

Auswirkungen der Gesundheitsreform (GKV-WSG) auf den Pflegemarkt

Chancen und Risiken mit einem neuen Pflege- und Heimrecht

CareConcept '08

26. und 27. Juni 2008, München

RA Burkhard Goßens,
Kanzlei Burkhard Goßens Rechtsanwälte, Berlin

© Goßens Rechtsanwälte
www.gossens.de

Überblick

I. Gesetzesänderungen

- GKV-WSG seit 01.04.07
- Reform Pflegeversicherung - Pflege-Weiterentwicklungsgesetz zum 01.07.2008
- Föderalismusreform 2006
Heimgesetze der Länder - ab 01.07.08 - z. B. in BW -

II. Qualitätssicherung / Transparenz

III. Rehabilitation / Prävention

IV. Persönliches Budget

V. Fazit / Ausblick

I.

1. GKV-WSG 01. April 2007

Abbau von Abgrenzungs- und Schnittstellendefiziten
zwischen Kranken- und Pflegeversicherung

Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ wurde gestärkt

Einführung eines Anspruches auf
Versorgungsmanagement zur Verbesserung der
Überleitung zwischen Akutversorgung im Krankenhaus,
Rehabilitation und (Dauer-) Pflege

2. Reform der Pflegeversicherung Pflegeweiterentwicklungsgesetz (PfWG)

Überblick:

vor 1995	80 % der Betroffenen waren Sozialhilfeempfänger
1995	Einführung der gesetzlichen und privaten Pflegepflichtversicherung als Teilversicherung
1.7.2008	Inkrafttreten PfWG

2. Reform der Pflegeversicherung Pflegeteuerentwicklungsgesetz (PfWG)

Überblick:

Markt

10.400 Angebote im stationären Bereich
mit 546.000 Beschäftigten

11.000 Angebote im ambulanten Bereich
mit 214.000 Beschäftigten

2,13 Mio. Menschen beziehen Leistungen aus der Pflegeversicherung

677.000 Menschen in Pflegeheimen (32 %)
1,45 Mio. Menschen werden zu Hause versorgt (68 %)

400.000 Pflegenden im häuslichen Bereich

(Quelle: Pflegestatistik 2005 Statistisches BA Bonn, 03/2007)

2. Reform der Pflegeversicherung Pflegeweiterentwicklungsgesetz (PfWG)

Überblick:

Gesetzliche Grundlage der Pflegereform ist das PfWG
- erst seit dem 28.05.2008 abgedruckt im Bundesgesetzblatt -

Aufgliederung in Artikel - Beispiele

Artikel 1: Änderung des SGB XI

Artikel 6: Änderung des SGB V

Artikel 15: Änderung des KrPflG

Artikel 16: Änderung des AltPflG

Ziel

Vernetzung - Koordination - Integration
(durch z. B. Versorgungsmanagement, Integrierte Versorgung)



Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) zu
Pflegerreform:

*„wegweisender Schritt weg von teils menschenunwürdigen
Zuständen hin zu einer humanitären Pflege“*

Pressemitteilung des BMG vom 17. Okt. 2007

3. Föderalismusreform 2006 Heimgesetze der Länder

Zuständigkeit für das Heimrecht auf Länder übertragen, **Art. 72, 74 Abs. 1 Nr. 7 GG**

Länder planen, eine **Arbeitsgemeinschaft** zu bilden, um sich über die Grundlagen des Heimrechts zu verständigen und möglichst einheitliche Qualitätsstandards zu entwickeln.

Baden-Württemberg: **Landesheimgesetz** zum 1. Juli 2008,
Bayern: **Pflegequalitätsgesetz** zum 1. Aug. 2008,
NRW: plant **Landesheimgesetz** für 2009

Inhalt:

Qualitätssicherung für Ausbildung, Versorgungsablauf und baulichen Anforderungen
„Schutz der Heimbewohner als oberste Priorität“

Kritik: 16 Einzellösungen

Versorgungsformen / Pflegeeinrichtungen:

ambulanter Pflegedienst

Tagespflege



Pflegeheime
Altenheime oder Seniorenheime

Neu:
Anforderungen an die Pflegefachkraft, § 71 Abs. 3 SGB XI:

Qualitätssicherung durch Pflegekraft

Zugangs-/Qualifikationsvoraussetzungen der Pflegekraft:
Abschluss einer Ausbildung als Gesundheits- und Krankenpfleger/-in
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in oder
Altenpfleger/-in

praktische Berufserfahrung von 2 Jahren im erlernten Beruf innerhalb
der letzten fünf Jahre

*Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer
Mindeststundenzahl von 460 Std.*

Warum diese erhöhten Anforderungen ?

Gesetzesbegründung:

Aufgaben des Pflegepersonals verlagern sich von psychischen, medizinischen und pflegenden Beziehungsarten hin zu einer organisierenden, planenden, koordinierenden und kontrollierenden Unterstützung.

Warum diese erhöhten Anforderungen ?

Neu: § 63 Abs. 3 b und 3c SGB V

Aufgabenerweiterung der Pflege durch Modellvorhaben

§ 63 Abs. 3 b: Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 können vorsehen, dass Angehörige der im Krankenpflegegesetz und im Altenpflegegesetz geregelten Berufe

1. die Verordnung von Verbandsmittel und Pflegehilfsmittel sowie
2. die inhaltliche Ausgestaltung der häuslichen Krankenpflege einschließlich deren Dauer vornehmen, soweit diese aufgrund ihrer Ausbildung qualifiziert sind und es sich bei der Tätigkeit nicht um selbständige Ausübung von Heilkunde handelt.

Warum diese erhöhten Anforderungen ?

Neu: § 63 Abs. 3 b und 3c SGB V

Aufgabenerweiterung der Pflege durch Modellvorhaben

§ 63 Abs. 3 c: Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 können eine Übertragung der ärztlichen Tätigkeiten, bei denen es sich um selbständige Ausübung von Heilkunde handelt und für die die Angehörigen der im Krankenpflegegesetz geregelten Berufe aufgrund einer Ausbildung nach § 4 Abs. 7 KrPflG qualifiziert sind, auf diese vorsehen.

Satz 1 gilt für die Angehörigen des im Altenpflegegesetz geregelten Berufes aufgrund einer Ausbildung nach § 4 Abs. 7 AltPflG entsprechend.

Wie sehen diese Modelle in der Praxis aus ?

Pflegekräfte

erhalten Möglichkeit, bisher von Ärzten verordnete Leistungen
(Verbandsmittel, Pflegehilfsmittel)

selber zu verordnen

sowie selbständig die inhaltliche Ausgestaltung der ärztlich verordneten
häuslichen Krankenpflege zu übernehmen und

Heilkunde zu betreiben

und abzurechnen.



(Vorteil: nicht budgetiert)

Keine Änderungen für die Anforderungen an **Pflegeheimleitung** oder Geschäftsführer

- ▶ nicht im SGB XI geregelt, auch nicht mit der Pflege - Reform
- ▶ Träger der Einrichtung steht es weiterhin frei, unabhängig von einer bestimmten Ausbildung oder Berufserfahrung jegliche Person mit geschäftlichen Leitung des Heims zu beauftragen.
- ▶ gewisse Qualitätskontrolle wird evtl. nur über Heimgesetze (früher § 3 Nr. 2 HeimG, heute z.B. Art. 3 Bay. Pflegequalitätsgesetz) erfolgen.

Versorgungsvertrag, §§ 72, 73 SGB XI

Zulassung zur Pflege nur durch Versorgungvertrag
(„zugelassene Pflegeeinrichtungen“)



↗ generelle **Berechtigung und Verpflichtung zur Versorgung**

- öffentlich-rechtlicher Status-Vertrag
- zwischen Träger der Pflegeeinrichtung oder vertretungsberechtigten Vereinigung gleicher Träger und Landesverbänden der Pflegekassen im Einvernehmen mit Trägern der Sozialhilfe im Land
- Regelung über Art, Inhalt, Dauer und Umfang der Pflegeleistungen (**Versorgungsauftrag**)
- bei ambulanten Pflegediensten Regelungen über Einzugsgebiet

Versorgungsvertrag, §§ 72, 73 SGB XI

▸ Voraussetzung: der Pflegeeinrichtung für Zulassung:



1) den Anforderungen des § 71 SGB XI genügen

2) Gewähr für leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung

Versorgungsvertrag, §§ 72, 73 SGB XI

▸ Voraussetzung: der Pflegeeinrichtung für Zulassung:



- 3) **Neu:** Das Zahlen einer angemessenen **ortsüblichen Vergütung** in der Pflegeeinrichtung für die Pflegekräfte
- 4) Verpflichtung zum Qualitätsmanagement (QM),
Einführung von QM und Weiterentwicklung QM nach § 113 SGB XI
- 5) Verpflichtung, alle **Expertenstandards nach § 113a SGB XI** anzuwenden

Versorgungsvertrag, §§ 72, 73 SGB XI Neu: Kombination ambulant - stationär

eine Zeitenwende für stationäre Träger

Mit dem **Gesamtversorgungsvertrag** können Heime stationäre und ambulante Leistungen aus einer Hand unter einem vertraglichen Dach an einem Ort anbieten (Beispiel: Pflegedienst und Tagespflegeeinrichtung)

pflegefachliche Verantwortung bei einer Pflegedienstleitung

Die Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung gehört mit den beiden Gesetzesreformen der Vergangenheit an.

Ziel und Vorteil: Erweiterung des Tätigkeitspektrums,
stufenweise Kundenbindung an Einrichtung und
Überführung “an höhere Ebene“

Versorgungsvertrag, §§ 72, 73 SGB XI

Neu: Gesamtversorgungsvertrag

Der Ausbau ambulanter Leistungen wird für Heimträger nicht nur außerhalb des Heimes interessanter, sondern auch bezüglich der jetzigen Bewohner.

Gerade das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz ermöglicht Heimbewohnern die Inanspruchnahme von Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung - so z.B. spezialisierte ambulante Palliativversorgung und mobile Reha-Leistungen, ebenso Behandlungspflege bei besonders hohem Bedarf.
Stichwort: „Palliativcare“, § 37b Abs. 2 SGB V

Voraussetzung: ärztliche Verordnung

Versorgungsvertrag, §§ 72, 73 SGB XI



- ▶ Form: schriftlich, § 73 Abs. 1 SGB XI
- ▶ Anspruch auf Vertragsschluss mit Rechtsschutzmöglichkeiten vor Sozialgerichten, § 73 Abs. 2 SGB XI
- ▶ Auswahl unter mehreren Einrichtungen:
Vorrang freigemeinnütziger und privater Träger;
bei ambulanten Einrichtungen örtliche Einzugsbereich beachten
- ▶ Transparenz: allgemeine Pflegeleistungen werden in Leistungs- und Preisvergleichsliste publiziert und Pflegebedürftigem mit Leistungsbescheid bekannt gegeben.

Versorgungsvertrag, §§ 72, 73 SGB XI

▸ Kündigung des Versorgungsvertrages, § 74 SGB XI:

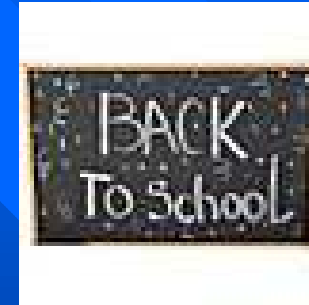
- bei mehrmaligem groben Verstoß gegen Pflicht, Pflegebedürftigen ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu bieten.
- Die Hilfen darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen wiederzugewinnen oder zu erhalten, und angemessenen Wünschen der Pflegebedürftigen zur Gestaltung der Hilfe zu entsprechen.



Versorgungsvertrag, §§ 72, 73 SGB XI

▸ Kündigung des Versorgungsvertrages, § 74 SGB XI:

Vermeidung der Kündigung:



Durch Anbieten von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen für
Pflegekräfte und Pflegeleiter

...weitere Regelungen in zukünftigen Heimgesetzen der Länder

Pflegevergütung bei stationärer Pflege



- ▶ Bemessung nach Pflegesätzen
= Entgelte der Heimbewohner oder ihrer Kostenträger für
 - teil- oder vollstationäre Pflegeleistungen des Pflegeheims
 - soziale Betreuung
 - medizinische Behandlungspflege, soweit kein Anspruch auf Krankenpflege nach § 37 SGB V
- ▶ Einteilung in (noch) 3 Pflegeklassen
(entspr. Versorgungsaufwand und orientiert an Pflegestufen)
- ▶ **Neu:** Zuschlag für Härtefall
- ▶ **Neu:** Vergleich zu Pflegesätzen von „gleichartigen“ Einrichtungen hinsichtlich Leistungs- und Qualitätsmerkmale

Pflegevergütung bei stationärer Pflege

▸ **Neu:** In der Pflegesatzvereinbarung sind die wesentlichen Leistungs- und Qualitätsmerkmale der Einrichtung festzulegen, insbesondere:

1. Zuordnung des zu versorgenden Personenkreises sowie Art, Inhalt und Umfang der zukünftigen Leistungen,
2. die individuell vorzuhaltende personelle Ausstattung sowie
3. Art und Umfang der Ausstattung der Einrichtung mit Verbrauchsgütern (§ 82 Abs. 2 Nr. 1 SGB XI).

▸ **Neu:** Die jederzeitige Sicherstellung der Versorgung mittels vereinbarter personeller Ausstattung durch den Träger der Einrichtung

Pflegevergütung der ambulanten Pflege

- ▶ Vergütung nach Gebührenordnung, § 90 SGB XI
 - leistungsgerecht,
 - Bemessung nach: Art, Umfang, Zeitaufwand, Leistungsinhalt, nach Komplexleistungen oder in Einzelfällen nach Einzelleistungen
- ▶ Vergütungsvereinbarung ist für jeden Pflegedienst gesondert abzuschließen

Pflegevergütung der ambulanten Pflege

▸ Neu: („sog. Leistungspooling“)

Leistungen der ambulanten Pflegedienste können künftig von mehreren Pflegebedürftigen gemeinsam abgerufen und in Anspruch genommen werden

Vorteil: - Verbesserung der Rahmenbedingungen insbesondere für neue Wohnformen
- die sich aus einer gemeinsamen Leistungsanspruchnahme ergebenden Zeit- und Kostenersparnisse kommen den Pflegebedürftigen zugute.

Pflegevergütung der ambulanten Pflege



Beispiele:

- Betreute Wohnformen, Wohngruppen und Wohngemeinschaften:-
- Senioren-WG legt Geld zusammen und teilt sich eine Pflegekraft.

Exkurs: Pflegeversicherung Anhebung der Leistungen der Pflegeversicherung



- ▶ schrittweise Anhebung bis 2012
- ▶ danach Leistungsdynamisierung

(Anpassung an Preissteigerungsrate im dreijährigen Rhythmus, erstmals ab 2015)

Exkurs: Anhebung der Leistungen der Pflegeversicherung

- ▶ ambulante Sachleistungsbeträge (Pflegesachleistung), § 36 SGB XI

<i>Pflegestufe</i>	<i>bisher €</i>	<i>ab 1.7.08</i>	<i>ab 2010</i>	<i>ab 2012</i>
<i>Pflegestufe I</i>	€ 384,-	€ 420,-	€ 440,-	€ 450,-
<i>Pflegestufe II</i>	€ 921,-	€ 980,-	€ 1.040,-	€ 1.100,-
<i>Pflegestufe III</i>	€ 1.432,-	€ 1.470,-	€ 1.510,-	€ 1.550,-

Die Stufe III für Härtefälle im ambulanten Bereich in Höhe von € 1.918,- monatlich bleibt unberührt.

Exkurs: Anhebung der Leistungen der Pflegeversicherung

- Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen, § 37 SGB XI

<i>Pflegestufe</i>	<i>bisher €</i>	<i>ab 1.7.08</i>	<i>ab 2010</i>	<i>ab 2012</i>
<i>Pflegestufe I</i>	€ 205,-	€ 215,-	€ 225,-	€ 235,-
<i>Pflegestufe II</i>	€ 410,-	€ 420,-	€ 430,-	€ 440,-
<i>Pflegestufe III</i>	€ 665,-	€ 675,-	€ 685,-	€ 700,-

Anhebung des zusätzlichen Leistungsbetrag für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz wird von bis zu €460 jährlich auf bis zu € 2.400 jährlich **Pflegestufe 0**

Anspruch auch für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, ohne erheblichen Pflegebedarf wohl aber mit Betreuungsbedarf

Offen, ob Anhebung des Grundbetrages von derzeit €38,33 pro Monat auf € 100,00 oder € 200,00 pro Monat für zusätzliche Betreuungsbistungen für ambulant betreute Menschen mit demenziellen Erkrankungen

Exkurs: Anhebung der Leistungen der Pflegeversicherung

- vollstationäre Versorgung
stationäre Sachleistungsbeträge der Pflegestufen I und II bleiben
zunächst unverändert.

<i>Pflegestufe</i>	<i>bisher €</i>	<i>ab 1.7.08</i>	<i>ab 2010</i>	<i>ab 2012</i>
Pflegestufe III	€ 1.432,-	€ 1.470,-	€ 1.510,-	€ 1.550,-
Pflegestufe III Härteklausel	€ 1.688,-	€ 1.750,-	€ 1.825,-	€ 1.918,-

- Eingliederungshilfe für behinderte Menschen

Exkurs: Anhebung der Leistungen der Pflegeversicherung

▸ Tages- und Nachtpflege

Anspruch wird ausgebaut: Daneben hälftiger Anspruch auf die jeweilige ambulante Pflegesachleistung oder Pflegegeld für die weiterhin zu Hause notwendige Pflege.

Ebenso umgekehrt: Neben dem vollen Anspruch auf Geld- oder Sachleistung hälftiger Anspruch auf Tages- und Nachtpflege.

Außerdem werden die Leistungen für die Tages- und Nachtpflege ebenso schrittweise angehoben wie die ambulanten Pflegesachleistungen.

Abbau von Schnittstellenproblemen

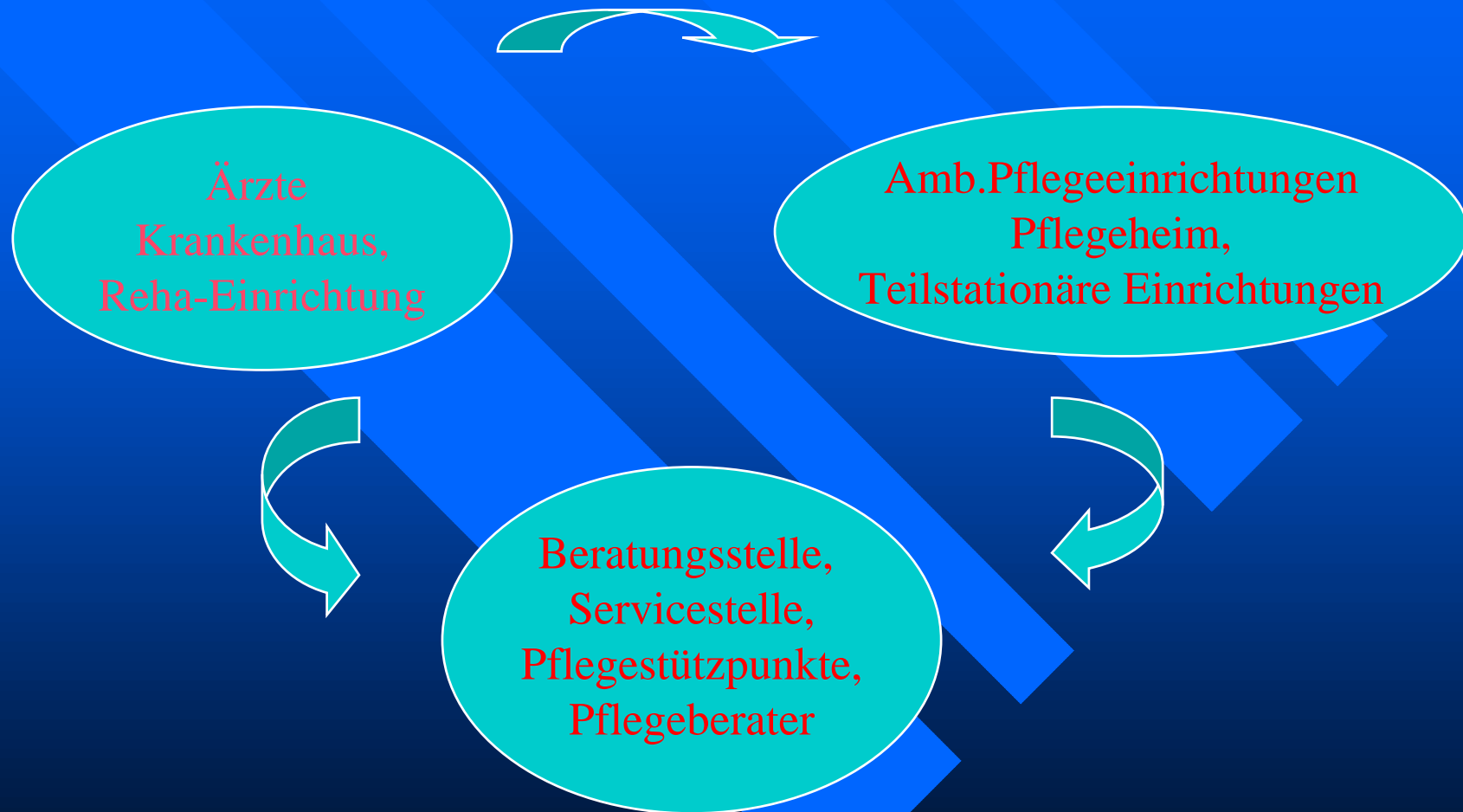
▶ **Kooperationsverträge** zwischen Einrichtungen und niedergelassenen Vertragsärzten, (durch niedergelassene Ärzte im Rahmen der Hausarztzentrierten Versorgung, § 73b SGB V, der besonderen ambulanten Versorgung, § 73c SGB V und integrierten Versorgung, §§ 140a ff. SGB V)

nachrangig: Einführung von Heimärzten nach § 119 b SGB V n.F.

▶ Einführung von **Pflegestützpunkten** für hilfeschende Menschen, § 12 Abs. 2 SGB XI mit bis zu 100 Beratungsfälle pro Pflegeberater (diese sollen bereits im Vorfeld tätig werden)

▶ Versorgungsmanagement im Krankenhaus für nahtlosen Übergang von der Krankenhausbehandlung in die ambulante Versorgung, Rehabilitation oder Pflege, § 11 Abs. 4 SGB V n.F., mit enger Zusammenarbeit mit Pflegeberatern nach § 7a SGB XI n.F.

6. Abbau von Schnittstellenproblemen



II. Qualitätssicherung / Transparenz

(Qualitäts-) **Überprüfung** der Pflegeeinrichtungen, § 114 SGB XI

bisher: durchschnittlich alle fünf Jahre

MDK Aussage: „Situation nicht rosig, schlechte Pflege vorprogrammiert“, MDK der Spitzenverbände der KK
1/3 der Bewohner mit Altersdemenz sind „nicht angemessen“ versorgt:

- mangelnde Flüssigkeitsversorgung
- unzureichende pflegerische und medikamentöse Versorgung

derzeitige Prüfquote bei 18,5 % p. a.

(Qualitäts-)Überprüfung der Pflegeeinrichtungen, § 114 SGB XI

Neu:

bis Ende 2010

müssen Pflegekassen jedes zugelassene Heim und jede ambulante Einrichtung **mindestens einmal** prüfen

ab 2011 **jährliche Prüfung**

Pflegeeinrichtungen werden regelmäßig im Abstand von höchstens einem Jahr geprüft (**Regelprüfung**)

Durchführung der Prüfungen, §§ 114, 114a SGB XI

Prüfung durch MDK

(Prüfauftrag durch Landesverbände der Pflegekassen), ob Qualitätsanforderungen nach SGB XI und nach den auf dieser Grundlage abgeschlossenen vertraglichen Vereinbarungen erfüllt sind (**Regelprüfung**)

Der Prüfauftrag enthält Angaben zur:

- ▶ Prüffart,
- ▶ zum Prüfgegenstand und
- ▶ zum Prüfumfang

Durchführung der Prüfungen, §§ 114, 114a SGB XI

Die Prüfung erfolgt

- ▶ als Regelprüfung
- ▶ Stichprobenprüfung
- ▶ Anlassprüfung
- ▶ Vergleichsprüfung oder
- ▶ Wiederholungsprüfung

Die Pflegeeinrichtungen haben die ordnungsgemäße Durchführung der Prüfungen zu ermöglichen.

Durchführung der Prüfungen, §§ 114, 114a SGB XI

Durchführung der Prüfung

- ▶ grundsätzlich unangemeldet
- ▶ es erfolgt eine Bewertung der Aktendokumentation
- ▶ schwerpunktmäßig wird der Pflegezustand der Betroffenen geprüft
- ▶ geprüft wird auch die Wirkung der eingeleiteten pflegerischen Maßnahmen
(Pflegedefizite wie z.B. Druckgeschwüre, Mangelernährung)

2. Durchführung der Prüfungen, §§ 114, 114a SGB XI,

Inhalt der Regelprüfung im Einzelnen:

- Qualität der allgemeinen Pflegeleistungen
- die Abrechnungen der genannten Leistungen
- Prüfung, ob Versorgung Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention entsprechen
- Wirksamkeit der Pflege und Betreuungsmaßnahmen (Ergebnisqualität)
- Ablauf, Durchführung und Evaluation der Leistungserbringung (Prozessqualität) sowie,
- unmittelbaren Rahmenbedingungen der Leistungserbringung (Strukturqualität)

Anlass-, Stichproben- und Vergleichsprüfungen gelten als Regelprüfungen, wenn der Prüfumfang den Maßgaben einer Regelprüfung entspricht.

Transparenz durch Veröffentlichung der Prüfergebnisse

Veröffentlichung

der Prüfergebnisse des MDK in verbraucherfreundlicher und verständlicher Form (Internet, im Pflegestützpunkt und in der Einrichtung*)

Entwicklung eines Bewertungssystems bis spätestens 31.12.2008:

- Ampelschema (rot - gelb - grün)
- Sternesystem * * * * *

Außenstehende sollen erkennen können, ob Einrichtung gute Pflege bietet

* Kenntlichmachung in jeder Pflegeeinrichtung mit Datum der letzten Prüfung und einer Zusammenfassung des Bewertungsergebnis

Bei schlechten Regelprüfungsergebnissen erfolgen

Wiederholungsprüfungen

Diese sind entweder zwingend durchzuführen, wenn der
Versorgungsvertrag schlecht erfüllt wird

oder

wenn sie von Pflegeeinrichtung gewünscht werden.

(kostenpflichtig für Leistungserbringer)

III. Stärkung von Prävention und Rehabilitation in der Pflege

Prävention

Frühzeitige Einleitung geeigneter Maßnahmen
zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit

IV. Stärkung von Prävention und Rehabilitation in der Pflege

Durch das Pflegeweiterentwicklungsgesetz (PfWG) erfolgt auch eine
Stärkung der medizinischen Rehabilitation

Durch Einführung

Pflegeberatung / Pflegestützpunkte ab 1.1.2009

Care-Management (§ 12 Abs. 1 SGB XI)

Case-Management (§ 12 Abs. 2 SGB XI)

Straffung der Begutachtungsverfahren

Berücksichtigung geeigneter und gebotener Reha-Maßnahmen

Abbau von Schnittstellenproblemen

= „Rundumpaket“

Neu
Pflegeberatung,
§ 7a SGB XI

Neu
Pflegestützpunkte,
§ 92 c SGB XI

Betroffener

Aufklärung,
§ 7 Abs. 1 SGB XI

Beratungsleistungen,
§ 37 Abs. 3 SGB XI

Auswirkungen des PfWG auf medizinische Rehabilitation

a) Pflegeberatung der Pflegekassen im Pflegestützpunkt

Case-Management (Neu)

- = individuelle Beratung und Hilfestellung bei Auswahl der Inanspruchnahme von Sozialleistungen
- systematische Erfassung und Analyse des Hilfebedarfs
- Berücksichtigung der Begutachtungen des MDK
- Erstellung eines individuellen Versorgungsplanes mit: Sozialleistungen, gesundheitsfördernden, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen

Versorgungsplan der Pflegeberatung beinhaltet allerdings (lediglich) Empfehlungen zu erforderlichen Maßnahmen sowie *Hinweise auf örtliches Leistungsangebot*.

Chance:

Aufgaben der Pflegeberatung können ganz oder teilweise auf Dritte übertragen werden (erforderliche ,Zusatzqualifikation mit 210 Std., in Bayern nur 120, evtl. später Bachelor-Abschluss angedacht).

Auswirkungen des PfWG auf medizinische Rehabilitation

b) Pflegestützpunkte

Care-Management, § 92c SGB XI ab 1.1.2009

- Bereitstellung von Pflegeberater-innen in ausreichender Zahl in Pflegestützpunkten
- Auskunft und Beratung zu den Leistungen und zu Versorgungsangeboten
- Koordinierung aller Hilfs- und Unterstützungsangebote einschließlich der Angebote für Rehabilitation
- Unterstützung bei Inanspruchnahme
- **Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote**

Auswirkungen des PfWG auf medizinische Rehabilitation

Ziele:

- Anstrengungen von stationären Pflegeeinrichtungen fördern
- mit aktivierender Pflege und Rehabilitation qualitativ gute Pflege zu bieten
- Verbesserungen im Gesundheitszustand der Pflegebedürftigen erzielen und
- Verschlechterungen im Gesundheitszustand vermeiden

Pflegeheimen, denen es gelingt, Pflegebedürftige in eine niedrigere Pflegestufe einzustufen, erhalten einen einmaligen Geldbetrag in Höhe von einheitlich 1.536 Euro

IV. Persönliches Budget

Neu: seit 1.1.2008 **Rechtsanspruch**

Bereits seit 1.7.2001 im SGB **IX** verankerte Leistungsform

- Wahlmöglichkeit des Leistungsempfängers
- Gewährung auf Antrag
- von den Rehabilitationsträgern zu zahlen
- Geldzahlung / Gutschein / Budget anstelle von Dienst- oder Sachleistungen zur Teilhabe

Persönliches Budget

Stärkung der Selbstbestimmungsrechte der Leistungsberechtigten

Betroffene trifft eigene Entscheidung

-von welchem Leistungsanbieter

-er welche Leistungsangebote annimmt

Chance

*Dienstleistungen für Betroffene transparent anbieten und gegenüber den
Pflegestützpunkten bekanntmachen*

Persönliches Budget

Kritikpunkte

- ▶ Risiko der eigenen Verantwortung, ob angebotener Betrag ausreicht, um Leistungen „einzukaufen“, denn Bindung an Verwaltungsakt über 6 Monate
- ▶ Vielerorts noch keine Möglichkeit der Auswahl unter gleichwertigen Leistungsanbietern
- ▶ kein Entgegenbringen einer „Budgetassistentenz“
- ▶ Deckelung durch Sachleistung, § 17 Abs. 3 S. 3 SGB IX

Folge: Nur wenige Anträge für persönliches Budget
bis heute wurden erst 1.200 Anträge gestellt bei ca. 643.000 Berechtigten
für Eingliederungshilfe

V. Ausblick

- Entwicklung der Pflegefälle bis zum Jahr 2050

<i>Jahre</i>	<i>2005</i>	<i>2010</i>	<i>2030</i>	<i>2050</i>
Pflegefälle (Werte in 1.000)	1.952	2.107	3.040	4.131

vgl. Statistisches Bundesamt

V. Ausblick und Fazit

Mit der in wenigen Tagen in Kraft tretenden Pflegereform erhalten wir

Kompetenzerweiterungen der Pflegeheime und der Pflegekräfte

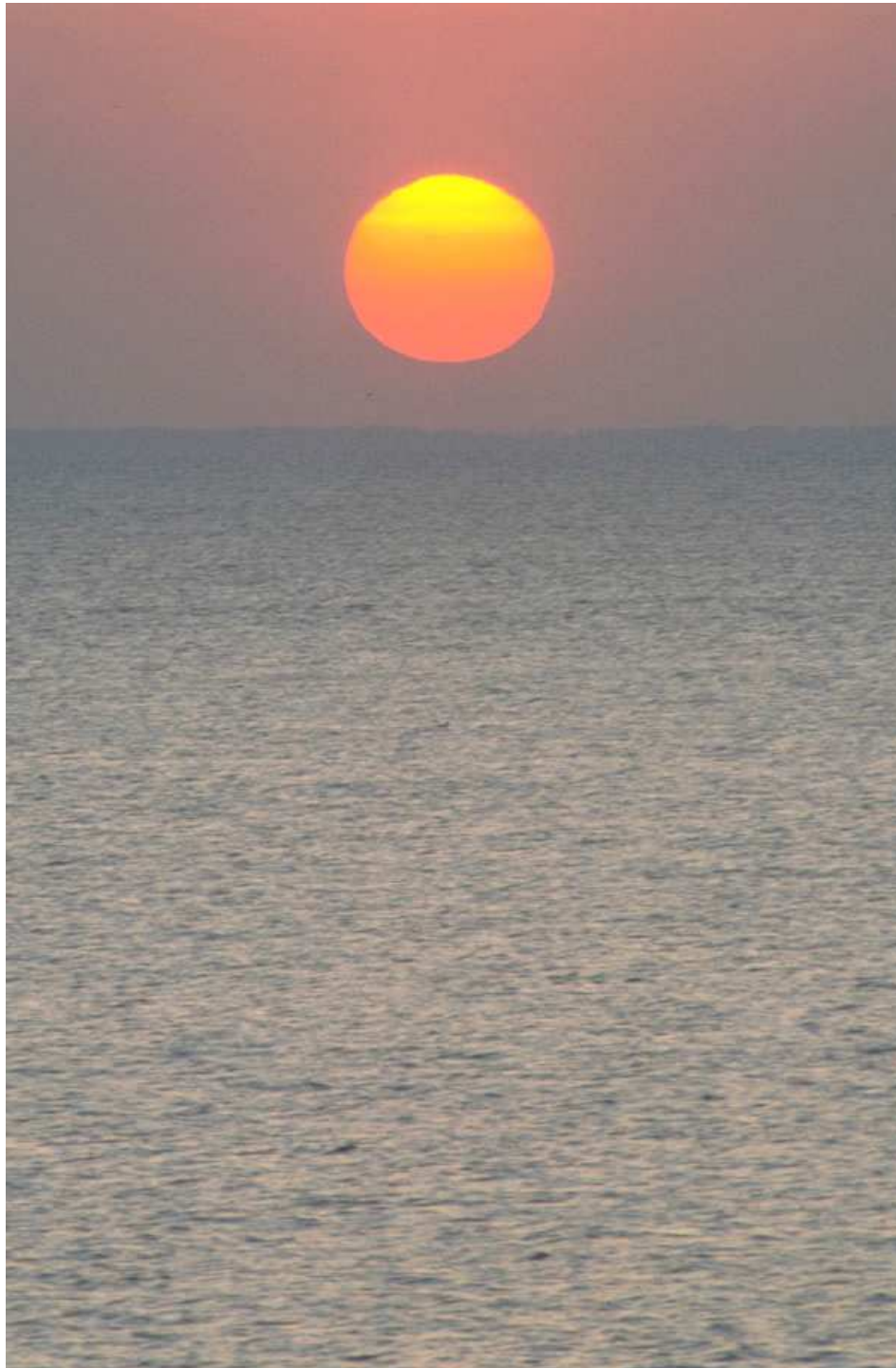
Abschluss von Gesamtversorgungsverträgen (Kombination ambulant stationär)
zum Heranführen der

Pflegebedürftigen an die Leistungsangebote, z. B. § 37 b SGB V

Pflegeberatung / Care- und Case-Management (als Chance)

Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3b und 3c SGB V

Mehr Delegation, bis hin zu Substitution, von ärztlichen Aufgaben
auf qualifizierte Pflegekräfte



Ende

Vielen Dank
für Ihre
Aufmerksamkeit

© Goßens Rechtsanwälte
www.gossens.de