



JOHANNES SINGHAMMER MdB
Stellvertretender Vorsitzender



JENS SPAHN MdB
Vorsitzender der Arbeitsgruppe Gesundheit

Berlin, 25. Januar 2012

An die Mitglieder
der CDU/CSU-Bundestagsfraktion

Schwerpunkte der Reform der Pflegeversicherung

1. Leistungsverbesserung für demenziell erkrankte Menschen

Um für Demenzkranke, die zu Hause betreut werden, im Vorgriff auf eine neue Einstufung nach dem überarbeiteten Pflegebedürftigkeitsbegriff bereits zeitnah Verbesserungen herbeizuführen, erhalten Pflegebedürftige mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz einen Aufschlag.

Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz in der sogenannten Pflegestufe 0 erhalten Leistungen in Höhe von 50 Prozent der Stufe 1. Das sind 225 Euro pro Monat für Pflegesachleistungen.

In den Stufen 1 und 2 werden die Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz um ein Drittel der Leistungen zur nächst höheren Pflegestufe hin erhöht. Statt 450 € sind das künftig 665 € an Pflegesachleistungen in Stufe 1 und 1.250 € statt 1.100 € an Pflegesachleistungen in Stufe 2.

Entscheidet sich der Pflegebedürftige mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz für Pflegegeld, dann sind es 120 € in der Stufe 0, 305 € in Stufe 1 (bisher 235 €), 525 € in Stufe 2 (bisher 440 €).

CDU/CSU-Fraktion
im Deutschen Bundestag
Platz der Republik 1
11011 Berlin
Telefon 030 / 227-71294
Telefax 030 / 227-76519
johannes.singhammer@bundestag.de

Von den Leistungsverbesserungen profitieren etwa 500.000 Pflegebedürftige und ihre Angehörigen.

Darüber hinaus wird die Versorgung der Versicherten mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz in Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege durch die Möglichkeit verbessert, auch in diesen Einrichtungen zu Lasten der Pflegeversicherung zusätzliche Betreuungskräfte einzusetzen. Die Ausweitung zusätzlicher Betreuung auf den teilstationären Bereich ist ein weiterer Beitrag zur Entlastung von pflegenden Personen und zugleich mit einer Stärkung der ambulanten Versorgung verbunden.

2. Flexibilisierung der Leistungsanspruchnahme

Pflegebedürftige und ihre Angehörigen können sich künftig flexibler als bisher gemeinsam mit den Pflegediensten auf die Leistungen verständigen, die sie wirklich benötigen. Dazu erhalten die Pflegebedürftigen Wahlmöglichkeiten bei der Gestaltung und Zusammenstellung des von ihnen gewünschten Leistungsangebots. Sie sollen sich anstelle der heutigen verrichtungsbezogenen Leistungskomplexe auch für bestimmte Zeitvolumen für Pflege und/oder Betreuung entscheiden können. Sie können dann zusammen mit den Pflegediensten frei vereinbaren, welche Leistungen in diesem Zeitkontingent erbracht werden.

Der Pflegebedürftige entscheidet künftig selber, in welchem Umfang er Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung oder Betreuung in Anspruch nimmt und welche Hilfen er konkret abrufen.

3. Stärkung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“

Um dem Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ besser gerecht zu werden, sollen die Rechte der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen auf eine gezielte Beratung und Information durch die Pflegekassen gestärkt werden.

Die Pflegekassen werden verpflichtet, dem Antragsteller neben dem Leistungsbescheid eine im Rahmen der Begutachtung zu erstellende gesonderte Rehabilitationsempfehlung zu übermitteln. Der Antragsteller erhält damit konkrete und für ihn nachvollziehbare Aussagen über für ihn notwendige und empfehlenswerte Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation. Damit sollen der Pflegebedürftige beziehungsweise seine Angehörigen in die Lage versetzt werden, bestehende Ansprüche besser geltend zu machen.

Nicht nur für die Pflegebedürftigen selbst, sondern auch für die pflegenden Angehörigen ist Rehabilitation wichtig. Die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen für pflegende Angehörige zum Beispiel in Einrichtungen, die zugleich Pflege und Betreuung für den zu pflegenden Angehörigen gewährleisten, ist eine wichtige Maßnahme, um pflegenden Angehörigen eine Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen zu erleichtern.

4. Gleichzeitige Gewährung von Pflegegeld und Kurzzeit- beziehungsweise Verhinderungspflege

Um pflegenden Angehörigen eine Auszeit zu erleichtern, wird bei Inanspruchnahme von Leistungen der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege das Pflegegeld hälftig weitergezahlt.

5. Verbesserung der rentenrechtlichen Berücksichtigung bei Pflege von gleichzeitig mehreren Pflegebedürftigen

Um die Pflege von zwei (oder mehreren) Pflegebedürftigen und die daraus resultierende Belastung der Pflegeperson ausreichend zu würdigen, werden zukünftig rentenrechtlich wirksame Pflegezeiten bei Pflege von gleichzeitig zwei oder mehreren Pflegebedürftigen addiert, wenn bei diesen mindestens die Pflegestufe I anerkannt ist.

6. Stärkung neuer Wohn- und Betreuungsformen

Neue Wohn- und Betreuungsformen zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung entsprechen nicht nur den Bedürfnissen vieler Pflegebedürftiger. Sie tragen auch dazu bei, stationäre Pflege zu vermeiden. Die Ermöglichung von Pflege in Wohngruppen stärkt den Vorrang der ambulanten vor der stationären Versorgung. Die neuen Wohn- und Betreuungsformen werden deshalb insbesondere durch drei Maßnahmen gefördert:

- Pflegebedürftige in einer selbstorganisierten Wohngruppe erhalten eine Pauschale von 200 € monatlich für die Beschäftigung einer Kraft für die Organisation und Sicherstellung der Pflege.
- Der Einsatz einzelner, selbstständiger Pflegekräfte in den Wohngruppen wird erleichtert.

- Als Anreiz für die Gründung neuer Wohngruppen wird ein Programm aufgelegt, aus dem eine finanzielle Unterstützung in Höhe von 2.500 € je Pflegebedürftigen bei max. 10.000 € je Wohngruppe für die erforderliche, pflegegerechte Umgestaltung der Wohnung erfolgt.

7. Verbesserung der medizinischen Versorgung in Heimen

Bereits mit dem Versorgungsstrukturgesetz sind Verbesserungen bei der zahnmedizinischen Versorgung von Menschen mit Behinderung in einem Gesamtvolumen von 20 Mio. Euro beschlossen worden.

In einem zweiten Schritt soll die ärztliche und zahnärztliche Hausbesuchstätigkeit bei Bewohnerinnen und Bewohnern in stationären Pflegeeinrichtungen weiter gefördert werden. Hierbei geht es im Einzelnen um folgende Maßnahmen:

- a) Die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen werden verpflichtet, auf Antrag eines Pflegeheims Kooperationsverträge zur Sicherstellung einer ausreichenden ärztlichen Versorgung der Pflegeheimbewohner zu vermitteln.
- b) Um für Ärzte und Zahnärzte Anreize zu schaffen, Hausbesuche bei Pflegeheimbewohnern durchzuführen, sollen zusätzliche Vergütungen in einem Gesamtvolumen von 80 Mio. Euro gewährt werden.
- c) Vollstationäre Pflegeeinrichtungen werden verpflichtet, darüber zu informieren, wie sie die medizinische Versorgung ihrer Pflegeheimbewohner sicherstellen.

8. Verbesserung der Betroffenen-/Versichertenbeteiligung

Um Selbsthilfeverbände und Verbraucherschutzorganisationen stärker in Fragen der Qualitätsentwicklung und der Transparenz von Qualitätsergebnissen einzubinden, wird die Beteiligung der Betroffenen ausgebaut und konkreter gefasst.

9. Förderung der Selbsthilfe

Um die Bedeutung der Selbsthilfe in der Pflege gerade auch für die Angehörigen zu verdeutlichen, wird für diesen Bereich analog der Krankenversicherung ein eigener „Finanztopf“ geschaffen, an dem sich die Län-

der wegen ihrer Infrastrukturverantwortung, wie bisher schon bei der Förderung ehrenamtlicher Strukturen beteiligen sollen.

10. Stärkere Serviceorientierung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung

Der für die Begutachtung der Versicherten zuständige Medizinische Dienst der Krankenversicherung nimmt für die Pflegebedürftigen eine wichtige Schlüsselstellung ein.

Um die Stellung der Versicherten zu verbessern, werden deshalb folgende Maßnahmen ergriffen:

- a) Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung wird zur Entwicklung und Veröffentlichung von Servicegrundsätzen sowie zur Einrichtung eines Beschwerdemanagements verpflichtet.
- b) Wird bei einem Antrag zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit die Entscheidungsfrist nicht eingehalten, erhält der Versicherte ab diesem Zeitpunkt einen Betrag als nicht rückzahlbaren und nicht mit den späteren Leistungen zu verrechnenden Ausgleich.
- c) Die Pflegekassen können neben dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung auch andere unabhängige Gutachter mit der Prüfung, ob Pflegebedürftigkeit vorliegt, beauftragen.
- d) Pflegekassen beziehungsweise Pflegeberater haben die Versicherten im Rahmen der Beratung darüber zu informieren, dass sie einen Anspruch darauf haben, das Gutachten des Medizinischen Dienstes oder eines anderen von der Pflegekasse beauftragten Gutachters zu erhalten.

11. Verbesserung der Beratung und Koordinierung

Um eine möglichst frühzeitige Beratung der Antragsteller in der eigenen Häuslichkeit zu gewährleisten, sollen die Pflegekassen einen konkreten Termin für eine umfassende Beratung vor Ort unter Nennung eines Ansprechpartners innerhalb von 14 Tagen anbieten. Können sie das nicht gewährleisten, ist ein Beratungsgutschein zu übermitteln, der es dem Antragsteller ermöglicht, die Beratung bei einer anderen qualifizierten Beratungsstelle wahrzunehmen.

12. Zukunftssichere Finanzierung

Um die zusätzlichen Leistungen insbesondere für Angehörige und Demenzkranke zu finanzieren, wird der Beitragssatz in der sozialen Pflegeversicherung zum 1. Januar 2013 um 0,1 Beitragssatzpunkte angehoben.

Bei der Pflegeversicherung handelt es sich um ein Teilleistungssystem, das die Menschen in ihrer schweren Lebenssituation durch eine pflegerische Versorgung unterstützt. Eine vollständige Finanzierung der pflegerischen Versorgung wird auch in Zukunft in hohem Maß auf die Übernahme von Eigenverantwortung angewiesen sein.

Eine zusätzliche private Eigenvorsorge ist mithin ein zentraler Baustein für die Finanzierung der Pflegeleistungen. Die soziale Pflegeversicherung wird deshalb um eine steuerfinanzierte Förderung zugriffsgeschützter privater Pflegevorsorgeversicherungen erweitert. Dies geschieht in einem gesonderten Gesetz.

13. Entbürokratisierung

Zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung und zur Entbürokratisierung werden darüber hinaus folgende Maßnahmen ergriffen:

- Die Einkommensprüfung im Zusammenhang mit der Beantragung auf Gewährung wohnumfeldverbessernder Maßnahmen wird abgeschafft.
- Die Rahmenfrist für die Anerkennung als verantwortliche Fachkraft wird einheitlich auf acht Jahre verlängert. Diese Maßnahme dient der Erleichterung des Wiedereinstiegs, zum Beispiel nach familienbedingter Unterbrechung, in den Beruf.
- Die Verpflichtung zugelassener Pflegeeinrichtungen zur Zahlung der ortsüblichen Vergütung wird auf die Fälle begrenzt, in denen keine Mindestlohnregelung gilt.
- Das Qualitätssicherungsrecht wird dahingehend modifiziert, dass Ausnahmen vom Grundsatz der unangemeldeten Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung für den ambulanten Bereich eingeführt werden.
- Es wird die Möglichkeit für einen Modellversuch zur besseren Verzahnung der Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung und der Heimaufsicht eröffnet.