

Pflegereform 2008

Leistungsverbesserungen, Ausbau der Pflegeberatung und Verbesserung der Transparenz, aber die Decke bleibt zu kurz

Die lang angekündigte und über Jahre verschobene Pflegereform ist im April verabschiedet worden. Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz¹ (PflWG) ist am 1. Juli 2008 in Kraft treten. Es bewirkt keine grundlegenden strukturellen Änderungen der Pflegeversicherung, aber eine Vielzahl von Verbesserungen des Leistungsrechts, einen erheblichen Ausbau der Pflegeberatung, eine massive Expansion der MDK Qualitätsprüfungen von Pflegeeinrichtungen sowie Transparenz über die Prüfergebnisse für alle Versicherten und die Einführung einer Pflegezeit. Erwartungsgemäß hat bereits das Gezerre aller Beteiligten um die Realisierung all jener komplexen Regelungen außerhalb der gesetzlich klar geregelten Leistungsverbesserungen begonnen.

■ Meinfold Moldenauer

Vertagung der Finanzreform -Anhebung des Beitragssatzes

Die noch im Koalitionsvertrag im Jahre 2005 vereinbarte Ergänzung der Umlagefinanzierung der Pflegeversicherung durch eine kapitalgedeckte Komponente und der Finanzausgleich zwischen der sozialen und der privaten Pflegeversicherung wurde mangels eines politischen Konsenses im Gesetzgebungsverfahren überhaupt nicht thematisiert. Dies war aufgrund der Ergebnisse zum GKV Wettbewerbsstärkungsgesetz auch nicht zu erwarten. Zur Finanzierung der Leistungsdynamisierungen und -verbesserungen sowie zum Ausgleich des laufenden Defizites der Pflegeversicherung wurde stattdessen der Beitragssatz zum 1. Juli 2008 um 0,25% auf 1,95% angehoben. Im Zusammenhang mit der aktuellen politischen Debatte um die Anpassung der Renten ist darauf hinzuweisen, dass versicherungspflichtige Rentner die Beiträge zur Pflegeversicherung im vollen Umfang selbst tragen. Für sie ist daher die Beitragssatzerhöhung am belastendsten. Die Bundesregierung geht davon aus, dass dieser Beitragssatz bis Ende 2014 stabil bleiben wird. Die in der Gesetzesbegründung ausgeführten Annahmen legen dabei eine eher zögerliche Inanspruch-

nahme der neuen Leistungen zugrunde. Dies entspricht zwar retrospektiv der bisherigen Entwicklung der Leistungsausgaben der Pflegeversicherung, lässt aber den Aspekt außer Acht, dass den Versicherten mit der durch die Reform erheblich intensivierten Pflegeberatung die derzeit noch bestehende Lücken bei der Inanspruchnahme von Leistungen durch eine Erhöhung der Transparenz über die Leistungsansprüche sowie vermehrte Hilfestellungen bei deren Beantragung geschlossen werden.

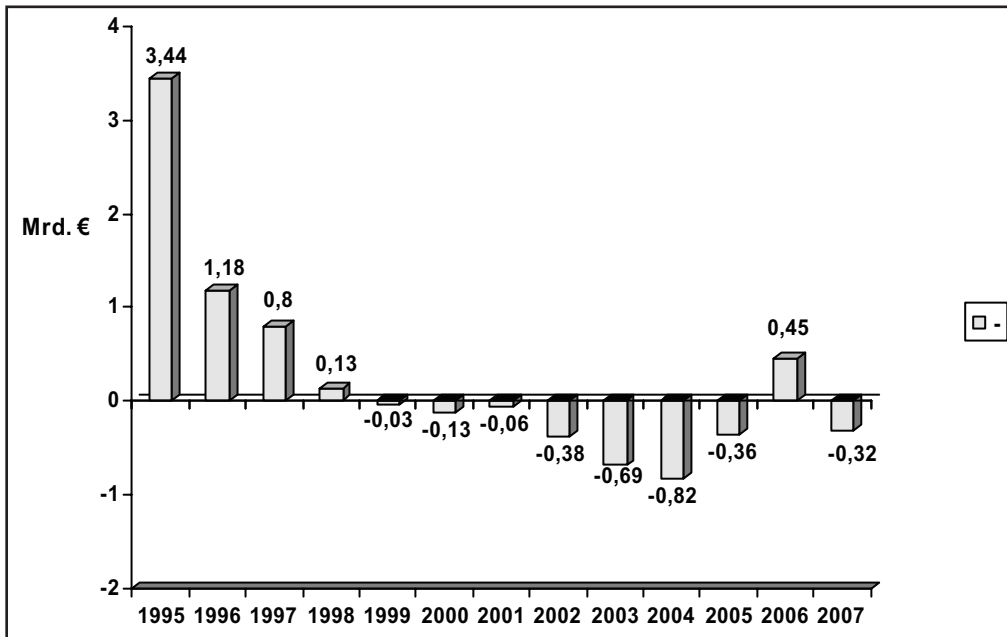
Leistungsverbesserungen

Der Kernbereich der Reform sind die Leistungsverbesserungen. Die Sachleistungen, das Pflegegeld, die Leistungen der Kurzzeitpflege, der Verhinderungspflege und der teilstationären Pflege werden in drei Stufen bis zum Jahr 2012 dynamisiert. Die nachfolgenden Tabellen zeigen die Entwicklung der Leistungen an, die durch diese Dynamisierungen noch nicht das reale Wertniveau des Jahres 1995 erreichen. Allerdings wird ein weiterer Wertverfall gestoppt.

Die Leistungen der Verhinderungspflege und der Kurzzeitpflege sind nicht nach Pflegestufen differenziert. Ihr Höchstbetrag entspricht dem Sachleistungsbetrag der

Meinfold Moldenauer
GKV Spitzenverband der Krankenkassen
Berlin

Abbildung 1: Finanzentwicklung der Pflegeversicherung



Quelle: Amtliche Statistik

Abbildung 2: Sachleistungen bei ambulanter Pflege

Pflegestufe	bisher	1. Juli 2008	1. Januar 2010	1. Januar 2012
I	384 €	420 €	440 €	450 €
II	921 €	980 €	1.040 €	1.100 €
III	1.432 €	1.470 €	1.510 €	1.550 €
Härtefälle	1.918 €	unverändert	unverändert	unverändert

Abbildung 3: Pflegegeld

Pflegestufe	bisher	1. Juli 2008	1. Januar 2010	1. Januar 2012
I	205 €	215 €	225 €	235 €
II	410 €	420 €	430 €	440 €
III	665 €	675 €	685 €	700 €

Abbildung 4: Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege

bisher	1. Juli 2008	1. Januar 2010	1. Januar 2012
1.432 €	1.470 €	1.510 €	1.550 €

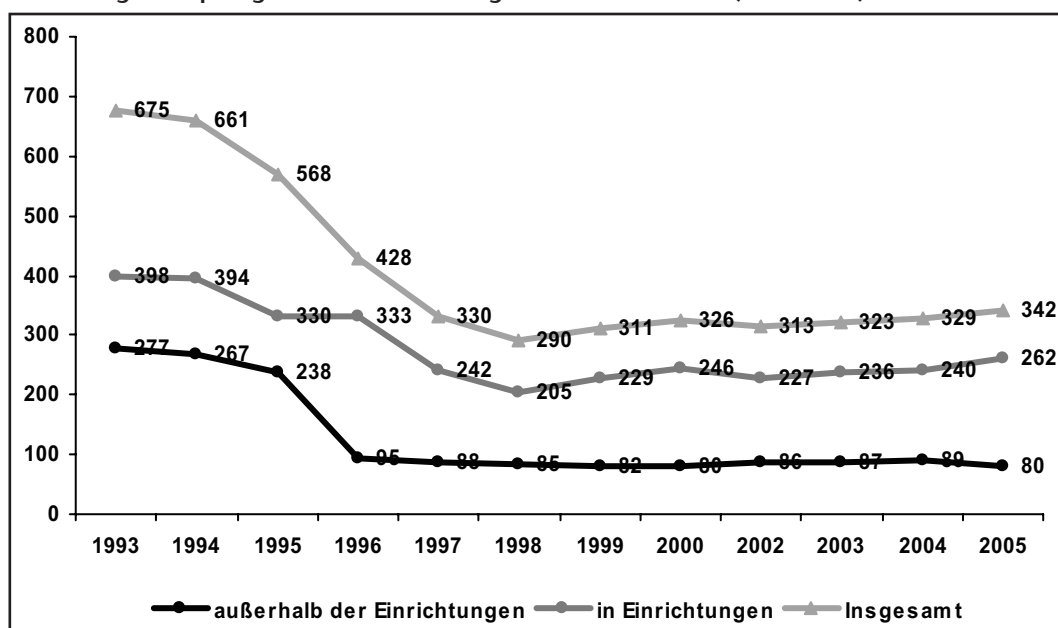
Abbildung 5: Tages- und Nachtpflege

Pflegestufe	bisher	1. Juli 2008	1. Januar 2010	1. Januar 2012
I	384 €	420 €	440 €	450 €
II	921 €	980 €	1.040 €	1.100 €
III	1.432 €	1.470 €	1.510 €	1.550 €

Abbildung 6: Vollstationäre Pflege

Pflegestufe	bisher	1. Juli 2008	1. Januar 2010	1. Januar 2012
I	1.023 €	unverändert	unverändert	unverändert
II	1.279 €	unverändert	unverändert	unverändert
III	1.432 €	1.470 €	1.510 €	1.550 €
Härtefälle	1.688 €	1.750 €	1.825 €	1.918 €

Abbildung 7: Empfänger von Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII (Sozialhilfe)



Quelle: Statistisches Bundesamt, Statistisches Jahrbuch 2007

Pflegestufe III und dementsprechend entwickelt sich hier die Leistungshöhe analog.

Neben der Anhebung der Leistungshöhe analog zu den Sachleistungen bei ambulanter Pflege wird in der teilstationären Pflege eine weitere beachtliche Leistungsverbesserung vorgenommen. Bisher werden diese Leistungen voll auf die ambulanten Leistungsbeträge angerechnet. Dies wird zukünftig nur noch zu Hälfte geschehen, sodass dem

Versicherten dann mindestens noch die Hälfte der Sachleistungen oder die Hälfte des Pflegegeldes zur Verfügung steht. Hier ist die Pflegeberatung der Kassen gefordert, den betroffenen Versicherten eine optimierte Leistungskombination zu empfehlen.

Leistungsverbesserungen in der vollstationären Pflege sind nur für Pflegebedürftige in der Stufe III vorgesehen. Der Grund dafür ist -neben finanziellen Erwägungen- der

Versuch, die Sachleistungen in der ambulanten Pflege und die Leistungen für die vollstationäre Pflege anzugleichen. In den Pflegestufen I und II wird dieses Ziel aber auch 2012 noch nicht erreicht sein. Abgesehen von dem nachvollziehbaren Aspekt, Leistungsgerechtigkeit anzustreben, ist das Ergebnis ernüchternd. Denn 80% der ca. 630.000 Heimbewohner, die Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, verteilen sich auf die Pflegestufen I und II. Für sie bringt die Reform keine Verbesserungen. Zu befürchten ist eine Verstärkung der sukzessiven Entwicklung zu einer erhöhten Inanspruchnahme von ergänzender Hilfe zur Pflege der Sozialhilfeträger. Denn die Leistungen der Pflegeversicherung reichen bei einer bundesweiten Durchschnittsbetrachtung in allen drei Pflegestufen lediglich aus, um 50% der Heimentgelte zu tragen. Es muss an dieser Stelle daran erinnert werden, dass einer der Hauptgründe für die Einführung der Pflegeversicherung die sozialpolitisch für unerträglich bewertete Situation war, dass Heimaufenthalte in Westdeutschland zu 80% und in Ostdeutschland nahezu zu 100% zur Sozialhilfebedürftigkeit geführt hatten.

Zusätzliche Betreuungsleistungen und Vergütungszuschläge für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf

Die höchste Leistungsanhebung wird bei den Betreuungsleistungen für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz vorgenommen. Dies sind Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen. Sie erhielten bis zum 30. Juni 2008 einen jährlichen Leistungsbetrag von nur 460 €, wenn ihr Grundpflegebedarf ausreichte, um in eine Pflegestufe eingruppiert zu werden. Der Leistungsbetrag ist nun auf 100 € angehoben worden bzw. bei einer besonders ausgeprägten Betreuungsbedürftigkeit auf 200 €. Neu ist auch, dass diese Betreuungsleistungen auch Versicherten zustehen, deren Grundpflegebedarf nicht ausreicht, um in eine Pflegestufe eingestuft zu werden. Es bleibt aber bei den erheblichen Einschränkungen der Inanspruchnahme dieser Leistung, die nur als Kostenerstattung für

- Kurzzeitpflege,
- teilstationäre Pflege,
- Betreuungsleistungen von Pflegediensten und für
- niedrigschwellige Betreuungsangebote in Anspruch genommen werden können und nicht etwa für die Hilfe von Angehörigen oder Nachbarn.

Der Regierungsentwurf des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes enthielt noch keine Regelungen für die Verbesserung der Versorgung von demenzkranken Heimbewohnern. In den Beratungen des Gesundheitsausschusses wurde dann der § 87b SGB XI in das Gesetz eingefügt. Er sieht „Vergütungszuschläge“ für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung der pflegebedürftigen Heimbewohner mit einem erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichti-

gung und Betreuung vor. Die Vereinbarung dieser Vergütungszuschläge ist allerdings an folgende recht anspruchsvolle Voraussetzungen geknüpft:

- Es muss eine über für die Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinaus zusätzliche Betreuung und Aktivierung stattfinden.
- Das Pflegeheim muss zusätzliches sozialversicherungspflichtiges Personal einstellen.
- Die Zuschläge sollen so bemessen sein, dass in der Regel für jeden betroffenen Heimbewohner ein Fünfundzwanzigstel der Aufwendungen für eine Vollkraftstelle finanziert wird.

Der Vergütungszuschlag wird von der Pflegekasse an das Pflegeheim gezahlt. Die Heimbewohner dürfen mit dem Vergütungszuschlag nicht belastet werden. Im Übrigen muss der Spitzenverband der Pflegekassen bis zum 31. August 2008 Richtlinien zur Qualifikation und zu den Aufgaben des zusätzlichen Betreuungspersonals beschließen. Diese Richtlinien sind vom Bundesministerium für Gesundheit zu genehmigen.

Die Umsetzung dieser Vorschrift wird anspruchsvoll. Dies gilt insbesondere für die Abgrenzung der bisherigen Leistungsangebote der Pflegeheime von den neuen zusätzlichen Betreuungsangeboten. Es sollte auf jeden Fall eine Schlechterstellung der Pflegeheime verhindert werden, die bisher schon engagierte und gute Arbeit in diesem Bereich leisten und keine gesonderten Vergütungszuschläge erhalten. Interessant ist auch, dass mit dieser Vorschrift der Grundsatz der Teilleistungscharakteres der Pflegeversicherung durchbrochen wird. Denn mit den zusätzlichen Betreuungsleistungen zahlen die Pflegekassen erstmals eine Sachleistung in voller Höhe.

Diese Vorschrift berührt ferner berufsrechtliche und arbeitsmarktpolitische Aspekte.

Die Gesetzesbegründung geht davon aus, dass für die Ausübung der Betreuungstätigkeiten eine Helferinnen- bzw. Helferqualifikation ausreichend ist. Wenn das in den noch zu beschließenden Richtlinien definierte Qualifikationsniveau dieser Vorgabe entspricht, dann wird sich in den nächsten Jahren eine neue Gruppe von Beschäftigten etablieren mit einem Qualifikationsniveau unterhalb von Pflegehelferinnen bzw. Pflegehelfern mit einem entsprechend niedrigen Lohnniveau. Allerdings ermöglicht die Neuregelung die Schaffung von 10.000 bis 15.000 sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnissen und ermöglicht vielen Empfängern von Arbeitslosengeld II die Rückkehr in den 1. Arbeitsmarkt.

Schließlich bleibt zu dieser Neuregelung noch anzumerken, dass ihre finanziellen Auswirkungen nicht bei der Anhebung des Beitragsatzes berücksichtigt wurden. Bei einer vollen Realisierung der Regelung ist mit jährlichen Mehrausgaben der Pflegekassen von ca. 250 Millionen € zu rechnen.

Ausbau der Pflegeberatung und Errichtung von Pflegestützpunkten

Als die Eckpunkte zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vorgelegt wurden, überraschte am meisten die Einführung einer erweiterten Pflegeberatung im Sinne eines Fallmanagements in neu zu errichtenden wohnortnahen Pflegestützpunkten. Nach dem Gesetzentwurf sollten es ursprünglich 4000 werden -für je 20.000 Einwohner einen- Träger der Pflegestützpunkte sollen die Kranken- und Pflegekassen sein, die die Träger der kommunalen Altenhilfe sowie die Sozialhilfeträger beteiligen sollen. Die erweiterte Pflegeberatung der Pflegekassen sollte in den Pflegestützpunkten angesiedelt sein. Die Pflegestützpunkte in der ursprünglich vorgesehenen Form fanden praktisch keine Unterstützung. In den Anhörungen des Gesetzgebungsverfahrens nahmen die Erörterungen zu diesen Punkten großen Raum ein. Nach dem verabschiedeten PflWG wird die erweiterte Pflegeberatung nach § 7a SGB XI grundsätzlich wie vorgesehen ab dem 1. Januar 2009 eingeführt. Dann haben die Pflegekassen den Versicherten eine Pflegeberatung mit folgenden Leistungsbestandteilen anzubieten:

- Systematische Analyse und Erfassung des Hilfebedarfs unter Berücksichtigung des Pflegegutachtens
- Erstellung eines individuellen Versorgungsplans mit allen erforderlichen Sozialleistungen sowie den notwendigen gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen, pflegerischen und sozialen Hilfen
- Hinwirkung auf die Durchführung des Versorgungsplans einschließlich der Genehmigung der erforderlichen Leistungen durch den jeweiligen Leistungsträger.

Die Pflegekassen können die Pflegeberatung selbst durchführen, andere Sozialleistungsträger damit beauftragen oder diese ganz oder teilweise auf Dritte übertragen. In Hinblick auf die Organisation ist nun nicht mehr die vollständige

Einbindung in die Pflegestützpunkte vorgesehen. Aber es muss sichergestellt sein, dass die Pflegeberatung dort in Anspruch genommen werden kann. Auf Wunsch des Pflegebedürftigen soll die Pflegeberatung unter Einbeziehung von Angehörigen in dessen häuslicher Umgebung stattfinden (§ 7a Abs. 2 SGB XI).

Die Errichtung von Pflegestützpunkten durch die Pflege- und Krankenkassen ist jetzt nur noch möglich, wenn die oberste Landesbehörde dies bestimmt. Die Einrichtung muss dann aber sechs Monate nach dieser Bestimmung erfolgen. Rheinland-Pfalz hat bereits in einer Allgemeinverfügung die Einrichtung von 135 Pflegestützpunkten angeordnet. Die meisten anderen Bundesländer werden in Kürze nachziehen. In der Diskussion dieses Themas wird der Errichtung von Pflegestützpunkten ohnehin zu große Bedeutung beigemessen. Entscheidend ist der Anspruch des Versicherten auf eine umfassende Pflegeberatung gegenüber seiner Pflegekasse und dieser Anspruch wird zum 1. Januar 2009 eingeführt. Die Pflegestützpunkte sollen

- eine umfassende und unabhängige Auskunft und Beratung zum Sozialgesetzbuch sowie Auswahl und Inanspruchnahme der bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen und sonstigen Hilfsangebote anbieten
- alle in Betracht kommenden wohnortnahen Versorgungs- und Betreuungsangebote koordinieren und Hilfestellungen bei der Inanspruchnahme der Leistungen geben.
- pflegerische und soziale Versorgungs- und Betreuungsangebote vernetzen.

Bei der Errichtung der Pflegestützpunkte soll ist auf vorhandene vernetzte Beratungsstrukturen zurückzugreifen. Die Pflegekassen sollen ferner darauf hinwirken, dass sich die nach Landesrecht zu bestimmenden für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der örtlichen Altenhilfe, die Träger der Sozialhilfe, die Pflegeeinrichtungen und die Unternehmen der privaten Kranken- und Pflegeeinrichtung an den Pflegestützpunkten beteiligen.

Der ursprünglich vorgesehene Förderbetrag für die Pflegestützpunkte aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung von 80 Millionen € für die ersten drei Jahre wurde auf 60 Millionen € gesenkt. Je Pflegestützpunkt kann maximal eine Förderung von 45.000 € gezahlt werden. Sofern Selbsthilfegruppen und sonstiges ehrenamtliches Engagement nachhaltig in die Arbeit der Pflegestützpunkte eingebunden wird, erhöht sich der Zuschuss um 5.000 €. Die Fördermittel sind beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen zu beantragen. Dieser prüft die Anträge und beauftragt das Bundesversicherungsamt, die Fördermittel auszuzahlen.

Soweit derzeit schon ein Zwischenfazit möglich ist, so ist wohl zu konstatieren, dass eine große Begeisterung zur Einrichtung von Pflegestützpunkten bei keiner der beteiligten Trägergruppen auszumachen ist. Zu unterschiedlich ist die Ausgangslage der im Wettbewerb miteinander stehenden Krankenkassen, zu vielfältig ist die bereits vorhandene Landschaft der kommunalen oder nach Landesrecht geförderten Pflegeberatungsstellen.

Ausweitung der Qualitätsprüfungen der MDK und Veröffentlichung der Prüfergebnisse

Die Medizinischen Dienste der Krankenkassen überprüfen die Qualität der Leistungserbringung durch die Pflegeeinrichtungen im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen im Rahmen von Qualitätsprüfungen. Die Grundlagen der Qualitätsprüfungen sind in den Qualitätsprüfungs-Richtlinien QPR der Spitzenverbände der Pflegekassen vom 10. November 2005 vereinbart. Nach den QPR ist eine jährliche Prüfquote von 20 v. H. aller Pflegeeinrichtungen anzustreben. Auf dieser Grundlage werden jährlich derzeit ca. 4.000 MDK Qualitätsprüfungen durchgeführt. Dieser Ergebnisse dieser Prüfungen fasst der Medizinische Dienst der Spitzenverbände in dreijährigen Abständen in einem Bericht zusammen (§ 118 Abs. 4 SGB XI). Der 2. Bericht des MDS nach § 118 Abs. 4 SGB XI wurde

im September 2007 veröffentlicht. Die Ergebnisse wurden von den Medien zu einer breiten Berichterstattung über skandalöse Verhältnisse in der Pflege genutzt. Offensichtlich unter diesem Eindruck werden durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz die Qualitätsprüfungen quantitativ erheblich ausgeweitet. Zunächst sollen bis Ende 2010 alle Pflegeeinrichtungen mindestens einmal und ab 2011 mindestens einmal jährlich geprüft werden. Dies entspricht einer Verfünffachung der bisherigen Prüffrequenz.

Ferner sollen die Ergebnisse der MDK Qualitätsprüfungen von den Landesverbänden der Pflegekassen in verständlicher, übersichtlicher und vergleichbarer Form im Internet sowie in anderer geeigneter Form veröffentlicht werden. In die Veröffentlichung sollen auch die Leistungen und die Ergebnis- und Lebensqualität der Pflegeeinrichtungen einbezogen werden. Die Kriterien der Veröffentlichung einschließlich der Bewertungssystematik sind vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen mit den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf der Bundesebene, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände zu vereinbaren. Dabei sind die maßgeblichen Interessenverbände der Betroffenen, die Verbraucherorganisationen, die Verbände der Pflegeberufe sowie der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. zu beteiligen. Die Vereinbarung soll bis zum 31. September 2008 zustande kommen (§ 115 Abs. 1a SGB XI). Sofern eine Einigung nicht erreicht werden konnte, kann jeder der beteiligten Vereinbarungspartner oder das Bundesministerium für Gesundheit eine Entscheidung durch die nach § 113b SGB XI neu zu errichtende Bundesschiedsstelle Qualitätssicherung beantragen.

Die Herstellung von Transparenz über die Leistungen er Pflegeeinrichtungen und Verbraucherschutzes. Einige Kassenarten sind in der letzten Zeit bereits dazu übergegangen, entsprechende Datenbanken ins Internet einzustellen. Es ist sehr zu begrüßen, diese Datenbanken um detaillierte Informationen über die Leistungsangebote der Pflegeeinrichtungen sowie über die Ergebnisse von Qualitätsprüfungen zu ergänzen.

Entwicklung von Expertenstandards in der Pflege

Eine interessante Neuerung ist auch die Vereinbarung von nationalen Expertenstandards in der Pflege durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Bundesverbände der Leistungserbringer (§ 113a SGB XI). Dieser Regelung wird flankiert von der Einrichtung einer Schiedsstelle Qualitätssicherung (§ 113b SGB XI) zur Konfliktlösung im Falle mangelnden Konsenses. Diese Neuregelungen sind begrüßen, weil die betroffenen Leistungsträger und Leistungserbringer sich nunmehr darüber einigen müssen, welche Qualitätsstandards gelten bei gleichzeitiger Berücksichtigung der für beide Seiten relevanten finanziellen Auswirkungen. So kann eine rationale Balance zwischen wünschenswerter Pflegequalität und dem finanziell Machbaren hergestellt werden.

Pflegezeit

Mit der Pflegereform wurde auch das „Gesetz über die Pflegezeit“ verabschiedet. Danach können sich Arbeitnehmer bis zu 10 Tagen von der Arbeit freistellen lassen, um in einer akut aufgetretenen Pflegesituation die Pflege eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen zu organisieren bzw. selbst sicherzustellen. Ein gesetzlicher Anspruch auf Weiterzahlung des Arbeitsentgelts für diese Zeit besteht allerdings nicht.

Für Arbeitnehmer in Betrieben mit mindestens 16 Beschäftigten besteht zusätzlich ein Anspruch auf vollständige oder teilweise Freistellung von der Arbeit bis zu 6 Monaten, wenn sie einen nahen Angehörigen in der häuslichen Umgebung pflegen. Zu den nahen Angehörigen zählen Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Ehegatten, Lebenspartner, Geschwister, Kinder, Enkelkinder und Pflegekinder. Wer eine Pflegezeit in Anspruch nehmen möchte, muss dies dem Arbeitgeber spätestens 10 Arbeitstage vor dem Beginn der Freistellung schriftlich ankündigen. Die Pflegebedürftigkeit des Angehörigen ist durch eine Bescheinigung der Pflegekasse oder des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen nachzuweisen.

Ruht die Beschäftigung während der Pflegezeit vollständig oder soweit, dass das Arbeitsentgelt nur noch zu einer geringfügigen Beschäftigung im Sinne der Sozialversicherung führt, erhalten die Versicherten von ihrer Pflegekasse Beitragszuschüsse für eine freiwillige Weiterversicherung in der Kranken- und Pflegeversicherung. Hat der Versicherte einen Anspruch auf eine beitragsfreie Familienversicherung, benötigt er diese Beitragszuschüsse nicht.

Ausblick

Die Pflegereform 2008 stabilisiert die Pflegeversicherung, indem sie den weiteren Realwertverlust der Leistungen durch Anhebungen und Verbesserungen stoppt. Leider reichen diese Verbesserungen nicht aus, um die seit 1995 eingetretenen inflationsbedingten Realwertminderungen auszugleichen. Problematisch ist vor allem die fehlende Leistungsverbesserung für Pflegeheimbewohner der Pflegestufen I und II. Für Menschen mit einem allgemeinen Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf werden beachtliche Leistungsverbesserungen vorgenommen. Eine gute Grundlage zur Verbesserung der Versorgungssituation von Pflegeheimbewohnern sind zudem die Vergütungszuschläge für zusätzliche Betreuungsangebote. Gleichwohl bleibt der sozialpolitisch gewollte Teilleistungscharakter der Pflegeversicherung mit der Folge einer sukzessive anwachsenden finanziellen Belastung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen. Wie man die Decke auch ziehen mag, am Ende bleibt sie zu kurz.

Der Ausbau der Pflegeberatung, die Einführung von Pflegestützpunkten und die Veröffentlichung der Ergebnisse der MDK Qualitätsprüfungen sind anspruchsvolle und komplexe Aufgaben, die alle Beteiligten jetzt konstruktiv und zum Nutzen der Betroffenen kraftvoll umsetzen müs-

sen. Eine gute Beratung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen kann erreichen, dass diese ihre begrenzten Leistungsansprüche optimal ausschöpfen können, sich günstige und zugleich als qualitativ gut bewertete Leistungserbringer auswählen und möglicherweise bisher übersehene Leistungsansprüche gegenüber anderen Sozialleistungsträgern geltend gemacht werden.

Fußnote:

1 Der genaue Titel lautet „Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung – Pflege-Weiterentwicklungsgesetz“

Schriften zur europäischen Arbeits- und Sozialpolitik



Die Beschäftigungspolitik der EU
Genese, Etablierung und Grenzen der EBS
Von Dr. Antje Stephan
2008, Band 2, 390 S., brosch., 59,- €,
ISBN 978-3-8329-3235-0

Europäische Beschäftigungsstrategie, Offene Methode der Koordinierung und Lissabon-Strategie – so vielfältig wie die Ansätze der EU sind, zu mehr Beschäftigung zu gelangen, so vielfältig sind auch die Gründe, warum dies bislang nur unzureichend gelungen ist. Diese Studie liefert erstmals eine multidisziplinäre Erklärung für die bisher magere Erfolgsbilanz.



Wandel der Wohlfahrtsstaaten in Europa
Herausgegeben von Prof. Dr. Klaus Busch
2008, Band 1, 298 S., brosch., 54,- €,
ISBN 978-3-8329-3123-0

Die soziale Ungleichheit hat in den letzten 15 Jahren in den Mitgliedstaaten der EU eindeutig zugenommen. In Politik und Wissenschaft ist seither der Ruf nach einem alternativen europäischen Wirtschafts- und Sozialmodell lauter geworden. Der vorliegende Band behandelt den Wandel der betroffenen europäischen Wohlfahrtsstaaten.

Bitte bestellen Sie bei Ihrer Buchhandlung oder bei Nomos
Telefon 07221/2104-37 | Fax -43 | www.nomos.de | sabine.horn@nomos.de

Informieren Sie sich im Internet unter www.nomos.de über weitere Bände dieser Schriftenreihe.



Nomos