

Was hat sich zum 1. Januar 2009 geändert? - Ein Überblick zu Neuregelungen TrenntextTitelSchwerpunkt Gesundheit - 15. Dezember 2008 - Pressemitteilung

Versicherungsschutz

1. Absicherung im Krankheitsfall für alle

Am 1. Januar 2009 folgte ein weiterer Schritt zu einer Absicherung aller Bürger im Krankheitsfall. In der gesetzlichen Krankenversicherung gilt bereits seit dem 1. April 2007 die Versicherungspflicht für alle, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben. Seit Januar 2009 werden nun entsprechend auch alle Personen versicherungspflichtig, die der privaten Krankenversicherung zuzuordnen sind. Ob jemand dem gesetzlichen oder dem privaten Versicherungssystem zugeordnet wird, hängt insbesondere davon ab, wie er zuletzt versichert war. Damit haben in Deutschland alle Bürgerinnen und Bürger ein Recht, aber jetzt auch die Pflicht zum Abschluss einer Krankenversicherung, wenn sie im Krankheitsfall keinen anderweitigen Anspruch auf Übernahme der Behandlungskosten haben. Entsprechend dem Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ besteht damit auch Versicherungsschutz für alle Menschen in der Pflegeversicherung.

Private Krankenversicherung

1. Einführung des Basistarifs

Zum 1. Januar 2009 wurde der neue Basistarif eingeführt, den alle privaten Krankenversicherungsunternehmen anbieten müssen. Er löst den bisherigen modifizierten Standardtarif ab. Versicherte dürfen in diesem Tarif nicht abgewiesen werden (Kontrahierungszwang). Es dürfen auch keine Zuschläge wegen erhöhten gesundheitlichen Risikos erhoben und keine Leistungsausschlüsse vereinbart werden. Die Leistungen im Basistarif müssen in Umfang, Art und Höhe mit dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar sein. Die Versicherungsprämie darf den jeweiligen GKV-Höchstbeitrag (2009 rund 570 Euro) nicht überschreiten. Für Beamte gelten anteilige Höchstbeträge je nach Höhe des Anteils, den die Beihilfe abdeckt. Ist das für die Versicherten zu teuer, weil sie durch die Zahlung des Beitrages hilfebedürftig im Sinne der Gesetze zur Grundsicherung würden, wird der Beitrag im Basistarif um die Hälfte reduziert. Und wer auch dafür nicht genug Geld aufbringen kann, bekommt einen Zuschuss zu seiner Versicherungsprämie vom Sozialamt oder Grundsicherungsträger. Die sozialen Regelungen bei niedrigem Einkommen gelten auch für die private Pflegepflichtversicherung.

2. Wechselmöglichkeit in den Basistarif unter Mitnahme von Alterungsrückstellungen

Diejenigen, die bereits privat krankenversichert sind, können vom 1. Januar bis zum 30. Juni 2009 in den Basistarif einer anderen Versicherung ihrer Wahl wechseln. Wer 55 Jahre und älter ist oder eine Rente beziehungsweise eine Beamtenpension bezieht, kann darüber hinaus jederzeit in den Basistarif innerhalb seines Versicherungsunternehmens wechseln. Gleiches gilt für Versicherte, die nachweislich die Versicherungsprämie nicht mehr aufbringen können. Wer nach dem 1. Januar 2009 einen privaten Krankenversicherungsvertrag neu abschließt, kann sofort den Basistarif wählen oder erhält ein uneingeschränktes Wechselrecht unter Mitnahme der neu aufgebauten Alterungsrückstellungen in den Basistarif jedes beliebigen Unternehmens der privaten Krankenversicherung.

3. Mitnahme von Alterungsrückstellungen

Privatversicherte zahlen mit ihren Prämien zusätzlich so genannte Alterungsrückstellungen, mit denen der Beitragsverlauf im Lebenszyklus geglättet wird, das heißt Rücklagen für den höheren medizinischen Versorgungsbedarf im Alter gebildet werden. Bei einem Versicherungswechsel konnten Alterungsrückstellungen bisher nicht mitgenommen werden. Wer bislang das Versicherungsunternehmen wechseln wollte, musste neue Alterungsrückstellungen aufbauen, was ab einem gewissen Alter einen Wechsel des Unternehmens selbst für gesunde Versicherte faktisch ausgeschlossen hat, weil die im neuen Unternehmen geforderten Beiträge durch die verlorenen Rückstellungen unbezahlbar sind. Das hat sich nun geändert: Privatversicherte, die innerhalb ihrer Versicherung in den Basistarif wechseln, nehmen die Alterungsrückstellungen in vollem Umfang mit. Bei Privatversicherten, die im ersten Halbjahr 2009 in den Basistarif eines anderen Unternehmens wechseln, werden die Alterungsrückstellungen im Umfang des Basistarifs übertragen. Für Versicherte, die nach dem 1. Januar 2009 einen neuen Vertrag schließen, gilt diese Regelung unbefristet.

Das gleiche Prinzip gilt in der privaten Pflegeversicherung: Seit 1. Januar 2009 werden hier die Wahl- und Wechselmöglichkeiten aller Versicherten durch die Übertragbarkeit von Alterungsrückstellungen verbessert.

Gesundheitsfonds

1. Gesundheitsfonds

Am 1. Januar 2009 startete der Gesundheitsfonds, mit dem die Finanzierungsströme in der gesetzlichen Krankenversicherung neu organisiert werden. Er sorgt für mehr Transparenz, Gerechtigkeit und Fairness. Wie in einem großen Topf werden im Gesundheitsfonds die Beitragszahlungen der Arbeitnehmer, Arbeitgeber, Rentnerinnen und Rentner sowie der Selbständigen und aller sonstigen Beitragszahler eingesammelt. Zusammen mit dem Bundeszuschuss (steigt ab 2009 jährlich um 1,5 Mrd. Euro an) werden diese – durch den neuen Risikoausgleich ausgerichtet am Versorgungsbedarf der Versicherten – vom Fonds an die Krankenkassen verteilt. Rund 20 Mitarbeiter beim Bundesversicherungsamt in Bonn verwalten den Gesundheitsfonds.

2. Einheitlicher Beitragssatz

Mit dem Gesundheitsfonds wurde zum 1. Januar 2009 ein einheitlicher Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt. Der paritätisch finanzierte Beitragssatz beträgt 14,6 Prozent. Arbeitnehmer und Arbeitgeber oder Rentenversicherungsträger und Rentner tragen diesen jeweils zur Hälfte. Der ermäßigte Beitragssatz, gültig für Personen ohne Krankengeldanspruch, liegt bei 14,0 Prozent. Zusätzlich zum paritätisch finanzierten Beitragssatz zahlen die Mitglieder der Krankenkassen einen Beitrag von 0,9 Prozent. Damit gilt: gleicher Beitragssatz für gleiche Leistung – wie auch in der gesetzlichen Arbeitslosen-, Renten- und Pflegeversicherung.

Für die Festlegung des Beitragssatzes gibt es klare Vorgaben: Der Beitragssatz ist zum Start des Gesundheitsfonds so festgelegt, dass die voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen im Jahr 2009 (unter Berücksichtigung des Bundeszuschusses von 4 Mrd. Euro) zu 100 Prozent gedeckt sind. Die Höhe des Beitragssatzes ist auf Grundlage einer Empfehlung des

neu eingerichteten Schätzerkreises erfolgt und durch eine Rechtsverordnung der Bundesregierung festgelegt worden.

3. Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich, kurz: Morbi-RSA

Der Begriff Morbidität leitet sich von „morbidus“ ab, dem lateinischen Wort für „krank“. Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich regelt, wie viel Geld die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds zur Deckung der Leistungsausgaben ihrer Versicherten erhalten. Die Höhe der Zuweisungen variiert. Für Versicherte mit schwerwiegenden und chronischen Krankheiten mit hohem Versorgungsbedarf

gibt es mehr als zum Beispiel für gesunde Versicherte. Die mehr als 200 Krankenkassen haben eine ungleiche Versichertenstruktur: Einige haben viele gut verdienende und gesunde Versicherte, andere viele kranke Menschen und Beitragszahler mit niedrigem Einkommen.

Den Ausgleich von Risiken zwischen den Krankenkassen gibt es seit 1994. Er ist in einem wettbewerblich organisierten System von Krankenkassen mit freiem Kassenwahlrecht der Versicherten zwingend erforderlich. Der bisherige Risikostrukturausgleich hat jedoch die Unterschiede bei den Beitragseinnahmen der Kassen und dem jeweiligen Versorgungsbedarf von gesunden und kranken Versicherten nur unzureichend berücksichtigt. Mit der Einführung des Gesundheitsfonds und des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs hat sich das geändert. Das Geld aus dem Fonds wird fair entsprechend dem jeweiligen Versorgungsbedarf der Kasse verteilt.

Ärztliche Vergütung und Versorgung

1. Vergütungsreform

Seit 1. Januar 2009 werden die Leistungen der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte mit festen Preisen einer Euro-Gebührenordnung vergütet. Damit erhöht sich die Kalkulierbarkeit des ärztlichen Einkommens. Die bisherigen Budgets werden abgelöst. Vereinbart wurde, dass die Ärzte ab dem Jahr 2009 mehr Leistungen zu höheren Preisen abrechnen können. Die Krankenkassen müssen deshalb im Jahr 2009 voraussichtlich 2,75 Mrd. Euro mehr Honorar für die Ärzte bereitstellen.

2. Quoten für psychotherapeutische Leistungserbringer

Diese neue Regelung bezieht sich auf das Zahlenverhältnis zwischen den verschiedenen psychotherapeutischen Leistungserbringern, also psychotherapeutisch tätigen Ärztinnen und Ärzten, psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Künftig ist die Mindestquote für psychotherapeutisch tätige Ärzte auf 25 Prozent festgelegt, bisher lag sie bei 40 Prozent. So wird gewährleistet, dass freie Zulassungen für die vertragsärztliche Versorgung an Bewerber mit psychologischer Qualifizierung vergeben werden können und es nicht zu psychotherapeutischer Unterversorgung kommt. Die neue Quote entspricht im Wesentlichen dem Versorgungsanteil, den diese Ärzte heute in vielen Regionen erreichen.

Zudem wird zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen eine Mindestquote für psychotherapeutische Leistungserbringer eingeführt, die nur Kinder und Jugendliche betreuen. Künftig ist für diese Leistungserbringer eine Quote in Höhe von 20 Prozent vorgesehen. Dies entspricht dem Anteil von Kindern und Jugendlichen an der Gesamtbevölkerung.

3. Bessere Förderung der Weiterbildung zum Allgemeinmediziner

Die gesetzlichen Regelungen zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin werden verbessert. So ist vorgesehen, dass die Mediziner an allen Weiterbildungseinrichtungen eine angemessene Vergütung erhalten. Die Änderungen werden dazu beitragen, dass sich auch künftig genügend junge Medizinerinnen und Mediziner für eine allgemeinmedizinische Weiterbildung entscheiden.

Schon zum 1. Oktober rückwirkend in Kraft getreten ist die bislang für Vertragsärzte, -zahnärzte und -psychotherapeuten geltende Altersgrenze. Mit dieser Änderung wird nicht nur dem Wunsch vieler Betroffenen, weiterarbeiten zu können, entsprochen, sie trägt auch der Tatsache Rechnung, dass einzelne Praxen – insbesondere in ländlichen Regionen – derzeit nur schwer nachbesetzt werden können.

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung

1. Sozialmedizinische Nachsorge für schwerkranke Kinder

Ein wichtiger Baustein bei der Betreuung und Unterstützung schwerkranker Kinder und ihrer Familien ist die professionelle Hilfe, wenn ein schwerkrankes Kind aus dem Krankenhaus entlassen und weiter ambulant versorgt werden muss. Bisher hatten Versicherte gegenüber ihrer Krankenkasse einen Ermessensanspruch auf diese so genannte sozialmedizinische Nachsorge, der nun in einen Rechtsanspruch umgewandelt wird. Zudem wird die Altershöchstgrenze von 12 auf 14 Jahre angehoben, so dass noch mehr Kinder versorgt werden können. Die sozialmedizinische Nachsorge stellt sicher, dass qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter das Kind und seine Familie von der stationären Behandlung oder Rehabilitation ab begleiten und einen reibungslosen Übergang in die häusliche Pflege und die ambulante Behandlung ermöglichen.

2. Hausarztzentrierte Versorgung

Den Krankenkassen wird eine Frist bis zum 30. Juni 2009 gesetzt, Verträge über eine hausarztzentrierte Versorgung zu schließen. Diese Verträge müssen vorrangig mit Gemeinschaften geschlossen werden, die die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte vertreten. Durch diese Änderung wird die hausarztzentrierte Versorgung neuen Schwung bekommen und das eigen-ständige Verhandlungsmandat von Hausärzten gestärkt.

Die hausarztzentrierte Versorgung (Hausarztmodell) funktioniert so, dass die Versicherten einen Hausarzt wählen, der sie behandelt und die gesamte ambulante, fachärztliche und stationäre Versorgung steuert. Der Hausarzt überweist also bei Bedarf an die entsprechenden Fachärzte. Die Teilnahme an einem Hausarztmodell ist freiwillig. Dafür können die Kassen ihren Mitgliedern z. B. Vergünstigungen wie Prämienzahlung oder Zuzahlungsermäßigung anbieten.

3. Hilfsmittelversorgung

Die Vorschriften zur Hilfsmittelversorgung sind weiterentwickelt worden. Die Übergangsfrist für die nach altem Recht zugelassenen Anbieter von Hilfsmitteln (z. B. Rollstühle, Bandagen) wird verlängert. Diese Anbieter dürfen bis Ende 2009 die Versorgung der Versicherten übernehmen. Es sei denn, die Krankenkasse hat eine Ausschreibung durchgeführt und damit

bereits bestimmte Anbieter gewählt. Das Ausschreibungsgebot wird in eine „Kann-Vorschrift“ umgewandelt. Das heißt, eine Ausschreibung muss nicht in jedem Fall erfolgen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Spitzenorganisationen der Hilfsmittelanbieter geben Empfehlungen ab, wann eine Ausschreibung zweckmäßig ist. Verträgen, die nicht ausgeschrieben, sondern auf Verhandlungswege abgeschlossenen wurden, können weitere Leistungserbringer zu gleichen Konditionen beitreten. Damit ist auch in Zukunft eine qualitativ hochwertige Versorgung mit Hilfsmitteln gewährleistet.

4. Verbesserungen des Kinderuntersuchungsprogramms

Seit 1. Januar 2009 wird im Kinderuntersuchungsprogramm eine Früherkennungsuntersuchung auf Hörstörungen bei Neugeborenen als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen. Ziel ist es, angeborene Hörstörungen frühzeitig zu erkennen und zu behandeln, um z. B. Verzögerungen bei der Sprachentwicklung entgegenzuwirken.

Um die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen für Kinder weiter zu erhöhen, ist im Sozialgesetzbuch V (§ 26 SGB V) eine Verpflichtung der Krankenkassen zur Kooperation mit den Ländern verankert worden. Konkret werden die Krankenkassen verpflichtet, mit den für den Kinderschutz zuständigen Landesbehörden auf eine bessere Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern hinzuwirken und hierzu mit den Ländern Rahmenvereinbarungen zu schließen. Wirksame Maßnahmen sind z. B. schriftliche Hinweise auf anstehende Früherkennungsuntersuchungen. Diese Neuregelung dient auch der Verbesserung des Kinderschutzes vor Vernachlässigungen und Misshandlungen.

5. Krankengeld-Wahltarife für Selbständige

Für alle freiwillig versicherten Selbständigen gilt ab 2009 der einheitliche ermäßigte Beitragssatz in Höhe von 14,0 Prozent, dazu kommt wie bisher ein weiterer Anteil von 0,9 Beitragssatzpunkten. Der Versicherungsschutz umfasst zunächst keinen Krankengeldanspruch.

Wer bisher schon ohne Krankengeldanspruch versichert ist und diesen auch weiterhin nicht wünscht, für den ändert sich nichts.

War der Krankengeldanspruch mitversichert, besteht auch ab diesem Jahr die Möglichkeit, sich gegen den Verdienstausfall bei Erkrankung abzusichern. Dazu muss zusätzlich ein Krankengeld-Wahltarif abgeschlossen werden. Diesen Wahltarif muss jede Kasse seit Januar anbieten. Außerdem sind die Kassen verpflichtet, ihre Versicherten darüber zu informieren. Da die Höhe der Prämien von Kasse zu Kasse unterschiedlich sein kann und auch die Ausgestaltung der Tarife variiert, sollten Selbständige sich detailliert über die Angebote ihrer Krankenkasse, aber auch anderer Krankenkassen informieren.

Arzneimittel-Rabattverträge

Neuregelung der Vergabebestimmungen

Seit Januar 2009 gilt für Einzelverträge der gesetzlichen Krankenkassen das materielle Vergaberecht. Je nach Ausgestaltung sind die Krankenkassen verpflichtet, die Verträge europaweit auszuschreiben. Die vergaberechtliche Nachprüfung erfolgt vor den Vergabekammern, die gerichtliche Überprüfung vor den Landessozialgerichten. Durch diese Regelungen werden Unklarheiten beseitigt, die den Abschluss von Verträgen (z. B.

Arzneimittel-Rabattverträge) bisher behindert haben, die eine wirtschaftliche Versorgung der Versicherten verbessern.

Pflegeversicherung

1. Recht auf Pflegeberatung

Im Zuge der Pflegereform wurde das Recht auf Pflegeberatung seit dem 1. Januar 2009 gesetzlich verankert. Die Pflegekassen sind verpflichtet, für ihre pflegebedürftigen Versicherten Pflegeberatung (Fallmanagement) anzubieten. Die neuen Pflegeberaterinnen und -berater verfügen über ein detailliertes Wissen aus den Bereichen des Sozialrechts, der Pflege und der Sozialarbeit. Für die Versicherten bedeutet das: ein individuelles Beratungs-, Unterstützungs- und Begleitangebot, das jeweils auf den Bedarf des einzelnen Hilfebedürftigen zugeschnitten ist. Auf Wunsch des Versicherten muss die Pflegeberatung bei ihm zuhause stattfinden.

Dort, wo in den Ländern Pflegestützpunkte eingerichtet sind, arbeiten die Pflegeberaterinnen und -berater auch im Stützpunkt.

2. Bewertungssystem für Heime

Die Leistungen der stationären Pflegeeinrichtungen können ab 2009 besser verglichen werden, weil die Ergebnisse von Qualitätsprüfungen durch die Heime an einer gut sichtbaren Stelle veröffentlicht werden müssen. Dafür haben der GKV-Spitzenverband, die Pflegekassen und die Verbände der Leistungserbringer (Heimträger) gemeinsame Maßstäbe entwickelt. Die Bewertung der Heime wird über Schulnoten erfolgen. In die Endnote von „sehr gut“ bis „mangelhaft“ fließen

82 Einzelbewertungen ein, wobei die pflegerische Versorgung das größte Gewicht hat. Bis Ende 2010 müssen alle Einrichtungen einmal geprüft werden, anschließend ist eine jährliche Kontrolle vorgesehen.

Jugendschutz

Die Anhebung der Altersgrenze für die Abgabe von Tabakwaren auf 18 Jahre gilt seit 1. Januar 2009 auch für die Tabakautomaten

Gesundheitsfonds

Gesundheitsfonds - 16. Juni 2008

Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wird mit der Einführung des Gesundheitsfonds neu gestaltet. Ab dem 1. Januar 2009 zahlen alle Beitragszahler den gleichen Beitragssatz. Damit gelten - wie in der gesetzlichen Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung bereits heute - einheitliche Beitragssätze auch in der GKV.

Der Bund leistet zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen für das Jahr 2009 vier Milliarden Euro an den Gesundheitsfonds. Ab dem Jahr 2010 erhöhen sich die Leistungen des Bundes um jährlich 1,5 Milliarden Euro bis zu einer Gesamtsumme von 14 Milliarden Euro. Jede Krankenkasse erhält pro Versicherten eine pauschale Zuweisung sowie ergänzende Zu- und Abschläge je nach Alter, Geschlecht und Krankheit ihrer Versicherten. Durch die besondere Berücksichtigung schwerwiegender und kostenintensiver chronischer Krankheiten trägt der [Risikostrukturausgleich](#) dem unterschiedlichen Versorgungsbedarf der Versicherten einer Krankenkasse Rechnung.

Dieser weiterentwickelte, morbiditätsorientierte RSA wird - zeitgleich mit dem Gesundheitsfonds - ebenfalls zum 1. Januar 2009 eingeführt. Das Bundesversicherungsamt (BVA), das bereits den RSA zwischen den Krankenkassen durchführt, wird den Gesundheitsfonds verwalten. Die länderbezogenen finanziellen Auswirkungen der Einführung des Gesundheitsfonds werden durch eine so genannte Konvergenzklausel begrenzt. Sie sorgt dafür, dass nicht vertretbare regionale Belastungssprünge vermieden werden. Der Gesundheitsfonds wird in Zukunft die Finanzierung der GKV bündeln. Bis zum 31. Dezember 2010 bleibt die Organisation des Beitragseinzugs in der bisherigen Form erhalten.

Die Kassen sollten allerdings die Weichen für gemeinsame Einrichtungen stellen, um die Arbeitgeber von unnötigem Verwaltungsaufwand zu entlasten. Ab dem 1. Januar 2011 erhalten Arbeitgeber, die dies wünschen, zusätzlich die Möglichkeit, ihre [Beiträge](#), Beitragsnachweise und Meldungen gebündelt an eine Weiterleitungsstelle zu entrichten. Diese leitet die Beiträge an alle Sozialversicherungsträger weiter. Der neue Spitzenverband Bund der Krankenkassen sichert eine bundesweit einheitliche Einzugspraxis. Das neue Finanzierungssystem des Gesundheitsfonds macht die Leistungen der Krankenkassen beim Leistungs- und Kostenmanagement transparent.

Eine Krankenkasse, die besser wirtschaftet, kann ihren Versicherten finanzielle Vergünstigungen oder eine Prämienauszahlung gewähren. Eine Krankenkasse, die schlechter wirtschaftet, muss bei ihren Mitgliedern einen Zusatzbeitrag erheben. Um ihre Mitglieder nicht zu überfordern, darf der zusätzlich erhobene Beitrag maximal ein Prozent des beitragspflichtigen Einkommens ausmachen.

Außerdem muss die Krankenkasse ihre Mitglieder auf die Möglichkeit des Kassenwechsels hinweisen. Der mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) intensivierter Wettbewerb gibt den Krankenkassen vielfältige Instrumente an die Hand, womit sie den Zusatzbeitrag für ihre Mitglieder vermeiden können. So können die Krankenkassen ihren Versicherten Wahltarife und spezielle Versorgungsangebote anbieten: Neben Kostenerstattungs- und Selbstbehalttarifen muss jede Kasse ihren Versicherten auch eine Hausarztversorgung anbieten. Gleichzeitig steigt die Vertragsfreiheit der gesetzlichen Krankenkassen, das heißt, der Spielraum der Krankenkassen für Verträge mit einzelnen Ärzten, Krankenhäusern und weiteren Leistungserbringern sowie bei der Integrierten Versorgung wird erheblich ausgeweitet.

Schließlich können die Krankenkassen die neuen Möglichkeiten des Preiswettbewerb mit den Partnern im Gesundheitssystem nutzen. Der Gesundheitsfonds bringt für die Organisation des Gesundheitssystems fundamentale Vereinfachungen. Er ist ein umfassender und nachhaltiger Beitrag zum Bürokratieabbau und führt zu mehr Wirtschaftlichkeit und Wettbewerb im Gesundheitswesen.

Das bringt die Reform der Pflegeversicherung Pflegereform 2008 - 23. Juni 2008

- [I. Leistungen werden verbessert](#)
- [II. Abbau von Schnittstellenproblemen – Heimärzte und Entlassungsmanagement](#)
- [III. Verbesserung der Demenzbetreuung in Pflegeheimen](#)
- [IV. Stärkung der ambulanten Versorgung](#)
- [V. Einführung einer Pflegezeit für Beschäftigte](#)
- [VI. Stärkung von Prävention und Rehabilitation in der Pflege](#)
- [VII. Mehr Qualität und Transparenz in den Einrichtungen](#)
- [VIII. Unterstützung des generationsübergreifenden bürgerschaftlichen Engagements](#)
- [IX. Ortsübliche Entgelte der Pflegekräfte und andere Vergütungsfragen](#)
- [X. Weniger Bürokratie – mehr Wirtschaftlichkeit](#)
- [XI. Stärkung der Eigenvorsorge und Anpassung der privaten Pflegepflichtversicherung an die Regeln des GKV-WSG](#)
- [XII. Finanzierung](#)

Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz verändert die Strukturen der Pflege zugunsten aller Beteiligten, insbesondere aber der Pflegebedürftigen, der Angehörigen und der Pflegenden. Das führt dazu, dass die Pflegeversicherung noch besser auf die Bedürfnisse und Wünsche der Pflegebedürftigen sowie ihrer Angehörigen ausgerichtet wird.

Die Leistungen werden schrittweise erhöht – im Bereich der häuslichen Pflege, aber auch für demenziell erkrankte Pflegebedürftige im stationären Bereich. Erstmals wird es einen Anspruch auf individuelle und umfassende Pflegeberatung (Fallmanagement) geben. Als zentrale wohnortnahe und erreichbare Anlaufstellen für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen werden Pflegestützpunkte nach einer dahingehenden Länderentscheidung eingerichtet.

Diese Maßnahmen stärken den Auf- und Ausbau wohnortnaher Versorgungsstrukturen, die eine quartiersbezogene und an den Bedürfnissen der hilfebedürftigen Menschen ausgerichtete Versorgung und Betreuung in Zukunft ermöglichen.

Die Reform verbessert die Qualität der Pflege, macht gute und weniger gute Einrichtungen für Bürgerinnen und Bürger transparent und die erbrachten Leistungen besser vergleichbar

I. Leistungen werden verbessert

1. Schrittweise Anhebung der ambulanten Sachleistungen, des Pflegegeldes sowie der stationären Leistungen

Die ambulanten Sachleistungsbeträge werden bis 2012 stufenweise angehoben:

Pflegestufe bisher	€ 2008	2010	2012
Stufe I	384	420	440 450
Stufe II	921	980	1 040 1 100
Stufe III*	1 432	1 470	1 510 1 550

*Die Stufe III für Härtefälle im ambulanten Bereich in Höhe von 1 918 Euro monatlich bleibt unberührt.

Das Pflegegeld wird bis 2012 wie folgt angehoben:

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

In der vollstationären Versorgung werden die Stufe III und Stufe III in Härtefällen bis 2012 stufenweise wie folgt verändert:

Pflegestufe bisher	€ 2008	2010	2012
Stufe III	1 432	1 470	1 510 1 550
Stufe III	1 688	1 750	1 825 1 918

Härtefall

Die stationären Sachleistungsbeträge der Stufen I und II bleiben zunächst unverändert.

2. Ausweitung der Leistungen für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz im ambulanten Bereich

Ab 1. Juli 2008 werden 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 1200 € bzw. 2400 € jährlich. Personen mit einem vergleichsweise geringeren allgemeinem Betreuungsaufwand erhalten den Grundbetrag. Personen mit einem im Verhältnis dazu höheren allgemeinem Betreuungsbedarf bekommen den erhöhten Betrag.

Einzelheiten über die Zuordnung zu einer der beiden Gruppen werden bis zum Inkrafttreten der Reform von den Spitzenverbänden der Pflegekassen im Rahmen von Richtlinien festgelegt. Die im Verlaufe eines Kalenderjahres nicht in Anspruch genommenen Beträge können in das nächste Kalenderhalbjahr übertragen werden.

Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz der so genannten Pflegestufe 0 erhalten erstmals auch diese Leistungen.

3. Verbesserung bei der Kurzzeitpflege und der stationären Pflege

Die Leistungen bei der Kurzzeitpflege werden ebenso schrittweise angehoben wie die vollstationären Leistungen in der Pflegestufe III sowie in der Stufe III für Härtefälle.

4. Kurzzeitpflege für Kinder in Einrichtungen der Behindertenhilfe

Es wird ein spezieller Anspruch auf Kurzzeitpflege für Kinder unter 18 Jahren in Einrichtungen der Behindertenhilfe oder anderen geeigneten Einrichtungen eingeführt. Bisher haben pflegebedürftige Kinder nur Anspruch auf Kurzzeitpflege in zugelassenen Pflegeeinrichtungen (häufig Einrichtungen der Altenpflege). Künftig sollen betroffene Kinder auch in auf ihre Bedürfnisse besser ausgerichteten Einrichtungen betreut werden können. Dies hilft, Versorgungslücken und -engpässe für Kinder zu beseitigen.

5. Verbesserung der Leistungen zur Tages- und Nachtpflege

Leistungen für die Tages- und Nachtpflege werden ebenso schrittweise angehoben wie die ambulanten Pflegesachleistungen. Darüber hinaus wird der höchstmögliche Gesamtanspruch aus den Leistungen der häuslichen Pflege und den Leistungen der teilstationären Pflege auf das 1,5-fache des bisherigen Betrages erhöht.

6. Höhere Fördermittel zum weiteren Ausbau niedrigschwelliger Betreuungsangebote sowie für ehrenamtliche Strukturen und Selbsthilfe

Die Förderung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten und Modellvorhaben wird um 15 Millionen € im Jahr auf 25 Millionen € angehoben. Damit stehen zusammen mit der Kofinanzierung der Länder und Kommunen 50 Millionen € pro Jahr zur Verfügung (statt bisher 20 Millionen € pro Jahr). Mit diesen Mittel kann zukünftig auch die Selbsthilfe gefördert werden.

7. Leistungsdynamisierung

Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen künftig in einem dreijährigen Rhythmus dynamisiert werden. Die Leistungen können dann an die Preisentwicklung angepasst werden. Da die bisherigen Leistungsbeträge ab 2008 stufenweise angehoben werden, beginnt die entsprechende Dynamisierung erstmals 2015, drei Jahre nach Abschluss der Anhebung der Sachleistungsbeträge.

8. Erleichterung der Inanspruchnahme der Pflegeleistungen

Wer Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen will, kann dies künftig schneller verwirklichen: Leistungen bekommt, wer mindestens zwei Jahre eingezahlt hat oder familienversichert war. Die Vorversicherungszeit wird von 5 auf 2 Jahre verkürzt.

9. Verkürzte Begutachtungsfristen

Wer einen Antrag auf Pflegebedürftigkeit gestellt hat, muss künftig unverzüglich, spätestens nach fünf Wochen das Ergebnis von seiner Pflegekasse mitgeteilt bekommen. Eine verkürzte Frist von zwei Wochen gilt auch, wenn ein pflegender Angehöriger Pflegezeit beantragt hat, die in der Regel mit einer Notsituation einhergeht.

Liegt der Antragsteller im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung oder ist während des Klinikaufenthalts ein Antrag auf Pflegezeit gestellt worden, verkürzt sich

die Begutachtungsfrist auf eine Woche. Die auf eine Woche verkürzte Frist gilt künftig auch für Antragsteller in einem Hospiz oder in ambulanter Palliativversorgung.

10. Verkürzung der Vorpflegezeit für die Inanspruchnahme von Verhinderungspflege

Wer einen Angehörigen pflegt, hat bisher schon über die Pflegeversicherung Anspruch auf so genannte Verhinderungspflege. Das bedeutet: Will ein Angehöriger einmal Urlaub machen, besteht Anspruch auf eine Pflegevertretung auf bis zu vier Wochen im Jahr. Zur weiteren Stärkung der häuslichen Pflege wird die Vorpflegezeit für die erstmalige Inanspruchnahme der Verhinderungs- bzw. Urlaubspflege von bisher zwölf auf sechs Monate verkürzt.

11. Beitragszahlungen zur Rentenversicherung auch bei Urlaub der Pflegeperson

Bisher wurde die Zeit des Erholungsurlaubs einer Pflegeperson nicht auf die Rente angerechnet. Zukünftig werden die Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung auch während des Urlaubs der Pflegeperson entrichtet. Damit erhöht sich der Rentenanspruch.

[nach oben](#)

II. Abbau von Schnittstellenproblemen – Heimärzte und Entlassungsmanagement

Die ärztliche Versorgung in Pflegeheimen wird verbessert.

Pflegekassen sollen darauf hinwirken, dass stationäre Pflegeeinrichtungen Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten eingehen. Es wird künftig für Pflegeheime möglich werden, einen Heimarzt zu beschäftigen. Die Voraussetzung ist, dass die örtliche Versorgungssituation nicht mit einer Kooperation von Einzelärzten bewältigt werden kann.

Bei der Entlassung aus dem Krankenhaus stehen Menschen, die pflegebedürftig sind, oft hilflos vor einer neuen Situation. Die Reform bringt hier weitere Erleichterungen. Künftig soll sich ein Mitarbeiter der Klinik noch während des Krankenhausaufenthalts um einen pflegebedürftigen Menschen kümmern. Durch Entlassungsmanagement sollen die Krankenhäuser den nahtlosen Übergang von der Krankenhausbehandlung in die ambulante Versorgung, zur Rehabilitation oder Pflege gewährleisten. Dabei sollen erfahrene und qualifizierte Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger mit einer Zusatzausbildung die Funktion des Case-Managers übernehmen.

Liegt ein Antragsteller im Krankenhaus, in einem Hospiz oder wird er palliativ ambulant versorgt, hat der Medizinische Dienst der Krankenkassen den Pflegebedürftigen innerhalb einer Woche zu begutachten.

Die größte Belastung für Angehörige von Pflegebedürftigen und Betroffene ist weniger die pflegerische Aufgabe, sondern die Vorbereitung und Organisation rund um die plötzlich eingetretene Pflegesituation. Mit der Einführung der Pflegestützpunkte wird es eine zentrale Anlaufstelle für alle Fragen und Probleme geben. Betroffene erhalten auch durch die individuelle Pflegeberatung umfassende Beratung und Unterstützung in dieser besonderen Lebenssituation.

[nach oben](#)

III. Verbesserung der Demenzbetreuung in Pflegeheimen

Die Betreuung von demenziell erkrankten Menschen wird auch in Heimen deutlich verbessert. Ab 1. Juli 2008 werden gesonderte Angebote für demenziell Erkrankte in Heimen ermöglicht. Eingeführt wird erstmals ein Anspruch der vollstationären Dauer- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen auf zusätzliches sozialversicherungspflichtig beschäftigtes Betreuungspersonal für Heimbewohner mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf. Das zusätzliche Betreuungspersonal (Betreuungsassistenz) ist von gesetzlichen und privaten

Pflegekassen nach abzuschließenden vertraglichen Vereinbarungen voll zu finanzieren. Dafür werden zusätzlich rund 200 Millionen € aufgewendet.

Damit wird neben der bereits vorgesehenen Verbesserung der Betreuung demenziell erkrankter Pflegebedürftiger im ambulanten Bereich auch die Betreuung demenziell erkrankter Pflegeheimbewohner deutlich verbessert.

[nach oben](#)

IV. Stärkung der ambulanten Versorgung

1. Pflegestützpunkte

Auskunft, Beratung, individuelles Fallmanagement und möglichst großer Service unter einem Dach stehen im Mittelpunkt des Konzepts der Pflegestützpunkte. Auf der Suche z.B. nach einem Pflegeheim, einer Tagesbetreuung, einem Anbieter für Essen auf Rädern oder Angebote der Altenhilfe finden Pflegebedürftige und ihre Angehörigen in den Pflegestützpunkten Unterstützung und Hilfestellung – ähnlich wie in einem Bürgerbüro. Künftig werden von den Pflege- und Krankenkassen wohnortnahe Pflegestützpunkte eingerichtet, wenn ein Land dies entscheidet.

Die Pflegekassen haben darauf hinzuwirken, dass Kommunen (Altenhilfe) und die Sozialhilfeträger (Hilfe zur Pflege), die örtlich tätigen Leistungserbringer, die Pflegedienste und weitere Kostenträger, wie die privaten Versicherungs-unternehmen, sich am Pflegestützpunkt beteiligen. Die Krankenkassen haben sich an den Pflegestützpunkten zu beteiligen. Nach Möglichkeit sind Selbsthilfegruppen und ehrenamtlich Tätige einzubeziehen. Beim Aufbau eines Pflegestützpunktes ist auf vorhandene vernetzte Beratungsstrukturen zurückzugreifen.

Aufgaben der Pflegestützpunkte sind: Auskunft und Beratung der Pflege-versicherten und der in ihrem Interesse handelnden Personen. Neu ist, dass die Pflegeberatung auch ein Fallmanagement beinhaltet.

Das bedeutet: Im Pflegestützpunkt erarbeitet der Pflegeberater bzw. die Pflegeberaterin auf Wunsch des Ratsuchenden einen Versorgungsplan bezogen auf seine jeweilige persönliche Situation.

Die Stützpunkte sollen gesundheitsfördernde, präventive, kurative, rehabilitative oder sonstige medizinische sowie pflegerische und soziale Hilfs- und Unterstützungsangebote vermitteln und koordinieren. Damit können beispielsweise die Inanspruchnahme von Angeboten der

offenen Altenhilfe, niedrigschwellige Angebote (z. B. Helferinnenkreise, Betreuungsgruppen) und regelmäßige Termine zur ärztlichen Behandlung von vornherein aufeinander abgestimmt werden. Beim Pflegeberater können Anträge auf Pflegeleistungen oder Krankenkassenleistungen gestellt werden. Der Pflegeberater hat dafür zu sorgen, dass der Antrag unverzüglich der zuständigen Kasse übermittelt wird. Die Kasse wiederum hat ihn ohne Verzögerung zu entscheiden und sowohl dem Antragssteller als auch dem Pflegeberater zustellen.

Es wird eine Anschubfinanzierung von bis zu 45.000 € (zusätzlich bis zu 5.000 € bei Einbindung der Ehrenamtsarbeit) unter der Voraussetzung einer Mitwirkung der Kommunen und Sozialhilfeträger gewährt. Für die Anschubfinanzierung werden bis Ende Juni 2011 Fördermittel in einer Gesamthöhe von bundesweit 60 Millionen € zur Verfügung gestellt.

2. Anspruch auf umfassende Pflegeberatung (Fallmanagement)

Das Leistungsspektrum rund um das Thema Pflege wird immer komplexer. Die Reform hilft Angehörigen und Betroffenen. Ab 1. Januar 2009 wird ein individueller Anspruch auf Pflegeberatung gesetzlich verankert. Die Pflegekassen werden verpflichtet, für ihre pflegebedürftigen Versicherten Pflegeberatung (Fallmanagement) anzubieten. Für den Versicherten bedeutet das: ein individuelles Beratungs-, Unterstützungs- und Begleitangebot, das jeweils auf die Bedürfnisse des einzelnen Hilfebedürftigen zugeschnitten ist.

Sobald Pflegestützpunkte eingerichtet werden, sind die Pflegeberaterinnen bzw. Pflegeberater im Pflegestützpunkt anzusiedeln. Die Pflegekassen setzen für die persönliche Beratung und Betreuung entsprechend qualifiziertes Personal ein, insbesondere Pflegefachkräfte, Sozialversicherungsfachangestellte oder Sozialarbeiter mit der jeweils erforderlichen Zusatzqualifikation.

Zu den Aufgaben der Fallmanager in den Pflegestützpunkten zählt, Betroffene und deren Angehörige von der Organisation der Pflege, der Vermittlung von Pflegediensten, Haushaltshilfen bis hin zur Auswahl geeigneter Pflegeheime oder von anderen Betreuungseinrichtungen zu unterstützen. Sie kümmern sich um die Formalien, beraten die Betroffenen und deren Angehörige über Leistungen, erarbeiten auch entscheidungsreife Anträge und leiten diese an die Pflegekasse weiter. Der Pflegeberater kommt auch zu den Betroffenen nach Hause. Die Beratung ist unabhängig und umfassend.

Pflegeberater erstellen gemeinsam mit dem Pflegebedürftigen und allen anderen an der Pflege Beteiligten einen individuellen Versorgungsplan. Der Pflegeberater veranlasst alle für den Versorgungsplan erforderlichen Maßnahmen einschließlich deren Genehmigung durch den jeweiligen Leistungsträger, begleitet die Umsetzung des Versorgungsplans und macht Vorschläge, wenn sich der Bedarf des Einzelnen verändert.

Auch in der privaten Pflege-Pflichtversicherung soll es einen Anspruch auf Pflegeberatung im Pflegestützpunkt geben.

Der Anspruch besteht ab 1. Januar 2009, um eine Anlaufphase für die Kassen zu ermöglichen. Bis dahin kann die Pflegekasse Unterstützung durch Pflegeberater gewähren.

3. „Pools“ in neuen Wohnformen und mehr Möglichkeiten für Einzelpflegekräfte

Immer mehr Menschen haben den Wunsch, im Alter in anderen Wohnformen zum Beispiel in Senioren-WGs und möglichst selbstbestimmt zu leben. Das so genannte „Poolen“ von Leistungsansprüchen soll u. a. die Nutzung neuer Wohnformen oder Wohn- oder Hausgemeinschaften verbessern.

Zur flexibleren Nutzung solcher Wohnformen können Sachleistungsansprüche von Versicherten künftig auch gemeinsam mit anderen Leistungsberechtigten in Anspruch genommen werden („Poolen“). Die Ansprüche mehrerer Pflegebedürftiger auf grundpflegerische Leistungen und hauswirtschaftliche Versorgung werden so gebündelt. Aus diesem „Pool“ können dann Betreuungsleistungen bezahlt werden. Beispielsweise kümmert sich eine Pflegekraft um mehrere Pflegebedürftige. Sich ergebende „Effizienzgewinne“ sind für zusätzliche Betreuungsleistungen durch Leistungserbringer (Vertragspartner der Pflegekassen) zu nutzen. Beispielsweise kümmert sich in einem Wohnhaus oder in einer Wohngemeinschaft eine Pflegekraft um mehrere Pflegebedürftige. Das bringt mehr Zeit und mehr Zuwendung.

4. Ausbau der Beratungseinsätze

Die Beratungsbesuche können künftig nicht nur von zugelassenen Pflegediensten, sondern auch von neutralen und unabhängigen Beratungsstellen, die von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannt sind, sowie auf Wunsch auch von Pflegeberatern und -beraterinnen durchgeführt werden. Auch Versicherte, die zwar noch nicht pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung sind, aber beispielsweise aufgrund einer Demenzerkrankung in ihrer Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt sind (so genannte Pflegestufe 0) können halbjährlich einen Beratungseinsatz in Anspruch nehmen.

5. Einzelverträge

Die Pflegekassen sollen leichter Verträge mit selbständigen Einzelpflegekräften schließen können. Das war bisher nur zulässig, wenn die Versorgung nicht durch ambulante Pflegedienste sicherzustellen war. In Zukunft kann zum Beispiel eine Kranken- oder Altenpflegerin bzw. Kranken- oder Altenpfleger, die/der sich selbständig machen möchte, Verträge mit den Pflegekassen zur Versorgung eines oder von mehreren Pflegebedürftigen abschließen.

[nach oben](#)

V. Einführung einer Pflegezeit für Beschäftigte

Für Angehörige von Pflegebedürftigen wird es ebenfalls einige Verbesserungen geben. Ab 1. Juli 2008 wird ein Anspruch auf eine Pflegezeit eingeführt. Für die Dauer von bis zu 6 Monaten kann sich ein Arbeitnehmer/eine Arbeitnehmerin von der Arbeit frei stellen lassen. In der Zeit ist der Arbeitnehmer/eine Arbeitnehmerin sozialversichert, bezieht aber kein Gehalt. Der Anspruch auf Freistellung gegenüber einem Arbeitgeber besteht in Betrieben mit mehr als 15 Beschäftigten.

In dieser Pflegezeit wird die Beitragszahlung zur Rentenversicherung – wie bereits nach geltendem Recht – von der Pflegekasse übernommen, wenn die Pflegeperson mindestens 14 Stunden in der Woche pflegt. 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 pflegende Angehörige freiwillig in der Krankenversicherung weiterversichern und entrichtet dafür den

Mindestbeitrag. Die Krankenversicherung führt automatisch auch zur Absicherung in der Pflegeversicherung. Auf Antrag erstattet die Pflegeversicherung den Beitrag in der Kranken- und Pflegeversicherung bis zur Höhe des Mindestbeitrages. Der Versicherungsschutz in der Arbeitslosenversicherung bleibt erhalten. Die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung werden von der Pflegekasse übernommen.

Wenn jemand unerwartet zum Pflegefall wird, tritt für die Angehörigen oft eine schwierige Situation ein, in der schnell eine Menge organisiert werden muss. Dafür wird neben dem Anspruch auf Pflegezeit Beschäftigten ein Anspruch auf kurzzeitige Freistellung für bis zu 10 Arbeitstage eingeräumt.

In einer akut auftretenden Pflegesituation kann so eine bedarfsgerechte Pflege organisiert oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sichergestellt werden (sog. kurzzeitige Arbeitsverhinderung). Auch in dieser Zeit ist der frei gestellte Arbeitnehmer sozialversichert.

[nach oben](#)

VI. Stärkung von Prävention und Rehabilitation in der Pflege

Pflegekassen werden verpflichtet, mit Einverständnis des Versicherten unmittelbar das Verfahren zur Einleitung einer Rehabilitationsmaßnahme in Gang zu setzen.

Es werden finanzielle Anreize durch Bonuszahlungen gesetzt, um die Anstrengungen von Einrichtungen der dauerhaften stationären Pflege (§ 43 SGB XI) in den Bereichen der aktivierenden Pflege und der Rehabilitation zu fördern.

So sollen die Einrichtungen in Fällen, in denen es nach verstärkten aktivierenden und rehabilitativen Bemühungen gelingt, Pflegebedürftige in eine niedrigere Pflegestufe einzustufen, einen einmaligen Geldbetrag in Höhe von 1.536 € erhalten. Falls Pflegebedürftige innerhalb von 6 Monaten höher eingestuft werden, ist dieser Betrag ohne Rücksicht auf die Höherstufungsgründe an die Pflegekasse zurück zu zahlen.

Flankierend wird geregelt, dass die Krankenkasse der Pflegekasse einen Ausgleichsbeitrag in Höhe von 3.072 € zu zahlen hat, wenn die Rehabilitationsmaßnahme nicht rechtzeitig erbracht wird.

Bereits im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes wurde ein Rechtsanspruch auf Leistungen der medizinischen Rehabilitation eingeführt.

[nach oben](#)

VII. Mehr Qualität und Transparenz in den Einrichtungen

Mit der Reform wird gute Pflege leichter zu erkennen sein. Dafür werden bundesweite Qualitätsstandards (Expertenstandards) erarbeitet. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die

Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, haben die Entwicklung und Aktualisierung dieser Expertenstandards sicherzustellen (Sicherstellungsauftrag). Expertenstandards sind ein wichtiges Instrument der Qualitätssicherung in der Pflege: Sie konkretisieren den allgemein anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse zu einem bestimmten Thema, z. B. zur Vermeidung des Wundliegens (Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege).

Für Qualitätsprüfungen im ambulanten und stationären Bereich werden strenge Vorgaben gemacht:

Ab 2011 werden Einrichtungen 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). Einbezogen werden auch die neu eingeführten zusätzlichen Betreuungsmaßnahmen für demenziell erkrankte Menschen in Pflegeheimen.

Die Aufgabe des MDK, die Pflegeeinrichtungen in Frage der Qualitätssicherung zu beraten, wird gestärkt. Die Prüfer geben künftig Empfehlungen, was gegen Mängel getan werden kann. Damit bei Qualitätsprüfungen immer die neuesten pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse einfließen, wird sichergestellt, dass die einschlägigen Richtlinien des Spitzenverbandes Bund regelmäßig an den medizinisch-pflegefachlichen Fortschritt angepasst werden.

Prüfergebnisse aus Zertifizierungen können, was die Prozess- und Strukturqualität anbelangt, als Ersatz für die Prüfung des MDK anerkannt werden. Voraussetzung ist, dass dieses Verfahren zur Messung und Bewertung der Pflegequalität von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannt ist. Eine Prüfung der Ergebnisqualität durch den MDK findet immer statt.

Wiederholungsprüfungen, die bei schlechten Regelprüfungsergebnissen notwendig oder von Einrichtungen selbst gewünscht werden, sind zukünftig kostenpflichtig für den Leistungserbringer.

Es wird mehr Transparenz geschaffen. 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. Das gilt auch für Ergebnisse anderer Prüfverfahren, die teilweise an die Stelle der MDK-Prüfungen treten können. Ergebnisse von Wiederholungsprüfungen sind in gleicher Weise zeitnah zu veröffentlichen.

Um Interessierten den Zugang zu den Informationen noch mehr zu erleichtern, wird ein für alle verständliches Bewertungssystem eingeführt. Dafür ist bis spätestens bis zum 31. Dezember 2008 eine Bewertungssystematik zu entwickeln. Dies kann ein Ampelschema (rot-gelb-grün) oder ein Sternesystem sein. An diesem Symbol können Außenstehende dann ähnlich wie an den Hotel-Sternen erkennen, ob eine Pflegeeinrichtung gute Pflegequalität bietet oder nicht. Damit wird die Transparenz der Qualität der Leistungen vor Ort sichergestellt. Zukünftig müssen in jedem Pflegeheim auch das Datum der letzten MDK-Prüfung und die Einordnung des Prüfergebnisses nach der Bewertungssystematik sichtbar dargestellt werden.

[nach oben](#)

VIII. Unterstützung des generationsübergreifenden bürgerschaftlichen Engagements

Selbsthilfe und Ehrenamt werden in die Förderung von niedrigschwelligen Angeboten einbezogen. Niedrigschwellige Angebote sind z. B. Betreuungsgruppen, eine Tagesbetreuung oder Helferinnenkreise zur stundenweisen Entlastung von pflegenden Angehörigen. Kosten der Einrichtungen für die Qualifizierung und den Einsatz ehrenamtlich tätiger Personen können in den Vergütungsverträgen geltend gemacht werden.

Die Förderung ehrenamtlicher Strukturen sowie der Selbsthilfe ist auch neben einer Förderung nach § 20c SGB V zu Lasten der Krankenkassen möglich.

[nach oben](#)

IX. Ortsübliche Entgelte der Pflegekräfte und andere Vergütungsfragen

Pflegeheime müssen ihre Pflegekräfte nach den ortsüblichen Vergütungen entlohnen. Dies ist zukünftig Voraussetzung für die Zulassung eines Pflegeheims durch Versorgungsvertrag und für die Aufrechterhaltung der Zulassung.

Bei der Verhandlung über die Pflegesätze einer Einrichtung können die Sätze anderer Pflegeeinrichtungen angemessen berücksichtigt werden. Voraussetzung ist, sie sind nach Art und Größe vergleichbar. Dieser so genannte externe Vergleich erfolgt nur, wenn sich die Verhandlungspartner darauf einigen.

Die Pflegeheime können mit den Kostenträgern im Rahmen der Vergütungsvereinbarungen individuelle Personalschlüssel vereinbaren. Künftig wird in den Vergütungsverhandlungen für die stationäre Versorgung nicht nur die Höhe des Pflegesatzes, sondern zugleich auch die im Einzelnen zu erbringende Leistung samt ihrer Qualität vereinbart.

Den Trägern wird es ferner ermöglicht, unter einem vertraglichen „Dach“ im Rahmen eines so genannten Gesamtversorgungsvertrages mehrere Einrichtungen an einem Ort (z. B. einen Pflegedienst mit einer Tagespflegeeinrichtung und einer vollstationären Pflegeeinrichtung) zu betreiben.

In der vollstationären Pflege wird sichergestellt, dass der Versorgungsaufwand für Pflegebedürftige, die als Härtefall anerkannt sind, besser als bisher in den Vergütungen Berücksichtigung finden kann.

[nach oben](#)

X. Weniger Bürokratie – mehr Wirtschaftlichkeit

Wirksamkeits- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen dürfen nur noch durchgeführt werden, wenn ein tatsächlicher Anhaltspunkt für Wirksamkeits- und Wirtschaftlichkeitsdefizite besteht.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Vereinigungen der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sollen gemeinsam einheitliche Grundsätze ordnungsgemäßer Pflegebuchführung vereinbaren, die übermäßigen Aufwand vermeiden und dadurch die Abschaffung der Pflege-Buchführungsverordnung ermöglichen.

Auf Bundesebene sollen unter Einbeziehung der Pflegefachkräfte Anforderungen an Dokumentationen vereinbart werden, die übermäßigen Aufwand vermeiden, ohne den Zweck der Dokumentation, insbesondere der Qualitätssicherung, zu vernachlässigen.

Der Bundespflegeausschuss wird abgeschafft und der Turnus zur Vorlage des Berichts über die Entwicklung der Pflegeversicherung von drei auf vier Jahre verlängert.

Durch die Vereinfachung oder Abschaffung von Informationspflichten ergibt sich eine Nettoentlastung von rund 80 Millionen € jährlich.

[nach oben](#)

XI. Stärkung der Eigenvorsorge und Anpassung der privaten Pflegepflichtversicherung an die Regeln des GKV-WSG

Zur Stärkung der Eigenvorsorge wird den Pflegekassen die Möglichkeit eingeräumt, private Pflege-Zusatzversicherungen zu vermitteln.

Die Portabilität der Alterungsrückstellungen wird auch für die private Pflegepflichtversicherung (PPV) eingeführt (ab 1. Januar 2009 für Neu- und Bestandsfälle).

Auch in der privaten Pflegeversicherung werden soziale Regelungen zur Tragung der Beiträge bei niedrigen Einkommen analog zum Basistarif in der privaten Krankenversicherung (PKV) geschaffen.