

Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung:

Fragen und Antworten zu Schwerpunkten des Referentenentwurfes

I. Stärkung der ambulanten Versorgung

Pflegebedürftige Menschen möchten so lange wie möglich in ihrer vertrauten Umgebung bleiben. Daher ist die ambulante Versorgung zu stärken:

➤ ***Pflegestützpunkte***

Eine wesentliche Anforderung an die künftigen Strukturen in der pflegerischen Versorgung und Betreuung besteht darin, auf der wohnortnahen Ebene vorhandene Versorgungsangebote zu vernetzen, so dass eine abgestimmte Versorgung und Betreuung im jeweiligen Wohnquartier ermöglicht wird. Mit dem Ziel, wohnortnah die Angebote für Pflegebedürftige besser aufeinander abzustimmen und zu verzahnen, werden daher quartiersbezogene bzw. wohnortnahe Pflegestützpunkte unter Berücksichtigung und Einbindung vorhandener Strukturen gebildet. Es soll in der Regel ein Pflegestützpunkt für 20.000 Einwohner geschaffen werden. Im Rahmen der zur Verfügung stehenden Mittel wird für drei Jahre eine Anschubfinanzierung der Pflegestützpunkte aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung gewährt, wenn sich auch die nach Landesrecht bestimmten Stellen (Kommunen) neben den Pflege- und Krankenkassen als weitere Träger des Pflegestützpunktes beteiligen.

Die Höhe der Anschubfinanzierung je Pflegestützpunkt beträgt dem Bedarf entsprechend bis zu 45.000 Euro. Die Förderung wird bis zu 5.000 Euro erhöht, wenn der Pflegestützpunkt Mitglieder von Selbsthilfegruppen sowie ehrenamtliche und sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereite Personen und Organisationen einbezieht. Um den Aufbau der Pflegestützpunkte zu beschleunigen, wird die dreijährige Förderung auf insgesamt 80 Millionen Euro begrenzt und die Förderanträge werden vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen für jedes Land ausschließlich nach ihrem zeitlichen Eingang bearbeitet. Die Verteilung der Gesamtmittel auf die Länder erfolgt nach dem Königsteiner Schlüssel.

➤ ***Pflegebegleitung***

Die Pflegekassen und die private Pflege-Pflichtversicherung werden verpflichtet, für pflegebedürftige Versicherte und für Personen, die einen Antrag auf Leistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch gestellt haben, Pflegebegleiter und Pflegebegleiterinnen vorzuhalten. Die Pflegebegleitung zielt auf die Verbesserung der Versorgung im konkreten Einzelfall ab und dient der umfassenden und zielgerichteten Unterstützung des Einzelnen im Sinne des Fallmanagements. Zu den wesentlichen Aufgaben zählen insbesondere die Ermittlung und Feststellung vor allem des gesundheitlichen, pflegerischen und sozialen Hilfebedarfs sowie die Zusammenstellung von individuellen Hilfs- und Unterstützungsangeboten (Versorgungsplan) einschließlich der Unterstützung bei der Umsetzung und Inanspruchnahme der erforderlichen Leistungen.

Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter werden zu enger und einvernehmlicher Zusammenarbeit mit allen an der Pflege Beteiligten verpflichtet. Als Richtschnur sollte gelten, dass

eine Pflegebegleiterin oder ein Pflegebegleiter jeweils bis zu 100 pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen unterstützt.

➤ ***Verbesserte Rahmenbedingungen insbesondere für neue Wohnformen / „Pools“ von Leistungsansprüchen***

Wohn- und Betreuungsangebote für Pflegebedürftige gewinnen zunehmend an Bedeutung, da die überwiegende Mehrheit pflegebedürftiger Menschen so lange wie möglich zu Hause oder zumindest ambulant und nicht in einem Pflegeheim versorgt werden möchte. Parallel dazu nimmt die Tragfähigkeit familiärer Netze immer mehr ab. Es wird künftig das „Poolen“ von Leistungsansprüchen ermöglicht, indem Ansprüche auf Pflege- und Betreuungsleistungen sowie auf hauswirtschaftliche Versorgung gemeinsam mit weiteren Leistungsberechtigten in Anspruch genommen werden können.

Die hierdurch entstehenden Zeitgewinne sind ausschließlich zugunsten der Pflegebedürftigen zu nutzen. Die Möglichkeit, Leistungen gemeinsam abzurufen, soll dabei nicht auf betreute Wohnformen beschränkt sein, sondern die gemeinschaftliche Inanspruchnahme von Leistungen soll auch im Wohnquartier voran gebracht werden. Die neuen Möglichkeiten werden insbesondere gerade diese neuen Wohnformen fördern. Ferner werden in den Fällen der gemeinsamen Inanspruchnahme abweichend vom bislang geltenden Recht Betreuungsleistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung bei häuslicher Pflege gleichgestellt. Voraussetzung ist allerdings, dass die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung sichergestellt sind.

➤ ***Einzelpflegekräfte***

Pflegekassen sollen leichter Verträge mit Einzelpflegekräften unterschiedlicher Qualifikation schließen können. Damit kann ambulante Pflege künftig individueller und bedarfsgerechter und somit persönlicher erbracht werden.

Während bisher Verträge mit Einzelpersonen nur zulässig sind, wenn die Versorgung durch Pflegedienste nicht sichergestellt werden kann, sollen diese Verträge künftig auch dann geschlossen werden können, wenn dadurch den Wünschen der Pflegebedürftigen zur Gestaltung der Hilfe und damit ihrem Selbstbestimmungsrecht besser als bisher Rechnung getragen werden kann oder wenn diese Art der Versorgung besonders wirksam und wirtschaftlich, also besonders effizient, ist. Die Pflegekassen haben für die notwendige Qualität der Leistungen zu sorgen. Die Pflegekassen sollen Verträge mit Einzelkräften in der Regel nur insoweit schließen, als dies zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung und Betreuung unter Berücksichtigung des in der Region vorhandenen ambulanten Leistungsangebots und der Wünsche der Pflegebedürftigen erforderlich ist.

➤ ***Ausgestaltung der finanziellen Leistungen im ambulanten Bereich***

Die Leistungsverbesserungen haben ihren Schwerpunkt im ambulanten Bereich, ohne den stationären Bereich zu vernachlässigen. Leistungsbeschränkungen zulasten der stationären Versorgung erfolgen nicht. Zur Stärkung des ambulanten Bereiches ist Folgendes vorgesehen:

➤ **Ambulante Sachleistung**

Die ambulanten Sachleistungsbeträge werden bis 2012 stufenweise wie folgt 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 Euro monatlich bleibt unberührt.

Pflegegeld

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

Tages- und Nachtpflege

Der Anspruch auf Tages- und Nachtpflege wird ausgebaut. Neben dem Anspruch auf Tages- und Nachtpflege besteht noch ein hälftiger Anspruch auf die jeweilige ambulante Pflegesachleistung oder das Pflegegeld für die weiterhin zu Hause notwendige Pflege. Ebenso besteht umgekehrt neben dem vollen Anspruch auf Geld- oder Sachleistung ein hälftiger Anspruch auf Tages- und Nachtpflege. Außerdem werden die Leistungen für die Tages- und Nachtpflege ebenso schrittweise angehoben wie die ambulanten Pflegesachleistungen.

➤ **Zusätzlicher Leistungsbetrag für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz**

Siehe hierzu Punkt II

➤ **Erhöhung der Fördermittel zum weiteren Ausbau niedrigschwelliger Betreuungsangebote sowie für ehrenamtliche Strukturen und die Selbsthilfe im Pflegebereich**

Siehe hierzu Punkt II

➤ **Pflegezeit**

Siehe hierzu Punkt III

Leistungsdynamisierung

Die Leistungen der Pflegeversicherung sind seit 1995 unverändert und unterliegen daher einem schleichenden Wertverfall. Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen daher künftig in einem dreijährigen Rhythmus dynamisiert werden. Da die bisherigen Leistungsbeträge ab 2008 bis 2012 stufenweise angehoben werden, beginnt die entsprechende Dynamisierung erstmals 2015, drei Jahre nach Abschluss der Anhebung der Sachleistungsbeträge.

Ob und inwieweit eine Dynamisierung entsprechend der Preissteigerungsrate geboten ist, wird danach alle drei Jahre geprüft. Die Höhe der Anpassung wird von der Bundesregierung gegebenenfalls durch Rechtsverordnung in Anlehnung an die Inflationsentwicklung in den letzten drei Jahren festgelegt. Dabei soll der Anstieg nicht höher sein als die Bruttolohnentwicklung im selben Zeitraum. Bei der Prüfung der Notwendigkeit und der Höhe einer Dynamisierung können auch die gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen berücksichtigt werden.

II. Verbesserung der Versorgung demenziell erkrankter Menschen

➤ *Zusätzlicher Leistungsbetrag für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz*

Mit dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz, das zum 1. Januar 2002 in Kraft getreten ist, wurden bereits Verbesserungen für die häusliche Versorgung von pflegebedürftigen Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz im Elften Buch Sozialgesetzbuch eingeführt. Dies war ein erster Schritt. Es werden nun weitere Maßnahmen ergriffen, um den betroffenen Menschen zu helfen. Zugleich soll der Kreis der Leistungsberechtigten erweitert werden.

Der zusätzliche Leistungsbetrag für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz wird auf bis zu 2.400 Euro jährlich angehoben. Auch Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, die noch nicht die zeitlichen Voraussetzungen für die Pflegestufe I erfüllen und allgemeinen Betreuungsbedarf haben, können diesen Betrag erhalten.

➤ *Erhöhung der Fördermittel zum weiteren Ausbau niedrigschwelliger Betreuungsangebote sowie für ehrenamtliche Strukturen und die Selbsthilfe im Pflegebereich*

Die Förderung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten und Modellvorhaben wird um 5 Millionen Euro im Jahr auf 15 Millionen Euro angehoben, so dass mit der Kofinanzierung der Länder und Kommunen 30 Millionen Euro pro Jahr zur Verfügung stehen werden.

Um den Einsatz der Gruppen ehrenamtlicher und sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen sowie Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen als wichtige ergänzende Elemente der Versorgung und Betreuung von Pflegebedürftigen, von Menschen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen zu unterstützen und zu ermöglichen, werden diese in den Kreis der förderfähigen Versorgungsstrukturen einbezogen und können auch aus den aufgestockten Finanzmitteln gefördert werden.

III. Einführung einer Pflegezeit für Beschäftigte

➤ **Arbeitsrechtlicher Freistellungsanspruch**

Bei Pflege durch Angehörige wird für die Dauer von 6 Monaten ein Anspruch auf unbezahlte Freistellung von der Arbeit eingeführt (sog. Pflegezeit). Dieser steht jedem Beschäftigten je Pflegebedürftigen einmalig zu. Der Beschäftigte kann zwischen vollständiger und teilweiser Freistellung wählen. Der Anspruch auf Pflegezeit ist mit dem Recht verbunden, nach Inanspruchnahme der Pflegezeit zu denselben Arbeitsbedingungen zurückzukehren wie vor der Pflegezeit (allerdings kein Rückkehranspruch auf denselben Arbeitsplatz). Betriebe mit bis zu zehn Mitarbeitern sind ausgenommen.

Neben dem Anspruch auf Pflegezeit wird Beschäftigten ein Anspruch auf kurzzeitige Freistellung für bis zu 10 Arbeitstage eingeräumt (sog. kurzzeitige Arbeitsverhinderung).

➤ **Soziale Sicherung**

Für die kurzzeitige Freistellung wird ein gegenüber Tarif- und Vertragsrecht nachrangiger Lohnersatzanspruch (70 % des Bruttolohns für 10 Arbeitstage) geschaffen, der für jeden Beschäftigten einmal je Pflegebedürftigen gewährt wird. Hierfür entstehen Kosten von voraussichtlich unter 100 Mio. € im Jahr.

Im Falle der sechsmonatigen Pflegezeit gilt Folgendes:

- Die Pflegeversicherung gewährt einen Beitragszuschuss in Höhe des Mindestbeitrags zur Kranken- und Pflegeversicherung, wenn keine anderweitige Absicherung (insbesondere Familienversicherung) besteht.
- Die Absicherung der Pflegepersonen in der gesetzlichen Rentenversicherung ist unter den Voraussetzungen des bereits geltenden Rechts gewährleistet. Es werden Beiträge durch die Pflegeversicherung an die Rentenversicherung der Pflegeperson entrichtet, wenn diese mindestens 14 Stunden wöchentlich pflegt.
- Zur Aufrechterhaltung der Arbeitslosenversicherung während der Pflegezeit entrichtet die Pflegeversicherung Beiträge an die Arbeitslosenversicherung.

IV. Qualitätssicherung und -entwicklung

➤ **Kontrolle: Wie wird Pflegequalität in Zukunft geprüft?**

- Der Gesetzentwurf sieht vor, dass der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) in Pflegeheimen und bei ambulanten Pflegediensten mindestens alle drei Jahre (bisher keine gesetzliche Regelung; Praxis: alle fünf Jahre) eine Qualitätsprüfung durchführt (Regelprüfung). Der Prüfauftrag ist umfassend (Struktur-, Prozess- und Ergebnis-Qualität), Prüfungen sind – wie bisher – unangemeldet oder angemeldet möglich und beinhalten nunmehr auch gesetzlich vorgegeben die unverzichtbare Inaugenscheinnahme der pflegebedürftigen Person, um ihren gesundheitlichen und pflegerischen Zustand zu beurteilen. Dies müssen die Pflegekassen gemeinsam mit dem Medizinischen Dienst in den Qualitätsprüfungs-Richtlinien im Einzelnen konkretisieren.
- Die Pflegedienste und Pflegeheime können sich zertifizieren lassen. Der MDK hat neben heimaufsichtsrechtlichen Prüfungen der Länder die Ergebnisse von diesen Zertifizierungs- und Prüfverfahren der Träger von Pflegeeinrichtungen zu berücksichtigen, wenn diese nicht länger als drei Jahre zurückliegen. Die Landesverbände der Pflegekassen müssen zuvor anerkennen (dabei werden sie durch den MDK beraten), dass diese Zertifizierungs- und Prüfverfahren nach den von den Vertragsparteien der sog. Pflegeselbstverwaltung (auf Bundesebene: Leistungserbringer, Sozialhilfeträger, Pflegekassen – unter Beteiligung des MDS) vorgegebenen Qualitätskriterien durchgeführt werden. Wesentlich ist, dass die anzuerkennenden Zertifizierungs- und Prüfverfahren den jeweils geltenden Qualitäts-Prüfungsrichtlinien für den MDK entsprechen. Bei Vorliegen entsprechend qualitätsgestützter Prüfergebnisse haben die Landesverbände der Pflegekassen den Prüfturnus der MDK-Prüfungen zu verlängern oder ihren Prüfumfang zu verringern.
- Der MDK führt jährlich in mindestens 10 Prozent der Pflegeeinrichtungen mit selbst veranlassten Prüfverfahren (Zertifizierungen) unangemeldete Stichprobenprüfungen durch. Wenn konkrete Anhaltspunkte für Qualitätsdefizite in einer Einrichtung vorliegen (z.B. Beschwerden bei der Pflegekasse), können anlassbezogene Prüfungen durchgeführt werden (bisher schon möglich, jetzt gesetzliche Grundlage).

➤ **Transparenz: Wie erhalten Pflegebedürftige Informationen über Qualität?**

Die Ergebnisse der Prüfberichte des MDK oder die Ergebnisse von Zertifizierungsverfahren müssen künftig veröffentlicht werden. Sie sind sowohl im Internet als auch in anderer geeigneter Form kostenfrei zu veröffentlichen. Die Vertragsparteien der sog. Pflegeselbstverwaltung (auf Bundesebene: Leistungserbringer, Sozialhilfeträger, Pflegekassen – unter Beteiligung des MDS) haben gemeinsam zu regeln, in welcher Form die Darstellung erfolgen soll.

Die Ergebnisse sind in verständlicher, umfassender, nachprüfbarer, übersichtlicher und zuverlässiger Form zu veröffentlichen. Sie sollen die Verbraucher über Art und Datum der Prüfung informieren und sie in die Lage versetzen, vorhandene Angebote zu vergleichen und selbstbestimmt eine Entscheidung zu treffen. Damit dienen die Informationen auch den Pfl-

gestützpunkten als wichtige Arbeits- und Informationsgrundlage. Der Zugang zu den Informationen muss barrierefrei gestaltet werden. Um den Datenschutz zu gewährleisten, sind personenbezogene Daten zu anonymisieren.

➤ ***Fachlichkeit: Wie wird die Qualität der Pflege weiterentwickelt?***

Neu ist die Entwicklung und Aktualisierung wissenschaftlich fundierter und praktisch erprobter Expertenstandards in Verantwortung der Vertragsparteien der sog. Pflegeselbstverwaltung (Sicherstellungsauftrag). Die Standards konkretisieren den allgemein anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse und geben den professionell Pflegenden Unterstützung, Sicherheit und praktische Expertise im Pflegealltag.

Durch eine vom BMG zu genehmigende Verfahrensordnung soll die wissenschaftlich-methodische und die fachliche Qualität der Expertenstandards, ihre Entwicklung und Aktualisierung sowie die Transparenz des Verfahrens sowie die praktische Erprobung gewährleistet werden.

V. Entbürokratisierung

Von Einrichtungsträgern und Pflegenden wird immer wieder überhöhter bürokratischer Aufwand bei der Versorgung pflegebedürftiger Menschen beklagt. Das Reformkonzept enthält vor diesem Hintergrund mehrere Maßnahmen zur Entbürokratisierung. Diese umfassen auch die Vereinfachung oder Abschaffung von Informationspflichten. Allein durch die Veränderung von Informationspflichten ergibt sich eine Nettoentlastung der Wirtschaft von rund 80 Millionen Euro jährlich. Insbesondere sind nachfolgende Regelungen hervorzuheben, die zum großen Teil auch auf Anregungen des Runden Tisches Pflege beruhen:

- Die Neustrukturierung der Regelungen zur Qualitätssicherung wird dazu beitragen, die unterschiedlichen Prüfungen nach dem Recht der Pflegeversicherung und nach dem Heimrecht besser aufeinander abzustimmen. Dies ist eines der Hauptanliegen von Einrichtungsträgern, um bürokratischen Aufwand abzubauen. Darüber hinaus sind auch von Einrichtungen oder ihren Trägern selbstveranlasste Zertifizierungen bei der Prüftätigkeit des MDK im Hinblick auf Prüfturnus und Prüftiefe zu berücksichtigen, was zu einer Entlastung der Einrichtungen führt.
- Dokumentationspflichten werden von den Einrichtungen und ihren Mitarbeitern vielfach als bürokratieträchtig wahrgenommen. Daher sollen die Voraussetzungen dafür geschaffen werden, dass sich die Beteiligten auf Bundesebene unter Einbeziehung der Pflegefachkräfte auf Anforderungen an Dokumentationen einigen, die übermäßigen Aufwand vermeiden, ohne den Zweck der Dokumentation und der Qualitätssicherung zu vernachlässigen.
- Die Regelungen der Pflege-Buchführungsverordnung werden von Einrichtungen und ihren Verbänden immer wieder als zu verwaltungsaufwendig und bürokratisch kritisiert. Dementsprechend wird nunmehr die Möglichkeit einer Vereinbarungslösung geschaffen, bei deren Wahrnehmung durch die Beteiligten die Pflege-Buchführungsverordnung entbehrlich wird.

- Mit dem Ziel, Bürokratie abzubauen, erhalten die Pflegesatzparteien die Möglichkeit, zeitlich befristete Modellprojekte zur Entwicklung besonderer pauschalierter Pflegesätze (z.B. einen einheitlichen Pflegesatz für alle Pflegekassen) zu vereinbaren und modellhaft durchzuführen und zu erproben.
- Durch die Abschaffung der Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen einschließlich der Integration der Leistungs- und Qualitätskriterien in die Vergütungsvereinbarungen und die Einschränkung der Möglichkeiten zur Durchführung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen wird der Aufwand bei Kosten- und Einrichtungsträgern verringert.
- Die bessere Vernetzung und Verzahnung der Versorgungsangebote wird nicht nur zu einer wirtschaftlicheren Versorgung führen, sondern insbesondere auch den pflegebedürftigen Menschen helfen, sich an den Schnittstellen zwischen den Versorgungssystemen besser zurecht zu finden und damit die ihnen zustehenden Leistungen zu erhalten.
- Der Bundespflegeausschuss wird abgeschafft und der Turnus zur Vorlage des Berichts über die Entwicklung der Pflegeversicherung von drei auf vier Jahre verlängert.