Bundesministerium
für Gesundheit

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

Presse-mitteilung

Berlin, 28. März 2012
Nr. 18

Kabinett beschließt Gesetz zur Neuausrichtung der Pflege-versicherung

Das Bundeskabinett hat heute den Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz – PNG) beschlossen.

Die soziale Pflegeversicherung muss insbesondere mit Blick auf die Situation der an Demenz erkrankten Menschen neu ausgerichtet werden.

Bundesgesundheitsminister **Daniel Bahr**: „Mit diesem zentralen Projekt richten wir die Leistungen der Pflegeversicherung konsequent auch auf die Bedürfnisse der an Demenz erkrankten Menschen aus. Im Vordergrund der Pflegeversicherung stehen bis heute immer noch die körperlichen Einschränkungen und nicht die demenziellen Erkrankungen. Deshalb wollen wir mit Blick auf die Schaffung eines neues Pflegebedürftigkeitsbegriffs insbesondere die ambulante Versorgung für diese Personengruppe ausbauen. Pflegedienste sollen künftig neben der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung auch die Leistung „Betreuung“ anbieten, die sich speziell an demenziell Erkrankte richtet. Zugleich werden die Leistungen für demenziell Erkrankte in der ambulanten Versorgung deutlich erhöht und die Wahl- und Gestaltungsmöglichkeiten für die Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen

ausgeweitet. Ein ganz besonderes Anliegen ist mir zudem, durch eine Förderung von Wohngruppen den Menschen eine zusätzliche Versorgungsalternative anzubieten."

Ab dem 1. Januar 2013 erhalten Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, die ohne Pflegestufe (Pflegestufe 0) sind, monatlich ein Pflegegeld von 120 Euro oder Pflegesachleistungen von bis zu 225 Euro. Pflegebedürftige in Pflegestufe I erhalten 305 Euro Pflegegeld oder Pflegesachleistungen von bis zu 665 Euro. Pflegebedürftige in Pflegestufe II bekommen 525 Euro Pflegegeld oder Pflegesachleistungen von bis zu 1.250 Euro.

Darüber hinaus wird es eine Flexibilisierung der Leistungsinanspruchnahme und eine bessere Beratung bis hin zur Entlastung von Angehörigen geben. Mit einem Initiativprogramm werden Wohngruppen gefördert, mit denen gezielt Angebotsformen zwischen der Versorgung zu Hause und der Unterbringung im Heim ausgebaut werden. Zugleich erhält jeder Pflegebedürftige 200 Euro zusätzlich pro Monat in der Wohngruppe; daraus kann man eine Präsenzkraft zur Übernahme vielfältiger organisatorischer Aufgaben finanzieren.

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff soll in mehreren Schritten umgesetzt werden. Davor werden noch bestehende Umsetzungsfragen parallel zum Gesetzgebungsverfahren von einem Expertenbeirat zügig bearbeitet und die weiteren Schritte vorbereitet.

Heute sind 2,4 Millionen Menschen pflegebedürftig. Ein hoher Anteil der pflegebedürftigen Menschen ist zugleich an Demenz erkrankt. Die Gesamtzahl der an Demenz erkrankten Menschen wird derzeit auf mindestens 1,2 Millionen geschätzt. In wenigen Jahrzehnten wird die Zahl der pflegebedürftigen Personen auf über 4 Millionen Menschen steigen. Dieser Wandel stellt große Herausforderungen nicht nur an die Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung, sondern auch an deren Finanzierung. Menschen, die für Leistungen bei Pflegebedürftigkeit zusätzlich privat vorsorgen, werden daher künftig unterstützt. Die freiwillige private Pflege-Vorsorge wird ab dem 1. Januar 2013 steuerlich gefördert. Dies bedarf noch einer gesetzlichen Regelung.

Maßnahmen Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz

Die pflegerische Versorgung wird weiterentwickelt. Ein Schwerpunkt ist dabei, die Leistung der Pflegeversicherung bedarfsgerechter auf die besonderen Bedürfnisse

Demenzkranker auszurichten. Das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz hat zudem das Ziel, dass pflegebedürftige Menschen mehr Chancen für ein selbständiges und selbstbestimmtes Leben bekommen und soweit wie möglich am gesellschaftlichen Leben teilhaben. 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. Dies sind Leistungen, die speziell auf die Bedürfnisse Demenzkranker zugeschnitten sind.

- Zugleich wird es ab 2013 in der ambulanten Versorgung auch höhere Leistungen für Demenzkranke geben.

  In der sog. 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.

- Die notwendigen Vorbereitungsarbeiten zur Umsetzung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs werden zügig fortgesetzt. Hierfür ist ein Expertenbeirat unter Vorsitz von Herrn Wolfgang Zöller, MdB, und Herrn K.-Dieter Voß eingerichtet, der die noch offenen Umsetzungsfragen schnellstmöglich klären wird.

- **Flexibilisierung der Leistungsinanspruchnahme**: Pflegebedürftige und ihre Angehörigen können sich künftig flexibler gemeinsam mit den Pflegediensten auf die Leistungen verständigen, die sie wirklich benötigen. Sie 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. Auch dies trägt insbesondere den besonderen Bedürfnissen Demenzkranker Rechnung.

- Im Modellvorhaben wird überprüft, ob neben den heutigen Pflegediensten auch Betreuungsdienste vorgehalten werden können, die ihr Leistungsangebot auf Demenzkranke spezialisieren.

- 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 sollen deshalb bei anstehenden **Rehabilitationsmaßnahmen** ihre besonderen Belange entsprechend 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.

  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 Pflegebedürftigen erreicht werden.

- Über eine stärkere **Förderung von Selbsthilfegruppen** soll gerade auch die Situation der pflegenden Angehörigen verbessert werden. Für Selbsthilfegruppen in der Pflegeversicherung werden 10 Cent pro Versicherten und Jahr bereitgestellt. Es bleibt bei der Kofinanzierung durch Länder/Kommunen.

- 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 Bewohner 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. Unterstellt man je Wohngemeinschaft durchschnittlich vier Pflegebedürftige, so könnten mit den Mitteln etwa 12.000 Anspruchsberechtigte oder 3.000 neu entstehende Wohngemeinschaften in den ersten Jahren gefördert werden.

Zur wissenschaftlich gestützten Weiterentwicklung und Förderung neuer Wohnformen werden zusätzlich 10 Millionen Euro zur Verfügung gestellt. Dabei sind insbesondere solche Konzepte einzubeziehen, die es alternativ zu stationären Einrichtungen ermöglichen, außerhalb der vollstationären Betreuung bewohnerorientiert individuelle Versorgung anzubieten.

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, wenn dadurch im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt wird. Die Höhe der Zuschüsse ist unter Berücksichtigung der Kosten der Maßnahme sowie eines angemessenen Eigenanteils in Abhängigkeit von dem Einkommen des Pflegebedürftigen zu bemessen. Die Zuschüsse dürfen einen Betrag in Höhe von 2.557 Euro je Maßnahme nicht übersteigen.

- Die Rechte der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen gegenüber Pflegekassen und Medizinischem Dienst werden gestärkt. Der **Medizinische Dienst** wird verpflichtet, 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 Rehabilitationsempfehlung**. 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. Wichtig ist die frühzeitige Sicherstellung der Beratung, damit alle Chancen für die Organisation eines möglichst selbstbestimmten Lebens genutzt werden.

- Zeitnahe Entscheidungen sind für die Pflegebedürftigen bzw. die Antragsteller von großer Bedeutung. Wenn die Pflegekassen **Leistungsentscheidungen nicht fristgerecht** treffen, dann haben sie künftig dem Antragsteller **ab dem ersten Tag der Überschreitung 10 Euro** als erste Versorgungsleistung zur Verfügung zu stellen. Damit die Pflegekassen auch rechtzeitig entscheiden können, erhalten sie die Möglichkeit, andere Gutachter als den MDK einzusetzen. In diesem Fall hat der Versicherte die Wahl zwischen drei Gutachtern.

- 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. Finanzielle Anreize sollen dafür sorgen, dass verstärkt Haus- bzw. Heimbesuche 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.

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

Eine Förderung der privaten Pflege-Vorsorge soll die Menschen dabei unterstützen, für den Fall der Pflegebedürftigkeit eigenverantwortlich vorzusorgen.