



Das bringt die Pflegereform 2008

Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz verändert die Strukturen der Pflege zugunsten aller Beteiligten, insbesondere aber der Pflegebedürftigen, der Angehörigen und der Pflegenden. Das führt dazu, dass die Pflegeversicherung noch besser auf die Bedürfnisse und Wünsche der Pflegebedürftigen sowie ihrer Angehörigen ausgerichtet wird.

Die Leistungen werden schrittweise erhöht – im Bereich der häuslichen Pflege, aber auch für demenziell erkrankte Pflegebedürftige im stationären Bereich. Erstmals wird es einen Anspruch auf individuelle und umfassende Pflegeberatung (Fallmanagement) geben. Als zentrale wohnortnahe und erreichbare Anlaufstellen für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen werden Pflegestützpunkte nach einer dahingehenden Länderentscheidung eingerichtet.

Diese Maßnahmen stärken den Auf- und Ausbau wohnortnaher Versorgungsstrukturen, die eine quartiersbezogene und an den Bedürfnissen der hilfebedürftigen Menschen ausgerichtete Versorgung und Betreuung in Zukunft ermöglichen.

Die Reform verbessert die Qualität der Pflege, macht gute und weniger gute Einrichtungen für Bürgerinnen und Bürger transparent und die erbrachten Leistungen besser vergleichbar.

I. Leistungen werden verbessert

1. Schrittweise Anhebung der ambulanten Sachleistungen, des Pflegegeldes sowie der stationären Leistungen

Die **ambulanten Sachleistungsbeträge** werden bis 2012 stufenweise angehoben:

Pflegestufe	bisher €	2008	2010	2012
Stufe I	384	420	440	450
Stufe II	921	980	1.040	1.100
Stufe III*	1.432	1.470	1.510	1.550

*Die Stufe III für Härtefälle im ambulanten Bereich in Höhe von 1.918 € monatlich bleibt unberührt.

Das **Pflegegeld** wird bis 2012 wie folgt angehoben:

Pflegestufe	bisher €	2008	2010	2012
Stufe I	205	215	225	235
Stufe II	410	420	430	440
Stufe III	665	675	685	700

In der vollstationären Versorgung werden die Stufe III und Stufe III in Härtefällen bis 2012 stufenweise wie folgt verändert:

Pflegestufe	bisher €	2008	2010	2012
Stufe III	1.432	1.470	1.510	1.550
Stufe III Härtefall	1.688	1.750	1.825	1.918

Die stationären Sachleistungsbeträge der Stufen I und II bleiben zunächst unverändert.

2. Ausweitung der Leistungen für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz im ambulanten Bereich

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 1200 € bzw. 2400 € jährlich. Personen mit einem vergleichsweise geringeren allgemeinem Betreuungsaufwand erhalten den Grundbetrag. Personen mit einem im Verhältnis dazu höheren allgemeinem Betreuungsbedarf bekommen den erhöhten Betrag.

Einzelheiten über die Zuordnung zu einer der beiden Gruppen werden bis zum Inkrafttreten der Reform von den Spitzenverbänden der Pflegekassen im Rahmen von Richtlinien festgelegt. Die im Verlaufe eines Kalenderjahres nicht in Anspruch genommenen Beträge können in das nächste Kalenderhalbjahr übertragen werden.

Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz der so genannten Pflegestufe 0 erhalten erstmals auch diese Leistungen.

3. Verbesserung bei der Kurzzeitpflege und der stationären Pflege

Die Leistungen bei der Kurzzeitpflege werden ebenso schrittweise angehoben wie die vollstationären Leistungen in der Pflegestufe III sowie in der Stufe III für Härtefälle.

4. Kurzzeitpflege für Kinder in Einrichtungen der Behindertenhilfe

Es wird ein **spezieller Anspruch auf Kurzzeitpflege für Kinder** unter 18 Jahren in Einrichtungen der Behindertenhilfe oder anderen geeigneten Einrichtungen eingeführt.

Bisher haben pflegebedürftige Kinder nur Anspruch auf Kurzzeitpflege in zugelassenen Pflegeeinrichtungen (häufig Einrichtungen der Altenpflege). Künftig sollen betroffene Kinder auch in auf ihre Bedürfnisse besser ausgerichteten Einrichtungen betreut werden können. Dies hilft, Versorgungslücken und -engpässe für Kinder zu beseitigen.

5. Verbesserung der Leistungen zur Tages- und Nachtpflege

Leistungen für die Tages- und Nachtpflege werden ebenso schrittweise angehoben wie die ambulanten Pflegesachleistungen. Darüber hinaus wird der höchstmögliche Gesamtanspruch aus den Leistungen der häuslichen Pflege und den Leistungen der teilstationären Pflege auf das 1,5-fache des bisherigen Betrages erhöht.

6. Höhere Fördermittel zum weiteren Ausbau niedrigschwelliger

Betreuungsangebote sowie für ehrenamtliche Strukturen und Selbsthilfe

Die Förderung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten und Modellvorhaben wird um 15 Millionen € im Jahr auf 25 Millionen € angehoben. Damit stehen zusammen mit der Kofinanzierung der Länder und Kommunen 50 Millionen € pro Jahr zur Verfügung (statt bisher 20 Millionen € pro Jahr). Mit diesen Mittel kann zukünftig auch die Selbsthilfe gefördert werden.

7. Leistungsdynamisierung

Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen künftig in einem dreijährigen Rhythmus dynamisiert werden. Die Leistungen können dann an die Preisentwicklung angepasst werden.

Da die bisherigen Leistungsbeträge ab 2008 stufenweise angehoben werden, beginnt die entsprechende Dynamisierung erstmals 2015, drei Jahre nach Abschluss der Anhebung der Sachleistungsbeträge.

8. Erleichterung der Inanspruchnahme der Pflegeleistungen

Wer Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen will, kann dies künftig schneller verwirklichen: Leistungen bekommt, wer mindestens zwei Jahre eingezahlt hat oder familienversichert war. Die Vorversicherungszeit wird von 5 auf 2 Jahre verkürzt.

9. Verkürzte Begutachtungsfristen

Wer einen Antrag auf Pflegebedürftigkeit gestellt hat, muss künftig unverzüglich, spätestens nach fünf Wochen das Ergebnis von seiner Pflegekasse mitgeteilt bekommen. Eine verkürzte Frist von zwei Wochen gilt auch, wenn ein pflegender

Angehöriger Pflegezeit beantragt hat, die in der Regel mit einer Notsituation einhergeht.

Liegt der Antragsteller im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung oder ist während des Klinikaufenthalts ein Antrag auf Pflegezeit gestellt worden, verkürzt sich die Begutachtungsfrist auf eine Woche. Die auf eine Woche verkürzte Frist gilt künftig auch für Antragsteller in einem Hospiz oder in ambulanter Palliativversorgung.

10. Verkürzung der Vorpflegezeit für die Inanspruchnahme von Verhinderungspflege

Wer einen Angehörigen pflegt, hat bisher schon über die Pflegeversicherung Anspruch auf so genannte Verhinderungspflege. Das bedeutet: Will ein Angehöriger einmal Urlaub machen, besteht Anspruch auf eine Pflegevertretung auf bis zu vier Wochen im Jahr. Zur weiteren Stärkung der häuslichen Pflege wird die Vorpflegezeit für die erstmalige Inanspruchnahme der Verhinderungs- bzw. Urlaubspflege von bisher zwölf auf sechs Monate verkürzt.

11. Beitragszahlungen zur Rentenversicherung auch bei Urlaub der Pflegeperson

Bisher wurde die Zeit des Erholungsurlaubs einer Pflegeperson nicht auf die Rente angerechnet. Zukünftig werden die Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung auch während des Urlaubs der Pflegeperson entrichtet. Damit erhöht sich der Rentenanspruch.

II. Abbau von Schnittstellenproblemen – Heimärzte und Entlassungsmanagement

Die ärztliche Versorgung in Pflegeheimen wird verbessert.

Pflegekassen sollen darauf hinwirken, dass stationäre Pflegeeinrichtungen Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten eingehen. Es wird künftig für

Pflegeheime möglich werden, einen **Heimarzt** zu beschäftigen. Die Voraussetzung ist, dass die örtliche Versorgungssituation nicht mit einer Kooperation von Einzelärzten bewältigt werden kann.

Bei der Entlassung aus dem Krankenhaus stehen Menschen, die pflegebedürftig sind, oft hilflos vor einer neuen Situation. Die Reform bringt hier weitere Erleichterungen. Künftig soll sich ein Mitarbeiter der Klinik noch während des Krankenhausaufenthalts um einen pflegebedürftigen Menschen kümmern. Durch **Entlassungsmanagement** sollen die Krankenhäuser den nahtlosen Übergang von der Krankenhausbehandlung in die ambulante Versorgung, zur Rehabilitation oder Pflege gewährleisten. Dabei sollen erfahrene und qualifizierte Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger mit einer Zusatzausbildung die Funktion des Case-Managers übernehmen.

Liegt ein Antragsteller im Krankenhaus, in einem Hospiz oder wird er palliativ ambulant versorgt, hat der Medizinische Dienst der Krankenkassen den Pflegebedürftigen innerhalb einer Woche zu begutachten.

Die größte Belastung für Angehörige von Pflegebedürftigen und Betroffene ist weniger die pflegerische Aufgabe, sondern die Vorbereitung und Organisation rund um die plötzlich eingetretene Pflegesituation. Mit der Einführung der Pflegestützpunkte wird es eine **zentrale Anlaufstelle** für alle Fragen und Probleme geben. Betroffene erhalten auch durch die individuelle Pflegeberatung umfassende Beratung und Unterstützung in dieser besonderen Lebenssituation.

III. Verbesserung der Demenzbetreuung in Pflegeheimen

Die Betreuung von demenziell erkrankten Menschen wird auch in Heimen deutlich verbessert. Ab 1. Juli 2008 werden gesonderte Angebote für demenziell Erkrankte in Heimen ermöglicht. Eingeführt wird erstmals ein Anspruch der vollstationären Dauer- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen auf zusätzliches sozialversicherungspflichtig beschäftigtes Betreuungspersonal für Heimbewohner mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf. Das zusätzliche Betreuungspersonal (Betreuungsassistenz) ist von gesetzlichen und privaten

Pflegekassen nach abzuschließenden vertraglichen Vereinbarungen voll zu finanzieren. Dafür werden zusätzlich rund 200 Millionen € aufgewendet. Damit wird neben der bereits vorgesehenen Verbesserung der Betreuung demenziell erkrankter Pflegebedürftiger im ambulanten Bereich auch die Betreuung demenziell erkrankter Pflegeheimbewohner deutlich verbessert.

IV. Stärkung der ambulanten Versorgung

1. Pflegestützpunkte

Auskunft, Beratung, individuelles Fallmanagement und möglichst großer Service unter einem Dach stehen im Mittelpunkt des Konzepts der Pflegestützpunkte. Auf der Suche z.B. nach einem Pflegeheim, einer Tagesbetreuung, einem Anbieter für Essen auf Rädern oder Angebote der Altenhilfe finden Pflegebedürftige und ihre Angehörigen in den Pflegestützpunkten Unterstützung und Hilfestellung – ähnlich wie in einem Bürgerbüro. Künftig werden von den Pflege- und Krankenkassen wohnortnahe Pflegestützpunkte eingerichtet, wenn ein Land dies entscheidet.

Die Pflegekassen haben darauf hinzuwirken, dass **Kommunen** (Altenhilfe) und die **Sozialhilfeträger** (Hilfe zur Pflege), die örtlich tätigen Leistungserbringer, die Pflegedienste und weitere Kostenträger, wie die privaten Versicherungsunternehmen, sich am Pflegestützpunkt beteiligen. Die Krankenkassen haben sich an den Pflegestützpunkten zu beteiligen. Nach Möglichkeit sind Selbsthilfegruppen und ehrenamtlich Tätige einzubeziehen. Beim Aufbau eines Pflegestützpunktes ist auf vorhandene vernetzte Beratungsstrukturen zurückzugreifen.

Aufgaben der Pflegestützpunkte sind: Auskunft und Beratung der Pflegeversicherten und der in ihrem Interesse handelnden Personen. Neu ist, dass die Pflegeberatung auch ein Fallmanagement beinhaltet.

Das bedeutet: Im Pflegestützpunkt erarbeitet der Pflegeberater bzw. die Pflegeberaterin auf Wunsch des Ratsuchenden einen Versorgungsplan bezogen auf seine jeweilige persönliche Situation.

Die Stützpunkte sollen gesundheitsfördernde, präventive, kurative, rehabilitative oder sonstige medizinische sowie pflegerische und soziale Hilfs- und Unterstützungsangebote vermitteln und koordinieren. Damit können beispielsweise die Inanspruchnahme von Angeboten der offenen Altenhilfe, niedrigschwellige Angebote (z. B. Helferinnenkreise, Betreuungsgruppen) und regelmäßige Termine zur ärztlichen Behandlung von vornherein aufeinander abgestimmt werden. Beim Pflegeberater können Anträge auf Pflegeleistungen oder Krankenkassenleistungen gestellt werden. Der Pflegeberater hat dafür zu sorgen, dass der Antrag unverzüglich der zuständigen Kasse übermittelt wird. Die Kasse wiederum hat ihn ohne Verzögerung zu entscheiden und sowohl dem Antragssteller als auch dem Pflegeberater zustellen.

Es wird eine **Anschubfinanzierung** von bis zu 45.000 € (zusätzlich bis zu 5.000 € bei Einbindung der Ehrenamtsarbeit) unter der Voraussetzung einer Mitwirkung der Kommunen und Sozialhilfeträger gewährt. Für die Anschubfinanzierung werden bis Ende Juni 2011 Fördermittel in einer Gesamthöhe von bundesweit 60 Millionen € zur Verfügung gestellt.

2. Anspruch auf umfassende Pflegeberatung (Fallmanagement)

Das Leistungsspektrum rund um das Thema Pflege wird immer komplexer. Die Reform hilft Angehörigen und Betroffenen. Ab 1. Januar 2009 wird ein individueller Anspruch auf Pflegeberatung gesetzlich verankert. Die Pflegekassen werden verpflichtet, für ihre pflegebedürftigen Versicherten Pflegeberatung (Fallmanagement) anzubieten. Für den Versicherten bedeutet das: ein individuelles Beratungs-, Unterstützungs- und Begleitangebot, das jeweils auf die Bedürfnisse des einzelnen Hilfebedürftigen zugeschnitten ist.

Sobald Pflegestützpunkte eingerichtet werden, sind die Pflegeberaterinnen bzw. Pflegeberater im Pflegestützpunkt anzusiedeln. Die Pflegekassen setzen für die persönliche Beratung und Betreuung entsprechend qualifiziertes Personal ein,

insbesondere Pflegefachkräfte, Sozialversicherungsfachangestellte oder Sozialarbeiter mit der jeweils erforderlichen Zusatzqualifikation.

Zu den **Aufgaben der Fallmanager** in den Pflegestützpunkten zählt, Betroffene und deren Angehörige von der Organisation der Pflege, der Vermittlung von Pflegediensten, Haushaltshilfen bis hin zur Auswahl geeigneter Pflegeheime oder von anderen Betreuungseinrichtungen zu unterstützen. Sie kümmern sich um die Formalien, beraten die Betroffenen und deren Angehörige über Leistungen, erarbeiten auch entscheidungsreife Anträge und leiten diese an die Pflegekasse weiter. Der Pflegeberater kommt auch zu den Betroffenen nach Hause. Die Beratung ist unabhängig und umfassend.

Pflegeberater erstellen gemeinsam mit dem Pflegebedürftigen und allen anderen an der Pflege Beteiligten **einen individuellen Versorgungsplan**. Der Pflegeberater veranlasst alle für den Versorgungsplan erforderlichen Maßnahmen einschließlich deren Genehmigung durch den jeweiligen Leistungsträger, begleitet die Umsetzung des Versorgungsplans und macht Vorschläge, wenn sich der Bedarf des Einzelnen verändert.

Auch in der privaten Pflege-Pflichtversicherung soll es einen Anspruch auf Pflegeberatung im Pflegestützpunkt geben.

Der **Anspruch** besteht ab 1. Januar 2009, um eine Anlaufphase für die Kassen zu ermöglichen. Bis dahin kann die Pflegekasse Unterstützung durch Pflegeberater gewähren.

3. „Poolen“ in neuen Wohnformen und mehr Möglichkeiten für Einzelpflegekräfte

Immer mehr Menschen haben den Wunsch, im Alter in anderen Wohnformen zum Beispiel in Senioren-WGs und möglichst selbstbestimmt zu leben. Das so genannte „Poolen“ von Leistungsansprüchen soll u. a. die Nutzung neuer Wohnformen oder Wohn- oder Hausgemeinschaften verbessern.

Zur flexibleren Nutzung solcher Wohnformen können Sachleistungsansprüche von Versicherten künftig auch gemeinsam mit anderen Leistungsberechtigten in Anspruch genommen werden („Poolen“). Die Ansprüche mehrerer Pflegebedürftiger auf grundpflegerische Leistungen und hauswirtschaftliche Versorgung werden so gebündelt. Aus diesem „Pool“ können dann Betreuungsleistungen bezahlt werden. Beispielsweise kümmert sich eine Pflegekraft um mehrere Pflegebedürftige. Sich ergebende „Effizienzgewinne“ sind für zusätzliche Betreuungsleistungen durch Leistungserbringer (Vertragspartner der Pflegekassen) zu nutzen. Beispielsweise kümmert sich in einem Wohnhaus oder in einer Wohngemeinschaft eine Pflegekraft um mehrere Pflegebedürftige. Das bringt mehr Zeit und mehr Zuwendung.

4. Ausbau der Beratungseinsätze

Die Beratungsbesuche können künftig nicht nur von zugelassenen Pflegediensten, sondern auch von neutralen und unabhängigen Beratungsstellen, die von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannt sind, sowie auf Wunsch auch von Pflegeberatern und -beraterinnen durchgeführt werden. Auch Versicherte, die zwar noch nicht pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung sind, aber beispielsweise aufgrund einer Demenzerkrankung in ihrer Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt sind (so genannte Pflegestufe 0) können halbjährlich einen Beratungseinsatz in Anspruch nehmen.

5. Einzelverträge

Die Pflegekassen sollen leichter Verträge mit selbständigen **Einzelpflegekräften** schließen können. Das war bisher nur zulässig, wenn die Versorgung nicht durch ambulante Pflegedienste sicherzustellen war. In Zukunft kann zum Beispiel eine Kranken- oder Altenpflegerin bzw. Kranken- oder Altenpfleger, die/der sich selbständig machen möchte, Verträge mit den Pflegekassen zur Versorgung eines oder von mehreren Pflegebedürftigen abschließen.

V. Einführung einer Pflegezeit für Beschäftigte

Für Angehörige von Pflegebedürftigen wird es ebenfalls einige Verbesserungen geben. Ab 1. Juli 2008 wird ein Anspruch auf eine **Pflegezeit** eingeführt. Für die Dauer von bis zu 6 Monaten kann sich ein Arbeitnehmer/eine Arbeitnehmerin von der Arbeit frei stellen lassen. In der Zeit ist der Arbeitnehmer/eine Arbeitnehmerin sozialversichert, bezieht aber kein Gehalt. Der Anspruch auf Freistellung gegenüber einem Arbeitgeber besteht in Betrieben mit mehr als 15 Beschäftigten. In dieser Pflegezeit wird die **Beitragszahlung** zur Rentenversicherung – wie bereits nach geltendem Recht – von der Pflegekasse übernommen, wenn die Pflegeperson mindestens 14 Stunden in der Woche pflegt. 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 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. Der Versicherungsschutz in der Arbeitslosenversicherung bleibt erhalten. Die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung werden von der Pflegekasse übernommen.

Wenn jemand unerwartet zum Pflegefall wird, tritt für die Angehörigen oft eine schwierige Situation ein, in der schnell eine Menge organisiert werden muss. Dafür wird neben dem Anspruch auf Pflegezeit Beschäftigten ein **Anspruch auf kurzzeitige Freistellung für bis zu 10 Arbeitstage** eingeräumt.

In einer akut auftretenden Pflegesituation kann so eine bedarfsgerechte Pflege organisiert oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sichergestellt werden (sog. kurzzeitige Arbeitsverhinderung). Auch in dieser Zeit ist der frei gestellte Arbeitnehmer sozialversichert.

VI. Stärkung von Prävention und Rehabilitation in der Pflege

Pflegekassen werden verpflichtet, mit Einverständnis des Versicherten unmittelbar das Verfahren zur Einleitung einer Rehabilitationsmaßnahme in Gang zu setzen.

Es werden **finanzielle Anreize** durch Bonuszahlungen gesetzt, um die Anstrengungen von Einrichtungen der dauerhaften stationären Pflege (§ 43 SGB XI) in den Bereichen der aktivierenden Pflege und der Rehabilitation zu fördern.

So sollen die Einrichtungen in Fällen, in denen es nach verstärkten aktivierenden und rehabilitativen Bemühungen gelingt, Pflegebedürftige in eine niedrigere Pflegestufe einzustufen, einen einmaligen Geldbetrag in Höhe von 1.536 € erhalten. Falls Pflegebedürftige innerhalb von 6 Monaten höher eingestuft werden, ist dieser Betrag ohne Rücksicht auf die Höherstufungsgründe an die Pflegekasse zurück zu zahlen.

Flankierend wird geregelt, dass die Krankenkasse der Pflegekasse einen Ausgleichsbeitrag in Höhe von 3.072 € zu zahlen hat, wenn die Rehabilitationsmaßnahme nicht rechtzeitig erbracht wird.

Bereits im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes wurde ein **Rechtsanspruch auf Leistungen der medizinischen Rehabilitation** eingeführt.

VII. Mehr Qualität und Transparenz in den Einrichtungen

Mit der Reform wird gute Pflege leichter zu erkennen sein.

Dafür werden bundesweite Qualitätsstandards (Expertenstandards) erarbeitet. 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, haben die Entwicklung und Aktualisierung dieser Expertenstandards sicherzustellen (**Sicherstellungsauftrag**). Expertenstandards sind ein wichtiges Instrument der Qualitätssicherung in der Pflege: Sie konkretisieren den allgemein anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse zu einem bestimmten Thema, z. B. zur Vermeidung des Wundliegens (Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege).

Für **Qualitätsprüfungen** im ambulanten und stationären Bereich werden strenge Vorgaben gemacht:

Ab 2011 werden Einrichtungen einmal im Jahr geprüft (Regelprüfung). Bis Ende 2010 wird jede zugelassene Pflegeeinrichtung mindestens einmal geprüft. Alle Prüfungen erfolgen grundsätzlich unangemeldet. Der Schwerpunkt der Prüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) liegt künftig auf dem Pflegezustand und der Wirksamkeit der Pflege- und Betreuungsmaßnahmen (**Ergebnisqualität**). Einbezogen werden auch die neu eingeführten zusätzlichen Betreuungsmaßnahmen für demenziell erkrankte Menschen in Pflegeheimen.

Die Aufgabe des MDK, die Pflegeeinrichtungen in Frage der Qualitätssicherung zu beraten, wird gestärkt. Die Prüfer geben künftig Empfehlungen, was gegen Mängel getan werden kann. Damit bei Qualitätsprüfungen immer die neuesten pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse einfließen, wird sichergestellt, dass die einschlägigen Richtlinien des Spitzenverbandes Bund regelmäßig an den medizinisch-pflegfachlichen Fortschritt angepasst werden.

Prüfergebnisse aus Zertifizierungen können, was die Prozess- und Strukturqualität anbelangt, als Ersatz für die Prüfung des MDK anerkannt werden. Voraussetzung ist, dass dieses Verfahren zur Messung und Bewertung der Pflegequalität von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannt ist. Eine Prüfung der Ergebnisqualität durch den MDK findet immer statt.

Wiederholungsprüfungen, die bei schlechten Regelprüfungsergebnissen notwendig oder von Einrichtungen selbst gewünscht werden, sind zukünftig kostenpflichtig für den Leistungserbringer.

Es wird **mehr Transparenz** geschaffen. Die Ergebnisse der Prüfberichte sind **verständlich und verbraucherfreundlich** zu veröffentlichen (im Internet, im Pflegestützpunkt, in der Einrichtung). In Heimen müssen Zusammenfassungen der Prüfergebnisse an einer gut sichtbaren Stelle ausgehängt werden. 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, wird ein für alle verständliches Bewertungssystem eingeführt. Dafür ist bis spätestens bis zum 31. Dezember 2008 eine Bewertungssystematik zu entwickeln. Dies kann ein **Ampelschema** (rot-gelb-grün) oder ein **Sternesystem** sein. An diesem Symbol können Außenstehende dann ähnlich wie an den Hotel-Sternen erkennen, ob eine Pflegeeinrichtung gute Pflegequalität bietet oder nicht. Damit wird die Transparenz der Qualität der Leistungen vor Ort sichergestellt. Zukünftig müssen in jedem Pflegeheim auch das Datum der letzten MDK-Prüfung und die Einordnung des Prüfergebnisses nach der Bewertungssystematik sichtbar dargestellt werden.

VIII. Unterstützung des generationsübergreifenden bürgerschaftlichen Engagements

Selbsthilfe und Ehrenamt werden in die Förderung von niedrighschwelligen Angeboten einbezogen. Niedrighschwellige Angebote sind z. B. Betreuungsgruppen, eine Tagesbetreuung oder Helferinnenkreise zur stundenweisen Entlastung von pflegenden Angehörigen. Kosten der Einrichtungen für die Qualifizierung und den Einsatz ehrenamtlich tätiger Personen können in den Vergütungsverträgen geltend gemacht werden.

Die Förderung ehrenamtlicher Strukturen sowie der Selbsthilfe ist auch neben einer Förderung nach § 20c SGB V zu Lasten der Krankenkassen möglich.

IX. Ortsübliche Entgelte der Pflegekräfte und andere Vergütungsfragen

Pflegeheime müssen ihre Pflegekräfte **nach den ortsüblichen Vergütungen** entlohnen. Dies ist zukünftig Voraussetzung für die Zulassung eines Pflegeheims durch Versorgungsvertrag und für die Aufrechterhaltung der Zulassung.

Bei der Verhandlung über die Pflegesätze einer Einrichtung können die Sätze anderer Pflegeeinrichtungen angemessen berücksichtigt werden. Voraussetzung ist, sie sind nach Art und Größe vergleichbar. Dieser so genannte externe Vergleich erfolgt nur, wenn sich die Verhandlungspartner darauf einigen.

Die Pflegeheime können mit den Kostenträgern im Rahmen der Vergütungsvereinbarungen **individuelle Personalschlüssel** vereinbaren. Künftig wird in den Vergütungsverhandlungen für die stationäre Versorgung nicht nur die Höhe des Pflegesatzes, sondern zugleich auch die im Einzelnen zu erbringende Leistung samt ihrer Qualität vereinbart.

Den Trägern wird es ferner ermöglicht, **unter einem vertraglichen „Dach“** im Rahmen eines so genannten Gesamtversorgungsvertrages mehrere Einrichtungen an einem Ort (z. B. einen Pflegedienst mit einer Tagespflegeeinrichtung und einer vollstationären Pflegeeinrichtung) zu betreiben.

In der vollstationären Pflege wird sichergestellt, dass der Versorgungsaufwand für Pflegebedürftige, die als Härtefall anerkannt sind, besser als bisher in den Vergütungen Berücksichtigung finden kann.

X. Weniger Bürokratie – mehr Wirtschaftlichkeit

Wirksamkeits- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen dürfen nur noch durchgeführt werden, wenn ein tatsächlicher Anhaltspunkt für Wirksamkeits- und Wirtschaftlichkeitsdefizite besteht.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Vereinigungen der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sollen gemeinsam **einheitliche Grundsätze ordnungsgemäßer Pflegebuchführung** vereinbaren, die übermäßigen Aufwand vermeiden und dadurch die Abschaffung der Pflegebuchführungsverordnung ermöglichen.

Auf Bundesebene sollen unter Einbeziehung der Pflegefachkräfte Anforderungen an Dokumentationen vereinbart werden, die übermäßigen Aufwand vermeiden, ohne den Zweck der Dokumentation, insbesondere der Qualitätssicherung, zu vernachlässigen.

Der **Bundespflegeausschuss** wird abgeschafft und der Turnus zur Vorlage des Berichts über die Entwicklung der Pflegeversicherung von drei auf vier Jahre verlängert.

Durch die Vereinfachung oder **Abschaffung von Informationspflichten** ergibt sich **eine Nettoentlastung von rund 80 Millionen € jährlich**.

XI. Stärkung der Eigenvorsorge und Anpassung der privaten Pflegepflichtversicherung an die Regeln des GKV-WSG

Zur Stärkung der Eigenvorsorge wird den Pflegekassen die Möglichkeit eingeräumt, private Pflege-Zusatzversicherungen zu vermitteln.

Die Portabilität der Alterungsrückstellungen wird auch für die private Pflegepflichtversicherung (PPV) eingeführt (ab 1. Januar 2009 für Neu- und Bestandsfälle).

Auch in der privaten Pflegeversicherung werden soziale Regelungen zur Tragung der Beiträge bei niedrigen Einkommen analog zum Basistarif in der privaten Krankenversicherung (PKV) geschaffen.

XII. Finanzierung

Der Beitragssatz wird **um 0,25** v.H. ab 1. Juli 2008 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. Mit diesem Beitragssatz wird die bestehende leichte Unterdeckung der laufenden Ausgaben in der Pflegeversicherung abgedeckt und die Verbesserungen der Leistungen bis etwa 2015 finanziert.