

Auszug aus dem Arbeitsentwurf zum Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung

1. Die Leistungen der Pflegeversicherung werden mit Beginn des Jahres 2013 auf die besonderen Bedürfnisse der Demenzkranke hin ausgeweitet.

Das ambulante Leistungsangebot, das bisher Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung umfasst, wird um Betreuungsleistungen für Demenzerkrankte erweitert.

Zugleich bekommen Demenzkranke in der ambulanten Versorgung höhere Leistungen als bisher.

Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz in der sogenannten Pflegestufe 0 erhalten Leistungen in Höhe von 50 Prozent der Stufe 1. Das sind 225 Euro pro Monat für Pflegesachleistungen. In den Stufen 1 und 2 werden die Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz um ein Drittel der Leistungen zur nächst höheren Pflegestufe hin erhöht. Statt 450 € sind das künftig 665 € an Pflegesachleistungen in Stufe 1 und 1.250 € statt 1.100 € an Pflegesachleistungen in Stufe 2.

Entscheidet sich der Pflegebedürftige mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz für Pflegegeld, dann sind es 120 € in der Stufe 0, 305 € in Stufe 1 (bisher 235 €), 525 € in Stufe 2 (bisher 440 €).

Von den Leistungsverbesserungen profitieren etwa 500.000 Pflegebedürftige und ihre Angehörigen.

2. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen erhalten mehr Wahlmöglichkeiten. Sie können anstelle der bisherigen standardisierten Komplexleistungen, mit den Pflegediensten ein Zeitkontingent vereinbaren, das sie je nach ihrem individuellen Bedarf für unterschiedliche Leistungen einsetzen können. Dies hilft den Pflegebedürftigen und verbessert auch die Situation

der Pflegekräfte, wenn sie nicht nach Leistungskomplexen unter hohem Zeitdruck Leistungen erbringen müssen.

Pflege ist eine menschliche Zuwendung und keine Akkordarbeit.

3. Es besteht Konsens über die Notwendigkeit eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, der sich anstelle der heutigen stark verrichtungsbezogenen Beurteilung stärker an der Selbstständigkeit orientiert und damit insbesondere Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz zugute kommt.

Im Hinblick darauf, dass eine sofortige Einführung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes nicht möglich ist, weil eine Vielzahl insbesondere auch technischer Fragen noch zu klären sind, wird ein Expertenbeirat unter der Leitung von Herrn Wolfgang Zöller und Herrn Karl-Dieter Voß das BMG in der Frage, wie der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff zügig umgesetzt werden kann, beraten.

4. Um dem Wunsch vieler Pflegebedürftiger nachzukommen, nicht in einem Pflegeheim zu leben, werden alternative Wohnformen durch drei Maßnahmen gefördert:

- Pflegebedürftige in einer selbstorganisierten Wohngruppe erhalten eine Pauschale von 200 € monatlich für die Beschäftigung einer Kraft für die Organisation und Sicherstellung der Pflege.

- Der Einsatz einzelner, selbstständiger Pflegekräfte in den Wohngruppen wird erleichtert.

- Als Anreiz für die Gründung neuer Wohngruppen wird ein Programm aufgelegt, aus dem eine finanzielle Unterstützung in Höhe von 2.500 € je Pflegebedürftigen bei max. 10.000 € je Wohngruppe für die erforderliche, pflegerechte Umgestaltung der Wohnung erfolgt.

5. Die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen werden im Begutachtungsprozess gestärkt:

- Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung wird zur Entwicklung und Einhaltung von Servicegrundsätzen sowie zur Einrichtung eines Beschwerdemanagements verpflichtet.

- Die Pflegekassen können neben dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung auch andere unabhängige Gutachter mit der Prüfung, ob Pflegebedürftigkeit vorliegt, beauftragen.

- Die Pflegekassen haben die Versicherten darüber aufzuklären, dass sie einen Anspruch auf die Übermittlung des Pflegegutachtens haben. Ihr Wunsch wird bei der Begutachtung dokumentiert.
- Die Pflegekasse hat unmittelbar nach Antragseingang einen Beratungstermin innerhalb von 2 Wochen in der häuslichen Umgebung unter Nennung eines Ansprechpartners mit Kontaktdaten anzubieten. Für den Fall, dass dies nicht erfolgt, erhält der Antragssteller einen Beratungsgutschein, der bei einer von der Pflegekasse zu benennenden qualifizierten Beratungsstelle eingelöst werden kann.

6. Um die Rehabilitation zu stärken werden drei Maßnahmen ergriffen:

- Die Antragssteller erhalten im Rahmen der Begutachtung eine gesonderte Rehabilitationsempfehlung, die es ihnen ermöglicht, ihre Ansprüche besser geltend zu machen.
- Der Anspruch pflegender Angehöriger auf Vorsorge - und
- Rehabilitationsmaßnahmen wird gestärkt.
- Es wird ermöglicht, dass bei einer Rehabilitation der pflegenden Angehörigen die gleichzeitige Versorgung des Pflegebedürftigen in unmittelbarer räumlicher Nähe stattfindet.

7. Die Situation für pflegende Angehörige wird zudem dadurch verbessert, dass

- bei Inanspruchnahme von Leistungen der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege das hälftige Pflegegeld weitergezahlt wird,
- bei der gleichzeitigen Pflege von zwei oder mehr Pflegebedürftigen die rentenrechtlich wirksamen Zeiten addiert werden,
- die für Angehörige so wichtige Selbsthilfe mit jährlich 10 Cent pro Versicherten gefördert wird.

8. Die medizinische Versorgung der Pflegebedürftigen in Pflegeheimen wird verbessert, indem

- die Krankenversicherung vor Ort Kooperationsverträge zwischen Pflegeheimen und geeigneten Ärzten zu vermitteln hat,
- die Vertragspartner Ärzte bzw. Zahnärzte und Krankenkassen veranlasst werden, finanzielle Anreize für Ärzte und Zahnärzte zu setzen, Hausbesuche durchzuführen,
- die Pflegeheime öffentlich darüber zu informieren haben, wie sie die medizinische Versorgung der Pflegeheimbewohner sicherstellen.

9. Es ist ein wichtiges Anliegen, dass Pflegekräfte und Angehörige möglichst viel Zeit für die Versorgung der Pflegebedürftigen haben. Vorhandene Regelungen und auch die geplanten Neuregelungen werden daher streng auf ihr Entbürokratisierungspotenzial hin überprüft. Es wird u. a. die Möglichkeit für einen Modellversuch zur besseren Verzahnung der Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung und der Heimaufsicht eröffnet. Weitere von der vom Bundesministerium für Gesundheit berufenen Ombudsfrau zur Entbürokratisierung

in der Pflege, Elisabeth Beikirch [ombudsfrau@bmg.bund.de] zu unterbreitende Vorschläge werden Eingang in die Reform finden.

10. Um die zusätzlichen Leistungen insbesondere für Demenzkranke und Angehörige finanzieren zu können, wird der Beitragssatz in der sozialen Pflegeversicherung zum 1. Januar 2013 um 0,1 Beitragssatzpunkte angehoben und damit der finanzielle Spielraum deutlich erweitert.

Im Hinblick auf den Teilleistungscharakter der Pflegeversicherung ist eine zusätzliche private Eigenvorsorge sehr wichtig. Sie wird deshalb aus Steuermitteln gefördert. Hierzu bedarf es einer gesetzlichen Regelung.

Quelle: Mitgliederinformation des bpa vom 19.01.2012