



Bundesministerium
für Gesundheit

**Achtung:
Stand Kabinettsbeschluss
März 2012**

Das Pflege- Neuaufrichtungs-Gesetz

www.bundesgesundheitsministerium.de



Achtung! Der Stand diese Broschüre entspricht dem Kabinettsbeschluss aus dem Monat März 2012.

Das Pflege-Neuausrichtung-Gesetz

Das Bundeskabinett hat am 28. März 2012 den Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung beschlossen. Dieser ist Gegenstand dieser Broschüre. Der Gesetzentwurf wird nun im Deutschen Bundestag und im Bundesrat debattiert. Das Gesetz soll zum 1. Januar 2013 in Kraft treten. Ab diesem Zeitpunkt sollen die verbesserten und auch die neuen Leistungen zur Verfügung stehen.

Aktuelle Informationen zu dem weiteren parlamentarischen Verlauf erhalten Sie bei dem Bürgertelefon zur Pflegeversicherung unter **030 / 340 60 66 – 02** oder unter: www.bundesgesundheitsministerium.de

Inhalt

Den Herausforderungen begegnen	4
Das Pflege-Neuausrichtungsgesetz	7
Bessere Leistungen und mehr Wahlmöglichkeiten für Demenzkranke	7
Mehr Unterstützung für pflegende Angehörige	11
Neue Möglichkeiten der individuellen Pflege	13
Beratung und Begutachtung werden verbessert	15
Bessere medizinische Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen	18
Entbürokratisierung in der Pflege	20
Impressum	22

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 geht es so. Sie sind pflegebedürftig. Das Thema Pflege wird für immer mehr Menschen wichtig. Experten gehen davon aus, dass im Jahr 2030 bereits 3,3 Millionen Menschen Hilfe benötigen. Wer wird sich um sie kümmern? Heute werden mehr als zwei Drittel der Pflegebedürftigen zu Hause versorgt. Meist von Angehörigen, oft dem Ehepartner, 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 werden. Damit sie 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. Demenzkranke sind häufig körperlich noch recht gesund, benötigen aber Betreuung. Dies wird bei der Ermittlung der Pflegebedürftigkeit bisher nicht ausreichend berücksichtigt.



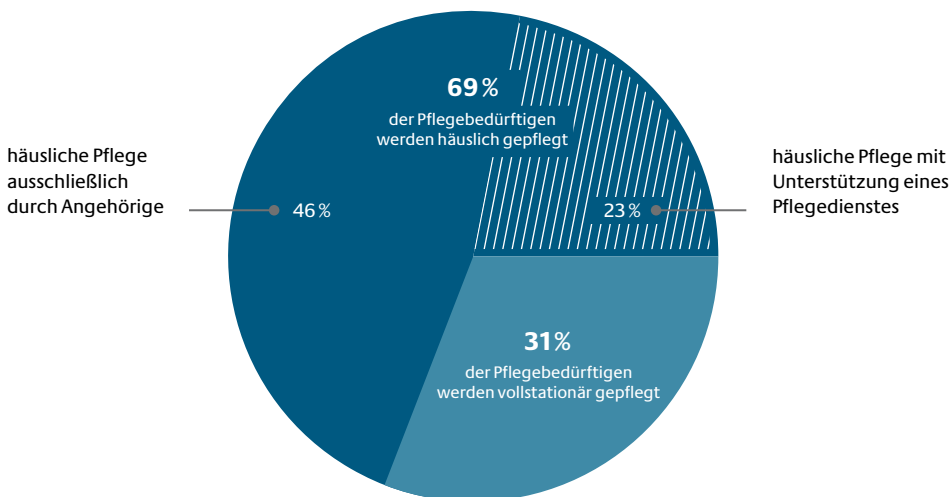
Die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen stehen bei der Reform im Mittelpunkt

Nicht immer kann die Pflege von Familienangehörigen übernommen werden. In unserer mobilen Gesellschaft leben die Kinder oft weit entfernt von ihren Eltern und können nicht immer vor Ort sein, wenn sie gebraucht werden. Deshalb ist es wichtig, über alternative Wohnformen für Senioren und Pflegebedürftige nachzudenken, gerade wenn diese allein leben. Der Weg muss also nicht gleich in ein Heim führen. Die meisten Menschen wollen so lange wie möglich in einem häuslichen Wohnumfeld leben und ihren Alltag selbstbestimmt gestalten. Zwischen der Pflege zu Hause und der Versorgung im Heim können Wohngruppen eine gute Lösung sein.

Der Entwurf des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes 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 und mehr Wahlmöglichkeiten für Demenzkranke

Die Situation bisher war wie folgt: Um zu entscheiden, ob ein Antragsteller eine Pflegestufe erhält, wurde protokolliert, wie viel Zeit ein nicht professionell Pflegenden für bestimmte Verrichtungen wie z.B. Waschen oder Anziehen benötigt. Die Bedürfnisse von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz wurden im Hinblick auf die zusätzlich erforderliche Betreuung bisher nicht ausreichend berücksichtigt.

Das Pflege-Neuausrichtungsgesetz will diese Situation mit einer ganzen Reihe von Maßnahmen verbessern:

Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs

Einigkeit besteht darüber, dass die Einstufung der Pflegebedürftigkeit anhand von Verrichtungen zu kurz greift, dass es vielmehr auf den Grad der noch vorhandenen Selbstständigkeit ankommt. Trotz der Vorarbeiten, die ein Beirat hierzu bereits geleistet hat, sind zahlreiche Fragen noch ungeklärt. Sie müssen so schnell wie möglich bearbeitet und ein verbindlicher Zeitplan für die notwendige Umstellung aufgestellt werden. Diese Aufgabe hat der Bundesgesundheitsminister einem Expertenbeirat übertragen. Er setzt sich aus Vertretern von Betroffenen, Pflegeverbänden, Kostenträgern, des Medizinischen Dienstes, der Sozialpartner, des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, der Länder sowie aus der Wissenschaft zusammen. Der Expertenbeirat ist aufgefordert, schnellstmöglich verwertbare Ergebnisse und einen Zeitplan für die Umsetzung vorzulegen. Bis die Antworten vorliegen, müssen die Menschen jedoch nicht warten. Im Vorgriff auf einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff sollen Demenzkranke in der ambulanten Pflege

bereits ab dem nächsten Jahr bessere und mehr Leistungen bekommen. Mit der häuslichen Betreuung wird eine neue Leistung eingeführt. Und es wird für diesen Personenkreis mehr Geld geben. Künftig sollen Pflegebedürftige zudem die Möglichkeit bekommen, neben den Leistungspaketen ein Zeitkontingent zu wählen.

Mehr Leistungen für Demenzkranke in der ambulanten Pflege

Bisher erhalten Demenzkranke „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 Demenzkranke sein. Die erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz wird dabei durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung anhand eines Screening- und Assessmentverfahrens ermittelt. Sie liegt zum Beispiel vor, wenn sich Menschen wiederholt in gefährliche Situationen bringen. Demenzkranke Menschen sollen ab 2013 mehr Leistungen und mit der häuslichen Betreuung zielgenauere Leistungen von der Pflegeversicherung erhalten. Zusätzlich zu dem heutigen Betreuungsbetrag werden 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 – Demenzkranke 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). Pflegesachleistungen und Pflegegeld können auch kombiniert werden.

Von den verbesserten Leistungen werden etwa 500.000 Pflegebedürftige 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 und Staubsaugen).

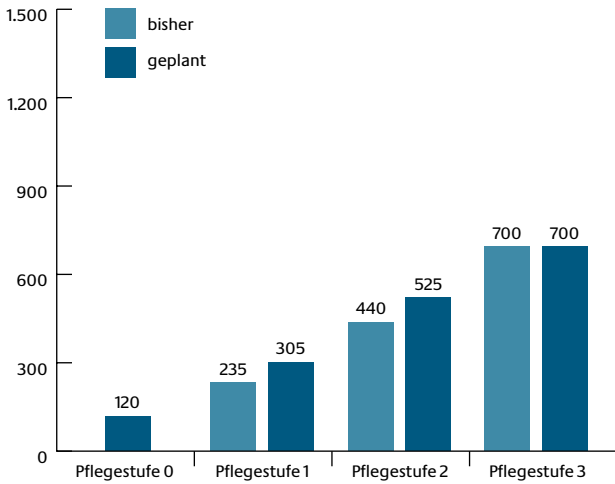
Ab dem 1. Januar 2013 sollen Leistungen mit der Bezeichnung „häusliche Betreuung“ hinzukommen. Darunter können verschiedene Hilfen bei der Alltagsgestaltung fallen, zum Beispiel Spazierengehen oder Vorlesen. Das ist insbesondere für die an Demenz erkrankten Menschen und ihre Angehörigen eine große Erleichterung.



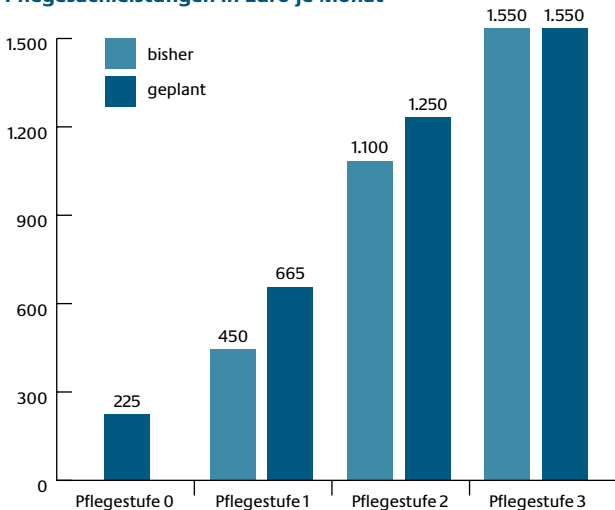
Hilfe bei der Alltagsgestaltung soll honoriert werden

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 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. Bislang wird das Pflegegeld nicht weitergezahlt, wenn die pflegebedürftige Person im Rahmen einer Kurzzeit- oder Verhinderungspflege von anderen Menschen betreut wird. Auch wollen viele Pflegende ungern von ihrem Angehörigen getrennt sein.

Das Pflege-Neuausrichtungsgesetz verbessert die Situation der Angehörigen. Die Hälfte des Pflegegeldes wird weitergezahlt, wenn sie sich eine Weile bei der Pflege vertreten lassen – bis zu vier Wochen im Jahr. Bei der Vorsorge und Rehabilitation müssen in der gesetzlichen Krankenversicherung die besonderen Belange der pflegenden Angehörigen berücksichtigt werden. Ihre rentenrechtliche Situation verbessert sich, wenn sie mehr als einen Pflegebedürftigen pflegen. Außerdem werden Selbsthilfegruppen stärker gefördert.

Fortzahlung von Pflegegeld, wenn sich die Angehörigen eine Auszeit nehmen

Mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz gibt es Verbesserungen, wenn ein pflegender Angehöriger Kurzzeitpflege oder Verhinderungspflege in Anspruch nehmen will. 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. Die Pflegekasse übernimmt in diesem Fall die Kosten für einen Pflegedienst. Für beide Angebote stehen pro Kalenderjahr jeweils 1.550 Euro zur Verfügung. 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. Das Pflege-Neuausrichtungsgesetz verbessert ferner die Rahmenbedin-

gungen, wenn pflegende Angehörige Vorsorge- und Rehabilitationsangebote nutzen: Mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz wird betont, dass dabei ihre besonderen Belange zu berücksichtigen sind. Pflegende Angehörige sollen bei eigener Rehabilitationsmaßnahme zudem die Möglichkeit haben, den Pflegebedürftigen mitzunehmen. Oft sind Angehörige erst dazu bereit, solche Angebote anzunehmen, wenn der Pflegebedürftige in der Nähe sein kann.

Rentenrechtlich wirksame Zeiten bei der Pflege von Angehörigen können addiert werden

Eine weitere Verbesserung durch das Pflege-Neuausrichtungsgesetz 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 soll sich nun ändern. Einzige Voraussetzung: Die Pflegebedürftigen müssen mindestens der Pflegestufe I angehören.

Zuschüsse für Selbsthilfegruppen

Pflegende Angehörige bekommen nicht nur Unterstützung von den Pflegekassen. Oft kommen wertvolle Anregungen aus Selbsthilfegruppen. Deshalb sollen diese stärker finanziell gefördert werden. Die Pflegekassen werden verpflichtet, den Auf- und Ausbau von Selbsthilfegruppen jährlich mit zehn Cent pro Versichertem zu unterstützen.

Neue Möglichkeiten der individuellen Pflege

Heute leben viele Kinder nicht mehr in der gleichen Stadt wie ihre Eltern. Unter anderem aus diesem Grund sind Angebote für Menschen wichtig, die zwar nicht mehr alleine ihren Haushalt führen können, aber auch nicht ins Pflegeheim gehen möchten. Im Pflege-Neuausrichtungsgesetz sind deshalb Unterstützungs- und Förderungsmaßnahmen für solche alternativen Wohnformen vorgesehen.

Förderung von Wohngruppen

Bereits heute gilt: Die Pflegekassen können finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen gewähren, beispielsweise für technische Hilfen im Haushalt. Die Zuschüsse können maximal 2.557 Euro betragen. Um dem Wunsch vieler Pflegebedürftiger nachzukommen, trotz Einschränkungen möglichst selbstbestimmt zu leben, fördert das Pflege-Neuausrichtungsgesetz alternative Wohnformen. Sie sind attraktiv für Menschen, die nicht mehr selbstständig wohnen können, aber keine stationäre Pflege brauchen. Sie leben in eigenen Zimmern, haben aber auch Gemeinschaftsbereiche. Bewohner einer Wohngruppe können bereits jetzt Pflegeleistungen gemeinsam in Anspruch nehmen. Das bezeichnet man als „Poolen 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 Betreuungsleistungen finanzieren.

Pflegebedürftige in selbstorganisierten Wohngruppen erhalten zusätzlich ab 2013 eine Pauschale von 200 Euro monatlich zur Finanzierung einer Präsenzkraft, die sich um die organisatorischen Abläufe kümmern kann. Um Wohngruppen zu fördern, ist zudem ein Initiativprogramm zur Gründung ambulant betreuter Wohngruppen vorgesehen, das diese Pflegebedürftigen 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 2.557 Euro für Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfelds weitere altersgerechte Umbauten finanziert werden wie beispielsweise eine behindertengerechte Dusche oder rollstuhlgerechte Anpassungen. 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 1	je Bewohner 450 €/Monat
Gesamt:	1.800 €/Monat
2. Organisationszuschlag für die Bezahlung einer Betreuungsperson	je Bewohner 200 €/Monat
Zwischensumme:	800 €/Monat
Gesamt:	2.600 €/Monat
3. Investitionskosten (einmalig)	
a) Wohnumfeldverbessernde Maßnahme (wie bisher)	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 ihnen 2.600 Euro im Monat zur Verfügung.

Beratung und Begutachtung werden verbessert

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 einen Gutschein auszustellen, der bei einer anderen qualifizierten Beratungsstelle eingelöst werden kann.

Feststellung der Pflegebedürftigkeit wird besser geregelt

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), den Antragsteller zu Hause zu besuchen und zu überprüfen, ob Pflegebedürftigkeit vorliegt

Pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen benötigen eine schnelle Entscheidung 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. Die gesetzliche Frist für die Erteilung des Bescheids wird jedoch nicht immer eingehalten. Die Pflegereform betont daher, dass eine fristgerechte Leistungsentscheidung sichergestellt werden muss.

Fristgerechte Entscheidung über Pflegebedürftigkeit

Grundsätzlich muss die Pflegekasse über die Pflegebedürftigkeit spätestens fünf Wochen nach Eingang des Antrags entscheiden. Wenn die Pflegekasse innerhalb dieser gesetzlich festgelegten Frist nicht über den Antrag entscheidet, muss sie für jeden Tag Verzögerung zehn Euro an den Pflegebedürftigen 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 Mög-

lichkeit geschaffen, dass die Antragsteller vorab schon einmal Geld bekommen, um bestimmte Dinge regeln zu können.

Begutachtung wird dienstleistungsorientierter als bisher

Antragsteller auf Pflegebedürftigkeit sind häufig in einer schwierigen Situation. Sie sind darauf angewiesen, dass die Gutachter ihnen mit Respekt und Fingerspitzengefühl begegnen. Die Rechte der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen gegenüber Pflegekassen und dem Medizinischen Dienst werden gestärkt. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (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 Missverständnissen und Konflikten 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 Leistungsbescheid automatisch eine Empfehlung zu seinen individuellen Möglichkeiten zur Rehabilitation erhalten. Damit werden der Pflegebedürftige beziehungsweise seine Angehörigen in die Lage versetzt, bestehende Ansprüche besser geltend zu machen.



Pflegen heißt auch: körperliche und geistige Fähigkeiten zu fördern

Bessere medizinische Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen

Auch Pflegebedürftige müssen zum Arzt oder haben Zahnschmerzen. Wegen ihrer körperlichen und geistigen Einschränkungen ist ihnen der Besuch einer Praxis teilweise unmöglich. Pflegebedürftige und Angehörige möchten die Gewissheit haben, dass die erforderliche medizinische Versorgung gewährleistet ist.

Das Pflege-Neuausrichtungsgesetz setzt deshalb gezielte Anreize für **Verbesserungen der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung in Pflegeheimen**. 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 verbindlicher gefasst. Die Kassen(zahn)ärztliche Vereinigung vor Ort hat nunmehr solche Kooperationsverträge auf entsprechenden Antrag eines Pflegeheimes 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 Heimbefuche 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 (Transparenzberichte) zu veröffentlichen.

Die **aufsuchende zahnärztliche Betreuung** 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 zukünftig darüber informieren, wie sie die medizinische Versorgung inklusive der Versorgung der Heimbewohner mit Arzneimitteln organisieren und sicherstellen.

Entbürokratisierung in der Pflege

Ein wichtiges Anliegen der Pflegereform ist es, dass Pflegekräfte und Angehörige möglichst viel Zeit für die Versorgung der Pflegebedürftigen haben. Die Regelungen sollen deshalb mit möglichst wenig bürokratischem Aufwand verbunden sein. So werden beispielsweise Zuschüsse der Pflegekassen für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfelds des Pflegebedürftigen künftig ohne einen Eigenanteil des Pflegebedürftigen gewährt. Die Prüfung der Einkommenssituation des Pflegebedürftigen entfällt somit.

Weitere Maßnahmen, die auch der Entbürokratisierung dienen:

- 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.
- 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.
- 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.

Weitere Vorschläge werden zurzeit von der vom Bundesministerium für Gesundheit berufenen Ombudsfrau zur Entbürokratisierung in der Pflege erarbeitet.

Höherer Beitragssatz finanziert die Leistungsverbesserungen

Eine Erhöhung des Beitragssatzes 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 Beitragssatz von 1,95 auf 2,05 Prozent des Bruttoentgelts. Kinderlose zahlen 0,25 Prozentpunkte mehr.

Förderung der Pflegevorsorge

Da die Pflegeversicherung eine Teilkaskoversicherung ist – und auch bleiben wird –, ist eine zusätzliche private Vorsorge umso wichtiger. Um für möglichst viele Menschen einen Anreiz zu schaffen, mit einer privaten Pflegezusatzversicherung vorzusorgen, ist eine entsprechende finanzielle Fördermöglichkeit verabredet, die noch einer gesetzlichen Regelung bedarf. Hierzu gibt es zurzeit Verhandlungen zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium der Finanzen.

Impressum

Herausgeber:

Bundesministerium für Gesundheit
Kommunikationsstab (Referat Öffentlichkeitsarbeit)
11055 Berlin

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

Gestaltung: A&B One

Druck: Silberdruck oHG

Fotos: Andreas Reeg

Stand: 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 den Festnetzen und maximal 42 Cent pro Minute aus den Mobilfunknetzen.

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

GP_Infoblätter

Die „GP_Infoblätter“ bieten Ratgeberinformationen für Patienten und Verbraucher zu Einzelthemen der Gesundheitsversorgung.

Abonnement unter: www.bmg-gp.de

GP_aktuell

Der Newsletter „GP_aktuell“ 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 80 90*

Fax: 018 05/77 80 94*

Schriftlich: Publikationsversand der
Bundesregierung
Postfach 48 10 09
18132 Rostock

Internetportal

Aktuelle Informationen des Bundesministeriums für Gesundheit finden Sie unter:

www.bundesgesundheitsministerium.de

Bürgertelefon zur Krankenversicherung

 **030 / 340 60 66 – 01**


Bürgertelefon zur Pflegeversicherung

 **030 / 340 60 66 – 02**

Fragen zur gesundheitlichen Prävention

 **030 / 340 60 66 – 03**

Fragen zur Suchtvorbeugung

 **0221 / 89 20 31****

Beratungsservice für Gehörlose / Telefax

 **030 / 340 60 66 – 07**

Gebärdentelefon ISDN-Bildtelefon

 **030 / 340 60 66 – 08**

Beratungsservice für Gehörlose / Schreibtelefon

 **030 / 340 60 66 – 09**

* Kostenpflichtig: Für diesen Anruf gilt ein Festpreis von 14 Cent pro Minute aus den 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