



Die wichtigsten Fragen und Antworten zur Pflegereform

Inhalt

Ziele

Leistungen

Beratung

Qualität

Ehrenamtliches Engagement

Sonstiges/Finanzierung

Ziele

Was sind die Ziele der Reform?

Seit Einführung der Pflegeversicherung 1995 erhalten alle Bürger der Bundesrepublik Deutschland einen Versicherungsschutz bei Pflegebedürftigkeit. 2008 wird die soziale Pflegeversicherung weiter entwickelt, da auch die Pflegeversicherung aufgrund von niedrigen Geburtenraten und steigender Lebenserwartung vor neuen Herausforderungen steht. Mit der Reform reagiert der Gesetzgeber darauf und stellt die pflegerische Versorgung der Menschen auch für künftige Generationen auf ein sicheres Fundament.

Die Pflegereform bringt große Fortschritte für die Lebenssituation von Millionen Pflegebedürftigen, Angehörigen und Pflegekräften. Mit der Reform ist es gelungen, grundsätzliche Strukturveränderungen im Sinne der Betroffenen auf den Weg zu bringen. Für Menschen, die auf Pflege angewiesen sind und die andere Menschen pflegen, wird die oft schwierige Lage deutlich verbessert. Die Leistungen werden schrittweise erhöht. Die Betreuungsleistungen speziell für pflegebedürftige Menschen, die demenziell erkrankt sind, und behinderte Menschen werden erheblich ausgebaut.

Die Pflegeberatung wird durch Pflegestützpunkte wohnortnah organisiert. Die Reform bringt die Qualität der Pflegeeinrichtungen nachhaltig voran, u. a. weil die Heime häufiger geprüft werden.

Jede und jeder soll im Pflegefall soweit wie möglich leben, wohnen und betreut werden, wie er es gerne möchte. Das heißt, die Wahlmöglichkeiten werden erweitert, z. B. durch eine verbesserte Einsatzmöglichkeit von Einzelpflegekräften. Eine humane Pflege steht im Vordergrund. Dafür gehen wir mit der Reform neue Wege.

Leistungen

Wie werden die Pflegeleistungen ab 1. Juli erhöht?

Die Pflegeversicherung ist als „Teilkaskoversicherung“ und Risikoversicherung eingeführt worden. Mit einem Beitragssatz von 1,95 Prozent kann eine Rund-um-die-Uhr-Pflege nicht finanziert werden. Es bedarf also auch einer „Selbstbeteiligung“. Damit diese jedoch nicht immer größer wird, werden die Pflegeleistungen mit der Reform angehoben. Konkret gestaltet sich das so:

Ambulante Leistungen

Einer der Schwerpunkte der Leistungserhöhungen liegt auf dem Bereich der ambulanten Leistungen. Wird die Pflege durch Pflegefachkräfte erbracht, besteht ein Anspruch auf **häusliche Pflegehilfe**. Diese Leistungen erhöhen sich wie folgt:

Pflegestufe	I	II	III
Leistung bisher	384 €	921 €	1.432 €
Ab 1. Juli 2008	420 €	980 €	1.470 €
Ab 1. Januar 2010	440 €	1.040 €	1.510 €
Ab 1. Januar 2012	450 €	1.100 €	1.550 €

Wird die Pflege selbst sichergestellt, zahlt die Pflegeversicherung ein **Pflegegeld**. Dieses erhöht sich wie folgt:

Pflegestufe	I	II	III
Leistung bisher	205 €	410 €	665 €
Ab 1. Juli 2008	215 €	420 €	675 €
Ab 1. Januar 2010	225 €	430 €	685 €
Ab 1. Januar 2012	235 €	440 €	700 €

Auch bei der so genannten **Verhinderungspflege** erhöhen sich die Leistungen. Ist eine Pflegeperson vorübergehend wegen Krankheit oder Urlaub an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegeversicherung die Kosten einer Ersatzpflege für bis zu vier Wochen. Bisher lag die Grenze bei 1432 € pro Jahr. Ab dem 1. Juli 2008 gelten 1470 €, ab 2010 bis 1510 € und ab 2012 1550 €.

Stationäre Leistungen

Auch im Bereich der stationären Pflege sind Verbesserungen vorgesehen. In Pflegestufe III erhöhen sich die Leistungen wie folgt:

Pflegestufe	III	III (Härtefälle)
Leistung bisher	1.432 €	1.688 €
Ab 1. Juli 2008	1.470 €	1.750 €
Ab 1. Januar 2010	1.510 €	1.825 €
Ab 1. Januar 2012	1.550 €	1.918 €

Leistungsdynamisierung

Mit der Pflegereform werden nicht nur diese unterschiedlichen Leistungsbeträge in drei Schritten angehoben, es wird zugleich festgelegt, dass zukünftig – erstmals im Jahr 2015 – alle drei Jahre regelmäßig eine Dynamisierung der Leistungen durch die Bundesregierung geprüft wird. Die Leistungen können dann an die Preisentwicklung angepasst werden.

Tages- und Nachtpflege

Wichtige Verbesserungen gibt es auch bei der Tages- und Nachtpflege. Der Sachleistungsanspruch wird entsprechend dem Anstieg bei den ambulanten Pflegesachleistungen schrittweise erhöht.

Neben dieser allgemeinen Erhöhung der Leistung wird außerdem bei der Kombination von Leistungen der Tages- und Nachtpflege mit ambulanten Sachleistungen und/oder dem Pflegegeld der höchstmögliche Gesamtanspruch auf das 1,5-fache des bisherigen Betrages erhöht. Zwar können diese Leistungen auch bisher schon miteinander kombiniert werden. Jedoch gelten als Leistungsobergrenze insgesamt jeweils das Pflegegeld oder die Sachleistung, so dass in der Praxis oftmals zu wenig Leistungen für die Versorgung zu Hause verbleibt. Wird also bspw. 50 % der Leistung der Tages- und Nachtpflege in Anspruch genommen, besteht künftig daneben noch ein 100%-iger Anspruch auf Pflegegeld oder eine Pflegesachleistung. Letzterer erhöht sich allerdings nicht, wenn weniger als 50 % der Leistung für die Tages- und Nachtpflege in Anspruch genommen wird. Die Leistungsverbesserungen kommen so der Tages- und Nachtpflege zu Gute.

Kurzzeitpflege

Auch bei der Kurzzeitpflege erhöhen sich die Leistungen. Bisher lag die Grenze bei 1.432 € pro Jahr. Ab dem 1. Juli 2008 gelten – wie bei der Verhinderungspflege – 1.470 €, ab 2010 1.510 € und ab 2012 1.550 €.

Kurzzeitpflege für Kinder in Einrichtungen der Behindertenhilfe und anderen geeigneten Einrichtungen

Im Rahmen des bisher schon bestehenden Anspruchs auf Kurzzeitpflege wird ein spezieller Anspruch auf Kurzzeitpflege für Kinder in Einrichtungen der Behindertenhilfe oder anderen geeigneten Einrichtungen eingeführt. Pflegebedürftige Kinder können künftig nicht nur in zugelassenen Pflegeeinrichtungen (häufig Einrichtungen der Altenpflege), sondern auch in anderen Einrichtungen betreut werden, die besser auf ihre Bedürfnisse ausgerichtet sind. So werden Versorgungslücken und -engpässe für Kinder beseitigt.

Was verbessert sich für demenziell Erkrankte und behinderte Menschen?

Für Pflegebedürftige mit eingeschränkter Alltagskompetenz hatte der Gesetzgeber bereits zum 1. Januar 2002 Verbesserungen bei der häuslichen Versorgung eingeführt. Solche Pflegebedürftige können seitdem zusätzlich für Betreuungsleistungen bis zu 460 € pro Jahr von der Pflegekasse erhalten. Dieser zusätzliche Leistungsbetrag wird mit der jetzigen Pflegereform ausgebaut.

Ab 1. Juli 2008 werden je nach Betreuungsbedarf ein Grundbetrag und ein erhöhter Betrag eingeführt. Der Betreuungsbetrag steigt von bisher 460 € jährlich auf bis zu 100 € monatlich (Grundbetrag) bzw. 200 € monatlich (erhöhter Betrag), also auf 1.200 € bzw. 2.400 € jährlich. Personen mit einem vergleichsweise geringerem allgemeinem Betreuungsaufwand erhalten den Grundbetrag. Personen mit einem im Verhältnis dazu höheren allgemeinem Betreuungsbedarf bekommen den erhöhten Betrag.

Es werden aber nicht nur die Beträge angehoben. Eine wesentliche Verbesserung besteht darin, dass diese Leistungen künftig auch Personen zu Gute kommen, die noch nicht die Voraussetzungen für eine Einstufung in die Pflegestufe I erfüllen. Betreuungsbedürftige der so genannten „Pflegestufe 0“ haben also ebenfalls einen Anspruch auf diese zusätzliche Betreuungsleistung.

Auch das Leistungsangebot in Heimen wird durch gesonderte Angebote für demenziell erkrankte Pflegebedürftige verbessert. In vollstationären Dauer- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen kann zusätzliches Betreuungspersonal für Heimbewohner mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf eingesetzt werden. Diese Kosten werden durch die gesetzlichen und privaten Pflegekassen voll finanziert. Pflegebedürftige und Sozialhilfeträger werden nicht belastet. Für rund 25 demenziell erkrankte Heimbewohner soll eine Betreuungskraft vorgesehen werden. So wird neben der Verbesserung der Betreuung demenziell erkrankter Pflegebedürftiger im ambulanten Bereich auch die Betreuung demenziell erkrankter Pflegeheimbewohner deutlich verbessert.

Wird künftig schneller über Leistungen entschieden?

Ja! Mit der Reform wird eine klare Frist für die Beantragung von Pflegeleistungen ins Gesetz geschrieben. Heute müssen die Menschen zu lange warten. Künftig muss innerhalb von fünf Wochen entschieden sein.

Bei einem Krankenhausaufenthalt, in einem Hospiz oder während einer ambulanten palliativen Versorgung muss die Begutachtung durch den MDK innerhalb einer Woche erfolgen.

Was bedeutet „Poolen“ von Leistungen?

Das so genannte „Poolen“ von Leistungsansprüchen soll nicht nur die konventionelle häusliche Pflege, sondern auch die Situation bei neuen Wohnformen und für Wohn- oder Hausgemeinschaften verbessern. Zur flexibleren Nutzung solcher Wohnformen können Sachleistungsansprüche von Versicherten künftig auch gemeinsam mit anderen Leistungsberechtigten in Anspruch genommen werden (so genanntes „Poolen“ von Leistungen). Die Ansprüche mehrerer Leistungsberechtigter auf grundpflegerische Leistungen und hauswirtschaftliche Versorgung werden gebündelt und gemeinsam in Anspruch genommen. Aus diesem „Pool“ können dann Betreuungsleistungen bezahlt werden, wie z. B. gemeinsames Vorlesen. Das bringt mehr Zeit und mehr Zuwendung.

Wie werden pflegende Angehörige entlastet? Darf ich Urlaub machen, wenn ich meinen Angehörigen pflege?

Im Rahmen der so genannten Verhinderungspflege kann die Pflegekasse eine notwendige Ersatzpflege bezahlen, wenn pflegende Angehörige wegen Urlaubs oder bspw. wegen Krankheit die Pflege nicht weiterführen können. Dieser Anspruch besteht für längstens vier Wochen im Jahr. Voraussetzung für die Inanspruchnahme dieser Leistung ist bislang, dass die Pflegeperson mindestens seit 12 Monaten die Pflege übernommen hat. Diese Wartezeit, die so genannte Vorphlegezeit, wird von bisher zwölf auf sechs Monate verkürzt. Das stärkt die häusliche Pflege und entlastet die pflegenden Angehörigen. Diese können schneller durch die Möglichkeit einer Auszeit profitieren. Zudem werden künftig für die Dauer des Erholungsurlaubs der Pflegeperson von der Pflegekasse die Rentenversicherungsbeiträge für die Pflegeperson weitergezahlt. Dadurch bleibt der Rentenanspruch für die Zeit des Urlaubs ungeschmälert bestehen.

Pflegezeit

Was ist Pflegezeit?

Pflegezeit bedeutet, dass ein Beschäftigter für die Dauer von bis zu 6 Monaten einen Anspruch auf unbezahlte, sozialversicherte Freistellung von der Arbeit hat.

Wann besteht ein Anspruch auf Pflegezeit?

Anspruch auf Pflegezeit hat ein Beschäftigter, der einen nahen Angehörigen, bei dem mindestens Pflegestufe I vorliegt, in häuslicher Umgebung pflegt. Der Anspruch besteht nur gegenüber Arbeitgebern mit mehr als 15 Beschäftigten. Als nahe Angehörige gelten insbesondere: Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen Gemeinschaft, Großeltern, Eltern, Geschwister, Kinder, Adoptiv- und Pflegekinder, Enkelkinder sowie die Schwiegereltern und Schwiegerkinder.

Wie wird die Pflegezeit sozialversicherungsrechtlich flankiert?

Jeder, der einen Angehörigen mindestens 14 Stunden in der Woche pflegt, ist in der Pflegezeit rentenversichert. In der Arbeitslosenversicherung besteht die Pflichtversicherung für die Dauer der Pflegezeit fort. Die notwendigen Beiträge werden von der Pflegekasse übernommen.

Der Kranken- und Pflegeversicherungsschutz bleibt in der Regel während der Pflegezeit erhalten, da dort regelmäßig eine Familienversicherung besteht. Sollte keine Familienversicherung möglich sein, muss sich der pflegende Angehörige freiwillig in der Krankenversicherung weiterversichern und entrichtet dafür in der Regel den Mindestbeitrag. Die Krankenversicherung führt automatisch auch zur Absicherung in der Pflegeversicherung. Auf Antrag erstattet die Pflegeversicherung den Beitrag in der Kranken- und Pflegeversicherung bis zur Höhe des Mindestbeitrages.

Kann die Pflegezeit auch in Form einer teilweisen Freistellung von der Arbeitsleistung erfolgen?

Ja! Im Fall der teilweisen Freistellung treffen Arbeitgeber und Beschäftigter eine schriftliche Vereinbarung über die Verringerung und die Verteilung der Arbeitszeit. Der Arbeitgeber kann den Wunsch des Beschäftigten nach teilweiser Freistellung nur aus dringenden betrieblichen Gründen ablehnen.

Was muss bei Inanspruchnahme der Pflegezeit beachtet werden?

Die Pflegezeit muss gegenüber dem Arbeitgeber 10 Tage vor Inanspruchnahme schriftlich angekündigt werden. Hierbei hat der Beschäftigte mitzuteilen, für welchen Zeitraum und in welchem Umfang er Pflegezeit in Anspruch nehmen will. Wenn der

Beschäftigte nur eine teilweise Freistellung verlangt, muss er die gewünschte Verteilung der Arbeitszeit angeben.

Die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen ist gegenüber dem Arbeitgeber durch eine Bescheinigung der Pflegekasse oder des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nachzuweisen.

Kann die Pflegezeit auch vor Ablauf des in Anspruch genommenen Zeitraums beendet werden?

Grundsätzlich können Beschäftigte die Pflegezeit vorzeitig nur mit Zustimmung des Arbeitgebers beenden. Ausnahmsweise endet die Pflegezeit vor Ablauf des in Anspruch genommenen Zeitraums mit einer Übergangsfrist von 4 Wochen, wenn die gepflegte Person verstirbt, in eine stationäre Pflegeeinrichtung aufgenommen werden muss oder die häusliche Pflege des nahen Angehörigen aus anderen Gründen unmöglich oder unzumutbar wird.

Was bedeutet „kurzzeitige Arbeitsverhinderung“?

Im akuten Pflegefall haben Beschäftigte das Recht, sich bis zu zehn Arbeitstage freistellen zu lassen, um für einen nahen Angehörigen eine gute Pflege zu organisieren. Auf Verlangen des Arbeitgebers hat der Beschäftigte dem Arbeitgeber eine ärztliche Bescheinigung über die Pflegebedürftigkeit des Angehörigen und die Erforderlichkeit der Arbeitsbefreiung vorzulegen. Eine kurzzeitige Freistellung können alle Arbeitnehmer in Anspruch nehmen – unabhängig von der Betriebsgröße.

Wie wirkt sich die kurzzeitige Freistellung sozialversicherungsrechtlich aus?

Der Schutz in der Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung bleibt bestehen.

Pflegestützpunkte

Was ist ein Pflegestützpunkt?

In einem Pflegestützpunkt soll die Beratung über und die Vernetzung aller medizinisch-pflegerischen Leistungen unter einem Dach gebündelt werden. Ein Pflegestützpunkt ist keine neue oder zusätzliche Behörde. Der Stützpunkt bildet das gemeinsame Dach,

unter dem Personal der Pflege- und Krankenkassen, der Altenhilfe oder der Sozialhilfeträger den von Pflegebedürftigkeit Betroffenen ihre bisherigen Dienstleistungen vernetzt und aufeinander abgestimmt erläutern und vermitteln. Alle Angebote Rund-um-die-Pflege sollen erfasst sein, also z. B. auch die örtliche Altenhilfe und die Hilfe zur Pflege nach dem Recht der Sozialhilfe. Darüber hinaus soll das Ehrenamt einbezogen werden.

Pflegebedürftige und ihre Angehörigen erhalten hier alle wichtigen Antragsformulare, Informationen und konkrete Hilfestellungen. Wenn man etwa eine Wohnung altengerecht umbauen möchte, berät der Pflegeberater über mögliche Zuschüsse der Pflegekasse. Wenn ein geeignetes Pflegeheim gesucht wird, hat der Pflegeberater den Überblick und kann helfen. Und wenn nach ehrenamtlichen Angeboten in der Kommune oder Gemeinde gefragt wird, wird auch hierzu geholfen. Im Pflegestützpunkt soll also das gesamte Leistungsgeschehen für Pflegebedürftige koordiniert werden.

Warum sollen Pflegestützpunkte aufgebaut werden?

Seit Jahren beklagen viele pflegende Angehörige, dass anfänglich weniger die eigentlichen pflegerischen Aufgaben, als die Vorbereitung und Organisation rund um die Pflege die größte Belastung darstellt. Man laufe von Pontius zu Pilatus, um Pflege zu organisieren und die Entscheidungen der einzelnen Sozialleistungsträger und die Zusagen von Pflegediensten oder Pflegeheimen einzuholen. Ursache ist insbesondere das Fehlen ganzheitlicher Versorgungsstrukturen.

Eine effiziente Vernetzung aller Angebote für Pflegebedürftige ist also notwendig, um die derzeit starren Grenzen zwischen den Sozialleistungsträgern wie

- der sozialen Pflegeversicherung,
- der privaten Pflegeversicherung,
- der Altenhilfe,
- der Sozialhilfe,
- der gesetzlichen Krankenversicherung und
- der privaten Krankenversicherung

zu überwinden.

Ein Beispiel: Wenn jemand heute Leistungen zur Behandlung seiner Erkrankungen, Hilfe bei der Pflege und von der Altenhilfe beantragen möchte, läuft er von einer Stelle zur nächsten. Um hier Abhilfe zu schaffen und alle Leistungen zu bündeln, sollen Pflegestützpunkte errichtet werden. Der dort ansässige Pflegeberater übernimmt die Koordination der einzelnen Schritte bis zur Begleitung bei der Inanspruchnahme der Leistungen. Das entlastet die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen erheblich.

Wer soll Pflegestützpunkte aufbauen?

Pflege- und Krankenkassen müssen die Pflegestützpunkte errichten, wenn die einzelnen Länder sich für den Aufbau von Pflegestützpunkten entscheiden. Die Pflegestützpunkte müssen einerseits unabhängig sein und andererseits eine umfassende Beratung anbieten. Dort sind auch Pflegeberater erreichbar. Die Pflegereform sieht vor, dass ab dem 1. Januar 2009 jeder Pflegebedürftige Anspruch auf Hilfe und Unterstützung durch einen Pflegeberater oder Pflegeberaterin hat.

Wichtig ist daher, dass möglichst alle Leistungsträger sich am Pflegestützpunkt beteiligen. Dies sind neben den Pflege- und Krankenkassen insbesondere die örtlichen Träger der Altenhilfe, die Träger der Sozialhilfe sowie die Unternehmen der privaten Kranken- und Pflege-Pflichtversicherung.

Besonders darauf hinzuweisen ist, dass für die privaten Versicherungsunternehmen, die sich am Aufbau und am laufenden Betrieb der Pflegestützpunkte beteiligen, die gleichen Regelungen gelten wie für die anderen Kostenträger. Soweit sich private Versicherungsunternehmen nicht an der Finanzierung beteiligen, müssen sie für die Inanspruchnahme der Pflegestützpunkte durch ihre Versicherten eine vertragliche Vereinbarung mit den Vertragsparteien der Pflegestützpunkte über Art, Inhalt und Umfang der Inanspruchnahme sowie über die Vergütung je Fall abschließen.

Wo sollen Pflegestützpunkte aufgebaut werden?

Pflegestützpunkte sollen ortsnahe und gut erreichbar im Wohnquartier errichtet werden, damit pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen das Beratungsangebot auch tatsächlich aufsuchen und nutzen können. In einigen Bundesländern gibt es bereits Beratungsstellen, z. B. der Alten- und Sozialhilfe und der Kranken- und Pflegekassen. Diese können zu Pflegestützpunkten ausgebaut werden.

Ein Pflegestützpunkt kann auch bei einem Leistungserbringer angesiedelt werden, wenn dies nicht zu einer unzulässigen Wettbewerbsverzerrung führt. So wäre ein Pflegestützpunkt, sowohl neben einem Pflegedienst als auch in einem Ärztehaus denkbar. Wichtig ist, dass vorhandene Räumlichkeiten und Strukturen genutzt werden, um beispielsweise neue und aufwendige Baumaßnahmen zu vermeiden.

Wie sollen Pflegestützpunkte finanziert werden?

Die für den Betrieb des Pflegestützpunktes erforderlichen Aufwendungen werden von den drei an den Verträgen beteiligten Kostenträgergruppen gemeinsam anteilig getragen. Dies sind die Träger der

1. die sozialen und privaten Träger der Pflegeversicherung,
2. die gesetzlichen und privaten Träger der Krankenversicherung sowie
3. die örtlichen und überörtlichen Träger der Alten- und Sozialhilfe.

Der Gesetzentwurf überlässt den Vertragsparteien die nähere Ausgestaltung der Finanzierung, stellt jedoch klar, dass

- der auf eine einzelne Pflegekasse entfallende Anteil nicht höher sein darf, als der der Krankenkasse,
- die Aufwendungen einer Vertragspartei, die durch den Einsatz des eigenen Personals entstehen, auf deren Finanzierungsanteil angerechnet werden.

Die Vertragsparteien haben die Möglichkeit, die einzelnen Aufwendungen pauschaliert aufzuteilen, um aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung aufwendige Abgrenzungen und bürokratische Hemmnisse zu vermeiden. Wenn die drei beteiligten Leistungsträgergruppen keine individuelle Verteilung oder keine Verteilungsschlüssel vereinbaren wollen, können sie beispielsweise auch bestimmen, dass die Aufwendungen zu je einem Drittel getragen werden.

.

Um möglichst rasch einen bundesweiten Aufbau von Pflegestützpunkten voranzutreiben, gibt es vom Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung eine Anschubfinanzierung von insgesamt 60 Mio. €. Pro Pflegestützpunkt kann der Aufbau mit einem Betrag von bis zu 45.000 € gefördert werden.

Zusätzlich können 5.000 € zur Verfügung gestellt werden, wenn ehrenamtlich Tätige und Selbsthilfegruppen nachhaltig in die Tätigkeit des Pflegestützpunktes einbezogen werden.

Was machen Pflegeberater?

Ab dem 1. Januar 2009 gibt es den gesetzlichen Anspruch auf einen Pflegeberater. Die Pflegeberater sind Mitarbeiter der Pflegekassen, die über Wissen aus den Bereichen des Sozialrechts, der Pflege und der Sozialarbeit verfügen. In den Pflegestützpunkten werden sich Pflegeberater der Sorgen und Fragen von Hilfe- und Pflegebedürftigen sowie deren Angehörigen annehmen, über das vorhandene Leistungsangebot beraten und persönlich begleiten. Sollte bis zum 1. Januar 2009 in einem Bundesland noch kein Stützpunkt aufgebaut worden sein, kann der Pflegeberater oder die Pflegeberaterin auch in den Geschäftsräumen der Pflegekasse arbeiten.

Pflegeberater beraten Betroffene nicht nur in Pflegestützpunkten, sondern auch daheim. Durch das verstärkte Zusammenwirken aller Kräfte im ambulanten Bereich ergibt sich die Chance eines Rückgangs kostenintensiver vollstationärer Versorgung.

Auch hier gilt, dass vorhandene Beratungsstrukturen der Länder einbezogen werden sollen. So gibt es z. B. die geriatrischen Koordinations-Stellen in Berlin, die Beratungs- und Koordinierungsstellen in Rheinland- Pfalz und die Informations-, Anlauf- und Vermittlungsstellen in Baden-Württemberg. Die Mitarbeiter dieser Stellen können von den Kassen in die Pflegeberatung eingebunden werden und Teilaufgaben, wie z. B. die Aufgaben der Koordinierung und der Vernetzung von Leistungsträgern und -angeboten, übernehmen.

Wie werden Pflegeberater finanziert?

Die durch Pflegeberatung verursachten Kosten sind den Leistungsausgaben zuzuordnen. Zu den erforderlichen Aufwendungen für Pflegeberater zählen neben den erforderlichen

- Personalkosten und
- Personalnebenkosten

auch die Sachkosten, zu denen beispielsweise auch Aufwendungen gehören, die durch gesonderte Räumlichkeiten innerhalb eines Pflegestützpunktes entstehen.

Qualität

Wie wird die Qualität in den Heimen verbessert?

Eine Reihe von Maßnahmen sollen dazu beitragen, die vielfach beklagten Qualitätsmängel in der Pflege abzustellen:

Die bisher eingeführten Expertenstandards haben sich bewährt, weitere sollen folgen. Deshalb haben der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards sicherzustellen. Expertenstandards konkretisieren den allgemein anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse zu einem bestimmten Thema, z. B. zur Vermeidung des Wundliegens (Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege). Die Expertenstandards sind für alle zugelassenen Pflegeeinrichtungen verbindlich.

Bei Qualitätsprüfungen werden strenge Vorgaben gemacht:

Bisher wurden Pflegeeinrichtungen wie Heime im Schnitt alle 5 Jahre überprüft. Ab 2011 werden Heime und ambulante Einrichtungen regelmäßig im Abstand von höchstens einem Jahr geprüft (Regelprüfung). Bis 31. Dezember 2010 müssen die Pflegekassen jedes zugelassene Heim oder Einrichtungen mindestens einmal prüfen. Geprüft wird vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder von einem beauftragten Sachverständigen. Alle Prüfungen sind grundsätzlich unangemeldet durchzuführen. Nur in Ausnahmefällen, z. B. wenn es sich um eine Person handelt, die einen amtlichen Betreuer hat, muss die Prüfung vorher angemeldet werden.

Im Vordergrund der Überprüfung steht künftig die Ergebnisqualität. Das bedeutet: Die Prüfer des Medizinischen Dienstes bewerten nicht nur die Akten-Dokumentation, sondern schwerpunktmäßig den Pflegezustand der Menschen und schauen sich genau

an, ob und wie die eingeleiteten pflegerischen Maßnahmen wirken (z. B. Hinweise auf Pflegedefizite – Druckgeschwüre, Mangelernährung). Außerdem zählt die Zufriedenheit der pflegebedürftigen Menschen.

Von den Einrichtungen selbstveranlasste Prüfungen können die Qualitätsprüfungen des MDK was die Struktur- und Prozessqualität anbelangt unter bestimmten Voraussetzungen ersetzen, die Ergebnisqualität dagegen wird immer vom MDK geprüft.

Der Medizinische Dienst prüft nicht nur, sondern muss eine Einrichtung in Qualitätsfragen auch beraten, insbesondere Empfehlungen geben, wie Qualitätsmängeln vorzubeugen ist..

Neu ist auch, dass die Pflegekassen künftig das Recht erhalten, Verträge mit Pflegeeinrichtungen zu kündigen, wenn ein Heim festgestellte Mängel nicht behebt. Bisher war dies nicht so einfach möglich.

Es wird mehr Transparenz geschaffen. Die Ergebnisse der Prüfberichte sind verständlich und verbraucherfreundlich zu veröffentlichen (im Internet, im Pflegestützpunkt, in der Einrichtung). Das gilt auch für Ergebnisse anderer Prüfverfahren, die teilweise an die Stelle der MDK-Prüfungen treten können. Ergebnisse von Wiederholungsprüfungen sind in gleicher Weise zeitnah zu veröffentlichen.

Um Interessierten den Zugang zu den Informationen noch mehr zu erleichtern, muss zukünftig in jedem Pflegeheim das Datum der letzten MDK-Prüfung und eine Einordnung des Prüfergebnisses nach einer Bewertungssystematik sowie eine Zusammenfassung der Prüfergebnisse an gut sichtbarer Stelle ausgehängt werden. Dafür ist spätestens bis zum 31. Dezember 2008 ein allgemeinverständliches Bewertungssystem, eine Art Qualitäts-Symbol zu entwickeln. Dies kann ein Ampelschema (rot-gelb-grün) oder ein Sternesystem sein. An diesem Qualitäts-Symbol können Außenstehende dann ähnlich wie an den Hotel-Sternen erkennen, ob eine Pflegeeinrichtung gute Pflegequalität bietet oder nicht.

Wie oft werden Heime überprüft?

Bisher wurden Pflegeeinrichtungen wie Heime im Schnitt alle 5 Jahre überprüft. Ab 2011 werden Heime und ambulante Einrichtungen regelmäßig im Abstand von höchstens einem Jahr geprüft. Bis 31. Dezember 2010 müssen die Pflegekassen jedes zugelassene Heim oder jede ambulante Einrichtung mindestens einmal prüfen. Geprüft wird vom Medizinischen Dienst oder von einem beauftragten Sachverständigen. Alle Prüfungen sind grundsätzlich unangemeldet durchzuführen. Nur in Ausnahmefällen, z. B. wenn es sich um eine Person handelt, die einen amtlichen Betreuer hat, müssen die Prüfungen vorher angemeldet werden.

Woran erkennt man eine gute Pflegeeinrichtung?

Künftig ist es für Außenstehende leichter zu erkennen, ob ein Heim oder ein ambulanter Pflegedienst gut ist oder ob in der Vergangenheit Mängel festgestellt wurden. Denn die Ergebnisse der Prüfberichte sind verständlich und verbraucherfreundlich zu veröffentlichen (im Internet, im Pflegestützpunkt, in der Einrichtung). Das gilt auch für Ergebnisse anderer Prüfverfahren, die teilweise an die Stelle der MDK-Prüfungen treten können. Ergebnisse von Wiederholungsprüfungen sind in gleicher Weise zeitnah zu veröffentlichen.

Um Interessierten den Zugang zu den Informationen noch mehr zu erleichtern, muss zukünftig in jedem Pflegeheim das Datum der letzten MDK-Prüfung und eine Zusammenfassung der Prüfergebnisse ausgehängt werden.

Außerdem wird ein verständliches Bewertungssystem zum Beispiel ein Ampelschema oder ein Sternesystem eingeführt. Die Einordnung des Prüfergebnisses nach einer Bewertungssystematik ist ebenfalls in der Einrichtung gut sichtbar zu veröffentlichen. Dafür ist spätestens bis zum 31. Dezember 2008 ein allgemeinverständliches Bewertungssystem, eine Art Qualitäts-Symbol, zu entwickeln. Dies kann ein Ampelschema (rot-gelb-grün) oder ein Sternesystem sein. An diesem Qualitäts-Symbol können Außenstehende dann ähnlich wie an den Hotel-Sternen erkennen, ob eine Pflegeeinrichtung gute Pflegequalität bietet oder nicht.

Ehrenamtliches Engagement

Wird durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz auch das ehrenamtliche bzw. bürgerschaftliche Engagement im Bereich der Selbsthilfe gestärkt?

Ja! Insbesondere Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen werden in den Kreis der förderungsfähigen Versorgungsstrukturen aufgenommen und gefördert. Das Fördervolumen der Pflegeversicherung zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte steigt durch die Reform um 15 Millionen € auf jährlich 25 Millionen € an. Damit erhöht sich das Gesamtfördervolumen zusammen mit der Kofinanzierung der Länder und Kommunen auf 50 €.

Weshalb wird das Bürgerschaftliche Engagement bzw. Ehrenamt durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz gestärkt?

Die demographische Entwicklung wird im Laufe der nächsten Jahre dazu führen, dass es immer mehr Pflegebedürftige oder in Ihrer Alltagskompetenz eingeschränkte Personen geben wird. Im Gegensatz dazu sinkt der Bevölkerungsanteil jüngerer Menschen – also der potenziellen Pflegepersonen. Wachsende Mobilität z. B. der Kinder führt dazu, dass sie oft nicht am Ort der Eltern wohnen. Deswegen sind mehr alternative Hilfsangebote nötig.

Eine finanzielle Unterstützung der Selbsthilfe auch aus der Pflegeversicherung soll erfolgen, um die Förderung nach dem SGB V sinnvoll zu ergänzen und in diesem Bereich neue Strukturen zu schaffen.

Gibt es konkrete Beispiele zum Einsatz von ehrenamtlich Tätigen, bürgerschaftlichem Engagement und Selbsthilfe?

Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, z. B. Demenzkranke, erhalten einen monatlichen Betreuungsbetrag um beispielsweise niedrigschwellige Betreuungsangebote in Anspruch zu nehmen. Hier übernehmen Helferinnen und Helfer – unter pflegfachlicher Anleitung – die Betreuung der Pflegebedürftigen, um die Pflegepersonen zu entlasten. Zum Beispiel kommt jemand ehrenamtlich in den Haushalt und liest dem Betroffenen vor oder spielt mit ihm Karten.

Ein Beispiel hierfür wäre auch eine örtliche Selbsthilfegruppe, die Angehörige von Demenzkranken berät.

Unter welchen Voraussetzungen wird die Förderung im Bereich der Selbsthilfe gewährt?

Zu den Einzelheiten der Förderung wird es eine Bundesempfehlung des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen geben. Die Landesregierungen werden das Nähere über die Umsetzung der Empfehlungen durch Rechtsverordnung bestimmen. Anträge auf Förderung sind bei der nach Landesrecht bestimmten Stelle zu stellen. Mit der Förderung können insbesondere Aufwandsentschädigungen sowie notwendige Sachkosten, die mit der Organisation der Selbsthilfe verbunden sind, mitfinanziert werden.

Die Förderung nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) wird nicht eingeschränkt oder ersetzt, sondern vielmehr ergänzt. Es sollen Selbsthilfevereinigungen oder andere ehrenamtlich Tätige gerade im Bereich der Pflege gestärkt werden. Die finanzielle Unterstützung soll auch aus der Pflegeversicherung erfolgen, um gerade in diesem Bereich das bürgerschaftliche Engagement zu stärken.

Finanzierung

Wie entwickeln sich die Beitragssätze ab 1. Juli 2008?

Der Beitragssatz wird zum 1. Juli 2008 um 0,25 v.H. von bisher 1,7 v.H. auf dann 1,95 v.H. (bei Kinderlosen von bisher 1,95 v.H. auf dann 2,2 v.H.) erhöht. Ziel ist, die bestehende leichte Unterdeckung der laufenden Ausgaben in der Pflegeversicherung abzudecken und die beschlossenen Verbesserungen der Leistungen zu finanzieren. Aus heutiger Sicht reicht dieser Beitrag zur Finanzierung der Ausgaben der Pflegeversicherung bis Mitte 2015 aus.

Sonstiges

Kann man künftig auch Einzelpflegekräfte engagieren?

Ja, in Zukunft kann zum Beispiel eine Altenpflegerin oder Altenpfleger, die sich selbständig machen, Verträge mit den Pflegekassen zur Versorgung eines oder mehrerer Pflegebedürftigen abschließen. Bisher war das nur zulässig, wenn die Versorgung nicht durch Pflegedienste sicherzustellen war.

Wie wird die Rehabilitation gestärkt?

Mit finanziellen Anreizen durch Bonuszahlungen sollen künftig erfolgreiche Anstrengungen von Pflegeheimen in den Bereichen der aktivierenden Pflege und der Rehabilitation gefördert werden. Die Einrichtungen, denen es nach verstärkten aktivierenden und rehabilitierenden Bemühungen gelingt, den Pflegebedürftigen in eine niedrigere Pflegestufe einzustufen, erhalten einen einmaligen Geldbetrag in Höhe von 1.536 €.

Der von der Pflegekasse an die Einrichtung gezahlte Betrag ist allerdings zurückzuzahlen, wenn der Pflegebedürftige innerhalb von sechs Monaten wieder in eine höhere Pflegestufe eingestuft wird.

Gibt es künftig in Pflegeeinrichtungen Heimärzte?

Ja, das ist möglich. Hierzu können die Pflegeeinrichtungen bei entsprechendem Bedarf Kooperationsverträge mit dafür geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern schließen. Möglich sind dabei auch gemeinsame Kooperationsverträge mehrerer Pflegeeinrichtungen. Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung bleibt hiervon unberührt. Auf Antrag der Pflegeeinrichtung hat die KV zur Sicherstellung einer ausreichenden ärztlichen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in der Pflegeeinrichtung Kooperationsverträge anzustreben. Kommt ein Kooperationsvertrag nicht innerhalb einer Frist von sechs Monaten zustande, ist die Pflegeeinrichtung vom Zulassungsausschuss zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zu ermächtigen.