

Sozialrechtliche Aspekte der Versorgung von Menschen mit Demenz

Christine von Reibnitz

- 2.1 Einführung der Pflegeversicherung – 18**
 - 2.1.1 Sozialgesetzbuch XI – 18
 - 2.1.2 Pflegeversicherung als 5. Säule der Absicherung – 22
- 2.2 Feststellung von Pflegebedürftigkeit bei EEA – 23**
 - 2.2.1 Leistungen der Pflegeversicherung – 25
 - 2.2.2 Pflegegeld – 25
 - 2.2.3 Tagespflege und Nachtpflege – 25
 - 2.2.4 Kombinationsleistung – 27
 - 2.2.5 Zusätzliche Betreuungsleistungen – 27
 - 2.2.6 Soziale Sicherung von Pflegepersonen – 29
- 2.3 Aktueller Stand – 30**
 - 2.3.1 Niedrigschwellige Betreuungsangebote – 30
 - 2.3.2 Häusliche Betreuung als Übergangsregelung (§ 124 SGB XI – neu) – 31
 - 2.3.3 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18 SGB XI) – 32
 - 2.3.4 Zeitrahmen der Begutachtung und Fristen – 32
 - 2.3.5 Unabhängige Gutachter – 33
- 2.4 Der Anspruch auf ein Versorgungsmanagement – 34**
 - 2.4.1 Gesetzliche Regelungen – § 11 SGB V sowie Versorgungsgesetz – 34
- 2.5 Ausblick – 36**
 - 2.5.1 Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs – 36
- Literatur – 38**

2.1 Einführung der Pflegeversicherung

Pflegerische Leistungen werden hauptsächlich durch die Soziale Pflegeversicherung (SPV) sowie die privaten Pflegeversicherungen finanziert. In der SPV sind alle Pflicht- und freiwilligen Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig. Weiterhin sind Personen versicherungspflichtig, die z. B. nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) einen Anspruch auf Heil- oder Krankenbehandlung haben (etwa Kriegsoffer). Bestimmte Personenkreise (z. B. Selbstständige) haben anstelle einer freiwilligen Versicherung in der SPV die Möglichkeit, entsprechende Leistungen über eine private Pflegeversicherung zu beziehen. Die Finanzierung und Struktur der SPV und der privaten Pflegeversicherungen unterscheiden sich. Die SPV, als Gesamtheit der gesetzlichen Pflegekassen, wird über einkommensabhängige Beiträge finanziert und ist als umlagefinanzierte Pflegeversicherung mit einem allgemeinen Finanzausgleich organisiert (Simon 2008). Hierdurch findet ein Solidarausgleich zwischen Gesunden (geringe Inanspruchnahme von SPV-Leistungen in der Lebenszeit) und Pflegebedürftigen (hohe Inanspruchnahme von SPV-Leistungen in der Lebenszeit) statt (Umlagefinanzierung). Ferner werden die Ausgaben und Kosten der SPV von allen Pflegekassen im Verhältnis ihrer jeweiligen Beitragseinnahmen getragen, so dass es faktisch keine wettbewerbliche Struktur zwischen den gesetzlichen Pflegekassen gibt (Finanzausgleich). Private Pflegeversicherungen sind im Gegensatz zur SPV nicht umlagefinanziert, sondern decken als kapitalgedeckte Versicherung nur das individuelle Risiko von Pflegebedürftigkeit ab (Risikoäquivalenz).

Die nachfolgende Tabelle veranschaulicht die finanzierten Leistungen der Pflegeversicherung seit ihrer Einführung bis zum Jahr 2010 (■ Tab. 2.1). Deutlich zeigen sich hier die immer weiter steigenden Ausgaben für die vollstationäre Pflege und die Pflegesachleistungen. Auch die Ausgaben für den Bereich der Tages- und Nachtpflege sowie der 2003 eingeführten zusätzlichen ambulanten Betreuungsleistungen nehmen fortlaufend zu, auch wenn beide Posten nur einen geringen Anteil der Gesamtkosten ausmachen.

2.1.1 Sozialgesetzbuch XI

Das Sozialgesetzbuch XI bestimmt die einzelnen Leistungen der Pflegeversicherung. Zu den wichtigsten Paragraphen zählen:

Leistungen im SGBXI

§ 36: Pflegesachleistung

§ 38: Kombination von Geldleistung und Sachleistung (Kombinationsleistung)

§ 41: Tages- und Nachtpflege

§ 42: Kurzzeitpflege

Die Leistungsbereiche der Pflegeversicherung unterscheiden sich hinsichtlich der Wohnform (häuslich oder institutionalisiert) und der Frage, ob eine professionelle oder informelle Leistung vergütet wird (■ Tab. 2.2).

Der Bezug dieser Leistungen setzt eine Einstufung als pflegebedürftig gemäß SGB XI §§ 14–19 voraus, die Voraussetzungen werden durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) in der gesetzlichen Pflegeversicherung bzw. im Rahmen der Privaten Pflegeversicherung durch die MEDICPROOF GmbH überprüft. Die Pflegebedürftigkeit ist abhängig vom zugrunde liegenden geschätzten Pflegeaufwand und gliedert sich in die Pflegestufen 1 (erheblich Pflegebedürftige), 2 (Schwerpflegebedürftige) und 3 (Schwerstpflegebedürftige). Um die Pflegestufe 1 zu erreichen, müssen regelmäßig und auf Dauer, täglich durchschnittlich Hilfen im Umfang von mindestens 90 Minuten nötig sein **und** davon müssen mindestens 46 Minuten auf mindestens zwei Verrichtungen der Grundpflege entfallen (■ Tab. 2.3).

■ Pflegebedürftigkeit: körperliche statt kognitiver Einschränkungen

Da Demenz in frühen Stadien hauptsächlich mit kognitiven Einschränkungen assoziiert und eher eine Beaufsichtigung anstelle einer pflegerischen Versorgung indiziert ist, liegt im Sinne der §§ 14–19 SGB XI nicht unbedingt eine Pflegebedürftigkeit vor. Um diesem Umstand Sorge zu tragen, können gemäß § 45 a–b SGB XI Demenzerkrankte in einem frühen Stadium nach entsprechender Begut-

■ Tab. 2.2 Leistungsansprüche und Vergütung pflegerischer Leistung im SGB XI

Leistung	SGB XI	Leistungserbringer
Pflegesachleistung	§36	Pflegedienst
Pflegegeld	§37	Informelle Pflegeperson
Kombinationsleistung	§38	Pflegedienst/Informelle Pflegeperson
Verhinderungspflege	§39	Pflegedienst/Pflegeeinrichtung
Hilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen	§40	–
Tages- und Nachtpflege	§41	Pflegeeinrichtung
Kurzzeitpflege	§42	Pflegeeinrichtung
Vollstationäre Pflege	§43	Pflegeeinrichtung

■ Tab. 2.3 Minutenzuordnung in den einzelnen Pflegestufen

Aufwand in Minuten	Pflegestufe 1	Pflegestufe 2	Pflegestufe 3
Insgesamt mindestens	90 Minuten	180 Minuten	300 Minuten
Für Grundpflege mindestens	46 Minuten	120 Minuten	240 Minuten

achtung einen besonderen Hilfebedarf beantragen, der nicht das Ausmaß einer Pflegestufe erfüllt. Dieser Leistungsanspruch für Menschen mit Demenz wurde im Laufe der Jahre zunehmend ausgeweitet.

Wenn eine »eingeschränkte Alltagskompetenz« bescheinigt wurde, können seit 2008 bis zu 2.400 € pro Jahr für die Nutzung gerontopsychiatrischer Zusatzangebote in Anspruch genommen werden – auch wenn nicht die Pflegestufe 1 zugesprochen wurde. Mit der Pflegereform 2012 wurde beschlossen, dass ab dem 01.01.2013 für diesen Personenkreis monatlich 120 € Pflegegeld/bis zu 225 € für Sachleistungen pro Monat gezahlt werden, auch wenn die Voraussetzungen für Pflegestufe 1 nicht erfüllt sind (► http://www.pflegestufe.info/download/2013-01-01_uebersicht.png). Besteht regelmäßiger Pflegebedarf, weil eine eingeschränkte Alltagskompetenz, aber keine Pflegestufe zugeordnet wurde, können auch die Beratungsbesuche (§ 37 Absatz 3, SGB XI) in Anspruch genommen werden.

Ohne eine entsprechende Einstufung der Pflegebedürftigkeit lassen sich Leistungen nur über private Haushaltsausgaben finanzieren.

■ Pflegeversicherung deckt nicht alle anfallenden Kosten ab

Die Soziale Pflegeversicherung bzw. privaten Pflegeversicherungen finanzieren die Kosten der pflegerischen Versorgung, nicht jedoch andere Kostenarten. Bei Demenz-Wohngemeinschaften und Altenheimen/Altenpflegeheimen fallen allerdings weitere Kosten an. Dies sind in der Regel die Kosten für Unterbringung (Miete und Nebenkosten), Verpflegung (Essen und Trinken) und andere Kostenarten (z. B. besondere Betreuungs- und Serviceleistungen), die privat durch den Pflegebedürftigen finanziert werden müssen (Simon 2008). Bei Altenpflegeheimen muss sich der Pflegebedürftige zusätzlich anteilig an den sogenannten Investitionskosten beteiligen (z. B. Gebäude und Anlagen, Abschreibungen), der andere Teil wird vom jeweiligen Bundesland getragen. Sofern private Zahlungen durch das Haushaltseinkommen (etwa Renteneinkommen) der pflegebedürftigen Person nicht gedeckt werden können, werden (wenn vorhanden) die Kinder unterhaltspflichtig. Sofern die Kinder wirtschaftlich nicht dazu in der Lage sind,

übernimmt die Sozialhilfe nach Sozialgesetzbuch, Zwölftes Buch – Sozialhilfe (SGB XII), also die jeweilige Kommune, die anfallenden Kosten. Die Pflegeversicherung ist also als »Teilkasko«-Versicherung anzusehen und sichert damit nicht alle Risiken der Pflegebedürftigkeit vollständig ab.

■ Private Zusatzpflegeversicherung

Zur heutigen Zeit steigt die Lebenserwartung stetig an, deshalb ist eine private Pflegevorsorge sehr sinnvoll und wichtig. Die gesetzlichen Pflegeleistungen reichen in der Regel nicht aus, sodass die Finanzierung für eine professionelle Pflege nicht in jedem Fall abgedeckt ist.

Insbesondere bei Pflegestufe 3 empfiehlt sich eine **private Zusatzpflegeversicherung**. Sie schützt in erster Linie davor, dass die Ersparnisse aufgebraucht werden müssen oder jemand den Angehörigen und Kindern zur Last fallen muss. Im Grunde ist diese Zusatzpflegeversicherung für jeden Menschen sinnvoll, weil die allgemeinen gesetzlichen Leistungen in der Regel viel niedriger liegen als die Kosten für eine ambulante oder für eine stationäre Pflege, sodass sie ohne die Zusatzpflegeversicherung nicht ausreichend gedeckt werden würden.

Ohne Wartezeit besteht der Versicherungsschutz einer Zusatzpflegeversicherung direkt nach dem Vertragsabschluss. Er gewährt die Leistungen in Deutschland und im Ausland. Falls ein Versicherungsfall eintritt, kann bei einer privaten Zusatzpflegeversicherung mit einer schnellen und sehr unkomplizierten Leistung gerechnet werden. Hierbei spielt es keine Rolle, ob die Pflege stationär oder ambulant durchgeführt wird, denn die Zahlung erfolgt in jedem Fall. Nach der Anerkennung der jeweiligen Pflegebedürftigkeit tritt im Versicherungsfall eine direkte Auszahlung der Zusatzpflegeversicherung ein. Rückwirkend kann diese bis zu 12 Monate ausgezahlt werden. Ab dem Eintreten eines Pflegefalls müssen vom Versicherungsnehmer keine weiteren Beiträge mehr gezahlt werden. Im Falle einer Pflegestufe 3 bekommt der Versicherungsnehmer automatisch einen lebenslangen Versicherungsschutz.

Die Zusatzpflegeversicherung ist bei Pflegestufe 2 und 3 eine reine Risikoversicherung. Sie hat

jedoch nicht zur Aufgabe, das eigene Kapital für das kommende Alter aufzubauen, wie das zum Beispiel bei der privaten Altersvorsorge der Fall ist. Die Höhe der Beiträge richtet sich je nach Alter bei Versicherungsbeginn und nach dem Geschlecht. Es empfiehlt sich daher sehr, in jungem Alter eine Zusatzpflegeversicherung abzuschließen, da die Beiträge, die gezahlt werden müssen, mit dem steigenden Alter auch ansteigen.

Seit dem 01.01.2013 zahlt der Staat für private Pflegezusatzversicherungen einen Zuschuss in Höhe von 60 € pro Jahr (bzw. 5 € pro Monat), wenn diese vorgegebene Mindestkriterien erfüllen. Da die gesetzliche Pflegepflichtversicherung nur einen Teil der Kosten im Pflegefall übernimmt, kann die Versorgungslücke durch die staatlich geförderte Pflege-Zusatzversicherung (sog. Pflege-Bahr/Pflege-Riester) verringert werden. Da sich aber auch mit der geförderten Pflegezusatzversicherung nur ein Teil der Versorgungslücke im Pflegefall schließt, bieten die meisten privaten Krankenversicherer zusätzlich einen »ungeförderten« Pfegetarif als Ergänzung an.

Wie sich die Leistungen der Pflegeversicherung zukünftig entwickeln, hängt stark von der Haltung der Gesellschaft ab, ob die steigenden Kosten aufgrund der Pflegebedürftigkeit individuell oder durch die Gesellschaft getragen werden sollen. Hinsichtlich der künftigen Dimensionen des Demenz-Problems besteht zwar in der Fachwelt eine allgemeine Übereinstimmung darüber, dass die Zahl der demenziell Erkrankten zunehmen wird, unklar ist jedoch, in welchem Ausmaß dies der Fall sein wird. Als Einflussfaktoren können u. a. gelten:

- Absehbare Veränderungen in der Altersstruktur der Bevölkerung, d. h. die zahlenmäßige Entwicklung insbesondere der oberen Altersgruppen
- Entwicklung und Umsetzung primär- und sekundärpräventiver sowie ressourcenorientierter gesundheitsfördernder Strategien zur Vermeidung bzw. zum zeitlichen Hinausschieben des Eintritts demenzieller Erkrankungen
- Entwicklung und möglichst flächendeckende Implementierung intersektoraler und interprofessioneller vernetzter Behandlungs- und Betreuungsformen für bereits (leichter) demen-

ziell Erkrankte, einschließlich der Förderung des Aufbaus und der Unterstützung niedrigschwelliger Betreuungsangebote

- Eventuelle medizinische Fortschritte bei der Therapie demenzieller Erkrankungen

2.1.2 Pflegeversicherung als 5. Säule der Absicherung

Mit Einführung der Pflegeversicherung 1995 als 5. Säule des Sozialversicherungssystems erhalten Bürger einen Versicherungsschutz bei Pflegebedürftigkeit. Mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz und dem Pflegezeitgesetz wurde die Pflegeversicherung – von wenigen Ausnahmen abgesehen – zum 01.07.2008 auf die durch niedrigere Geburtenraten und steigende Lebenserwartung geänderten Herausforderungen angepasst. Zum 01.07.2008 wurden die Leistungen der Pflegeversicherung stufenweise bis 2012 erhöht. Ab 2015 sollen die Leistungen in einem dreijährigen Rhythmus an die Preisentwicklung angepasst werden. Beginnend mit dem Jahr 2014 prüft die Bundesregierung alle drei Jahre erneut, ob und in welchem Umfang eine Anpassung erforderlich ist. Am 30.10.2012 ist das Pflege-neu-ausrichtungsgesetz (PNG) in Kraft getreten. Einige Regelungen gelten erst seit dem 01.01.2013.

■ Unzureichende Erfassung des Hilfebedarfs von Menschen mit Demenz

Das PNG sieht vor allem Leistungsverbesserungen für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (EEA) vor. Das sind Menschen, die z. B. eine Tendenz zum Weglaufen oder zu aggressivem Verhalten haben oder die gefährliche Situationen nicht richtig einschätzen können. Zu dieser Personengruppe gehören unter anderem Menschen mit einer geistigen Behinderung sowie demenzkranke Menschen. Hintergrund der Leistungsverbesserung für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (EEA) ist, dass seit vielen Jahren in Fachkreisen über die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs diskutiert wird. Zurzeit wird der Pflegebedarf danach bemessen, wie viele Minuten ein Mensch für bestimmte tägliche Verrichtungen, wie das Waschen oder Anziehen, die Nahrungsaufnahme und den Bereich der Mobilität, benötigt. Dies stellt vor allem den

Hilfebedarf von körperlich eingeschränkten Menschen dar, kognitive Defizite werden erst dann erfasst, wenn sie Auswirkungen auf diese Verrichtungen des täglichen Lebens haben.

Seit dem 01.08.2008 haben Personen mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz (EEA) Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung – unabhängig von der Pflegestufe und damit auch ohne Pflegestufe. Bezieher dieser Leistungen ohne Pflegestufe werden umgangssprachlich auch der »Pflegestufe 0« zugeordnet. Diese Leistungsverbesserungen für Menschen mit Demenz gelten als Übergangslösung bis zur Einführung eines neuen, umfassenderen Pflegebedürftigkeitsbegriffs.

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) definiert den Begriff »Alltagskompetenz« damit, dass ein ausgewachsener Mensch seine alltäglichen Verrichtungen innerhalb seiner Kultur selbstständig und unabhängig in eigenverantwortlicher Weise erfüllen kann. Ist das nicht der Fall, so benötigt diese Person Hilfe. In solchen Fällen (z. B. bei Demenz) erhalten betroffene Personen 100 €, beziehungsweise bei besonderem Bedarf 200 € monatlich. Liegt bei betroffenen Personen eine Pflegebedürftigkeit vor, erhalten diese die genannten Leistungen zusätzlich zu den regulären Bezügen.

Seit dem 01.07.2008 erhält Sofortleistungen der Pflegeversicherung, wer nachweisen kann, dass er innerhalb der letzten 10 Jahre vor Antragstellung mindestens 2 Jahre in der Pflegeversicherung versichert gewesen ist. Versicherte Kinder erfüllen die Vorversicherungszeit, wenn ein Elternteil sie erfüllt.

Zusammenfassung

Seit dem 01.01.2013 erhalten Personen mit einer eingeschränkten Alltagskompetenz auch ohne Pflegestufe Pflegegeld und Sachleistungen aus der Pflegeversicherung. Des Weiteren wurden die Leistungen der Pflegestufen 1 und 2 für betroffene Personen angehoben.

Neu ist auch, dass Pflegebedürftige mit EEA und Pflegestufe 0 Anspruch haben auf Verhinderungs- oder Ersatzpflege, Kurzzeitpflege, Pflegehilfsmittel und Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen.

2.2 Feststellung von Pflegebedürftigkeit bei EEA

Im Rahmen des Verfahrens zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit hat der MDK auch das Vorliegen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI zu ermitteln. Daneben kann es isolierte Anträge von Versicherten auf das Vorliegen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz (EEA) nach § 45a SGB XI geben. Darüber hinaus hat der MDK eine Bewertung des Hilfebedarfs vorzunehmen, d. h. zu differenzieren, ob eine erhebliche oder in erhöhtem Maße eingeschränkte Alltagskompetenz vorliegt. Diese gesetzlichen Neuregelungen in § 45a SGB XI traten bereits zum 01.07.2008 in Kraft. Das Verfahren zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und zur Bewertung des Hilfebedarfs wurde in den »Richtlinien zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und zur Bewertung des Hilfebedarfs« festgelegt.

Voraussetzungen sind

- demenzbedingte Fähigkeitsstörungen,
- geistigen Behinderungen oder
- psychischen Erkrankungen,

bei denen als Folge der Krankheit oder Behinderung Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens festgestellt werden, die dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz führen. Dabei meint »Dauer«, dass die Einschränkung für mindestens 6 Monate vorhanden sein wird. Die Feststellung/Einstufung erfolgt bei der Einstufung in eine Pflegestufe, sie kann aber auch eigenständig (auch allein) beantragt und begutachtet werden. Zur Feststellung geht der Gutachter in zwei Schritten vor:

1. Screening

Im Rahmen eines Screening (wörtlich »Aussieben« oder »Rastern«) stellt der Gutachter fest, ob es dauerhafte Auffälligkeiten in folgenden Bereichen/Punkten gibt:

- Orientierung
- Antrieb/Beschäftigung
- Stimmung
- Gedächtnis

- Tag-Nacht-Rhythmus
- Wahrnehmung und Denken
- Kommunikation/Sprache
- Situatives Anpassen
- Soziale Bereiche des Lebens wahrnehmen

In der Begutachtungsanleitung ist nicht weiter ausgeführt, was alles Auffälligkeiten sein können, der Gutachter hat hier folglich einen großen Entscheidungsspielraum. Wenn der Gutachter mindestens **eine** Auffälligkeit feststellt, die

- auf eine demenzbedingte Fähigkeitsstörung, geistige Behinderung oder psychische Erkrankung zurückzuführen ist und
- die »dauerhaft« ist, also zu einem regelmäßigen und dauerhaften (voraussichtlich für mindestens 6 Monate) Betreuungs- und Beaufsichtigungsbedarf führt,

hat er den zweiten Teil der Prüfung, das sogenannte **Assessment** durchzuführen.

2. Assessment

Der Gutachter muss nun bei jedem einzelnen Item beurteilen, ob es hier eine dauerhafte Störung gibt oder nicht (■ Tab. 2.4). Die Begutachtungsanleitung gibt für die einzelnen Items Bewertungsbeispiele wieder. Auch hier gibt es einen großen Entscheidungsrahmen, innerhalb dessen der Gutachter entscheiden kann.

Stufen der eingeschränkten Alltagskompetenz werden wie folgt eingeteilt, nach denen sich dann auch die Leistungen richten:

1. Die Alltagskompetenz ist **erheblich eingeschränkt**, wenn der Gutachter beim Pflegebedürftigen
 - wenigstens bei **zwei Items**, davon mindestens **einmal** aus einem der Bereiche **1 bis 9**, dauerhafte und regelmäßige Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen feststellt. Diese Einstufung berechtigt zum Leistungsbezug des sogenannten **Grundbetrags** der Betreuungsleistung.
2. Die Alltagskompetenz ist in **erhöhtem Maß eingeschränkt**,
 - wenn eine **erhebliche Einschränkung** der Alltagskompetenz vorliegt und zusätzlich

■ Tab. 2.4 Kriterien zur Beurteilung im Assessment

Kriterien	Symptome/Merkmale
1. Betroffene Person verlässt Wohnung unkontrolliert	<ul style="list-style-type: none"> – Herausdrängen aus der Wohnung – Suchen der Eltern oder Kinder außerhalb der Wohnung
2. Gefährdende Situationen werden verursacht oder nicht erkannt	<ul style="list-style-type: none"> – Gefährdendes Eingreifen in den Straßenverkehr
3. Gegenstände werden unsachgemäß genutzt	<ul style="list-style-type: none"> – Unangemessenes Nutzen von Küchengeräten – Unkontrolliertes Nutzen des Gasanschlusses – Unsachgemäßer Umgang mit Medikamenten, Chemikalien oder offenem Feuer – Essen verdorbener Lebensmittel
4. Unangemessenes aggressives Verhalten	<ul style="list-style-type: none"> – Schlagen, Treten, Beißen, Spucken, Werfen – Zerstörung von Gegenständen – Selbstverletzungen – Beschimpfungen, Beleidigungen
5. Unangemessenes Verhalten	<ul style="list-style-type: none"> – Urinieren und Koten in Wohnräume – Übersteigter Betätigungs- und Bewegungsdrang – Sexuelle Belästigung anderer Menschen
6. Keine Wahrnehmung der eigenen Bedürfnisse	<ul style="list-style-type: none"> – Keine Wahrnehmung von Hunger und Durst – Keine Wahrnehmung von Verletzungen/Schmerzen – Kein Harn- und Stuhldrang
7. Fehlende Zusammenarbeit bei pflegerischen Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> – Apathisches Liegen im Bett – Verharren an zugewiesenem Platz ohne Aufforderung, diesen zu verlassen – Fehlendes Essen und Trinken
8. Neuronale Schädigungen	<ul style="list-style-type: none"> – Nicht-Wiedererkennen vertrauter Personen (Eltern, Kinder, Pfleger) – Fehlende Fähigkeit zum Umgang mit Geld – Fehlende Sprachfähigkeit – Nicht Wiederfinden des Zimmers oder der Wohnung selbst – Fehlendes Erinnerungsvermögen
9. Tag-Nacht-Störungen	<ul style="list-style-type: none"> – Verschobene Wach- und Schlafenszeiten
10. Fehlende Planung und Strukturierung des eigenen Tages	<ul style="list-style-type: none"> – Ausbleiben alltäglicher Verrichtungen wie beispielsweise Körperhygiene
11. Alltagssituationen werden falsch wahrgenommen	<ul style="list-style-type: none"> – Nahrungsverweigerung aufgrund der Angst, sich zu vergiften – Verfolgungswahn – Wahrnehmung und Reaktionen auf Halluzinationen
12. Übersteigerte Psyche	<ul style="list-style-type: none"> – Plötzliches, unmotiviertes, unangemessenes Weinen – Übersteigerte Emotionen
13. Ständige Depressionen	<ul style="list-style-type: none"> – Ständiges Jammern und Klagen – Ständiges Beklagen der Sinnlosigkeit des Lebens und Tuns

Quelle MDK 2014 (► http://www.mdk.de/media/pdf/BRI_Pflege_090608.pdf)

- bei mindestens **einem weiteren Item** aus den Bereichen **1, 2, 3, 4, 5, 9 und 11** eine Störung festgestellt wird. Diese Einstufung berechtigt zum Leistungsbezug des sogenannten **erhöhten Betrags** der Betreuungsleistung.

Zusammenfassung

Um Anspruch auf den monatlichen Grundbetrag von 100 € zu haben – dazu muss eine »erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz« vorliegen –, müssen zwei verschiedene Kriterien mit »ja« beantwortet werden. Mindestens einmal muss ein Kriterium aus den Bereichen 1 bis 9 positiv beantwortet werden.

Den erhöhten Betreuungsbedarf in Höhe von 200 € erhalten Antragsteller, wenn zusätzlich zu den genannten Kriterien mindestens einmal bei den Aspekten 1, 2, 3, 4, 5, 9 oder 11 ein »Ja« angegeben wird.

2.2.1 Leistungen der Pflegeversicherung

Die aktuellen Leistungen der Pflegeversicherung für das Jahr 2014 sind für die unterschiedlichen Leistungsarten in der nachfolgenden Tabelle zusammengefasst (■ Tab. 2.5).

Bei Pflegebedürftigkeit kann zwischen verschiedenen Leistungsarten gewählt werden:

- Leistungen bei häuslicher Pflege in Form von ambulanten Pflegesachleistungen (§ 36 SGB XI) oder Pflegegeld (§ 37 SGB XI). Eine Kombinationsleistung aus beidem (§ 38 SGB XI) ist möglich.
- Leistungen bei teilstationärer Pflege als Tages- und Nachtpflege und Kurzzeitpflege (§§ 41, 42 SGB XI)
- Leistungen bei vollstationärer Pflege (§§ 43 ff SGB XI)

Beim Pflegegeld und der Pflegesachleistung wird seit 2014 zwischen pflegebedürftigen Menschen mit und ohne eingeschränkter Alltagskompetenz unterschieden. Neu ist die häusliche Betreuung als

Bestandteil der Pflegesachleistung. Dazu zählen verschiedene Hilfen bei der Alltagsgestaltung wie Hobby, Spiele oder Spaziergänge, die nach Zeitaufwand mit dem Pflegedienst vereinbart werden können. Der Anspruch besteht hier, wenn Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung sichergestellt sind. Bisher rechneten Pflegedienste nach Leistungskomplexen ab, jetzt kann auch eine Abrechnung nach Zeit vereinbart werden. Jede Form von Pauschalen ist unzulässig, außer für hauswirtschaftliche Versorgung, Behördengänge und Fahrtkosten. Der Pflegebedürftige kann zwischen beiden Vergütungssystemen wechseln und vereinbart individuell auf seine Bedürfnisse abgestimmte Leistungen.

2.2.2 Pflegegeld

Pflegen selbst beschaffte Pflegepersonen wie Angehörige, Nachbarn, Ehrenamtler, erwerbsmäßige Pflegekräfte oder eine vom Pflegebedürftigen angestellte Pflegeperson, besteht Anspruch auf Pflegegeld.

2.2.3 Tagespflege und Nachtpflege

Kann die häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden oder ist dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich, besteht Anspruch auf Tages- und/oder Nachtpflege. Der für diese Leistung zur Verfügung stehende Betrag beinhaltet die Aufwendungen für soziale Betreuung und notwendige Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Die Sätze für die Tages- oder Nachtpflege entsprechen den Pflegesachleistungen und richten sich nach der Pflegestufe. Da die Leistungen der Tages- und Nachtpflege mit häuslicher Pflege oder Pflegegeld kombiniert werden können und der Gesetzgeber die Kombination nicht grenzenlos zulassen wollte, gibt es besondere Höchstgrenzen, die § 41 Abs. 4–6 SGB XI zu entnehmen sind.

Die Pflegekasse kann zusätzlich bis zu 50% Pflegegeld oder/und Pflegesachleistung für die Pflege zu Hause leisten. Umgekehrt können zusätzlich zum Pflegegeld, zur Pflegesachleistung oder

■ Tab. 2.5 Leistungen in € pro Monat 2014

Pflegegeld (§ 37 SGB XI)	Pflegestufe 1 Pflegestufe 2 Pflegestufe 3	bis zu € 235,- bis zu € 440,- bis zu € 700,-
Pflegegeld bei eingeschränkter Alltagskompetenz (Demenz) (§§ 37, 123 SGB XI)	Pflegestufe 0 Pflegestufe 1 Pflegestufe 2 Pflegestufe 3	bis zu € 120,- bis zu € 305,- bis zu € 525,- bis zu € 700,-
Pflegesachleistungen (§ 36 SGB XI)	Pflegestufe 1 Pflegestufe 2 Pflegestufe 3 Härtefall	bis zu € 450,- bis zu € 1.100,- bis zu € 1.550,- bis zu € 1.980,-
Pflegesachleistungen bei eingeschränkter Alltagskompetenz (Demenz) (§§ 36, 123 SGB XI)	Pflegestufe 0 Pflegestufe 1 Pflegestufe 2 Pflegestufe 3 Härtefall	bis zu € 225,- bis zu € 665,- bis zu € 1.250,- bis zu € 1.550,- bis zu € 1.980,-
Betreuungsleistungen, zusätzliche	Zusätzliche Betreuungsleistungen in Höhe von € 100,- oder 200,- werden gewährt, wenn der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) einen erheblichen Bedarf gem. §§ 45a und 45b SGB XI festgestellt hat.	
Tagespflege (und Nachtpflege) (§ 41 SGB XI)	Leistungen wie bei Pflegesachleistungen,-	
	Pflegestufe 1 Pflegestufe 2 Pflegestufe 3	bis zu € 450,- bis zu € 1.100,- bis zu € 1.550,-
Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI)	Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf vier Wochen (28 Tage) pro Kalenderjahr beschränkt. Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie der medizinischen Behandlungspflege bis zu € 1.550,- (für max. 28 Tage).	
Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI)	Verhinderungspflege kann beantragt werden, wenn die pflegende Person »verhindert« ist. Die Verhinderungspflege kann auch direkt im Anschluss an eine Kurzzeitpflege in Anspruch genommen werden, wenn z. B. die pflegende Person längere Zeit abwesend ist. Der Anspruch auf Verhinderungspflege ist ebenfalls auf vier Wochen (28 Tage) pro Kalenderjahr beschränkt. Die Aufwendungen der Pflegekassen können sich im Kalenderjahr auf bis zu € 1.550,- belaufen.	
Vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI)	Pflegestufe 1 Pflegestufe 2 Pflegestufe 3 Härtefall	€ 1.023,- € 1.279,- € 1.550,- € 1.918,-
Weitere Leistungsarten	Pflegehilfsmittel und technische Hilfen Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen Leistungen des persönlichen Budgets nach § 17 Abs. 2 bis 4 des Neunten Buches des Sozialgesetzbuches (SGB IX)	

Quelle: Sozialverband VdK 2014

zur Kombinationsleistung bis zu 50% Tages- und Nachtpflege in Anspruch genommen werden. Insgesamt gibt es nie mehr als 150% Gesamtleistung und immer nur maximal 100% einer Leistung. Die Anteile werden in 10%-Schritten bemessen.

Beispiel

Herr Müller hat die Pflegestufe 2, er wird stundenweise in einer Tageseinrichtung betreut. Zusätzlich wird er von seiner Frau und einem Pflegedienst versorgt.

Die Leistungsverteilung könnte folgendermaßen aussehen:

- 60% Tagespflege = 660,- € von 1.100,- €
- 50% Pflegesachleistung = 550,- € von 1.100,- €
- 40% Pflegegeld = 176,- € von 440,- €

Insgesamt kommt Herr Müller auf den höchstmöglichen Gesamtanspruch von 150%.

2.2.4 Kombinationsleistung

Die Kombinationsleistung kombiniert Pflegesachleistung mit Pflegegeld. Wird die Pflegesachleistung nicht in voller Höhe in Anspruch genommen, kann gleichzeitig ein entsprechend gemindertes, anteiliges Pflegegeld beansprucht werden. Das Pflegegeld wird um den Prozentsatz gemindert, den der Pflegebedürftige in Form von Sachleistungen in Anspruch genommen hat. Insgesamt dürfen beide Leistungen zusammen 100% nicht übersteigen. Wird die Tages- und Nachtpflege mit in Anspruch genommen, entsteht ein Gesamtanspruch von 150%. Zusätzlich zu 100% Kombinationsleistung kann noch bis zu 50% Tages- oder Nachtpflege in Anspruch genommen werden.

Beispiel

Kombinationsleistung: Beispielrechnung Herr Maier Pflegestufe 2

Wenn die Hilfeleistungen bei Herrn Maier von einem Pflegedienst und von der Ehefrau ausgeführt werden, rechnet der Pflegedienst seine Leistung (Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI) direkt mit der Pflegekasse ab. Dafür steht Herrn Maier je nach Pflegestufe ein Festbetrag zur Verfügung.

Wenn Herr Maier und seine Frau sich für eine Kombinationsleistung nach § 38 SGB XI entscheiden haben, wird die »verbrauchte« Pflegesachleistung mit dem Anspruch auf das Pflegegeld verrechnet. Das bedeutet, dass er ein anteiliges Pflegegeld nach § 37 SGB XI bekommt, wenn er die ihm zustehende Sachleistung nur anteilig in Anspruch nimmt. Der ausgezahlte Pflegegeldbetrag ist abhängig vom Prozentsatz der verbrauchten Pflegesachleistung.

Zuerst berechnet die Pflegekasse, wie viel Prozent von der Sachleistung durch den Pflegedienst ausgeschöpft sind:

- Bei Pflegestufe 2 beträgt der Festbetrag für die Sachleistung 1040 €.
- Der Pflegedienst rechnet 686,40 € (von 1040 €) ab. Das sind 66% der Pflegesachleistung. 34% der Pflegesachleistung wurden noch nicht verbraucht.
- Bei Pflegestufe 2 stehen dem Pflegebedürftigen grundsätzlich 430 € Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegepersonen zu, wenn er keinen Pflegedienst beauftragt.
- Die Pflegesachleistung ist durch den Pflegedienst zu 66% verbraucht. Es bleiben 34% übrig – vom Pflegegeld.
- 34% von 430 € = 146,20 € Pflegegeld werden ausgezahlt.

Die Pflegekasse zahlt als Kombinationsleistung also 686,40 € (66% Pflegesachleistung) an den Pflegedienst und 146,20 € (34% Pflegegeld) an Herrn Maier mit Pflegestufe 2.

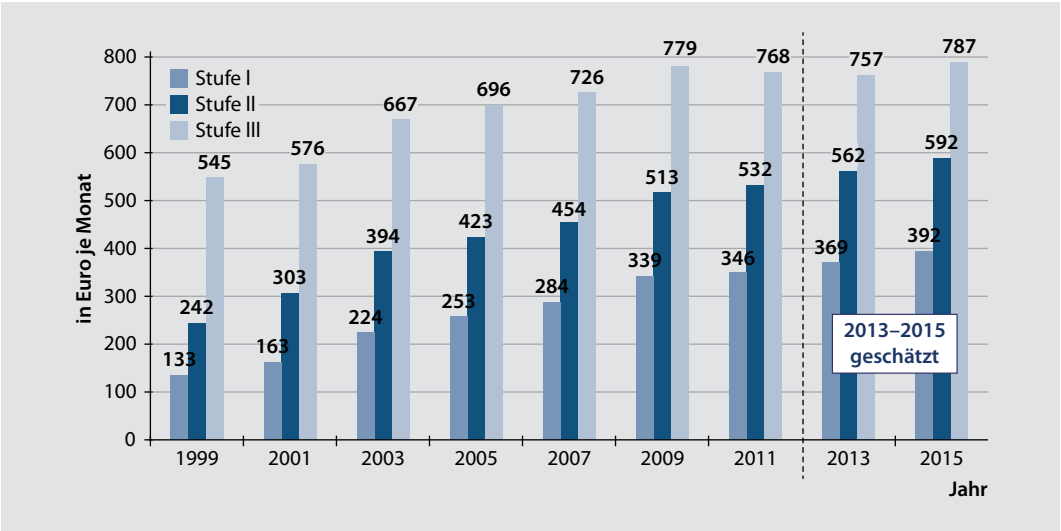
2.2.5 Zusätzliche Betreuungsleistungen

Des Weiteren wurden zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI geschaffen. Zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI sollen eine stärkere Berücksichtigung demenzbedingter Fähigkeitsstörungen, psychischer Erkrankungen oder geistiger Behinderung in der Sozialen Pflegeversicherung bewirken. Insbesondere bei diesen Erkrankungen ist eine stärkere Betreuung und Beaufsichtigung der betroffenen Personen notwendig. Die Definition von Pflegebedürftigkeit im

■ Tab. 2.6 Monatliche Pflegekosten, Versicherungsleistungen und Eigenanteile

Pflege- stufe	Pflegekos- ten (1)	Unterkunft u. Verpfle- gung (2)	Investi- tionskos- ten (3)	Gesamt- entgelt (4)=(1)+(2)+(3)	Versiche- rungs- leistun- gen (5)	Eigenanteil Pflege- kosten (6)=(1)-(5)	Eigenanteil insgesamt (7)=(4)-(5)
Stufe 1	1.369	629	395	2.393	1.023	346	1.370
Stufe 2	1.811	629	395	2.835	1.279	532	1.556
Stufe 3	2.278	629	395	3.302	1.470	808	1.832

Quelle: Rothgang und Jacobs (2013: 10)



■ Abb. 2.1 Eigenanteil am Pflegesatz (ohne Unterkunft/Verpflegung und Investitionskosten, adaptiert nach Rothgang und Jacobs 2013)

Sinne des SGB XI zielt jedoch primär auf körperliche Einschränkungen und berücksichtigt kognitive und psychische Beeinträchtigungen und den damit verbundenen höheren Betreuungsbedarf nicht adäquat (BMG 2009). Zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI sollen dieses Defizit der Pflegeversicherung ansatzweise ausgleichen, Angebote für qualifizierte Betreuung fördern, schon frühzeitig pflegende Angehörige entlasten und so eine längere Pflege im häuslichen Bereich ermöglichen.

Da insbesondere Menschen in einem frühen Stadium der Demenz die Voraussetzungen für eine Pflegestufe häufig nicht erfüllen, kann gemäß § 45

a–b SGB XI nach entsprechender Begutachtung ein besonderer Hilfebedarf beantragt werden, der nicht das Ausmaß einer Pflegestufe erfüllt (► Abschn. 2.2).

■ Tab. 2.6 stellt heraus, dass die dort abgebildeten jeweils bundesweiten Durchschnittsentgelte nur anteilig von der Pflegeversicherung (inzwischen deutlich weniger als die Hälfte der Gesamtentgelte) übernommen werden. Dazu zählen auch die Kosten für Unterkunft und Verpflegung, die von der Pflegeversicherung nicht übernommen werden, weil sie nicht pflegebedingt sind.

In ■ Abb. 2.1 ist die Veränderung der Eigenanteile nur für die direkten pflegebedingten Kosten (Pflegesätze) im Zeitverlauf dargestellt. Rothgang

und Jacobs (2013) stellen heraus, dass die Leistungen bei Einführung der Pflegeversicherung teilweise noch ausreichend waren, um die Pflegesätze zu decken, so lag der durchschnittliche Pflegesatz selbst in Pflegestufe 1 bei erstmaliger Durchführung der Pflegestatistik 1999 schon mehr als 100 € über den Versicherungsleistungen. 2011 waren durchschnittliche Eigenanteile von 350 € (Pflegestufe 1) bis über 750 € (Pflegestufe 3) zu verzeichnen, wobei in den Stufen 1 und 2, in denen auch 2012 keine Leistungsanpassung stattfand, von weiteren Steigerungen auszugehen ist (Rothgang und Jacobs 2013).

2.2.6 Soziale Sicherung von Pflegepersonen

Die Pflegekasse übernimmt ergänzende Leistungen, z. B. Beiträge an die Rentenversicherung für Pflegenden, die einen oder mehrere pflegebedürftige Angehörige insgesamt mindestens 14 Stunden pro Woche pflegen. Allerdings darf die Pflegeperson dabei nicht mehr als 30 Stunden erwerbsmäßig arbeiten. Alle Pflegenden sind – unabhängig von der wöchentlich aufgebrauchten Pflegezeit – in der gesetzlichen Unfallversicherung versichert. Die Soziale Sicherung für Pflegepersonen ist im § 44 SGB XI geregelt.

Weitere unterstützende Angebote für Angehörige werden im Folgenden erläutert.

■ Pflegekurse

Verschiedene Träger, z. B. die Krankenkassen oder Pflegestützpunkte, bieten Pflegekurse für Angehörige von Menschen mit Demenz an. Die Pflegekasse übernimmt die Kosten für externe Pflegekurse, aber auch für Schulungen zu Hause. Im Rahmen dieser Pflegekurse wird konkretes Wissen über Krankheiten im Alter, Pflege Techniken sowie Informationen zu Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung vermittelt. Einen hohen Stellenwert nehmen zudem Entlastungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige ein.

■ Pflegezeit für berufstätige Pflegepersonen

Wer in einem Betrieb mit mehr als 15 Arbeitnehmern beschäftigt ist, hat einen Anspruch auf eine Pflegezeit von bis zu sechs Monaten, um einen An-

gehörigen mit anerkannter Pflegestufe zu betreuen. In dieser Zeit ist der Arbeitnehmer sozialversichert, bezieht jedoch kein Gehalt. In einer akut auftretenden Pflegesituation kann sich ein Arbeitnehmer ohne Lohnfortzahlung bis zu zehn Tage freistellen lassen. Dies gilt auch für Beschäftigte in kleineren Betrieben. Näheres regelt das Pflegezeitgesetz, welches am 01.07.2008 in Kraft trat.

■ Weitere Verbesserungen für pflegende Angehörige

- Häufige Fortzahlung von Pflegegeld während Kurzzeit- und Verhinderungspflege (§ 37 Abs. 2 und § 38 SGB XI) für bis zu 4 Wochen
- Pflegebedürftige in vollstationären Behinderteneinrichtungen haben Anspruch auf ungekürztes Pflegegeld anteilig für die Tage in häuslicher Pflege
- Anspruch auf Kurzzeitpflege besteht auch, wenn Pflegepersonen sich in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung befinden und gleichzeitige die Unterbringung und Pflege des Pflegebedürftigen erforderlich ist
- Verbesserung der Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson (§ 19 SGB XI und § 44 SGB XI)
- Änderung der Voraussetzung für Zahlung von Rentenbeiträgen aus der Pflegeversicherung: 14 Stunden Mindestumfang lassen sich auch durch Addition des zeitlichen Umfangs der Pflegetätigkeit erreichen, wenn die Pflegeperson zwei oder mehrere Pflegebedürftige pflegt.

■ Rentenrechtliche Berücksichtigung von pflegenden Angehörigen

Die Pflegekasse zahlt für pflegende Angehörige Beiträge zur Rentenversicherung, wenn die Pflege mindestens 14 Stunden in der Woche umfasst. Bisher musste dieser Stundenumfang bei einem Pflegebedürftigen anfallen. Wer in der Vergangenheit zwei oder mehrere Pflegebedürftige gleichzeitig jeweils unter 14 Stunden pro Woche pflegte, erhielt bisher keine Verbesserung seiner Alterssicherung, auch wenn die Pflege insgesamt mehr als 14 Stunden wöchentlich umfasste. Künftig können rentenrechtlich wirksame Pflegezeiten bei der Pflege von gleichzeitig zwei oder mehreren Pflegebedürftigen addiert werden, wenn bei diesen mindestens die Pflegestufe 1 anerkannt ist.

■ Förderung ambulant betreuter Wohngruppen (§ 38a SGB XI)

Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen in einer gemeinsamen Wohnung haben Anspruch auf einen pauschalen Zuschlag in Höhe von 200 € monatlich für Beschäftigung einer »Präsenzkraft« unter folgenden Voraussetzungen:

Mehrere Pflegebedürftige können ihre Pflege- und Betreuungsleistungen, Kombinationsleistungen daraus sowie hauswirtschaftliche Versorgung gemeinsam in Anspruch nehmen (§ 36 Abs. 1 Sätze 5 ff. SGB XI). Dahinter steht der Gedanke, pflegebedürftigen Menschen in einer ambulant betreuten Wohngruppe ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Die Wohngemeinschaften müssen aus mindestens 3 Pflegebedürftigen bestehen mit dem Zweck der gemeinschaftlichen, organisierten pflegerischen Versorgung. Jeder Pflegebedürftige, der in einer solchen Wohngruppe wohnt, erhält neben seinen Pflegeleistungen einen pauschalen Zuschlag von 200 € monatlich. Voraussetzung ist, dass eine Pflegekraft, die sogenannte Präsenzkraft, in der Wohngruppe tätig ist, die organisatorische, verwaltende oder pflegerische Aufgaben übernimmt. Auf einen konkreten Nachweis entstandener Kosten wird bewusst verzichtet, es muss keine ausgebildete Fachkraft sein.

Darüber hinaus gibt es noch weitere zusätzliche Leistungen in Wohngruppen:

Pflegebedürftige, die eine ambulant betreute Wohngruppe neu gründen, erhalten seit dem 30.10.2013 pro Person für eine altersgerechte oder barrierearme Umgestaltung der Wohnung eine Förderung in Höhe von 2.500 € pro Person. Der Gesamtbetrag für eine Wohngemeinschaft ist auf 10.000 € begrenzt. Die Förderung endet, wenn die zur Verfügung gestellte Summe von 30 Millionen € aufgebraucht ist, spätestens aber am 31.12.2015. Der Antrag ist innerhalb eines Jahres nach Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen zu stellen. Die Pflegekasse zahlt den Förderbetrag aus, wenn die Gründung einer ambulant betreuten Wohngruppe nachgewiesen ist. Der Gesetzgeber schätzt, dass mit dieser Anschubfinanzierung insgesamt etwa 3.000 neue Wohngemeinschaften gefördert werden können. Eine ambulant betreute Wohngruppe kann auch im Rahmen der Eingliederungshilfe finanziert werden, dies ist keine Einschränkung der Leistungsvoraussetzung.

2.3 Aktueller Stand

2.3.1 Niedrigschwellige Betreuungsangebote

Zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte insbesondere für demenzkranke Pflegebedürftige fördert der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Wege der Anteilsfinanzierung aus Mitteln des Ausgleichsfonds mit 25 Millionen € je Kalenderjahr den Auf- und Ausbau von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten sowie Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen insbesondere für demenzkranke Pflegebedürftige. Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung durchführen, beteiligen sich an dieser Förderung mit insgesamt 10% des gesamten Fördervolumens.

Der Zuschuss aus Mitteln der sozialen und privaten Pflegeversicherung ergänzt eine Förderung der niedrigschwelligen Betreuungsangebote und der Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf durch das jeweilige Land oder die jeweilige kommunale Gebietskörperschaft. Der Zuschuss wird jeweils in gleicher Höhe gewährt wie der Zuschuss, der vom Land oder von der kommunalen Gebietskörperschaft für die einzelne Fördermaßnahme geleistet wird, sodass insgesamt ein Fördervolumen von 50 Millionen € im Kalenderjahr erreicht wird. Soweit Mittel der Arbeitsförderung bei einem Projekt eingesetzt werden, sind diese einem vom Land oder von der Kommune geleisteten Zuschuss gleichgestellt.

Niedrigschwellige Betreuungsangebote im Sinne des § 45 b SGB XI Absatzes 1 Satz 1 sind Betreuungsangebote, in denen Helfer unter pflegefachlicher Anleitung die Betreuung von Pflegebedürftigen mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung in Gruppen oder im häuslichen Bereich übernehmen sowie pflegende Angehörige entlasten und beratend unterstützen. Die Förderung dieser niedrigschwelligen Betreuungsangebote erfolgt als Projektförderung und dient insbesondere dazu, Aufwandsentschädigungen für die ehrenamtlichen Betreuungspersonen zu finanzieren, sowie notwendige Personal- und Sach-

kosten, die mit der Koordination und Organisation der Hilfen und der fachlichen Anleitung und Schulung der Betreuenden durch Fachkräfte verbunden sind. Dem Antrag auf Förderung ist ein Konzept zur Qualitätssicherung des Betreuungsangebotes beizufügen. Aus dem Konzept muss sich ergeben, dass eine angemessene Schulung und Fortbildung der Helfenden sowie eine kontinuierliche fachliche Begleitung und Unterstützung der ehrenamtlich Helfenden in ihrer Arbeit gesichert ist. Als grundsätzlich förderungsfähige niedrigschwellige Betreuungsangebote kommen in Betracht:

- Betreuungsgruppen für Demenzerkrankte
- Helfer/-innenkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger im häuslichen Bereich
- Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung durch anerkannte Helfer
- Agenturen zur Vermittlung von Betreuungsleistungen für Pflegebedürftige im Sinne des § 45a
- Familienentlastende Dienste

Im Rahmen der Modellförderung nach Absatz 1 Satz 1 sollen insbesondere modellhaft Möglichkeiten einer wirksamen Vernetzung der für demenzerkrankte Pflegebedürftige erforderlichen Hilfen in einzelnen Regionen erprobt werden. Dabei können auch stationäre Versorgungsangebote berücksichtigt werden. Die Modellvorhaben sind auf längstens fünf Jahre zu befristen. Bei der Vereinbarung und Durchführung von Modellvorhaben kann im Einzelfall von den Regelungen des 7. Kapitels abgewichen werden. Für die Modellvorhaben ist eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung vorzusehen. Soweit im Rahmen der Modellvorhaben personenbezogene Daten benötigt werden, können diese nur mit Einwilligung des Pflegebedürftigen erhoben, verarbeitet und genutzt werden.

Um eine gerechte Verteilung der Fördermittel der Pflegeversicherung auf die Länder zu gewährleisten, werden die Fördermittel der sozialen und privaten Pflegeversicherung nach dem Königsteiner Schlüssel aufgeteilt. Mittel, die in einem Land im jeweiligen Haushaltsjahr nicht in Anspruch genommen werden, können in das Folgejahr übertragen werden.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. nach Anhörung der Verbände der Behinderten und Pflegebedürftigen auf Bundesebene Empfehlungen über die Voraussetzungen, Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel für die niedrigschwelligen Betreuungsangebote und die Modellprojekte. In den Empfehlungen ist unter anderem auch festzulegen, dass jeweils im Einzelfall zu prüfen ist, ob im Rahmen der neuen Betreuungsangebote und Versorgungskonzepte Mittel und Möglichkeiten der Arbeitsförderung genutzt werden können. Die Empfehlungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit und der Länder. Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Umsetzung der Empfehlungen zu bestimmen.

Der Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, kann von dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. unmittelbar an das Bundesversicherungsamt zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung (§ 65) überwiesen werden. Näheres über das Verfahren der Auszahlung der Fördermittel, die aus dem Ausgleichsfonds zu finanzieren sind, sowie über die Zahlung und Abrechnung des Finanzierungsanteils der privaten Versicherungsunternehmen regeln das Bundesversicherungsamt, der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. durch Vereinbarung.

Fassung aufgrund des Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) vom 28.05.2008 (BGBl. I S. 874) m.W.v. 01.07.2008 (IFAS 2009; IDOB).

2.3.2 Häusliche Betreuung als Übergangsregelung (§ 124 SGB XI – neu)

Pflegebedürftige der Pflegestufe 1 bis 3 und Versicherte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz haben ab dem 01.01.2013 Anspruch auf häusliche Betreuungsleistungen. Dieser An-

spruch endet mit Inkrafttreten des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines entsprechenden Begutachtungsverfahrens. Er wird dann durch entsprechende neue Regelungen ersetzt werden. Das Angebot häuslicher Betreuung ist eine Leistung der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen neben Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung. Hier inbegriffen sind Unterstützung und Hilfen im häuslichen Umfeld des Pflegebedürftigen oder seiner Familie. Die Leistung unterstützt den Pflegebedürftigen beim Erhalt seiner sozialen Kontakte und der Kommunikation (Begleitung zu Spaziergängen, Ermöglichung eines Besuchs auf dem Friedhof, Ermöglichung von Besuchen oder Durchführung des Hobbys). Nicht inbegriffen sind Fahrdienste oder Hilfen der schulischen oder beruflichen Eingliederung. Ebenso ausgenommen sind behandlungspflegerische Leistungen.

Ebenso soll die Leistung Unterstützung bei der Alltagsgestaltung und der Entwicklung und Aufrechterhaltung einer Tagesstruktur bieten. Hierzu zählen auch bedürfnisgerechte Beschäftigungsangebote (Unterstützung bei administrativen Angelegenheiten, Erhaltung des Tag-/Nachtrhythmus).

Häusliche Betreuung kann auch von mehreren Personen gemeinschaftlich als Sachleistung in Anspruch genommen werden. Dies bedeutet, dass bei zugelassenen Pflegediensten die Leistungen der Grundpflege, hauswirtschaftlichen Versorgung und häuslichen Betreuung nach den eigenen Wünschen und Bedürfnissen der Kunden zusammengestellt werden können. Sowohl somatisch erkrankte Pflegebedürftige erhalten einen flexibleren Gestaltungsspielraum wie auch demenziell erkrankte Personen. Das höhere Maß an Flexibilität soll auch zu mehr Entlastung der Angehörigen beitragen. Grundvoraussetzung für die häuslichen Betreuungsleistungen ist jedoch, dass die grundpflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung gewährleistet ist (■ Tab. 2.7).

2.3.3 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18 SGB XI)

Neben dem MDK dürfen nun auch andere unabhängige Gutachter die Prüfung der Pflegebedürftigkeit übernehmen. Überprüft werden müssen

die Einschränkungen bei den regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Bereich Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftlicher Versorgung. Ebenso ist die Art, der Umfang, die voraussichtliche Dauer sowie das Vorliegen der erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz zu ermitteln. Auch wird geprüft, ob gegebenenfalls auch ein Anspruch auf medizinische Rehabilitation besteht, welcher separat dokumentiert werden muss.

2.3.4 Zeitrahmen der Begutachtung und Fristen

Bezüglich der Begutachtung hat der Gesetzgeber eindeutige zeitliche Vorgaben vorgenommen:

1. Die Pflegekasse **muss** den Versicherten das Ergebnis der Beurteilung nach Ablauf von maximal 5 Wochen nach Eingang des Antrages bei der Pflegekasse schriftlich mitteilen. Nach Ablauf der Frist muss die Pflegekasse für jede begonnene Woche der Überschreitung unverzüglich 70 € an den Antragsteller zahlen (§ 18 SGB XI 3b).
2. Befindet sich der Versicherte im Krankenhaus oder einer stationären Rehabilitationseinrichtung und liegen Hinweise vor, dass zur ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung eine Begutachtung erforderlich ist oder die Inanspruchnahme von Pflegezeit gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt wurde (§ 3 Pflegezeitgesetz) oder mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit vereinbart wurde (§ 2 Abs. 1 Familienpflegezeitgesetz), hat die Begutachtung unverzüglich, spätestens aber nach einer Woche zu erfolgen. Die verkürzte Zeit tritt auch dann ein, wenn der Versicherte sich in einem Hospiz befindet oder ambulant palliativ betreut wird.
3. Befindet sich der Versicherte in häuslicher Umgebung ohne palliative Versorgung und wurde eine Inanspruchnahme von Pflegezeit oder Familienpflegezeit mit dem Arbeitgeber vereinbart, ist innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrags eine Begutachtung durchzuführen und der Pflegekasse eine Empfehlung zu übermitteln.

<div> <div></div> <div>Tab. 2.7 Leistungsverbesserungen Demenz Häusliche Betreuung (§ 124 SGB XI)</div> </div>	
Einführung der »häuslichen Betreuung« als neue Leistung	
<ul style="list-style-type: none"> – Leistungsberechtigte: Pflegebedürftige der Pflegestufen 1–3, sowie Demenzkranke, die positiv nach § 45a begutachtet sind – Leistungsinhalt: Unterstützung und sonstige Hilfen im häuslichen Umfeld des Pflegebedürftigen oder in seiner Familie – Insbesondere: Unterstützung von Aktivitäten zum Zweck der Kommunikation und der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte, Unterstützung bei der Alltagsgestaltung – Aufrechterhaltung der Tagesstruktur, Tag-Nacht-Rhythmus, Durchführung bedürfnisgerechter Beschäftigungen 	
Voraussetzungen für Leistungsbezug	
<ul style="list-style-type: none"> – Anspruch auf häusliche Betreuung setzt voraus, dass Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung sichergestellt sind – Leistung kann auch gemeinschaftlich von mehreren Demenzkranken im häuslichen Umfeld/Familie eines Versicherten in Anspruch genommen werden – Leistung erfolgt nur durch zugelassene Leistungserbringer – Leistung ist der Qualitätssicherung unterworfen 	
Beratung (§ 7b SGB XI)	
<ul style="list-style-type: none"> – Beratung (nach § 7 und 7a) muss innerhalb von 2 Wochen nach Antragseingang erfolgen – Beratung kann auch in häuslicher Umgebung stattfinden – Pflegekasse kann Beratung selbst durchführen oder Beratungsgutschein an unabhängige und neutrale Beratungsstellen ausstellen 	
Begutachtung (§ 18 SGB SGB XI)	Begutachtung: Rehabilitationsempfehlung (§ 18 SGB und § 18a SGB XI)
<ul style="list-style-type: none"> – Versicherte hat Recht auf Übermittlung des Gutachtens und der Rehabilitationsempfehlung gleichzeitig mit dem Bescheid oder zu späterem Zeitpunkt; Übermittlungswunsch wird bei Begutachtung erfasst – Pflegekasse kann auch unabhängige Gutachter mit der Prüfung beauftragen (Beauftragung nach § 53b i.V. § 97d SGB Datenschutz) – Wenn innerhalb von vier Wochen nach Antragstellung keine Begutachtung erfolgt ist, hat der Versicherte das Recht, drei unabhängige Gutachter zur Wahl benannt zu bekommen (Scheinwahlfreiheit) – Bei Fristüberschreitung in Übermittlung des Bescheids (i.d.R. 5 Wochen) muss die Pflegekasse dem Versicherten nach Fristablauf pro begonnener Woche 70 Euro zahlen – Gilt nicht, a) wenn Kasse Fristüberschreitung nicht vertreten muss oder b) wenn ein Versicherte mit Pflegestufe sich bereits in stationärer Pflege befindet 	<ul style="list-style-type: none"> – Rehabilitationspotenzial wird gesondert von der Begutachtung erfasst – Pflegekasse muss Antragsteller informieren, dass mit Zuleitung einer Mittelung über den Rehabilitationsbedarf an den zuständigen Rehabilitationsträger ein Antragsverfahren ausgelöst wird, sofern Antragsteller einwilligt – Ausführliche Berichtspflicht der Pflegekassen über Rehabilitationsgeschehen (für 2013–2015): Anzahl der Empfehlungen, Anzahl der Rehabilitationsanträge, Anzahl der genehmigten und abgelehnten Leistungsentscheidungen, Anzahl der Widersprüche einschl. Gründe) – Pflegekasse muss Richtlinien über Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren erlassen (allg. Verhaltensgrundsätze, Informationspflichten gegenüber Versichertem, Verfahren zum Umgang mit Beschwerden)

2.3.5 Unabhängige Gutachter

Weiterhin gilt: Der Versicherte hat das Recht auf die Wahl zwischen mindestens drei unabhängigen Gutachtern, falls unabhängige Gutachter beauftragt werden sollen oder falls innerhalb von vier Wochen keine Begutachtung erfolgt ist. Die Pflegekasse hat

den Versicherten auf die Qualifikation und die Unabhängigkeit der Gutachter hinzuweisen. Hat sich der Antragsteller für einen benannten Gutachter entschieden, wird dem Wunsch entsprochen. Der Antragsteller hat der Pflegekasse seine Entscheidung innerhalb einer Woche ab Kenntnis der Namen der Gutachter mitzuteilen. Ist der Antragstel-

ler dem nicht nachgekommen, kann die Pflegekasse einen Gutachter aus der übersandten Liste beauftragen. Die Gutachter sind bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nur ihrem Gewissen unterworfen.

2.4 Der Anspruch auf ein Versorgungsmanagement

2.4.1 Gesetzliche Regelungen – § 11 SGB V sowie Versorgungsgesetz

Versorgungslücken und sektorale, professionelle sowie sozialversicherungsrechtliche Schnittstellen gehören zu den zentralen Problemen des deutschen Gesundheitswesens: Sektorale Schnittstellen bestehen vor allem zwischen Prävention, ambulanter und stationärer Versorgung, Rehabilitation und Pflege. Professionelle Schnittstellen bestehen zwischen ärztlichen und nicht-ärztlichen Berufsgruppen, sozialversicherungsrechtliche Schnittstellen existieren insbesondere zwischen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Sozialen Pflegeversicherung (SPV).

Versorgungsbrüche entstehen vor allem dort, wo keine sektorenübergreifende, interdisziplinäre und trägerübergreifende Gesundheitsversorgung gewährleistet ist, und führen unter Umständen dazu, dass sich die gesundheitliche Situation der Patienten verschlechtert bzw. sich die Genesung verzögert und dadurch weitere Kosten entstehen. Insbesondere Menschen mit Demenz haben einen langfristigen Unterstützungsbedarf und können den Prozess ihrer Genesung nicht eigenverantwortlich steuern. Zudem erfolgt hier ein Krankenhausaufenthalt häufig nicht aufgrund der Demenz, sondern einer anderen akut auftretenden Erkrankung oder beispielsweise einem Sturz.

Nach einer Krankenhausbehandlung haben die Patienten jedoch lediglich einen Anspruch auf Krankenhausvermeidungspflege bzw. Behandlungspflege gemäß § 37 Absatz 1 oder 2 SGB V. Dieser Anspruch deckt den tatsächlichen Versorgungsbedarf nach einem stationären Krankenhausaufenthalt bzw. nach einer ambulanten ärztlichen Behandlung allerdings häufig nicht ab. Vielmehr benötigen Patienten in diesem poststationären bzw. postoperativen Stadium häufig Unterstützung

bei der Grundpflege und den hauswirtschaftlichen Verrichtungen zur Unterstützung des Genesungsprozesses, ohne dass es sich um Krankenhausvermeidungspflege im Sinne des § 37 Absatz 1 SGB V handelt. Entsprechende Leistungen der Pflegeversicherung können in diesem Stadium von den Patienten zudem nur dann erfolgreich beantragt werden, wenn die Pflegebedürftigkeit voraussichtlich länger als sechs Monate besteht (§ 14 Absatz 1 SGB XI).

Dies ist jedoch nach einem Krankenhausaufenthalt bzw. einer ambulanten medizinischen Behandlung in der Regel nicht der Fall, da der Genesungsprozess normalerweise früher abgeschlossen sein wird und somit auch nur ein kurzfristiger Unterstützungsbedarf besteht. Es entsteht somit eine auf sechs Monate begrenzte Versorgungslücke im Hinblick auf eine ausreichende und zweckmäßige Versorgung mit grundpflegerischen Maßnahmen und hauswirtschaftlicher Versorgung zur Unterstützung des Genesungsprozesses. Nur durch moderne Kooperationsformen über die gesamte medizinische und pflegerische Versorgungskette hinweg kann eine ganzheitliche und bedarfsgerechte Patientenversorgung erreicht werden. Notwendig sind deshalb abgestimmte Behandlungs- und Pflegekonzepte zwischen den Ärzten, die Patienten vor und nach stationären Behandlungen betreuen, und zwischen Klinik, Reha- und Pflegeeinrichtung unter rein medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Aspekten. Interdisziplinäre Überleitungskonzepte sind geeignet, solch eine durchgängige Versorgung sicherzustellen.

In vielen Krankenhäusern und stationären Gesundheitseinrichtungen gibt es bereits heute schon Konzepte zum Entlassungsmanagement und zur Weiterversorgung, allerdings existieren keine allgemeingültigen Richtlinien, die die Rolle und Funktion der Pflegefachkräfte, auch in den ambulanten Pflegediensten festschreiben und den evidenten Qualitätskriterien genügen würden. Modelle des Schnittstellenmanagements versuchen, die scharfe Trennung von stationären und ambulanten Versorgungssystemen zu verringern und Kontinuität innerhalb der medizinischen und pflegerischen Versorgung zu gewährleisten.

Konzepte einer Patientenentlassung und Entlassungsplanung sind auch keine neuen Themen in

der Pflege, es fehlt aber nach wie vor an einem institutionsübergreifenden einheitlichen Verständnis. Insbesondere für ambulante Pflegedienste stellt die Überleitungsorganisation und Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern ein Problem dar, da gerade die relevanten Informationen über die Versorgungssituation der Patienten und die notwendigen Ergebnisse aus eingesetzten Assessmentverfahren zur Feststellung des poststationären Versorgungsbedarfs nicht ausreichend vorliegen. Diese benötigen ambulante Pflegedienste, um für den Betroffenen eine angemessene Betreuung und Versorgung sicherzustellen.

Gesetzlicher Rahmen für ein Überleitungsmanagement im SGB V

- Ergänzungen des § 112 SGB V um Voraussetzungen, Art und Umfang des Entlassungsmanagements nach § 39 Absatz 1 Satz 4 bis 6 SGB V
- GKV-WSG 2007: Versicherte haben einen Anspruch auf ein Versorgungsmanagement (§ 11 Absatz 4 SGB V). Dieser Anspruch umfasst ein verbindliches Verfahrensrecht, das den Patienten einen Rechtsanspruch einräumt.
- GKV-VStG 2012: Das Entlassungsmanagement soll alle erforderlichen Leistungen einbeziehen, um so die Kontinuität der Versorgung zu gewährleisten, Patienten und ihre Angehörigen zu entlasten und Drehtüreffekte zu vermeiden.
- Entlassungsmanagement ist damit unmittelbarer Bestandteil der Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V.

Es existiert bereits ein Anspruch auf Versorgungsmanagement (Überleitungsmanagement) für Patienten: In § 11 Absatz 4 SGB V ist der Anspruch der GKV-Versicherten auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche normiert. Die betroffenen Leistungserbringer sollen für eine sachgerechte Anschlussversorgung der Versicherten sorgen und sich gegenseitig die erforderlichen Informationen übermitteln,

dabei sind sie von den Krankenkassen zu unterstützen. Außerdem sind die Pflegeeinrichtungen in das Versorgungsmanagement einzubeziehen und eine enge Zusammenarbeit mit Pflegeberatern nach § 7a SGB XI zu gewährleisten.

GKV-VStG § 39 Abs. 1 SGB V regelt den Anspruch auf und den Umfang der Krankenhausbehandlung für den Versicherten und wird ergänzt durch den Anspruch auf ein Entlassungsmanagement. Das Entlassungsmanagement und eine dazu erforderliche Übermittlung von Daten dürfen dabei nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen. Der Anspruch des Versicherten auf eine koordinierte Überleitung ist damit nunmehr als unmittelbarer Bestandteil des Anspruchs auf Krankenhausbehandlung ausgestaltet und damit ein »echter« Sachleistungsanspruch für Versicherte (Hartmann und Suoglu 2012: 10).

Die Sicherstellung der Leistung hat durch das behandelnde Krankenhaus zu erfolgen, diese Leistungsverpflichtung ergibt sich aus § 112 Abs. 2 SGB V, in dem zukünftig die Regelungen über Voraussetzungen, Art und Umfang des Entlassungsmanagements enthalten sein müssen (§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 7 SGB V). Damit wird das Entlassungsmanagement nach § 39 und § 112 SGB V für Krankenkassen und Krankenhäuser zur Regelversorgung.

Hintergrund für die Implementierung dieses Anspruchs auf Versorgungsmanagement sind die Kommunikations- und Koordinationsprobleme an den beschriebenen Schnittstellen zwischen den einzelnen Versorgungsbereichen. Unklar bleiben jedoch im Ergebnis sowohl der Anspruchsinhalt als auch der Anspruchsverpflichtete. Es ist jedenfalls von einer Gewährleistungsverpflichtung der Krankenkassen gegenüber den Versicherten auszugehen, wobei sich jedoch bereits aufgrund des unklaren Anspruchsinhaltes kaum ein konkreter Leistungsanspruch der Patienten ableiten lässt. Unklar ist bisher außerdem, ob bzw. inwiefern dem Anspruch gemäß § 11 Absatz 4 SGB V derzeit im Rahmen der GKV-Versorgung bzw. insbesondere in den Versorgungsverträgen mit den Leistungserbringern und in der Versorgungspraxis Rechnung getragen wird. Diesem Anspruch wird die Gesundheitsversorgung im Rahmen der GKV nur dann

gerecht, wenn eine lückenlose, sektorübergreifende Versorgung der Patienten sichergestellt ist. Zur Verhinderung von Versorgungslücken nach Krankenhausaufenthalt und ambulanter medizinischer Behandlung muss der individuelle Anspruch der Versicherten auf ein Überleitungsmanagement gemäß § 11 Absatz 4 SGB V gestärkt werden.

Eine besonders wichtige Schnittstelle bildet der Übergang von der stationären Krankenhausversorgung in eine weitere ambulante medizinische, ambulante oder stationäre rehabilitative oder ambulante oder stationäre pflegerische Versorgung, an der im Einzelfall auch noch weitere Leistungserbringer des Gesundheitswesens (z. B. zur Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln, Arzneimitteln und Medizinprodukten) beteiligt sind, so dass einem Überleitungsmanagement zur Überwindung der Koordinations- und Kommunikationsprobleme eine besonders große Bedeutung zukommt. Unterstützungsbedarf besteht hier insbesondere in den Fällen, in denen Patienten aus der stationären Krankenhausbehandlung entlassen werden und nicht lediglich Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung als ambulante Leistungen benötigen, sondern aufgrund ihres geschwächten Gesundheitszustandes noch nicht in der Lage sind, die Anschlussversorgung zu Hause selbst zu organisieren. In diesen Fällen ist ein professionelles Überleitungsmanagement unter Einbeziehung aller an der (Anschluss-)Versorgung beteiligten Leistungserbringer besonders wichtig.

2.5 Ausblick

2.5.1 Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs

Die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist die größte pflegepolitische Herausforderung in nächster Zeit. Das enge Verständnis von Pflege und Pflegebedürftigkeit prägt heute in hohem Maße den Arbeitsschwerpunkt der ambulanten Pflege in Deutschland: die Kompensation von Selbstversorgungsdefiziten im Bereich regelmäßig wiederkehrender Alltagsverrichtungen. Abgesehen von Leistungen, die im Rahmen ärztlich verordneter Maßnahmen erbracht werden, haben Pflegebe-

dürftige mit anders gelagertem Bedarf Schwierigkeiten, ein passendes Leistungsangebot zu erhalten.

Das verengte Pflegeverständnis im SGB XI blockiert zudem die dringend erforderliche qualitative Weiterentwicklung der ambulanten Pflege und behindert auch die Erweiterung des Pflegehandelns etwa um anleitende, beratende, kompetenzfördernde und andere edukative Aufgaben, die samt und sonders für eine bedarfsgerechte und Qualitätskriterien genügende pflegerische Versorgung unverzichtbar sind. Pflegerischen Aufgaben in der ambulanten Versorgung demenziell erkrankter Menschen fokussieren auf körperorientierte Hilfen bei Alltagsverrichtungen und die so genannte Behandlungspflege. Hier entstehen Defizite, die sich insbesondere auch darin zeigen, dass nicht zuletzt der Bereich der Unterstützung und Begleitung pflegender Angehöriger – ein in der ambulanten Pflege demenziell Erkrankter wichtiger Aufgabenschwerpunkt – wenig wahrgenommen wird.

Gerade bei Demenzkranken obliegt die Hauptlast der Betreuung und auch der Versorgungsverantwortung den Angehörigen. Sie sind die zentralen Stützen der Versorgung und bei psychisch erkrankten alten Menschen oftmals kontinuierlich im Einsatz, während des gesamten Tages wie auch in der Nacht. Gerade hier sind ambulante Pflegedienste gefordert, diese in den Pflegearrangements zu unterstützen, zu beraten und anzuleiten.

Die Neudefinition des Pflegebegriffs im SGB XI ist eine aus pflegewissenschaftlicher und politischer Sicht nicht erst in jüngster Zeit erhobene Forderung. So zielen Bestrebungen der Politik, den Begriff der Pflegebedürftigkeit neu zu fassen, um den besonderen Bedarfen von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz Rechnung zu tragen, in diese Richtung. Im Pflegealltag müssen verwertbare Leistungen allen Pflegebedürftigen zuteilwerden.

» Pflegebedürftig [...] sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15) der Hilfe bedürfen.«

So lautet die seit Einführung der sozialen Pflegeversicherung 1995 unverändert gültige Definition von Pflegebedürftigkeit nach SGB XI.

Auf dieser Grundlage gelten derzeit 2,38 Millionen Menschen als pflegebedürftig und können Leistungen der sozialen Pflegeversicherung in Anspruch nehmen. Dieser Pflegebedürftigkeitsbegriff wird allerdings bereits seit seiner Einführung als unzureichend kritisiert. Das Hauptproblem: Er ist auf eine verrichtungsbezogene Betrachtung von somatischen Defiziten fokussiert. Damit kann er zwar körperliche und organische Funktionseinschränkungen darstellen, aber die besonderen Hilfs- und Betreuungsbedarfe, die durch psychische und kognitive Einschränkungen entstehen, werden weitgehend nicht erfasst. Dies führt dazu, dass Personen mit einer eingeschränkten Alltagskompetenz – unter anderem demenziell Erkrankte – trotz eines bestehenden Bedarfs an Betreuung und Beaufsichtigung nicht als pflegebedürftig im Sinne der sozialen Pflegeversicherung gelten. Die Leistungen der Pflegeversicherung bleiben den Betroffenen oftmals verwehrt. Dabei leiden derzeit über eine 1,4 Million Menschen in Deutschland an Demenz (Stand 2014 ► <http://www.bmg.bund.de/pflege/demenz.html>). Tendenz: weiter steigend. Nach Angaben der Deutschen Alzheimer-Gesellschaft wird sich die Anzahl bereits bis 2040 verdoppelt haben.

Um den Bedarfen pflegebedürftiger Menschen besser gerecht werden zu können, wurde 2007 ein Modellprojekt zur Entwicklung eines zukünftigen Pflegebedürftigkeitsbegriffs mit einem dazugehörigen Begutachtungsinstrument initiiert und ein Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes berufen. 2009 legte der Beirat seine Vorschläge für einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungsassessment (NBA) vor, die sowohl in der Pflege-Fachwelt als auch in der Politik große Zustimmung fanden. Auch die Ersatzkassen fordern seit Langem eine neue Definition von Pflegebedürftigkeit, die den besonderen Bedarfen von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz Rechnung trägt.

Dieser neue Pflegebedürftigkeitsbegriff sorgt für eine Gleichbehandlung der Pflegebedürftigen, unabhängig von der Ursache ihres Pflege- oder Unterstützungsbedarfs. Er ist nicht auf körperlich beziehungsweise organisch bedingte Defizite bei

den Verrichtungen des täglichen Lebens begrenzt, sondern berücksichtigt gleichermaßen alle – also körperliche, kognitive und psychische – Einschränkungen und Störungen. Zudem wird bei der Bewertung des Unterstützungsbedarfs nicht mehr nur der zeitliche Umfang der benötigten Hilfen, deren Häufigkeit oder Rhythmus (sogenannte Minutenpflege), sondern allein der Grad der Selbstständigkeit (beziehungsweise Verlust von Selbstständigkeit) bei der Durchführung von Aktivitäten berücksichtigt. Um dies zu erreichen, wurde die Feststellung und Bemessung von Pflegebedürftigkeit unter anderem in den folgenden wesentlichen Eckpunkten neu konzipiert:

- Die Bewertung und Einteilung des Grades der Pflegebedürftigkeit erfolgt nicht mehr mittels der drei Pflegestufen, sondern in Form von fünf Bedarfsgraden.
- An die Stelle der gesetzlich definierten Verrichtungen des täglichen Lebens tritt eine umfassende Aufstellung von »Aktivitäten und Fähigkeiten«, bei denen der Grad der Selbstständigkeit erfasst wird. Diese werden auf sechs Module aufgeteilt (Mobilität, kognitive Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen, Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte).
- Die in den einzelnen Aktivitäten und Fähigkeiten bestehenden Einschränkungen der Selbstständigkeit werden mittels eines Punktesystems für die einzelnen Module bewertet und zu einem gewichteten Gesamtergebnis zusammengeführt.

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und das NBA erwiesen sich im Rahmen des Modellprojektes in der Praxis als verlässlich und treffsicher. Und doch: Seit dem Vorliegen der Empfehlungen des Beirats vor zwei Jahren wurde kein konkreter Schritt zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes unternommen.

Weitere Ziele der Politik im Bereich der Pflege sind angekündigt. Inwieweit und in welchem Zeitraum diese umgesetzt werden bleibt offen. Einige ausgewählte Punkte sind zu nennen.

■ Leistungsdynamisierung

Die Dynamisierung der Leistungen steht im Fokus. Dabei wird an eine Leistungserhöhung von 3 % gedacht. Neu ist das Ganze nicht, denn bereits mit der Pflegereform 2008 wurde der § 30 SGB XI eingeführt, der erstmals eine Leistungsdynamisierung vorsah. Dort ist festgelegt, dass die Bundesregierung alle 3 Jahre und zwar erstmals im Jahr 2014 prüft, ob eine Leistungsanpassung notwendig ist. Maßstab ist dabei – vereinfacht ausgedrückt – die Preisentwicklung der Jahre 2011 bis 2013. Zusätzlich sollen zur Verbesserung der individuellen Pflegesituation Leistungsflexibilisierungen und eine bessere Personalausstattung beitragen. Darüber hinaus soll die Betreuung in der ambulanten und stationären Pflege gestärkt werden. So soll es in der stationären Pflege künftig für 20 Heimbewohner eine zusätzliche Betreuungskraft geben. Für Betreuungsleistungen in der ambulanten Pflege für Menschen, die an Demenz erkrankt sind, sollen weitere 500 Millionen € zur Verfügung gestellt werden. Um dies alles zu finanzieren, soll der Beitragssatz zur Pflegeversicherung zum 01.01.2015 um 0,2 Prozentpunkte erhöht werden. Das entspricht umgerechnet einem Leistungsvolumen von etwa 2,4 Milliarden €.

■ Pflegevorsorgefonds

Um künftige Beitragssteigerungen abzumildern, wenn die geburtenstarken Jahrgänge ins Pflegealter kommen, soll ein Pflegevorsorgefonds eingeführt werden. Zu dessen Aufbau soll eine weitere Beitragserhöhung um 0,1 Prozentpunkte genutzt werden. Um die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs einzuleiten, soll es dann nochmals eine zusätzliche Beitragssatzerhöhung um 0,2 Prozentpunkte geben.

■ Reform der Pflegeausbildung

Die Pflegeausbildung soll in Form eines Pflegeberufgesetzes reformiert werden. Nach einer Grundausbildung sollen sich Auszubildende in Alten-, Kranken- oder Kinderkrankenpflege spezialisieren. Die Ausbildung soll für den Pflegenachwuchs kostenfrei sein. Finanzieren sollen dies Länder und Arbeitgeber, wobei sich alle Einrichtungsträger beteiligen sollen.

Die Qualität der Einrichtungen soll für Patienten besser vergleichbar sein, der sogenannter »Pflege-TÜV« soll helfen. Pflegebedürftige und Pflegeberufe sollen beim Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) stärker mitreden können. Vertreter beider Gruppen sollen ein Stimmrecht in Entscheidungsgremien des MDK erhalten.

Literatur

- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) 2012a: Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung, ► <http://bmg.bund.de/pflege/zahlen-und-fakten-zur-pflegeversicherung.html> (16.3.2014). (letzte Einsicht 16.08.13)
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg. 2012b) Startschuss für den Expertenbeirat zur Ausgestaltung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, Pressemitteilung, ► http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Pressemitteilungen/2012/2012_01/120301_PM_Expertenbeirat_Ausgestaltung_Pflegebeduerftigkeitsbegriff.pdf
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg., 2013): Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung. ► http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Zahlen_und_Fakten_05_2013.pdf
- Hannappel, U. von Reibnitz, C. (2012): Versorgungsbrüche vermeiden. Häusliche Krankenpflege, 12: 54–58
- Hartmann, P.; Suoglu, B. (2012): Folgen des Medizinproduktegesetzes für die Hilfsmittel- und Medizintechnikbranche. MTD Sani-Info 2: 6–13.
- MDK (Medizinischer Dienst der Krankenkassen (2014): Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches. (► http://www.mdk.de/media/pdf/BRI_Pflege_090608.pdf) (letzte Einsichtnahme 16.04.2014)
- Rothgang, H., Müller, R., Unger, R., Weiß, C., Wolter, A. (2012): BARMER GEK Pflegereport 2012. Siegburg, Eigenverlag
- Rothgang, H.; Jacobs, K. (2014) Pflegereform 2014: Was ist zu tun? GGW 13, Heft 3 (7): 7–14
- Schäfer-Walkmann, S./Deterding, D. (2009). Demenzversorgung integriert gestalten – Impulse aus einem Leuchtturmprojekt Demenz. In: Forum 4; S. 25–28
- Simon, M. (2008): Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. 2., vollständig überarbeitete Auflage, Bern
- Sozialverband VdK Deutschland e.V. 2014 ► <http://www.vdk.de/permalink/24571> (letzte Einsicht 15.03.2014)
- von Reibnitz C.: (2013): Mehr Spielraum. Häusliche Pflege 03: 34–36

Rechtsquellen

- <http://www.bundesgesundheitsministerium.de/pflege/das-pflege-neuaufrichtungs-gesetz.html>

PNG: Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz). Drucksache 17/ 9369.

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, Pressemitteilung Nr. 49 vom 29.06.2012

Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Sozialgesetzbuches. Herausgeber MDS Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.

SGB V: Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477), das zuletzt durch Artikel 8 des Gesetzes vom 12. April 2012 (BGBl. I S. 579) geändert worden ist

SGB XI: Elftes Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014), das zuletzt durch Artikel 13 Absatz 27 des Gesetzes vom 12. April 2012 (BGBl. I S. 579) geändert worden ist

SGB XII: Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch – Sozialhilfe – (Artikel 1 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003, BGBl. I S. 3022), das zuletzt durch Artikel 13 Absatz 28 des Gesetzes vom 12. April 2012 (BGBl. I S. 579) geändert worden ist

Statistisches Bundesamt, Wiesbaden, ► www.destatis.de/kontakt, (zuletzt gelesen 31.01.14)

Versorgungskonzepte für Menschen mit Demenz

Praxishandbuch und Entscheidungshilfe

Sonntag, K.; von Reibnitz, C.

2014, VIII, 162 S. 15 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-662-43945-6