



Überblick über die Regelungen des Entwurfs eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung im Einzelnen

Ziel ist und bleibt es, die Pflegeversicherung und die Rahmenbedingungen für die pflegerische Versorgung so weiterzuentwickeln, dass auch in Zukunft das Recht auf eine würdevolle Pflege und Betreuung eingelöst werden kann. Die Pflegeversicherung soll auch in Zukunft den pflegebedürftigen Menschen helfen, selbständig und selbstbestimmt zu leben und ihnen ermöglichen, am gesellschaftlichen Leben - so weit es eben geht - teilzuhaben.

Dabei ist zu beachten, dass in Deutschland die Zahl älterer Menschen weiter steigt. Neben einer dauerhaft tragfähigen und nachhaltigen Finanzierung der Pflegeversicherung macht dies eine ausreichende Zahl an adäquat qualifizierten Pflege- und Betreuungskräften erforderlich.

Der nun im Kabinett beschlossene Gesetzentwurf setzt den Koalitionsvertrag und die Eckpunkte um, die den Rahmen für die anstehende Reform vorgegeben haben. Es geht darum:

- Pflegebedürftigen zu helfen, ein Leben in Würde führen zu können,
- den besonderen Bedürfnissen an Demenz erkrankter Menschen besser zu entsprechen, pflegende Angehörige und die Familien besser zu unterstützen und
- eine Ergänzung der heutigen Umlagefinanzierung im Hinblick auf die demographische Entwicklung durch eine private, zugriffssichere Pflegevorsorge aus Steuermitteln zu fördern.

1. Leistungsverbesserung für demenziell erkrankte Menschen

1.1. Erstreckung des Sachleistungsanspruchs auf demenziell erkrankte Menschen

Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen und psychischen Erkrankungen haben einen besonderen Hilfe- und Betreuungsbedarf, der vor allem über den Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege, also der Körperpflege, der Ernährung und der Mobilität, hinausgeht. Bei diesem Personenkreis spielen die körperlichen Defizite häufig nicht die zentrale Rolle. Ihr dennoch bestehender Hilfe- und Betreuungsbedarf kann nach den bisherigen Regelungen oftmals nicht ausreichend bei der Begutachtung erfasst werden. Aus diesem Grund soll der Begriff der Pflegebedürftigkeit neu definiert werden. Das Bundesministerium für Gesundheit lässt derzeit die weiteren Schritte für die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs von einem Expertenbeirat fachlich fundiert vorbereiten. Der Expertenbeirat soll so schnell wie möglich noch ausstehende Fragen klären und entsprechende Empfehlungen unterbreiten. Die erste Sitzung dieses Expertenbeirates fand am 1. März 2012 statt.

Im Hinblick auf den unmittelbar bestehenden Hilfebedarf demenzkranker Menschen werden diese ab dem 1. Januar 2013 solange mehr und bessere Leistungen erhalten, bis ein Gesetz in Kraft tritt, das eine Leistungsgewährung aufgrund eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines entsprechenden Begutachtungsverfahrens vorsieht. Künftig erhalten Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz in der so genannten Pflegestufe 0 Leistungen in Höhe von 50 Prozent der Pflegestufe I. Das sind 225 Euro pro Monat für Pflegesachleistungen. Sie erhalten auch Ansprüche auf Verhinderungspflege, Pflegehilfsmittel und Zuschüsse für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen. Diese Ansprüche treten neben die schon bestehenden Ansprüche auf Pflegeberatung, auf zusätzliche Betreuungsleistungen (insbesondere niedrigschwellige Betreuungsangebote) in Höhe von 100 oder 200 Euro monatlich und auf Schulung der pflegenden Angehörigen.

In den Pflegestufen I und II werden die Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz um ein Drittel der Leistungen zur nächst höheren Pflegestufe hin erhöht. Statt 450 Euro sind das künftig 665 Euro an Pflegesachleistungen

in Pflegestufe I und 1.250 Euro statt 1.100 Euro an Pflegesachleistungen in Pflegestufe II.

Entscheidet sich der Pflegebedürftige mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz für Pflegegeld, dann sind es 120 € in der so genannten Pflegestufe 0 305 Euro in Pflegestufe I (bisher 235 Euro) und 525 Euro in Pflegestufe II (bisher 440 €).

Die Leistungen für Pflegebedürftige der Pflegestufe III werden im Rahmen dieser Übergangsregelung nicht erhöht, da die höchste Pflegestufe bereits eingeräumt wurde und somit keine Benachteiligung bei der Einstufung vorliegt, die durch höhere Leistungen übergangsweise auszugleichen wären.

Etwa 500 000 ambulant versorgte Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und einem Pflegebedarf unterhalb der Pflegestufe III und ihre Angehörigen werden von den Leistungsverbesserungen profitieren.

12. Ausweitung des Sachleistungsanspruches auf häusliche Betreuungsleistungen

Der Pflegesachleistungsanspruch soll inhaltlich geöffnet werden. Neben Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung können damit auch häusliche Betreuungsleistungen abgerufen werden. Pflegebedürftige entscheiden, in welchem Umfang Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung oder häusliche Betreuung in Anspruch genommen und welche Hilfen konkret abgerufen werden. Die häuslichen Betreuungsleistungen werden auf verlässliche Vertrags- und Vergütungsgrundlagen gestellt. Für die Dienstleistungserbringer wird ein neues Betätigungsfeld geschaffen.

In einem Modellvorhaben wird überprüft werden, ob neben den heutigen ambulanten Pflegediensten auch Betreuungsdienste zugelassen werden können, die sich über ihr Leistungsangebot mit häuslicher Betreuung und hauswirtschaftlicher Versorgung im Schwerpunkt auf an Demenz erkrankte Menschen spezialisieren. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird mit der Durchführung des Modellvorhabens beauftragt und legt die Einzelheiten dazu im Rahmen der Ausschreibung fest. In den Jahren 2013 und 2014 stehen hierfür bis zu 5 Millionen Euro aus Mitteln des Ausgleichfonds der

Pflegeversicherung zur Verfügung. Die Zulassung der teilnehmenden Betreuungsdienste zur Versorgung bleibt bis zwei Jahre nach dem Ende des Modellprogramms gültig. Dies soll einen reibungslosen Übergang in die gegebenenfalls im Lichte der Ergebnisse gesetzlich zu regelnde Zulassung von Betreuungsdiensten zur Regelversorgung gewährleisten.

1.3. Ausweitung der Regelung des § 87b SGB XI auf Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege

Der von der Pflegeversicherung finanzierte mögliche Einsatz von zusätzlichen Betreuungskräften hat in vollstationären Einrichtungen wesentlich dazu beigetragen, betroffene Heimbewohnerinnen und 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.

Die Regelung wird nunmehr auf teilstationäre Einrichtungen ausgedehnt und schließt damit zugleich die bestehende Lücke zwischen ambulantem und vollstationärem Bereich. Die entsprechend eingesetzten Kräfte sollen die zusätzlichen Betreuungsleistungen nur unter Anleitung von qualifizierten Pflegekräften, im Team und in enger Kooperation mit weiteren Fachkräften erbringen; sie werden insoweit die Pflegekräfte vor Ort unterstützen. Die Umsetzung erfolgt wie im vollstationären Bereich durch die Vereinbarungspartner vor Ort.

Für vollstationäre Pflegeeinrichtungen bleibt es unverändert bei der Voraussetzung, dass das zusätzliche Personal ausdrücklich sozialversicherungspflichtig beschäftigt sein muss. Die Möglichkeit, auch geringfügig Beschäftigte nach § 8 Absatz 1 SGB IV als zusätzliche Betreuungskräfte im teilstationären Bereich einzusetzen, kann eine sinnvolle Ergänzung sein, um die Versorgung von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz auch in kleinen teilstationären Einrichtungen mit der nötigen Flexibilität sicherzustellen. Dies soll jedoch nicht zu einer Verdrängung sozialversicherungspflichtiger Beschäftigungsverhältnisse führen.

2. Flexibilisierung der Leistungsanspruchnahme

> Neben Leistungskomplexen wird die Vereinbarung von Zeitkontingenten ermöglicht:

Ziel des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes ist es auch, für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen für die Leistungsanspruchnahme flexiblere Möglichkeiten zu schaffen. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sollen sich künftig flexibler als bisher gemeinsam mit den Pflegediensten auf die Leistungen verständigen können, die sie wirklich benötigen. Sie erhalten deshalb Wahlmöglichkeiten bei der Gestaltung und Zusammenstellung des von Ihnen gewünschten Leistungsangebots. Sie können sich neben den heutigen verrichtungsbezogenen Leistungskomplexen auch für bestimmte Zeitvolumen für die Pflege entscheiden. Sie können dann zusammen mit den Pflegediensten frei entscheiden, welche Leistungen in diesem Zeitkontingent erbracht werden. Die Verbesserung der wunschgerechten Leistungserbringung für Pflegebedürftige wird sich auch auf den Pflegedienst und die zeitliche Ausgestaltung der Leistungserbringung auswirken. Dies hilft den Pflegebedürftigen und wird auch die Situation der Pflegekräfte verbessern, wenn sie nicht unter hohem Zeitdruck ihre Hilfsleistungen erbringen müssen.

Die Stärkung der Flexibilisierung durch Angebot und Vereinbarung von Zeitkontingenten neben den heutigen, verrichtungsbezogenen Leistungskomplexen in der ambulanten Pflege findet als ersten Schritt ihre Umsetzung in § 89 SGB XI mit der Vergütungsvereinbarung zwischen dem Träger des Pflegedienstes einerseits und den Pflegekassen, den sonstigen Sozialversicherungsträgern und dem Träger der Sozialhilfe auf der anderen Seite. Damit wird die notwendige Grundlage geschaffen, in den einzelnen Pflegeverträgen zwischen dem Pflegedienst und den Pflegebedürftigen die Auswahl zwischen den Vergütungsformen zu ermöglichen. Beide Vergütungsformen sollen nebeneinander vereinbart werden.

In § 120 Absatz 3 SGB XI erfährt die angestrebte Stärkung der individuellen Wahlmöglichkeiten für Pflegebedürftige ihre Umsetzung auf der Ebene des jeweiligen Pflegevertrages. Aus der verpflichtenden Gegenüberstellung der Pauschalen mit der Zeitvergütung im Rahmen des Kostenvoranschlages wird der

Unterschied für den Pflegebedürftigen und den

Pflegedienst transparent. Die beabsichtigte Regelung geht von einer bewussten Auswahlentscheidung und Privatautonomie der Betroffenen vor Ort aus. Sie entspricht gegenwärtiger Praxis, z. B. bei der Auswahl von Leistungskomplexen. Die ausgewogene Gestaltung obliegt den Vertragsparteien vor Ort.

- > Anknüpfend an die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs wird im § 87 SGB XI ausdrücklich klargestellt, dass Pflegebedürftigen nur dann Verpflegungskosten berechnet werden dürfen, soweit sie an den jeweiligen Tagen Verpflegung in Anspruch genommen haben. Nehmen Pflegebedürftige, beispielsweise aus gesundheitlichen oder behinderungsbedingten Gründen, die von der Einrichtung zur Verfügung gestellte Verpflegung nicht in Anspruch, sind sie für diese Tage nicht mit Kosten zu belasten.

3. Stärkung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“

Der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ wird trotz der Maßnahmen, die das am 1. Juli 2008 in Kraft getretene Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vorsieht, nicht ausreichend beachtet. Rehabilitationsmaßnahmen können gerade auch für Pflegebedürftige von großer Bedeutung sein. Um den Anspruch besser wahrnehmen zu können, sollen die Rechte der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen auf eine gezielte Beratung und Information durch die Pflegekassen und auf eine nachvollziehbare und transparente Prüfung eines möglichen Anspruchs auf Leistungen zur Rehabilitation gestärkt werden.

Die Pflegekassen werden verpflichtet, Antragstellenden neben dem Leistungsbescheid eine im Rahmen der Begutachtung zu erstellende gesonderte Rehabilitationsempfehlung zu übermitteln. Diese erhalten damit konkrete und für sie nachvollziehbare Aussagen über für sie notwendige und empfehlenswerte Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation, aber auch über die Gründe, die gegebenenfalls einer Rehabilitationsempfehlung entgegenstehen. Damit wird Transparenz geschaffen. Es werden Pflegebedürftige beziehungsweise es werden ihre Angehörigen in die Lage versetzt, bestehende Ansprüche besser geltend zu machen.

Außerdem werden Berichtspflichten für die Pflegekassen und den Spitzenverband Bund der Pflegekassen festgelegt, um auf der Grundlage gesicherter Daten die Durchsetzung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“ gezielt fördern zu können.

Mit der Pflicht zur Weiterleitung der Rehabilitationsempfehlung und den Berichtspflichten korrespondiert die Stärkung der Pflegeberatung durch die Pflegekassen. Vor dem Hintergrund der umfassenden, konkreten und begründeten Information des Versicherten gehört es zu den Aufgaben der Pflegeberatung, für die Umsetzung angezeigter Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation mit allen an der Versorgung beteiligten Stellen - hierzu gehören vor allem auch die zuständigen Rehabilitationsträger - ein Angebot zu entwickeln, das auf die individuelle Unterstützung des Pflegebedürftigen zugeschnitten ist und die Inanspruchnahme dieses Angebots zu begleiten. Die Pflegekasse hat daher dem Antragsteller auch zu erläutern, welche konkreten Schritte zur Einleitung einer Maßnahme zur medizinischen Rehabilitation erforderlich sind.

Nicht nur für die Pflegebedürftigen selbst, sondern auch für die pflegenden Angehörigen ist Vorsorge und Rehabilitation wichtig. Im Rahmen bestehender Regelungen wird deshalb der Anspruch pflegender Angehöriger auf Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen unterstrichen. Wichtig ist, dass pflegende Angehörige Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen zum Beispiel in Einrichtungen in Anspruch nehmen können, die zugleich Pflege und Betreuung des zu pflegenden Angehörigen gewährleisten. Dies erleichtert die tatsächliche Inanspruchnahme. Angehörige sind oft erst dann innerlich bereit, notwendige medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für sich selbst zu nutzen, wenn sichergestellt ist, dass der Pflegebedürftige in dieser Zeit in räumlicher Nähe versorgt ist und gegebenenfalls zusätzlich rehabilitative Angebote erhält.

Häufig können pflegende Angehörige an einer stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme nur teilnehmen, wenn gleichzeitig die pflegerische Versorgung und Betreuung des Pflegebedürftigen vor Ort sichergestellt ist. Hier sind Lösungen mit gemeinsamer Unterbringung nach dem Vorbild der Mütter/Väter-Kind-Kuren gefragt. Um auch den Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, die keine Zulassung zur Pflege nach dem SGB XI besitzen, eine pflegerische Versorgung im Rahmen des

Sachleistungssystem der Pflegeversicherung zu ermöglichen, wird der Anspruch auf die Sachleistung der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI erweitert. Es wird ein Anspruch auf Kostenerstattung für Kurzzeitpflege auch dann für den Pflegebedürftigen vorgesehen, wenn eine Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung keine Zulassung zur pflegerischen Versorgung nach dem SGB XI hat.

4. Gleichzeitige Gewährung von Pflegegeld und Kurzzeit- beziehungsweise Verhinderungspflege

Pflegebedürftige, die Kurzzeit- oder Verhinderungspflege in Anspruch nehmen, erhalten heute für diese Zeit kein Pflegegeld. Zur Stärkung des Grundsatzes "ambulant vor stationär" wird künftig das Pflegegeld während der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege zur Hälfte weitergezahlt. Denn auch in Zeiten, in denen Leistungen der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege abgerufen werden, bestehen weiterhin finanzielle Belastungen in der Pflegesituation (z.B. Lohnausfall). Damit wird die fortdauernde Pflegebereitschaft der ehrenamtlich Pflegenden anerkannt.

5. Verbesserung der rentenrechtlichen Berücksichtigung bei Pflege von gleichzeitig mehreren Pflegebedürftigen

Die Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen zu Gunsten einer Pflegeperson setzt voraus, dass diese den Pflegebedürftigen mindestens 14 Stunden wöchentlich pflegt. Dieser Pflegeaufwand muss künftig nicht mehr allein für einen Pflegebedürftigen getätigt werden, sondern kann auch durch die Pflege von zwei oder mehreren Pflegebedürftigen erreicht werden.

6. Stärkung neuer Wohn- und Betreuungsformen

Neue Wohn- und Betreuungsformen zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung entsprechen nicht nur den Bedürfnissen vieler Pflegebedürftiger. Sie tragen auch dazu bei, stationäre Pflege zu vermeiden. Dass die Organisation von pflegerischer Versorgung in Wohngruppen erleichtert wird, stärkt den Vorrang der ambulanten vor der stationären Versorgung.

Künftig erhalten Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen einen pauschalen Wohngruppenzuschlag in Höhe von 200 Euro monatlich, wenn eine Pflegekraft beschäftigt wird, die für die Organisation und Sicherstellung der Pflege in der Wohngruppe sorgt. Auf diese Weise soll den besonderen Aufwendungen Rechnung getragen werden, die in dieser Wohnform entstehen.

Darüber hinaus wird ein zeitlich befristetes Initiativprogramm zur Gründung ambulant betreuter Wohngruppen aufgelegt, das aus Mitteln finanziert wird, die nicht zum Aufbau von Pflegestützpunkten abgerufen worden sind. In diesem Rahmen erhalten ambulant betreute Wohngruppen bei Gründung eine finanzielle Sofortunterstützung für erforderliche altersgerechte oder barrierearme Umbaumaßnahmen von bis zu 2500 Euro je pflegebedürftige Person und maximal 10.000 Euro für die Wohngruppe insgesamt. Außerdem werden zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen Konzepte gefördert, die eine bewohnerorientierte, individuelle Versorgung Pflegebedürftiger außerhalb einer "klassischen" vollstationären Versorgung ermöglichen.

Ziel ist es, den Wünschen der Pflegebedürftigen entsprechend die Rahmenbedingungen für die neuen Wohn- und Betreuungsformen – auch in finanzieller Hinsicht – deutlich zu verbessern.

7. Verbesserung der medizinischen Versorgung insbesondere in Pflegeheimen

Es werden gezielte Anreize für Verbesserungen der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung in Pflegeheimen gesetzt. Bereits nach geltendem Recht gibt es in der gesetzlichen Krankenversicherung verschiedene Möglichkeiten zur Verbesserung der (zahn)ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen. Es hängt aber entscheidend von den Verantwortlichen vor Ort ab, ob diese Möglichkeiten auch umfassend und bedarfsgerecht genutzt werden. Deshalb werden die entsprechenden Regelungen nun stringenter gestaltet und es wird eine gezielte Förderung ermöglicht.

- Die Vorgabe, dass Kassen(zahn)ärztliche Vereinigungen auf Antrag eines Pflegeheims zur Sicherstellung einer ausreichenden ärztlichen Versorgung der Pflegeheimbewohner Kooperationsverträge mit dafür geeigneten (Zahn-)Ärzten anzustreben haben, wird ver-

bindlicher gefasst. Die Kassen(zahn)ärztliche Vereinigung vor Ort hat nunmehr solche Kooperationsverträge auf entsprechendem Antrag zu vermitteln.

- Zur Förderung von Kooperationsverträgen oder einer kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung von Pflegeheimbewohnern wird für die gemeinsame Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen die Möglichkeit verbessert, regionale Preiszuschläge befristet für einen Zeitraum bis zum 31. Dezember 2015 zusätzlich zur normalen Vergütung der ärztlichen Heimbesuche zu vereinbaren. Aufgrund einer Evaluierung wird über eine Entfristung entschieden.
- Um für Zahnärzte Anreize zu schaffen, Hausbesuche bei Pflegeheimbewohnern durchzuführen, hat der Bewertungsausschuss eine zusätzliche Vergütung für zahnärztliche Leistungen vorzusehen, die im Rahmen eines Kooperationsvertrages erbracht werden.
- Vollstationäre Pflegeeinrichtungen werden verpflichtet, darüber zu informieren, wie die medizinische Versorgung der Pflegeheimbewohner sichergestellt wird. Diese Informationen sind im Zusammenhang mit den Ergebnissen der Qualitätsprüfungen (Transparenz-berichte) zu veröffentlichen.
- Die mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz eingeführte zusätzliche Vergütung für Zahnärztinnen und Zahnärzte, die Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen aufsuchend betreuen, die eine Zahnarztpraxis aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit oder Behinderung nicht oder nur mit hohem Aufwand aufsuchen können, wird aus Gründen der Gleichbehandlung auf die aufsuchende Betreuung von immobilen Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz ausgeweitet.

8. Verbesserung der Beteiligung von Betroffenen und Versicherten

Um die Interessen der Betroffenen in Fragen der Begutachtung und der Qualitätsentwicklung und -transparenz stärker zu berücksichtigen, wird die Beteiligungsmöglichkeit von Betroffenenorganisationen in Anlehnung an entsprechende

Regelungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Patientenbeteiligung ausgebaut und konkreter gefasst.

Bei Fragen der Begutachtung und im Qualitätsbereich wird die Beteiligung von den Betroffenen und ihren Organisationen bisher als unzureichend empfunden. Die Beteiligung von Betroffenenorganisationen war im Elften Buch bisher uneinheitlich geregelt und ging – mit Ausnahme des Vorschlagsrechts zu Expertenstandards – über ein so genanntes qualifiziertes Stellungnahmerecht (frühzeitige Übersendung der entsprechenden Entscheidungsunterlagen und angemessene Frist zur Stellungnahme) nicht hinaus.

Zukünftig sind sowohl ein Anwesenheitsrecht als auch ein Mitberatungsrecht vorgesehen. Das Mitberatungsrecht umfasst kein Stimmrecht. Wird einem schriftlichen Anliegen der zu beteiligenden Organisationen nicht gefolgt, sind ihnen auf Verlangen die Gründe dafür schriftlich mitzuteilen. Das Vorschlagsrecht bei den Expertenstandards bleibt unangetastet.

Ziel der Neuregelung ist es, die Betroffenenperspektive bei Fragen der Begutachtung und im Qualitätsbereich durch eine stärkere und qualifiziertere Beteiligung besser einzubinden. Dies ist sowohl im Hinblick auf sachgerechte Lösungen als auch im Hinblick auf die Akzeptanz der Entscheidungen sinnvoll. Im Qualitätsbereich werden die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität, die Sicherstellung der Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards, die Qualitätsprüfungsrichtlinien und die Transparenzvereinbarungen von der Regelung erfasst. Die Neuregelung gilt auch für die Beteiligung bei Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen zur Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren ; diese neue Richtlinienkompetenz wird in § 18b SGB XI verankert.

Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, Einzelheiten zum Verfahren der Beteiligung, insbesondere zu den Erfordernissen an die Organisation, Legitimation und Offenlegung der Finanzen der zu beteiligenden Organisationen, durch eine Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates zu regeln.

9. Förderung der Selbsthilfe und des ehrenamtlichen Engagements

Für die Förderung der Selbsthilfe in der Pflege wird künftig ein eigenständiges Budget vorgesehen. Die Höhe der Förderung wird auf 10 Cent pro Versicherten und Jahr festgelegt. Es bleibt bei der Kofinanzierung durch die Länder und Kommunen. Durch die stärkere Förderung von Selbsthilfegruppen soll die Situation der pflegenden Angehörigen verbessert werden.

Durch die Regelung in § 82b SGB XI wird zudem klargestellt, dass zugelassene stationäre Pflegeeinrichtungen für ehrenamtliche Unterstützung bei allgemeinen Pflegeleistungen Aufwandsentschädigungen zahlen können. Damit wird die beispielhafte Auflistung der Sachverhalte des bisherigen § 82b SGB XI erweitert, bei denen die in der Einrichtung angefallenen Sach- und Personalaufwendungen in der jeweiligen Vergütungsvereinbarung berücksichtigt und ausgewiesen werden können. Die bisherigen Regelungen finden weiterhin Anwendung.

Die Klarstellung dient der Förderung des ehrenamtlichen Engagements, um die professionelle Versorgung Pflegebedürftiger bei den allgemeinen Pflegeleistungen im stationären Bereich zu unterstützen und zu ergänzen.

10. Stärkere Dienstleistungsorientierung bei der Begutachtung von Antragstellern auf Leistungen der Pflegeversicherung

Begutachtungsverfahren und Entscheidungen über Pflegebedürftigkeit sollen für die Versicherten zügiger erfolgen und transparenter gestaltet werden. Der für die Begutachtung der Versicherten zuständige Medizinische Dienst der Krankenversicherung nimmt für die Pflegebedürftigen eine Schlüsselfunktion ein. Um die Stellung der Versicherten zu verbessern, werden deshalb folgende Maßnahmen ergriffen:

- > Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung wird zur Entwicklung und Veröffentlichung von Servicegrundsätzen sowie zur Einrichtung eines Beschwerdemanagements verpflichtet. Hierzu hat der Spitzenverband Bund der

Pflegekassen bis zum 31. März 2013 Richtlinien zu erlassen. Die Dienstleistungsorientierung ist auch bei Begutachtungen durch andere Gutachter sicherzustellen. Im Interesse der Gleichbehandlung aller Versicherten gelten die Vorgaben auch für die Begutachtungsverfahren der privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen.

- > Wird bei einem Antrag zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit eine gesetzlich festgelegte Entscheidungsfrist nicht eingehalten, erhalten Versicherte von der Pflegekasse nach Ablauf der Entscheidungsfrist für jeden Tag Verzögerung 10 Euro als nicht rückzahlbaren und nicht mit den späteren Leistungen zu verrechnenden Ausgleich.
- > Die Pflegekassen können künftig neben dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung auch andere unabhängige Gutachter mit der Feststellung beauftragen, ob Pflegebedürftigkeit im Sinne des Gesetzes vorliegt. Soweit unabhängige Gutachter mit der Prüfung beauftragt werden, sind den Antragstellenden in der Regel drei Gutachter zur Auswahl zu benennen.
- > Pflegekassen beziehungsweise die von diesen benannten Pflegeberater haben die Versicherten im Rahmen der Beratung darauf hinzuweisen, dass diese einen Anspruch darauf haben, das Gutachten des Medizinischen Dienstes oder eines anderen von der Pflegekasse beauftragten Gutachters zu erhalten. Bei der Begutachtung muss der Antragssteller gefragt werden, ob er das Gutachten automatisch erhalten möchte.

11. Sicherstellung einer frühzeitigen Beratung

Durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wurde die Beratung pflegebedürftiger Menschen mit der Einführung eines Case- und Care-Managements auf eine neue rechtliche Grundlage gestellt. In diesem Zusammenhang wurde unter anderem der Beratungsanspruch nach § 7a mit dem Ziel geschaffen, sowohl eine frühzeitig einsetzende Beratung als auch eine dauerhafte Begleitung im Sinne eines Fallmanagements zu gewährleisten. Inzwischen gibt es ernstzunehmende Hinweise,

dass die Betroffenen trotz der Neuregelungen nicht hinreichend über die Beratungsmöglichkeiten informiert werden und insbesondere eine frühzeitige Beratung nicht in dem Maße gewährleistet wird, wie es erforderlich ist. Dies ist der Hintergrund für das verpflichtende Angebot zur frühzeitigen Beratung innerhalb von zwei Wochen durch die Pflegekasse selbst oder alternativ durch eine von ihr benannte Beratungsstelle mittels Beratungsgutschein.

Um eine möglichst frühzeitige Beratung der Antragstellenden in ihrer häuslichen Umgebung zu gewährleisten, haben die Pflegekassen nach der Neuregelung innerhalb von zwei Wochen einen Ansprechpartner nebst Kontaktdaten sowie einen konkreten Termin für eine umfassende Beratung anzubieten und durchzuführen. Können sie das nicht gewährleisten, ist den Versicherten alternativ ein Beratungsgutschein zu übermitteln, der es den Antragstellenden ermöglicht, innerhalb von zwei Wochen die Beratung durch darin benannte, qualifizierte und unabhängige Beratungsstellen in Anspruch zu nehmen. Auf Wunsch des Versicherten kann der Beratungstermin auch zu einem späteren Zeitpunkt stattfinden. Außerdem hat die Beratung auf Wunsch in der häuslichen Umgebung stattzufinden.

12.Zukunftssichere Finanzierung

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. Insoweit bleibt es bei der paritätischen Finanzierung durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber.

Als Folge daraus steigt auch der in der privaten Pflegeversicherung geltende gesetzlich begrenzte Höchstbeitrag.

Daneben wird der Abschluss privater Pflegezusatzversicherungen steuerlich gefördert werden, um neben der umlagefinanzierten sozialen Pflegeversicherung, die immer nur ein Teilsicherungssystem ist, zusätzliche kapitalgedeckte Absicherungselemente zu stärken.

13. Weitere Maßnahmen

Zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung und Betreuung sowie im Interesse weiterer Entbürokratisierung werden darüber hinaus folgende Maßnahmen ergriffen:

- > Die Einkommensprüfung im Zusammenhang mit der Beantragung auf Gewährung wohnumfeldverbessernder Maßnahmen wird abgeschafft. Dies führt zu einer Erleichterung bei der Antragstellung und –bearbeitung und liegt sowohl im Interesse der Pflegebedürftigen als auch der Pflegekassen.
- > Die Rahmenfrist für die Anerkennung als verantwortliche Fachkraft wird einheitlich auf acht Jahre verlängert. Diese Maßnahme dient der Erleichterung des Wiedereinstiegs in den Beruf, zum Beispiel nach familienbedingter Unterbrechung. Damit wird ein Beitrag zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf geleistet. Gleichzeitig wird eine Entbürokratisierung der Zulassung erreicht, da die Landesverbände der Pflegekassen nicht mehr prüfen müssen, ob im Einzelfall die Voraussetzungen für eine Verlängerung der Rahmenfrist von fünf auf acht Jahre vorliegen.
- > Die Voraussetzungen für den Abschluss eines Gesamtversorgungsvertrages werden durch eine Konkretisierung des Anwendungsbereichs vereinfacht. Die Änderung trägt der engen Rechtsauslegung in der Praxis Rechnung, nach der aufgrund der Begrenzung auf die örtlich verbundenen Pflegeeinrichtungen nur in den Ländern Baden-Württemberg, Bayern, Niedersachsen und Sachsen Gesamtversorgungsverträge abgeschlossen werden konnten. Damit auch in den übrigen Ländern die durch die Vereinbarung von Gesamtversorgungsverträgen erzielbaren Wirtschaftlichkeitsreserven erschlossen werden können, wird die Regelung moderat geöffnet.
- > Für diejenigen Beschäftigten in Pflegeheimen, für die mittlerweile die Mindestentgeltregelung für die Verordnung über zwingende Arbeitsbedingungen in der Pflegebranche (Pflegearbeitsbedingungenverordnung) zum Tragen kommt,

entfällt zukünftig konsequenterweise der Bezug auf die ortsübliche Vergütung. Die Pflegeeinrichtungen müssen für diese Beschäftigten dann nicht mehr – wie seit Einführung des Mindestlohnes erforderlich – zwei sich überschneidende Entgeltregelungen im Rahmen ihrer Zulassung beachten. Für die Beschäftigten, für die die Mindestlohnregelung keine Anwendung findet, also z.B. in der hauswirtschaftlichen Versorgung, bleibt es beim Nachweis der ortsüblichen Vergütung. Damit wird überflüssige Bürokratie abgebaut bei gleichzeitigem Erhalt der Schutzfunktion für die Beschäftigten vor einem Lohndumping.

- > Die praktische Umsetzung der häuslichen Pflege durch Einzelpersonen wird im neu gefassten § 77 Absatz 1 SGB XI gestärkt, indem die „Kann“-Regelung zur „Soll“-Regelung weiterentwickelt wird. Dadurch müssen die Pflegekassen vertragliche Vereinbarungen mit geeigneten Pflegekräften eingehen, soweit keine konkreten Gründe vorliegen, die dem entgegenstehen. Im Übrigen erhält durch die „Soll“-Regelung die Aufgabe der Pflegekassen hinsichtlich der Qualität der Versorgung keine Einschränkung. Ergänzend wird die Klarstellung aufgenommen, dass auch Einzelpflegekräfte mit Pflegebedürftigen Pflegeverträge abzuschließen haben, in denen Art, Inhalt und Umfang der Leistungen einschließlich der dafür mit dem Kostenträger vereinbarten Vergütungen darzustellen sind. Es wird darüber hinaus klargestellt, dass die Einzelpflegekraft bei jeder wesentlichen Veränderung des Zustandes des Pflegebedürftigen dies der Pflegekasse mitzuteilen hat.

Das Qualitätssicherungsrecht wird dahingehend modifiziert, dass für den ambulanten Bereich Ausnahmen vom Grundsatz der unangemeldeten Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung eingeführt werden.

- > Es wird die Möglichkeit für Modellversuche zur besseren Verzahnung der Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung und der Heimaufsicht eröffnet.
- > In der gesetzlichen Krankenversicherung wird der Anspruch auf medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für pflegende Angehörige unterstrichen. Es wird ausdrücklich klargestellt, dass Krankenkassen bei der Entscheidung über

ambulante und stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen auch die besonderen Belastungen pflegender Angehöriger berücksichtigen müssen. Dies trägt der besonderen Situation pflegender Angehöriger Rechnung.