

Pflegereform 2012



Inhalt

Einleitung	1
Mehr für Demenzkranke	2
Pflegende Angehörige	2
Pflegekräfte können minutenweise gebucht werden	3
Betreuung	4
Und sonst noch ...	5
Qualitätsprüfungen und Pflegenoten	5
Mehr Beratung	6
Weitere Details	6
Strafzahlung 70 €	6
5€ - Der Pflege-Bahr	7
Kritik am Pflege-Bahr	8
Beitragserhöhung für alle	8
Was fehlt ...	9
Schluss	10
Anhänge	11
PEA	11
Im Wortlaut	12
§ 45b SGB XI	12
§ 87b SGB XI	13
§ 87b SGB XI	13
Glossar	14
Quellen	16
Impressum	18

Einleitung

Das Pflegeneuausrichtungsgesetz (PNG) trat im Oktober 2012 in Kraft. Wichtige Teile des Gesetzes werden zum 1. Januar 2013 wirksam. Die gute Nachricht zuerst: Für viele Menschen mit Demenz gibt es Monat für Monat mehr Geld. Ganz neu ist, dass es Pflegegeld und andere Leistungen auch bei Pflegestufe 0 gibt, wenn die erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz bescheinigt wurde.

Das Reformgesetz ist aber erheblich umfangreicher. Die wichtigsten Neuerungen haben wir, auch wenn noch unklar ist, wie sie umgesetzt werden, für Sie auf diesen Seiten zusammengetragen und kommentiert.

Die Bedeutung von Worten mit * werden im Glossar erläutert.

Wir werden diese Broschüre, wie auch schon den Text zur Pflegereform 2008, laufend aktualisieren müssen. Wir erwarten, dass die Erkenntnisse und Erfahrungen der nächsten Monate manches in anderem Licht erscheinen lassen werden. Details dazu finden sie im Impressum.

Georg Paafen

Sollten Sie spezielle Fragen zur Pflegereform haben, die auf diesen wenigen Seiten nicht beantwortet werden können, bietet Ihnen das Bundesministerium für Gesundheit telefonische Beratung an:
030 / 340 60 66 - 02.

Wenn Sie die nötige Software auf Ihrem Mobiltelefon installiert haben, können Sie mit diesem QR-Code unsere Internetseite www.pflegestufe.mobi öffnen.



Mehr für Demenzkranke

Sicher ist, dass die Meisten, denen vom MDK* erheblich oder in erhöhtem Maße eingeschränkte Alltagskompetenz (PEA*) bescheinigt wurde, ab dem 1. Januar 2013 mehr Geld bekommen.

	bisher	ab 1.1. 2013
Pflegegeld		
Pflegestufe 0 mit PEA	0 €	neu: 120 €
Pflegestufe I mit PEA	235 €	zusätzlich 70 €
Pflegestufe II mit PEA	440 €	zusätzlich 85 €
Pflegestufe III mit PEA	700 €	nichts zusätzlich
Sachleistungen in der ambulanten Pflege		
Pflegestufe 0 mit PEA	0 €	neu: 225 €
Pflegestufe I mit PEA	450 €	zusätzlich 215 €
Pflegestufe II mit PEA	1100 €	zusätzlich 150 €
Pflegestufe III mit PEA	1550 €	nichts zusätzlich

Einige Leistungen der Pflegeversicherung gibt es nur unter der Voraussetzung, dass mindestens die Pflegestufe I zuerkannt wurde. Mit dieser Reform ist der Kreis der Anspruchsberechtigten erweitert worden. Ist die eingeschränkte Alltagskompetenz bescheinigt worden, haben jetzt auch Menschen mit Pflegestufe 0 zum Beispiel Anspruch auf Verhinderungspflege, den monatlichen Betrag für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel* oder Unterstützung bei der Wohnraumanpassung* ¹. (Zusätzlich wurden für alle Versicherten ein paar bürokratische Hürden bei der Bezuschussung von Umbaumaßnahmen abgebaut.)

Professor Heinz Rothgang (Universität Bremen) kritisiert die neuen Regelungen: „Hier werden unsystematisch Zusatzleistungen für Demente auf das vorhandene System aufgesattelt“. Es sei mittlerweile unklar, wie gut oder schlecht Demente wirklich versorgt würden ¹.

Pflegende Angehörige

24/7 - 24 Stunden am Tag und 7 Tage die Woche. Das beschreibt die Situation für Angehörige, die Demenzkranke pflegen. Vor allem, wenn die Hilfen bei der Grundpflege nicht so umfangreich sind, dass es für die Pflegestufe I reicht, gab es hier bisher kaum Unterstützung von der Pflegeversicherung. Jetzt gilt auch bei Pflegestufe 0 mit PEA ein Anspruch auf Verhinderungspflege* nach § 39 SGB XI ². Schon vor dieser Reform gab es die Möglich-

keit das Budget für die Verhinderungspflege nicht tageweise, sondern stundenweise, über das ganze Jahr verteilt, zu nutzen. Das hat viele pflegende Angehörige entlastet. Mit dieser Reform wurde beschlossen, dass während einer tageweise in Anspruch genommenen Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege das Pflegegeld nicht mehr gestrichen, sondern zur Hälfte weiter gezahlt wird.

Pflegende Angehörige sollen künftig leichter Kuren in Anspruch nehmen können. Gesundheitsminister Daniel Bahr brachte hier das Müttergenesungswerk (MGW) ³ ins Gespräch. Im Mai 2013 ist auf der Internetseite des MGW ein Hinweis auf die „langjährigen Erfahrungen in der Behandlung von Müttern, die Angehörige pflegen“ zu finden. Ob es auch Angebote gibt, die pflegebedürftige Erwachsene einschließen, war nicht zu sehen ⁴. Die Finan-

1) Ärzteblatt 2012

2) DBfK, Oktober 2012

3) Ende Dezember 2012 ist auf www.muettergenesungswerk.de zum Stichwort „Pflegende Angehörige“ nichts zu finden.

4) url: <http://www.muettergenesungswerk.de/DesktopDefault.aspx?content=article&ID=1006&mid=1841> (Link geprüft am 26.5.2013)

zierungsmöglichkeiten für die Tagespflege* sind etwas verbessert. Eine bürokratische Finesse, die einigen pflegenden Angehörigen nutzen wird: wie viel die Pflegekasse für Pflegende Angehörige (auf Antrag) in die Rentenkasse einzahlt, hängt davon ab, wie viele Stunden pro Woche mit pflegerischen Hilfen verbracht wird. Bisher wurden alle Pflegebedürftigen isoliert betrachtet. In dem gar nicht so seltenen Fall, dass zum Beispiel eine Tochter beide pflegebedürftigen Eltern unterstützt, werden die Zeiten künftig addiert, was zu einer etwas besseren Rente führen kann.

Pflegekräfte können minutenweise gebucht werden

Verträge über Leistungskomplexe verpflichten die Pflegedienste eine Verrichtung von Anfang bis Ende durchzuführen. Auch wenn die Pflegebedürftigen heute besonders verwirrt sind oder die Angehörigen noch ein paar Fragen haben. Dazu werden Durchschnittspreise kalkuliert: bei den einen Pflegebedürftigen dauert's eher länger (zum Beispiel, weil der Durchfall herrscht), bei den anderen ist eine Angehörige sehr hilfreich, alles wird vor- und nachbereitet, da geht's flotter ... und am Ende gleicht sich das aus.

Die ambulanten Pflegedienste werden mit der Pflegereform 2012 **verpflichtet**, neben Verträgen über Komplexleistungen, wie „Ganzkörperwäsche“ oder „Zubereitung einer Mahlzeit“ Vereinbarungen über Zeitleistungen anzubieten. Es würde also vereinbart, dass die Pflegekraft zum Beispiel genau 25 Minuten damit zu verbringen hätte, Körperpflege zu betreiben. Betriebswirtschaftliche Konsequenz ist, dass die Pflegenden, wenn die Stoppuhr klingelt, „den Waschlappen weg schmeißen“ müssen. Dann wird noch, entsprechend der Vorschriften des MDS*, dokumentiert und ab geht's zum nächsten Patienten.

Wenn hilfreiche Angehörigen auf die Uhr sehen, und dann lieber nicht mehr die Komplexleistung, sondern „nach Zeit“ bezahlen, gibt es für die schwierigeren PatientInnen keinen Ausgleich mehr⁵. Die Preise für die Komplexleistungen müssen folglich steigen. Vorausschauende Pflegedienstleitungen werden also gleichzeitig verhandeln: mit den Preisen für „Zeitleistungen“ auch gleich Preiserhöhungen bei den „Komplexleistungen“.

Viele Pflegekräfte sehen dieser Entwicklung mit Schaudern entgegen: Sie werden gezwungen sein, ihre pflegerischen Hilfen sehr pünktlich zu beenden. Hoffentlich wird nur selten „der Waschlappen fallen gelassen“. Wahrscheinlich werden die Anbieter von Software für die Ambulante Pflege eine Wecker-Funktion einbauen, die drei Minuten vor Ablauf der vereinbarten Zeit anspringt. Das gäbe Zeit um begonnene Verrichtungen noch schnell zu Ende zu bringen. Der gesunde Menschenverstand lässt erwarten, dass aus solchen Situationen Konflikte zwischen Pflegebedürftigen und Pflegediensten entstehen werden ... und, um dem aus dem Wege zu gehen, werden wahrscheinlich nur Wenige auf Dauer Zeitleistungen in Anspruch nehmen.

Das Gesetz verpflichtet die Pflegedienste ab 2013, der gesamten Kundschaft sowohl Komplex- als auch Zeitleistungen anzubieten und sie darüber zu beraten. Diese Verpflichtung wurde ins Gesetz geschrieben, ohne zu berücksichtigen, dass Verträge zwischen den Landesverbänden der Pflege-

5) Und für die Ausgefuchsten unter uns: Wird eine Zeit vereinbart, dann liegt es nahe zu erwarten, dass die Pflegekraft die gesamten 13 oder 30 Minuten unmittelbar mit den Pflegebedürftigen verbringt. Klingeln, warten bis die Tür geöffnet wird, Jacke aus oder Leistungsnachweis abhaken, Besonderheiten aufschreiben, Pflegeplanung aktualisieren, Beratung zur Sturzprophylaxe ... das alles muss auch gemacht werden, gehört aber eher weniger in die Zeit zur Körperpflege. Derlei muss auch finanziert werden - und es ist im Dezember 2012 noch völlig offen, wie das in die Rahmenvereinbarungen zwischen Leistungserbringern und Kassen passen kann.

kassen und Verbänden der Pflegedienste Voraussetzung für derlei sind. Ende 2012 ist davon wenig zu sehen. Im nächsten Schritt müssen die einzelnen Pflegedienste Stundensätze mit den Kostenträgern aushandeln. Im April 2013 ist zu lesen, dass die Pflegekassen in Niedersachsen 25 € pro Stunde anbieten. Dazu Hanno Kummer (vdek): „Die Anbieter wollen die Stunde möglichst teuer machen, damit es für die Versicherten unattraktiv wird, Zeiteinheiten zu kaufen.“⁶ Die Pflegeanbieter müssen mit den Einnahmen von den Kassen nicht nur die Zeit finanzieren, die die MitarbeiterInnen bei den Pflegebedürftigen sind, sondern auch Fahrt- oder Fortbildungszeiten, Verwaltungskosten und die Aufwendungen für Autos, Computer oder Büromieten. Sie versichern, dass 25 € viel zu wenig wäre, um die Kosten zu decken. Doch erst wenn die Pflegedienste Verträge mit den Kassen abgeschlossen haben, können den Pflegebedürftigen konkrete Angebote gemacht werden.

Wenn es irgendwann, vielleicht erst im Herbst 2013, soweit ist, müssen vom Pflegedienst zum Vertragsschluss und „zeitnah nach jeder wesentlichen Veränderung“ die Pflegebedürftigen mit einem verbindlichen Kostenvoranschlag informiert werden, „wie sich die Wahl des Vergütungsmodells jeweils im Ergebnis konkret und gegebenenfalls unterschiedlich auswirkt.“

Völlig klar ist, dass die Pflegedienste mit der Verpflichtung alle zu beraten, sehr viele Gespräche werden führen müssen, die zu nichts führen. Dass die Pflegereform auch Entbürokratisierung als Ziel hat, ist hier nicht zu spüren.

Betreuung

Mit dem Pflegeeneuausrichtungsgesetz wird eine neue Leistungsart eingeführt. Neben Pflegegeld und Sachleistungen wurden die häuslichen Betreuungsleistungen kreiert.

Schon heute müssen Pflegekräfte immer wieder darüber aufklären, dass Betreuung nicht gleich Betreuung ist.

- Wenn sich zwei Nachbarinnen im Treppenhaus treffen, könnte die eine zur anderen sagen: „Ich muss gleich noch hoch zu Erna. Die braucht ein bisschen mehr Betreuung, wo sie sich eine Erkältung eingefangen hat.“
- Vor dem Familiengericht wird verhandelt, ob eine Betreuung eingerichtet wird. Früher hieß das Vormundschaft - und schon wissen Sie, was gemeint ist. Um der politischen Korrektheit willen, wurde die sprachliche Klarheit geopfert.
- In der Pflegeversicherung gibt es die „zusätzlichen Betreuungsleistungen“ nach § 45b SGB XI* für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz und/oder zur Entlastung ihrer pflegenden Angehörigen.
- Ab 1.1.2013 wird es möglich nach § 124 SGB XI* Leistungen der „häusliche Betreuung“ mit Pflegediensten zu vereinbaren. Dabei könnte es beispielsweise um Hilfen bei der „Aufrechterhaltung einer Tagesstruktur“, Freizeitbeschäftigung, Unterstützung bei der „Einhaltung eines Tag-/Nacht-Rhythmus“, Spaziergänge, Verwandtenbesuche oder die Begleitung zum Friedhof gehen. Es wird auch möglich die Ansprüche mehrerer Pflegebedürftiger miteinander zu verknüpfen, wenn in der Häuslichkeit „betreut“ wird⁷.

Zu den Leistungen der häuslichen Betreuung fehlen allerdings im Juni 2013 in den meisten Bundesländern noch Ausführungsbestimmungen und Verträge zwischen Pflegekassen und Pflegediensten. Deshalb ist es bisher unklar, wie solche Angebote im Detail aussehen können - und die Pflege-

6) Beneker, 22.4.2013

7) Wortlaut im Anhang

dienste haben ohne Rahmenvereinbarungen mit den Pflegekassen gar keine Möglichkeit solche Leistungen anzubieten. „Der DBfK hatte kritisiert, dass Betreuung von pflegerischer Versorgung separiert wird. Da insbesondere Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz Anleitung und Unterstützung bei Pflegehandlungen benötigen, sind Pflegekenntnisse zur fachgerechten Durchführung erforderlich. Des Weiteren ist es essentiell, Gesundheitsrisiken zu erkennen und zu vermeiden“⁸. Aus juristischer Sicht wird kritisiert, dass die Formulierungen der Reform zwischen Grundpflegerischen Leistungen und Betreuung trennen. Damit werden viele neue bürokratische Hürden geschaffen, die den Pflegealltag und die Abrechnung verkomplizieren⁹. In den Verhandlungen um die Vergütung dieser Leistungen in Bremen und Niedersachsen wurde deutlich, dass die Kassen „häusliche Betreuung“ nur als niedrig qualifizierte Tätigkeit honorieren wollen. Dabei sind Preise im Gespräch¹⁰, die deutlich unter dem liegen, was Handwerker verlangen¹¹.

Völlig klar ist, dass hier Sprachverwirrung babylonischen Ausmaßes beschlossen wurde.

Der DBfK rät ambulanten Pflegediensten im Oktober 2012 dringend davon ab, „individuell kalkulierte Angebote zu machen oder individualvertragliche Regelungen mit den Pflegekassen zu schließen, bevor es von Seiten der Verbände Empfehlungen dazu gibt.“

Und sonst noch ...

Qualitätsprüfungen und Pflegenoten

Für ambulante Pflegedienste sind Qualitätsprüfungen künftig am Vortag, was auch ein Sonn- oder Feiertag sein könnte, anzukündigen. Außerdem misst die Reform der „Inaugenscheinnahme der Pflegebedürftigen“ und den Befragungen von Pflegekräften und Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen mehr Bedeutung zu. Die sei „angemessen zu berücksichtigen“. Wie diese Vorgabe konkret umzusetzen ist, steht in den Sternen. Der DBfK vermutet, die Prüfenden sollten, wenn sich aus der Pflegedokumentation Frage ergeben, verpflichtet werden, „weitere Informationsquellen wie den Pflegebedürftigen und die Mitarbeiter einzubeziehen“¹².

Zur Zeit werden die „Pflegetransparenzvereinbarungen“, die die Grundlage für die Bildung der Pflegenoten¹³ sind, äußerst zäh zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern verhandelt; das zieht sich über Jahre hin. Wann es verbindliche Richtlinien geben wird, die die reformierten gesetzlichen Vorgaben in Prüfrichtlinien umsetzen, steht in den Sternen. Es ist also, zu erwarten, dass Gerichte, Juristen, darüber entscheiden werden, wie die Qualität in der Pflege zu prüfen und zu bewerten sei.

8) DBfK, 2.7.2012

9) Dazu hat Andreas Heiber einen mehrseitigen Artikel veröffentlicht (9/2012).

10) Die BKK Mitte veröffentlicht Preise für Betreuungsleistungen die seit 2011 gelten. Es werden Stundenvergütungen zwischen 17€ und 30,68€ angegeben.

11) Der Malermeister Martin Schorn gibt im Juni 2013 die Kosten für eine Stunde Gesellenarbeit mit 41,56 € an.

12) DBfK, Oktober 2012

13) Die Pflegenoten sind ein ganz eigenes Thema. Mehr dazu finden Sie auf unseren Internetseiten www.pflegenoten.info

Mehr Beratung

Die Pflegekassen müssen Antragstellenden künftig einen Beratungstermin innerhalb von zwei Wochen anbieten oder einen 'Beratungsgutschein' ausgeben, der bei einer unabhängigen Beratungseinrichtung eingelöst werden kann. Die Pflegestützpunkte gelten wohl als unabhängig, sind aber oft nicht gut erreichbar. Insbesondere kann es schwierig sein, einen Termin für eine Beratung zu Hause zu bekommen. Bundesweit bietet www.unabhaengige-patientenberatung.de telefonische Beratung an. Unklar ist, ob dort solche Beratungsgutscheine eingelöst werden können. Es gilt als ausgemacht, dass Einrichtungen, die auch Pflegedienstleistungen anbieten, nicht gleichzeitig diese Art der Pflegeberatung abrechnen können. Auch zu den Details der Beratungsgutscheine ist Ende 2012 nichts zu erfahren.

Darüber hinaus werden die Pflegekassen verpflichtet, die Versicherten von sich aus darüber zu informieren, dass sie Anspruch auf eine Kopie des MDK-Gutachtens* haben und die MDK GutachterInnen sollen immer fragen, ob die Versicherten eine Kopie des Gutachtens möchten.

Weitere Details

- An Ehrenamtliche, die in stationären Einrichtungen arbeiten, werden gelegentlich Aufwandsentschädigungen gezahlt. Diese Erstattungen können künftig bei den Vergütungsvereinbarung mit den Kostenträgern berücksichtigt werden.⁶
- Die zusätzlichen Betreuungskräfte in Altenheimen (§ 87b SGBXI) können künftig nur dann der Pflegekasse in Rechnung gestellt werden, wenn die sozialversicherungspflichtig beschäftigt sind. Der Personalschlüssel für diese Betreuungskräfte wird von 1:25 auf 1:24 verbessert¹⁴.
- Es wird den Landesverbänden der Pflegekassen auferlegt, vor einer Regelprüfung eines Altenheims bei der zuständigen Heimaufsicht nachzufragen, „ob gesetzliche oder vertragliche Anforderungen im SGB XI- Bereich in heimrechtliche Prüfungen einbezogen wurden“¹, und die eigenen Prüfungen gegebenenfalls entsprechend zu kürzen. Es sollen damit doppelte Prüfvorgänge in den Heimen vermieden werden. Wie gut das klappt, wird aber wesentlich davon abhängen, wie gründlich die oft unterbesetzten Heimaufsichten solche Anfragen beantworten. Skepsis ist angebracht. Noch eine Maßnahme zur Überschrift „Entbürokratisierung“, die möglicherweise nach hinten los geht.
- Zuschüsse zu Umbaumaßnahmen in der Wohnung werden etwas vereinfacht. Es werden weiterhin 2.557 € pro Maßnahme und Person, aber jetzt einkommensunabhängig, gewährt. Klargestellt wurde, dass dies auch gilt, wenn mehrere Pflegebedürftige in einer Wohnung leben¹⁵.
- Es wurden einige Regelungen ins Gesetz geschrieben, die es erleichtern sollen Demenz-Wohngemeinschaften und ähnliche Angebote zu schaffen und zu nutzen.

Strafzahlung 70 €

Die Pflegereform 2012 verpflichtet die Kassen auf schnellere Bearbeitung: Bei „normalen Anträgen“ muss die Pflegekasse innerhalb von fünf Wochen nach Antragstellung einen Bescheid über die Pflegestufe zustellen. Die Begutachtung muss innerhalb von zwei Wochen stattfinden, wenn Pflegezeit beantragt wurde oder wenn es sich um eine Palliativversorgung handelt.

14) DBfK, Oktober 2012

15) Paritätischer, Oktober 2012, Seiten 11+12

Nachrichten aus der Pflege

AUTO und VERKEHR - Das ist eine Rubrik, die in jeder Zeitung und wohl auch in jedem Sender vertreten ist. Wir können uns darauf verlassen, dass sich die Redaktionen Mühe geben alles wichtige zu berichten. Kennen Sie eine Publikation mit der Rubrik PFLEGE? So kommt's, dass die Bevölkerung über die Modellpolitik des VW Konzerns und die Verspätungen bei der Bahn besser informiert ist, als über Leistungen der Pflegeversicherung, Qualitätssicherung in Altenheimen oder Patientenrechte im Krankenhaus. Diese Nachrichtenübersicht soll ein wenig Licht ins Dunkel bringen. Sie können die Nachrichten aus der Pflege bequem etwa zwölf mal im Jahr per eMail ins Haus bekommen.

<http://www.pflegestufe.info/rss/rss.html>



Der Versicherte ist unverzüglich über die Empfehlung des Gutachters zu unterrichten.

Bei Fristversäumnis zahlt die Pflegekasse pro angefangener Woche 70 € an die Versicherten. Es ist zu erwarten, dass es öffentliche Listen geben wird, welche Pflegekasse besonders häufig diese Strafen zahlen musste.

5€ - Der Pflege-Bahr

Im November 2012 berichtet die Wirtschaftswoche¹⁶ über die Erwartungen von Daniel Bahr zur staatlich geförderten Zusatzvorsorge. Er rechnet damit, dass schon in 2013 etwa 1,5 Millionen Menschen eine solche Police abschließen. In einem Verordnungsentwurf des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) werden

einige Bedingungen genannt, die solche Verträge erfüllen müssen, damit die Versicherten die 5 € Zuschuss pro Monat erhalten können. Der Monatsbeitrag soll mindestens 10 € betragen¹⁷. Bahr will die Versicherungswirtschaft verpflichten, nicht mehr die zweifache erste Prämie als Abschlusskosten zu berechnen und die „Verwaltungskosten“ sollen bei maximal 10% der Bruttoprämie gedeckelt werden. Es soll vorgeschrieben werden, dass die Versicherten in Pflegestufe III mindestens 600 € monatlich auszahlen müssten. Außerdem darf niemanden wegen Krankheiten oder Lebensalter eine Police verweigert werden. Weiter schreibt die Wirtschaftswoche: „Das Gesundheitsministerium erwartet, dass die 1,88 Millionen bereits bestehenden Pflegepolicen nicht förderfähig sind.“ Im Interview streicht Bahr heraus: „Mit zehn bis 15 Euro Eigenbeitrag im Monat lässt sich bei längerer Vertragslaufzeit die Lücke zwischen den Leistungen der Pflegeversicherung und den tatsächlichen Kosten etwa für einen Heimplatz durchaus verringern“¹⁸. Das ist nicht das Versprechen einer Vollfinanzierung. Da die gesetzliche Pflegeversicherung die Pflegekosten nur zum Teil abdeckt, wird um eine weitere Teilabdeckung ergänzt.

Heinz Rothgang hält die private Pflege-Zusatzversicherungen prinzipiell für problematisch: „Die lassen sich nicht solide kalkulieren“¹⁹. Barbara Dribbusch weist in der TAZ darauf hin, dass bei der Versorgung in einem Pflegeheim schon bei Pflegestufe II der Eigenanteil leicht 1.500 € pro Monat übersteigen könne. Hier stellen die Versicherungsleistungen nur eine „kleine Entlastung“ dar. Wer im Fall des Falles auf Grundsicherung angewiesen ist, bekommt die Versicherungsleistungen voll angerechnet, so dass kein Cent zusätzlich zu Verfügung steht²⁰. Menschen, denen weder Pflegestufe noch eingeschränkte Alltagskompetenz von den Pflegekassen bescheinigt wird, werden auch von diesen Zusatzversicherungen kein Geld bekommen.

Im Dezember 2012 tritt Walter Botermann, Vorstandschef der Halleschen Krankenversicherung, mit Zahlen an die Öffentlichkeit: Die gesetzliche Minimalleistung, also 600 €/Monat in Pflegestufe III und 60 €/Monat in Pflegestufe 0 mit anerkannt eingeschränkter Alltagskompetenz (Demenz), müsse ein 30-Jähriger 7 €, ein 45-Jähriger 12,80 € und ein 60-Jähriger 25,20 €

16) Dütt, 10.11.2012

17) Doch selbst hier sind sich die Journalisten nicht einig. Der Bayerische Rundfunk (21.1.2013) geht davon aus, dass die 5€ Zuschuss nur bekommt, wer zusätzlich selbst monatlich mindestens 10 € zahlt.

18) Westdeutsche Zeitung, 27.12.2012

19) Ärzteblatt 2012

20) Dribbusch 2012

monatlich an die Versicherung überweisen. Er schränkte allerdings ein, dass diese Preise, wenn denn „demnächst“ Produkte angeboten würden, noch verändert werden könnten ²¹. Die TAZ berichtet von Angeboten der Barmenia Versicherung. Eine Frau, die mit 56 eine geförderte Police abschließe, müsse neben den 5 € Förderung gut 27 € monatlich bezahlen. Anfang Januar schreibt die FAZ, dass nur ein Drittel der großen Versicherungsunternehmen Interesse an diesen Policen gezeigt hätte. Es soll ein brancheneinheitlicher Mustervertrag vom Verband der privaten Krankenversicherung „festgelegt“ werden. Wenn es so weit ist, sollten Vergleiche verschiedener Angebote erleichtert werden.

Kritik am Pflege-Bahr

Die Versicherungsbeiträge sind "ein Leben lang" zu zahlen. Wird die Prämienzahlung eingestellt, erlöschen die Ansprüche auf Leistungen.

Wer den Lebensabend nicht in Deutschland verbringen möchte, sollte keinen Pflege-Bahr Vertrag abschließen, denn es ist wahrscheinlich, dass es keine Leistungen gibt, wenn der Wohnsitz in außerhalb der EU gewählt wird. ²²

Die 5 Euro Zulage kann nur gewährt werden, wenn niemand aufgrund gesundheitlicher Probleme abgelehnt wird und wenn keine Leistungsausschlüsse oder Risikozuschläge vereinbart werden. So droht "negative Risikoselektion": Menschen mit hohem Risiko pflegebedürftig zu werden, schließen Verträge ab während Menschen, die kaum vorbelastet sind, andere Angebote nutzen. So könne der „Tarif nicht besonders billig“ sein ²³. Leistungen aus diesen Verträgen werden heute davon abhängig gemacht, welche der drei Pflegestufen anerkannt wird. Es ist unsicher, wie die Ansprüche ins kommende System der fünf Bedarfsgrade überführt werden.

Elke Weidenbach von der Verbraucherzentrale NRW empfiehlt grundsätzlich: zunächst Berufsunfähigkeit absichern, dann für eine zusätzliche Rente sorgen. „Wenn dann noch Geld übrig sei, sollten sie Pflegerisiken abdecken“ ²⁴. Stiftung Warentest hat zwei Angebote geprüft und eher positiv bewertet ²⁵. Der Paritätische kommentiert den Pflege-Bahr: „Die Privatisierung des Pflegerisikos bürde Menschen mit geringem Einkommen unzumutbare Lasten auf, verschärfe die gesundheitliche Chancenungleichheit in Deutschland und werde die chronische Unterfinanzierung der Pflegeversicherung nicht beheben.“ ²⁶

Beitragserhöhung für alle

Der Beitrag zur gesetzlichen Pflegeversicherung steigt am 1. Januar 2013 von 1,95 auf 2,05 Prozent, für Kinderlose werden es 2,3 Prozent.

21) Arenz, 2012

22) Krohn, 24.5.2013

23) Dribbusch, 2012

24) Arenz, 2012

25) Stiftung Warentest, 28.12.2012

26) Der Paritätische, 5.6.2012

Was fehlt ...

Eine Reform der Pflege wird von Bundestagsabgeordneten beschlossen. Sie entscheiden nach politischen Überlegungen. Die Nöte und Bedürfnisse der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen spielen dabei eine Rolle, aber es gibt eben auch viele andere Faktoren, die solche Entscheidungen beeinflussen. „Als Tiger gesprungen - und als Bettvorleger gelandet“ ist eine häufige Kritik am Pflegeneuausrichtungsgesetz der schwarz-gelben Koalition.

Seit 2009 liegen die Grundlagen für einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff (Bedarfsgrade²⁷) auf dem Tisch. Wann wird der eingeführt? Die meisten Parteipolitiker würden auf diese Frage wahrscheinlich antworten: in der nächsten Legislaturperiode. Diese Worte waren 2008 und 2004 auch schon zu hören. Im Mai 2013 wird öffentlich über die Arbeitsergebnisse des Expertenbeirats debattiert, der vorschlagen soll, wie die Bedarfsgrade im Detail umgesetzt werden können. Fünf Monate vor der Bundestagswahl wird gestritten, wie Vorschläge an die Regierung präsentiert werden sollen, deren Umsetzung erst die nächste Regierung in Angriff nehmen wird²⁸.

Ein Mitglied des Expertenbeirats wird in der taz mit den Worten zitiert: „Wir werden eine inhaltsleere Frechheit überreichen, ohne dass ersichtlich wird, was für die Pflegebedürftigen dabei herum kommt.“²⁹

Die Profis in der Altenpflege haben auch gute Gründe den Bedarfsgraden skeptisch gegenüber zu stehen. Schon Ulla Schmidt hat in den Forschungsauftrag zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs geschrieben, dass auch die Konsequenzen einer kostenneutralen Umsetzung zu analysieren seien. So könnte es sein, dass am Ende Geld von Personen ohne anerkannt eingeschränkte Alltagskompetenz (PEA*) verschoben würde zu denen, die diese Anerkennung haben. Das würde die einen verärgern (denen die Leistungen heute ja oft schon nicht reichen) und den anderen wenig nützen, weil das bisschen mehr kaum spürbare Verbesserungen brächte. Allen ginge es aber eine Weile lang schlechter, weil Pflegefachkräfte, statt zu pflegen, viel Zeit in Fortbildungen verbringen müssten, um zu lernen, wie das mit den Bedarfsgraden funktioniert.

Als Bundesgesundheitsminister Rösler das „Jahr der Pflege“ ankündigte, als er die „Pflege Dialoge“ plante, waren viel mehr Probleme im Gespräch, als die Verbesserung der Leistungen für Demenzerkrankte und eine Beitragserhöhung. Einige Stichworte:

- Entbürokratisierung (wobei Pflegeprofis vor allem daran denken, die Dokumentationspflichten am individuellen Pflegebedarf auszurichten).
- Die Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte sollten verbessert werden, auch weil der Krankenstand überdurchschnittlich hoch ist.
- Die Pflegezeit für Angehörige müsste so gestaltet werden, dass sie auch wirklich genutzt wird.
- Der Personalmangel in der Pflege ist seit Jahrzehnten im Gespräch ... Es passiert wenig.
- Deutschland leistet sich drei getrennte Ausbildungsgänge für Pflegefachkräfte (und einen bunten Strauß an Qualifikationen für PflegehelferInnen). Das sollte vereinheitlicht und an europäische Standards angepasst werden ...

27) Mehr dazu auf unseren Internetseiten www.bedarfsgrade.info

28) Quadbeck, 27.5.2013

29) Haarhof, 9.6.2013

Wenn Sie es genauer wissen möchten: Unsere Dokumentation der öffentlichen Debatten im Jahr der Pflege finden Sie unter:
www.pflegepolitik.wordpress.com

Der DBfK schreibt von einer umstrittenen Schmalspur-Pflegereform. „Aus Sicht des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe (DBfK) kapituliert die Bundesregierung damit vor den Herausforderungen in der Pflege“³⁰.

Schluss

Ab dem 1.1.2013 gibt es für die Meisten, bei denen die eingeschränkte Alltagskompetenz (PEA*) bereits festgestellt wurde und die ambulant versorgt werden, mehr Pflegegeld*/Sachleistungen*. Sehr viel ist es nicht. Wenn Sie nicht sicher sind, ob Sie dazu gehören: Im Bescheid zur (Ablehnung der) Pflegestufe müsste das stehen. Bei Fragen, können Sie sich an die Pflegekasse wenden. Auch eine Kopie des MDK Gutachtens kann hilfreich sein: Da steht's immer drin. Sollte die eingeschränkte Alltagskompetenz noch nicht bescheinigt worden sein, lohnt es sich darüber nachzudenken: Es stehen Monat für Monat bis zu 120€ mehr Pflegegeld auf dem Spiel. Wenn schon ein ambulanter Pflegedienst ins Haus kommt: Fragen Sie dort nach. Die sollten gern bereit sein Sie zu unterstützen.

Es ist ihr Geld!

In einer Pressemitteilung des Bundesministeriums wird im Juli 2013 festgestellt: „Die Leistungsverbesserungen kommen bei den Menschen an. 650.000 Menschen, die bisher gar keine oder kaum Leistungen bekommen haben, sind nun besser gestellt.“(BMG 2013)

Für Pflegebedürftige die in Altenheimen leben, bei denen die eingeschränkte Alltagskompetenz noch nicht festgestellt wurde oder die in Pflegestufe III eingestuft wurden, ändert sich erst mal nicht viel.

Irgendwann, vielleicht erst 2014, werden die Verträge über Zeitleistungen in allen Regionen Deutschlands abgeschlossen sein. Dann müssen die ambulanten Pflegedienste ihrer Kundschaft neue Verträge anbieten, was eine zweite, große Runde von Beratungsgesprächen nach sich ziehen wird. Für die Pflegedienste locken Ausweitungen der Leistungen bei bekannten KundInnen, die werden sich so schnell wie möglich bemerkbar machen.

Es gibt wenig Anlass zur Hoffnung, dass der Pflege-Bahr für einigermaßen Gesunde lohnend wird. Wenn Sie aber Grund für die Befürchtung haben, dass sie eher als andere auf pflegerische Hilfen angewiesen sein könnte, ist der Pflege-Bahr vielleicht interessant.

Ulrike Mascher, Präsidentin des Sozialverbands VdK Deutschland³¹, über diese Pflegereform:

**enttäuschend und
völlig unzureichend**

30) DBfK, 21.9.2012

31) VdK, 29.6.2012

Anhänge

PEA

Diese Abkürzung steht für: Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz.

Für die Einstufung in eine Pflegestufe werden nur Hilfen berücksichtigt, die für einige wenige Verrichtungen des Alltags nötig sind. Diese Hilfeleistungen können durch psychische Erkrankung erschwert oder begründet werden. Die Alzheimer Krankheit ist eine Sonderform der Demenz, was regelmäßig eine eingeschränkte Alltagskompetenz zur Folge hat. Es gibt auch andere Erkrankungen, die im Alltag ähnliche Konsequenzen nach sich ziehen. In den Richtlinien zur Einstufung (BRi*) wird deshalb nicht eine bestimmte Diagnose sondern die "erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz" zum Maßstab genommen (§ 45a SGB XI*). Dazu wurden auch wieder Bürokratie-konforme Regelungen entwickelt. Laut SGB XI* umfasst eingeschränkte Alltagskompetenz unterschiedliche Bereiche von Hilfebedarf. Hier ist die Liste dazu:

1. unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglaufftendenz);
 2. Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen;
 3. unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen;
 4. tötlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation;
 5. im situativen Kontext inadäquates Verhalten;
 6. Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen;
 7. Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung;
 8. Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben;
 9. Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus;
-
10. Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren;
 11. Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren;
 12. Ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten;
 13. Zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagtheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression. ³²

"Eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz liegt vor, wenn im Assessment wenigstens bei zwei Items ein 'Ja' angegeben wird, davon mindestens einmal bei einem Item aus einem der Bereiche 1 bis 9. Eine in erhöhtem Maße eingeschränkte Alltagskompetenz liegt vor, wenn die für die erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz maßgeblichen Voraussetzungen erfüllt sind und zusätzlich bei mindestens einem weiteren Item aus einem der Bereiche 1, 2, 3, 4, 5, 9 oder 11 ein 'Ja' angegeben wird." ³³

32) BRi*, Seiten 145-146

33) BRi*, Seite 157

Im Wortlaut

§ 45b SGB XI

Zusätzliche Betreuungsleistungen

(1) Versicherte, die die Voraussetzungen des § 45a erfüllen, können je nach Umfang des erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarfs zusätzliche Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen. Die Kosten hierfür werden ersetzt, höchstens jedoch 100 Euro monatlich (Grundbetrag) oder 200 Euro monatlich (erhöhter Betrag). Die Höhe des jeweiligen Anspruchs nach Satz 2 wird von der Pflegekasse auf Empfehlung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung im Einzelfall festgelegt und dem Versicherten mitgeteilt. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V., der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene und der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen auf Bundesebene Richtlinien über einheitliche Maßstäbe zur Bewertung des Hilfebedarfs auf Grund der Schädigungen und Fähigkeitsstörungen in den in § 45a Abs. 2 Nr. 1 bis 13 aufgeführten Bereichen für die Empfehlung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zur Bemessung der jeweiligen Höhe des Betreuungsbetrages; § 17 Abs. 2 gilt entsprechend. Der Betrag ist zweckgebunden einzusetzen für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen. Er dient der Erstattung von Aufwendungen, die den Versicherten entstehen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen

1. der Tages- oder Nachtpflege,
2. der Kurzzeitpflege,
3. der zugelassenen Pflegedienste, sofern es sich um besondere Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung und nicht um Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung handelt, oder
4. der nach Landesrecht anerkannten niedrigschwelligen Betreuungsangebote, die nach § 45c gefördert oder förderungsfähig sind.

(2) Die Pflegebedürftigen erhalten die zusätzlichen finanziellen Mittel auf Antrag von der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen sowie im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von der Beihilfefestsetzungsstelle gegen Vorlage entsprechender Belege über entstandene Eigenbelastungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der in Absatz 1 genannten Betreuungsleistungen. Die Leistung nach Absatz 1 kann innerhalb des jeweiligen Kalenderjahres in Anspruch genommen werden; wird die Leistung in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden. Ist der Betrag für zusätzliche Betreuungsleistungen nach dem bis zum 30. Juni 2008 geltenden Recht nicht ausgeschöpft worden, kann der nicht verbrauchte kalenderjährliche Betrag in das zweite Halbjahr 2008 und in das Jahr 2009 übertragen werden.

(3) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Anerkennung der niedrigschwelligen Betreuungsangebote zu bestimmen.

§ 87b SGB XI

Vergütungszuschläge für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf

(1) Vollstationäre Pflegeeinrichtungen haben ... für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung der pflegebedürftigen Heimbewohner mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung Anspruch auf Vereinbarung leistungsgerechter Zuschläge zur Pflegevergütung. Die Vereinbarung der Vergütungszuschläge setzt voraus, dass

1. die Heimbewohner über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinaus zusätzlich betreut und aktiviert werden,
2. das Pflegeheim für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung der Heimbewohner über zusätzliches sozialversicherungspflichtig beschäftigtes Betreuungspersonal verfügt ...
3. die Vergütungszuschläge auf der Grundlage vereinbart werden, dass in der Regel für jeden Heimbewohner mit erheblichem allgemeinem Bedarf an Beaufsichtigung und Betreuung der vierundzwanzigste Teil der Personalaufwendungen für eine zusätzliche Vollzeitkraft finanziert wird ..."

§ 87b SGB XI

Übergangsregelung: Häusliche Betreuung

...

(2) Leistungen der häuslichen Betreuung werden neben Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung als pflegerische Betreuungsmaßnahmen erbracht. Sie umfassen Unterstützung und sonstige Hilfen im häuslichen Umfeld des Pflegebedürftigen oder seiner Familie und schließen insbesondere das Folgende mit ein:

1. Unterstützung von Aktivitäten im häuslichen Umfeld, die dem Zweck der Kommunikation und der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte dienen,
2. Unterstützung bei der Gestaltung des häuslichen Alltags, insbesondere Hilfen zur Entwicklung und Aufrechterhaltung einer Tagesstruktur, zur Durchführung bedürfnisgerechter Beschäftigungen und zur Einhaltung eines bedürfnisgerechten Tag-/Nacht-Rhythmus.

Häusliche Betreuung kann von mehreren Pflegebedürftigen oder Versicherten mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz auch als gemeinschaftliche häusliche Betreuung im häuslichen Umfeld einer oder eines Beteiligten oder seiner Familie als Sachleistung in Anspruch genommen werden.

(3) Der Anspruch auf häusliche Betreuung setzt voraus, dass die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung im Einzelfall sichergestellt sind...

Glossar

- **BMG**

Das Bundesministerium für Gesundheit ist auch für die Pflege zuständig.

www.bmg.bund.de/pflege.html

- **BRI**

BRI oder Begutachtungsrichtlinien oder, ganz ausführlich: „Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches“. Alle MDK-Gutachten* müssen den BRI entsprechen. Die jeweils aktuelle Fassung wird auf den Internetseiten des MDS* veröffentlicht.

- **Kombinationsleistung**

Wird der Anspruch auf Sachleistungen* nicht vollständig ausgeschöpft, wird entsprechend dem verbliebenen Rest ein Anteil des Pflegegelds an die Versicherten ausgezahlt.

- **Komplexleistung**

Bis zum 31.12.2012 (und vielerorts auch darüber hinaus) werden die Sachleistungen* ausschließlich als Komplexleistungen erbracht: im Pflegevertrag wird beispielsweise eine „Ganzkörperwäsche“ und die „Zubereitung einer Mahlzeit“ vereinbart. Die Pflegekraft muss dann so lange bleiben, bis diese Leistungen vollständig und entsprechend dem Stand des pflegerischen Wissens erbracht sind. Siehe auch Zeitleistung*

- **MDK**

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) stellt allen gesetzlichen Krankenversicherungen medizinischen und pflegerischen Kompetenz zur Verfügung. Die „Gutachterinnen und Gutachter sind in ihrer medizinischen und pflegerischen Bewertung unabhängig. Sie sind an den aktuellen Stand der Wissenschaft und sozialrechtliche Vorgaben gebunden.“³⁴

- **MDK-Gutachten**

Wenn nicht anderes vermerkt sind die „Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI“ gemeint. Diese werden meist vom MDK, in Ausnahmefällen auch von anderen Einrichtungen oder freien Gut-

achtern im Auftrag der Pflegeversicherer erstellt. Auf Grundlage dieser Gutachten entscheiden die Versicherer über Pflegestufe und PEA*. Die MDK-Gutachten sind entsprechend den BRI* zu erstellen.

- **MDS**

Beim „Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.“ werden die Richtlinien erarbeitet, nach denen die MDK Gutachten zu erstellen sind. Der MDS spielt auch eine wichtige Rolle bei der Qualitätssicherung und bei den offiziellen Pflegestatistiken: www.mds-ev.de.

- **PEA**

Für die deutsche Pflegeversicherung wurden Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz definiert: Menschen die wegen kognitiver Einschränkungen nicht mehr in der Lage sind sich selbst zu versorgen und/oder eine Gefahr für sich oder ihre Umgebung darstellen (siehe BRI, Seiten 148-159). Sie benötigen Beaufsichtigung und Betreuung ... und bekommen deshalb eine Reihe zusätzlicher Leistungen der Pflegekassen.

- **Pflegefachkraft**

Gewerblich tätige Pflegekraft mit staatlich anerkanntem Ausbildungsabschluss (in der Regel 3 jährige Ausbildung).

- **Pflegegeld**

Das Pflegegeld wird von der Pflegekasse direkt an die Versicherten ausgezahlt. Es findet keine Einkommensprüfung statt. Es muss auch nicht nachgewiesen werden, wofür das Pflegegeld verwendet wird. **Aber:** Pflegebedürftige, die Pflegegeld bekommen „haben ... bei Pflegestufe I und II halbjährlich einmal ... bei Pflegestufe III vierteljährlich einmal eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung“ zu organisieren. Beinahe alle ambulanten Pflegedienste bieten solche Beratungsbesuche an.

Wer Sachleistungen* in Anspruch nimmt, aber das Budget dazu nicht vollständig ausnutzt, bekommt Kombinationsleistungen*.

- **Pflegehilfsmittel**

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel können Bett-
schutzeinlagen, Einmalhandschu-
he, Desinfektionsmittel oder
Schutzschürzen sein. Es werden
bis zu 31€ pro Monat erstattet,
um die Kosten für diese Dinge zu
erstaten.

- **Pflegekraft**

Gewerblich tätige Pflegeper-
son. Eine formelle Ausbildung
ist hier nicht vorausgesetzt.

- **Pflegeperson**

Mensch, der pflegerische Hil-
fen erbringt, meist pflegende
Angehörige.

- **Sachleistung**

Wenn ein ambulanter Pflege-
dienst eine Pflegekraft schickt,
erbringt die Pflegekraft Sach-
leistungen. Der Pflegedienst
rechnet die Sachleistungen di-
rekt mit der Pflegekasse ab.
Wird das Budget nicht ausge-
schöpft gibt's Kombinationslei-
stungen*.

- **SGB XI**

Das elfte Buch des Sozialge-
setzbuches (SGB) regelt die
deutsche Pflegeversicherung.

- **Tagespflege**

Eine Einrichtung, in welcher
pflegende Angehörige ihre pfle-
gebedürftigen Familienmitglieder

tagsüber betreuen lassen kön-
nen³⁵.

- **Verhinderungspflege**

Für den Fall, das die Pflege-
person verhindert ist, gibt es
von der Pflegekasse zusätzlich
Geld. Bis zu 1550€ pro Jahr für
28 Tage. Die Verhinderungspflege
kann auch stundenweise in An-
spruch genommen werden.

- **Wohnraumanpassung**

Offensichtlich ist, dass für
einen Rollstuhl eine normale
Wohnung umgebaut werden muss.
Aber auch zusätzliche Griffe am
Bett, ein Duschsitz oder eine
Rampe an einer Bodenschwelle
können bauliche Maßnahmen zur
Wohnraumanpassung sein, die von
der Pflegekasse bezuschusst wer-
den.

Die Pflegereform 2012 hat die
Einkommensprüfung hier abge-
schafft. Jede Maßnahme sollte im
Vorhinein genehmigt werden.

- **Zeitleistung**

Neue Erfindung der Pflegere-
form 2012. Zwischen Pflegebe-
dürftigen und ambulantem Pflege-
dienst wird keine Komplexlei-
stung* vereinbart, sondern eine
Minutenzahl, die die Pflegekräf-
te für die pflegerischen Hilfen
zur Verfügung haben.

35) Quelle: <http://www.pflegewiki.de/wiki/Tagespflege>
(geprüft am 26.5.2013)

Quellen

- Arenz, Ralf: „Mit Bahr gegen die Pflege-Lücke“, Kölnische Rundschau, 17.12.2012,
<http://www.rundschau-online.de/wirtschaft/zusatzversicherung-mit-bahr-gegen-die-pflege-luecke,15184892,21131420.html> (geprüft am 17.12.2012)
- Bayerischer Rundfunk: „Was bringt der Pflege-Bahr?“, auf den Internetseiten zur Sendung Gesundheit!, 21.1.2013, url:
<http://www.br.de/fernsehen/bayerisches-fernsehen/sendungen/gesundheits/themenuebersicht/gesundheitswesen/pflegeversicherung-pflegebahr-pflegezusatzversicherung100.html> (geprüft am 23.1.2013)
- Beneker, Christian: „Gesundheitsministerin fordert bessere Bezahlung für Pfleger“, Artikel im Deutschen Ärzteblatt vom 22.4.2013; url:
http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/pflege/default.aspx?sid=837429&cm_mmc=Newsletter_-_Newsletter-C_-_20130422_-_Pflege (geprüft am 26.5.2013)
- BKK Mitte: „Betreuungsleistungen nach §45b SGB XI im Lande Bremen“,
http://www.bkkmitte.de/fileadmin/PDF/Angebote/Stand_19.10.2011.pdf?PHPSESSID=0c7c5b8a597f81d6ba9f19ff9e9d1775 (geprüft am 10.6.2013)
- Deutsches Ärzteblatt: „Barmer GEK-Pflegereport: Im Durchschnitt zahlt jeder 31.000 Euro selbst“, Artikel vom 27.11.2012,
<http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/52542>, (geprüft am 17.12.2012)
- BMG*: „Broschüre: Das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz“, Stand Juli 2012,
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/einzelansicht.html?tx_rsmpublications_pi1%5Bpublication%5D=886&tx_rsmpublications_pi1%5Baction%5D=show&tx_rsmpublications_pi1%5Bcontroller%5D=Publication&cHash=bf639e33bdbcad2ec96cb7fc5fe9feb, (geprüft am 19.12.2012)
- BMG*: „Leistungsverbesserungen des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes wirken“, Pressemitteilung vom 17.7.2013, download von
http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Pressemitteilungen/2013/2013_03/130717_Daten_zeigen_Leistungsverbesserungen_des_Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes_wirken_.pdf, am 28.7.2013
- DBfK: „Pflegeversicherung - Nach der Reform ist vor der Reform“, Pressemitteilung vom 2.7.2012
- DBfK: „Bundesregierung kapituliert vor den Herausforderungen der Pflege“, Pressemitteilung vom 21.9.2012,
<http://www.dbfk.de/wDefault/pressemitteilungen/wData/news/Bundesregierung-kapituliert-vor-den-Herausforderungen-der-Pflege.php>, (geprüft am 9.1.2013)
- DBfK: interne Rundschreiben zum Umgang mit dem Pflegeneuausrichtungsgesetz, Oktober 2012
- Dribbusch, Barbara: „Wette auf die Gebrechlichkeit“, TAZ, 18.12.2012,
<http://www.taz.de/Erster-Pflege-Bahr-wird-angeboten/!107605/>, (geprüft am 19.12.2012)
- Harrhof, Heike: „Bahrs Pflegepolitik ist gescheitert“, in TAZ, 9.6.2013, <http://www.taz.de/Hilfe-fuer-Demenzranke/!117755/>, (geprüft am 10.6.2013)
- Heiber, Andreas: „Gravierende Auswirkungen“; in der Zeitschrift Häusliche Pflege, Ausgabe 9/2012, download von
http://www.syspra.de/fileadmin/Artikelarchiv/HP/HP_09_2012.pdf (geprüft am 10.6.2013)
- Krohn, Philipp: „Der ‚Pflege-Bahr‘ wird zögerlich aufgenommen“, in FAZ, 7.1.2013,
<http://www.faz.net/aktuell/finanzen/meine-finanzen/krankenversich>

- erer-der-pflege-bahr-wird-zoegerlich-aufgenommen-12016186.html ,
(geprüft am 7.1.2013)
- Krohn, Philipp: „Der Pflege-Bahr erfreut sich reger Nachfrage“, in FAZ.net, 24.5.2013,
<http://www.faz.net/aktuell/finanzen/meine-finanzen/vorsorge-der-pflege-bahr-erfreut-sich-reger-nachfrage-12193913.html> , (geprüft am 26.5.2013)
 - Der Paritätische: „Arbeitshilfen zum Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) für ambulante Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste)“, Oktober 2012,
<http://www.der-paritaetische.de/uploads/media/Arbeitshilfe-PNG-ambulanteEinricht-Endfassung.pdf> , geprüft am 9.1.2013
 - Der Paritätische: „Pflege-Zusatzversicherung: Paritätischer kritisiert Koalitions-Pläne zur Pflegefinanzierung und warnt vor sozialen Verwerfungen“, Pressemeldung vom 5.6.2012,
http://www.der-paritaetische.de/245/?tx_ttnews%5Btt_news%5D=6531&cHash=da38c62964f7d7d5b12a101e8e2d6e5e, (geprüft am 19.12.2012)
 - Quadbeck, Eva: „Neues Konzept für die Pflege gesucht“, Rheinische Post, 27.5.2013; url:
<http://nachrichten.rp-online.de/politik/neues-konzept-fuer-die-pflege-gesucht-1.3424614> (Link geprüft am 27.5.2013)
 - Schorn, Martin: „Wie viel kostet eine Handwerkerstunde?“, Internetauftritt eines Malerbetriebs (geprüft am 10.6.2013)
 - Stiftung Warentest: „Geförderte Pflege-zusatz-versicherung: Erste Policen von Huk und Barmenia im Check“, online veröffentlicht am 28.12.2012,
<http://www.test.de/Gefoerderte-Pflegezusatzversicherung-Erste-Policen-von-Huk-und-Barmenia-im-Check-4485413-0/> , (geprüft am 7.1.2013)
 - Tutt, Cordula: „Gesundheitsminister Bahr will Kosten begrenzen“, Wirtschaftswoche, 10.11.2012,
http://www.wiwo.de/politik/deutschland/pflege-zusatzversicherung-gesundheitsminister-bahr-will-kosten-begrenzen/v_detail_tab_print/7367424.html, (geprüft am 31.12.2012)
 - VDK: „Pflegerreform greift viel zu kurz“, Pressemeldung vom 29.6.2012, <http://vdk.de/de27755> (geprüft am 19.12.2012)
 - Westdeutsche Zeitung: „Vorstoß von Gesundheitsminister Bahr: Schneller zum Gutachten“, 27.12.2012,
<http://www.wz-newsline.de/trackback/ping/1191521> (geprüft am 8.1.2013)



Impressum

Autor: Georg Paaßen
 post@pfligestufe.info
 Borbecker Platz 3
 45355 Essen

Warum diese Seiten

In jedem Bereich der Altenpflege haben die Möglichkeiten und Grenzen der Pflegeversicherung eine große Bedeutung. Die Einstufungen der Bewohner/innen und Patienten bestimmen den Handlungsspielraum der Einrichtungen.

Die Informationen und Drucksachen, die von den Pflegekassen angeboten werden sind auch für mich meist schwer verständlich. Deshalb veröffentlichen wir die Internetseiten

www.pfligestufe.info

www.bedarfsgrade.info

www.pfligestufe.mobi

www.pflegepolitik.wordpress.com

www.pflegenoten.info

eine Broschüre zur Pflegereform 2008 (s.u.) und auch diesen Text zur Pflegereform 2012.

Neuigkeiten aus der Pflege

können Sie unter

<http://www.pfligestufe.info/rss/newsletter.html>

abonnieren.

Wir finanzieren unsere Angebote durch Einnahmen aus individueller Beratung und durch Werbung.

Die Verwendung dieses Textes für den privaten Gebrauch ist erlaubt. Alle weiteren Rechte vorbehalten.

Ausnahmen nur mit schriftlicher Genehmigung.

5. überarbeitete Auflage – Juli 2013

Die jeweils aktuelle Fassung dieses Textes finden sie unter:

www.pfligestufe.info/download/downloads.html