



Bundesministerium
für Gesundheit

Das Pflege- Neuausrichtung-Gesetz

Stand: nach der 3. Lesung im Bundestag

Das Pflege-Neuausrichtung-Gesetz

Am 29. Juni 2012 hat der Deutsche Bundestag das Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtung-Gesetz) beschlossen. Es ist Gegenstand dieser Broschüre. Die wichtigsten Regelungen des Gesetzes sollen am 1. Januar 2013 in Kraft treten. Ab diesem Zeitpunkt sollen verbesserte und neue Leistungen zur Verfügung stehen.



Inhalt

Vorwort	4
Den Herausforderungen begegnen	6
Die Ausgangslage: Immer mehr Menschen werden pflegebedürftig	6
Das Pflege-Neuausrichtungsgesetz	9
Bessere Leistungen insbesondere für demenziell Erkrankte	9
Mehr Unterstützung für pflegende Angehörige	13
Neue Möglichkeiten der individuellen Pflege	15
Verbesserte Beratung und fristgerechte Begutachtung	17
Bessere Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen	20
Entbürokratisierung in der Pflege	22
Beitragssatz wird angepasst und die private Vorsorge staatlich gefördert	24
Impressum	26

Liebe Leserin, lieber Leser,

schnell kann jeder von uns in die Lage geraten, im Alltag auf Hilfe und Unterstützung angewiesen zu sein.

Prognosen zufolge werden bis zum Jahr 2030 weit über drei Millionen Menschen in Deutschland aus den unterschiedlichsten Gründen pflegebedürftig sein, viele von ihnen werden an Demenz leiden. Mit dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz schaffen wir die notwendigen Rahmenbedingungen, um Menschen in einer Pflegesituation konkret zu helfen. Neben verbesserter Beratung und Serviceorientierung sehen wir mit der Betreuung zusätzlich zur Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung eine weitere Leistung vor. Das ist gerade auch für die an Demenz erkrankten Menschen wichtig, die mir besonders am Herzen liegen. Für sie wird es höhere Leistungen geben, wenn sie zu Hause betreut werden.

Ein besonderes Augenmerk richtet unser Gesetz aber auch auf die pflegenden Angehörigen. Viel zu lange wurde ihr großartiger Einsatz für pflegebedürftige Familienmitglieder als selbstverständlich angesehen. Wir verbessern jetzt für sie die häusliche Betreuungssituation. So können sich pflegende Angehörige beispielsweise leichter als bisher eine „Auszeit“ nehmen.

Besser unterstützt wird aber auch, wer für den eigenen „Pflegefall“ vorsorgen möchte. Die freiwillige private Vorsorge wird mit einer Zulage in Höhe von 60 Euro im Jahr staatlich gefördert. Damit wird eine zusätzliche Säule der Finanzierung geschaffen, die die Bürgerinnen und Bürger dabei unterstützt, eigenverantwortlich und kapitalgedeckt für den Fall der Pflegebedürftigkeit vorzusorgen.

Über diese und weitere Reformschritte informiert Sie die Broschüre.

Ihr

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'D. Bahr', written in a cursive style.

Daniel Bahr
Bundesminister für Gesundheit

Den Herausforderungen begegnen

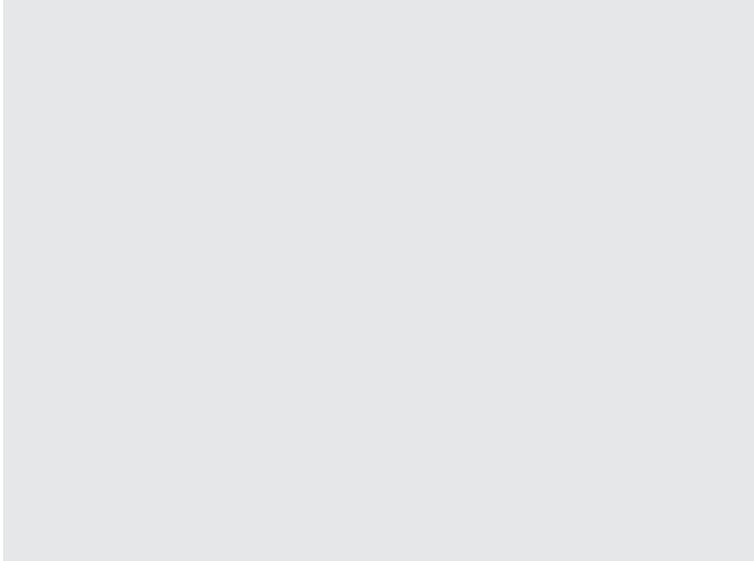
Die Ausgangslage: Immer mehr Menschen werden pflegebedürftig

Leider ist es keine Selbstverständlichkeit, ein hohes Alter bei guter Gesundheit zu erreichen. Wenn Körper oder Geist nicht mehr mitspielen, ist man auf die Hilfe anderer Menschen angewiesen. 2,4 Millionen Menschen in Deutschland erhalten Leistungen aus der Pflegeversicherung.

Das Thema Pflege wird für immer mehr Menschen wichtig. Experten gehen davon aus, dass im Jahr 2030 weit über drei Millionen Menschen Hilfe benötigen werden. Wer wird sich um sie kümmern? Heute werden mehr als zwei Drittel der Pflegebedürftigen zu Hause versorgt. Meist von Angehörigen, oft dem Partner, den Kindern oder Enkeln. Auch sie brauchen Unterstützung. Denn sie müssen viele Herausforderungen meistern. Neben den Pflichten in der Familie und im Beruf müssen sie nun auch Verantwortung für einen Pflegebedürftigen übernehmen. Dies zehrt an den körperlichen und seelischen Kräften.

Eine Herausforderung besteht darin, dass immer mehr Menschen an demenziellen Erkrankungen leiden werden. Experten gehen davon aus, dass jede zweite Frau und jeder dritte Mann irgendwann im Laufe des Lebens von Demenz betroffen sein wird. Damit diese Menschen gut versorgt werden, benötigen sie Leistungen aus der Pflegeversicherung, die ihren speziellen Bedürfnissen entsprechen. Denn zurzeit hilft die Pflegeversicherung vor allem mit Blick auf körperliche Einschränkungen im Alltag. Demenziell Erkrankte sind häufig körperlich noch recht gesund, benötigen aber Betreuung und Anleitung. Dies wird bisher nicht ausreichend berücksichtigt.

Im Vorgriff auf einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff werden demenziell Erkrankte in der ambulanten Pflege bereits ab 2013 bessere und mehr Leistungen bekommen. So wird beispielsweise mit der



Die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen stehen bei der Reform im Mittelpunkt

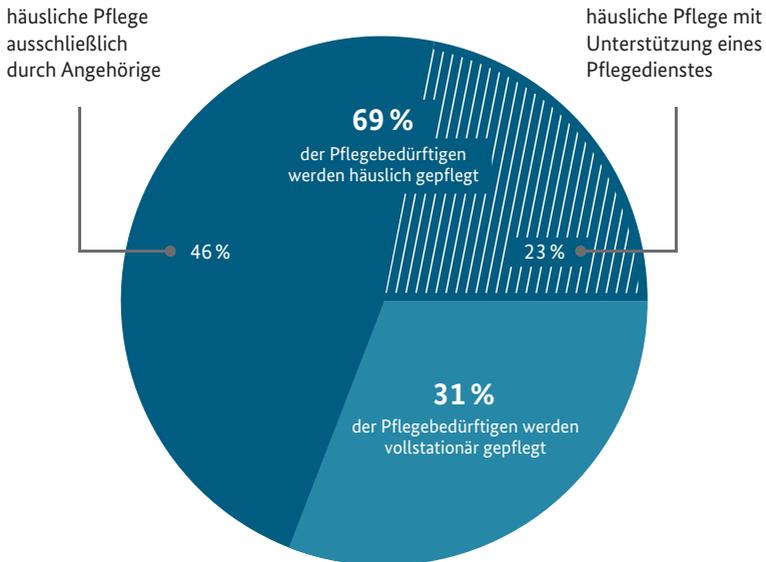
häuslichen Betreuung eine neue Leistungsform eingeführt. Und es wird für demenziell Erkrankte in der ambulanten Pflege mehr Geld geben.

Ein Thema, das alle pflegebedürftigen Menschen betrifft, ist die Frage nach einer Umgebung, die ihren Bedürfnissen entspricht. Die meisten Menschen wollen so lange wie möglich in ihrem gewohnten häuslichen Wohnumfeld leben und ihren Alltag selbstbestimmt gestalten. Zwischen der Pflege zu Hause und der Versorgung im Heim können Wohngruppen eine gute Alternative sein. Denn nicht immer kann die Pflege von Familienangehörigen übernommen werden, zum Beispiel wenn Kinder weit entfernt von ihren Eltern leben. Deshalb ist es wichtig, alternative Wohnformen für Pflegebedürftige zu ermöglichen.

Das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz begegnet diesen Herausforderungen und verbessert die Situation von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen.

Häusliche und stationäre Pflege Ende 2010

2,42 Millionen Pflegebedürftige insgesamt



Quelle: 5. Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland vom 12. Januar 2012.

Das Pflege-Neuausrichtungsgesetz

Bessere Leistungen insbesondere für demenziell Erkrankte

Die Bedürfnisse von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz – zum Beispiel bei demenziellen Erkrankungen – wurden im Hinblick auf die zusätzlich erforderliche Betreuung bisher nicht ausreichend berücksichtigt. Mit der Betreuung wird neben der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung eine weitere Leistung ermöglicht, die insbesondere Menschen mit demenziellen Erkrankungen und ihren Angehörigen zugutekommt. Das Pflege-Neuausrichtungsgesetz verbessert diese Situation darüber hinaus mit einer ganzen Reihe von weiteren Maßnahmen:

Mehr Leistungen für demenziell Erkrankte in der ambulanten Pflege

Bisher erhalten demenziell Erkrankte „zusätzliche Betreuungsleistungen bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz“ in Höhe von 100 oder 200 Euro für die Inanspruchnahme niedrigschwelliger Angebote. Dieser Betrag ist zweckgebunden und dient der Erstattung von Aufwendungen für die Inanspruchnahme zusätzlicher anerkannter Betreuungsleistungen. Dies kann zum Beispiel der Besuch einer Gruppe für demenziell Erkrankte sein. Die erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz wird dabei durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung festgestellt. Anhaltspunkte für eine eingeschränkte Alltagskompetenz könnten zum Beispiel sein, wenn sich Menschen wiederholt in gefährliche Situationen bringen, einen starken Bewegungsdrang bei fehlendem Orientierungsvermögen oder einen gestörten Tag-Nacht-Rhythmus haben.

Demenziell erkrankte Menschen erhalten ab 2013 mehr Leistungen und mit der häuslichen Betreuung auch zielgenauere Leistungen aus der Pflegeversicherung. Zusätzlich zum heutigen Betreuungsbetrag

werden für demenziell Erkrankte in häuslicher Umgebung zum 1. Januar 2013 Pflegegeld und Pflegesachleistungen erhöht.

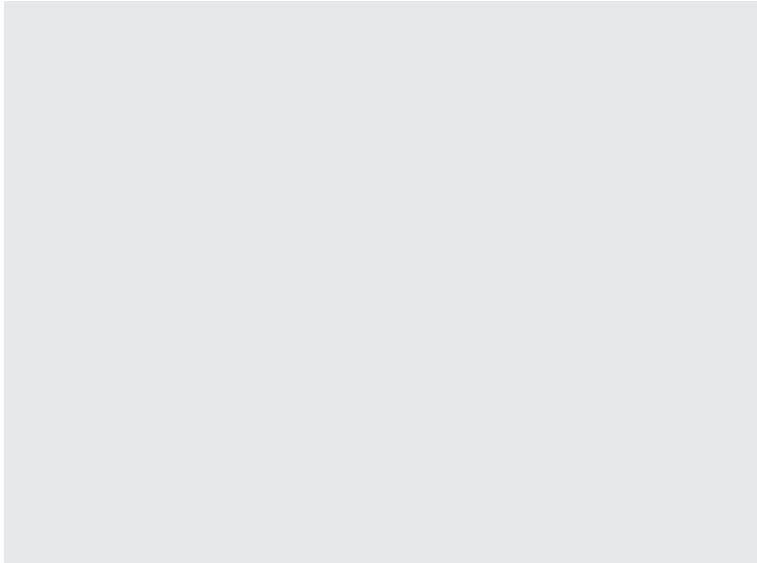
Und das funktioniert so: Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz haben in der sogenannten Pflegestufe 0 Anspruch auf monatlich 225 Euro für Pflegesachleistungen oder 120 Euro Pflegegeld für pflegende Angehörige. Bisher gab es in dieser sogenannten Pflegestufe 0 diese Leistungen nicht. Demenziell Erkrankte in der Pflegestufe I erhalten 665 Euro für Pflegesachleistungen (bisher: 450 Euro) beziehungsweise 305 Euro Pflegegeld (bisher: 235 Euro). In der Pflegestufe II sind es 1.250 Euro für Pflegesachleistungen (bisher: 1.100 Euro) beziehungsweise 525 Euro Pflegegeld (bisher: 440 Euro – siehe Grafik auf Seite 12). Pflegesachleistungen und Pflegegeld können auch kombiniert werden. In der Pflegestufe III bleiben die Leistungen auf dem bisherigen Niveau.

Von den verbesserten Leistungen werden etwa 500.000 Pflegebedürftige mit demenziellen Erkrankungen profitieren, davon haben etwa 40.000 Personen einen Pflegebedarf unterhalb der Pflegestufe I.

Neue Art von Leistung: häusliche Betreuung

Bisher beschränken sich die Pflegesachleistungen auf die Grundpflege (zum Beispiel Waschen und Anziehen) und hauswirtschaftliche Versorgung (zum Beispiel Aufräumen, Staubsaugen, Betten machen oder das Zubereiten von Mahlzeiten).

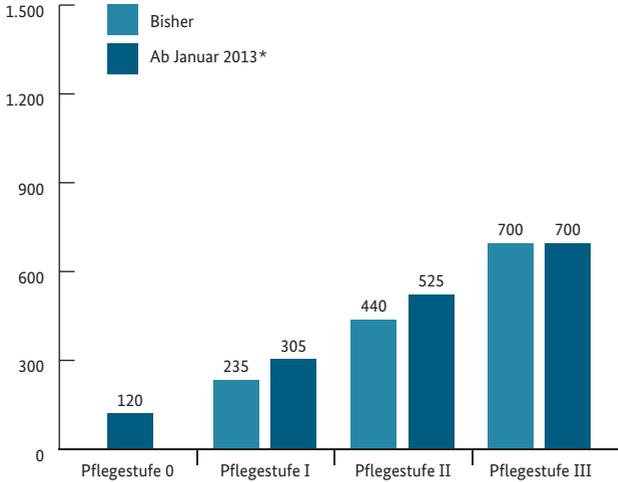
Ab dem 1. Januar 2013 kommen Leistungen mit der Bezeichnung „häusliche Betreuung“ hinzu. Darunter können verschiedene Hilfen bei der Alltagsgestaltung fallen, zum Beispiel Spazierengehen oder Vorlesen. Das ist insbesondere für die an Demenz erkrankten Menschen und ihre Angehörigen eine große Erleichterung.



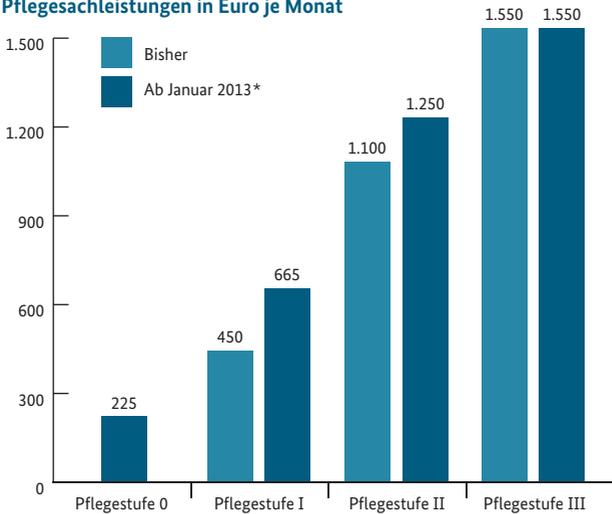
Hilfe bei der Alltagsgestaltung soll honoriert werden

Unterstützung für die Pflege demenziell Erkrankter in der ambulanten Pflege

Pflegegeld in Euro je Monat



Pflegesachleistungen in Euro je Monat



* Zusätzlich können wie bisher Aufwendungen für Betreuungsleistungen für Betreuungskosten bis zu einer Höhe von 100 Euro oder 200 Euro erstattet werden.

Mehr Unterstützung für pflegende Angehörige

Manchem pflegenden Angehörigen fällt der Entschluss schwer, sich auch einmal eine Auszeit zu gönnen. Sie wollen ungern von ihrem Angehörigen getrennt sein. Bislang wird das Pflegegeld nicht weitergezahlt, wenn die pflegebedürftige Person im Rahmen einer Kurzzeit- oder Verhinderungspflege von anderen Menschen betreut wird. Bei der Kurzzeitpflege werden Pflegebedürftige vorübergehend in einer stationären Einrichtung untergebracht. Mit der Verhinderungspflege wird die Versorgung gewährleistet, wenn der pflegende Angehörige krank ist oder Erholung braucht.

Fortzahlung von Pflegegeld, wenn sich die Angehörigen eine Auszeit nehmen

Mit dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz gibt es Verbesserungen, wenn pflegende Angehörige Kurzzeitpflege oder Verhinderungspflege in Anspruch nehmen wollen. Machen Angehörige Gebrauch von der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege, sollen sie für jeweils bis zu vier Wochen je Kalenderjahr weiterhin die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes erhalten.

Reha-Aufenthalte gemeinsam mit dem Angehörigen

Das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz verbessert außerdem die Rahmenbedingungen, wenn pflegende Angehörige Vorsorge- und Rehabilitationsangebote nutzen: Mit dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz wird ausdrücklich klargestellt, dass dabei die besonderen Belange der pflegenden Angehörigen zu berücksichtigen sind. Pflegende Angehörige sollen bei einer eigenen Rehabilitationsmaßnahme zudem die Möglichkeit haben, den Pflegebedürftigen mitzunehmen. Denn oft sind Angehörige erst dazu bereit, solche Angebote anzunehmen, wenn der Pflegebedürftige in der Nähe sein kann. Mit dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz wird zudem geregelt, dass Einrichtungen des Muttergenesungswerks oder gleichartige Einrichtungen stärker als bisher in die Versorgung pflegender Angehöriger einbezogen werden können.

Rentenrechtlich wirksame Zeiten bei der Pflege von Angehörigen werden addiert

Eine weitere Verbesserung durch das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz betrifft die Anrechnung der rentenrechtlich wirksamen Zeiten bei der Pflege von mehr als einem Angehörigen. Bisher galt dafür folgende Voraussetzung: Wer sich um einen pflegebedürftigen Angehörigen mindestens 14 Stunden pro Woche kümmerte, konnte dafür Rentenversicherungsansprüche geltend machen. Wer jedoch gleichzeitig mehrere Pflegebedürftige betreute – jeden einzelnen aber weniger als 14 Stunden pro Woche –, konnte die aufgewendete Zeit nicht addieren. Dies wird sich nun ändern. Einzige Voraussetzung: Die Pflegebedürftigen müssen mindestens die Pflegestufe I haben.

Zuschüsse für Selbsthilfegruppen und Förderung des Ehrenamtes

Pflegende Angehörige und Pflegebedürftige bekommen nicht nur Unterstützung von den Pflegekassen. Selbsthilfegruppen übernehmen eine wichtige Funktion: Sie unterstützen Familien dabei, die Herausforderungen, die ein Pflegefall in der Familie mit sich bringt, zu meistern. Deshalb sollen Selbsthilfegruppen stärker finanziell gefördert werden. Die Pflegekassen werden verpflichtet, den Auf- und Ausbau von Selbsthilfegruppen jährlich mit zehn Cent pro Versichertem zu unterstützen. Zudem wird klargestellt, dass auch für ehrenamtliche Unterstützung als ergänzendes Engagement bei allgemeinen Pflegeleistungen in stationärer Pflege Aufwandsentschädigungen gezahlt werden können.

Neue Möglichkeiten der individuellen Pflege

Flexibilisierung der Leistungen

Pflegebedürftige sollen künftig die Möglichkeit bekommen, bei der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen neben den Leistungspaketen ein Zeitkontingent zu wählen. Sie können dann zusammen mit dem Pflegedienst entscheiden, welche Leistungen in diesem Zeitvolumen erbracht werden sollen. Zeitkontingente helfen den Pflegebedürftigen und werden die Situation der Pflegekräfte verbessern, wenn sie nicht unter hohem Zeitdruck ihre Leistung erbringen müssen. Der Pflegedienst ist verpflichtet, den Pflegebedürftigen darüber zu unterrichten, wie sich die vom Zeitaufwand unabhängige Vergütung im Vergleich zu einer rein zeitbezogenen Vergütung darstellt, und ihn über seine Wahlmöglichkeiten zu informieren. Diese Gegenüberstellung hat in der Regel schriftlich zu erfolgen.

Förderung von Wohngruppen

Die meisten Pflegebedürftigen wollen so lange wie möglich in häuslicher Umgebung leben. Daher sind Angebote für Menschen wichtig, die zwar nicht mehr alleine ihren Haushalt führen können, aber auch nicht ins Pflegeheim gehen möchten. Im Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz sind deshalb Unterstützungs- und Förderungsmaßnahmen für solche alternativen Wohnformen vorgesehen.

Bereits heute gilt: Die Pflegekassen können finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen gewähren, beispielsweise für technische Hilfen im Haushalt. Die einmaligen Zuschüsse können maximal 2.557 Euro je Bewohner betragen. Um dem Wunsch vieler Pflegebedürftiger nachzukommen, trotz Einschränkungen möglichst selbstbestimmt zu leben, fördert das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz alternative Wohnformen. Sie sind attraktiv für Menschen, die nicht mehr selbstständig wohnen können, aber keine stationäre Pflege brauchen. Bewohner einer Wohngruppe können bereits jetzt Pflegeleistungen gemeinsam in Anspruch nehmen. Das bezeichnet man als „Pools von Leistungen“. Kümmert sich beispielsweise in einer Wohngemeinschaft ein Pflegedienst um mehrere Pflegebedürftige, wird Zeit und somit Geld gespart. Mit diesem Geld können Pflegebedürftige z. B. auch zusätzliche Betreuungsleis-

tungen finanzieren. Auch Pflegebedürftige, die nicht an Demenz erkrankt sind, können gemeinsam Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen. Zum Beispiel können zwei Nachbarn gemeinsam an einem der beiden Wohnorte betreut werden. Pflegebedürftige in selbstorganisierten Wohngruppen erhalten zusätzlich ab 2013 eine Pauschale von 200 Euro monatlich pro Bewohner zur Finanzierung einer Person (Präsenzkraft), die pflegerische und hauswirtschaftliche Alltagshilfen leistet und sich auch um organisatorische Abläufe kümmert. Um Wohngruppen zu fördern, ist zudem ein Initiativprogramm zur Gründung ambulant betreuter Wohngruppen vorgesehen, das diese Pflegebedürftigen einmalig mit 2.500 Euro je Pflegebedürftigen unterstützt. Maximal werden 10.000 Euro je Wohngruppe gezahlt. Mit diesem Geld können zusätzlich zu den heutigen Zuschüssen von einmalig 2.557 Euro für Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfelds weitere altersgerechte Umbauten oder behindertengerechte Anpassungen finanziert werden wie beispielsweise eine barrierearme Dusche. Voraussetzung für diese Zahlungen ist, dass mindestens drei Pflegebedürftige zusammenwohnen.

Dazu ein Rechenbeispiel:

Vier Pflegebedürftige der Pflegestufe I entscheiden sich, eine Senioren-Wohngruppe zu gründen. Die Wohnung muss hierfür noch angepasst werden.

1. Pflegesachleistungen in der Pflegestufe I Gesamt:	je Bewohner 450 €/Monat 1.800 €/Monat
2. Organisationszuschlag für die Bezahlung einer Betreuungsperson Zwischensumme: Gesamt:	je Bewohner 200 €/Monat 800 €/Monat 2.600 €/Monat
3. Investitionskosten (einmalig)	
a) Wohnumfeldverbessernde Maßnahme	je Bewohner 2.557 € = 10.228 €
b) Startzuschuss (neu)	je Bewohner 2.500 € = 10.000 €
Gesamt:	20.228 €

Das Beispiel zeigt: Die Wohngruppe bekommt einmalig 20.228 Euro, um die Wohnung herrichten zu lassen. Für die Unterstützung im Alltag stehen ihr 2.600 Euro im Monat zur Verfügung.

Verbesserte Beratung und fristgerechte Begutachtung

Pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen benötigen eine frühzeitige Beratung und schnelle Entscheidungen über die von ihnen beantragten Leistungen. Denn sie müssen viel organisieren: In der Familie müssen Aufgaben verteilt werden, die Wohnung muss eventuell pflegerecht umgebaut und neue Anschaffungen getätigt werden. Das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz hilft, zeitnahe Entscheidungen herbeizuführen:

Beratung spätestens nach zwei Wochen

Die Pflegekasse hat nach Eingang eines Antrags dem Antragsteller entweder einen Beratungstermin innerhalb von zwei Wochen auf Wunsch zu Hause anzubieten oder – wenn dies nicht möglich ist – einen Gutschein auszustellen, der bei einer qualifizierten Beratungsstelle eingelöst werden kann.

Fristgerechte Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit

Wer Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen will, muss einen Antrag auf Anerkennung der Pflegebedürftigkeit an die Pflegekasse richten. Die Pflegekasse beauftragt den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder – wenn dies nicht möglich ist – einen anderen unabhängigen Gutachter, der den Antragsteller zu Hause besucht und überprüft, ob Pflegebedürftigkeit vorliegt. Wenn innerhalb von vier Wochen keine Begutachtung erfolgt, wird die Pflegekasse verpflichtet, dem Versicherten mindestens drei Gutachter zur Auswahl zu nennen, damit es auch ohne den MDK vorangehen kann. Außerdem muss die Pflegekasse, wenn sie innerhalb der gesetzlich festgelegten Frist – grundsätzlich fünf Wochen nach Eingang des Antrags – nicht über den Antrag entscheidet, dem Antragsteller für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung 70 Euro zahlen. Diese Zahlungen haben ein doppeltes Ziel: Zum einen haben die Pflegekassen einen starken Anreiz, dafür zu sorgen, dass schnell entschieden wird. Zum anderen wird die Möglichkeit geschaffen, dass die Antragsteller vorab schon einmal Geld bekommen, um bestimmte Dinge regeln zu können.

Die gesetzlichen Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen haben jährlich eine Statistik über die Einhaltung der Fristen zu veröffentlichen. Die Veröffentlichung soll in einer für die Kassenmitglieder gut zugänglichen Form erfolgen, zum Beispiel in der Mitgliederzeitschrift und im Internet.

Begutachtung wird dienstleistungsorientierter

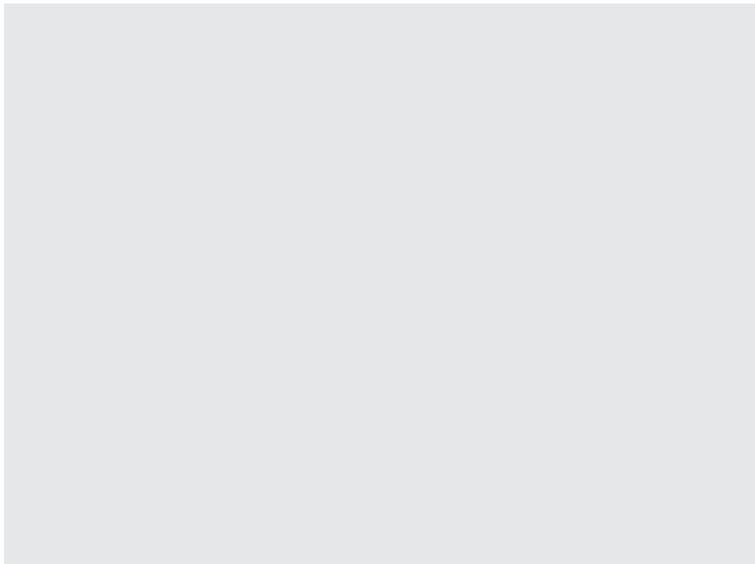
Antragsteller auf Pflegebedürftigkeit sind häufig in einer schwierigen Situation. Sie wünschen sich, dass die Gutachter ihnen mit Respekt und Fingerspitzengefühl begegnen. Auch hier werden die Rechte der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen gegenüber Pflegekassen und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) gestärkt. Der MDK wird zur Einhaltung von Servicegrundsätzen verpflichtet. Hierzu hat der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bis zum 31. März 2013 Richtlinien zu erlassen. Dieser „Verhaltenskodex“ soll sicherstellen, dass ein angemessener und respektvoller Umgang mit den Pflegebedürftigen Standard ist.

Die Gutachter des MDK sind hoch qualifiziert. Dennoch ist nicht auszuschließen, dass es zu Problemen bei der Begutachtung kommen kann. Wenn Pflegebedürftige oder ihre Angehörigen nicht mit dem Ablauf der Begutachtung zufrieden sind, soll dem systematisch nachgegangen werden. Der MDK muss hierzu ein Beschwerdemanagement einrichten. Außerdem müssen die Pflegekassen die Versicherten künftig aufklären, dass sie das Recht haben, gleichzeitig mit dem Leistungsbescheid auch das Gutachten zu erhalten.

Eine bessere Dienstleistungsorientierung berücksichtigt auch die Belange von Menschen mit Migrationshintergrund. Der Medizinische Dienst muss dafür sorgen, dass die Begutachtung bei Bedarf auch in einer anderen Sprache erfolgt. Zudem soll der Versicherte – wenn erforderlich – auf seine Rechte, etwa die Verwendung der Gebärdensprache, hingewiesen werden.

Stärkung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“

Der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ wird noch nicht in ausreichendem Maße beachtet. Wenn es eine Chance gibt, eine langfristige Pflegebedürftigkeit durch Rehabilitationsmaßnahmen zu vermeiden, soll diese besser genutzt werden. Deshalb soll nun jeder, der einen Antrag auf Anerkennung seiner Pflegebedürftigkeit stellt, neben dem Bescheid über seine Pflegebedürftigkeit automatisch eine Empfehlung zu seinen individuellen Möglichkeiten zur Rehabilitation erhalten. Dabei kann es sich um mobile, geriatrische und indikationsspezifische Rehabilitationsmaßnahmen handeln, die ambulant oder stationär erfolgen können. Damit werden der Pflegebedürftige beziehungsweise seine Angehörigen in die Lage versetzt, bestehende Ansprüche gegen den Träger der Rehabilitationsmaßnahme besser geltend zu machen.



Pflegen heißt auch, körperliche und geistige Fähigkeiten zu fördern

Bessere Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen

Zusätzliche Betreuungskräfte

Der von der Pflegeversicherung finanzierte mögliche Einsatz von zusätzlichen Betreuungskräften hat in vollstationären Einrichtungen wesentlich dazu beigetragen, Heimbewohner bei ihren alltäglichen Aktivitäten ergänzend zu unterstützen. Das hat sich in der Praxis bewährt, und damit wird die Lebensqualität der pflegebedürftigen Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen deutlich erhöht. Nun wird durch das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz der Betreuungsschlüssel im stationären Bereich auf 1 zu 24 verbessert. Die Regelung wird nun auf teilstationäre Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege ausgedehnt und schließt damit zugleich die Lücke zwischen ambulantem und vollstationärem Bereich.

Verbesserung der medizinischen Versorgung

Auch Pflegebedürftige brauchen einen Arzt oder eine zahnärztliche Betreuung. Wegen ihrer körperlichen und/oder geistigen Einschränkungen ist ihnen der Besuch einer Praxis teilweise unmöglich. Pflegebedürftige und Angehörige möchten die Gewissheit haben, dass die erforderliche medizinische Versorgung gewährleistet ist.

Mit dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz will die Bundesregierung ganz gezielt **Verbesserungen der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung in Pflegeheimen** erreichen und hat deshalb eine Reihe von Maßnahmen im Gesetz vorgesehen. Aber auch das bereits geltende Recht bietet in der gesetzlichen Krankenversicherung verschiedene Möglichkeiten zur Verbesserung der (zahn-)ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen. Es hängt vor allem entscheidend von den Verantwortlichen vor Ort ab, ob diese Möglichkeiten auch umfassend und bedarfsgerecht genutzt werden. Um die Nutzung dieser Möglichkeiten gezielt zu fördern, werden mit dem neuen Gesetz einige der bestehenden Regelungen verbindlicher gestaltet:

- Mit dem neuen Gesetz werden die Kassen(zahn-)ärztlichen Vereinigungen verpflichtet, auf Antrag eines Pflegeheims einen Kooperationsvertrag zwischen Pflegeheim und Ärzten bzw. Zahnärzten nicht nur – wie bisher – „anzustreben“, sondern zu vermitteln. Ziel dieser Kooperationsverträge ist es, eine ausreichende ärztliche und zahnärztliche Versorgung der Pflegeheimbewohner sicherzustellen.
- Zur Förderung solcher Kooperationsverträge oder einer kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung von Pflegeheimbewohnern kann im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung eine zusätzliche Vergütung für die Besuche der Ärzte in den Pflegeheimen vereinbart werden. Diese zusätzliche Vergütung wird zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und den gesetzlichen Krankenkassen vereinbart. Die Möglichkeit, solche zusätzlichen Vergütungen zu vereinbaren, ist gesetzlich zunächst befristet worden bis zum 31. Dezember 2015. Dann sollen die Auswirkungen dieser Regelungen, das heißt die tatsächlichen Verbesserungen in der medizinischen Versorgung der Pflegeheimbewohner geprüft werden. Das Ergebnis dieser Überprüfung ist entscheidend für eine Verlängerung der getroffenen gesetzlichen Maßnahmen.
- Um im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung Anreize für Zahnärzte zu schaffen, Kooperationsverträge zu vereinbaren und Hausbesuche bei Pflegeheimbewohnern durchzuführen, hat der Bewertungsausschuss eine zusätzliche Vergütung für zahnärztliche Leistungen vorzusehen, die im Rahmen eines Kooperationsvertrages erbracht werden.

Die **aufsuchende zahnärztliche Betreuung** in Einrichtungen und in häuslicher Umgebung wurde bereits mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz verbessert. Zahnärztinnen und Zahnärzte erhalten eine zusätzliche Vergütung für die aufsuchende Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen, die eine Zahnarztpraxis aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit oder Behinderung nicht oder nur mit hohem Aufwand aufsuchen können. Mit dem Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung wird diese Vergütung aus Gründen der Gleichbehandlung auf die nunmehr aufsuchende Betreuung von immobilen Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz ausgeweitet.

Generell ist die Frage der ärztlichen, fach- und zahnärztlichen Versorgung der Bewohner ein wichtiges Kriterium bei der Entscheidung für eine Pflegeeinrichtung. Deshalb müssen Pflegeheime ab dem 1. Januar 2014 darüber informieren, wie sie die medizinische Versorgung inklusive der Versorgung der Heimbewohner mit Arzneimitteln organisieren.

Entbürokratisierung in der Pflege

Ein wichtiges Anliegen des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes ist es, dass Pflegekräfte und Angehörige möglichst viel Zeit für die Versorgung der Pflegebedürftigen haben. Die Regelungen und deren Umsetzung sollen deshalb mit möglichst wenig bürokratischem Aufwand verbunden sein. Die vom Bundesministerium für Gesundheit berufene Ombudsfrau zur Entbürokratisierung der Pflege hat Empfehlungen abgegeben, die Eingang in das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz gefunden haben:

- Zuschüsse der Pflegekassen für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfelds des Pflegebedürftigen werden künftig ohne einen Eigenanteil des Pflegebedürftigen gewährt. Die Prüfung der Einkommenssituation des Pflegebedürftigen entfällt somit.
- Um als verantwortliche Pflegefachkraft anerkannt zu werden, ist neben dem Abschluss einer relevanten Ausbildung eine praktische Berufserfahrung in dem erlernten Ausbildungsberuf von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre erforderlich. Diese Rahmenfrist verlängert sich um Zeiten, in denen die Fachkraft eine pflegebedürftige Person wenigstens 14 Stunden wöchentlich gepflegt hat oder an einem relevanten Studium oder Weiterbildungslehrgang teilgenommen hat. Bislang betrug die Rahmenfrist fünf Jahre. Die Verlängerung der Frist dient der Erleichterung des Wiedereinstiegs in den Beruf, zum Beispiel nach familienbedingter Unterbrechung.

- Die Voraussetzungen für den Abschluss eines Gesamtversorgungsvertrages werden durch eine Konkretisierung des Anwendungsbereichs vereinfacht.
- Die Verpflichtung zugelassener Pflegeeinrichtungen zur Zahlung der ortsüblichen Vergütung wird auf die Fälle begrenzt, in denen keine Mindestentgeltregelung gilt.
- Die Pflegedienstleitung ist in ambulanten Einrichtungen oft selbst in die Pflege eingebunden. Bei der Prüfung von ambulanten Pflegediensten findet deshalb bereits heute oft eine Ankündigung der Prüfung am vorherigen Tag statt, um die Anwesenheit der Pflegedienstleitung und die organisatorische Durchführung sicherzustellen. Das wird jetzt gesetzlich so verankert.
- Bei Qualitätsprüfungen in Pflegeheimen wird klargestellt, dass sich die Bewertung nicht nur auf die Pflegedokumentation stützen darf (mit Tendenz zur Ausweitung derselben), sondern dass die Ergebnisorientierung, also die Inaugenscheinnahme der Patienten, auch eine Rolle spielt.
- Die Hilfsmittelversorgung wird durch eine klarstellende Regelung vereinfacht, wann eine vertragsärztliche Verordnung erforderlich ist oder von den Krankenkassen verlangt werden kann.

Beitragsatz wird angepasst und die private Vorsorge staatlich gefördert

Höherer Beitragsatz finanziert die Leistungsverbesserungen

Eine Erhöhung des Beitragsatzes um 0,1 Prozentpunkte macht die Leistungsverbesserung möglich. Auf diese Weise werden der sozialen Pflegeversicherung rund 1,1 Milliarden Euro jährlich zusätzlich zur Verfügung stehen. Zum 1. Januar 2013 steigt der Beitragsatz von 1,95 auf 2,05 Prozent des Bruttoentgelts. Kinderlose zahlen 0,25 Prozentpunkte mehr.

Der Staat fördert private Vorsorge

Die soziale Pflegeversicherung ist Mitte der neunziger Jahre als Teilkaskoversicherung konzipiert worden. Die Leistungen decken somit nur einen Teil der anfallenden Kosten ab. So bekommt man zum Beispiel bei einer Heimbetreuung mit der höchsten Pflegestufe III 1.550 Euro im Monat. Der Heimplatz kostet jedoch mehr als das Doppelte. Wer Pflege braucht, muss also einen Eigenanteil aufbringen. Der Eigenanteil stammt entweder aus den Einkünften und Ersparnissen des Pflegebedürftigen, Hilfen der Kinder oder einer Zahlung des Grundsicherungsträgers bzw. Sozialamtes.

60 Euro Zulage im Jahr vom Staat

Jeder, der als Ergänzung zur gesetzlichen Pflegeversicherung eine private Zusatzversicherung abschließt, die den gesetzlichen Ansprüchen genügt, kann ab 2013 einen Zuschuss vom Staat in Höhe von fünf Euro im Monat bzw. 60 Euro im Jahr bekommen. Diese staatliche Förderung ist unabhängig vom Einkommen. Der Zuschuss wird direkt an das Versicherungsunternehmen gezahlt und dem Versicherungsvertrag der zulageberechtigten Person gutgeschrieben. Bezieher von Arbeitslosengeld II oder Sozialhilfe müssen die Gelegenheit haben, den Vertrag zu kündigen oder bis zu einer Dauer von drei Jahren ruhend zu stellen.

Förderung von Pflege-Tagegeld-Versicherungen

Bei Pflegekostentarifen erstatten die Unternehmen nur die nachgewiesenen Kosten, die nach Zahlungen der gesetzlichen Pflegekassen übrig bleiben. Bei der Pflege-Tagegeld-Versicherung erhält der Ver-

sicherte einen vertraglich vereinbarten festen Betrag, abhängig von der Pflegestufe. Die Versicherten können das Geld nach freiem Ermessen verwenden.

Die nun beschlossene Förderung der privaten Pflegevorsorge gilt nur für Pflege-Tagegeld-Versicherungen. Die Höhe der Pflege-Tagegelder in den einzelnen Pflegestufen hängt von den eingezahlten Prämien ab, zu denen die staatliche Förderung addiert wird.

Knapp zwei Millionen Menschen in Deutschland haben sich schon mit einer privaten Pflegeversicherung abgesichert, bevor die staatliche Förderung beschlossen wurde. Diese bereits abgeschlossenen Pflege-Zusatzversicherungen können mit dem monatlichen Zuschuss in Höhe von fünf Euro nur gefördert werden, wenn die für die neuen, staatlich geförderten Pflege-Zusatzversicherungen gesetzlich festgelegten Voraussetzungen erfüllt werden. Dies muss für jeden Einzelfall geprüft werden.

Versicherungsabschluss ohne Gesundheitsprüfung

Sowohl gesetzlich als auch privat Versicherte können die staatlich geförderte Versicherung abschließen. Die Bedingungen: Die Interessenten müssen mindestens 18 Jahre alt sein und dürfen nicht schon Leistungen der Pflegeversicherung beziehen oder bezogen haben.

Versicherungsunternehmen, die förderfähige Pflegezusatztarife anbieten, dürfen keinen Bewerber aufgrund gesundheitlicher Risiken ablehnen und keine Gesundheitsprüfung durchführen oder Risikozuschläge verlangen; Leistungsausschlüsse sind ebenfalls nicht erlaubt. Eine Differenzierung der Prämie nach dem Alter ist hingegen möglich. Ein Versicherter muss mindestens fünf Jahre Beiträge zahlen, ehe er eine Leistung der Versicherung in Anspruch nehmen kann. Die Pflege-Tagegeld-Versicherung ist eine Risikoversicherung. Leistungen gibt es also nur, wenn jemand vom Medizinischen Dienst der Krankenkasse oder von einem anderen, von der Pflegekasse beauftragten Gutachter in eine der drei Pflegestufen der gesetzlichen Pflegekasse eingestuft wurde oder eine sogenannte „erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz“, beispielsweise ein Demenzerkrankung, vorliegt.



Jedes Alter zählt

Die Demografiestrategie
der Bundesregierung

Deutschland verändert sich. Wir werden weniger und im Durchschnitt älter. Bereits in diesem und im nächsten Jahrzehnt wird die Bevölkerung in Deutschland deutlich altern und auch zurückgehen. Für fast alle Bereiche unseres Landes und unser Zusammenleben hat das erhebliche Folgen. Weitere Informationen finden Sie im Internet unter: www.jedes-alter-zählt.de

Impressum

Herausgeber

Bundesministerium für Gesundheit
Kommunikationsstab (Referat Öffentlichkeitsarbeit)
11055 Berlin

Konzeption und Text: Bundesministerium für Gesundheit, A&B One

Gestaltung: A&B One

Druck: Druck- und Verlagshaus Zarbock GmbH & Co. KG

Fotos: Andreas Reeg

3. aktualisierte Auflage: Juli 2012

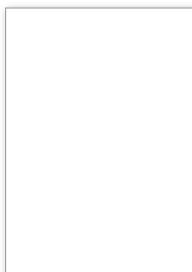
Erstauflage: April 2012

Wenn Sie diese Broschüre bestellen möchten:

Bestell-Nr.: BMG-P-07069
E-Mail: publikationen@bundesregierung.de
Telefon: 01805 / 77 80 90*
Fax: 01805 / 77 80 94*
Schriftlich: Publikationsversand der Bundesregierung
Postfach 48 10 09
18132 Rostock

* Für diesen Anruf gilt ein Festpreis von 14 Cent pro Minute aus dem deutschen Festnetz und maximal 42 Cent pro Minute aus den Mobilfunknetzen.

Weitere Broschüren zum Thema Pflege



Ratgeber zur Pflege

Bestellnummer:
BMG-P-07055



Wenn das Gedächtnis nachlässt

Bestellnummer:
BMG-P-G504



Pflegen zu Hause

Bestellnummer:
BMG-P-G502

Kostenlos zu bestellen unter publikationen@bundesregierung.de

Informationsangebote des Bundesministeriums für Gesundheit

Bürgertelefon

Das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit erreichen Sie montags bis donnerstags von 8 bis 18 Uhr und freitags von 8 bis 15 Uhr unter folgenden Telefonnummern:

Gesundheitspolitische Informationen

Die Vierteljahresschrift berichtet aus der Arbeit des Bundesgesundheitsministeriums und wird Ihnen kostenlos per Post zugesandt. Abonnement unter: www.bmg-gp.de

Infoblätter

Die „GP_Infoblätter“ bieten Ratgeberinformationen für Patienten und Verbraucher zu Einzelthemen der Gesundheitsversorgung. Sie können im E-Mail-Abonnement bezogen werden:
www.bmg-gp.de

Newsletter

Der Newsletter informiert zur aktuellen Gesundheitspolitik und wird Ihnen regelmäßig per E-Mail zugesandt. Sie finden das Anmeldeformular unter www.bmg-gp.de

Publikationsverzeichnis

Das aktuelle Publikationsverzeichnis des Bundesministeriums für Gesundheit können Sie jederzeit kostenlos anfordern:

Bestell-Nr.: BMG-G-07014
E-Mail: publikationen@bundesregierung.de
Telefon: 018 05 / 77 8090*
Fax: 018 05 / 77 8094*
Schriftlich: Publikationsversand der Bundesregierung
Postfach 48 10 09, 18132 Rostock

Internetportal

Aktuelle Informationen des Bundesministeriums für Gesundheit finden Sie unter:
www.bundesgesundheitsministerium.de

Fragen zur Krankenversicherung

 **030/340 60 66 - 01**

Fragen zur Pflegeversicherung

 **030/340 60 66 - 02**

Fragen zur gesundheitlichen Prävention

 **030/340 60 66 - 03**

Service für Gehörlose/Telefax

 **030/340 60 66 - 07**

Gebärdentelefon ISDN-Bildtelefon

 **030/340 60 66 - 08**

Service für Gehörlose/Schreibtelefon

 **030/340 60 66 - 09**

Fragen zur Suchtvorbeugung

 **02 21/89 20 31****

* Kostenpflichtig: Für diesen Anruf gilt ein Festpreis von 14 Cent pro Minute aus den deutschen Festnetzen und maximal 42 Cent pro Minute aus den Mobilfunknetzen.

** BZgA-Informationstelefon zur Suchtvorbeugung,
Mo – Do 10 bis 22 Uhr, Fr – So 10 bis 18 Uhr

Diese Publikation wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlbewerbern oder Wahlhelfern während des Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Europa-, Bundestags-, Landtags- und Kommunalwahlen. Missbräuchlich ist besonders die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Unabhängig davon, wann, auf welchem Weg und in welcher Anzahl diese Schrift dem Empfänger zugegangen ist, darf sie auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Bundesregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte.

www.bundesgesundheitsministerium.de

