

FAQ: Häufige Fragen & Antworten zum PSG II

Was ändert sich zum 01. Januar 2017?

Zum 01.01.2017 werden alle Änderungen des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes (PSG II) umgesetzt, was weitreichende Auswirkungen hat – sowohl für Pflegebedürftige und deren Familien als auch für Arbeitnehmer in Deutschland allgemein. Was sind die häufigsten Fragen zu den Änderungen ab dem 01.01.2017? pflege.de gibt Antworten auf die häufigsten Fragen.

1. Warum wird Pflegebedürftigkeit neu definiert?

Durch die alternde Gesellschaft steigt der Anteil der Demenzkranken in Deutschland stark an, so dass eine neue Regelung für die Einstufung von Pflegebedürftigen gefunden werden musste. Menschen mit Demenz sind oft körperlich kaum eingeschränkt, benötigen jedoch im Alltag trotzdem Betreuung und Unterstützung. Daher verfolgt der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff ab 2017 im Gegensatz zum alten System das Ziel, bei der Begutachtung nicht nur körperliche Einschränkungen, sondern verstärkt auch kognitive und psychische Beeinträchtigungen zu berücksichtigen. Gänzlich neu ist auch die Basis für die Begutachtung: Pflegebedürftige sollen nicht wie bisher auf ihre Defizite, sondern ganzheitlich auf den Grad ihrer Selbstständigkeit hin untersucht werden, um noch vorhandene Ressourcen zu analysieren und Möglichkeiten zum Aktivieren dieser Potentiale aufzuzeigen. Auf Basis des ermittelten Grads der (Un-)Selbstständigkeit wird Betroffenen ein Pflegegrad zugewiesen, der über die Leistungen aus der Pflegeversicherung entscheidet.

Bisher bezog sich Pflegebedürftigkeit vor allem auf körperliche Beeinträchtigungen: Je nach Schwere der körperlichen Einschränkung und Ausmaß des Unterstützungsbedarfs wurde eine Pflegestufe anerkannt. Pflegebedürftige Menschen mit psychischen und kognitiven Beeinträchtigungen (z.B. Demenz) wurden nur bedingt berücksichtigt und erhielten zumeist nicht die gleichen Leistungen wie körperlich Pflegebedürftige. Zum 01.01.2017 lösen die fünf Pflegegrade die bisher geltenden drei Pflegestufen komplett ab und es wird ein neues Prüfverfahren („Neues Begutachtungsassessment“, kurz „NBA“) zur Begutachtung der Pflegebedürftigkeit eingeführt.

2. Was ändert sich bei der Einstufung pflegebedürftiger Menschen?

Ab 01.01.2017 werden die bisher geltenden drei Pflegestufen durch fünf Pflegegrade ersetzt. Bei der Einstufung des Pflegebedarfs berücksichtigen Gutachter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK; bei gesetzlich Versicherten) oder der MEDICPROOF (bei privat Versicherten) in Zukunft nicht mehr nur den körperlichen Unterstützungsbedarf, sondern vor allem auch psychische und kognitive Beeinträchtigungen. Statt der Analyse der körperlichen Defizite wie bisher soll in Zukunft der Grad der Selbstständigkeit in sechs Bereichen nach einem Punktesystem untersucht werden. Damit sollen Gutachter vorhandene Ressourcen identifizieren und Chancen der Aktivierung aufzeigen.

Das neue Prüfverfahren NBA („Neues Begutachtungsassessment“) berücksichtigt dabei folgende sechs Bereiche: (1) Mobilität, (2) kognitive und kommunikative Fähigkeiten, (3) Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, (4) Selbstversorgung, (5) Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen, (6) Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte. Je mehr Punkte der Antragsteller bei der Begutachtung erhält, desto schwerwiegender ist sein Pflegegrad und desto höhere Leistungen erhält er von der Pflegekasse.

Die bisherige Einstufung der Pflegebedürftigkeit auf Basis des Zeitaufwands in Minuten spielt in der neuen Begutachtung und damit für die Zuordnung eines Pflegegrads keine Rolle mehr.

3. Wie errechnet sich der jeweilige Pflegegrad?

3a) Für Menschen, die 2017 erstmals Pflegeleistungen beantragen:

Bei der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK; bei gesetzlich Versicherten) oder der MEDICPROOF (bei privat Versicherten) vergibt der Gutachter für die einzelnen Bereiche Punkte, die am Ende gewichtet und addiert werden. Aus den Gesamtpunkten errechnet sich das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit und damit der jeweilige Pflegegrad. Für jeden Pflegegrad ist eine Spanne an Punkten definiert.

3b) Für Menschen, die 2016 bereits Pflegeleistungen beziehen:

Wer 2016 bereits eine anerkannte Pflegestufe hat, wird automatisch in einen Pflegegrad überführt und muss nicht neu begutachtet werden. Dabei gilt: Bei der Umrechnung einer Pflegestufe von körperlich eingeschränkten Personen auf einen Pflegegrad gilt die Grundregel „+1“, bei der Umgradung der Pflegestufe von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (e.A.) gilt die Grundregel „+2“. Zur Verdeutlichung ein Beispiel: Pflegebedürftige mit anerkannter Pflegestufe 1 ohne eingeschränkte Alltagskompetenz erhalten automatisch Pflegegrad 2 (+1). Liegt bei anerkannt Pflegebedürftigen mit Pflegestufe 1 zusätzlich eine eingeschränkte Alltagskompetenz vor, so erhält der Versicherte Pflegegrad 3 (+2).

Wer schon vorab seinen möglichen Pflegegrad berechnen oder seine bestehende Pflegestufe umrechnen möchte, kann dazu den kostenlosen Pflegegrad-Rechner von pflege.de nutzen: <https://www.pflege.de/pflegekasse-pflegerecht/pflegegrade/#rechner>.

4. Müssen anerkannt Pflegebedürftige neu begutachtet werden?

Nein, Pflegebedürftige, die zum 31.12.2016 bereits eine anerkannte Pflegestufe haben, müssen nicht neu begutachtet werden. Sie bekommen von der Pflegekasse automatisch den entsprechenden Pflegegrad zugewiesen. (Siehe 3b).

5. Wie funktioniert die automatische Überleitung von Pflegebedürftigen mit anerkannter Pflegestufe in einen Pflegegrad zum 01.01.2017?

Die Pflegekasse leitet Pflegebedürftige mit anerkannter Pflegestufe zum 01.01.2017 automatisch in den entsprechenden Pflegegrad über. Somit entsteht für Pflegebedürftige und deren Angehörige kein zusätzlicher Aufwand in Form neuer Anträge oder einer neuen Begutachtung. Die Kassen informieren jeden einzelnen Pflegebedürftigen schriftlich vor Jahresende über diese Überleitung.

6. Können Pflegebedürftige mit anerkannter Pflegestufe durch die Pflegegrade schlechter gestellt werden?

Laut Aussage von Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe soll zukünftig niemand schlechter gestellt werden, der von einer Pflegestufe automatisch in einen Pflegegrad überführt wird – und so ist es auch gesetzlich geregelt. Das heißt konkret: Pflegebedürftige, die bereits 2016 Leistungen aus der Pflegekasse erhalten, bekommen diese Leistungen ab 2017 weiterhin mindestens im gleichen Umfang. Das regelt der sog. Bestandsschutz. Der gilt auch, wenn ein Antrag auf Höherstufung vorliegt und der Gutachter einen niedrigeren Pflegegrad feststellt. Auch dann werden Pflegebedürftige nicht niedriger eingestuft, sondern behalten ihren Leistungsanspruch bei.

7. Wer sollte sich besser noch nach dem alten System begutachten lassen?

Für Pflegebedürftige mit rein körperlichen Beeinträchtigungen kann es nach dem neuen Begutachtungssystem ab 2017 schwieriger werden, einen höheren Pflegegrad (v.a. Pflegegrad 4 und 5) zu bekommen. Daher lohnt es sich für diese Personen, noch bis 31.12.2016 den Antrag auf Pflegeleistungen stellen, um nach dem alten System begutachtet zu werden und letztendlich höhere Leistungen zu erhalten.

Aber auch für Pflegebedürftige mit (voraussichtlicher) Pflegestufe 1, die absehbar in ein Pflegeheim ziehen werden, lohnt sich sowohl die Begutachtung als auch der Umzug ins Heim noch vor dem 31.12.2016, um vom Bestandsschutz zu profitieren. Der neu berechnete Eigenanteil (sog. „Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil“, kurz „EEE“) bei Pflegeheimen wird es für Pflegebedürftige mit niedrigen Pflegegraden in der Regel nämlich teurer machen als bisher.

8. Wie können sich Familien auf das neue Begutachtungsverfahren vorbereiten?

Zur Vorbereitung auf den Besuch des Gutachters sollten Familien sämtliche Arztbriefe, Krankenakten, Medikamente mitsamt der empfohlenen Dosierung sowie die genutzten Hilfsmittel bereithalten. Zudem empfiehlt es sich, den Hilfebedarf des Betroffenen bzw. seine Selbstständigkeit in den sechs Begutachtungsbereichen über mehrere Tage hinweg zu beobachten. Angehörige sollten sich

Notizen machen, um dem Gutachter ihre persönliche Einschätzung besser darlegen zu können, und typische Situationen aus dem Alltag beschreiben, in denen der Antragsteller besonders auf fremde Hilfe angewiesen ist.

Mittels des Pflegegrad-Rechners von pflege.de können Sie bereits im Vorfeld der Begutachtung eine Einschätzung der Selbstständigkeit des Betroffenen vornehmen und herausfinden, welcher Pflegegrad Ihrem Angehörigen wahrscheinlich zugesprochen wird. Das Tool stellt pflege.de unter <https://www.pflege.de/pflegekasse-pflegerecht/pflegegrade/#rechner> kostenlos zur Verfügung.

9. Wie hoch sind die Leistungsbeträge in den einzelnen Pflegegraden?

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Pflegegeld	0	316 Euro	545 Euro	728 Euro	901 Euro
Pflegesachleistung	0	689 Euro	1.298 Euro	1.612 Euro	1.995 Euro
Teilstationäre Pflege	0	689 Euro	1.298 Euro	1.612 Euro	1.995 Euro
Vollstationäre Pflege	125 Euro	770 Euro	1.262 Euro	1.775 Euro	2.005 Euro

*als Geldbetrag, der für die Erstattung von Betreuungs- und Entlastungsleistungen genutzt werden kann

10. Wie ändern sich die Leistungen in der ambulanten Pflege ab 2017?

Das zweite Pflegestärkungsgesetz verfolgt konsequent das Prinzip „ambulant vor stationär“, so dass in der Regel Pflegebedürftige, die im häuslichen Umfeld versorgt werden, höhere Leistungen erhalten. Konkret bedeutet das: Pflegesachleistungen für die Betreuung und Pflege durch einen ambulanten Pflegedienst oder eine Tages- und Nachtpflege werden ab 01.01.2017 deutlich erhöht. Die Pflegesachleistungen für die sog. „Pflegestufe 0“ steigen durch die Umwandlung in Pflegegrad 2 beispielsweise um 458 Euro monatlich auf 689 Euro an.

Durch das neue Begutachtungssystem werden grundsätzlich die ca. 1,6 Millionen Menschen in Deutschland mit demenzieller Erkrankung bessergestellt als bisher.

11. Wie ändern sich die Leistungen in der stationären Pflege ab 2017?

Grundsätzlich wird es nach dem neuen Begutachtungssystem ab 2017 schwieriger, mit rein körperlichem Pflegebedarf einen höheren Pflegegrad (ab Pflegegrad 3) zu erhalten als heute eine vergleichbare Pflegestufe.

Im Vergleich zur ambulanten Pflege werden Bewohnerinnen und Bewohner von Alten- und Pflegeheimen mit bisheriger Pflegestufe 1 und 2 (künftig Pflegegrad 2 und 3) schlechter gestellt. Neben geringeren Leistungen aus der Pflegekasse werden die Zuzahlungen für die stationäre Pflege für niedrigere Pflegegrade höher sein als bisher. Der Grund: Ab 2017 wird ein Durchschnittsanteil errechnet, der für alle Bewohner – unabhängig vom Pflegegrad – gleich hoch ist (sog. „Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil“, kurz „EEE“). Bisher stieg der Eigenanteil der Bewohner mit zunehmender Pflegestufe an.

Bewohnerinnen und Bewohner in stationären Einrichtungen mit Pflegestufe 3 (künftig Pflegegrad 4) und Härtefall (künftig Pflegegrad 5) werden ab 2017 aber bessergestellt: Sie erhalten im Vergleich zu den bisherigen Leistungssätzen für die stationäre Versorgung künftig höhere Leistungen aus der Pflegekasse und zahlen zudem im Vergleich zum alten System zukünftig einen relativ günstigeren Eigenanteil aufgrund der gleichmäßigen Umlage auf alle Pflegegrade.

12. Was ändert sich zum 01.01.2017 für pflegende Angehörige?

Ab 01.01.2017 wird die Pflegeversicherung mehr pflegenden Angehörigen Rentenbeiträge bezahlen, sofern ihr pflegebedürftiger Angehöriger mindestens Pflegegrad 2 hat. Entscheidend für die Höhe der Beiträge ist, in welchem Umfang pflegende Angehörige pflegerische Tätigkeiten übernehmen. Zudem wird durch das zweite Pflegestärkungsgesetz die soziale Absicherung für pflegende Angehörige deutlich verbessert: Angehörige erhalten bessere Konditionen in der Unfall- und Arbeitslosenversicherung.

13. Was ändert sich für Arbeitnehmer in Deutschland? Ändern sich die Beiträge zur Pflegeversicherung?

Um die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und die damit verbundenen Leistungssteigerungen zu finanzieren, werden die Beiträge zur Pflegeversicherung ab 01.01.2017 um 0,2 Prozentpunkte auf 2,55 Prozent des Bruttolohns angehoben. Für kinderlose Arbeitnehmer erhöht sich der Prozentsatz auf 2,8 Prozent des Bruttolohns.

14. Was muss man tun, wenn Pflegebedürftigkeit eintritt?

Versicherte müssen wie bisher einen Antrag auf Pflegeleistungen bei der zuständigen Pflegekasse stellen. Die Pflegekasse ist der Krankenkasse angeschlossen, der zuständige Sachbearbeiter wird Sie ggf. weiterverbinden. Falls Versicherte den Antrag nicht mehr selbst stellen können, sind auch bevollmächtigte Angehörige dazu befugt.

Nachdem der Antrag bei der Pflegekasse eingegangen ist, wird sich ein Gutachter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (bei gesetzlich Versicherten) oder der MEDICPROOF (bei privat Versicherten) melden und einen persönlichen Begutachtungstermin vereinbaren. Bei diesem Termin untersucht der Gutachter die individuelle Situation des Hilfsbedürftigen in Bezug auf seine Selbstständigkeit und schlägt der Pflegekasse auf Basis der errechneten Gesamtpunktzahl einen Pflegegrad vor. Die Pflegekasse bewertet das Gutachten und wird sich daraufhin beim Versicherten melden und ihm einen Pflegegrad mit entsprechender Begründung zuerkennen oder verweigern. Gegen diesen Bescheid können Versicherte Widerspruch einlegen.

Die Zuordnung eines Pflegegrads erfolgt anhand eines Punktesystems. Dazu werden in den sechs Bereichen (1) Mobilität, (2) kognitive und kommunikative Fähigkeiten, (3) Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, (4) Selbstversorgung, (5) Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen, (6) Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte für jedes erhobene Kriterium Punkte vergeben. Die Höhe der Punkte orientiert sich am Grad der vorhandenen Selbstständigkeit. Grundsätzlich gilt: Je höher die Punktzahl ist, desto höher ist die Beeinträchtigung und der entsprechende Pflegegrad.

Stand: 01.09.2016