zeit zum Reden haben, aber diese nicht bezahlen wollen, obwohl sie es nun könnten. Auch für die Tourenplanung und den Arbeitsalltag könnte eine Mehrzeit zum Reden in einem Einsatz positive Auswirkungen haben; es könnte zu einer „Entschleunigung“ führen, weg von der reinen somatisch definierten Pflege (siehe auch PDLpraxis 11/2016). Allerdings müssen die Pflegedienste/Mitarbeiter dies genauso konsequent darstellen und abgrenzen wie alle anderen Leistungen auch.

### PSG III: ZEIT FÜR BESSERE BERATUNG

Das nun verabschiedete Pflegestärkungsgesetz III (PSG) sieht vor, dass die Kommunen verstärkt die Beratung vor Ort organisieren oder auch teilweise selbst übernehmen können. Dabei geht es aber nur um die Leistungen der Pflegeberatung nach § 7a, der Beratungsbesuche nach § 37.3 sowie der Schulungen nach § 45. Der Gesetzgeber hatte die Ansprüche auf Pflegeberatung und den Aufbau von Pflegestützpunkten zusätzlich 2009 eingeführt, auch mit Mitteln zur Anschubfinanzierung der Pflegestützpunkte. Die Hälfte dieser Mittel (immerhin 30 Millionen Euro) wurden aber nicht genutzt und deshalb 2013 in Mittel zur Anschubfinanzierung ambulante Wohngemeinschaften umgewidmet. In diesem Zusammenhang kann man die erneuten Bestrebungen des Gesetzgebers verstehen, eine bessere Beratung umzusetzen, indem man den Kommunen mehr Rechte und Möglichkeiten einräumt, beispielsweise durch die Schaffung von 60 Modellkommunen etc.

Würden die Pflegekassen die vom Gesetzgeber vorgegebenen Aufgaben der Pflegeberatung im gedachten Umfang tatsächlich optimal umsetzen, hätte es mutmaßlich keinen Veränderungsbedarf gegeben. Aber wenn man beispielsweise feststellen muss, dass die Entlastungsleistung nach § 45b, zu der seit 2015 alle ambulant versorgten Pflegebedürftigen Zu-



gang haben, gerade einmal zu zirka 27 Prozent genutzt wird und die Verhinderungspflege, die es seit 1991 gibt, zu zirka 29 Prozent (Zahlen vom Autor auf der Basis Finanzergebnis Soziale Pflegeversicherung 2015 errechnet), dann gibt es offensichtlich einen Beratungsbedarf. Und wenn die Kommunen durch das PSG III nun verstärkt in die Beratung einsteigen bzw. Beratung organisieren können, kann das der ambulanten Pflege nur gut tun!

### NACH DER REFORM IST VOR DER REFORM

Nie war der Spruch „nach der Reform ist vor der Reform“ richtiger als nach den PSG-Gesetzen: selbst der Gesetzgeber spricht in Bezug auf den NBA von einem lernenden System. Es ist davon auszugehen, dass es zu weiteren Anpassungen kommen wird. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und die damit einher gehenden grundlegenden Änderungen bieten viele Chancen, enthalten aber auch Stolpersteine und Problemzonen. Im ambulanten Bereich überwiegen aber die Chancen, wenn ein Pflegedienst die Möglichkeiten, insbesondere der Überleitung, auch aktiv nutzt!

**i** Der Autor ist Referent auf dem Häusliche Pflege Managertag mit Schwerpunkt PSG II, Infos unter [www.hp-managertag.de](http://www.hp-managertag.de)

**📖** Vom Autor erscheint im Frühjahr 2017 ein Buch zum Pflegestärkungsgesetz III, Vorbestellungen unter [www.haeusliche-pflege.net/shop](http://www.haeusliche-pflege.net/shop)



ANDREAS HEIBER

> Inhaber System & Praxis, Bielefeld  
> [www.syspra.de](http://www.syspra.de)