

Gesetz

zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung

Stärkung des Vorrangs der häuslichen vor der stationären Pflege bei gleichzeitiger Anhebung des Beitragssatzes um 0,25 %: Ausbau der ambulanten Versorgung, schrittweise Anhebung und Dynamisierung der Pflegeleistungen, Einführung einer Pflegezeit von bis zu 6 Monaten für Arbeitnehmer.

Am 14.03.2008 hat der Bundestag in zweiter und dritter Lesung das „Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – PFWG)“ verabschiedet.

Das Gesetz soll im Wesentlichen zum 01.08.2008 in Kraft treten.

Schwerpunkte:

1. Anhebung des Beitragssatzes

Der Beitragssatz zur gesetzlichen Pflegeversicherung (§ 55 Abs. 1 S. 1 SGB XI) wird ab dem 01.07.2008 um 0,25 % von gegenwärtig 1,7 % auf 1,95 % (2,2 % für Kinderlose) angehoben. Nach Auffassung des Bundesgesundheitsministeriums reicht dieser Beitrag aus, die Leistungen der Pflegeversicherung jedenfalls bis zum Jahr 2015 zu finanzieren, ohne die Mindestreserve von einer Monatsausgabe in Anspruch nehmen zu müssen.

2. Stärkung der ambulanten Versorgung nach persönlichem Bedarf

Einen wesentlichen Schwerpunkt setzt das Gesetz bei der Unterstützung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen bei der ambulanten Versorgung:

a) Pflegestützpunkte

So sieht § 92c SGB XI die Schaffung von wohnortnahen „Pflegestützpunkten“ vor. Zweck dieser Regelung ist es, auf der wohnortnahen Ebene die vorhandenen Versorgungsangebote so zu vernetzen, dass eine abgestimmte Versorgung und Betreuung Pflegebedürftiger im Rahmen eines Gesamtkonzepts ermöglicht wird und dabei die starren Grenzen zwischen sozialer und privater Pflegeversicherung, der öffentlichen örtlichen Altenhilfe, der Hilfe zur Pflege sowie der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung überwunden werden. Voraussetzung für die Errichtung von Pflegestützpunkten ist ein entsprechender Beschluss der obersten Landesbehörde; in der Regel soll pro 20.000 Einwohner ein Pflegestützpunkt errichtet werden. Die Aufgabe der Pflegestützpunkte besteht in erster Linie in der Beratung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen sowie der Koordination aller für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangebote.

Darüber hinaus sollen die Pflegestützpunkte aber auch selbst gezielt aufeinander abgestimmte pflegerische und soziale Versorgungs- und Betreuungsangebote bereitstellen.

b) Pflegeberater

Eng damit verknüpft ist die Einführung eines Pflegeberaters (§ 7a SGB XI) ab dem 01.01.2009 für Pflegebedürftige sowie Personen, die einen Antrag auf Leistungen nach dem SGB XI gestellt haben. Dieser ist an den jeweiligen Pflegestützpunkt angegliedert. Aufgabe des Pflegeberaters ist es, Pflegebedürftigen individuelle Beratung und Hilfestellung bei der Auswahl und Inanspruchnahme von bundes- oder landesrechtlichen Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- und Betreuungsbedarf ausgerichtet sind, zu geben. Hierzu hat der Pflegeberater gemäß § 7a Abs. 1 S. 2 SGB XI unter Berücksichtigung der Feststellungen der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) einen individuellen Versorgungsplan zu erstellen und dessen Umsetzung zu fördern. Der Versicherte kann ihm gegenüber auch einen Leistungsantrag nach dem SGB XI bzw. SGB V stellen, der diesen dann unverzüglich an die zuständige Pflege- oder Krankenkasse weiterleitet. Der Pflegebegleiter ist dem Hilfesuchenden dauerhaft persönlich zuzuordnen, § 7a Abs. 2 S. 2 SGB XI. Hinsichtlich der Betreuungsrelation von Pflegebegleitern einerseits und Pflegebedürftigen andererseits empfiehlt das Bundesgesundheitsministerium einen Betreuungsschlüssel von 1:100.

c) Förderung neuer Wohnformen

Darüber hinaus zielt der Gesetzentwurf auch auf eine Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung in neuen Wohnformen (Wohngemeinschaften, betreutes Wohnen), um dem verstärkten Wunsch der Pflegebedürftigen nach einer ambulanten Versorgung Rechnung zu tragen. So ermöglicht § 36 Abs. 1 S. 5 SGB XI künftig das Poolen von Leistungsansprüchen: Pflegebedürftige können danach Ansprüche auf Pflege- und Betreuungsleistungen sowie auf hauswirtschaftliche Versorgung gemeinsam mit weiteren Leistungsberechtigten in Anspruch nehmen. Neu ist hier auch die Einbeziehung von Betreuungsleistungen, die jedoch nur dann erbracht werden dürfen, wenn die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung bei jedem der beteiligten Leistungsberechtigten sichergestellt ist.

d) Einzelpfleger

Zusätzlich wurden auch die Voraussetzungen für den Abschluss von Verträgen mit Einzelpflegern (§ 77 SGB XI) erleichtert. Die Pflegekassen können künftig entsprechende Verträge nicht – wie bislang – nur dann schließen, wenn eine Versorgung durch Pflegedienste nicht sichergestellt werden kann, sondern bereits dann, wenn dadurch den Wünschen der Pflegebedürftigen zur Gestaltung der Hilfe besser als bisher Rechnung getragen werden kann oder wenn diese Art der Versorgung besonders wirksam und wirtschaftlich ist.

3. Anpassung und Dynamisierung der Pflegeleistungen

Erklärtes Ziel der Änderungen der finanziellen Leistungen der Pflegeversicherung ist die Stärkung des Grundsatzes des Vorrangs der häuslichen vor der stationären Pflege. So werden insbesondere die Leistungen im ambulanten Bereich zunächst stufenweise angehoben und danach dynamisiert.

Die stufenweise Anhebung der ambulanten Sachleistungsbeträge (§ 36 Abs. 3 SGB XII) bis 2012 vollzieht sich wie folgt:

Pflegestufe	bisher €	2008	2010	2012
Stufe I	384	420	440	450
Stufe II	921	980	1.040	1.100
Stufe III	1432	1.470	1.510	1.550

Das Pflegegeld (§ 37 Abs. 1 S. 3 SGB XI) erhöht sich bis zum Jahr 2012 stufenweise wie folgt:

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

Während die stationären Sachleistungsbeträge der Stufen I und II bis zum Beginn der Dynamisierung unverändert bleiben, werden die Leistungen der Stufe III (mit und ohne Härtefall) wie folgt angehoben (§ 43 Abs. 2 SGB XI):

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

Darüber hinaus wird auch der mit dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz zum 01.01.2002 eingeführte zusätzliche Leistungsbetrag für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz auf bis zu 2.400 Euro jährlich angehoben, § 45b Abs. 1 S. 1 SGB XI. Diesen können gemäß § 45a Abs. 1 S. 2 SGB XI künftig auch Menschen mit erheblichen Einschränkungen der Alltagskompetenz beanspruchen, die einen das Ausmaß der Pflegestufe I noch nicht erreichenden Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung haben (sog. Pflegestufe 0). Dies soll insbesondere Demenzkranken zugute kommen.

Um dem stetigen Kaufkraftverlust der Leistungen der Pflegeversicherung entgegenzuwirken und die Inanspruchnahme von Leistungen der Sozialhilfe einzudämmen, wird auch die Regelung zur Dynamisierung (§ 30 SGB XI) neu gefasst. Die Bundesregierung wird darin verpflichtet, künftig beginnend mit dem Jahr 2014 alle drei Jahre anhand des Anstiegs des Verbraucherpreisindex zu überprüfen, ob und inwieweit eine Dynamisierung geboten ist und dann gegebenenfalls die Höhe einer Dynamisierung zum 01.01. des Folgejahres per Rechtsverordnung festzulegen.

4. Einführung einer Pflegezeit für Arbeitnehmer

Politisch heftig umstritten sind im Rahmen der Pflegereform 2008 die Einführung einer Pflegezeit für Arbeitnehmer. Dazu wird ein neues „Pflegezeitgesetz (PflegeZG)“ eingeführt.

a) Freistellungsanspruch wegen kurzzeitiger pflegebedingter Arbeitsverhinderung

Dieses räumt in seinem § 2 Abs. 1 Arbeitnehmern zunächst das Recht ein, der Arbeit kurzfristig bis zu zehn Tage fernzubleiben, wenn dies erforderlich ist, um für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherzustellen. Eine Zustimmung des Arbeitgebers ist dafür nicht erforderlich, die Arbeitnehmer sind nach § 2 Abs. 2 PflegeZG nur verpflichtet, ihre Verhinderung und die voraussichtliche Dauer unverzüglich anzuzeigen. Eine eigenständige Entgeltfortzahlungspflicht des Arbeitgebers normiert das Gesetz für diesen Fall nicht, sondern verweist auf bestehende anderweitige gesetzliche, tarifliche, betriebliche oder individualvertragliche Regelungen (§ 2 Abs. 3 PflegeZG). Soweit danach ein Arbeitnehmer keinen Anspruch auf Entgeltzahlung hat, besteht auch kein Anspruch auf eine staatliche Lohnersatzleistung. Bundesgesundheitsministerin Schmidt konnte sich mit ihrem noch im Referentenentwurf vorgesehenen Vorschlag, wonach die Arbeitnehmer in diesen Fällen gemäß § 44a Abs. 3 SGB XI von der Pflegekasse Pflegeunterstützungsgeld in Höhe von 70 % des regelmäßig erzielten Arbeitsentgelts für bis zu zehn Arbeitstage je Pflegebedürftigen beanspruchen können sollten, nicht durchsetzen.

b) Sechsmonatiger Freistellungsanspruch bei häuslicher Pflege naher Angehöriger

Arbeitnehmer eines Unternehmens mit in der Regel mehr als 15 Beschäftigten (ursprünglich vorgesehen: 10 Beschäftigte) haben darüber hinaus für die Pflege eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen gemäß § 3 Abs. 1 PflegeZG einen Anspruch auf vollständige oder teilweise Freistellung von der Arbeit. Die Pflegebedürftigkeit ist durch Vorlage einer Bescheinigung der Pflegekasse oder des MDK nachzuweisen. Will der Arbeitnehmer die Pflegezeit beanspruchen, muss er dies spätestens 10 Tage vor Beginn schriftlich gegenüber dem Arbeitgeber ankündigen und gleichzeitig erklären, für welchen Zeitraum und in welchem Umfang die Freistellung von der Arbeitsleistung in Anspruch genommen werden soll, § 3 Abs. 3 PflegeZG. Bei einer teilweisen Freistellung hat der Arbeitnehmer auch die gewünschte Verteilung der Arbeitszeit anzugeben. Arbeitgeber und Arbeitnehmer müssen dann eine schriftliche Vereinbarung über die Verringerung und Verteilung der Arbeitszeit treffen, wobei der Arbeitgeber den Wünschen des Arbeitnehmers zu entsprechen hat, es sei denn, dem stehen dringende betriebliche Erfordernisse entgegen, § 3 Abs. 4 PflegeZG.

c) Kündigungsverbot

Abgesichert wird dieser Anspruch auf Pflegezeit durch einen besonderen Kündigungsschutz des Arbeitnehmers. Gemäß § 5 Abs. 1 PflegeZG darf der Arbeitgeber das Arbeitsverhältnis von der Ankündigung bis zur Beendigung der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung nach § 2 oder der Pflegezeit nach § 3 grundsätzlich nicht kündigen. Nur in Ausnahmefällen kann die für den Arbeitsschutz zuständige oberste Landesbehörde eine Kündigung für zulässig erklären, § 5 Abs. 2 PflegeZG.

5. Stärkung von Prävention und Rehabilitation in der Pflege

Zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation in der Pflege sieht das Gesetz u.a. folgende Maßnahmen vor:

So hat der MDK in § 18 Abs. 6 SGB XI künftig in jedem Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit eine Aussage darüber zu treffen, ob und welche geeigneten, notwendigen und zumutbaren Leistungen der medizinische Rehabilitation im Einzelfall geboten sind. Die Pflegekassen werden gemäß § 31 Abs. 3 SGB XI verpflichtet, die Versicherten und mit deren Zustimmung den zuständigen Rehabilitationsträger sowie den Hausarzt über die Empfehlungen des Medizinischen Dienstes zu unterrichten. Stimmt der Versicherte zu, wird unmittelbar das Verfahren zur Einleitung einer Rehabilitationsmaßnahme in Gang gesetzt.

Durch einen zusätzlichen finanziellen Anreiz sollen die Anstrengungen stationärer Pflegeeinrichtungen gefördert werden: Gelingt es diesen durch verstärkt aktivierende und rehabilitative Bemühungen, Pflegebedürftige in eine niedrigere Pflegestufe einzustufen, erhalten sie einen einmaligen Geldbetrag in Höhe von 1.536 Euro, § 87a Abs. 4 SGB XI. Dieser ist zurückzuzahlen, wenn der Pflegebedürftige innerhalb von sechs Monaten in eine höhere Pflegestufe oder von nicht erheblicher zu erheblicher Pflegebedürftigkeit eingestuft wird.

Die Krankenkassen werden gemäß § 40 Abs. 3 S. 6 SGB V verpflichtet, der Pflegekasse einen Betrag in Höhe von 3.072 Euro für diejenigen Pflegebedürftigen zu erstatten, für die innerhalb von sechs Monaten nach Begutachtung und Antragstellung keine notwendigen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht worden sind.

6. Ausbau der Qualitätssicherung

Einen besonderen Schwerpunkt setzt die Pflegereform 2008 auch auf den Ausbau der Qualitätssicherung im ambulanten wie im stationären Bereich. Die Qualitätssicherung stützt sich dabei nach dem gesetzgeberischen Konzept auf drei Säulen:

a) Qualitätsentwicklung durch Verankerung von Expertenstandards

§ 113 Abs. 1 SGB XI weist dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene die Aufgabe zu, bis zum

31.03.2009 wissenschaftlich fundierte und fachlich abgestimmte Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege zu entwickeln und zu beschließen, welche für alle Pflegekassen, deren Verbände sowie zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich sind. Kommt keine einvernehmliche Entscheidung zustande, können diese oder das Bundesgesundheitsministerium die neu geschaffene „Schiedsstelle Qualitätssicherung“ (§ 113b SGB XI) anrufen, § 113 Abs. 3 SGB XI.

b) Stärkere Anerkennung des internen Qualitätsmanagements und Transparenz der Ergebnisse

Prüfungen, die im Rahmen des Qualitätsmanagements von Einrichtungen erstellt werden, müssen bei der Prüfung durch den MDK durch eine verringerte Prüftiefe berücksichtigt werden, § 114 Abs. 4 SGB XI.

Die Prüfberichte des MDK zur Darstellung der in den Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität sowie daraus abzuleitender Anforderungen werden künftig in verständlicher Sprache aufbereitet und sowohl im Internet als auch in anderer geeigneter Form veröffentlicht, §§ 113 Abs. 1, 115 Abs. 1a SGB XI.

c) Externe Qualitätssicherung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen

Eine Qualitätsprüfung durch den MDK (§ 114 Abs. 2 SGB XI) soll ab dem Jahr 2011 in einem jährlichen Turnus erfolgen. Diese soll ihren Schwerpunkt in der Prüfung der Ergebnisqualität haben und dabei insbesondere wesentliche Aspekte des Pflegezustands, der Wirksamkeit der Pflege- und Betreuungsmaßnahmen und der Zufriedenheit der pflegebedürftigen Person berücksichtigen.

7. Abbau von Schnittstellenproblemen

Zum Abbau von Schnittstellenproblemen zwischen gesetzlicher Kranken- und Pflegeversicherung sieht die Pflegereform 2008 u.a. folgende Maßnahmen vor:

Die Pflegekassen sollen auf stationäre Pflegeeinrichtungen einwirken, dass diese Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten eingehen oder eigene Heimärzte einstellen (§§ 12 Abs. 2 S. 3 SGB XI, 119b SGB V).

Die Krankenhäuser haben in ihrem Versorgungsmanagement den nahtlosen Übergang von der Krankenhausbehandlung in die ambulante Versorgung, Rehabilitation oder Pflege zu gewährleisten, § 11 Abs. 4 SGB V.

8. Förderung von Wirtschaftlichkeit und Entbürokratisierung

Einen weiteren Schwerpunkt setzt das Gesetz bei der Wirtschaftlichkeit der Erbringung von Pflegeleistungen und der Entbürokratisierung.

So werden etwa die Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen mit Pflegeheimen abgeschafft. Die Leistungs- und Qualitätsmerkmale der Einrichtungen werden künftig gemäß § 84 Abs. 5 SGB XI in den Pflegesatzvereinbarungen festgehalten und so Preis, Leistung und Qualität der pflegerischen Versorgung in eine unmittelbare Beziehung zueinander gesetzt. Gleichzeitig werden flexible Personalschlüssel eingeführt, welche unter Berücksichtigung der Qualität, des Bedarfs der Pflegeheimbewohner und der Wirtschaftlichkeit von den Pflegesatzparteien zu vereinbaren sind.

Wirksamkeits- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen dürfen künftig gemäß § 79 Abs. 1 S. 2 SGB XI nur noch bei Vorliegen von konkreten Anhaltspunkten durchgeführt werden, dass die Pflegeeinrichtung die Anforderungen des § 72 Abs. 3 S. 1 SGB XI nicht erfüllt. Die Durchführung von reinen Ermessensprüfungen ohne konkreten Anlass ist damit nicht mehr zulässig.

Die Pflege-Buchführungsverordnung tritt außer Kraft, sobald der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen einheitliche Grundsätze ordnungsgemäßer Buchführung vereinbart haben, § 75 Abs. 7 SGB XI.

In der Vereinbarung nach § 113 Abs. 1 SGB XI (vgl. oben unter Nr. 5 a)) sollen sich die Vertragspartner auch auf Anforderungen an die derzeit noch häufig als bürokratieträftig kritisierte Pflegedokumentation einigen, die über ein für die Pflegeeinrichtungen vertretbares und wirtschaftliches Maß nicht hinausgehen darf.

Im Bereich des Verwaltungsverfahrens der Pflegekassen ermöglicht § 33 Abs. 1 S. 4 - 8 SGB XI eine befristete Zuordnung zu einer Pflegestufe, Anerkennung als Härtefall sowie Bewilligung von Leistungen, wenn und soweit eine Verringerung des Hilfebedarfs nach der Einschätzung des MDK bis zum Ende der Befristung zu erwarten ist.

9. Stärkung der Eigenvorsorge / Anpassungsbedarf in der Privaten Pflegeversicherung

Auch im Bereich der privaten Pflegeversicherung sieht die Pflegereform 2008 Änderungen vor:

So wird in § 204 Abs. 2 VVG die Portabilität der individuellen Altersrückstellungen entsprechend dem Grundsatz Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung geregelt, nachdem das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz eine entsprechende Portabilität mit Wirkung ab 01.01.2009 einführt.

Personen, die im Standardtarif nach § 315 SGB V oder im Basistarif versichert sind, werden gemäß § 110 Abs. 2 SGB XI in die umfangreicheren Schutzbestimmungen des § 110 Abs. 1 SGB XI einbezogen.

Zur Schaffung eines Anreizes für gesetzlich Versicherte für eine zusätzliche private Vorsorge erhalten die Pflegekassen die Möglichkeit, private Pflege-Zusatzversicherungen zu vermitteln.

10. Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes

Keine Einigung konnte die Regierungskoalition bei der im Koalitionsvertrag angekündigten Überarbeitung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit (§ 14 SGB XI) erzielen. Dieser, so die Kritik, sei vor allem somatisch

ausgerichtet und berücksichtige zu wenig den Bedarf an allgemeiner Betreuung, Beaufsichtigung und Anleitung, insbesondere bei Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz. Diesbezüglich sollen zunächst die Wirkungen der mit der Pflegereform 2007 angestrebten Veränderungen abgewartet werden und sodann die Voraussetzungen und Konsequenzen einer Neuformulierung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit umfassend geklärt werden.