

## **Gesetz zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) verabschiedet**

Am 14.03.08 hat der Bundestag die Pflegereform beschlossen. Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfwG) soll zum 1. Juli 2008 in Kraft treten. Mit der Zustimmung des Bundesrates ist zu rechnen.

Die vom Bundesverband während des Gesetzgebungsverfahrens eingebrachten Änderungsvorschläge zugunsten von Menschen mit Behinderungen hat der Gesetzgeber weitgehend unberücksichtigt gelassen. So ist beispielsweise die geforderte Erhöhung des Kostenanteils der Pflegeversicherung in Einrichtungen der Behindertenhilfe nicht erfolgt und auch im Rahmen des trägerübergreifenden Persönlichen Budgets kann der Sachleistungswert bei entgeltlicher Pflege weiterhin nicht in Anspruch genommen werden. Der Gesetzgeber hält hier nach wie vor an dem Prinzip des Gutscheinsystems fest. Der Deutsche Bundestag beschränkt sich bei diesem Thema auf einen Entschließungsantrag. Die Bundesregierung wird aufgefordert im Rahmen von Modellprojekten die Inanspruchnahme von Leistungen in Form eines trägerübergreifenden Persönlichen Budgets auch in der Pflegeversicherung unter Aufhebung der bisherigen Gutscheinelösung zu erproben. Neben der Gewährung von Leistungen in Höhe der Sachleistungsbeträge im Rahmen des Persönlichen Budgets sollen in den Modellprojekten auch die Auswirkungen der Leistungserbringung durch nicht zugelassene Pflegeeinrichtungen und Einzelpflegekräfte untersucht werden.

Einen Teilerfolg für Menschen mit Behinderungen konnte der Bundesverband im Bereich der Kurzzeitpflege erzielen. Künftig kann die Kurzzeitpflege für Kinder mit Behinderung unter 18 Jahren nicht mehr nur von zugelassenen Pflegeeinrichtungen (häufig Einrichtungen der Altenpflege), sondern auch von anderen Einrichtungen, wie z.B. Einrichtungen der Eingliederungshilfe oder der Jugendhilfe, erbracht werden, die besser auf die Bedürfnisse von Kindern ausgerichtet sind. Dem erweiterten Vorschlag des Bundesverbandes, diese Möglichkeit auch auf erwachsene Menschen mit Behinderung zu erweitern, ist der Gesetzgeber leider nicht gefolgt.

Der nachfolgende **Überblick** stellt die weiteren wesentlichen Inhalte des Gesetzes dar und geht auf Änderungen im Vergleich zum Gesetzesentwurf ein.

### **1. § 2 Stärkung der Selbstbestimmung**

Wünsche Pflegebedürftiger nach gleichgeschlechtlicher Pflege haben zukünftig nach Möglichkeit Berücksichtigung zu finden. Um die Bedeutung dieses Anliegens zu unterstreichen, ist abweichend vom Gesetzesentwurf darüber hinaus § 1 als Eingangsnorm des Gesetzes durch folgenden Satz ergänzt worden: "In der Pflegeversicherung sollen geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich der Pflegebedürftigkeit von Männern und Frauen und ihrer Bedarfe an Leistungen berücksichtigt und den Bedürfnissen nach einer kultursensiblen Pflege nach Möglichkeit Rechnung getragen werden."

### **2. Verbesserung der ambulanten Versorgung**

Einen wesentlichen Schwerpunkt setzt das Gesetz bei der Unterstützung pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen in der ambulanten Versorgung:

### **a. § 92 a Pflegestützpunkte**

Die Pflegekassen sollen zukünftig gemeinsam mit weiteren Trägern unter einem Dach wohnortnahe „Pflegestützpunkte“ (in der Regel pro 20.000 EinwohnerInnen ein Pflegestützpunkt) schaffen. Allerdings abweichend vom Gesetzesentwurf nur noch dann, wenn das für die Pflege zuständige Landesministerium dies bestimmt. Ziel ist es, auf der wohnortnahen Ebene die vorhandenen Versorgungsangebote so zu vernetzen, dass eine abgestimmte Versorgung und Betreuung pflegebedürftiger Menschen im Rahmen eines Gesamtkonzepts ermöglicht wird. Die bisher starren Grenzen zwischen sozialer und privater Pflegeversicherung, der öffentlichen örtlichen Altenhilfe, der Hilfe zur Pflege sowie der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung sollen überwunden werden.

Die Aufgabe der Pflegestützpunkte besteht in erster Linie in der umfassenden und unabhängigen Auskunft und Beratung von pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen über möglicherweise bestehende Sozialleistungsansprüche und weitere Hilfsangebote. Darüber hinaus sollen sie alle für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden Hilfs- und Unterstützungsangebote koordinieren und selbst gezielt aufeinander abgestimmte pflegerische und soziale Versorgungs- und Betreuungsangebote bereitstellen. Ausdrücklich weist das Gesetz nun darauf hin, dass die Pflegestützpunkte dabei auf bereits vorhandene vernetzte Beratungsstrukturen zurückzugreifen haben, um Doppelstrukturen zu vermeiden.

### **b. § 7a PflegeberaterInnen**

Eng damit verknüpft ist die Einführung eines einklagbaren Anspruchs pflegebedürftiger Menschen auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch eine(n) PflegeberaterIn grundsätzlich ab dem 01.01.2009. Der Anspruch besteht bereits bei Antragstellung auf Leistungen nach dem SGB XI, wenn erkennbar ein Hilfe- und Beratungsbedarf besteht. Bei den PflegeberaterInnen soll es sich um MitarbeiterInnen der Pflegekasse (insbesondere Pflegefachkräfte, Sozialversicherungsangestellte oder, abweichend vom Gesetzesentwurf, auch SozialarbeiterInnen mit Zusatzqualifikation) handeln, die diese bereitzustellen hat. Der/die PflegeberaterIn ist an den jeweiligen Pflegestützpunkt angegliedert.

Aufgabe der PflegeberaterInnen ist es, pflegebedürftigen Personen individuelle Beratung und Hilfestellung bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten für pflegebedürftige Menschen zu geben. Hierzu hat die Pflegeberatung einen individuellen Versorgungsplan mit empfehlendem Charakter zu erstellen und dessen Umsetzung zu fördern. Der/die PflegeberaterIn kann als MitarbeiterIn der jeweiligen Pflegekasse über deren Maßnahmen und Leistungen, nicht aber über Maßnahmen und Leistungen anderer Leistungsträger entscheiden. Er/sie soll darauf hinwirken, dass andere Leistungsträger zur Umsetzung des Versorgungsplans tätig werden. Bei Erstellung und Umsetzung des Versorgungsplans ist Einvernehmen mit dem Hilfesuchenden und mit allen an der Pflege, Versorgung und Betreuung Beteiligten anzustreben.

Abweichend vom Gesetzesentwurf sieht das Gesetz vor, dass Beratungsaufgaben (keine Leistungsentscheidungen) der Pflegeberatung auch vollständig auf Dritte übertragen werden können.

### **c. § 36 Poolen von Leistungsansprüchen**

Künftig wird das Poolen von Leistungsansprüchen ermöglicht. Pflegebedürftige, die mit anderen Leistungsberechtigten in einer Wohngemeinschaft in einem Gebäude oder auch in der gleichen Umgebung, etwa in einer Straße wohnen, können danach mit diesen gemeinsam Sachleistungsansprüche in Anspruch nehmen. Aus der Bündelung von Ansprüchen mehrerer Pflegebedürftiger auf grundpflegerische Leistungen und hauswirtschaftliche Versorgung erhofft sich der Gesetzgeber „Effizienzgewinne“, die für zusätzliche Betreuungsleistungen genutzt werden können.

Abgrenzungsprobleme könnte es zukünftig zwischen diesen neuen Betreuungsleistungen des SGB XI und Leistungen der Eingliederungshilfe nach SGB XII (insbesondere im Bereich des ambulant betreuten Wohnens behinderter Menschen) geben. Der Gesetzgeber hat es trotz mehrfacher Hinweise der Verbände versäumt zumindest eine Klarstellung zu der eher unverständlichen Gesetzesformulierung in die Gesetzesbegründung aufzunehmen, dass behinderte Menschen, die Eingliederungshilfe nach dem SGB XII erhalten, von der Möglichkeit des „Poolens“ nicht ausgeschlossen sind und die Sozialhilfe ihre Leistungen mit Hinweis auf die Betreuungsleistungen nicht kürzen oder verweigern kann.

### **d. § 77 EinzelpflegerInnen**

Die Voraussetzungen für den Abschluss von Verträgen mit EinzelpflegerInnen wird erleichtert. Die Pflegekassen können künftig entsprechende Verträge bereits dann schließen, wenn dadurch den Wünschen der pflegebedürftigen Menschen zur Gestaltung der Hilfe besser als bisher Rechnung getragen werden kann oder wenn diese Art der Versorgung besonders wirksam und wirtschaftlich ist. Bisher war der Abschluss dieser Verträge nur zulässig, wenn eine Versorgung durch Pflegedienste nicht sichergestellt werden konnte.

## **3. § 11 Einbeziehung der Pflegeeinrichtungen in das Entlassungsmanagement der Krankenhäuser**

Durch eine Konkretisierung des § 11 Abs. 4 SGB V wird klargestellt, dass die Pflegeeinrichtungen in das Entlassungsmanagement des Krankenhauses einzubeziehen sind und dabei eine enge Zusammenarbeit mit den durch die Pflegereform eingeführten PflegeberaterInnen zu gewährleisten ist.

## **4. § 18 Beschleunigung und Verbesserung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit**

Das Gesetz sieht eine Beschleunigung der Begutachtung und Bescheidung vor. Pflegebedürftige Menschen sollen schnelle Entscheidungen über die von ihnen beantragten Leistungen erhalten, um die Pflege zeitnah planen und organisieren zu können. Mit der Reform wird eine klare Frist für die Beantragung von Pflegeleistungen in das Gesetz geschrieben. Künftig muss innerhalb von fünf Wochen entschieden sein. Bei einem Krankenhausaufenthalt, in einem Hospiz oder während einer ambulant-palliativen Versorgung muss die Begutachtung durch den MDK innerhalb einer Woche erfolgen.

Die Prüfung der Pflegebedürftigkeit von Kindern soll zukünftig in der Regel durch besonders geschulte GutachterInnen vorgenommen werden.

### **5. § 31 Stärkung von Prävention und Rehabilitation in der Pflege**

Der MDK hat künftig in jedem Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit eine Aussage darüber zu treffen, ob geeignete, notwendige und zumutbare Leistungen der medizinische Rehabilitation im Einzelfall geboten sind und wenn ja, welche. Die Pflegekassen werden verpflichtet, die Versicherten und mit deren Zustimmung den zuständigen Rehabilitationsträger sowie die Hausärztin/den Hausarzt über die Empfehlungen des Medizinischen Dienstes zu unterrichten. Stimmt die/der Versicherte zu, wird unmittelbar das Verfahren zur Einleitung einer Rehabilitationsmaßnahme in Gang gesetzt.

Gelingt es Pflegeeinrichtungen durch verstärkt aktivierende und rehabilitative Bemühungen pflegebedürftige BewohnerInnen in eine niedrigere Pflegestufe einzustufen, erhalten sie einen einmaligen Geldbetrag in Höhe von 1.536 Euro. Der von der Pflegekasse an die Einrichtung gezahlte Betrag ist nun abweichend vom Gesetzesentwurf allerdings zurückzuzahlen, wenn der Pflegebedürftige innerhalb von sechs Monaten wieder in eine höhere Pflegestufe eingestuft wird.

### **6. § 34 Ruhen von Leistungen**

Hinsichtlich des Ruhens der Ansprüche während des Krankenhausaufenthaltes sieht das Gesetz keine Veränderungen vor, so dass Menschen mit Schwerbehinderung mit Assistenzbedarf weiterhin keine Leistungen der Krankenversicherung für die notwendige Assistenz während ihres Krankenhausaufenthaltes erhalten.

Neu eingefügt worden ist die Klarstellung, dass das Pflegegeld auch bei häuslicher Krankenpflege 4 Wochen weitergezahlt wird.

Abweichend vom Gesetzesentwurf haben Pflegepersonen zukünftig auch während ihres Erholungsurlaubs einen Anspruch auf Leistungen der Alterssicherung. Nach der bisherigen Rechtslage ruhte die Beitragszahlung zur gesetzlichen Rentenversicherung für Pflegepersonen in dieser Zeit.

## **7. Anpassung und Dynamisierung der Pflegeleistungen**

### **a. § 36 Ambulante Pflegesachleistung**

Stufenweise Anhebung der ambulanten Sachleistungsbeträge bis 2012:

<b>Pflegestufe</b>	<b>Bisher €</b>	<b>2008</b>	<b>2010</b>	<b>2012</b>
<b>Stufe I</b>	384	420	440	450
<b>Stufe II</b>	921	980	1040	1.100
<b>Stufe III</b>	1432	1470	1510	1550

Die Stufe III für Härtefälle (1918 €) wird nicht angehoben.

### **b. § 37 Pflegegeldleistung**

Die Pflegegeldleistungen werden schrittweise erhöht. Die Vergütung des Beratungseinsatzes wird ebenfalls leicht angehoben (5 €).

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

Der Beratungseinsatz kann künftig von "anerkannten Beratungsstellen" erbracht werden. Mit dieser Regelung soll der Wettbewerb des Pflege- und Beratungsgeschäftes intensiviert werden.

#### c. § 43 Vollstationäre Pflege

Die stationären Sachleistungsbeträge der Pflegestufen I und II bleiben bis zum Beginn der Dynamisierung im Jahr 2015 unverändert, die der Pflegestufe III und der Härtefälle werden stufenweise angehoben.

Pflegestufe	bisher €	2008	2010	2012
Stufe III	1432	1470	1510	1550
Härtefall	1688	1750	1825	1918

Neben der Anhebung dieser Leistungsbeträge in drei Schritten wird zugleich festgelegt, dass zukünftig – erstmals im Jahr 2015 – alle drei Jahre regelmäßig eine Dynamisierung der Leistungen durch die Bundesregierung geprüft wird. Die Leistungen können dann an die Preisentwicklung angepasst werden.

#### d. § 39 Verhinderungspflege

Auch die Leistungen der Verhinderungspflege erhöhen sich stufenweise bis zu einem Gesamtbetrag von 1550 € in 2012.

bisher bis zu €	2008	2010	2012
1432	1470	1510	1550

Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Verhinderungspflege war bislang, dass die Pflegeperson mindestens seit 12 Monaten die Pflege übernommen hat. Diese Wartezeit, die sogenannte Vorpflegezeit, wird von bisher zwölf auf sechs Monate verkürzt. Dies sah der Gesetzesentwurf noch nicht vor. Zudem werden künftig für die Dauer des Erholungsurlaubs der Pflegeperson von der Pflegekasse die Rentenversicherungsbeiträge für die Pflegeperson weitergezahlt (s.o.)

#### e. § 41 Tages- und Nachtpflege

Der Anspruch auf Tages- und Nachtpflege wird entsprechend dem Anstieg bei den ambulanten Pflegesachleistungen schrittweise erhöht.

Außerdem kann zukünftig neben dem Anspruch auf Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI) noch ein hälftiger Anspruch auf die jeweilige ambulante Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI) oder das Pflegegeld (§ 37 SGB XI) für die weiterhin zu Hause notwendige Pflege gewährt werden. Ebenso besteht umgekehrt neben dem vollen Anspruch auf Geld- oder Sachleistungen ein hälftiger Anspruch auf Tages- und Nachtpflege.

#### **f. § 42 Kurzzeitpflege**

Die Leistungen der Kurzzeitpflege erhöhen sich ebenfalls stufenweise bis zu einem Gesamtbetrag von 1550 € in 2012.

<b>bisher bis zu €</b>	<b>2008</b>	<b>2010</b>	<b>2012</b>
1432	1470	1510	1550

Abweichend vom Gesetzentwurf sieht das Gesetz nun auf Initiative des Bundesverbandes vor, dass im Rahmen des bisher schon bestehenden Anspruchs auf Kurzzeitpflege ein spezieller Anspruch auf Kurzzeitpflege für Kinder unter 18 Jahren in Einrichtungen der Behindertenhilfe oder anderen geeigneten Einrichtungen besteht (s.o.). Pflegebedürftige Kinder können damit künftig nicht nur in zugelassenen Pflegeeinrichtungen (häufig Einrichtungen der Altenpflege), sondern auch in anderen Einrichtungen betreut werden, die besser auf ihre Bedürfnisse ausgerichtet sind.

#### **g. § 45 b Zusätzliche Betreuungsleistungen für Pflegebedürftige der Pflegestufe 0 bei allgemeinem Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf**

Der bereits seit dem 1. Januar 2002 bestehende zusätzliche Leistungsbetrag für Pflegebedürftige mit eingeschränkter Alltagskompetenz bei der häuslichen Versorgung in Höhe von 460 Euro pro Jahr wird mit der jetzigen Pflegereform ausgebaut. Ab 1. Juli 2008 werden nun abweichend vom Gesetzesentwurf zwei Personengruppen unterschieden. Es wird je nach Betreuungsbedarf ein Grundbetrag und ein erhöhter Betrag eingeführt. Der Betreuungsbetrag steigt von bisher 460 € jährlich auf bis zu 100 € monatlich (Grundbetrag) bzw. 200 € monatlich (erhöhter Betrag), also auf 1.200 € bzw. 2.400 € jährlich. Personen mit einem vergleichsweise geringerem allgemeinem Betreuungsaufwand erhalten den Grundbetrag. Personen mit einem im Verhältnis dazu höheren allgemeinem Betreuungsbedarf bekommen den erhöhten Betrag. Für die Höhe des jeweils im Einzelfall zu gewährenden Betrages sind vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen bis zum 30. Juni 2008 einheitliche Maßstäbe in Richtlinien festzulegen, nach denen sich der Medizinische Dienst in seiner Empfehlung zu richten hat. Es ist vorgesehen, dass die Pflegekasse die versicherte Person über den ihr zustehenden Betreuungsbetrag informiert.

Die zusätzlichen Betreuungsleistungen kommen künftig auch Personen zu Gute, die noch nicht die Voraussetzungen für eine Einstufung in die Pflegestufe I erfüllen. Betreuungsbedürftige der so genannten „Pflegestufe 0“ haben also ebenfalls einen Anspruch auf diese zusätzliche Betreuungsleistung. Sie können darüber hinaus halbjährlich einmal einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen.

Der Leistungsanspruch kann, soweit er im laufenden Kalenderjahr nicht verbraucht wird, noch bis zur Mitte des Folgejahres in Anspruch genommen werden.

Abweichend vom Gesetzesentwurf sieht das Gesetz nun in § 87 b außerdem vor, dass in vollstationären Dauer- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen zukünftig zusätzliches Betreuungspersonal für HeimbewohnerInnen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf eingesetzt werden kann (Betreuungsschlüssel 1:25). Diese Kosten werden durch die gesetzlichen und privaten Pflegekassen voll finanziert.

## **8. § 44 a Einführung eines Pflegezeitgesetzes**

### **a. Kurzzeitige Arbeitsverhinderung § 2 Pflegezeitgesetz (PflegeZG)**

Da Pflegebedürftigkeit auch sehr kurzfristig auftreten kann, soll ein kurzfristiger Freistellungsanspruch von der Arbeit von bis zu 10 Tagen geschaffen werden. Eine eigenständige Entgeltfortzahlungspflicht des Arbeitgebers sieht das Gesetz für diesen Fall nicht vor, sondern verweist auf bestehende anderweitige gesetzliche, tarifliche, betriebliche oder individualvertragliche Regelungen. Soweit danach ein(e) ArbeitnehmerIn keinen Anspruch auf Entgeltzahlung hat, besteht auch kein Anspruch auf eine staatliche Lohnersatzleistung. Die/der freigestellte ArbeitnehmerIn ist weiterhin sozialversichert.

Der Anspruch auf Freistellung von der Arbeit soll erneut bestehen, wenn der/die Beschäftigte später die Pflege eines anderen pflegenden Angehörigen übernimmt. Vorgesehen ist weiterhin, dass das Pflegeunterstützungsgeld für die übrigen Tage nicht entfällt, wenn weniger als 10 Tage Arbeitsfreistellung in Anspruch genommen werden. Diese Tage können bei einem späteren Anlass bei Pflege desselben Pflegebedürftigen nachträglich genommen werden.

Eine kurzzeitige Freistellung können alle ArbeitnehmerInnen in Anspruch nehmen, unabhängig von der Betriebsgröße

### **b. Pflegezeit § 3 PflegeZG**

Mit Einführung einer Pflegezeit für Beschäftigte soll für die Dauer von bis zu 6 Monaten ein Anspruch auf unbezahlte Freistellung von der Arbeit mit Rückkehrmöglichkeit (Pflegezeit) eingeführt werden. Dies gilt allerdings nur dann, wenn die Beschäftigung in einem Betrieb/einem Unternehmen mit mindestens 15 MitarbeiterInnen durchgeführt wird.

Jede Person, die eine(n) Angehörige(n) mindestens 14 Stunden in der Woche pflegt, ist in der Pflegezeit, wie bereits nach geltendem Recht, rentenversichert. Neu ist, dass die Arbeitslosenversicherung für die Dauer der Pflegezeit weiterhin besteht. Die notwendigen Beiträge werden von der Pflegekasse übernommen. Der Kranken- und Pflegeversicherungsschutz bleibt in der Regel während der Pflegezeit erhalten, da dort regelmäßig eine Familienversicherung besteht. Sollte keine Familienversicherung möglich sein, muss sich der/die pflegende Angehörige freiwillig in der Krankenversicherung weiterversichern und entrichtet dafür in der Regel den Mindestbeitrag. Die Krankenversicherung führt automatisch auch zur Absicherung in der Pflegeversicherung.

Die Pflegezeit kann auch in Form einer teilweisen Freistellung von der Arbeitsleistung erfolgen. Sie muss gegenüber dem/der ArbeitgeberIn 10 Tage vor Inanspruchnahme schriftlich angekündigt werden.

Die Inanspruchnahme der Leistungen ist auf pflegende nahe Angehörige (Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Ehegatten, LebenspartnerInnen, Geschwister, Kinder, Enkelkinder, Schwiegerkinder) begrenzt.

### **9. § 45 c Stärkung des ehrenamtlichen bzw. bürgerschaftlichen Engagements im Bereich der Selbsthilfe**

Insbesondere Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen werden in den Kreis der förderungsfähigen Versorgungsstrukturen aufgenommen und gefördert. Das Fördervolumen der Pflegeversicherung zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte steigt durch die Reform um 15 Millionen € auf jährlich 25 Millionen € (im Gesetzesentwurf 15 Millionen) an. Damit erhöht sich das Gesamtfördervolumen zusammen mit der Kofinanzierung der Länder und Kommunen auf 50 Millionen €.

Zu den Einzelheiten der Förderung wird es eine Bundesempfehlung des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen geben. Die Landesregierungen werden das Nähere über die Umsetzung der Empfehlungen durch Rechtsverordnung bestimmen. Anträge auf Förderung sind bei der nach Landesrecht bestimmten Stelle zu stellen. Mit der Förderung können insbesondere Aufwandsentschädigungen sowie notwendige Sachkosten, die mit der Organisation der Selbsthilfe verbunden sind, mitfinanziert werden. Die Förderung nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) wird nicht eingeschränkt oder ersetzt, sondern vielmehr ergänzt.

### **10. § 55 Erhöhung des Beitragssatzes**

Der Beitragssatz zur gesetzlichen Pflegeversicherung wird ab dem 01.07.2008 um 0,25 % von gegenwärtig 1,7 % auf 1,95 % (bei Kinderlosen von bisher 1,95 % auf 2,2 %) angehoben.

### **11. §§ 114 f Ausbau der Qualitätssicherung im ambulanten und stationären Bereich**

Die Regelungen zur Qualitätsprüfung sind im Vergleich zum Gesetzesentwurf noch einmal verschärft worden. Ab 2011 werden Pflegeeinrichtungen einmal im Jahr geprüft (Regelprüfung). Bis Ende 2010 wird jede zugelassene Pflegeeinrichtung mindestens einmal geprüft. Alle Prüfungen erfolgen grundsätzlich unangemeldet. Der Schwerpunkt der Prüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) liegt künftig auf dem Pflegezustand und der Wirksamkeit der Pflege- und Betreuungsmaßnahmen (Ergebnisqualität).

Die Ergebnisse der Prüfberichte sind verständlich und verbraucherfreundlich zu veröffentlichen (im Internet, im Pflegestützpunkt, in der Einrichtung). In Heimen müssen Zusammenfassungen der Prüfergebnisse an einer gut sichtbaren Stelle ausgehängt werden.

Um Interessierten den Zugang zu den Informationen noch mehr zu erleichtern, soll ein für alle verständliches Bewertungssystem eingeführt werden. Zukünftig müssen in jedem Pflegeheim auch das Datum der letzten MDK-Prüfung und die Einordnung des Prüfergebnisses nach der Bewertungssystematik sichtbar dargestellt werden.

## **12. § 119 b SGB V Einführung eines Heimarztes**

Stationären Pflegeeinrichtungen wird zukünftig unter bestimmten engen Voraussetzungen die Möglichkeit eingeräumt eine Heimgärtin/einen Heimgarzt anzustellen.

9. April 2008     Martina Steinke