



GESUNDHEIT UND GESELLSCHAFT



DER NEUE PFLEGEBEDÜRFTIGKEITSBEGRIFF

Wann, wenn nicht jetzt?

+++ Chancen, Wege, Ziele

STARTSCHUSS Zeit für die wichtigen Dinge von Uwe Deh	3
ÜBERBLICK Damit keiner leer ausgeht von Nadine-Michèle Szepan	4
INTERVIEW »Impulse für neue Kultur des Helfens« Interview mit Bernhard Fleer	7
NEUES MESSINSTRUMENT Die Stoppuhr hat ausgedient von Klaus Wingenfeld	8
FINANZIERUNG Nicht zum Nulltarif von Klaus Jacobs	10
SCHNITTSTELLEN Neue Regeln tun not von Gerd Künzel	12
STATEMENTS Durchbruch oder Rückschritt?	14
INTERVIEW »Die Politik an ihre Hausaufgaben erinnern« Interview mit Jürgen Graalman	15
POSITIONEN DER PARTEIEN Der Worte sind genug gewechselt	16

Literatur

- **Bericht des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs**
Berlin, 27. Juni 2013 (unter www.bmg.de → Pflege → Pflegebedürftigkeit → Pflegebedürftigkeitsbegriff, dort auch die Berichte der einzelnen Arbeitsgemeinschaften)
- Klaus Wingenfeld, Barbara Gansweid
Abschlussbericht: Analysen für die Entwicklung von Empfehlungen zur leistungsrechtlichen Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs
Bielefeld, Münster 2013 (unter www.bmg.de → Pflege → Pflegebedürftigkeit → Pflegebedürftigkeitsbegriff)
- Heinz Rothgang, Sebastian Sauer
Aktualisierungsbericht: Aktualisierung der Ergebnisse zur NBA-Einschätzung von Menschen mit Behinderungen auf Basis der aktualisierten Bewertungssystematik
Bremen 2013 (unter www.bmg.de → Pflege → Pflegebedürftigkeit → Pflegebedürftigkeitsbegriff)

- Sabine Bartholomeyczik, Ulrike Höhmann
Gemeinsame Kurzexpertise: Pflegewissenschaftliche Prüfung der Ergänzungen und Modifikationen zum Neuen Begutachtungsassessment (NBA)
Witten/Herdecke, Darmstadt 2013 (unter www.bmg.de → Pflege → Pflegebedürftigkeit → Pflegebedürftigkeitsbegriff)

- Friedrich-Ebert-Stiftung/Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik (Hrsg.)
Gute Pflege vor Ort: das Recht auf eigenständiges Leben im Alter. Positionspapier im Auftrag der Friedrich-Ebert-Stiftung
Bonn 2013 (unter www.fes.de → Bibliothek; Titel in die Suchmaske eingeben)

- **Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs**
Berlin, 26. Januar 2009 (unter www.bmg.de; Titel in die Suchmaske eingeben)

- **Umsetzungsbericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs**
Berlin, 20. Mai 2009 (unter www.bmg.de; Titel in die Suchmaske eingeben)

- GKV-Spitzenverband (Hrsg.)
Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung
Band 1: Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten
Band 2: Das neue Begutachtungsmodell zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit
Band 3: Maßnahmen zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit
Berlin 2011 (zum Download unter www.gkv-spitzenverband.de → Presse → Publikationen, dort nach unten scrollen bis zum Punkt „Schriftenreihe zu einzelnen Modellprojekten zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung“)

- Friedrich-Ebert-Stiftung/Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik (Hrsg.)
Verlorene Jahre: Versäumte Weichenstellungen und zukünftige Eckpfeiler in der Pflegepolitik
Bonn 2013 (unter www.fes.de → Bibliothek; Titel in die Suchmaske eingeben)

Spezial ist eine Verlagsbeilage von G+G

Impressum: Gesundheit und Gesellschaft, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin. G+G erscheint im KomPart-Verlag (www.kompart.de).

Redaktion: Dr. Silke Heller-Jung, Annegret Himrich, Bettina Nellen (verantwortlich) | Art Direction: Anja Stamer

Herausgeber: Geschäftsführungseinheit Versorgung des AOK-Bundesverbandes | Stand: Dezember 2013

Zeit für die wichtigen Dinge

Eines der ganz großen Themen in der Pflege ist seit Jahren die Novellierung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Mit dem Bericht des zweiten Expertenbeirats liegt dazu nun ein ausgereiftes Konzept auf dem Tisch. Gut, dass die Politik das Thema nun anpacken will, meint Uwe Deh.



Dass es einer Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs dringend bedarf, ist allgemeiner Konsens. Wissenschaft, Verbände und Pflegekassen fordern seit Langem eine umfassende Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, um kognitiv-psychisch eingeschränkten Personen in gleicher Weise wie den somatisch eingeschränkten Personen den Zugang zu allen Leistungen der Pflegeversicherung zu ermöglichen. Zumindest in Wahlkampfzeiten wird dies parteiübergreifend mit Verve auch von der Politik angekündigt.

Bereits 2009 hat ein Expertenteam einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff erarbeitet, der die bisherige Fehleinstufung kognitiv-psychisch eingeschränkter Personen in das Leistungssystem der Pflegeversicherung beseitigt. In der vergangenen Legislaturperiode hat die schwarz-gelbe Koalition einen weiteren Expertenbeirat eingesetzt, der – auf den Vorschlägen des ersten Expertenteams aufbauend – konstruktive und detaillierte Umsetzungsvorschläge, beispielsweise zur Ausgestaltung des Leistungs- und Vertragsrechts oder zum Bestandsschutz, vorgelegt hat.

Daher ist die Hoffnung groß, dass nun unter einer Großen Koalition die Novellierung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs zügig umgesetzt wird. In ihren Absprachen für eine künftige gemeinsame Regierung

lassen Union und SPD diesen Willen erkennen – wenn auch etwas verhaltener, als es sich mancher pflegepolitischer Beobachter gewünscht hätte. Die Koalitionäre haben sich darauf verständigt, das neue Begutachtungsverfahren zunächst modellhaft zu erproben und erst danach den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff flächendeckend einzuführen. Offenkundig ist es also auch für eine Große Koalition nicht ganz einfach, das große Thema einer Gleichbehandlung von körperlich und kognitiv-psychisch erkrankten Pflegebedürftigen anzupacken und damit den Paradigmenwechsel in der Pflege einzuleiten.

Doch ein Verschieben des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs auf die lange Bank wäre das falsche Signal. Die AOK als größte Pflegekasse, die mehr als 50 Prozent der Pflegebedürftigen und mehr als 70 Prozent der Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz vertritt, hat sich immer für die schnelle Umsetzung des neuen Pflegebegriffs eingesetzt. Die Zeit ist reif. Die neue Bundesregierung darf die Pflegebedürftigen nicht länger warten lassen.

Uwe Deh

Geschäftsführender Vorstand des AOK-Bundesverbandes

Damit keiner leer ausgeht

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff schafft unter dem Aspekt der Gleichbehandlung für alle Betroffenen eine pflegewissenschaftliche Grundlage für die Pflegeversicherung. Zwischen 2 und 6,8 Milliarden Euro wird ein neuer Pflegebegriff laut Expertenbeirat kosten. Von **N. Szepan**

Am 27. Juni 2013 wurde der Bericht des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs an den Gesundheitsminister übergeben. Der Bericht empfiehlt die Einführung von fünf Pflegegraden, bei gleicher Berücksichtigung kognitiv-psychischer und somatischer Erkrankungen. Gegenüber dem Vorläuferbericht aus dem Jahr 2009 konkretisiert er darüber hinaus viele Aspekte der Umsetzung. Öffentlich kritisiert wurde, dass der Beirat angeblich die Kosten einer Umsetzung nicht beziffert habe. Mehrkosten sind aufgrund von Höhereinstufungen vieler Versicherter, der Ausweitung bestimmter Leistungen auf alle Pflegebedürftigen und durch Einbeziehung weiterer Personen in die Pflegeversicherung zu erwarten. Wie hoch diese Mehrkosten tatsächlich werden, hängt vor allem von den zukünftigen Leistungshöhen ab.

Baukasten als Rechenhilfe. Bei der Kritik wurde jedoch übersehen, dass der Expertenbeirat durchaus Hinweise zu den voraussichtlichen Mehrkosten gegeben hat: Da die Leistungsbeträge der Pflegeversicherung maßgeblich von den mit der Umsetzung verfolgten pflegepolitischen Zielen abhängen, hat der Expertenbeirat in seinen Empfehlungen statt eines fixen Vorschlags dem Gesetzgeber ein „Baukastensystem“ aus Beispielrechnungen zur Verfügung gestellt. Weitgehend unbemerkt wurde damit bereits ein Finanzkorridor aufgezeigt.

Addiert man die verschiedenen Leistungen und pflegepolitischen Varianten, so liegt die Spannweite der Mehrausgaben für Leistungen zwischen 1,954 und 6,784 Milliarden Euro jährlich. Eingerechnet sind hier schon die Mehrausgaben für eine neue Entlastungsleistung für alle Pflegebedürftigen in der

Die „Roadmap“ für den Wechsel

Der Expertenbeirat hat in seinem Bericht detaillierte Empfehlungen und einen konkreten Zeitplan für die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs vorgelegt. Der Zeitstrahl zeigt die wichtigsten Eckdaten dieser „Roadmap“ für den Umsetzungsprozess im Überblick.

Bis zu 12 Monate vorher:

- Ermittlung und Festlegung der Äquivalenzziffern für die Gestaltung der Leistungsbeiträge in der vollstationären Versorgung
- Gesetzgebungsverfahren

Tag 0:

Inkrafttreten des „Gesetzes zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs“

Monate 1–6:

Personalanhaltszahlen und -richtwerte überprüfen; Informationsmedien für Leistungsträger, -erbringer und Versicherte über die neue Einstufungssystematik und die Überleitung entwickeln

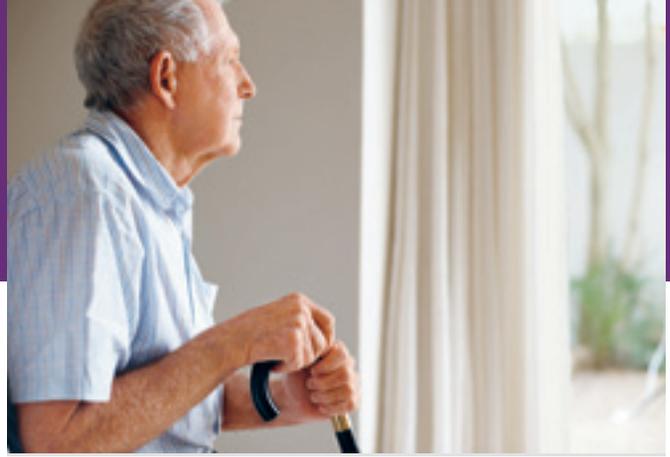
Monate 1–9:

Begutachtungsrichtlinien erarbeiten (GKV-Spitzenverband u. a.); zielgruppenspezifische Informationsmedien zu den anstehenden Änderungen für Versicherte und Institutionen entwickeln

Monate 1–12:

Rahmenverträge zwischen Kassen und Leistungserbringern überprüfen und, wo nötig, anpassen

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff eröffnet Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz einen gleichberechtigten Zugang zu allen Leistungen der Pflegeversicherung.



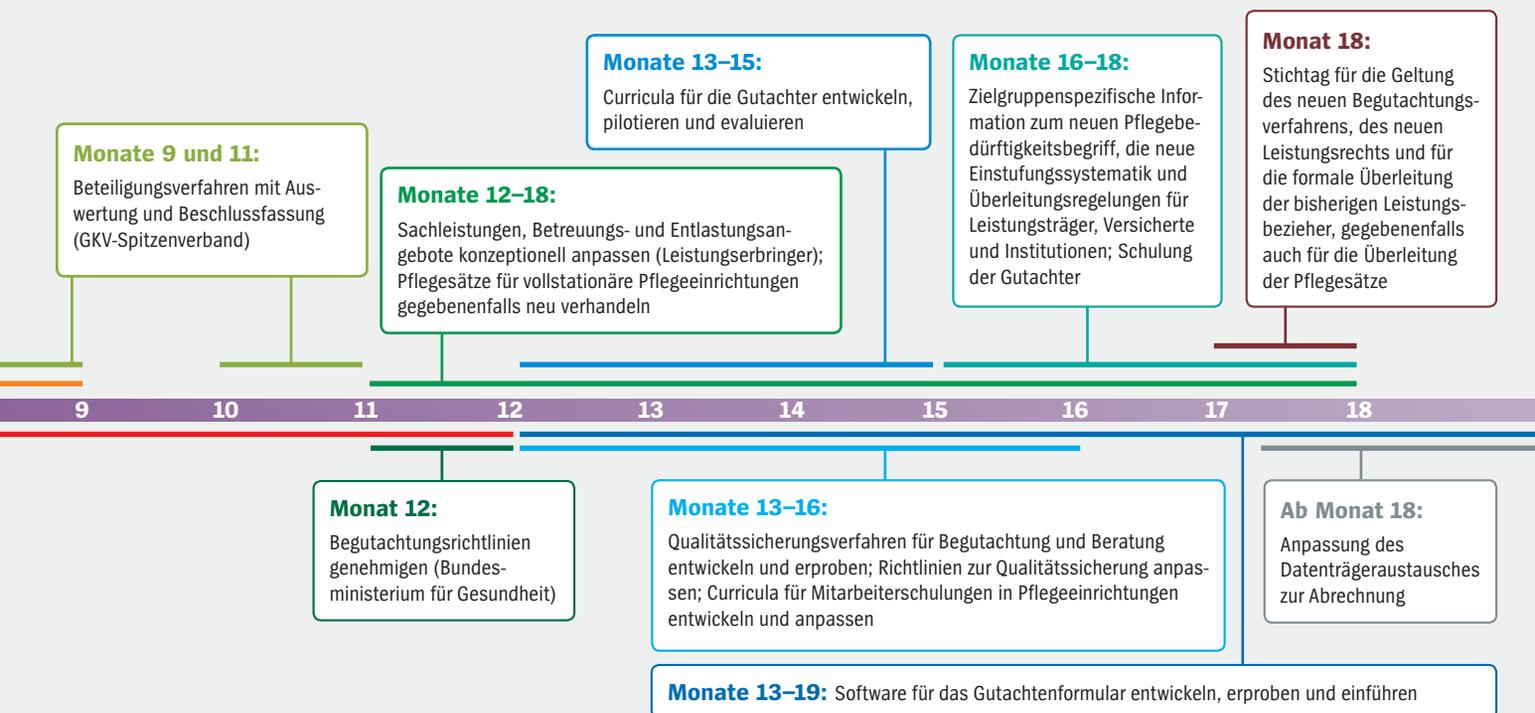
häuslichen Versorgung, die Ausweitung der zusätzlichen Betreuungslösungen in Pflegeheimen auf alle Pflegebedürftigen und die Ausgaben für Pflegebedürftige in Einrichtungen der Behindertenhilfe je nach zukünftiger Ausgestaltung des Paragraphen 43a Sozialgesetzbuch (SGB) XI. Nicht enthalten sind beispielsweise Kombinationsleistungen oder übergangsweise Ausgaben für Überleitungsregelungen.

Mit diesem Baukastensystem hat die Politik eine gute Grundlage erhalten, um über neue Leistungen und die Kosten einer Reform zu entscheiden. Es wird sich zeigen, wie viel die Pflege als gesamtgesellschaftliche Aufgabe der Politik wert ist.

Auf halber Strecke. Fast zeitgleich zu den Beratungen im Expertenbeirat lief das Gesetzgebungsverfahren zum Pflege-Neuorientierungs-Gesetz (PNG), das im Vorgriff auf die Novellierung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs als Übergangsregelung weitere Leistungsverbesserungen, insbesondere für kognitiv und psychisch eingeschränkte Menschen, sogenannte Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA), schuf. Teilweise wird daher gefragt, ob es der Umsetzung des neuen Pflegebedürftig-

keitsbegriffs überhaupt noch bedarf und ob Pflegebedürftige davon überhaupt Verbesserungen gegenüber dem heutigen Leistungsrecht zu erwarten hätten. Die Antwort ist eindeutig ja, und das in mehrfacher Hinsicht: Das PNG hat zwar für PEA partielle Leistungsverbesserungen geschaffen, führt aber nicht zur tatsächlichen Gleichbehandlung aller Pflegebedürftigen. Außerdem schafft der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff erstmals eine pflegewissenschaftlich fundierte, fachliche Grundlage für die Pflegeversicherung, die sich auf viele Bereiche der Pflegeversicherung auswirkt:

- auf die Begutachtung, für die ein neues Begutachtungsassessment (NBA) entwickelt wurde (siehe Seite 8).
- auf die Beratung und Leistungserbringung. So basiert der Anamnesebogen, der im Praxisprojekt zur Erprobung einer Vereinfachung der Pflegedokumentation der Ombudsfrau beim Bundesgesundheitsminister zur Entbürokratisierung getestet wird, bereits auf dem Erhebungsbogen des NBA.
- auf die Qualitätssicherung. Auch die Indikatoren für Ergebnisqualität in der stationären Pflege fußen auf dem neuen Verständnis von Pflegebedürftigkeit.





Mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, entsprechend den Vorstößen der beiden Expertengremien, werden also nicht nur Begutachtung und Leistungen reformiert, sondern das gesamte Pflegeversicherungssystem wird auf einer wissenschaftlichen Grundlage modernisiert. Gerade der zweite Aspekt fand in der öffentlichen Diskussion bisher leider kaum Beachtung, obwohl er in seiner Bedeutung der Neugestaltung des Leistungsrechts nicht nachsteht.

Gleichbehandlung wird erreicht. Für die Versicherten geht der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff, folgt man den Vorschlägen des Beirats, mit konkreten Verbesserungen einher. So existieren derzeit im SGB XI zwei Begutachtungssysteme: eines, das den Zeitaufwand für die Kompensation insbesondere von körperlichen Defiziten misst und den Zugang zu den regulären Leistungen des SGB XI eröffnet, und ein zweites, das für die Gruppe der PEA gilt und lediglich den Zugang zu (weniger und geringeren) Sonderleistungen gewährt. Die Zeitaufwandsmessung des regulären Begutachtungsinstrument wird seit Langem kritisiert, da sie zu einer Fehleinstufung von PEA führt und faktisch zwei Klassen von Pflegebedürftigen schafft: solchen, die in erster Linie körperlich, und solchen, die vor allem kognitiv oder psychisch pflegebedürftig sind. Beide Begutachtungssysteme nebeneinander ergeben allerdings kein sinnvolles „Gesamtsystem“. Das PNG veränderte weder das bisherige, zeitbasierte Begutachtungsinstrument noch die Sonderbegutachtung für PEA. Es führte die bisherige Unsystematik und Unwissenschaftlichkeit der Begutachtung einfach fort.

Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und dem hierfür entwickelten Begutachtungsassessment könnten nun alle Pflegebedürftigen anhand eines für alle geltenden, wissenschaftlich fundierten Systems begutachtet werden und erhielten gleichberechtigten Zugang zu allen Leistungen des SGB XI. Das NBA bietet differenzierte, fachlich fundierte Erkenntnisse über den Grad der Selbstständigkeit, die mit dem bisherigen Begutachtungsinstrument nicht erhoben wurden. Weil das NBA auch physische, kognitive, psychische und soziale Problemlagen der Pflegebedürftigen berücksichtigt, schafft es die Grundlage dafür, Beratung, Pflegeplanung, Leistungserbringung, Personalplanung, Pflegedokumentation und Qualitätssicherung zu modernisieren und zu optimieren.

Mehr Leistungsgerechtigkeit. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff würde dazu führen, dass somatisch, kognitiv und psychisch beeinträchtigte Pflegebedürftige zukünftig grundsätzlich aus dem gleichen Leistungsangebot auswählen können und alle – abhängig vom jeweiligen Pflegegrad – bei gleichen Leistungen den

gleichen Leistungsbetrag erhalten, wenn den Vorschlägen des Beirats gefolgt wird. Konkret bedeutet das: Anders als bisher können auch demenziell oder psychisch kranke Menschen entsprechend ihrem künftigen Pflegegrad die gleichen Leistungen in der gleichen Höhe wie ein körperlich beeinträchtigter Pflegebedürftiger erhalten. Und anders als bisher können auch vorrangig körperlich beeinträchtigte Pflegebedürftige (und ihre Angehörigen) zukünftig bei Bedarf weitergehende stationäre Betreuungsleistungen sowie erstmals Entlastungsleistungen für Angehörige im Wege der Kostenerstattung erhalten.

Im Vergleich zum heutigen System würde es zukünftig einen Pflegegrad 1 geben, der auch für Fälle leichterer Pflegebedürftigkeit Leistungen vorsieht – so kann etwa Verschlimmerungen frühzeitig entgegengewirkt werden. Auch die Bedarfslagen pflegebedürftiger Kinder werden mit dem NBA besser erfasst, sodass sie im Durchschnitt höher als bisher eingestuft werden. Zudem wird für pflegebedürftige Kinder unter 18 Monaten die Einführung eines pauschalen Pflegegrads, der zwischen den Pflegegraden 2 und 3 liegt, empfohlen. Das entlastet die Familien, weil nicht ständig neue Begutachtungen anstehen.

Konkrete Verbesserungen. So würde die Mehrheit der PEA nach dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff deutlich höher eingestuft als bisher und erhielte damit automatisch erheblich höhere Leistungen als heute. So bekäme eine Person mit eingeschränkter Alltagskompetenz und Pflegestufe I einschließlich des entsprechenden Zuschlags gegenwärtig 665 Euro monatlich. Bei einer zukünftigen Einstufung in den Pflegegrad 3 erhielte dieser Versicherte bei gleichbleibendem Leistungsniveau der Pflegeversicherung zukünftig etwa 1.100 Euro.

Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, aber ohne Pflegestufe („Pflegestufe 0“) haben seit Anfang 2013 zwar erstmals Zugang zu Sach- und Geldleistungen, allerdings nur pauschal in Höhe von 120 Euro für Geld- beziehungsweise 225 Euro für Sachleistungen pro Monat, ohne weitere Abstufung nach der Schwere der kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen. Vollständig verwehrt sind ihnen derzeit sowohl ein Wohngruppenzuschlag als auch die höheren Leistungen der Tages- und Nachtpflege und Leistungen der Kurzzeitpflege.

Mehrausgaben kommen bei Versicherten an. Mit dem längst überfälligen Bekenntnis der Koalitionäre zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und zu den flankierenden Maßnahmen zur Schaffung von Teilhabe werden die Weichen für eine zukunftsfähige Pflegepolitik gestellt. Durch die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs werden die meisten Pflegebedürftigen profitieren und nicht nur eine bestimmte Gruppe. Nahezu alle Mehrausgaben, die damit anfallen, kommen direkt bei den Versicherten und ihren Angehörigen an und machen die Pflegeversicherung fit für die Herausforderungen des demografischen Wandels. ■

Nadine-Michèle Szepan leitet die Abteilung Pflege in der Geschäftsführungseinheit Versorgung des AOK-Bundesverbandes.

Bernhard Fleer ist Fachberater im Team Pflege beim Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS).



»Impulse für neue Kultur des Helfens«

Wird Pflegebedürftigkeit neu definiert, hilft das auch den Profis in der Pflege. Doch um ihren Arbeitsalltag attraktiver zu gestalten, ist deutlich mehr erforderlich als nur die Abkehr von der Minutenpflege, meint **Bernhard Fleer**.

Warum wird der bisherige Pflegebedürftigkeitsbegriff vielen Menschen nicht gerecht?

Der bisherige Pflegebedürftigkeitsbegriff und das jetzige Begutachtungsverfahren werden seit der Einführung vor allem aus zwei Gründen kritisiert. Zum einen wird der besondere Hilfebedarf von Menschen mit Demenz, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen nicht umfassend genug berücksichtigt. Zum anderen hat sich die Bemessung des Hilfebedarfs nach Art, Häufigkeit und Zeitumfang nicht bewährt. Insbesondere die Erfassung des Hilfebedarfs in Pflege Minuten hat die Minutenpflege in der Leistungserbringung begünstigt und ist Anlass für Kritik.

Was würde sich durch das neue Begutachtungsassessment ändern?

Die auffälligste Veränderung ist sicher, dass der Pflegebedarf nicht mehr in Minuten abgebildet wird. Der zentrale Maßstab ist hier der Grad der Selbstständigkeit beziehungsweise deren Beeinträchtigung und damit das Angewiesensein auf Hilfe durch andere. Das neue Verfahren erfasst nicht nur die „klassische“ Pflegebedürftigkeit bei Körperpflege, Ernährung, Mobilität und in der hauswirtschaftlichen Versorgung. Neu ist, dass auch die kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten, das soziale Verhalten, psychische Probleme sowie die Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte gleichgewichtig betrachtet werden.

Führt das zu mehr Gerechtigkeit?

Im Vergleich zum bisherigen Verfahren wird das neue Begutachtungsassessment

zu einer Besserstellung von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz führen. Profitieren werden etwa Menschen mit Demenz, die nur einen geringen verrichtungsbezogenen Hilfebedarf haben und

» In der Altenpflege kollidieren häufig Anspruch und Wirklichkeit.«

bisher keine Pflegestufe erreichen, häufig aber herausfordernde Verhaltensweisen wie lautes Rufen oder nächtliche Unruhe zeigen. Gerade solches Verhalten belastet pflegende Angehörige stark.

Wird der Pflegeberuf durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff attraktiver?

Der verrichtungsbezogene Begriff von Pflegebedürftigkeit hat die Pflegepraxis und auch das Berufsbild der Altenpflege entscheidend mitgeprägt. Er hat die Tendenz zur somatischen Orientierung in der Pflege verstärkt. Das hat in der Pflegepraxis und in der öffentlichen Wahrnehmung dazu geführt, dass etwa Aspekte der Beziehungsaufnahme oder der psychiatrischen Pflege gar nicht auf Anhieb mit dem Begriff „Pflege“ in Zusammenhang gebracht werden. Auch Qualitätsdefizite im Bereich der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz haben ihre Ursache teilweise in der Fokussierung auf die somatische Pflege. Durch einen umfassenden Pflegebedürftigkeitsbegriff kann der Fokus stärker auf die oben genannten Bereiche gerichtet werden, allein schon dadurch, dass diese leistungsrechtlich

berücksichtigt werden. Das allein reicht allerdings noch nicht aus, um den Pflegeberuf insgesamt attraktiver zu machen. Auch die Arbeits- und Rahmenbedingungen müssen verbessert werden. Denn in der Altenpflege kollidieren häufig Anspruch und Wirklichkeit: Es gibt hohe Ansprüche zur Umsetzung ganzheitlicher Pflege, aber oft geben Zeitmangel und Überforderung den Ton an.

Gibt es angesichts der steigenden Anzahl von Demenzkranken und des Pflegekräftemangels noch eine Alternative zur raschen Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs?

Aus unserer Sicht gibt es hierzu keine Alternative. Die Bemessung der Pflegebedürftigkeit wird durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff auf eine neue Grundlage gestellt. Das neue Begutachtungsassessment erfasst umfassend die für Pflege und Betreuung relevanten Sachverhalte und legt so die Grundlage für die nötige Leistungsgewährung. Politisch wird es jetzt darauf ankommen, die Leistungen der Pflegeversicherung und die Leistungshöhen so zu gestalten, dass sie dem geänderten Pflegebedürftigkeitsbegriff gerecht werden. Ob sich ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff auch auf den Fachkräftemangel auswirkt, lässt sich heute nicht mit Gewissheit sagen. Er wird aber Impulse zu einer inhaltlichen Neuorientierung der Pflege im Sinne eines „umfassenden Verständnisses“ geben. Letztlich besteht dadurch auch die Chance, dass der Pflegeberuf an Attraktivität gewinnt und die im Gesetz postulierte „neue Kultur des Helfens“ in der Pflege eingelöst werden kann. ■

Die Stoppuhr hat ausgedient

Das neue Begutachtungsassessment stellt konsequent den Menschen und seine Fähigkeiten in den Mittelpunkt: Was kann er noch allein, was nicht mehr? Für die Gutachter bedeutet dieser radikale Wechsel der Perspektive: Das „Minutenzählen“ hat ein Ende. Von Klaus Wingenfeld

Grundlage für die Entwicklung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsverfahrens war eine umfangreiche Bestandsaufnahme. Eine breit angelegte Literatur- und Instrumentenanalyse, in die insbesondere die internationale pflegewissenschaftliche Diskussion und vorhandene Einschätzungsinstrumente aus Ländern mit einem methodischen Erfahrungsvorsprung einbezogen wurden, ergab zweierlei: Zum einen existiert in der internationalen Diskussion ein gemeinsames Grundverständnis von Pflegebedürftigkeit, bei dem die fehlende Selbstständigkeit im Umgang mit Krankheitsfolgen im Mittelpunkt steht. Zum anderen stellte sich heraus, dass die meisten Instrumente, die in anderen Ländern zur Einschätzung angewendet wurden, in der deutschen Pflegeversicherung entweder gar nicht oder nur nach einem komplizierten Anpassungsprozess eingesetzt werden konnten. Die abschließende Empfehlung lautete daher, ein ganz neues Begutachtungsverfahren zu erarbeiten.

Ein neuer Maßstab. Im Jahr 2008 entwickelten das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld und der Medizinische Dienst der Krankenversicherung Westfalen-Lippe daraufhin das „Neue Begutachtungsassessment“ (NBA), in Abstimmung mit dem ersten Beirat, der im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit an einer Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs arbeitete.

Dem oben skizzierten Grundverständnis von Pflegebedürftigkeit entsprechend, dient dieses neue Instrument dazu, die Selbstständigkeit im Umgang mit Krankheitsfolgen zu erfassen. Das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit wird nicht mehr anhand des Zeitumfangs beurteilt, den eine nicht zur Pflege ausgebildete Person (zum Beispiel ein Angehöriger) für die Versorgung benötigt. Als Maßstab gilt vielmehr der Grad der Selbstständigkeit bei der Durchführung von Aktivitäten und dem Gestalten von Lebensbereichen. An die Stelle der Bezeichnung „Pflegestufe“ tritt dabei der Begriff „Pflegegrad“.

Neue Kriterien. Eine zweite wichtige Neuerung besteht darin, dass die Begutachtung nicht mehr – wie derzeit – auf ausgewählte Alltagsverrichtungen begrenzt wird. Für die Bestimmung des

Pflegegrades sind nach dem neuen Verfahren noch fünf weitere, insgesamt also sechs Bereiche relevant:

Bereich 1 – Mobilität: Selbstständigkeit bei der Fortbewegung über kurze Strecken und bei Lageveränderungen des Körpers

Bereich 2 – Kognitive und kommunikative Fähigkeiten: zum Beispiel Erinnerungsfähigkeit, Orientierungsvermögen, Wahrnehmung, Urteilsvermögen, Fähigkeit zur Kommunikation

Bereich 3 – Verhaltensweisen und psychische Problemlagen: unter anderem selbst- und fremdgefährdendes Verhalten, psychische Probleme wie Ängstlichkeit, Panikattacken oder Wahnvorstellungen

Bereich 4 – Selbstversorgung: Selbstständigkeit bei der Körperpflege, beim Anziehen, Essen und Trinken (weitgehend identisch mit den Alltagsverrichtungen, die für die heutige Pflegeeinstufung relevant sind)

Bereich 5 – Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen und Belastungen: Selbstständigkeit bei der Medikamenteneinnahme, der Wundversorgung, beim Umgang mit Hilfsmitteln und Ähnliches mehr

Bereich 6 – Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte: Selbstständigkeit bei der Zeiteinteilung, beim Einhalten eines Wach-Schlaf-Rhythmus, bei bedürfnisgerechter Beschäftigung, dem Aufrechterhalten sozialer Beziehungen sowie bei zukunftsgerichteten Planungen.

Detaillierte Einschätzung. Jeder dieser Bereiche umfasst mehrere Teilaspekte. So besteht beispielsweise der Bereich „Mobilität“ aus fünf Merkmalen, darunter die Aktivität „Aufstehen aus sitzender Position/Umsetzen“. Beim neuen Begutachtungsassessment dokumentiert der Gutachter anhand einer vierstufigen Skala, wie selbstständig jemand bei der jeweiligen Aktivität ist: selbstständig, überwiegend selbstständig, überwiegend unselbstständig oder gänzlich unselbstständig. Selbstständig bedeutet dabei, dass keinerlei Hilfe durch andere Personen erforderlich ist. Auf ähnliche Art und Weise, zum Teil etwas vereinfacht, erfolgt die Beurteilung in den Bereichen 4 bis 6. Im Bereich 2 sind abweichend davon kognitive und kommunikative Fähigkeiten einzuschätzen, im Bereich 3 die Häufigkeit, mit der bestimmte Verhaltensweisen oder psychische Problemlagen auf-



treten. In einem Manual finden Gutachter Definitionen und weitere Einzelheiten, die bei der Einschätzung zu berücksichtigen sind.

Die Ergebnisse aus jedem der sechs Bereiche werden gewichtet und nach bestimmten Regeln zu einem Gesamtergebnis zusammengeführt. Dieses Ergebnis besteht aus einem Wert auf einer Skala zwischen 0 und 100 Punkten. Die Skala ist in mehrere Bereiche unterteilt, die jeweils einem bestimmten Ausmaß an Pflegebedürftigkeit beziehungsweise einem Pflegegrad entsprechen. Ein Wert zwischen 30 und 49 entspricht beispielsweise dem Pflegegrad 2. Insgesamt gibt es fünf Pflegegrade. Dabei wird auch solchen Personen ein Pflegegrad zugeordnet, die relativ geringe Beeinträchtigungen aufweisen – um zu vermeiden, dass Menschen als „nicht pflegebedürftig“ bezeichnet werden, obwohl sie auf pflegerische Hilfe angewiesen sind.

Kinder und Jugendliche. Die Einschätzung der Pflegebedürftigkeit von Kindern und Jugendlichen erfolgt mit dem gleichen Erfassungsbogen. Wesentliche Unterschiede gibt es aber bei der Methode zur Ermittlung des Pflegegrads: Das Ergebnis der Einschätzung beschreibt hier nicht die Selbstständigkeit, sondern deren Abweichung von der Selbstständigkeit gesunder, altersentsprechend entwickelter Kinder. Dieses Verfahren ist wesentlich einfacher als die heutige Kinderbegutachtung, weil der Gutachter nicht mehr entscheiden muss, inwieweit fehlende Selbstständigkeit altersgemäß ist oder eine Krankheitsfolge darstellt. Dies leistet das Instrument selbst anhand vorgegebener Regeln.

Das neue Begutachtungsassessment hat sich im praktischen Einsatz gut bewährt – sowohl in der umfangreichen Erprobungsphase als auch bei anderen Gelegenheiten. So ist es etwa in der italienischen Autonomen Provinz Bozen erfolgreich in der Kinderbegutachtung erprobt worden. Evaluationsergebnisse zeigen, dass es nicht nur zu verlässlichen Ergebnissen führt, sondern auch praxistauglich und von den Gutachtern nach einer gewissen Zeit der Umgewöhnung leicht zu handhaben ist. ■

Dr. Klaus Wingenfeld ist der Wissenschaftliche Geschäftsführer des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld.

Bürger sehen Reformbedarf

Die Sorge, im Alter selbst zum Pflegefall zu werden, beschäftigt weite Teile der Bevölkerung. Das bestätigen Umfragen des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO). Die Pflegeversicherung wird grundsätzlich begrüßt, ihre Leistungsfähigkeit aber oft als unzureichend kritisiert.

Solidarische Finanzierung. Die Versicherten wünschen sich eine Erweiterung des Leistungsspektrums. In der Frage der Finanzierung herrscht große Skepsis gegenüber einer privaten, individualisierten Vorsorge – die Mehrheit votiert für ein solidarisch finanziertes Pflegeversicherungssystem.

Häusliche Pflege stärken. Der Pflegestatistik zufolge wurden im Jahr 2011 mehr als zwei Drittel (70 Prozent) aller Pflegebedürftigen, insgesamt rund 1,7 Millionen Menschen, zu Hause versorgt. Gemäß dem Grundsatz „Vorrang der häuslichen Pflege“ ist es ein zentrales Anliegen der Pflegeversicherung, die häusliche Pflege zu fördern. Das deckt sich mit den Vorstellungen der Versicherten: Eine große Mehrheit der vom WIdO Befragten (84,3 Prozent) votiert für eine Stärkung der häuslichen Pflege und spricht sich für eine verbesserte Unterstützung von pflegenden Angehörigen durch die Pflegeversicherung aus.

Demenzkranke unterstützen. Neun von zehn Befragten (87,9 Prozent) plädieren dafür, dass Alzheimer- und Demenz-Erkrankte und deren Angehörige mehr Unterstützung erhalten sollen.

Mehr Hilfe im Alltag. Drei Viertel der Versicherten (73,9 Prozent) halten es für wichtig, dass Pflegebedürftige auch Unterstützungsleistungen bei der Gestaltung des Alltags und zur Teilhabe am sozialen Leben erhalten. Die Idee, das soziale Umfeld des Pflegebedürftigen besser zu stützen und den Spielraum für die Inanspruchnahme von Entlastungsangeboten für pflegende Angehörige zu vergrößern, stößt bei den Versicherten insgesamt auf breite Akzeptanz.

Klaus Zok/WIdO

Nicht zum Nulltarif

Dass in der Pflegeversicherung Reformbedarf besteht, zeichnet sich seit Jahren ab. Auch dass substanzielle Reformen Geld kosten, ist nicht neu. **Klaus Jacobs** warnt davor, die überfälligen Korrekturen an einer zu geringen Finanzausstattung scheitern zu lassen.

Es gibt Ereignisse, die die Politik kalt erwischen, weil sie plötzlich und ohne große Vorwarnung eintreten – zum Beispiel die Reaktorkatastrophe von Fukushima oder die Finanzmarktkrise. Obwohl für solche Fälle in der Regel keine vorbereiteten Konzepte in der Schublade liegen, beweist die Politik dennoch in kurzer Zeit ihre Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit und ist nötigenfalls auch bereit, viel Geld in die Hand zu nehmen – falls erforderlich, wie bei der Bankenrettung, sogar ungeheuer viel Geld. Gegenüber der erstaunten Öffentlichkeit heißt es dann meist, dass dies zur Abwehr unabsehbarer Folgerisiken alternativlos sei.

Bei der Pflegepolitik verhält es sich genau umgekehrt. Seit Jahren, wenn nicht Jahrzehnten, kündigt sich der demografische Wandel an, zu dessen unabweisbaren Begleiterscheinungen auch eine deutliche Zunahme der Pflegebedürftigkeit zählt: Die Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland wird von heute rund 2,5 Millionen Menschen auf geschätzte 3,4 Millionen 2030 und 4,5 Millionen 2050 steigen – bei einer insgesamt sinkenden Einwohnerzahl. Obwohl die Schubladen mit Reformkonzepten schier überquellen, sieht sich die Politik allenfalls zu einigen eher randständigen Reformen in der Lage und verharnt ansonsten in Handlungsstarre. Dabei ist weiten Teilen der Bevölkerung längst bewusst, dass substanzielle Reformen nicht nur erforderlich sind, sondern auch eine Menge Geld kosten.

Viele Worte, keine Taten. Die vergangene Legislaturperiode war im Hinblick auf zentrale Weichenstellungen zur Zukunftssicherung der Pflege verschenkte Zeit. Denn der großspurigen Rhetorik der christlich-liberalen Bundesregierung („2011 ist das Jahr der Pflege“) waren keine entsprechenden Taten gefolgt. Auch die bereits in großen Teilen abgeschlossenen Vorarbeiten zur Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs durch den 2006 eingesetzten Expertenbeirat blieben zunächst zweieinhalb Jahre unbeachtet, ehe abermals ein (weitgehend identischer) Expertenbeirat einberufen wurde. Dessen im Juni 2013 vorgelegter neuer Bericht wurde zwar von der Bundesregierung

begrüßt, doch kam er für die schon auf der Zielgeraden befindliche Amtsperiode von Schwarz-Gelb zu spät.

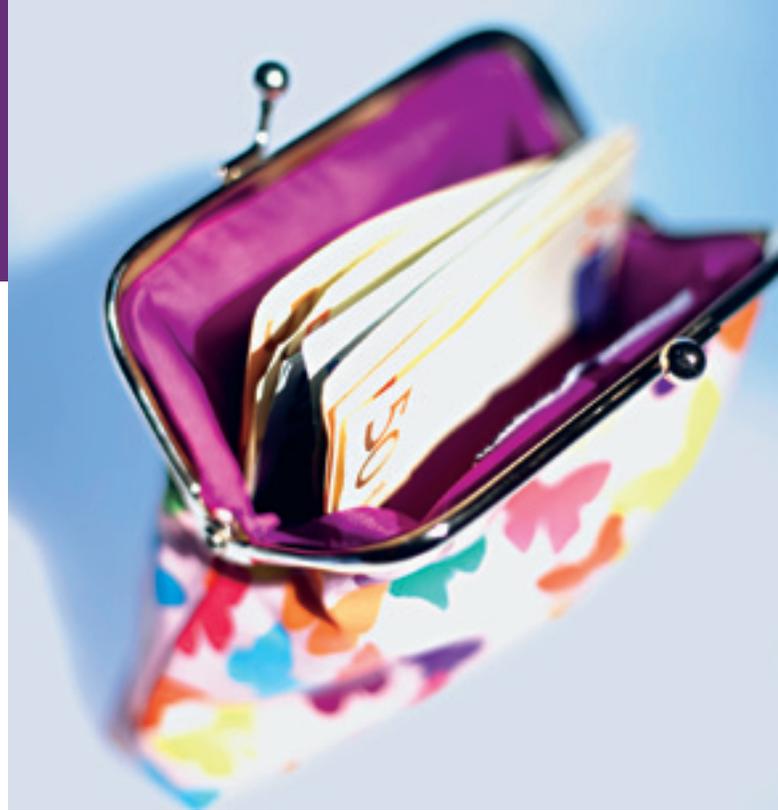
Der Beitragssatz steigt. Eine sofortige Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs soll es jedoch offenbar auch unter der Großen Koalition nicht geben. Die Koalitionsvereinbarungen sehen zunächst eine Erprobung und wissenschaftliche Auswertung der neuen Begutachtungssystematik vor. Trotzdem soll mit der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs noch in dieser Legislaturperiode begonnen werden, wofür – noch ohne konkreten Zeitpunkt – eine gesonderte Erhöhung des Beitragssatzes zur Pflegeversicherung von 0,2 Prozentpunkten vorgesehen ist. Das scheint schon jetzt knapp bemessen und könnte dazu führen, dass einzelne Gruppen von Leistungsempfängern im Vergleich zu heute schlechter gestellt werden. Nach den Ergebnissen

der Koalitionsverhandlungen gilt der vereinbarte Bestandsschutz nur für die heutigen Pflegebedürftigen, nicht aber auch für alle künftigen Leistungsempfänger mit gleichem Pflegebedarf.

Zunächst aber soll der Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung ab 2015 um 0,3 Prozentpunkte steigen, um die Leistungssätze an die Entwicklung der Pflegekosten anzupassen (Dynamisierung), schon bestehende Betreuungsleistungen weiter auszubauen sowie – mit einem Zehntel Beitragssatzpunkt – einen kollektiven Pflegevorsorgefonds einzurichten, der Beitragssteigerungen in der Zukunft abmildern soll.

Die Leistungen anpassen. Die Dynamisierung der Pflegeleistungen ist unverzichtbar, wenn die Leistungen der Pflegeversicherung keinen weiteren Realwertverlust erleiden sollen. Das war seit Einführung der Pflegeversicherung bis heute bereits in einem Ausmaß von mehr als 20 Prozent der Fall, weil es bis 2007 zunächst gar keine und danach auch nur eher überschaubare Anpassungen der Leistungen gegeben hat. Im Programm der Unionsparteien zur Bundestagswahl hatte es noch geheißsen, dass ein steigender Zuzahlungsbedarf zulasten der Pflegebedürftigen, ihrer Angehörigen und der Sozialhilfeträger verhindert

Die größte Gefahr der Koalitionsbeschlüsse liegt wohl in der einseitigen Belastung der Beitragszahler.



werden soll. Zwar findet sich im Koalitionsvertrag ein Bekenntnis zu der laut Gesetz für 2015 anstehenden Leistungsdynamisierung, doch stellt die entsprechende Gesetzesvorschrift in Paragraf 30 Sozialgesetzbuch XI keineswegs sicher, dass eine ausreichende Anpassung der Leistungen auch tatsächlich erfolgt und die Finanzierungslücke zwischen den Pflegekosten und den Versicherungsleistungen nicht weiter wächst.

Abkehr vom Pflege-Bahr? Anstatt durch substanzielle Leistungsanpassungen in der solidarisch finanzierten Pflegeversicherung zu verhindern, dass der von den Pflegebedürftigen, ihren Angehörigen und den Sozialhilfeträgern zu tragende Teil der Pflegekosten immer größer wird, hatte die alte Bundesregierung versucht, die Finanzierungsverantwortung für wachsende Pflegekosten durch die Einführung einer geförderten Pflegezusatzversicherung („Pflege-Bahr“) zumindest teilweise zu privatisieren. Vor diesem Hintergrund lässt sich die jetzt beschlossene Einführung eines kollektiven Kapitalstocks auch als Misstrauensvotum gegenüber dem Pflege-Bahr auffassen, dessen Inanspruchnahme bislang weit hinter den Erwartungen zurückgeblieben ist. Für 2013 hatte die alte Bundesregierung 100 Millionen Euro als Fördermittel bereitgestellt – ausreichend für fast 1,7 Millionen Abschlüsse –, doch konnte die private Versicherungswirtschaft bis Ende Oktober erst rund 330.000 Vertragsabschlüsse vermelden.

Kein Gesamtkonzept erkennbar. Die zumindest implizite Abkehr vom Pflege-Bahr ist aber auch schon das einzig Positive der geplanten kollektiven Demografiereserve. Zu ihrer Begründung hat Jens Spahn, Chefverhandler der Union in Pflegefragen, wiederholt auf die hohen Belastungen verwiesen, wenn die geburtenstarken Jahrgänge im Pflegealter sind. Danach wird die Zahl der Pflegebedürftigen zwar in der Tat wieder sinken, die Zahl der Beitragszahler aber auch. Folglich bleibt deren Belastung unverändert hoch – einen (vorübergehenden) „Belastungsberg“, der mit angesparten Rücklagen „untertunnelt“ werden könnte, gibt es somit nicht. Zudem wäre die Entlastung künftiger Generationen größer, wenn anstelle des Aufbaus einer kollektiven Rücklage ein Abbau der Staatsverschuldung erfolgen würde. Sollzinsen beim Schuldendienst sind – unabhängig vom jewei-

ligen Zinsniveau – stets höher als Habenzinsen für Rücklagen. Damit wird nach dem Pflege-Bahr innerhalb kurzer Zeit schon die zweite fragwürdige „Vorsorgemaßnahme“ eingeführt, dieses Mal allerdings nicht zulasten der Steuer-, sondern der Beitragszahler.

In der einseitigen Belastung der Beitragszahler liegt insgesamt wohl die größte Gefahr der Koalitionsbeschlüsse. Ein umfassendes Finanzierungskonzept, das über die soziale Pflegeversicherung hinausreicht, ist nicht erkennbar. So heißt es zwar zu Recht, dass Pflege eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe sei, weshalb etwa die Rolle der Kommunen gestärkt und ausgebaut werden soll. Wie jedoch die erforderlichen Investitionen etwa zur Förderung pflegerechter Wohnungen oder zur Mobilisierung von Selbstversorgungspotenzialen im Rahmen von Quartierskonzepten finanziert werden sollen, bleibt ebenso offen wie die Beantwortung der Frage, wie die heute schon klammen Kommunen erweiterte Aufgaben überhaupt qualifiziert bewältigen sollen.

Die solidarische Finanzierung stärken. Die Gefahr der sachfremden Finanzierung öffentlicher Aufgaben durch die Sozialversicherung scheint auch hier mit Händen zu greifen. Umso wichtiger wäre ein klares Signal zur Stärkung der solidarischen Finanzierung der Pflegeversicherung gewesen. Da war die letzte Große Koalition vor acht Jahren schon weiter; sie hatte im Koalitionsvertrag von 2005 angekündigt: „Zum Ausgleich der unterschiedlichen Risikostrukturen wird ein Finanzausgleich zwischen gesetzlicher und privater Pflegeversicherung eingeführt.“ Realisiert wurde diese Ankündigung allerdings nicht. Wie wäre es, wenn dieses Vorhaben jetzt – mit achtjähriger Verspätung – auch ohne abermalige Ankündigung umgesetzt würde? Denn auch in dieser Frage gilt genauso wie beim neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff: lieber spät als gar nicht. ■

Professor Dr. Klaus Jacobs ist Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIDO).

Neue Regeln tun not

Mit einem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff erweitern und verändern sich die Schnittstellen der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungssystemen. **Gerd Künzel** beschreibt das am Beispiel der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen.

Im Prüfauftrag des Gesundheitsministeriums an den Expertenbeirat vom 1. März 2012 steht das Thema „Zusammenwirken zwischen den unterschiedlichen Sozialleistungsbereichen“ unter der kämpferischen Überschrift „Vermeidung von Verschiebepunkthöfen zwischen den unterschiedlichen Sozialleistungsträgern“. Dieser Aufschlag verrät bereits, dass die Abgrenzung der Pflegeversicherung von der Krankenversicherung und der Sozialhilfe, vor allem der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen, ein konfliktreiches Thema ist.

Finanzfragen spielten immer schon eine wichtige Rolle, wobei es hinsichtlich der Krankenversicherung vorrangig um deren Beitragssätze und gegenüber der Eingliederungshilfe um die Begrenzung der Ausgaben der Pflegeversicherung ging. Bemühungen, die Ausgaben einer Institution einzugrenzen, finden sich sowohl auf der gesetzgeberischen Ebene wie auch auf der des institutionellen Handelns.

Ein Dauerthema sind etwa ausreichende Rehabilitationsmaßnahmen zulasten der Krankenversicherung, die Pflegebedürftigkeit vermeiden oder mindern. Der Koalitionsvertrag zwischen CDU/CSU und SPD enthält die Vereinbarung, diese Schnittstelle zu prüfen und die Kosten da zu verorten, wo der Nutzen entsteht. Dies betrifft auch folgende Schnittstelle: Die medizinische Krankenpflege in stationären Einrichtungen (mit Ausnahmen) ist, anders als in der ambulanten Pflege, von der Pflegeversicherung zu finanzieren.

Behinderte Menschen in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe erhalten nach Paragraf 43a Sozialgesetzbuch (SGB) XI nur einen pauschalen Zuschuss als Leistungen der Pflegeversicherung, der erheblich niedriger ist als die ambulanten oder stationären Sachleistungen, auf die sie Anspruch haben, wenn sie außerhalb von Wohnstätten für behinderte Menschen leben.

Die Zahl der Anspruchsberechtigten in der Pflegeversicherung steigt.

Höhere Aufwendungen

Am Beispiel der vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe ...

	... nach geltendem Leistungsrecht*	... bei Anwendung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs**
Zahl der Leistungsberechtigten nach § 43a SGB XI	80.729 Personen	+ 60.000 Leistungsberechtigte
Ausgaben für Leistungen nach § 43a SGB XI	260 Millionen Euro	+ 200 Millionen Euro
Mehraufwand für ambulante Sachleistungen	+ 500 Millionen Euro***	+ 1,4 Milliarden Euro

* laut Kassenstatistik des Bundesministeriums für Gesundheit (Jahresdurchschnitt 2011)
 ** laut Ergänzungsstudie des Zentrums für Sozialpolitik der Universität Bremen/Professor Heinz Rothgang
 *** sofern alle 80.729 Leistungsberechtigten ambulante Sachleistungen bezögen

Durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff würden die Anzahl der Leistungsberechtigten in vollstationären Pflegeeinrichtungen und die Ausgaben für Leistungen deutlich ansteigen.

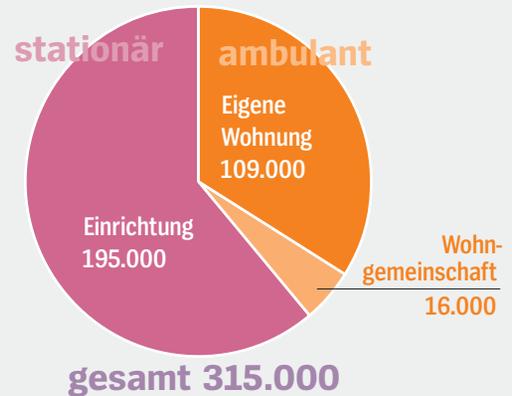
Zu diesem Ergebnis kommt die sogenannte Ergänzungsstudie des Zentrums für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen, die im Auftrag des Expertenbeirats erstellt wurde.

Quelle: eigene Darstellung (Künzel) nach BMG und ZeS

Ambulant im Aufwärtstrend

Betreutes Wohnen im Rahmen der Eingliederungshilfe

Zahl der erwachsenen Leistungsempfänger 2009



Im Laufe des Jahres 2009 erhielten 725.000 behinderte Menschen Leistungen im Bereich der Eingliederungshilfe; insgesamt 315.000 (44 Prozent aller Empfänger) erhielten Leistungen zum betreuten Wohnen. Die Mehrheit (195.000 Menschen) lebte zu diesem Zeitpunkt in einer stationären Wohneinrichtung. Die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGÜS) geht jedoch davon aus, dass die Zahl der Leistungsempfänger im ambulanten betreuten Wohnen massiv ansteigen wird. In einer 2005 vorgelegten Hochrechnung prognostizierte sie für diesen Bereich bereits einen Anstieg um 122 Prozent bis zum Jahr 2014 (gegenüber 4,5 Prozent im stationären Bereich).

Quelle: Statistisches Bundesamt: Statistik der Sozialhilfe – Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (2009); BAGÜS

Weitere Verschärfung. Der Beirat kommt zu dem Schluss, dass sich gegenüber der Hilfe zur Pflege Verschiebungen der Leistungszuständigkeiten ergeben und sich die Schnittstellen zur Eingliederungshilfe für behinderte Menschen weiter verschärfen werden. Der um kognitive und psychische Beeinträchtigungen erweiterte, teilhabeorientierte neue Pflegebedürftigkeitsbegriff führt zu mehr Anspruchsberechtigten in der Pflegeversicherung und zu höheren Einstufungen. Bereits im gegenwärtigen Recht ist das Verhältnis zur Eingliederungshilfe schwierig, da Pflegebedürftige in der Regel behindert sind. Die Ziele der Hilfen (Folgen der Behinderung mildern, Fähigkeiten zurückgewinnen, Selbstständigkeit fördern) überschneiden sich. Die Hilfen sind zum Teil identisch, wobei die Eingliederungshilfe weitergehend ist. Die Abgrenzungsregelungen sind deshalb teils widersprüchlich und unsystematisch; sie heben teilweise den Nachrang der als letztes Netz gedachten Sozialhilfe auf.

Neue Aufgaben. Bildet das Leistungsrecht der Pflegeversicherung entsprechend der Empfehlung des Beirats den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff umfassend ab, so wird ein Spektrum psychosozialer Unterstützungen zum Gegenstand der Pflegeversicherung, das bisher nur der Eingliederungshilfe zuzuordnen war. Diese sind in Paragraph 124 SGB XI bereits genannt, etwa Kommunikation, Aufrechterhaltung sozialer Kontakte, Tagesstruktur, bedürfnisgerechte Beschäftigung. Der Expertenbeirat mahnt vor diesem Hintergrund an, dass die Schnittstellen der dringenden Klärung bedürfen. Der Koalitionsvertrag greift das allgemein mit der Vereinbarung auf, die Schnittstellen zwischen den Sozialgesetzbüchern zu überprüfen.

Entwicklungen außerhalb des SGB XI erhöhen den Klärungsbedarf, etwa die Hinwendung zu neuen Wohnformen außerhalb der Heime in der Eingliederungshilfe, aber auch in der Pflege. Mit der parallel zur Pflegereform diskutierten Eingliederungshilfe-reform könnte die rechtliche Unterscheidung zwischen ambulanten und stationären Leistungsformen abgeschafft werden. Dies ändert die Grundlage der oben erwähnten Regelung des Paragraphen 43a SGB XI, die die Leistungen der Pflegeversicherung nach dem Wohnort einschränkt. Sie gerät durch das Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK) zusätzlich unter Druck. Nach Artikel 19 (UN-BRK) ist zu gewährleisten, dass gemeindenahen Dienstleistungen Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt zur Verfügung stehen und diese ihren Aufenthalt frei wählen können. Dies lässt sozialrechtliche Regelungen, die auf Wohnort und Wohnform aufbauen, bedenklich erscheinen.

Erhebliche Mehrbelastungen. Nach Berechnungen von Professor Heinz Rothgang im Auftrag des Beirats entstünden nach geltendem Recht in der gesetzlichen Pflegeversicherung Mehrbelastungen in Höhe von 500 Millionen Euro, wenn alle 80.000

nach Paragraph 43a SGB XI Leistungsberechtigten ambulante Sachleistungen erhalten würden. Dieser Betrag könnte unter dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff auf 1,4 Milliarden Euro ansteigen, weil die Zahl der Leistungsberechtigten stiege und sie höher eingestuft würden.

Wie ist das Dilemma zu lösen? Politisch entschieden werden muss letztlich die Frage, welche Kosten das Sozialversicherungs- und welche das Steuersystem zu tragen hat. Der Koalitionsvertrag sagt dazu, dass die Verschiebung von Kosten anderer Träger zulasten der Versichertengemeinschaft vermieden werden soll. Im Rahmen der Vereinbarung zwischen Bund und Ländern zum Fiskalvertrag, die der Koalitionsvertrag bekräftigt hat, könnte sich eine Lösungsmöglichkeit eröffnen. Danach sollen die rechtlichen Vorschriften zur Eingliederungshilfe durch ein Bundesleistungsgesetz mit Bundesbeteiligung abgelöst werden. Laut Koalitionsvertrag soll ein Bundesteilhabegeld geprüft werden. Eine Teilhabeleistung von 50 Euro für jeden Pflegebedürftigen, die die Pflegeversicherung entsprechend entlastet, könnte zum Beispiel die 1,4 Milliarden Euro ausgleichen. ■

Gerd Künzel leitete bis 2012 die Abteilung Soziales und Familie im Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg.

Durchbruch oder Rückschritt?

Gute Pflege braucht Zeit und Geld – das ist unstrittig. Doch an der Frage, ob die Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs die Rahmenbedingungen in der Pflege verbessern wird, scheiden sich die Geister.

Von Reform zu Reform bemüht sich der Gesetzgeber nun mittlerweile seit Jahren, den Geburtsfehler der Pflegeversicherung, nämlich die unzureichende Berücksichtigung der Belange demenzerkrankter Menschen, zu korrigieren. Diese Patchwork-Strategie hilft nun nicht mehr weiter. Nur auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und mit Einführung des neuen Begutachtungsverfahrens (NBA)

In der letzten Zeit haben zahlreiche Veränderungen bei den Leistungen der Pflegeversicherung zu spürbaren Entlastungen, insbesondere für die demenzerkrankten Menschen, geführt. Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff wird jetzt riskiert, hinter das heutige Leistungsversprechen zurückzufallen. Das derzeitige System der Zuordnung in Pflegestufen ist für die Betroffenen leicht verständlich. Mit der Einführung des neu-



„Geburtsfehler der Pflegeversicherung endlich korrigieren.“

Dr. Elisabeth Fix ist Referentin für Rehabilitation, Alten- und Gesundheitspolitik beim Deutschen Caritasverband e. V.



„Transparenz wird Logarithmen untergeordnet.“

Herbert Mauel ist Geschäftsführer des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)

können neben den körperlichen Fähigkeiten auch die für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen so wichtigen kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten und psychischen Problemlagen fachgerecht erfasst werden. Gleichzeitig ist auch leistungsrechtlich nachzujustieren.

Die Betreuung muss neben der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung zu einem gleichwertigen Leistungsbestandteil für alle Pflegebedürftigen werden. Damit pflegende Angehörige Entlastung flexibler in Anspruch nehmen können, sind die Betreuungsleistungen nach Paragraph 45b Sozialgesetzbuch XI und die Kurzzeit- und Verhinderungspflege zu einem sogenannten Entlastungsbudget zusammenzufassen. Dieser notwendige Paradigmenwechsel wird jedoch nur gelingen, wenn die Politik dafür auch Geld in die Hand nimmt, denn gute Pflege braucht Personal und ist nicht zum Nulltarif zu haben. Somit gilt: Die Reform der Pflegeversicherung jetzt mutig anpacken! ■

en Pflegebedürftigkeitsbegriffs würde die heutige Transparenz künftig der Macht von Logarithmen untergeordnet, die einen abstrakten Wert des Grades der Selbstständigkeit ausweisen, der ausdrücklich nichts mit dem benötigten individuellen zeitlichen Aufwand des pflegebedürftigen Menschen zu tun hat.

Wenn neben der ohnehin steigenden Zahl pflegebedürftiger Menschen der Kreis der Anspruchsberechtigten erweitert wird, steigen natürlich die Ausgaben. Die Politik ist jetzt gefordert, der vorgeschlagenen neuen Systematik neue Leistungsbeträge zuzuordnen. Erst dann wird sich zeigen, ob es zu einer Weiterentwicklung auch aus Sicht der pflegebedürftigen Menschen, der Angehörigen und der Anbieter von Pflegeleistungen kommen wird. Wirksame Leistungsverbesserungen brauchen erhebliche zusätzliche Mittel. Ziel muss es sein, damit spürbare Verbesserungen in der häuslichen Pflege, aber auch bei der personellen Ausstattung der Pflegeheime zu erreichen. Gute Pflege braucht mehr Zeit! ■



»Die Politik an ihre Hausaufgaben erinnern«

Die Pflege in den Fokus von Politik und Gesellschaft rücken ist ein Anliegen des ersten Deutschen Pflorgetages in Berlin. Für den Initiativpartner AOK-Bundesverband setzt der Kongress ein wichtiges Signal pünktlich zu Beginn der neuen Legislaturperiode, sagt **Jürgen Graalman**.

Herr Graalman, warum macht der AOK-Bundesverband als Initiativpartner beim Deutschen Pflorgetag mit?

Die Pflege wird das gesundheitspolitische Top-Thema des nächsten Jahrzehnts. Offene Baustellen wie der dringend benötigte neue Pflegebedürftigkeitsbegriff oder die Frage einer nachhaltigen Finanzierung von Pflegeleistungen sind bekannt. Den Empfehlungen der Expertentische müssen jetzt Taten folgen. Im Deutschen Pflorgetag sehen wir eine große Chance, den interdisziplinären Dialog voranzubringen und Impulse für künftig notwendige Entscheidungen zu setzen. Anders formuliert: Wir wollen die Politik gleich zu Beginn der neuen Legislatur an ihre Hausaufgaben in der Pflege erinnern.

Die AOK lädt professionell Pflegende und pflegende Angehörige beim Kongress zu einem gemeinsamen Abend ein. Mit welchem Ziel?

Pflegeprofis wie Angehörige sind die tragenden Säulen in der Versorgung der heute rund 2,5 Millionen Pflegebedürftigen in Deutschland. Beide sind aufeinander angewiesen – unabhängig davon, ob ein pflegebedürftiger Mensch zu Hause von Angehörigen mit Unterstützung eines Pflegedienstes oder im Pflegeheim oder im Krankenhaus versorgt wird. Deshalb wollen wir gemeinsam ausloten, wo es Fragen oder Probleme in der Praxis gibt, bei denen die Gesundheitskasse mit ihrem Know-how und ihren Angeboten helfen kann. Denn mit Blick auf Beratung und Unterstützung des größten Pflegedienstes der Nation – der Familie – kann die AOK mit Fug und Recht von sich behaupten, dass sie über langjährige Erfahrungen verfügt.

Vorgestellt werden auch Best-Practice-Modelle zur psychischen Entlastung von Pflegenden. Worum geht es?

Je weniger angespannt und überlastet pflegende Angehörige sind, desto eher entsteht eine vertrauensvolle Beziehung zu den Pflegeprofis. Die AOK Bayern stellt hierzu einen ganzheitlichen Unterstützungsansatz vor: Qualitätszirkel mit Pflegeberatern, regionale Fallbesprechungen, Supervision, Checklisten und Schulungen garantieren, dass die Pflegeberater angemessen reagieren können, wenn überlastete Angehörige um Hilfe bitten.

Die AOK Rheinland/Hamburg stellt ein Projekt aus dem Bereich der Demenzversorgung vor. Was ist hier das Ziel?

Rund um die Uhr können pflegende Angehörige bei der Pflegeleitstelle Demenz in Aachen anrufen und sich von einem multiprofessionellen Team beraten lassen. Zudem stellen wir beim Pflorgetag die bundesweite Kooperation mit der Initiative „Ilse's weite Welt“ vor – ein spezielles Beschäftigungskonzept für demenziell Erkrankte und ihre Angehörigen.

Ein anderer Programmteil widmet sich der Frage nach dem Entlastungspotenzial technischer Assistenzsysteme in der Pflege. Was meinen Sie?

Kein Roboter und keine Maschine kann menschliche Betreuung ersetzen. Darum geht es auch nicht. Technische Assistenzsysteme können dazu beitragen, ein Leben in den eigenen Wänden auch im hohen Alter zu ermöglichen. Im „vernetzten Heim“, für das sich der AOK-Bundesverband als Gründungsmitglied im Verein Connected Living seit Jahren engagiert, sollen Bewohnern digitale Assistenten zur Seite gestellt werden. Diese helfen, Sicherheit und Wohnkomfort zu steigern, Energie zu sparen und Gesundheit zu fördern.

Sind dem nicht auch Grenzen gesetzt?

Technik, auch die in der Pflege, soll unterstützen. Tut sie das nicht, ist sie überflüssig. Das heißt: Am Anfang steht immer die Frage nach Nutzen und Bedarf. Hinzu gesellt sich die Frage nach der Praktikabilität. Senioren werden Assistenzsysteme nur annehmen, wenn sie diese verstehen und bedienen können. ■

Deutscher Pflorgetag

Vom **23. bis 25. Januar 2014** findet in Berlin der erste Deutsche Pflorgetag statt. Der Kongress versteht sich als Plattform für die Weiterentwicklung der Pflege und den dringend notwendigen interdisziplinären Dialog. Der fachliche Austausch zwischen Entscheidern in Politik, Bildung und Wirtschaft, Managern in der Pflegebranche, beruflich Pflegenden aller Versorgungsbereiche und pflegenden Angehörigen soll Impulse für Gesellschaft und Politik geben. Veranstalter ist der Deutsche Pflegerat. Kooperationspartner sind der AOK-Bundesverband, der Fachverlag Springer Medizin, der GKV-Spitzenverband und der Deutsche Städte- und Gemeindebund.

Infos: www.deutscher-pflegetag.de

Der Worte sind genug gewechselt

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff stößt bei den im Bundestag vertretenen Parteien im Grundsatz auf breite Zustimmung. Nachdem mit dem Bericht des Expertenbeirats nun auch konkrete Vorschläge zur Umsetzung vorliegen, mehren sich die Stimmen, die auf zügige Reformen drängen.

CDU CSU

Fraktion im Deutschen Bundestag

Den Hilfe- und Betreuungsbedarf von Menschen mit Demenz, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen können die aktuellen Voraussetzungen für Pflegebedürftigkeit nicht ausreichend erfassen. Wir werden dies in der laufenden Legislaturperiode mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ändern. Dabei ist es wichtig, dass keine neuen Ungerechtigkeiten zulasten der Pflegebedürftigen und Versicherten entstehen. Im Vorgriff auf die Umsetzung werden wir die Leistungen der Pflegeversicherung insbesondere für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige weiter verbessern.



SPD

Die SPD hat im Koalitionsvertrag die Umsetzung und Finanzierung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in dieser Legislaturperiode erreicht. Die Verbesserung der Leistungen für *alle* Pflegebedürftigen durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff werden ein Kernstück der Reform. Außerdem haben wir die Grundlage für spürbar verbesserte Arbeitsbedingungen in der Pflege und mehr Unterstützung für Angehörige geschaffen. Insgesamt wird der solidarische Beitragssatz zur Pflegeversicherung dafür um 0,5 Prozent angehoben. Mit der zügigen Umsetzung der Pflegereform soll die neue Bundesregierung umgehend beginnen.



DIE LINKE.

Der Vorschlag des Beirates zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist geeignet, einen Paradigmenwechsel in der Pflege vorzunehmen und die volle gesellschaftliche Teilhabe und Selbstbestimmung zu gewährleisten. Er orientiert sich am individuellen Bedarf der betroffenen Menschen. DIE LINKE fordert, diesen Vorschlag zügig gesetzlich zu verankern und umzusetzen. Gleichzeitig ist ein neues, praxistaugliches Begutachtungsverfahren einzuführen. Rehabilitations-, Präventions- und Hilfsmittelbedarfe müssen von der neuen Bedarfsermittlung ableitbar sein. Außerdem muss die Teilkostendeckung überwunden werden.



**BÜNDNIS 90
DIE GRÜNEN**
BUNDESTAGSFRAKTION

Union und SPD kündigen eine zügige Einführung des neuen Pflegebegriffs an. Das darf keine leere Versprechung werden wie unter Schwarz-Gelb. Übergangsweise werden wohl erst einmal bestehende Leistungen ausgebaut. Das klingt zwar gut, sollte aber nicht als Alibi dienen, die eigentliche Reform zu vertagen. Problematisch an diesem Schritt ist, dass die einstweiligen Leistungsverbesserungen die Umsetzung der eigentlichen Reform wiederum erschweren. Es entstehen weitere Ansprüche, die zukünftig berücksichtigt werden müssen. Wichtig wird sein, die Reform des Pflegebegriffs mit der der Eingliederungshilfe zu harmonisieren.

