

Kreissenorenrat Landkreis Konstanz

“ Pflegeversicherung und neues Heimrecht.
Was kommt auf die Seniorinnen und Senioren zu? “



Soziale Pflegeversicherung - *ein Erfolgsmodell...*

- **Anzahl der Leistungsempfänger ca. 2 Mio.**
- **qualifizierte und professionalisierte Pflege**
- **Entlastung der Sozialhilfeträger um 6,1 Mrd. €**
- **250.000 neue Arbeitsplätze**

... aber Reformbedarf





Leistungsempfänger am 31.12.2006

rd. 2 Mio. Pflegebedürftige erhalten heute Leistungen



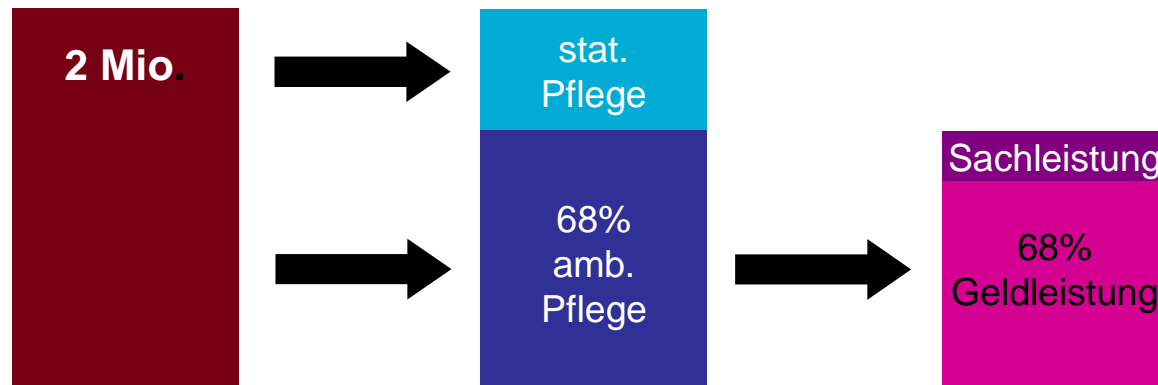
davon 1.309.000 in **häuslicher** Pflege

658.000 in **stationärer** Pflege



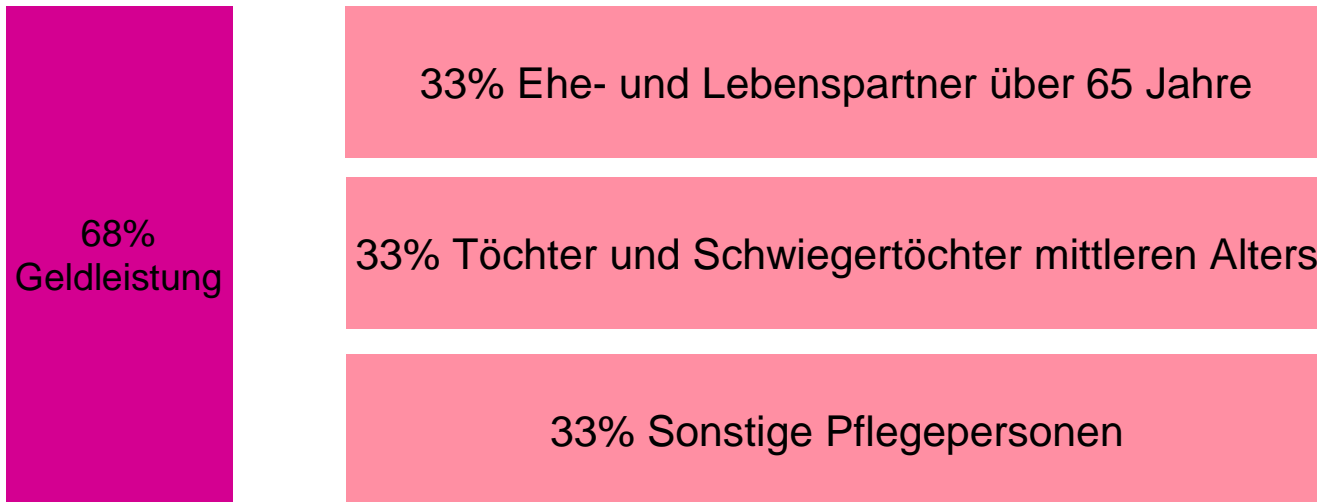


Leistungsverteilung im Jahre 2006



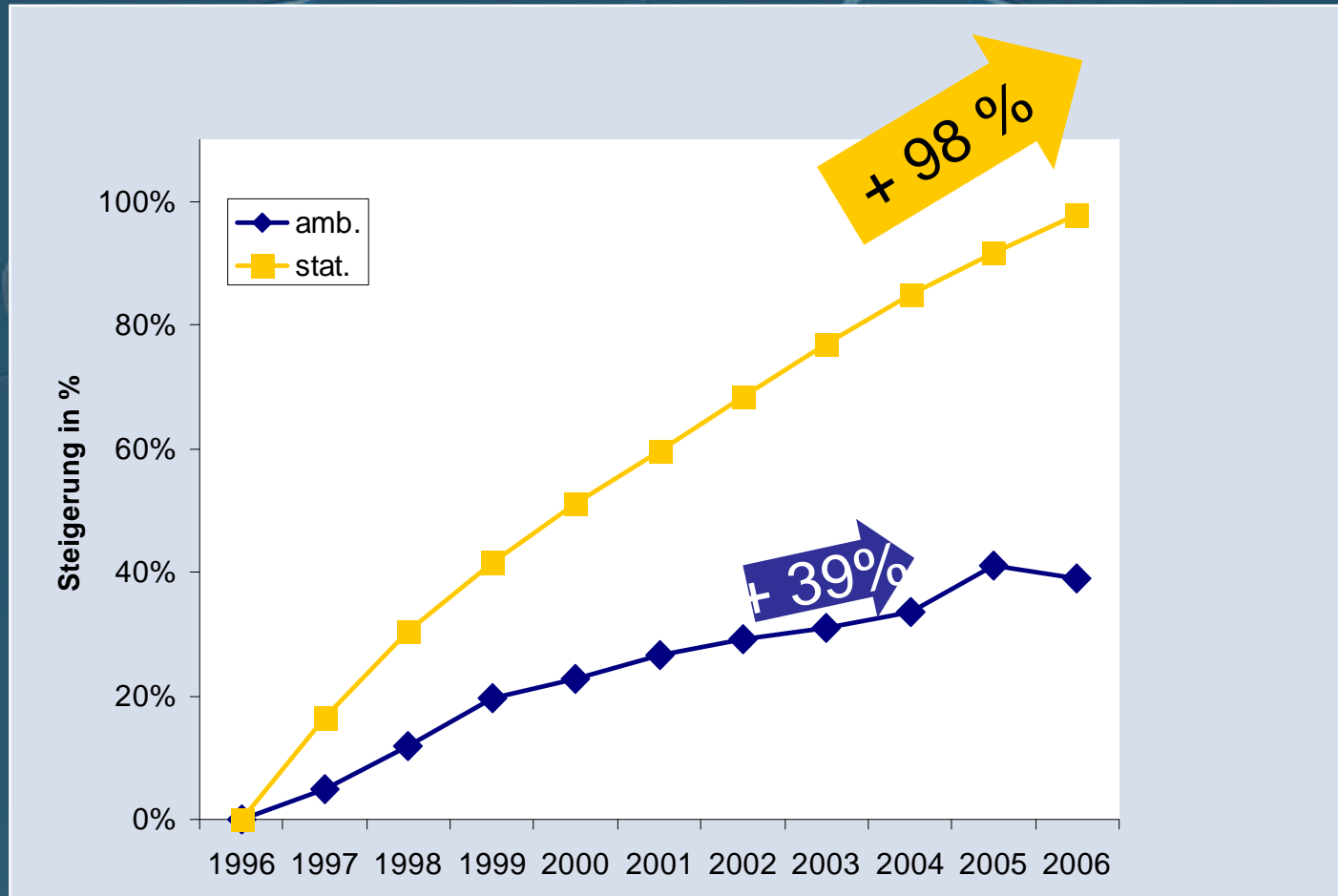


Hauptpflegepersonen im ambulanten Bereich





Steigerung der Zahl der Leistungsempfänger seit 1996





Leistungen der **Pflegeversicherung**

- Pflegesachleistung
- Pflegegeld
- Kombinationsleistung
- Pflegevertretung (z.B. bei Urlaub der Pflegeperson)
- Pflegehilfsmittel und technische Hilfen im Haushalt (auch wohnumfeldverbessernde Maßnahmen)
- Teilstationäre Pflege
- Kurzzeitpflege
- Vollstationäre Pflege
- Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen
- Soziale Sicherung der Pflegepersonen (RV-Beiträge)
- Pflegekurse / Individuelle Häusliche Schulungen
- Zusätzliche Betreuungsleistungen





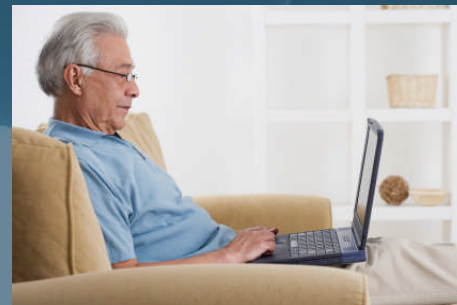
Pflegeinfrastruktur deutlich verbessert

		01/2007	1995
Zugelassene ambulante Pflegeeinrichtungen	→	12.028	4.000
Teilstationäre Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege	→	2.381	100
Einrichtungen der Kurzzeitpflege	→	5.380	223
Einrichtungen der vollstationären Pflege	→	10.095	4.317





Reform der Pflegeversicherung zum 1.07.2008





Ziele der Pflegereform



1. Stärkung der ambulanten Versorgung nach persönlichem Bedarf
2. Ausgestaltung der finanziellen Leistungen
3. Einführung einer Pflegezeit für Beschäftigte
4. Stärkung von Prävention und Rehabilitation in der Pflege
5. Ausbau der Qualitätssicherung und Weiterentwicklung der Transparenz
6. Unterstützung des generationsübergreifenden bürgerschaftlichen Engagements
7. Abbau von Schnittstellenproblemen
8. Förderung der Wirtschaftlichkeit und Entbürokratisierung
9. Stärkung der Eigenvorsorge und Anpassung der privaten Pflegepflichtversicherung an die Regeln des GKV-WSG
10. Finanzierung





Anhebung der Sachleistungsbeträge

ambulant	bisher €	2008	2010	2012
Stufe I	384,-	420,-	440,-	450,-
Stufe II	921,-	980,-	1040,-	1100,-
Stufe III	1432,-	1470,-	1510,-	1550,-

stationär	bisher €	2008	2010	2012
Stufe I	1023,-	1023,-	1023,-	1023,-
Stufe II	1279,-	1279,-	1279,-	1279,-
Stufe III	1432,-	1470,-	1510,-	1550,-
HF	1688,-	1750,-	1825,-	1918,-





Anhebung des Pflegegeldes

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





Integrierte wohnortnahe Versorgung und Pflegestützpunkte

- Anschubfinanzierung für 3 Jahre
- Je Stützpunkt je 20.000 Einwohner 45.000 €

Fallmanagement / Pflegebegleiter

- bis zu 100 Pflegebedürftige und Angehörige je Pflegebegleiter(in)

Landkreis Konstanz
275.000 Einwohner:
14 Pflegestützpunkte ?





Dynamisierung der Leistung

Die Leistungen sollen künftig in einem dreijährigen Rhythmus dynamisiert werden. Da die bisherigen Leistungsbeträge ab 2008 stufenweise angehoben werden, beginnt die entsprechende Dynamisierung erstmals 2015, drei Jahre nach Abschluss der Anhebung. Ob und inwieweit eine Dynamisierung entsprechend der Preissteigerungsrate in der Folgezeit geboten ist, wird danach alle 3 Jahre geprüft. Die Höhe der Anpassung wird von der Bundesregierung ggf. per Rechtsverordnung in Anlehnung an die Inflationsentwicklung in den letzten 3 Jahren festgelegt. Dabei soll der Anstieg nicht höher sein als die Bruttoentwicklung im selben Zeitraum.





Prüfung der Pflegequalität

- **Wie wird Pflegequalität in Zukunft geprüft?**
Der Gesetzentwurf sieht vor, dass der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) in Pflegeheimen und bei ambulanten Pflegediensten alle drei Jahre (bisher keine gesetzliche Regelung; Praxis: alle fünf Jahre) eine Qualitätsprüfung durchführt (Regelprüfung). Der Prüfauftrag ist umfassend (Struktur-, Prozess- und Ergebnis-Qualität), Prüfungen sind – wie bisher – unangemeldet oder angemeldet möglich und beinhalten nunmehr auch gesetzlich fixiert die unverzichtbare Inaugenscheinnahme der pflegebedürftigen Person, um ihren gesundheitlichen und pflegerischen Zustand zu beurteilen. Dies müssen die Pflegekassen gemeinsam mit dem Medizinischen Dienst in den Qualitätsprüfungs-Richtlinien im einzelnen konkretisieren.
- Die Prüfberichte des MDK werden in verständlicher Sprache aufbereitet und veröffentlicht.





Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes

- Nationale und internationale Analyse und Bewertung von Begutachtungsinstrumenten und den dabei verwendeten Pflegebegriffen
- Entwicklung eines neuen praktikableren, standardisierten, allgemein anerkannten Begutachtungsverfahrens
- Überprüfung des Begutachtungsverfahrens von unabhängigen wissenschaftlichen Einrichtungen auf Validität und Verlässlichkeit





Pflegezeit

- Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer haben Anspruch auf unbezahlte Freistellung von der Arbeit für bis zu sechs Monate mit Rückkehrmöglichkeit
- Arbeitnehmer erhalten Anspruch auf eine kurzfristige unbezahlte Freistellung von bis zu 10 Tagen





Demenzerkrankte

- 2006 schätzungsweise 1 Mio. mittelschwer bis schwer Demenzerkrankte

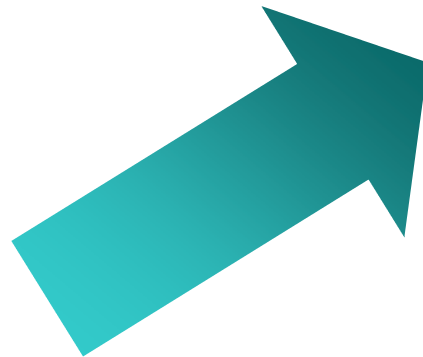
**Problem:
Allgemeine Betreuung / Beaufsichtigung
wurde durch die Pflegeversicherung bisher
nicht abgedeckt**





Zusätzliche Betreuungsleistungen für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

460,- €
pro Jahr



bis
zu
2400,- €
pro Jahr





Transparenz

- **Transparenz: Wie erhalten Pflegebedürftige in Zukunft Informationen über Qualität?**
- Die Ergebnisse der Prüfberichte des MDK oder die Ergebnisse von Zertifizierungsverfahren, müssen veröffentlicht werden. Sie sind sowohl im Internet als auch in anderer geeigneter Form kostenfrei zu veröffentlichen. Die Vertragsparteien der sog. Pflegeselbstverwaltung (auf Bundesebene: Leistungserbringer, Sozialhilfeträger, Pflegekassen – unter Beteiligung des MDS) haben gemeinsam zu regeln, in welcher Form die Darstellung erfolgen soll.

Die Ergebnisse sind in verständlicher, umfassender, nachprüfbarer, übersichtlicher und zuverlässiger Form zu veröffentlichen. Sie sollen die Verbraucher über Art und Datum der Prüfung informieren und sie in die Lage versetzen, vorhandene Angebote zu vergleichen und selbstbestimmt eine Entscheidung zu treffen. Damit dienen die Informationen auch den Pflegestützpunkten als wichtige Arbeits- und Informationsgrundlage. Der Zugang zu den Informationen muss barrierefrei gestaltet werden. Um den Datenschutz zu gewährleisten, sind personenbezogene Daten zu anonymisieren.





Stärkung bürgerschaftlichem Engagement

- Erweiterung der Fördermittel um 5 Mio. Euro für niedrigschwellige Betreuungsangebote
- Einbindung von bürgerschaftlich Engagierten in vernetzten Versorgungsangeboten auf kommunaler Ebene
- Erarbeitung von Empfehlungen, um engagierten Bürgern die Beteiligung an Versorgungssystemen zu vereinfachen





Beitragsentwicklung

Der Beitragssatz zur
Pflegeversicherung wird ab
1. Juli 2008 um 0,25 % auf
1,95 %
(auf 2,2 % für kinderlose Versicherte)
erhöht

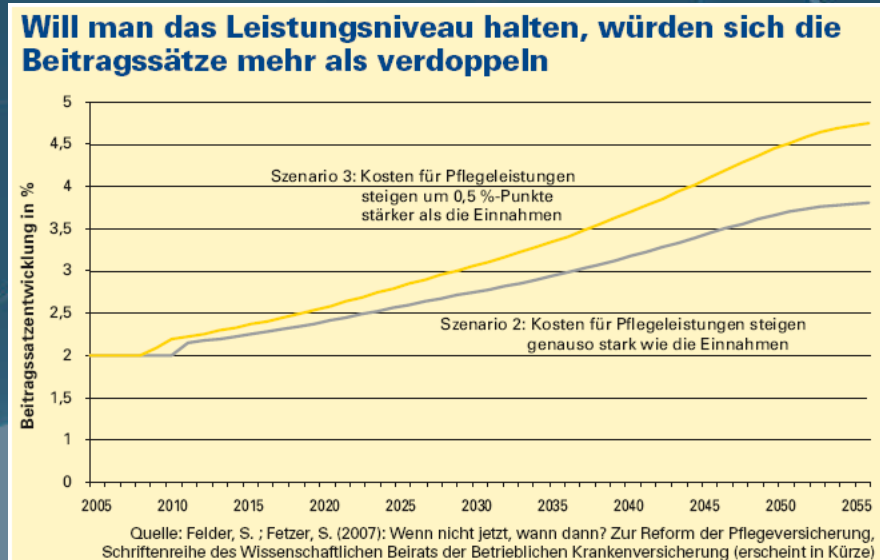




Reicht die Reform?

Der Pflegebereich gehört zu den personalintensiven Dienstleistungssektoren, die es schwer haben, mit dem kostensparenden technischen Fortschritt in der übrigen Wirtschaft Schritt zu halten. Langfristig führt dies zu einem überproportionalen Kostenanstieg.

Darüber hinaus treiben der wachsende Anteil Pflegebedürftiger an der Bevölkerung und der wahrscheinlich sinkende Umfang intrafamiliärer (häuslicher) Pflegeleistungen zu Gunsten der teureren professionellen Pflege die Kosten in die Höhe. Insofern werden die beschlossenen Reformmaßnahmen nicht ausreichen, um eine adäquate Leistungsvergütung auch zukünftig garantieren zu können.



nachhaltige Reform?





Einschätzung der Kostenentwicklung

- 10.000 Leistungsbezieher im ambulanten Bereich = 63 Mio. € pro Jahr
- 10.000 Leistungsbezieher im stationären Bereich (ohne Behinderte) = 151 Mio. € pro Jahr
- 10.000 Leistungsbezieher in Einrichtungen der Behindertenhilfe = 30 Mio. € pro Jahr





Neues Heimrecht Baden-Württemberg Landesheimgesetz – LHeimG



- Neues Landesheimgesetz ab dem 01.04.2008
- Neue Landesheimverordnung ab dem 01.01.2009





Ziele Landesheimgesetz

1. Ermöglichung neuer Wohnformen
2. Klarstellung des Heimbegriffs
3. Vereinfachung und Entbürokratisierung
4. Verbraucherschutz
5. Stärkung der Interessen der Heimbewohner





Heimgesetz – einige Details



- Einführung neuer Wohnformen für Pflegebedürftige und Behinderte
- Abgrenzung des Betreuten Wohnens vom Heim
- Anzeigepflichten für die Heimbetreiber reduziert, die Tages- und Nachtpflege aus dem Anwendungsbereich des Heimrechts herausgenommen
- neues Ziel des Landesheimgesetzes ist der Schutz der Verbraucher
- gestuften Verfahren für mehr Informationsmöglichkeiten und Transparenz der Leistungen und Kosten
- grundsätzlich unangemeldeten Kontrollen der Heimaufsichtsbehörden
- Fachkraftquote mit 50 % nunmehr gesetzlich geregelt
- die Heimaufsicht wird ab 01.01.2010 verpflichtet, Qualitätsberichte über die geprüften Einrichtungen zu erstellen





Ziele Landesheimverordnung

- Überarbeitung überholter Standards
- Flexibilisierung der baulichen und personellen Anforderungen entsprechend dem jeweiligen Hilfe- und Pflegebedarf der Bewohner
- Verstärkte Einbeziehung der Angehörigen in die Mitwirkung an den Angelegenheiten des Heimes
- Vereinfachung der Heimmitwirkung
- Verschlinkung und Zusammenfassung der bestehenden Verordnungen

