



Bundesministerium
für Gesundheit



Gut zu wissen – das Wichtigste zur Pflegereform 2008

www.bmg.bund.de



Gut zu wissen – das Wichtigste
zur Pflegereform 2008



Liebe Bürgerinnen und Bürger,

ob Jung oder Alt – das Thema Pflege geht uns alle an. Denn Menschen, die auf Pflege angewiesen sind, brauchen unsere besondere Aufmerksamkeit und Unterstützung.

Mit der Pflegereform 2008 haben wir einen wichtigen Schritt unternommen, die Versorgung pflegebedürftiger Menschen zu verbessern und ihnen ein Leben in Würde zu ermöglichen. Die Reform rückt mit höheren Leistungen, besserer Beratung und mehr Qualitätssicherung in der Pflege die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen, ihrer Angehörigen und der Pflegekräfte in den Mittelpunkt.

Die professionellen Pflegekräfte, die ehrenamtlich Tätigen und die Angehörigen, die sich in häuslicher Pflege um ihre Angehörigen kümmern, verdienen unseren besonderen Dank und Respekt. Sie bei ihrer täglichen Arbeit zu unterstützen, war ebenfalls ein vorrangiges Ziel der Pflegereform.

In dieser Informationsbroschüre finden Sie die wichtigsten Neuerungen, die die Bundesregierung mit der Pflegereform 2008 auf den Weg gebracht hat.

A handwritten signature in black ink, which appears to read 'Ulla Schmidt'.

Ihre Ulla Schmidt
Bundesministerin für Gesundheit

Inhaltsverzeichnis

I.	Pflege geht uns alle an: Die Pflegereform 2008	5
II.	Pflege hat einen Wert	7
III.	Pflege muss gezielt helfen: Mehr Unterstützung für demenziell erkrankte Menschen	11
IV.	Pflege braucht individuelle Beratung: Pflegestützpunkte und Pflegeberater	12
V.	Pflege bedeutet Zuwendung: Die neue Pflegezeit	14
VI.	Pflege verlangt Qualität: Mehr Kontrolle, mehr Transparenz, weniger Bürokratie	15
VII.	Pflege verdient angemessene Bezahlung: Die Vergütung der Pflegekräfte und Pflegeeinrichtungen	17
VIII.	Pflege braucht Engagement: Ehrenamt und Selbsthilfe	18
IX.	Stärkung von Prävention und Rehabilitation in der Pflege	19
X.	Anpassung der privaten Pflege-Pflicht- versicherung (PPV) an die Regeln der gesetzlichen Krankenversicherung und Stärkung der Eigenvorsorge	21

I. Pflege geht uns alle an: Die Pflegereform 2008

Alle Industrienationen haben eines gemeinsam: Ihre Gesellschaften werden immer älter. Nach den Vorausschätzungen zur Bevölkerungsentwicklung wird in Deutschland die Anzahl älterer Personen (60 Jahre und älter) von 2005 bis zum Jahr 2030 um 8,5 Mio. Menschen auf 28,5 Mio. ansteigen.

Ein heute sieben Jahre altes Mädchen hat gute Chancen, das 22. Jahrhundert zu erleben. Diese positive Entwicklung hat jedoch auch eine Kehrseite. Ab dem 80. Lebensjahr steigt die statistische Wahrscheinlichkeit, auf fremde Hilfe angewiesen zu sein, rapide an – auf 28,4 Prozent. Das heißt: je älter die Bevölkerung, desto höher die Zahl der Pflegebedürftigen.



Die meisten Menschen möchten im Kreise ihrer Familie alt werden.

In der Pflege wird deutlich, was es heißt, in einer Gesellschaft zu leben, in der sich Lebensentwürfe und Familienstrukturen stark wandeln. Ein Großteil der älteren Menschen möchte zu Hause gepflegt werden, doch ihre Angehörigen wissen häufig nicht, wie sie die Pflege zu Hause organisieren sollen.

Übernehmen die berufstätigen Kinder die Pflege, muss geklärt werden, wie sie in dieser Zeit sozial abgesichert sind. Demenziell erkrankte Menschen brauchen nicht nur Hilfe bei der körperlichen Pflege, sondern auch eine umfassende Betreuung. Und wer seine Angehörigen in einem Heim unterbringt, möchte wissen, wie es um die Qualität der Pflegeeinrichtung bestellt ist.

Die Pflegereform – das Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung – passt die Strukturen in der Pflegeversicherung besser an die Bedürfnisse der Menschen an.

Die Reform bringt spürbare und konkrete Verbesserungen für Pflegebedürftige, Angehörige und Pflegekräfte. Die Leistungen werden schrittweise bis 2012 angehoben und der Kreis der Anspruchsberechtigten wird erweitert. Erstmals wird es einen Anspruch auf individuelle und umfassende Pflegeberatung (Fallmanagement) geben. Als zentrale wohnortnahe Anlaufstellen für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen sollen Pflegestützpunkte eingerichtet werden.

Eine Reihe von Maßnahmen trägt dazu bei, dass die Qualität der Pflege verbessert wird: Durch verständliche Prüfberichte werden beispielsweise gute und weniger gute Einrichtungen für Bürgerinnen und Bürger einfacher zu erkennen und zu unterscheiden sein.

So hilft die Pflegereform, dass pflegebedürftige Menschen so leben, wohnen und betreut werden, wie sie es gerne möchten.

Um Leistungsverbesserungen zu finanzieren, wird der Beitragssatz ab dem 1. Juli 2008 um 0,25 Prozentpunkte auf 1,95 Prozent (bei Kinderlosen dann 2,2 Prozent) moderat erhöht.

Die Pflege in die Mitte der Gesellschaft rücken und den Betroffenen helfen – das sind die Ziele der Pflegereform 2008.

II. Pflege hat einen Wert

Durch die Pflegereform werden die finanziellen Leistungen der Pflegeversicherung spürbar angehoben und der Anspruch auf Unterstützung wird ausgeweitet. Die Leistungen werden ab 2015 dynamisiert, das heißt, alle drei Jahre wird geprüft, ob eine Anpassung an die Preisentwicklung erforderlich ist. Mit der Erhöhung des Beitragssatzes werden die **monatlichen** Leistungen für Pflegebedürftige spürbar angehoben.

Ambulante Sachleistungen (Pflegehilfe)

	Bisher	2008*	2010	2012
Pflegestufe (monatlich in EUR)				
Stufe I	384,00	420,00	440,00	450,00
Stufe II	921,00	980,00	1.040,00	1.100,00
Stufe III**	1.432,00	1.470,00	1.510,00	1.550,00

* Die Werte für 2008 gelten ab 1. 7. 2008.

** Die Stufe III für Härtefälle im ambulanten Bereich in Höhe von 1.918 Euro monatlich bleibt unverändert.

Pflegegeld

	Bisher	2008*	2010	2012
Pflegestufe (monatlich in EUR)				
Stufe I	205,00	215,00	225,00	235,00
Stufe II	410,00	420,00	430,00	440,00
Stufe III	665,00	675,00	685,00	700,00

* Die Werte für 2008 gelten ab 1. 7. 2008.

Vollstationäre Versorgung

	Bisher	2008*	2010	2012
Pflegestufe (monatlich in EUR)				
Stufe III	1.432,00	1.470,00	1.510,00	1.550,00
Härtefall	1.688,00	1.750,00	1.825,00	1.918,00

* Die Werte für 2008 gelten ab 1. 7. 2008.

Die stationären Sachleistungsbeträge der Stufen I und II (Stufe I: 1.023 Euro monatlich, Stufe II: 1.279 Euro monatlich) bleiben zunächst unverändert.

Kurzzeitpflege

Auch bei der Kurzzeitpflege erhöhen sich in den kommenden Jahren stufenweise die **jährlichen** Leistungen. Bis zum Inkrafttreten der Pflegereform lag die Grenze bei 1.432 Euro pro Jahr. In den kommenden Jahren erhöhen sich die Leistungen wie folgt:

	Bisher	2008*	2010	2012
Euro (jährlich)				
Maximal	1.432,00	1.470,00	1.510,00	1.550,00

* Die Werte für 2008 gelten ab 1. 7. 2008.

Darüber hinaus ist die Kurzzeitpflege für pflegebedürftige Kinder unter 18 Jahren künftig auch in Einrichtungen der Behindertenpflege oder anderen geeigneten Einrichtungen möglich. Bisher mussten Kinder häufig in den zugelassenen Einrichtungen der Altenpflege versorgt werden oder der Anspruch auf Kurzzeitpflege konnte gar nicht genutzt werden.

Mehr Leistungen in der Tages- und Nachtpflege

Hier steigen die Leistungen im selben Maße wie die ambulanten Pflegesachleistungen. Darüber hinaus können Leistungen künftig noch besser individuell kombiniert werden. Der höchstmögliche Gesamtanspruch aus der Kombination von Leistungen der Tages- und Nachtpflege mit ambulanten Sachleistungen oder dem Pflegegeld steigt durch die Reform auf das 1,5fache des bisherigen Betrags. Werden also bspw. 50 Prozent der Leistung der Tages- und Nachtpflege in Anspruch genommen, besteht künftig daneben noch ein 100-prozentiger Anspruch auf Pflegegeld oder eine Pflegesachleistung. Letzterer erhöht sich allerdings nicht, wenn weniger als 50 Prozent der Leistung für die Tages- und Nachtpflege in Anspruch genommen werden.

Früherer Anspruch auf Pflegeleistungen

Wer Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen muss, kann künftig schneller mit Hilfe rechnen. Musste man bisher fünf Jahre einzahlen, reicht es nun aus, zwei Jahre eingezahlt zu haben bzw. familienversichert

zu sein, um den vollen Anspruch auf die Leistungen der Pflegeversicherung zu erwerben.

Schnellere Bearbeitung von Anträgen

Wer einen Antrag auf Pflegebedürftigkeit stellt, soll so schnell wie möglich eine Antwort von der Pflegekasse bekommen, spätestens muss die Antwort nach fünf Wochen erfolgen. Bei einem Krankenhausaufenthalt, in einem Hospiz oder während einer ambulant-palliativen Versorgung muss die Antragsbearbeitung innerhalb einer Woche erfolgen. Befindet sich der Antragsteller in häuslicher Umgebung und wird von der pflegenden Person Pflegezeit beantragt, gilt für die Bearbeitung des Antrags auf Feststellung von Pflegebedürftigkeit eine Frist von zwei Wochen.

Früherer Anspruch auf Urlaubsvertretung für Pflegepersonen

Pflegende Angehörige haben künftig bereits nach sechs Monaten Pflege („Vorpflegezeit“) – statt wie bisher erst nach zwölf Monaten – einen Anspruch auf eine Pflegevertretung im Urlaub („Verhinderungspflege“). Im Urlaubs- oder Krankheitsfall der Pflegeperson übernimmt die Pflegekasse die Kosten für eine Ersatzpflegekraft in der Höhe von bis zu 1.470 Euro ab dem 1. Juli 2008, bis zu 1.510 Euro ab dem Jahre 2010 und bis zu 1.550 Euro ab dem Jahre 2012 für bis zu vier Wochen pro Jahr. Zudem werden in Zukunft für die Dauer des Erholungsurlaubs von der Pflegekasse die Rentenversicherungsbeiträge der Pflegeperson weitergezahlt.

Bessere ärztliche Versorgung in Pflegeheimen

In manchen Fällen kann die medizinische Versorgung der Pflegebedürftigen allein von örtlichen Ärzten nicht gewährleistet werden, weil es zu wenige Ärzte gibt oder weil der Bedarf zu groß ist. In diesen Fällen können die Pflegeeinrichtungen künftig Kooperationsverträge mit geeigneten Ärztinnen, Ärzten oder medizinischen Versorgungszentren schließen. Falls Kooperationsverträge nicht zustande kommen, kann das Pflegeheim einen Heimarzt anstellen, der sich der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner annimmt.

Besser organisierte Übergänge

Das „Entlassungsmanagement“ gewährleistet Patientinnen und Patienten einen nahtlosen Übergang in eine ambulante Versorgung, zur Rehabilitation oder in ein Pflegeheim. Die Beratung beginnt schon im Krankenhaus. Speziell geschulte Beschäftigte der Klinik kümmern sich z. B. um die pflegebedürftigen Menschen und planen künftig gemeinsam mit den Betroffenen, den Angehörigen und der Pflegeberaterin oder dem Pflegeberater das weitere Vorgehen.

Verstärkter Einsatz von Einzelpflegekräften

Bisher kamen selbstständige Pflegekräfte nur zum Einsatz, wenn die Versorgung nicht durch ambulante Pflegedienste sicherzustellen war. Künftig können die Pflegekassen Einzelverträge mit Kranken- oder Altenpflegekräften abschließen, die sich selbstständig gemacht haben, wenn die Versorgung durch den Einsatz dieser Kräfte besonders wirksam und wirtschaftlich ist oder wenn dadurch den besonderen Wünschen von Pflegebedürftigen zur Gestaltung der Hilfe Rechnung getragen werden kann. Pflegebedürftige haben dadurch mehr Wahlmöglichkeiten.

Unterstützung neuer Wohnformen – „Poolen“ von Leistungen

Die Pflegereform unterstützt Pflegebedürftige in ihrem Wunsch nach einem selbstbestimmten Leben und fördert neue Wohnformen wie zum Beispiel die Senioren-WG. So können Bewohnerinnen und Bewohner einer Wohngemeinschaft in Zukunft ihre Sachleistungsansprüche zusammenlegen und Leistungen der Grundpflegerischen und hauswirtschaftlichen Versorgung gemeinsam in Anspruch nehmen. Durch das Zusammenlegen („Poolen“) von Leistungsansprüchen in neuen Wohnformen können Wirtschaftlichkeitsreserven erschlossen werden. Die frei werdende Zeit ist vom ambulanten Pflegedienst ausschließlich im Interesse der am Pool beteiligten Pflegebedürftigen für die Betreuung zu nutzen. Das Poolen von Leistungen ist auch für Pflegebedürftige möglich, die im gleichen Wohnviertel wohnen.

III. Pflege muss gezielt helfen: Mehr Unterstützung für demenziell erkrankte Menschen

Durch die Alterung der Gesellschaft wird auch die Zahl der demenziell erkrankten Menschen zunehmen. Die Pflegereform enthält deshalb spürbare und gezielte Verbesserungen für die Betroffenen.

Mehr ambulante Leistungen

Für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz im ambulanten Bereich – dazu gehören zum Beispiel viele demenziell erkrankte Menschen, aber auch psychisch kranke und geistig behinderte Menschen – werden die Leistungen angehoben. Bisher betrug der Betreuungsbetrag bis zu 460 Euro im Jahr. Ab 1. Juli 2008 erhalten die Betroffenen bis zu 100 Euro (Grundbetrag) oder bis zu 200 Euro (erhöhter Betrag) monatlich. Im Jahr sind das bis zu 1.200 bzw. 2.400 Euro. Die Kriterien für die Zuordnung zum Grundbetrag oder zum erhöhten Betrag legen die Spitzenverbände der Pflegekassen im Rahmen von Richtlinien fest.

Auch demenziell erkrankte Menschen mit einem geringeren Pflegebedarf, die noch nicht die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllen, aber Betreuungsbedarf haben (so genannte „Pflegestufe 0“), können erstmals diese Leistungen erhalten.

Mehr Betreuung in stationären Einrichtungen

Durch die Pflegereform wird es den Heimen ermöglicht, zu Lasten der Pflegeversicherung demenziell erkrankten Menschen spezielle Angebote zur zusätzlichen Betreuung und Aktivierung anzubieten, die durch zusätzliche Assistenzkräfte erbracht werden.

IV. Pflege braucht individuelle Beratung: Pflegestützpunkte und Pflegeberater

Das Leistungsspektrum rund um das Thema Pflege wird zunehmend komplexer. Neben der psychischen und physischen Herausforderung bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit empfinden viele Betroffene vor allem die Organisation der Pflege als Belastung. Hier schafft die Pflegereform Abhilfe, bündelt Beratung und Leistungsangebote an einem Ort und stellt den Betroffenen eine individuelle Pflegeberatung zur Seite.

Alles an einem Ort

Der Pflegestützpunkt soll in Zukunft die zentrale Anlaufstelle für Hilfesuchende und gleichzeitig der Ort sein, an dem pflegerische, medizinische und soziale Hilfs- und Unterstützungsangebote vermittelt und koordiniert werden. Beispielsweise erhalten Pflegebedürftige und ihre Angehörigen Unterstützung und Hilfe bei der Antragstellung oder bei der Suche nach einem Pflegeheim oder einer Tagesbetreuung.

Flächendeckende Versorgung

Pflege- und Krankenkassen richten Pflegestützpunkte ein, wenn Bundesländer sich für den Aufbau von Pflegestützpunkten entscheiden. Die Pflegeversicherung unterstützt die Einrichtung von Pflegestützpunkten in gemeinsamer Trägerschaft von Pflege- und Krankenkassen sowie Alten- und Sozialhilfeträgern mit einer Anschubfinanzierung von bis zu 45.000 Euro für jeden Pflegestützpunkt. Werden Selbsthilfegruppen und z. B. ehrenamtlich Tätige nachhaltig in die Tätigkeit eines Pflegestützpunktes eingebunden, kann die Anschubfinanzierung um weitere 5.000 Euro aufgestockt werden. Insgesamt stellt die Pflegeversicherung bis Ende Juni 2011 Fördermittel in einer Gesamthöhe von bundesweit 60 Mio. Euro zur Verfügung. Beim Aufbau der Pflegestützpunkte soll, so weit wie möglich, auf bestehende Beratungsangebote zurückgegriffen werden.

Anspruch auf individuelle Pflegeberatung

Ab 1. Januar 2009 wird ein individueller Anspruch auf Pflegeberatung gesetzlich verankert. Sowohl die gesetzlichen als auch die privaten Pflegekassen sind dann verpflichtet, für alle pflegebedürftigen Versicherten eine umfassende Beratung anzubieten, ein so genanntes Fallmanagement.

Die Beratung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen erfolgt durch die Pflegeberatungskräfte der Pflegekassen, die in den Pflegestützpunkten zu finden sind. Aber auch dort, wo es noch keinen Pflegestützpunkt gibt, müssen die Pflegekassen die umfassende Beratung und Betreuung durch qualifizierte Fachkräfte anbieten. Das werden insbesondere Pflegefachkräfte, Sozialversicherungsangestellte oder Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter sein, die eine entsprechende Zusatzqualifikation erwerben.



Professionelle Beratungskräfte helfen den Betroffenen, zum Beispiel bei der Antragstellung.

V. Pflege bedeutet Zuwendung: Die neue Pflegezeit

Tritt Pflegebedürftigkeit ein, erhalten Berufstätige die Chance, die Pflege zu organisieren und für eine bestimmte Zeit selbst zu übernehmen. Mit der Pflegereform wird ihnen diese Zeit gegeben, mit der so genannten Pflegezeit.

Anspruch auf Pflegezeit

Zum 1. Juli 2008 wird für die Angehörigen von Pflegebedürftigen ein Anspruch auf Pflegezeit eingeführt. Beschäftigte in Betrieben mit mindestens 15 Beschäftigten können sich für die Dauer von bis zu sechs Monaten von der Arbeit freistellen lassen. In dieser Zeit beziehen sie kein Gehalt, bleiben aber sozialversichert.

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 für die Kranken- und Pflegeversicherung bis zur Höhe des Mindestbeitrages. Der Versicherungsschutz in der Arbeitslosenversicherung bleibt erhalten. Die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung werden von der Pflegekasse übernommen.

Kurzzeitige Freistellung von der Arbeit

Wird ein Angehöriger pflegebedürftig, muss schnell Hilfe organisiert werden. Neben dem Anspruch auf Pflegezeit haben Beschäftigte daher das

Recht, bis zu zehn Arbeitstage der Arbeit fernzubleiben (so genannte kurzzeitige Arbeitsverhinderung). In dieser Zeit bleiben die Beschäftigten sozialversichert. Anspruch auf eine kurzzeitige Freistellung haben Beschäftigte unabhängig von der Anzahl der beim Arbeitgeber Beschäftigten.

VI. Pflege verlangt Qualität: Mehr Kontrolle, mehr Transparenz, weniger Bürokratie

Ziel der Pflegereform ist es, Qualitätsmängel in der Pflege abzustellen, bürokratischen Ballast abzuwerfen und die Pflege nachhaltig zu verbessern.

Bundesweite Qualitätsstandards

Die Pflegeselbstverwaltung muss die Entwicklung und Aktualisierung bundesweiter Qualitätsstandards (Expertenstandards) sicherstellen. Zur Selbstverwaltung gehören 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.

Jährliche und unangemeldete Qualitätsprüfungen

Ab 2011 wird jede Einrichtung jährlich und grundsätzlich unangemeldet geprüft. Bis 2010 wird es in jeder Einrichtung mindestens eine Prüfung gegeben haben. Im Mittelpunkt der Prüfungen steht die Ergebnisqualität, also das körperliche Befinden und die Zufriedenheit der Pflegebedürftigen sowie die Wirksamkeit der Pflege- und Betreuungsmaßnahmen in den Pflegeeinrichtungen. Verantwortlich für die Qualitätsprüfungen ist der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK). Er soll aber nicht nur prüfen und bewerten, sondern auch Empfehlungen für die Qualitätsverbesserung abgeben. Bei einer Einrichtung, die die erforderlichen Standards

nicht (mehr) erfüllt, können die Pflegekassen ihre Verträge künftig leichter kündigen.

Verständliche und leicht zugängliche Prüfberichte

Die Berichte der Qualitätsprüfungen werden künftig veröffentlicht, im Internet sowie in den Heimen und Pflegestützpunkten. Die Prüfergebnisse müssen leicht verständlich und verbraucherfreundlich veröffentlicht werden. In den Heimen müssen das Datum der letzten Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, eine Einordnung des Prüfergebnisses nach einer Bewertungssystematik und eine Zusammenfassung der Prüfergebnisse gut sichtbar ausgehängt werden.

Anschauliches Bewertungssystem

Bis Ende 2008 wird ein leicht verständliches Bewertungssystem entwickelt. Denkbar ist die Einführung eines Ampelschemas (rot-gelb-grün) oder eines Sternesystems, wie man es von Hotels und Restaurants kennt.

Mehr Zeit für das Wesentliche durch Bürokratieabbau

Um die Qualität der Pflege zu sichern und transparent zu machen, ist eine angemessene Dokumentation der Pflege Tätigkeit unverzichtbar. Sie sollte aber so effizient wie möglich sein und ein vernünftiges Maß nicht überschreiten. Hierüber treffen Kostenträger und Einrichtungsträger auf Bundesebene Vereinbarungen. Außerdem werden Wirksamkeits- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen in Pflegeeinrichtungen nur noch durchgeführt, wenn es konkrete Anhaltspunkte dafür gibt, dass die Zulassungsvoraussetzungen nicht mehr gegeben sind.

Ziel dieser Vereinfachungen ist die Konzentration auf das Wesentliche, das heißt die Betreuung der Pflegebedürftigen.

VII. Pflege verdient angemessene Bezahlung: Die Vergütung der Pflegekräfte und Pflegeeinrichtungen

Von der Pflegereform profitieren nicht nur die Pflegebedürftigen, sondern auch die Pflegekräfte und Pflegeeinrichtungen.

Pflegeeinrichtungen müssen ihren Angestellten, also den Pflegekräften, ortsübliche Gehälter zahlen. Sonst erhalten sie keine Zulassung oder können eine bestehende Zulassung verlieren.

Angemessene Vergütung der Pflegeeinrichtungen

Bei den Verhandlungen zwischen einer Pflegeeinrichtung und Kostenträgern über die Pflegesätze ist der Vergleich mit anderen, gleichwertigen Pflegeeinrichtungen künftig möglich, wenn die Vertragsparteien dies wollen. Im Rahmen dieser Verhandlungen ist neben Art, Inhalt und Umfang der Leistungen insbesondere auch die individuell von der Einrichtung benötigte Personalausstattung zu vereinbaren.



Die persönliche Zuwendung der Pflegekräfte ist wichtig für die Betroffenen.

VIII. Pflege braucht Engagement: Ehrenamt und Selbsthilfe

Selbsthilfegruppen und ehrenamtlich Tätige leisten einen unschätzbaren Beitrag für unser Gemeinwesen und für die Betreuung von Pflegebedürftigen. Mit der Pflegereform wird es den vielen Helfern leichter gemacht zu helfen. Die Förderung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten und Modellvorhaben wird um 15 Mio. Euro im Jahr auf 25 Mio. Euro angehoben. Niedrigschwellige Angebote sind z. B. Betreuungsgruppen, eine Tagesbetreuung oder Helferinnenkreise zur stundenweisen Entlastung von pflegenden Angehörigen. Damit stehen zusammen mit der Kofinanzierung der Länder und Kommunen 50 Mio. Euro pro Jahr zur Verfügung (statt bisher 20 Mio. Euro pro Jahr). Mit diesen Mitteln kann künftig auch die Selbsthilfe gefördert werden.

Zudem kann der Aufwand für die ehrenamtliche Unterstützung bei der Vergütung der Pflegeeinrichtungen mit berücksichtigt werden.



Ehrenamtliches Engagement ist ein wichtiger Pfeiler des Pflegesystems.

IX. Stärkung von Prävention und Rehabilitation in der Pflege

Bei vielen Pflegebedürftigen gibt es Hoffnung auf Besserung des Gesundheitszustands durch Rehabilitation. Präventionsmaßnahmen tragen außerdem dazu bei, dass auch ältere Menschen möglichst lange ein selbstbestimmtes Leben führen können.

Zeitnahe Einleitung von Reha-Maßnahmen

Wenn die Pflegekasse feststellt, dass eine Leistung zur Rehabilitation angezeigt ist, teilt sie dies, sofern der oder die Versicherte zustimmt, dem zuständigen Rehabilitationsträger mit und leitet damit das Verfahren für eine Rehabilitationsmaßnahme unmittelbar ein. Wird eine Rehabilitationsmaßnahme von der Krankenkasse dennoch nicht rechtzeitig erbracht, muss diese der Pflegekasse einen Ausgleichsbetrag von 3.072 Euro zahlen.



Mit Prävention und Rehabilitation kann vielen geholfen werden.

Anreize durch Bonuszahlungen

Um finanzielle Anreize für die Pflegeeinrichtungen zu schaffen, gibt es künftig Bonuszahlungen für Pflegeheime, die ihre Bewohner besonders aktivierend und rehabilitierend pflegen. Kann eine pflegebedürftige Person dank der Bemühungen des Pflegeheims in eine niedrigere Pflegestufe gestuft werden, erhält das Heim als Bonus 1.536 Euro. Wird der oder die Pflegebedürftige allerdings innerhalb von sechs Monaten wieder hochgestuft, ist das Heim zur Rückzahlung des Betrages verpflichtet.



Gute Pflege bringt mehr Lebensqualität in den Heimalltag.

X. Anpassung der privaten Pflege-Pflichtversicherung (PPV) an die Regeln der gesetzlichen Krankenversicherung und Stärkung der Eigenvorsorge

Die soziale Pflegeversicherung kann die Kosten der Pflege nur zum Teil abdecken. Private Vorsorge ist deshalb sinnvoll.

Soziale Regelung in der PPV

Für die private Pflege-Pflichtversicherung gelten bereits viele soziale Schutzbestimmungen. Neu eingeführt werden soziale Regelungen zur Tragung der Beiträge bei niedrigem Einkommen analog zum Basistarif in der privaten Krankenversicherung.

Vermittlung von Zusatzversicherungen

Pflegekassen können künftig private Pflege-Zusatzversicherungen für jene vermitteln, die sich zusätzlich absichern möchten.

Mitnahmemöglichkeit der Altersrückstellungen

Wie in der privaten Krankenversicherung gibt es in Zukunft auch bei der privaten Pflege-Pflichtversicherung die Möglichkeit, seine Altersrückstellungen in eine andere Kasse mitzunehmen. Dies gilt für Neu- und Bestandsfälle ab 1. Januar 2009.

Informationsmaterialien zum Thema Pflege



Bestell-Nr.: BMG-P-07055

Broschüre „Ratgeber Pflege“

Der Pflege-Ratgeber bietet einen Überblick über das Pflegesystem und beantwortet die häufigsten Fragen im Zusammenhang mit der Pflege.



Bestell-Nr.: BMG-P-G502

Broschüre „Pflegen zu Hause“

Ein Ratgeber für die häusliche Pflege. Mit zahlreichen Tipps und Informationen für verschiedene Pflegesituationen.



Bestell-Nr.: BMG-P-G504

Broschüre „Wenn das Gedächtnis nachlässt“

Ein Ratgeber für die häusliche Betreuung demenzkranker älterer Menschen.



Bestell-Nr.: BMG-P-07053

Flyer „Pflegebedürftig. Was nun?“

Der Flyer hilft bei den ersten Schritten im Pflegefall. Er gibt einen Überblick über die Ansprechpartner, die verschiedenen Stufen der Pflegebedürftigkeit, das Verfahren zur Feststellung des Pflegebedarfs und Neuerungen der Pflegegereform 2008.



Bestell-Nr.: Nagelpflege BMG-P-PL004 / Rollator BMG-P-PL005 / Trinken BMG-P-PL006

Plakate

Unter dem Motto „Gut zu wissen, dass es sie gibt“ veröffentlicht das Bundesministerium für Gesundheit Plakatsmotive mit typischen Pflegesituationen. Die Motive sind bestellbar im Format DIN A2.



Bestell-Nr.: BMG-P-07062 (Postermappe) / Bestell-Nr.: BMG-P-07063 (Postkartenset)

Ein neuer Blick auf die Pflege

Die Fotografin Julia Baier hat im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit den Alltag pflegebedürftiger Menschen, ihrer Angehörigen und Pflegekräfte fotografiert. Die Motive können von Institutionen (z. B. Pflegeheimen, Gemeinden) als Postermappe für Ausstellungen bestellt werden. Privatpersonen können die Fotografien als Postkartenset bestellen.

Weitere Informationsangebote des Bundesministeriums für Gesundheit

Bürgertelefon

Das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit erreichen Sie von Montag bis Donnerstag zwischen 8 und 18 Uhr und Freitag zwischen 8 und 12 Uhr. Der Anruf ist kostenpflichtig.*

Fragen zum Versicherungsschutz

01805/9966-01*

Fragen zur Krankenversicherung

01805/9966-02*

Fragen zur Pflegeversicherung

01805/9966-03*

Fragen zur gesundheitlichen Prävention

01805/9966-09*

Fragen zur Suchtvorbeugung

0221/892031**

Gehörlosen-/Hörgeschädigten-Service, Schreibtelefon

01805/9966-07*

Gebärdentelefon ISDN-Bildtelefon

01805/9966-06*

Gebärdentelefon Video over IP

gebaerdentelefon.bmg@sip.bmg.buergerservice-bund.de

* Festpreis 14 Ct/Min., abweichende Preise aus den Mobilfunknetzen möglich.

** BZgA-Informationstelefon zur Suchtvorbeugung. Mo. – Do, 10 bis 22 Uhr, Fr. – So, 10 bis 18 Uhr

Newsletter

Der BMG-Newsletter enthält Neuigkeiten und Informationen rund um die Themen Gesundheit, Pflege und gesundheitliche Prävention und wird Ihnen alle 14 Tage per E-Mail zugesandt. Sie finden das Anmeldeformular unter: www.bmg-newsletter.de

Versand von Publikationen

Materialien zu allen Bereichen des Bundesministeriums für Gesundheit können Sie bestellen unter:

Publikationsversand der Bundesregierung

Postfach 4810 09
18132 Rostock

E-Mail: publikationen@bundesregierung.de
Telefon: 01805/778090*
Fax: 01805/778094*

Publikationsverzeichnis

Das aktuelle Publikationsverzeichnis des Bundesministeriums für Gesundheit können Sie unter Angabe der Bestellnummer BMG-G-07014 per E-Mail anfordern: publikationen@bundesregierung.de

Gesundheitspolitische Informationen

Die Gesundheitspolitischen Informationen erscheinen alle zwei Monate und behandeln Themen aus den Bereichen Gesundheit, Pflege und Prävention. Die kostenlose Publikation wird Ihnen per Post zugesandt. Abonnement unter: www.bmg-gpi.de

Internetportal

Aktuelle Informationen des Bundesministeriums für Gesundheit finden Sie unter: www.bmg.bund.de

Impressum

Herausgeber:

Bundesministerium für Gesundheit
Referat Öffentlichkeitsarbeit
11055 Berlin

Gestaltung: BUTTER. Agentur für Werbung GmbH

Fotos: Julia Baier

Text und Konzeption: Zum goldenen Hirschen Berlin GmbH

Druck: besscom AG

Stand: Oktober 2008, 3. Auflage

Wenn Sie diese Broschüre bestellen möchten:

Bestell-Nr.: BMG-P-07054

E-Mail: publikationen@bundesregierung.de

Telefon: 018 05/77 80 90*

Fax: 018 05/77 80 94*

Schriftlich: Publikationsversand der Bundesregierung

Postfach 48 10 09

18132 Rostock

* Kostenpflichtig, 14 Ct/Min. aus dem deutschen Festnetz,
abweichende Preise aus den Mobilfunknetzen möglich.

Diese Publikation wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlbewerbern oder Wahlhelfern während des Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Europa-, Bundestags-, Landtags- und Kommunalwahlen. Missbräuchlich ist besonders die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Unabhängig davon, wann, auf welchem Weg und in welcher Anzahl diese Schrift dem Empfänger zugegangen ist, darf sie auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Bundesregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte.