

SOZIALVERBAND

**VdK**

RHEINLAND-PFALZ



**März 2016**

**Das Pflegestärkungsgesetz und andere  
Neuregelungen in den Bereichen  
Gesundheit und Pflege**

## Impressum

Inhalte: Marlen Holnick

Sozialverband VdK Rheinland-Pfalz e. V., Kaiserstraße 62, 55116 Mainz

E-Mail: [rheinland-pfalz@vdk.de](mailto:rheinland-pfalz@vdk.de)

Internet: [www.vdk.de/rheinland-pfalz](http://www.vdk.de/rheinland-pfalz)

© Sozialverband VdK Rheinland-Pfalz, Februar 2016

Die Inhalte wurden sorgfältig erarbeitet. Es kann jedoch keine Gewährleistung für Aktualität, Richtigkeit und Vollständigkeit übernommen werden.

Die in dieser Informationsmappe verwendeten männlichen Bezeichnungen dienen ausschließlich der besseren Lesbarkeit und gelten ausdrücklich für beide Geschlechter. Eine Diskriminierung weiblicher Personen wird damit nicht beabsichtigt.

# Inhaltsverzeichnis

<b>I. Einleitung</b> .....	<b>4</b>
<b>II. Neuerungen im Rahmen des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSKG)</b> .....	<b>4</b>
<b>III. Neuerungen im Rahmen des Versorgungsstärkungsgesetzes der gesetzlichen Krankenversicherung</b> .....	<b>5</b>
<b>IV. Neuerungen im Rahmen des Präventionsgesetzes</b> .....	<b>6</b>
<b>V. Neuerungen im Rahmen des E-Health-Gesetzes</b> .....	<b>7</b>
<b>VI. Neuerungen im Rahmen des Palliativ- und Hospizgesetzes</b> .....	<b>8</b>
<b>VII. Reformen im Bereich der Pflegeversicherung</b> .....	<b>9</b>
1. Wesentliche Inhalte des Pflegestärkungsgesetzes I (PSG I).....	10
1.1 Beitragsänderung zur Pflegeversicherung .....	10
1.2 Flexibilisierung der Leistungen.....	10
1.3 Änderungen zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf ..	12
1.4 Verbesserung der Betreuungsrelation.....	13
1.5 Aufbau eines Pflegevorsorgefonds .....	14
2. Wesentliche Inhalte des Pflegestärkungsgesetzes II (PSG II).....	14
2.1 Neufassung der Definition zur Pflegebedürftigkeit .....	14
2.2 Einführung von Pflegegraden.....	15
2.3 Überleitungen und Bestandsschutz.....	16
2.4 Leistungsänderungen in der ambulanten Pflege .....	16
2.5 Beispiel für die Leistungsänderungen für Versicherte mit Pflegegrad 1 ...	18
2.6 Reha vor Pflege .....	18
2.7 Leistungen für Pflegepersonen .....	19
2.8 Neuregelungen für die stationäre Pflege.....	20
2.9 Regelungen zur Qualitätssicherung .....	21

## **I. Einleitung**

Zum 1. Januar 2016 traten in den Bereichen Gesundheit und Pflege wichtige Änderungen in Kraft – etwa das Krankenhausstrukturgesetz, das Versorgungsstärkungsgesetz der gesetzlichen Krankenversicherung, das Präventionsgesetz oder das Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung. Im Bereich der Pflegeversicherung führten das erste und zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG I und II) bereits zu zahlreichen Leistungsverbesserungen insbesondere für Pflegebedürftige und deren Angehörige. Wesentliche Teile der Reform, etwa der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff sowie das neue Begutachtungsverfahren, werden jedoch erst zum 1. Januar 2017 wirksam.

## **II. Neuerungen im Rahmen des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSKG)**

Durch das KHSKG wird eine Versorgungslücke für Patienten geschlossen, die nach längerem Krankenhausaufenthalt oder einer ambulanten Operation zu Hause weiterhin versorgt werden müssen. Bei einer kurzfristigen schweren Erkrankung, die nicht mehr als sechs Monate dauert, haben Versicherte keinen Anspruch auf Pflegeleistungen. Seit dem 1. Januar 2016 gibt es eine neue Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung zur Übergangspflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit. Patienten, die infolgedessen ihren Haushalt nicht weiterführen können oder pflegerische Maßnahmen benötigen, haben Anspruch auf Haushaltshilfe für bis zu vier Wochen auch ohne Kind im Haushalt sowie für bis zu 26 Wochen mit Kind unter 12 Jahren im Haushalt. Die häusliche Krankenpflege mit Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung ist bis zu vier Wochen möglich. Bislang wurden diese Leistungen optional von einzelnen Kassen als Satzungsleistung angeboten, nun werden sie verpflichtend.

Weiterhin haben Patienten, die wegen einer schweren Krankheit nicht zu Hause versorgt werden können und nicht pflegebedürftig sind, seit dem 1. Januar 2016 einen Anspruch auf Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit. Es handelt sich hierbei um eine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen und nicht der Pflegekassen. Letztere gewähren Leistungen erst bei einer voraussichtlichen oder nachgewiesenen Pflegebedürftigkeit von mehr als sechs Monaten. Die Kurzzeitpflege wird in zugelassenen Kurzzeitpflegeheimen erbracht. Der Leistungsanspruch erstreckt sich auf bis zu acht Wochen und es werden pflegebedingte Aufwendungen in Höhe von bis zu 1.612 Euro übernommen, was den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung entspricht.

Nach dem KHSKG werden stationäre Pflegeeinrichtungen seit 2016 dazu verpflichtet, Kooperationsvereinbarungen mit niedergelassenen Haus-, Fach- und Zahnärzten zu schließen, um eine rasche nahtlose medizinische Versorgung zu gewähren. Dadurch können vertraute Verhältnisse sowie eine schnelle Erreichbarkeit sichergestellt werden. Außerdem wurden im Zuge des Gesetzes für bestimmte Leistungen Qualitäts-

zuschläge und -abschläge eingeführt, um für die Leistungsträger und -erbringer Anreize hinsichtlich einer guten medizinisch-pflegerischen Versorgung zu schaffen.

### **III. Neuerungen im Rahmen des Versorgungsstärkungsgesetzes der gesetzlichen Krankenversicherung**

Mit dem am 23. Juli 2015 in Kraft getretenen Versorgungsstärkungsgesetz der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wurde die flächendeckende medizinische Versorgung der Versicherten durch ein Bündel von Maßnahmen gestärkt und die Versorgungsqualität weiterentwickelt. Versicherte sollen künftig innerhalb von vier Wochen die notwendige medizinische Versorgung erhalten, sofern es sich nicht um Bagatellerkrankungen oder Routineuntersuchungen handelt. Seit dem 23. Januar 2016 können sich Patienten hinsichtlich eines dringenden Facharzttermins an die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigung wenden. Können die Servicestellen keinen Facharzttermin vermitteln, folgt ein Behandlungstermin in der nächstgelegenen Krankenhausambulanz.

Es folgte auch eine Neuerung hinsichtlich des Anspruches der Versicherten auf Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung vor bestimmten Eingriffen oder in der medizinischen Rehabilitation als Satzungsleistung. So können sich die Versicherten als medizinische Laien ein umfassenderes Bild über die Behandlungsoptionen machen.

Zudem folgten Neuerungen im Bereich der Gewährung von Krankengeld. Nach § 44 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) haben Versicherte nun einen Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse im Hinblick auf Leistungen und Angebote zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit beziehungsweise bei Krankengeldbezug. Außerdem entsteht der Anspruch auf Krankengeld entsprechend des neu gefassten § 46 SGB V von dem Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit an. Nach Satz 1 bleibt „der Anspruch auf Krankengeld jeweils bis zu dem Tag bestehen, an dem die weitere Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit ärztlich festgestellt wird, wenn diese ärztliche Feststellung spätestens am nächsten Werktag nach dem zuletzt bescheinigten Ende der Arbeitsunfähigkeit erfolgt; Samstage gelten insoweit nicht als Werktage.“ Bisher entstand der Anspruch auf Krankengeld erst einen Tag nach der ärztlichen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung. Die alte und neue Krankschreibung musste sich zwingend um einen Tag überschneiden, sonst entstand eine „Anspruchslücke“ mit unter Umständen sehr nachteiligen Folgen für die Versicherten, insbesondere sofern kein Beschäftigungsverhältnis zum Zeitpunkt der Feststellung mehr bestand. Nicht selten ging der Versicherungsschutz komplett verloren.

Krankenhäuser sollen schließlich künftig stärker in den Prozess des Entlassmanagements einbezogen werden und die Möglichkeit erhalten, Leistungen zu verordnen. Zur Sicherstellung einer durchgehenden Verordnung können Krankenhäuser Arzneimittel jeweils der kleinsten Packungsgröße verordnen und eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung für die Dauer von maximal sieben Tagen aushändigen. Die neuen Regelungen zum Entlassmanagement sollen entsprechend auch für stationäre Rehabilitationseinrichtungen gelten. Versicherte sollen zudem neben zertifizierten Rehabilitationseinrichtungen künftig auch Einrichtungen ohne Versorgungsvertrag wählen dürfen. Etwaige Mehrkosten müssen die Versicherten allerdings selbst tragen.

Schließlich soll die medizinische Versorgung in den ländlichen Regionen verbessert werden, indem die Gründungsmöglichkeiten für medizinische Versorgungszentren erweitert werden. Kommunen können durch die Gründung eines medizinischen Versorgungszentrums aktiv die Versorgung mitgestalten, was auch das Schaffen von entsprechenden Anreizen für Ärzte anbelangt. Künftig soll eine Praxis in einem überversorgten Gebiet nur dann nachbesetzt werden, wenn dies für die Versorgung der Patienten entscheidend ist. Diese Einzelfallentscheidungen treffen Ärzte und Krankenkassen in den Zulassungsausschüssen vor Ort.

#### **IV. Neuerungen im Rahmen des Präventionsgesetzes**

Am 25. Juli 2015 ist das Präventionsgesetz in Kraft getreten. Einige Inhalte – etwa die Erhöhung der Fördermittel zur Förderung der Selbsthilfe – gelten erst seit dem 1. Januar 2016. Ziel des Gesetzes ist die Verbesserung der Kooperation und Koordination der Akteure im Rahmen einer Nationalen Präventionsstrategie und Präventionskonferenz (Arbeitsgemeinschaft der Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung sowie der Pflegekassen).

Mit dem Gesetz sollen den Versicherten bessere Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen zur Prävention und Gesundheitsförderung angeboten werden, zum Beispiel:

- die Weiterentwicklung der Leistungen zur Früherkennung (beispielsweise Erkrankungsrisiko für Diabetes Mellitus Typ 2)
- die Weiterentwicklung von Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz (betriebliche Gesundheitsförderung)
- Sicherstellung der Qualität der Präventionsangebote

- Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten (etwa Inanspruchnahme von Schutzimpfungen).

Nach § 25 SGB V besteht ein neuer Rechtsanspruch auf alters-, geschlechts-, und zielgruppenorientierte Untersuchungen, um gesundheitliche Risiken und Belastungen zur Früherkennung von Krankheiten zu erfassen und zu bewerten. Das Ausstellen einer Präventionsempfehlung – etwa im Rahmen einer Pflegebegutachtung – ist nun verpflichtend.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt einheitliche Handlungsfelder und Kriterien fest, um Wettbewerbsinteressen einzelner Kassen, in denen es nicht primär um Prävention sondern um Einsparung geht, zu vermeiden. Primäres Ziel ist die Aktivierung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Verantwortung bei allen Versicherten sowie das Informieren über Möglichkeiten und Hilfen zur Verhaltensänderung und Hinweise auf konkrete Angebote. Hierfür werden Lebenswelten nach § 20a SGB V definiert, die für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme des Wohnens, Lernens, Studierens, der Freizeitgestaltung und der medizinischen sowie der pflegerischen Versorgung sind. Auch den Kindertagesstätten soll künftig eine besondere Bedeutung in Hinblick auf Präventionsmaßnahmen zukommen.

Weitere Verbesserungen im Zuge des Präventionsgesetzes erfolgten hinsichtlich der nichtärztlichen Leistungen für behinderte Erwachsene sowie den Präventionsleistungen in teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen, um etwa mittels pflegerisch-therapeutischer Ansätze Pflegebedürftigkeit zu vermeiden beziehungsweise zu mindern.

## **V. Neuerungen im Rahmen des E-Health-Gesetzes**

Ab dem 1. Oktober 2016 haben Patienten nach dem E-Health-Gesetz Anspruch auf einen Medikationsplan, sofern sie mindestens drei verordnete Medikamente nehmen. Dieser wird zunächst in Papierform geführt und soll ab 2018 über die elektronische Gesundheitskarte abrufbar sein.

## **VI. Neuerungen im Rahmen des Palliativ- und Hospizgesetzes**

Das am 8. Dezember 2015 in Kraft getretene Palliativ- und Hospizgesetz enthält vielfältige Maßnahmen zur Förderung eines flächendeckenden Ausbaus der Hospiz- und Palliativversorgung in allen Teilen Deutschlands, insbesondere auch in strukturschwachen und ländlichen Regionen. Menschen mit schweren Erkrankungen, bei denen eine Heilung nicht mehr möglich ist, bedürfen einer palliativen Versorgung, bei der nicht die Lebensverlängerung im Vordergrund steht, sondern der bestmögliche Erhalt der Lebensqualität sowie die Linderung von Schmerzen und anderen Symptomen. Im Mittelpunkt stehen der kranke Mensch, seine Angehörigen und Nahestehenden sowie ihre individuellen Wünsche und Bedürfnisse.

Versicherte erhalten einen Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch ihre Krankenkassen bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Leistungen der Palliativ- und Hospizversorgung. Dabei sollen Krankenkassen auch allgemein über Möglichkeiten persönlicher Vorsorge für die letzte Lebensphase, insbesondere zu Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung, informieren. Die Palliativversorgung gehört künftig zur Regelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Um mehr Transparenz über die Entwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung herzustellen, erhält der GKV-Spitzenverband den Auftrag, regelmäßig über die verschiedenen Versorgungsinstrumente zu berichten.

Im vertragsärztlichen Bereich werden die Selbstverwaltungspartner zusätzlich vergütete Leistungen vereinbaren - zur Steigerung der Qualität der Palliativversorgung, zur Zusatzqualifikation der Haus- und Fachärzte sowie zur Förderung der Netzwerkarbeit.

Die Palliativversorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege wird gestärkt, indem die Verordnung von Leistungen der Palliativpflege konkretisiert und damit für die Pflegedienste abrechenbar werden.

Die finanzielle Ausstattung stationärer Kinder- und Erwachsenen-Hospize wird verbessert. Hierfür wird der Mindestzuschuss der Krankenkassen erhöht. Bei den Zuschüssen für ambulante Hospizdienste werden künftig neben den Personalkosten auch die Sachkosten berücksichtigt, etwa um die Trauerbegleitung der Angehörigen mit zu unterstützen.

Die Sterbebegleitung wird ausdrücklicher Bestandteil des Versorgungsauftrages der sozialen Pflegeversicherung. Kooperationsverträge der Pflegeheime mit Haus- und Fachärzten sollen verpflichtend abgeschlossen werden. Ärzte, die sich daran beteiligen, erhalten eine zusätzliche Vergütung. Außerdem werden Pflegeheime zur Zusammenarbeit mit ambulanten Hospizdiensten verpflichtet und müssen die Kooperation mit vernetzten Hospiz- und Palliativangeboten künftig transparent machen.



Darüber hinaus wird die gesetzliche Grundlage dafür geschaffen, dass Pflegeheime für ihre Bewohner eine Versorgungsplanung zur individuellen und umfassenden medizinischen, pflegerischen, psychosozialen und seelsorgerischen Betreuung in der letzten Lebensphase organisieren und anbieten können. Dieses besondere Beratungsangebot wird ebenfalls von den Krankenkassen finanziert.

Ab 2017 können Krankenhäuser krankenhaushausindividuelle Zusatzentgelte für multiprofessionelle Palliativdienste, d.h. qualifizierte Fachkräfte verschiedener Berufsgruppen, vereinbaren. Ab 2019 wird es auf entsprechender gesetzlicher Grundlage bundesweit einheitliche Zusatzentgelte hierfür geben. Die Krankenhäuser können dafür hauseigene Palliativ-Teams aufbauen oder mit externen Diensten kooperieren, zum Beispiel Hospizdienste mit Sterbebegleitungen beauftragen.

## **VII. Reformen im Bereich der Pflegeversicherung**

Bei den Leistungen der Pflegeversicherung wurden kognitiv (geistig) beeinträchtigte Menschen – insbesondere Menschen mit Demenz – zu wenig berücksichtigt. Durch Reformen versuchte der Gesetzgeber, mit der Einführung besonderer Leistungen für „Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz“ (PEA) Abhilfe zu schaffen. So wurden mit dem 2002 in Kraft getretenen Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz besondere Betreuungsleistungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz eingeführt. Mit dem 2008 in Kraft getretenen Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wurden die zusätzlichen Betreuungsleistungen auch auf PEA der sogenannten Pflegestufe 0 ausgedehnt. Mit dem seit 2013 geltenden Pflege-Neuausrichtungsgesetz wurden PEA mit der Pflegestufe 0 erstmals auch Pflegegeld und Pflegesachleistungen zuerkannt.

Mit dem Anfang 2015 in Kraft getretenen ersten Pflegestärkungsgesetz (PSG I) folgte eine Leistungserweiterung unter anderem hinsichtlich der Möglichkeit der Inanspruchnahme von Leistungen der Tages-, Nach- und Kurzzeitpflege auch für PEA in Pflegestufe 0. Mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II), welches im August 2015 beschlossen wurde, folgten 2016 schließlich zahlreiche Verbesserungen für die Versicherten. Weitere Reformteile – insbesondere die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs – folgen 2017. Durch die zwei Pflegestärkungsgesetze will das Bundesgesundheitsministerium deutliche Verbesserungen in der pflegerischen Versorgung umsetzen. Durch die schrittweise Anhebung der Beiträge für die Pflegeversicherung um insgesamt 0,5 Beitragspunkte stehen für die Verbesserungen der Pflegeleistungen 5 Milliarden Euro mehr pro Jahr zur Verfügung.

# **1. Wesentliche Inhalte des Pflegestärkungsgesetzes I (PSG I)**

## **1.1 Beitragsänderung zur Pflegeversicherung**

Mit dem PSG I 2015 wurde der Beitragssatz zur Pflegeversicherung um 0,3 auf 2,35 Prozent (Kinderlose 2,6 Prozent) angehoben, 2017 folgt eine weitere Beitragsanhebung um 0,2 Prozent.

## **1.2 Flexibilisierung der Leistungen**

Mit der Reform erfolgte eine Ausweitung und Flexibilisierung der Kurzzeit- und Verhinderungspflege sowie der Tages- und Nachtpflege, um Pflegebedürftigen einen möglichst langen Verbleib in der häuslichen Umgebung zu ermöglichen. Die Kombinationen dieser Leistungen mit Pflegesachleistungen und dem Pflegegeld können nun von den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen flexibler gestaltet werden.

### **Weitere Neuerungen im Zuge des PSG I waren zum Beispiel:**

- Ausweitung der Leistungen für Personen mit Pflegestufe 0
- Einführung von Entlastungsleistungen zur Weiterführung des Haushaltes
- Erhöhung des Betrages für Betreuungsleistungen (und neu: Entlastungsleistungen) von 100 Euro (Grundbetrag) bzw. 200 Euro (erhöhter Betrag) auf 104 Euro (Grundbetrag) bzw. 208 Euro (erhöhter Betrag) - §§ 45a, 45b SGB XI
- Ausbau von Zuschüssen für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen und Pflegehilfsmittel
- Ausdehnung zusätzlicher Betreuungsangebote nach § 87b SGB XI in stationären Einrichtungen
- bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf bei der Pflege naher Angehöriger.

### **Beispiel für Leistungsänderungen für Versicherte der Pflegestufe 0 mit erheblich allgemeinem Betreuungsbedarf (§ 45a SGB XI):**

#### **Anspruch auf Leistungen durch das PSG I:**

- Pflegegeld monatlich 123,00 Euro
- Sachleistungen monatlich 231,00 Euro
- Sachleistungen nach § 38a SGB XI (Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen)

- Anschub zur Gründung einer ambulant betreuten Wohngruppe - § 45e SGB X (bis zu 2.500,00 Euro)
- Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege jeweils in Höhe von 1.612,00 Euro pro Jahr
- Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI)
- Pflegehilfsmittel (bis zu 40 Euro pro Monat) und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (bis zu 4.000 Euro je Maßnahme) - § 40 SGB XI
- sowie Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI mit 104,00 Euro (monatlicher Grundbetrag) bzw. 208,00 Euro (erhöhter Betrag).

**Verhinderungspflege** für bis zu sechs Wochen pro Jahr ist nach § 39 SGB XI möglich, wenn eine Pflegeperson wegen Urlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert ist. Bei der **Kurzzeitpflege** (für bis zu acht Wochen pro Jahr) nach § 42 SGB XI hingegen besteht ein vorübergehender Anspruch auf Pflege in einer vollstationären Einrichtung, wenn die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden kann. Mit dem PSG I wurde eine Flexibilisierung dahin gehend eingeführt, dass innerhalb eines Jahres nicht ausgeschöpfte Leistungsbeträge für die Kurzzeitpflege um bis zu 806 Euro für die Verhinderungspflege genutzt werden können. Das kommt insbesondere Anspruchsberechtigten zugute, die eine längere Ersatzpflege benötigen und für die keine Betreuungsmöglichkeit in einer geeigneten Kurzzeitpflegeeinrichtung vorhanden ist. Umgekehrt kann der Leistungsbetrag der Verhinderungspflege in voller Höhe zugunsten der Kurzzeitpflege ausgeschöpft werden (bis zu 1.612 Euro pro Kalenderjahr, d.h. auf bis zu 3.224 Euro und für einen Zeitraum bis zu acht Wochen).

Wer ambulante Sachleistungen und/oder Pflegegeld bekommt, kann mit dem PSG I künftig **Tages- und Nachtpflege** daneben ohne Anrechnung voll in Anspruch nehmen. Damit steht nun deutlich mehr Geld für die Betreuung zur Verfügung, von dem auch Demenzkranke erstmals profitieren.

In § 45b Absatz 1 Nummer 4 SGB XI sind „nach Landesrecht anerkannte **niedrigschwellige zusätzliche Entlastungsangebote**“ verankert worden. Als grundsätzlich nach § 45c SGB XI förderungsfähige niederschwellige Entlastungsangebote kommen Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen von Alltagsbegleitern und Pflegebegleitern in Betracht.“ Die Länder sind zuständig für die Regelung der Einzelheiten und die Schaffung von Rahmenbedingungen, etwa die Qualifikation und Zertifizierung der Leistungserbringer.

Die **Zuschüsse für Umbaumaßnahmen** wie Rollstuhlrampen, begehbare Duschen oder die Verbreiterung von Türen wurden zum 1. Januar 2015 deutlich gesteigert: von bisher bis zu 2.557 Euro auf bis zu 4.000 Euro pro Maßnahme. Die Einkommens- und Vermögensverhältnisse der Antragsteller spielen keine Rolle mehr. Leben mehrere Pflegebedürftige gemeinsam in einer Wohnung, können sie statt bis zu

10.228 Euro nun bis zu 16.000 Euro pro Maßnahme erhalten. Dadurch wird es den Pflegebedürftigen ermöglicht, möglichst lang im eigenen Zuhause oder in einer **Pflege Wohngemeinschaft** zu bleiben.

Pflegebedürftige, die in einer ambulant betreuten Wohngruppe mit insgesamt mindestens drei (bis 12) Pflegebedürftigen wohnen und die eine Pflegekraft beschäftigen, können zudem mit dem PSG I einen **Wohngruppenzuschlag** von 205 Euro pro Monat je Pflegebedürftigen geltend machen. Bis Ende 2014 war auch die Beauftragung eines Pflegedienstes möglich; solche Altverträge werden weiterhin unterstützt. Das Gesetz verlangt allerdings eine freie Auswahl der Pflegekraft oder des Pflegedienstes durch die pflegebedürftigen Bewohner. Zum Wohngruppenzuschlag gibt es eine Anschubfinanzierung (bis zu 2.500 Euro je Pflegebedürftigen, maximal 10.000 Euro insgesamt je Wohngruppe) für die Gründung einer ambulant betreuten Pflege-Wohngruppe, die man durch das PSG I einfacher in Anspruch nehmen kann. Diese Leistungen stehen auch Personen in der so genannten Pflegestufe 0 (insbesondere Demenzkranken) zur Verfügung.

Schließlich wurden die **Zuschüsse für Pflegehilfsmittel**, die im Alltag verbraucht werden - wie zum Beispiel Inkontinenzeinlagen oder Einweghandschuhe - von 31 Euro auf 40 Euro je Monat angehoben.

### 1.3 Änderungen zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf

Die Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf ist mit den Neuregelungen im Familienpflegezeitgesetz und im Pflegezeitgesetz deutlich verbessert worden. Beschäftigte erhalten seit dem 1. Januar 2015 mehr zeitliche Flexibilität und Sicherheit, um Angehörige zu pflegen.

Die pflegenden Angehörigen haben bei Eintritt eines Pflegefalls eines nahen Angehörigen Anspruch auf folgende Optionen:

- Für die Organisation einer akut aufgetretenen Pflegesituation können Beschäftigte bis zu zehn Tage von der Arbeit fernbleiben (**kurzfristige Freistellung**).
- Bei der **Pflegezeit** können sich Beschäftigte, die einen nahen Angehörigen zu Hause pflegen, unter bestimmten Voraussetzungen bis zu sechs Monate vollständig von der Arbeit freistellen lassen. Dafür gilt ein Rechtsanspruch, sofern der Betrieb 15 oder mehr Arbeitnehmer beschäftigt.
- Mit der **Familienpflegezeit** haben Beschäftigte in Betrieben mit 25 oder mehr Beschäftigten die Möglichkeit, ihre Arbeitszeit für die Pflege eines Angehörigen

gen über einen Zeitraum von bis zu 24 Monaten auf eine wöchentliche Mindestarbeitszeit von 15 Stunden und eine wöchentliche maximale Arbeitstätigkeit von 30 Stunden zu reduzieren.

Zum 1. Januar 2015 wurde der Rechtsanspruch auf Familienpflegezeit eingeführt, um bei Pflegebedürftigkeit eines nahen Angehörigen die Pflege besser mit dem Beruf vereinbaren zu können. Pflegende Angehörige, die aufgrund eines eingetretenen Pflegefalls eine bis zu 10-tägige Auszeit vom Beruf nehmen, haben Anspruch auf das Pflegeunterstützungsgeld als Lohnersatzleistung, welches auf Antrag von der Pflegekasse beziehungsweise der privaten Pflegepflichtversicherung des Pflegebedürftigen gewährt wird. Wenn weder Entgelt noch Krankengeld gezahlt wird, besteht die Möglichkeit eines zinslosen Darlehens.

Weiterhin wurden Demenzkranke mit Pflegestufe 0 sowohl bei dem Pflegezeitgesetz als auch dem Familienpflegezeitgesetz in die Definition der „nahen Angehörigen“ mit aufgenommen.

Die Pflegekasse zahlt auf Antrag Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung sowie außerdem Beiträge zur Rentenversicherung. Je nach Dauer der wöchentlichen Pflege und in Abhängigkeit von der Pflegebedürftigkeit werden Rentenversicherungsbeiträge zwischen 120 und 424 Euro im Monat gezahlt. Voraussetzung ist, dass die Pflege mindestens 14 Stunden pro Woche erfolgt. Außerdem besteht für die Pflege naher Angehöriger in häuslicher Umgebung ein beitragsfreier gesetzlicher Unfallversicherungsschutz.

#### **1.4 Verbesserung der Betreuungsrelation**

Im Zuge des PSG I wurde die Betreuungsrelation wegen der Ausweitung der zusätzlichen Betreuungsangebote für Pflegebedürftige im teil- und vollstationären Bereich von 1:24 auf 1:20 gesenkt. Die ergänzenden Betreuungsangebote durch zusätzliche Betreuungskräfte sollen künftig allen Pflegebedürftigen offen stehen. Bisher waren sie Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (wie etwa Demenzkranken) vorbehalten. Maßnahmen zur Minderung des Fachkräftemangels sowie zur Verbesserung der Lohnsituation in der Pflege folgten in dem Zusammenhang nicht.

## **1.5 Aufbau eines Pflegevorsorgefonds**

Basierend auf einem Vorschlag des Bundesgesundheitsministeriums wurde ein Pflegevorsorgefonds eingerichtet, in den jährlich 0,1 Prozentpunkte (1,2 Milliarden Euro) einfließen und welcher bei der Deutschen Bundesbank verwahrt wird. Ziel dieses Fonds ist ein Rücklagenaufbau bis Mitte 2035, welcher dann zur Stabilisierung der Beitragssätze herangezogen wird, wenn geburtenstarke Jahrgänge pflegebedürftig werden.

## **2. Wesentliche Inhalte des Pflegestärkungsgesetzes II (PSG II)**

Zum 1. Januar 2016 sind bereits Teile der zweiten Stufe der Pflegereform in Kraft getreten. Hiernach sollen unter anderem Patienten mit Demenz den gleichen Zugang zu Pflegeleistungen bekommen wie Menschen mit körperlichen Behinderungen. Wie viel Pflege ein Mensch benötigt, wird bislang daran bemessen, welche alltäglichen Tätigkeiten er körperlich noch allein erledigen kann. Menschen mit Demenz fallen nicht selten durch das Raster, weil sie sich noch selbst waschen können, zugleich aberdennoch eine Rundum-Betreuung benötigen. Zukünftig (ab 2017) sollen bei der Bewertung der erforderlichen Unterstützung neben den körperlichen auch geistige und psychische Einschränkungen mit einfließen.

Die Umsetzung des PSG II erfolgt schrittweise. So erfolgten zahlreiche Leistungsverbesserungen bereits zum 1. Januar 2016, weitere – wie die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sowie des neuen Begutachtungsinstruments – folgen 2017.

### **2.1 Neufassung der Definition zur Pflegebedürftigkeit**

Der Pflegebedürftigkeitsbegriff wird im Zuge des PSG II neugefasst. Nach § 14 SGB XI liegt Pflegebedürftigkeit künftig vor, wenn Personen in sechs geprüften Bereichen Beeinträchtigungen ihrer Selbständigkeit aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Beeinträchtigungen der Selbständigkeit im Bereich der Haushaltsführung sind hierbei berücksichtigt. Voraussetzung ist auch weiterhin, dass die Pflegebedürftigkeit auf Dauer, das heißt mindestens sechs Monate, vorliegt.

## 2.2 Einführung von Pflegegraden

Ab dem 1. Januar 2017 sollen alle Begutachtungen nach einem neuen Begutachtungsassessment (NBA) erfolgen. Es handelt sich hierbei um ein mehrstufiges Verfahren zur Erfassung des Pflegegrades. Die Begutachtung erstreckt sich auf sechs Module:

- Mobilität
- Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
- Selbstversorgung
- Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- und/oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie
- Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.

Der Schweregrad und damit die Pflegegrad-Einstufung werden bei den angeführten Modulen nach den Kategorien selbständig, überwiegend selbständig, überwiegend unselbständig und unselbständig erfasst. Der Gesamtpunktwert liegt auf einer Skala von 0 bis 100 Punkten und bestimmt den Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad 1 – geringe Beeinträchtigung, Pflegegrad 5 – schwerste Beeinträchtigung mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung). Pflegebedürftige Kinder erhalten eine eigenständige Begutachtungsrichtlinie, Kinder bis 18 Monate erhalten automatisch einen Pflegegrad höher.

Mit dem neuen Begutachtungsinstrument werden Pflegebedürftige künftig nicht mehr in drei Pflegestufen, sondern in einen von fünf Pflegegraden eingestuft. Körperliche, geistige und psychische Aspekte von Pflegebedürftigkeit werden gleichermaßen erfasst, sodass die bisherige Trennung in zwei Feststellungsverfahren (Pflegebedürftigkeitsprüfung nach §§ 14, 15 SGB XI einerseits und Prüfung hinsichtlich des Vorliegens einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz im Sinne des § 45a SGB XI andererseits) entbehrlich wird. Das neue Begutachtungsinstrument wird das einzige Feststellungsverfahren für alle Pflegebedürftigen im Rahmen der Pflegeversicherung sein. Die bisherigen Leistungen für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz werden in das reguläre Leistungsrecht integriert.

Die Begutachtungsrichtlinie wird derzeit noch vom Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenkassen erarbeitet beziehungsweise überarbeitet und muss im Mai 2016 vorliegen.

Mit den Leistungsverbesserungen im Bereich Pflegegeld/ambulante Pflegesachleistung wird die häusliche Pflege entlastet, wodurch auch dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ entsprochen wird.

## 2.3 Überleitungen und Bestandsschutz

Hinsichtlich der Einführung von Pflegegraden sind Überleitungs- und Bestandsschutzregelungen vorgesehen. Hierunter sind gesetzliche Regelungen zu verstehen, wonach Rechtsverhältnisse unverändert bestehen bleiben, sofern sie bereits vor einer verschärfenden gesetzlichen oder vertraglichen Neuregelung bestanden haben. Die Regelungen in § 3 zu den Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren und die Finanzmittel für die Überleitungsregelungen sowie den Bestandsschutz weisen darauf hin, dass der Besitzstandsschutz zum 1. Januar 2019 endet.

Pflegebedürftige ohne eingeschränkte Alltagskompetenz erhalten automatisch einen einfachen Stufensprung: zum Beispiel von Pflegestufe 1 in Pflegegrad 2. Pflegebedürftige mit eingeschränkter Alltagskompetenz erhalten automatisch einen doppelten Stufensprung: von Pflegestufe 1 in Pflegegrad 3.

Die jeweilige Zuordnung wird dem Pflegebedürftigen schriftlich mitgeteilt und bleibt bis zur erneuten Begutachtung bestehen. Bei allen Versicherten, die von einer Pflegestufe in einen Pflegegrad übergeleitet wurden, werden bis zum 1. Januar 2019 keine Wiederholungsbegutachtungen durchgeführt. Versicherte können aber jederzeit Änderungsanträge stellen. Wenn bei erneuter Begutachtung nach 2017 keine Anhebung des Pflegegrades festgestellt wird, bleibt es bei der ursprünglichen Einstufung. Wenn bei der erneuten Begutachtung nach 2017 keine Pflegebedürftigkeit mehr festgestellt wird, verliert der Pflegebedürftige seine ursprüngliche Einstufung.

## 2.4 Leistungsänderungen in der ambulanten Pflege

Anspruch auf die **häusliche Pflegehilfe als Pflegesachleistung** (§ 36 SGB XI) haben nur Personen, die mindestens Pflegegrad 2 erreichen. Sie haben Anspruch auf körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung. Bestandteil der häuslichen Pflegehilfe ist auch die Anleitung von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen.

Die **Leistungen der häuslichen Betreuung** nach § 124 SGB XI werden in die Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI integriert. Die pflegerischen Betreuungsmaßnahmen umfassen zum Beispiel die Unterstützung bei der Alltagsgestaltung sowie bei Aktivitäten im häuslichen Umfeld, die dem Zweck der Kommunikation und der Aufrechterhaltung der sozialen Kontakte dienen.

Das häftige **Pflegegeld** kann bei der Verhinderungspflege sowie der Kurzzeitpflege fortgewährt werden. Zu beachten ist, dass die Verhinderungspflege ab 2017 (Ände-



zung 2016 festgelegt) nur in Anspruch genommen werden kann, wenn Pflegebedürftige mindestens des Pflegegrads 2 gepflegt werden und die Pflege bereits sechs Monate andauert. Der Betrag von 1.612 Euro jährlich kann um bis zu 806 Euro aus Mitteln der Kurzzeitpflege, die noch nicht in Anspruch genommen wurden, erhöht werden.

### **Angebote zur Entlastung im Alltag nach § 45a SGB XI:**

Die bisherige Definition der niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote wird im neu gefassten § 45a SGB XI unter dem Begriff „Angebote zur Unterstützung im Alltag“ zusammengefasst. Die niedrigschwelligen Angebote umfassen drei Typen:

- **Betreuungsangebote:** Angebote ehrenamtlicher Helfer, die Pflegebedürftige mit allgemeinem oder besonderem Betreuungsbedarf in Gruppen oder im häuslichen Bereich betreuen;
- **Angebote zur Entlastung von Pflegenden und vergleichbar Nahestehenden:** Angebote, die primär der Entlastung der pflegenden Angehörigen dienen;
- **Angebote zur Entlastung im Alltag:** Angebote, die die Pflegebedürftigen bei der Bewältigung von Anforderungen des Alltags oder im Haushalt oder bei der eigenverantwortlichen Organisation individuell benötigter Hilfeleistungen unterstützen sollen.

Zu den Aufgabenbereichen im Rahmen der Alltagsunterstützung zählen: die Übernahme von Betreuung und allgemeiner Anleitung, eine die Ressourcen und Fähigkeiten stärkende Alltagsbegleitung, Unterstützungsleistungen für Angehörige und vergleichbar Nahestehende sowie die Erbringung von Dienstleistungen.

Das Nähere zur Anerkennung der Angebote und deren Qualitätssicherung sollen, wie auch bisher schon, die Landesregierungen in ihren Rechtsverordnungen regeln. Dies ist in § 45a Absatz 3 SGB XI neu normiert.

Der Umwidmungsbetrag in Form einer Umwandlung der Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI in Höhe von 40 Prozent des Leistungsbetrags im jeweiligen Pflegegrad für die Inanspruchnahme niedrigschwelliger Betreuungs- und Entlastungsleistungen, der bisher in § 45b Absatz 3 SGB XI geregelt war, wird in Folge der Änderungen zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff als Umwandlungsanspruch in § 45a Absatz 4 SGB XI neu geregelt.

## 2.5 Beispiel für die Leistungsänderungen für Versicherte mit Pflegegrad 1

Bei Pflegegrad 1 besteht zum Beispiel Anspruch auf folgende Leistungen:

- Pflegeberatung (§ 7a, b SGB XI)
- Beratung in eigener Häuslichkeit (§ 37 Abs. 3 SGB XI)
- Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulanten Wohngruppen (§ 38a SGB XI)
- Versorgung mit Pflegehilfsmitteln (§ 40 SGB XI – bis zu 40 Euro pro Monat)
- Finanzielle Zuschüsse zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfeldes (§ 40 Abs. 4 SGB XI – bis zu 4.000 Euro je Maßnahme)
- Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 43b SGB XI)
- Pflegekurse für pflegende Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen (§ 45 SGB XI)
- Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI in Höhe von 125 Euro pro Monat (auch bei stationärer Pflege). Der Regelungsgehalt des § 45a SGB XI entfällt, da die bisherigen Sonderregelungen für Pflegebedürftige mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz aufgrund des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs entbehrlich werden.
- Verhinderungspflege bis zu sechs Wochen und Kurzzeitpflege bis zu acht Wochen (jeweils 1.612 Euro – Kombinationsmöglichkeit)
- Leistungen der Tages- und Nachtpflege
- Leistungen der ambulanten Pflegedienste sowie Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag.

## 2.6 Reha vor Pflege

Das PSG II stärkt den Grundsatz „Reha vor Pflege“ mit dem Ziel, den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu verhindern oder hinauszuzögern. Aber auch bei bestehender Pflegebedürftigkeit müssen Rehabilitationsangebote möglich sein. Die Gutachter des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) sollen künftig nicht nur prüfen, ob Maßnahmen der Prävention oder medizinischen Rehabilitation notwendig und geeignet sind. Vielmehr werden sie auch zur Anwendung eines bundesweit einheitlichen strukturierten Verfahrens für die Präventions- und Rehabilitationsempfehlungen verpflichtet (§ 18 Absatz 6 SGB XI).

## 2.7 Leistungen für Pflegepersonen

Pflegende Angehörige haben seit dem 1. Januar 2016 einen eigenen Anspruch auf Pflegeberatung. Eine Pflegeberatung durch die Pflegekassen sowie durch die Pflegestützpunkte wird zusammengeführt. Im Internet werden nun die Leistungs- und Preisvergleichslisten veröffentlicht und dahin gehend erweitert, dass künftig konkrete Informationen zu Angeboten, Kosten und regionaler Verfügbarkeit erhältlich sind. Der Anspruch auf Beratung gilt für pflegende Angehörige, Lebenspartner oder weitere Pflegepersonen. Pflegekassen haben künftig zudem Pflegekurse nach § 45 SGB XI verpflichtend anzubieten.

Damit Pflegepersonen Leistungen in Anspruch nehmen können, muss die **Pflege zehn Stunden an mindestens zwei Tagen pro Woche** stattfinden. Es besteht kein Anspruch bei Pflegegrad 1 des Pflegebedürftigen. Außerdem darf die Pflegeperson nicht mehr als 30 Stunden pro Woche erwerbstätig sein.

Hinsichtlich der **rentenrechtlichen Absicherung der Pflegepersonen** erfolgt eine Staffelung nach Pflegegraden sowie differenziert nach Leistungsart (Abschläge 15 Prozent bei Kombinationsleistungen sowie 30 Prozent bei ambulanten Pflegesachleistungen). Nach Auffassung des Gesetzgebers reduziert sich der der Pflegeaufwand der Pflegeperson bei Inanspruchnahme von Kombinationsleistungen (Bezug von Pflegegeld und Pflegesachleistungen – d. h. teilweise Übernahme der Pflege Tätigkeit durch einen ambulanten Pflegedienst).

Eine rechtliche Neuerung folgt schließlich dahin gehend, dass die Pflegekassen künftig dauerhaft **Beiträge zur Arbeitslosenversicherung** zahlen. Pflegepersonen sind also ab 2017 nach den Vorschriften des SGB III in der Arbeitslosenversicherung versichert, sofern nicht ohnehin schon eine Absicherung in der Arbeitslosenversicherung besteht. Voraussetzung ist nach § 26 SGB III, dass unmittelbar vor der Pflege Tätigkeit eine Versicherungspflicht in der Arbeitslosenversicherung bestand oder eine Leistung nach dem SGB III (zum Beispiel Arbeitslosengeld) bezogen wurde. Für Pflegepersonen besteht damit die Möglichkeit, nach dem Ende der Pflege Tätigkeit Arbeitslosengeld zu beantragen und Leistungen der Arbeitsförderung zu beanspruchen.

Der Anspruch auf Absicherung in der Unfallversicherung bezieht sich schließlich auf alle Personen, die einen oder mehrere pflegebedürftige Menschen mit mindestens Pflegegrad 2 regelmäßig an mindestens zwei Tagen (sowie wenigstens 10 Stunden) in der Woche pflegen.

## 2.8 Neuregelungen für die stationäre Pflege

Neuregelungen wird es auch im Bereich der stationären Pflege geben.

Ab 2017 werden **einrichtungseinheitliche Eigenanteile** eingeführt, um Planungssicherheit für Pflegebedürftige zu erreichen sowie eine Mehrbelastung bei hohen Pflegegraden zu verhindern. Die einrichtungseinheitlichen Eigenanteile beziehen sich auf pflegebedingte Aufwendungen, nicht auf Unterkunft und Versorgung oder Investitionskosten. Die Höhe des Eigenanteils in der vollstationären Pflege wird somit mit zunehmender Pflegebedürftigkeit nicht mehr ansteigen. Alle **Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 zahlen den gleichen pflegebedingten Eigenanteil**. Dieser unterscheidet sich zwischen den Pflegeheimen und wird im Jahr 2017 voraussichtlich bei rund 580 Euro (Bundesdurchschnitt) liegen. Hinzu kommen für die Pflegebedürftigen Kosten für Verpflegung, Unterkunft und Investitionen, die je nach Einrichtung variieren.

Schließlich erfolgt eine Absenkung des stationären Leistungsbetrages in den Pflegegraden 2 und 3 sowie eine deutliche Höherstufung in Pflegegrad 4. Die Pauschalbeträge für Pflegeheimbewohner, die ab 2017 neu in Pflegegrad 2 bzw. 3 eingestuft werden, betragen nur noch 770 EUR oder 1.262 EUR. Sie liegen damit unter den Leistungsbeträgen der bisherigen Pflegestufe I (1.064 EUR bis zum 31. Dezember 2016) oder Pflegestufe II (1.330 EUR bis zum 31. Dezember 2016). Das bedeutet, dass die niedrigen Pflegegrade in den Pflegeheimen zukünftig mit niedrigeren Beträgen finanziert werden als bisher. Für Pflegebedürftige, die von Pflegestufe I in Pflegegrad 2 bzw. von Pflegestufe II in Pflegegrad 3 übergeleitet werden, gilt der Besitzstandsschutz. D. h. der Eigenanteil an den Pflegeheimkosten soll nicht höher sein als bisher. Sie erhalten die Differenz zwischen der bisherigen Höhe und der neuen Höhe des Eigenanteils als Zuschlag von der Pflegekasse.

Gegenwärtig gibt es keine einheitlichen Vorgaben zum Verhältnis von Heimbewohnern und Pflege-/Betreuungskräften, sodass es enorme auch regionale Unterschiede in den Personalstärken der stationären Einrichtungen gibt. Infolge dessen hat der Gesetzgeber ein **Personalbemessungssystem in der Pflege** festgeschrieben (§ 113 SGB XI). Vor Einführung der neuen Pflegegrade müssen die Träger der Pflegeeinrichtungen, kommunale Spitzenverbände, Sozialhilfeträger und Pflegekassen die Personalstruktur und die Personalschlüssel der Einrichtungen prüfen und bei Bedarf anpassen.

## 2.9 Regelungen zur Qualitätssicherung

Der mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz von 2008 eingeleitete Prozess zur Fortentwicklung der Qualitätssicherung wird durch die Schaffung neuer Instrumente und Verfahren fortgesetzt. Eine wesentliche Neuregelung ist die Umgestaltung der bisherigen Schiedsstelle zu einem entscheidungsfähigen Qualitätsausschuss (§ 113b SGB XI). Alle Akteure sollen in die Themen Qualitätssicherung, Qualitätsmessung und Qualitätsdarstellung eingebunden werden.

Zudem soll das Verfahren zur Qualitätsdarstellung (der sogenannte Pflege-TÜV) grundlegend überarbeitet werden. Neue Vereinbarungen sollen für den stationären Bereich bis Ende 2017 und für den ambulanten Bereich bis Ende 2018 getroffen sein. Für die Übergangszeit bis zur Umsetzung des neuen Systems zur Prüfung und Veröffentlichung der Qualität gelten die bisherigen umstrittenen Pflege-Transparenzvereinbarungen (Pflege-Noten) weiter.