

FORUM

Aktuelles aus der dbb frauenvertretung Hessen

Ausgabe September 2008

**„Man hilft den Menschen nicht,
wenn man etwas tut,
was sie selbst tun können.“**

Abraham Lincoln

- **Termin Landeshauptversammlung dbb Frauenvertretung**
- **Knapp fünf Prozent der Väter, aber 57 Prozent der Mütter arbeiten in Teilzeit.**
- **Infotag Wiedereinstieg – Wegweiser für das berufliche Comeback**
- **Das bringt die Pflegereform 2008**

Landeshauptversammlung dbb Frauenvertretung Hessen

Die nächste Landeshauptversammlung der dbb Frauenvertretung Hessen findet am Montag, den 24. November 2008, um 9. 30 Uhr im Behördenzentrum (Finanzamt Frankfurt/Main V), Gutleutstr. 116, in Frankfurt/Main) statt.

Themen werden unter Anderem die aktuelle Entwicklung im Bereich des Beamten- und Tarifrechts sein. Walter Spieß, der Landesvorsitzende des dbb Hessen, stellt die "Grundzüge der Beamtenversorgung" dar.

Bitte merken Sie sich den Termin bereits schon jetzt vor. Vielen Dank!

Knapp fünf Prozent der Väter, aber 57 Prozent der Mütter arbeiten in Teilzeit.

2007 gab es in hessischen Familien, das heißt Ehepaare und Lebensgemeinschaften mit Kindern sowie Alleinerziehende, 634 000 Mütter und 548 000 Väter mit minderjährigen Kindern. Wie das Hessische Statistische Landesamt mitteilt, war die Erwerbsbeteiligung sehr unterschiedlich. Von den Müttern gingen 57 Prozent einer Beschäftigung nach und waren überwiegend in Teilzeit tätig, jede vierte Mutter war vollzeitbeschäftigt. Demgegenüber waren knapp 85 Prozent der Väter erwerbstätig, überwiegend in Vollzeit. Nur etwa knapp fünf Prozent der Väter waren teilzeitbeschäftigt. Mütter, deren jüngstes Kind noch nicht den dritten Geburtstag gefeiert hatte, waren zu 27 Prozent berufstätig. Daneben lag der Anteil der Vollzeitbeschäftigten in dieser Gruppe mit 21 Prozent noch einmal niedriger als im Durchschnitt. Bei den Vätern beeinflusste das Alter des jüngsten minderjährigen Kindes den Umfang ihrer Beschäftigung nur unwesentlich.





Die Differenzierung nach Familienformen zeigt, dass die Quote der Erwerbsbeteiligung allein erziehender Mütter mit minderjährigen Kindern im Durchschnitt um acht Prozentpunkte höher lag als für Mütter in Paargemeinschaften. Bei den Vätern war gerade die umgekehrte Tendenz zu beobachten. Deren Erwerbstätigenquote war im Durchschnitt um neun Prozentpunkte niedriger als die ihrer Geschlechtsgenossen, die in einer Paargemeinschaft lebten. Der Anteil der in Vollzeit Tätigen lag dabei um knapp 17 Prozentpunkte unter dem Durchschnitt aller Väter mit minderjährigen Kindern; mit knapp 64 Prozent war er aber fast doppelt so hoch wie bei den Müttern.

Infotag Wiedereinstieg – Wegweiser für das berufliche Comeback

Mehr als zwei Drittel aller Frauen möchten nach einer familienbedingten Pause zurück in den Beruf. Doch der Wiedereinstieg ist häufig sehr schwierig - vor allem für Frauen, die mehrere Jahre aus der Erwerbstätigkeit ausgeschieden sind. Fehlende Unterstützung und Kontakte sowie ein mangelndes Bewusstsein für eigene Fähigkeiten sind Gründe dafür. Um Frauen bei ihrem beruflichen Comeback zu unterstützen und Orientierung zu bieten, initiiert und unterstützt das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Rahmen des Aktionsprogramms "Perspektive Wiedereinstieg" spezielle Infobörsen für Frauen mit dem Schwerpunktthema Berufsrückkehr.

Der berufliche Wiedereinstieg stand bereits bei einigen der seit 2007 stattfindenden Infobörsen für Frauen im Vordergrund. Unter dem Titel „Infotag Wiedereinstieg“ können sich Veranstalterinnen und Veranstalter jetzt gezielt diesem aktuellen Thema widmen. Das Informationsangebot für Besucherinnen und Besucher kann dabei von Infoständen über Workshops und Beratungen bis hin zu einem unterhaltsamen Rahmenprogramm reichen. Die Informationsveranstaltungen können von örtlichen Gleichstellungs- oder Frauenbeauftragten, Beauftragten für Chancengleichheit der Agenturen für Arbeit, Beratungsstellen sowie von Frauenorganisationen und -verbänden ausgerichtet werden.

Das Servicebüro des Infobüros für Frauen unterstützt kostenlos bei:

-  **Beratung zur Programmplanung und zur allgemeinen Organisation:** Bevor mit der Planung losgelegt wird, kann das Servicebüro kontaktiert werden. Es berät von der Idee und dem ersten Schritt der Planung bis zum Tag der Veranstaltung.
-  **Individuelle Planungsworkshops:** Eine Moderatorin steht zur Verfügung und führt gemeinsam mit den Interessentinnen und Interessenten zwei Workshops zur Veranstaltungskonzeption und zur Öffentlichkeitsarbeit durch, um die Planung einen großen Schritt voranzubringen.
-  **Service:** Genutzt werden können die Servicemappe mit Checklisten und Musteranschreiben, praktischen Tipps und Programmvorschlägen, welche bei der Planung und Vorbereitung wertvolle Dienste leisten.
-  **Neu gestaltete und kostenlose Werbe- und Informationsmaterialien:** Für den Infotag Wiedereinstieg steht komplett neu gestaltetes Werbe- und Informationsmaterialien zur Verfügung. Plakate und andere Werbematerialien wie Banner, Fahnen und Give-Aways stehen beim Servicebüro zur Verfügung. Das

Servicebüro erstellt individuelle Programmflyer für die geplante Veranstaltung.

- ✚ **Ausstellungselemente:** Das Servicebüro kümmert sich um den professionellen Auftritt: Mit einem Computer-Terminal, Prospektständern, Roll-Up-Displays und Teppich-Inseln können die Infotage Wiedereinstieg perfekt präsentiert werden.
- ✚ **Empfehlung und Vermittlung von Expertinnen und Experten:** Soll ein bestimmtes Thema präsentiert werden, es fehlt aber die passende Rednerin bzw. der passende Redner so steht auch hier das Servicebüro unterstützend zur Verfügung.
- ✚ **Medienarbeit:** Kontakt zu lokalen Medien, Vorlagen für Pressemeldungen, Planung effektiver Presseaktionen – das Servicebüro unterstützt bei der Präsentation des geplanten Infotags Wiedereinstieg in der Presse.
- ✚ **Kooperationen mit anderen bundesweiten Initiativen:** Das Servicebüro geht Kooperationen mit anderen interessanten Initiativen und Akteuren ein, die das Gesamtprojekt und die lokalen Infotage Wiedereinstieg bereichern.

Tipps und Ideen für Ihren Infotag Wiedereinstieg

- ✚ Welche Informationen benötigen Wiedereinsteigerinnen?
- ✚ Zu welchen Themen möchten sie beraten werden?
- ✚ Welche Fragen beschäftigen Frauen, die in den Beruf zurückkehren möchten?
- ✚ Infostände, Vorträge, Beratung, Workshops, Rahmenprogramm - Ihr Infotag Wiedereinstieg kann sich aus vielen unterschiedlichen Elementen zusammensetzen. Dabei sollten Sie die Wünsche und Bedürfnisse potentieller Wiedereinsteigerinnen nicht aus den Augen verlieren. Und vor allem: Keine Frage der Besucherinnen und Besucher sollte unbeantwortet bleiben...

So kann das komplexe Thema Wiedereinstieg ansprechend präsentiert werden:

- ✚ **Orientierung und Berufsplanung** Wo stehe ich und wie plane ich mein berufliches Comeback? Welche Fragen muss ich klären, um den ersten Schritt in Richtung Wiedereinstieg zu machen? Wer kann mich dabei unterstützen und wo bekomme ich Informationen?
- ✚ **Jobsuche und Bewerbung** Welche Jobs bietet die Region? Wo finde ich passende Stellenangebote? Wie schreibe ich meine Bewerbung und was gehört in die Bewerbungsmappe? Wie präsentiere ich mich im Vorstellungsgespräch?
- ✚ **Aus- und Weiterbildung** Bin ich ausreichend qualifiziert für den Arbeitsmarkt? Welche Möglichkeiten der Aus- und Weiterbildung gibt es vor Ort? Welche Aus- und Weiterbildungen sind auf dem Arbeitsmarkt gefragt? Wie sieht es mit finanzieller Unterstützung aus?
- ✚ **Existenzgründung und Selbstständigkeit** Wie mache ich mich selbstständig und woran muss ich dabei denken? Welche Förderungen kommen für mich in Frage und wo muss ich sie beantragen?
- ✚ **Familienmanagement und Kinderbetreuung** Welche Angebote gibt es in meiner Region? Gibt es Alternativen zu Kita & Tagesmutter? Mit welchen Kosten muss ich rechnen? Wie kann ich Kinderbetreuung und Haushalt gemeinsam mit meinem Partner organisieren und Aufgaben aufteilen?

- ✚ **Recht und Finanzen** Wie versichere ich mich im Berufsleben? Was ist die beste Altersvorsorge für mich? Verdene ich genug? Welche Steuerklasse ist geeignet für mich?
- ✚ **Berufswelt und Arbeitsalltag** Wie meistere ich souverän und sicher den Arbeitsalltag? Wie gehe ich mit Problemen wie zum Beispiel Mobbing um?
- ✚ **Unternehmen und regionale Wirtschaft** Welche Unternehmen in der Region setzen sich verstärkt für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ein? Was zeichnet ein familienfreundliches Unternehmen aus?
- ✚ **Mütterrollen - Väterrollen** Wie kann ich meinen Partner in meine beruflichen Pläne mit einbinden? Wie reagieren mein Freundeskreis, meine Familie und Kolleginnen und Kollegen auf meinen Wiedereinstieg? Wo bekomme ich als berufstätige Mutter Unterstützung?

Bei Fragen zur Konzeption oder Planung eines Infotags Wiedereinstieg

kontaktieren Sie bitte das Servicebüro unter www.infoboerse-fuer-frauen.de

Quelle: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend www.bmfsfj.de

Das bringt die Pflegereform 2008

Das **Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz)** welches zum 01. Juli 2008 in Kraft getreten ist (BGBl I Nr. 20 vom 30. Mai 2008), hat das Ziel, die Strukturen der Pflege zugunsten aller Beteiligten zu verbessern, insbesondere aber die Situation der Pflegebedürftigen, der Angehörigen und der Pflegenden. Die Pflegeversicherung soll noch besser auf die Bedürfnisse und Wünsche der Pflegebedürftigen sowie ihrer Angehörigen ausgerichtet werden.

Die Leistungen werden schrittweise erhöht – im Bereich der häuslichen Pflege, aber auch für demenziell erkrankte Pflegebedürftige im stationären Bereich. Erstmals wird es einen Anspruch auf individuelle und umfassende Pflegeberatung (**Fallmanagement**) geben. Als zentrale wohnortnahe und erreichbare Anlaufstellen für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen werden **Pflegestützpunkte** nach einer dahingehenden Länderentscheidung eingerichtet. Diese Maßnahmen sollen den Auf- und Ausbau wohnortnaher Versorgungsstrukturen stärken, die eine quartiersbezogene und an den Bedürfnissen der hilfebedürftigen Menschen ausgerichtete Versorgung und Betreuung in Zukunft ermöglichen.

I. Verbesserung der Leistungen

1. Schrittweise Anhebung der ambulanten Sachleistungen, des Pflegegeldes sowie der stationären Leistungen

Bis 2012 werden die ambulanten Sachleistungsbeträge stufenweise angehoben: in Pflegestufe I von jetzt 384 Euro monatlich auf 450 Euro, in Pflegestufe II von 921 Euro auf 1.100 Euro und in Pflegestufe III von 1.432 auf 1.550 Euro. Angehoben wird auch das Pflegegeld in allen Pflegestufen.

Die **stationären Sachleistungsbeträge** der Stufen I und II bleiben zunächst unverändert. Die Stufe III und Stufe III/Härtefälle werden bis 2012 ebenfalls stufenweise abgehoben. Das gilt auch für die Kurzzeitpflege.

Ab 2015 werden die Leistungen der Pflegeversicherung in einem dreijährigen Rhythmus dynamisiert.

2. Ausweitung der Leistungen für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz im ambulanten Bereich

Ab 1. Juli 2008 werden je nach Betreuungsbedarf ein Grundbetrag und ein erhöhter Betrag eingeführt. Der **Betreuungsbetrag** steigt von bisher 460 € jährlich auf bis zu 100 € monatlich (Grundbetrag) bzw. 200 € monatlich (erhöhter Betrag), also auf 1200 € bzw. 2400 € jährlich.

Personen mit einem vergleichsweise geringeren allgemeinen Betreuungsaufwand erhalten den Grundbetrag. Personen mit einem im Verhältnis dazu höheren allgemeinen Betreuungsbedarf bekommen den erhöhten Betrag. Einzelheiten über die Zuordnung zu einer der beiden Gruppen werden bis zum Inkrafttreten der Reform von den Spitzenverbänden der Pflegekassen im Rahmen von Richtlinien festgelegt. Die im Verlaufe eines Kalenderjahres nicht in Anspruch genommenen Beträge können in das nächste Kalenderhalbjahr übertragen werden. Personen mit **eingeschränkter Alltagskompetenz der so genannten Pflegestufe 0** erhalten erstmals auch diese Leistungen.

3. Verbesserung bei der Kurzzeitpflege und der stationären Pflege

Die Leistungen bei der Kurzzeitpflege werden ebenso schrittweise angehoben wie die vollstationären Leistungen in der Pflegestufe III sowie in der Stufe III für Härtefälle.

4. Kurzzeitpflege für Kinder in Einrichtungen der Behindertenhilfe

Es wird ein **spezieller Anspruch auf Kurzzeitpflege für Kinder** unter 18 Jahren in Einrichtungen der Behindertenhilfe oder anderen geeigneten Einrichtungen eingeführt. Bisher hatten pflegebedürftige Kinder nur Anspruch auf Kurzzeitpflege in zugelassenen Pflegeeinrichtungen (häufig Einrichtungen der Altenpflege). Künftig sollen betroffene Kinder auch in auf ihre Bedürfnisse besser ausgerichteten Einrichtungen betreut werden können. Dies soll dazu beitragen, Versorgungslücken und -engpässe für Kinder zu beseitigen.

5. Verbesserung der Leistungen zur Tages- und Nachtpflege

Leistungen für die Tages- und Nachtpflege werden ebenso schrittweise angehoben wie die ambulanten Pflegesachleistungen. Darüber hinaus wird der höchstmögliche Gesamtanspruch aus den Leistungen der häuslichen Pflege und den Leistungen der teilstationären Pflege auf das 1,5-fache des bisherigen Betrages erhöht.

6. Höhere Fördermittel zum weiteren Ausbau niedrigschwelliger Betreuungsangebote sowie für ehrenamtliche Strukturen und Selbsthilfe

Die Förderung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten und Modellvorhaben wird um 15 Millionen € im Jahr auf 25 Millionen € angehoben. Damit stehen zusammen mit der Kofinanzierung der Länder und Kommunen 50 Millionen € pro Jahr zur Verfügung (statt bisher 20 Millionen € pro Jahr). Mit diesen Mitteln soll künftig auch die Selbsthilfe gefördert werden.

7. Leistungsdynamisierung

Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen künftig in einem dreijährigen Rhythmus dynamisiert werden, dies soll dazu dienen, die Leistungen an die Preisentwicklung anzupassen. Da die bisherigen Leistungsbeträge ab 2008 stufenweise angehoben werden, beginnt die entsprechende Dynamisierung erstmals 2015, drei Jahre nach Abschluss der Anhebung der Sachleistungsbeträge.

8. Erleichterung der Inanspruchnahme der Pflegeleistungen

Wer Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen will, soll dies künftig schneller verwirklichen können: Leistungen bekommt, wer mindestens zwei Jahre eingezahlt hat oder familienversichert war. Die Vorversicherungszeit wird von 5 auf 2 Jahre verkürzt.

9. Verkürzte Begutachtungsfristen

Wer einen Antrag auf Pflegebedürftigkeit gestellt hat, muss künftig unverzüglich, spätestens nach fünf Wochen das Ergebnis von seiner Pflegekasse mitgeteilt bekommen. Eine verkürzte Frist von zwei Wochen gilt auch, wenn ein pflegender Angehöriger Pflegezeit beantragt hat, die in der Regel mit einer Notsituation einhergeht. Liegt der Antragsteller im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung oder ist während des Klinikaufenthalts ein Antrag auf Pflegezeit gestellt worden, verkürzt sich die Begutachtungsfrist auf eine Woche. Die auf eine Woche verkürzte Frist gilt künftig auch für Antragsteller in einem Hospiz oder in ambulanter Palliativversorgung.

10. Verkürzung der Vorpflegezeit für die Inanspruchnahme von Verhinderungspflege

Wer einen Angehörigen pflegt, hat bisher schon über die Pflegeversicherung Anspruch auf so genannte Verhinderungspflege. Das bedeutet: Will ein Angehöriger einmal Urlaub machen, besteht Anspruch auf eine Pflegevertretung auf bis zu vier Wochen im Jahr. Zur weiteren Stärkung der häuslichen Pflege wird die Vorpflegezeit für die erstmalige Inanspruchnahme der Verhinderungs- bzw. Urlaubspflege von bisher zwölf auf sechs Monate verkürzt.

11. Beitragszahlungen zur Rentenversicherung auch bei Urlaub der Pflegeperson

Bisher wurde die Zeit des Erholungsurlaubs einer Pflegeperson nicht auf die Rente angerechnet. Zukünftig werden die Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung auch während des Urlaubs der Pflegeperson entrichtet. Damit erhöht sich der Rentenanspruch.

II. Abbau von Schnittstellenproblemen – Heimärzte und Entlassungsmanagement

Die ärztliche Versorgung in Pflegeheimen wird verbessert.

Pflegekassen sollen darauf hinwirken, dass stationäre Pflegeeinrichtungen Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten eingehen. Es wird künftig für Pflegeheime möglich werden, einen **Heimarzt** zu beschäftigen. Die Voraussetzung ist, dass die örtliche Versorgungssituation nicht mit einer Kooperation von Einzelärzten bewältigt werden kann.

Bei der Entlassung aus dem Krankenhaus stehen Menschen, die pflegebedürftig sind, oft hilflos vor einer neuen Situation. Die Reform bringt hier weitere Erleichterungen. Künftig soll sich ein Mitarbeiter der Klinik noch während des Krankenhausaufenthalts um einen pflegebedürftigen Menschen kümmern. Durch **Entlassungsmanagement** sollen die Krankenhäuser den nahtlosen Übergang von der Krankenhausbehandlung in die ambulante Versorgung, zur Rehabilitation oder Pflege gewährleisten. Dabei sollen erfahrene und qualifizierte Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger mit einer Zusatzausbildung die Funktion des **Case-Managers** übernehmen.

Liegt ein Antragsteller im Krankenhaus, in einem Hospiz oder wird er palliativ ambulant versorgt, hat der Medizinische Dienst der Krankenkassen den Pflegebedürftigen innerhalb einer Woche zu begutachten.

Die größte Belastung für Angehörige von Pflegebedürftigen und Betroffene ist weniger die pflegerische Aufgabe, sondern die Vorbereitung und Organisation rund um die plötzlich eingetretene Pflegesituation. Mit der Einführung der **Pflegestützpunkte** wird es eine **zentrale Anlaufstelle** für alle Fragen und Probleme geben. Betroffene erhalten auch durch die individuelle Pflegeberatung umfassende Beratung und Unterstützung in dieser besonderen Lebenssituation.

III. Verbesserung der Demenzbetreuung in Pflegeheimen

Die Betreuung von demenziell erkrankten Menschen wird auch in Heimen deutlich verbessert. Ab 1. Juli 2008 werden gesonderte Angebote für demenziell Erkrankte in Heimen ermöglicht. Eingeführt wird erstmals ein Anspruch der vollstationären Dauer- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen auf zusätzliches sozialversicherungspflichtig beschäftigtes Betreuungspersonal für Heimbewohner mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf. Das zusätzliche Betreuungspersonal (**Betreuungsassistenz**) ist von gesetzlichen und privaten Pflegekassen nach abzuschließenden vertraglichen Vereinbarungen voll zu finanzieren. Dafür werden zusätzlich rund 200 Millionen Euro aufgewendet. Damit soll neben der bereits vorgesehenen Verbesserung der Betreuung demenziell erkrankter Pflegebedürftiger im ambulanten Bereich auch die Betreuung demenziell erkrankter Pflegeheimbewohner deutlich verbessert werden.

IV. Stärkung der ambulanten Versorgung

1. Pflegestützpunkte

Auskunft, Beratung, individuelles Fallmanagement und möglichst großer Service unter einem Dach stehen im Mittelpunkt des Konzepts der Pflegestützpunkte. Auf der Suche z.B. nach einem Pflegeheim, einer Tagesbetreuung, einem Anbieter für Essen auf Rädern oder Angebote der Altenhilfe finden Pflegebedürftige und ihre Angehörigen in den Pflegestützpunkten Unterstützung und Hilfestellung – ähnlich wie in einem Bürgerbüro. Künftig sollen von den Pflege- und Krankenkassen wohnortnahe Pflegestützpunkte eingerichtet werden, wenn ein Land dies entscheidet.

Die Pflegekassen haben darauf hinzuwirken, dass **Kommunen** (Altenhilfe) und die **Sozialhilfeträger** (Hilfe zur Pflege), die örtlich tätigen Leistungserbringer, die Pflegedienste und weitere Kostenträger, wie die privaten Versicherungsunternehmen, sich am Pflegestützpunkt beteiligen.

Die Krankenkassen haben sich an den Pflegestützpunkten zu beteiligen. Nach Möglichkeit sind Selbsthilfegruppen und ehrenamtlich Tätige einzubeziehen. Beim Aufbau eines Pflegestützpunktes ist auf vorhandene vernetzte Beratungsstrukturen zurückzugreifen.

Aufgaben der Pflegestützpunkte sind: Auskunft und Beratung der Pflegeversicherten und der in ihrem Interesse handelnden Personen. Neu ist, dass die Pflegeberatung auch ein Fallmanagement beinhaltet.

Das bedeutet: Im Pflegestützpunkt erarbeitet der Pflegeberater bzw. die Pflegeberaterin auf Wunsch des Ratsuchenden einen Versorgungsplan bezogen auf seine jeweilige persönliche Situation. Die Stützpunkte sollen gesundheitsfördernde, präventive, kurative, rehabilitative oder sonstige medizinische sowie pflegerische und soziale Hilfs- und Unterstützungsangebote vermitteln und koordinieren. Damit können beispielsweise die Inanspruchnahme von Angeboten der offenen Altenhilfe, niedrigschwellige Angebote (z. B. Helferinnenkreise, Betreuungsgruppen) und regelmäßige Termine zur ärztlichen Behandlung von vornherein aufeinander abgestimmt werden. Beim Pflegeberater können Anträge auf Pflegeleistungen oder Krankenkassenleistungen gestellt werden. Der Pflegeberater hat dafür zu sorgen, dass der Antrag unverzüglich der zuständigen Kasse übermittelt wird. Die Kasse wiederum hat ihn ohne Verzögerung zu entscheiden und sowohl dem Antragssteller als auch dem Pflegeberater zu stellen.

Es wird eine **Anschubfinanzierung** von bis zu 45.000 € (zusätzlich bis zu 5.000 € bei Einbindung der Ehrenamtsarbeit) unter der Voraussetzung einer Mitwirkung der Kommunen und Sozialhilfeträger gewährt. Für die Anschubfinanzierung sollen bis Ende Juni 2011 Fördermittel in einer Gesamthöhe von bundesweit 60 Millionen € zur Verfügung gestellt werden.

2. Anspruch auf umfassende Pflegeberatung (Fallmanagement)

Das Leistungsspektrum rund um das Thema Pflege wird immer komplexer. Die Reform soll sowohl Angehörigen als auch den Betroffenen helfen. Ab 1. Januar 2009 wird ein **individueller Anspruch auf Pflegeberatung** gesetzlich verankert. Die Pflegekassen werden verpflichtet, für ihre pflegebedürftigen Versicherten Pflegeberatung (Fallmanagement) anzubieten. Für den Versicherten bedeutet das: ein individuelles Beratungs-, Unterstützungs- und Begleitangebot, das jeweils auf die Bedürfnisse des einzelnen Hilfebedürftigen zugeschnitten ist. Sobald Pflegestützpunkte eingerichtet werden, sind die Pflegeberaterinnen bzw. Pflegeberater im Pflegestützpunkt anzusiedeln. Die Pflegekassen setzen für die persönliche Beratung und Betreuung entsprechend qualifiziertes Personal ein, insbesondere Pflegefachkräfte, Sozialversicherungsfachangestellte oder Sozialarbeiter mit der jeweils erforderlichen Zusatzqualifikation.

Zu den **Aufgaben der Fallmanager** in den Pflegestützpunkten zählt, Betroffene und deren Angehörige von der Organisation der Pflege, der Vermittlung von Pflegediensten, Haushaltshilfen bis hin zur Auswahl geeigneter Pflegeheime oder von anderen Betreuungseinrichtungen zu unterstützen. Sie kümmern sich um die Formalien, beraten die Betroffenen und deren Angehörige über Leistungen, erarbeiten auch entscheidungsreife Anträge und leiten diese an die Pflegekasse weiter. Der Pflegeberater kommt auch zu den Betroffenen nach Hause. Die Beratung ist unabhängig und umfassend.

Pflegeberater sollen gemeinsam mit dem Pflegebedürftigen und allen anderen an der Pflege Beteiligten **einen individuellen Versorgungsplan** erstellen. Der Pflegeberater veranlasst alle für den Versorgungsplan erforderlichen Maßnahmen einschließlich deren Genehmigung durch den jeweiligen Leistungsträger, begleitet die Umsetzung des Versorgungsplans und macht Vorschläge, wenn sich der Bedarf des Einzelnen verändert.

Auch in der **privaten Pflege-Pflichtversicherung** soll es einen Anspruch auf Pflegeberatung im Pflegestützpunkt geben. Der **Anspruch** besteht ab 1. Januar 2009, um eine Anlaufphase für die Kassen zu ermöglichen. Bis dahin kann die Pflegekasse Unterstützung durch Pflegeberater gewähren.

3. „Poolen“ in neuen Wohnformen

Immer mehr Menschen haben den Wunsch, im Alter in anderen Wohnformen zum Beispiel in Senioren-WGs und möglichst selbst bestimmt zu leben. Das so genannte „Poolen“ von Leistungsansprüchen soll u. a. die Nutzung neuer Wohnformen oder Wohn- oder Hausgemeinschaften verbessern.

Zur flexibleren Nutzung solcher Wohnformen können Sachleistungsansprüche von Versicherten künftig auch gemeinsam mit anderen Leistungsberechtigten in Anspruch genommen werden („Poolen“). Die Ansprüche mehrerer Pflegebedürftiger auf grundpflegerische Leistungen und hauswirtschaftliche Versorgung werden so gebündelt. Aus diesem „Pool“ sollen dann Betreuungsleistungen bezahlt werden. Beispielsweise kümmert sich eine Pflegekraft um mehrere Pflegebedürftige. Sich ergebende „Effizienzgewinne“ sind für zusätzliche Betreuungsleistungen durch Leistungserbringer (Vertragspartner der Pflegekassen) zu nutzen. Beispielsweise kümmert sich in einem Wohnhaus oder in einer Wohngemeinschaft eine Pflegekraft um mehrere Pflegebedürftige.

4. Ausbau der Beratungseinsätze

Die Beratungsbesuche können künftig nicht nur von zugelassenen Pflegediensten, sondern auch von neutralen und unabhängigen Beratungsstellen, die von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannt sind, sowie auf Wunsch auch von Pflegeberatern und -beraterinnen durchgeführt werden. Auch Versicherte, die zwar noch nicht pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung sind, aber beispielsweise aufgrund einer Demenzerkrankung in ihrer Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt sind (so genannte Pflegestufe 0) können halbjährlich einen Beratungseinsatz in Anspruch nehmen.

5. Einzelverträge

Die Pflegekassen sollen leichter Verträge mit selbständigen **Einzelpflegekräften** schließen können. Das war bisher nur zulässig, wenn die Versorgung nicht durch ambulante Pflegedienste sicherzustellen war. In Zukunft kann zum Beispiel eine Kranken- oder Altenpflegerin bzw. Kranken- oder Altenpfleger, die/der sich selbständig machen möchte, Verträge mit den Pflegekassen zur Versorgung eines oder von mehreren Pflegebedürftigen abschließen.

V. Einführung einer Pflegezeit für Beschäftigte

Für Angehörige von Pflegebedürftigen soll es ebenfalls Verbesserungen geben.

Ab 1. Juli 2008 wird ein **Anspruch auf eine Pflegezeit** eingeführt. Ein/e Arbeitnehmer/in kann sich für die Dauer von bis zu 6 Monaten von der Arbeit freistellen lassen. In der Zeit ist er sozialversichert, bezieht aber kein Gehalt. Der Anspruch auf Freistellung gegenüber einem Arbeitgeber besteht in Betrieben mit mehr als 15 Beschäftigten. 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 in der Kranken- und Pflegeversicherung bis zur Höhe des Mindestbeitrages. Der Versicherungsschutz in der Arbeitslosenversicherung bleibt erhalten. Die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung werden von der Pflegekasse übernommen.

Wenn jemand unerwartet zum Pflegefall wird, tritt für die Angehörigen oft eine schwierige Situation ein, in der schnell eine Menge organisiert werden muss. Dafür wird Beschäftigten neben dem Anspruch auf Pflegezeit ein **Anspruch auf kurzzeitige Freistellung für bis zu 10 Arbeitstage** eingeräumt.

In einer akut auftretenden Pflegesituation kann so eine bedarfsgerechte Pflege organisiert oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sichergestellt werden (sog. kurzzeitige Arbeitsverhinderung). Auch in dieser Zeit ist der freigestellte Arbeitnehmer sozialversichert.

VI. Stärkung von Prävention und Rehabilitation in der Pflege

Pflegekassen werden verpflichtet, mit Einverständnis des Versicherten unmittelbar das Verfahren zur Einleitung einer Rehabilitationsmaßnahme in Gang zu setzen.

Es werden **finanzielle Anreize** durch Bonuszahlungen gesetzt, um die Anstrengungen von Einrichtungen der dauerhaften stationären Pflege (§ 43 SGB XI) in den Bereichen der aktivierenden Pflege und der Rehabilitation zu fördern. So sollen die Einrichtungen in Fällen, in denen es nach verstärkten aktivierenden und rehabilitativen Bemühungen gelingt, Pflegebedürftige in eine niedrigere Pflegestufe einzustufen, einen einmaligen Geldbetrag in Höhe von 1.536 € erhalten. Falls Pflegebedürftige innerhalb von 6 Monaten höher eingestuft werden, ist dieser Betrag ohne Rücksicht auf die Höherstufungsgründe an die Pflegekasse zurück zu zahlen.

Flankierend wird geregelt, dass die Krankenkasse der Pflegekasse einen Ausgleichsbeitrag in Höhe von 3.072 € zu zahlen hat, wenn die Rehabilitationsmaßnahme nicht rechtzeitig erbracht wird.

Bereits im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes wurde ein **Rechtsanspruch auf Leistungen der medizinischen Rehabilitation** eingeführt.

VII. Mehr Qualität und Transparenz in den Einrichtungen

Des Weiteren werden **bundesweite Qualitätsstandards** (Expertenstandards) erarbeitet. 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, haben die Entwicklung und Aktualisierung dieser Expertenstandards sicherzustellen (**Sicherstellungsauftrag**).

Expertenstandards sollen der Qualitätssicherung in der Pflege dienen: Sie konkretisieren den allgemein anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse zu einem bestimmten Thema, z. B. zur Vermeidung des Wundliegens (Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege).

Für **Qualitätsprüfungen** im ambulanten und stationären Bereich werden strenge Vorgaben gemacht: Ab 2011 werden Einrichtungen einmal im Jahr geprüft (Regelprüfung). Bis Ende 2010 wird jede zugelassene Pflegeeinrichtung mindestens einmal geprüft. Alle Prüfungen erfolgen grundsätzlich unangemeldet. Der Schwerpunkt der Prüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (**MDK**) liegt künftig auf dem Pflegezustand und der Wirksamkeit der Pflege- und Betreuungsmaßnahmen (**Ergebnisqualität**). Einbezogen werden auch die neu eingeführten zusätzlichen Betreuungsmaßnahmen für demenziell erkrankte Menschen in Pflegeheimen.

Die Aufgabe des MDK, die Pflegeeinrichtungen in Frage der Qualitätssicherung zu beraten, soll gestärkt werden. Die Prüfer geben künftig Empfehlungen, was gegen Mängel getan werden kann. Damit bei Qualitätsprüfungen immer die neuesten pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse einfließen, wird sichergestellt, dass die einschlägigen Richtlinien des Spitzenverbandes Bund regelmäßig an den medizinisch-pflegfachlichen Fortschritt angepasst werden.

Prüfergebnisse aus Zertifizierungen können, was die Prozess- und Strukturqualität anbelangt, als Ersatz für die Prüfung des MDK anerkannt werden. Voraussetzung ist, dass dieses Verfahren zur Messung und Bewertung der Pflegequalität von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannt ist. Eine Prüfung der Ergebnisqualität durch den MDK findet immer statt.

Wiederholungsprüfungen, die bei schlechten Regelprüfungsergebnissen notwendig oder von Einrichtungen selbst gewünscht werden, sind zukünftig kostenpflichtig für den Leistungserbringer.

Es soll **mehr Transparenz** geschaffen werden. Die Ergebnisse der Prüfberichte sollen **verständlich und verbraucherfreundlich** veröffentlicht (im Internet, im Pflegestützpunkt, in der Einrichtung) werden. In Heimen müssen Zusammenfassungen der Prüfergebnisse an einer gut sichtbaren Stelle ausgehängt werden. Das gilt auch für Ergebnisse anderer Prüfverfahren, die teilweise an die Stelle der MDK Prüfungen treten können. Ergebnisse von Wiederholungsprüfungen sind in gleicher Weise zeitnah zu veröffentlichen.

Um Interessierten den Zugang zu den Informationen noch mehr zu erleichtern, wird ein für alle verständliches Bewertungssystem eingeführt. Dafür ist bis spätestens bis zum 31. Dezember 2008 eine Bewertungssystematik zu entwickeln. Dies kann ein **Ampelschema** (rot-gelb-grün) oder ein **Sternesystem** sein. An diesem Symbol können Außenstehende dann ähnlich wie an den Hotel- Sternen erkennen, ob eine Pflegeeinrichtung gute Pflegequalität bietet oder nicht.

Damit soll die Transparenz der Qualität der Leistungen vor Ort sichergestellt werden. Zukünftig müssen in jedem Pflegeheim auch das Datum der letzten MDK-Prüfung und die Einordnung des Prüfergebnisses nach der Bewertungssystematik sichtbar dargestellt werden.

VIII. Unterstützung des generationsübergreifenden bürgerschaftlichen Engagements

Selbsthilfe und Ehrenamt werden in die Förderung von niedrigschwelligen Angeboten einbezogen. Niedrigschwellige Angebote sind z. B. Betreuungsgruppen, eine Tagesbetreuung oder Helferinnenkreise zur stundenweisen Entlastung von pflegenden Angehörigen.

Kosten der Einrichtungen für die Qualifizierung und den Einsatz ehrenamtlich tätiger Personen können in den Vergütungsverträgen geltend gemacht werden. Die Förderung ehrenamtlicher Strukturen sowie der Selbsthilfe ist auch neben einer Förderung nach § 20c SGB V zu Lasten der Krankenkassen möglich.

IX. Ortsübliche Entgelte der Pflegekräfte und andere Fragen

Pflegeheime müssen ihre Pflegekräfte **nach den ortsüblichen Vergütungen** entlohnen. Dies ist zukünftig Voraussetzung für die Zulassung eines Pflegeheims durch Versorgungsvertrag und für die Aufrechterhaltung der Zulassung. Bei der Verhandlung über die Pflegesätze einer Einrichtung können die Sätze anderer Pflegeeinrichtungen angemessen berücksichtigt werden. Voraussetzung ist, sie sind nach Art und Größe vergleichbar. Dieser so genannte externe Vergleich erfolgt nur, wenn sich die Verhandlungspartner darauf einigen. Die Pflegeheime können mit den Kostenträgern im Rahmen der Vergütungsvereinbarungen **individuelle Personalschlüssel** vereinbaren. Künftig wird in den Vergütungsverhandlungen für die stationäre Versorgung nicht nur die Höhe des Pflegesatzes, sondern zugleich auch die im Einzelnen zu erbringende Leistung samt ihrer Qualität vereinbart.

Den Trägern wird es ferner ermöglicht, **unter einem vertraglichen „Dach“** im Rahmen eines so genannten Gesamtversorgungsvertrages mehrere Einrichtungen an einem Ort (z. B. einen Pflegedienst mit einer Tagespflegeeinrichtung und einer vollstationären Pflegeeinrichtung) zu betreiben.

In der vollstationären Pflege wird sichergestellt, dass der Versorgungsaufwand für Pflegebedürftige, die als Härtefall anerkannt sind, besser als bisher in den Vergütungen Berücksichtigung finden kann.

X. Weniger Bürokratie und mehr Wirtschaftlichkeit

Wirksamkeits- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen dürfen nur noch durchgeführt werden, wenn ein tatsächlicher Anhaltspunkt für Wirksamkeits- und Wirtschaftlichkeitsdefizite besteht.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Vereinigungen der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sollen gemeinsam **einheitliche Grundsätze ordnungsgemäßer Pflegebuchführung** vereinbaren, die übermäßigen Aufwand vermeiden und dadurch die Abschaffung der Pflege-Buchführungsverordnung ermöglichen.

Auf Bundesebene sollen unter Einbeziehung der Pflegefachkräfte Anforderungen an Dokumentationen vereinbart werden, die übermäßigen Aufwand vermeiden, ohne den Zweck der Dokumentation, insbesondere der Qualitätssicherung, zu vernachlässigen.

Der **Bundespflegeausschuss** wird abgeschafft und der Turnus zur Vorlage des Berichts über die Entwicklung der Pflegeversicherung von drei auf vier Jahre verlängert. Durch die Vereinfachung oder Abschaffung von Informationspflichten soll eine Nettoentlastung von rund 80 Millionen € jährlich herbeigeführt werden.

XI. Stärkung der Eigenvorsorge und Anpassung der privaten Pflegepflichtversicherung an die Regeln des GKV-WSG

Zur Stärkung der Eigenvorsorge wird den Pflegekassen die Möglichkeit eingeräumt, private Pflege-Zusatzversicherungen zu vermitteln. Die Portabilität der Alterungsrückstellungen wird auch für die private Pflege-Pflichtversicherung (PPV) eingeführt (ab 1. Januar 2009 für Neu- und Bestandsfälle).

Auch in der privaten Pflegeversicherung werden soziale Regelungen zur Tragung der Beiträge bei niedrigen Einkommen analog zum Basistarif in der privaten Krankenversicherung (PKV) geschaffen.

Der Beitragssatz wird **um 0,25 Prozent** ab 1. Juli 2008 von bisher 1,7 Prozent auf dann 1,95 Prozent (bei Kinderlosen von bisher 1,95 Prozent auf dann 2,2 Prozent.) erhöht. Mit diesem Beitragssatz wird die bestehende leichte Unterdeckung der laufenden Ausgaben in der Pflegeversicherung abgedeckt und die Verbesserungen der Leistungen bis etwa 2015 finanziert.

Quelle: Bundesgesundheitsministerium, www.bmg.bund.de

Impressum

dbb Frauenvertretung Hessen
Tel.: 0 61 52 / 5 93 99

Helene-Stöcker-Str. 12, 64 521 Groß-Gerau
Fax: 0 61 52 / 9 41 91 20

Internet: www.dbb-frauen-hessen.de

Verantwortlich (V.i.S.d.P.): Ute Wiegand-Fleischhacker

E-Mail: vorsitzende@dbb-frauen-hessen.de