



Presse- mitteilung

HAUSANSCHRIFT Friedrichstraße 108, 10117 Berlin
POSTANSCHRIFT 11055 Berlin

TEL +49 (0)30 18441-2225
FAX +49 (0)30 18441-1245
INTERNET www.bundesgesundheitsministerium.de
E-MAIL pressestelle@bmg.bund.de

Berlin 29. Juni 2012

Nr. 49

Bundestag beschließt das Pflege-Neuausrichtungsgesetz

Der Deutsche Bundestag hat heute das Pflege-Neuausrichtungsgesetz in 2./3. Lesung beschlossen.

Dazu erklärt Bundesgesundheitsminister **Daniel Bahr**: „Zum ersten Mal erhalten Menschen mit Demenz, die bisher kaum oder gar nicht berücksichtigt wurden, Leistungen der Pflegeversicherung. Angehörige und Pflegebedürftige haben in Zukunft mehr Wahlfreiheiten, um die Pflege an ihre individuellen Bedürfnisse anzupassen. So können sie Zeitkontingente mit ambulanten Diensten vereinbaren. Außerdem stärken wir neue Wohnformen, damit die Menschen so lange wie möglich in ihrem häuslichen Umfeld bleiben können und nicht ins Heim gehen müssen. Mehr Transparenz und Service der Pflegekassen sind weitere Verbesserungen für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen. Mit dem Aufbau einer staatlich geförderten privaten Pflegevorsorge wird die Absicherung für den Pflegefall gestärkt.“

Maßnahmen des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes im Überblick

Die pflegerische Versorgung wird weiterentwickelt. Die Leistungen der Pflegeversicherung werden bedarfsgerechter auf die besonderen Bedürfnisse demenziell

erkrankter Menschen ausgerichtet. Das Pflege-Neuausrichtungsgesetz hat zudem das Ziel, dass pflegebedürftige Menschen mehr Chancen für ein selbständiges und selbstbestimmtes Leben bekommen und soweit wie möglich am gesellschaftlichen Leben teilhaben. Die Finanzierung der Pflegeversicherung wird zukunftssicher und generationengerecht weiterentwickelt. Das bedeutet im Einzelnen:

- Die ambulante Versorgung Demenzkranker wird deutlich verbessert. Im Vorgriff auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff bieten ambulante Pflegedienste künftig neben der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung auch gezielt **Betreuungsleistungen** an. Auch Pflegebedürftige, die nicht an Demenz erkrankt sind, können auf sie ausgerichtete Betreuungsleistungen als Sachleistungen in Anspruch nehmen.
- Zugleich wird es ab 2013 in der ambulanten Versorgung auch **höhere Leistungen für Demenzkranke** geben.

In der Stufe 0 erhalten Demenzkranke neben den heute schon beziehbaren 100 bzw. 200 Euro für zusätzliche Betreuungsleistungen erstmals Pflegegeld oder Pflegesachleistungen. In den Pflegestufen 1 und 2 wird der bisherige Betrag aufgestockt.

Menschen ohne Pflegestufe (Pflegestufe 0) erhalten monatlich ein Pflegegeld von 120 Euro oder Pflegesachleistungen von bis zu 225 Euro.

Pflegebedürftige in Pflegestufe I erhalten ein um 70 Euro höheres Pflegegeld von 305 Euro oder um 215 Euro höhere Pflegesachleistungen bis zu 665 Euro.

Pflegebedürftige in Pflegestufe II erhalten ein um 85 Euro höheres Pflegegeld von 525 Euro oder um 150 Euro höhere Pflegesachleistungen von bis zu 1.250 Euro.

- **Flexibilisierung der Leistungsanspruchnahme:** Pflegebedürftige und ihre Angehörigen können neben den heutigen verrichtungsbezogenen Leistungskomplexen auch bestimmte Zeitvolumen für die Pflege wählen. Sie können dann zusammen mit den Pflegediensten entscheiden, welche Leistungen in diesem **Zeitkontingent** erbracht werden sollen.

- In einem Modellvorhaben wird geprüft, ob neben den heutigen Pflegediensten auch **Betreuungsdienste** vorgehalten werden können, die ihr Leistungsangebot auf Demenzkranke spezialisieren.
- Künftig wird es möglich sein **auch in teilstationären Pflegeeinrichtungen der Tages- und Nachtpflege zusätzliche Betreuungskräfte** einzusetzen, die vollständig von der Pflegeversicherung finanziert werden.
- Wichtig ist die **Stabilisierung und Stärkung der Situation der pflegenden Angehörigen**, die mit ihrem Einsatz für eine gute Betreuung der Pflegebedürftigen sorgen und manchmal mit der Situation überfordert sind. In der Krankenversicherung wird deshalb ausdrücklich betont, dass bei anstehenden **Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen** die besonderen Belange pflegender Angehöriger berücksichtigt werden. Sie erhalten zudem leichter die Möglichkeit, eine Auszeit zu nehmen. Künftig wird das **Pflegegeld** zur Hälfte weitergezahlt, wenn Sie eine Kurzzeit- oder Verhinderungspflege für ihren Pflegebedürftigen in Anspruch nehmen. Zudem können auch Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartige Einrichtungen stärker als bisher in die Versorgung pflegender Angehöriger mit Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen einbezogen werden, soweit sie dazu geeignet sind.
- Eine **rentenversicherungsrechtliche Absicherung** erfordert eine Mindestpflegeaufwendung von 14 Stunden pro Woche. Zum Ausgleich von Härtefällen muss dieser Pflegeaufwand zukünftig nicht allein für einen Pflegebedürftigen getätigt werden, sondern kann auch durch die Pflege von zwei oder mehr Pflegebedürftigen erreicht werden.
- Für **Selbsthilfegruppen** in der Pflegeversicherung werden **10 Cent pro Versicherten und Jahr**, also insgesamt 8 Millionen Euro jährlich, von der Pflegeversicherung, bereitgestellt. Klargestellt wird zudem, dass auch für ehrenamtliche Unterstützung als ergänzendes Engagement bei allgemeinen Pflegeleistungen in zugelassenen stationären Pflegeeinrichtungen Aufwandentschädigungen gezahlt werden können.
- Um es Pflegebedürftigen zu ermöglichen, so leben zu können, wie sie das möchten, werden Wohnformen zwischen der ambulanten und stationären

Betreuung zusätzlich **gefördert**. Unter bestimmten Umständen gibt es für solche **Wohngruppen** je Pflegebedürftigen **200 Euro zusätzlich**, um dem höheren Organisationsaufwand gerecht werden zu können. Darüber hinaus ist ein zeitlich befristetes Initiativprogramm zur Gründung ambulanter Wohngruppen vorgesehen mit einer **Förderung von 2.500 Euro pro Person** (maximal 10.000 Euro je Wohngruppe) für notwendige Umbaumaßnahmen in der gemeinsamen Wohnung. Insgesamt steht für die Förderung eine Summe von 30 Millionen Euro zur Verfügung.

- Bereits heute gilt: Die Pflegekassen können subsidiär **finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes** des Pflegebedürftigen gewähren, beispielsweise für technische Hilfen im Haushalt. Die Zuschüsse dürfen einen Betrag in Höhe von 2.557 Euro je Maßnahme nicht übersteigen. Bisher wurde eine Maßnahme nur einmal gefördert, auch wenn sie mehreren Pflegebedürftigen zugute kam. Künftig kann der Zuschuss bis zu viermal 2.557 Euro, also **bis zu 10.228 Euro**, betragen, **wenn mehrere Pflegebedürftige zusammen wohnen**. Dies kommt vor allem ambulant betreuten Wohngruppen für Pflegebedürftige zu Gute.
- Die Rechte der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen gegenüber Pflegekassen und Medizinischem Dienst werden gestärkt. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird verpflichtet, für die Medizinischen Dienste verbindliche **Servicegrundsätze** zu erlassen. Dieser „Verhaltenscodex“ soll sicherstellen, dass ein angemessener und respektvoller Umgang mit den Pflegebedürftigen Standard ist. Antragsteller sind zudem darauf hinzuweisen, dass sie einen Anspruch darauf haben, das MDK-Gutachten zugesandt zu bekommen. Sie erhalten zudem **automatisch eine Auskunft, ob die Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme angezeigt ist**. So soll dem so wichtigen Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ Ausdruck verliehen werden.
- Zur Sicherstellung einer frühzeitigen Beratung müssen die Pflegekassen Antragstellern zukünftig einen **Beratungstermin innerhalb von zwei Wochen** unter Nennung eines Ansprechpartners anbieten. Die Beratung soll auf Wunsch des Versicherten in der häuslichen Umgebung oder in der

Einrichtung, in der der Versicherte lebt, erfolgen. Können Pflegekassen diese Leistung zeitgerecht nicht selber erbringen, dann müssen sie ihm einen **Beratungsgutschein** für die Inanspruchnahme der erforderlichen Beratung durch einen anderen qualifizierten Dienstleister zur Verfügung stellen.

- Zeitnahe Entscheidungen sind für Pflegebedürftige und Antragsteller von großer Bedeutung. Wenn innerhalb von vier Wochen keine Begutachtung erfolgt, wird die Pflegekasse deshalb verpflichtet, dem Versicherten mindestens drei Gutachter zur Auswahl zu benennen, damit es auch ohne den MDK voran gehen kann. Wenn die Pflegekassen **Begutachtungsentscheidungen nicht fristgerecht** treffen, dann haben sie künftig dem Antragsteller **für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung 70 Euro** als erste Versorgungsleistung zur Verfügung zu stellen.
- Um die **medizinische Versorgung in den Pflegeheimen** zu verbessern, wird dafür gesorgt, dass mehr Vereinbarungen zwischen Heimen und Ärzten bzw. Zahnärzten geschlossen werden, die auch die Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal regeln. Bessere finanzielle Anreizmöglichkeiten sollen dafür sorgen, dass verstärkt Haus- bzw. Heimbefuche durch den Arzt bzw. Zahnarzt erfolgen. Die Pflegeheime haben darüber zu informieren, wie die ärztliche bzw. zahnärztliche Versorgung sowie die Versorgung mit Arzneimitteln bei ihnen organisiert ist.
- Im Sinne einer **besseren Beratung** werden die Pflegekassen verpflichtet die Versicherten und ihre Angehörigen über die Leistungen der Pflegekassen sowie über die Leistungen und Hilfen anderer Träger, in für sie verständlicher Weise zu unterrichten.

Die Erhöhung des Beitragssatzes um 0,1 % Beitragssatzpunkte zum 1. Januar 2013 ermöglicht eine Finanzierung der Leistungsverbesserungen.

Die Förderung der privaten **Pflege-Vorsorge** unterstützt die Menschen dabei, für den Fall der Pflegebedürftigkeit eigenverantwortlich vorzusorgen. Die **staatliche Zulage von 60 Euro im Jahr** soll auch Menschen mit geringerem Einkommen den Abschluss einer Pflege-Zusatzversicherung ermöglichen. Die Versicherungs-

unternehmen dürfen keinen Antragsteller aufgrund möglicher gesundheitlicher Risiken ablehnen; Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse sind nicht erlaubt, damit möglichst viele Menschen die staatliche Förderung in Anspruch nehmen können.

Daneben enthält das Gesetz wichtige Verbesserungen in anderen Bereichen. So werden die Vorschriften zu den Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft von der Reichsversicherungsordnung (RVO) ins Fünfte Buch Sozialgesetzbuch überführt. Damit wird im Sinne einer rechtlichen Anpassung eine langjährige Forderung vor allem der Hebammenverbände umgesetzt. An einigen Stellen werden diese Regelungen im Sinne der Versicherten ergänzt. Beispielsweise können die Krankenkassen ihren Versicherten zukünftig auch im Bereich der Hebammenleistungen in ihren Satzungen ergänzende Leistungen anbieten. Auch wird der Anspruch des Säuglings auf Hebammenhilfe nun ausdrücklich im Gesetz geregelt. Darüber hinaus wird die Qualität der Leistungen und der Leistungserbringung in der gesamten Hebammenhilfe gestärkt.

Weitere Informationen unter:

<http://www.bundesgesundheitsministerium.de/pflege/das-pflege-neuausrichtungsgesetz.html>

Bürgertelefon des BMG

Fragen zur Krankenversicherung

■ 030 / 340 60 66 – 01

Fragen zur Pflegeversicherung

■ 030 / 340 60 66 – 02

Fragen zur gesundheitlichen Prävention

■ 030 / 340 60 66 – 03

Service für Gehörlose/Telefax

■ 030 / 340 60 66 – 07

Gebärdentelefon ISDN-Bildtelefon

■ 030 / 340 60 66 – 08

Service für Gehörlose/Schreibtelefon

■ 030 / 340 60 66 – 09

Das Bürgertelefon des BMG erreichen Sie montags bis donnerstags von 8 bis 18 Uhr und freitags von 8 bis 15 Uhr.