

20 Jahre Erfahrung sind genug



Die soziale Pflegeversicherung wurde in Deutschland 1995 eingeführt. In fast 20 Jahren hat sich gezeigt, dass diese Neuerung wichtig und sinnvoll war – aber auch, dass das bisherige Modell Schwachstellen und Ungerechtigkeiten aufweist.

Zwar ist es im Lauf der Jahre zu Leistungsverbesserungen und -erweiterungen gekommen, doch die grundsätzlichen Konstruktionsfehler der sozialen Pflegeversicherung sind geblieben:

Demenz zu wenig berücksichtigt

Viele demenziell, aber auch psychisch erkrankte oder geistig behinderte Menschen sind körperlich nicht eingeschränkt, brauchen aber zeitintensive Betreuung und Beaufsichtigung. Erst seit einigen Jahren gibt es geringe Leistungen für Menschen „mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz“. Eine Pflegestufe – also die Anerkennung von Pflegebedürftigkeit – erhalten die meisten jedoch nicht, wenn keine körperlichen Beeinträchtigungen vorliegen. Das ist eine eklatante Benachteiligung der rund 1,4 Millionen Demenzkranke in Deutschland und ihrer Angehörigen. Und ein Zukunftsrisiko, da die Zahl der Demenzkranke weiter ansteigen wird. Der Sozialverband VdK und die Deutsche Alzheimer Gesellschaft fordern eine Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, die sowohl physische als auch kognitive Beeinträchtigungen einschließt.

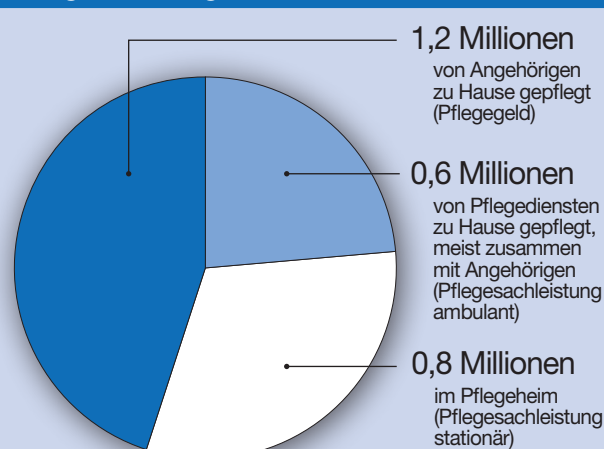
Hilfe kommt zu spät

Viele Ältere kommen alleine nicht mehr zurecht, erreichen aber noch nicht die Schwelle, um Leistungen der Pflegeversicherung zu erhalten. Pflegebedürftigkeit wird nach dem Zeitaufwand beurteilt, den ein Laie (etwa ein Angehöriger) für die Versorgung der Person braucht. Die gemessenen Minuten reichen für eine Einstufung als „pflegebedürftig“ oft nicht aus. Viele alte Menschen könnten jedoch länger selbstständig bleiben und der Umzug ins Heim oft hinausgezögert werden, wenn Hilfen früher einsetzen würden. Dazu ist es aber notwendig, Pflegebedürftigkeit anders zu messen und zu beurteilen.

Häusliche Pflege stärker unterstützen

Rund 1,8 Millionen anerkannte Pflegebedürftige und zusätzlich 2,5 Millionen Hilfsbedürftige ohne Pflegestufe werden in Deutschland von Angehörigen gepflegt. Ohne diese würden 3,2 Millionen mehr Vollzeit-Pflegekräfte benötigt. Dies gibt der Arbeitsmarkt nicht her – und es wäre unbezahlbar. Nur die häusliche Pflege kann die drohende Versorgungslücke schließen. Dazu müssen pflegende Angehörige besser unterstützt werden. Sie benötigen mehr Entlastungsangebote, und ihre Pflegearbeit muss finanziell stärker gefördert werden.

Pflegebedürftige in Deutschland*



* von der gesetzlichen Pflegeversicherung anerkannte Pflegebedürftige
Quelle: Pflegestatistik 2011, Statistische Ämter des Bundes und der Länder

Was passiert, wenn nichts passiert

Die soziale Pflegeversicherung braucht eine grundlegende Reform. Weiteres Nachbessern in kleinen Schritten macht sie nicht zukunftsfest. Wenn das Modell so bleibt, wie es ist, droht folgendes Szenario:

Pflegestrukturen reichen bei Weitem nicht aus

Durch die steigende Lebenserwartung wird, trotz des medizinischen Fortschritts und der zunehmenden Anzahl „rüstiger Rentner“, die Zahl der Pflegebedürftigen steigen – laut Themenreport „Pflege 2030“ der Bertelsmann Stiftung bundesweit um 50 Prozent bis zum Jahr 2030. Regional fällt dieser Anstieg aber ganz unterschiedlich aus. So werden im Umland von Berlin und München Steigerungsraten von 80 bis 100 Prozent oder sogar mehr prognostiziert. Auf solche Veränderungen sind die lokalen Pflegestrukturen kaum vorbereitet.

Immer mehr schlecht versorgte Demenzkranke

Mit der starken Zunahme älterer Menschen wird auch die Zahl der Demenzkranken ansteigen – von heute 1,4 Millionen auf 2,2 Millionen im Jahr 2030. Der Groß-

teil erhält heute nur geringe Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung. Bleibt es bei dem bestehenden System, wird es immer mehr unzureichend versorgte Demenzkranke geben.

Professionelle Pflege wird zum Luxus

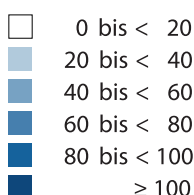
Während die Zahl der Pflegebedürftigen steigt, geht die Zahl der professionellen Pflegekräfte aufgrund des ausbleibenden beruflichen Nachwuchses zurück. Im Jahr 2030 werden gut 400.000 Vollzeitkräfte fehlen. Zusätzlich zu einer großen Pflegereform wird es Aufgabe der Politik sein, Pflegeberufe für junge Menschen attraktiv zu machen. Unabhängig davon muss aber die häusliche Pflege umfassend gestärkt werden, denn sie ist die einzige Alternative zur schwindenden professionellen Pflege. Dies ist nur durch eine große Pflegereform zu erreichen.

Angehörige pflegen weniger

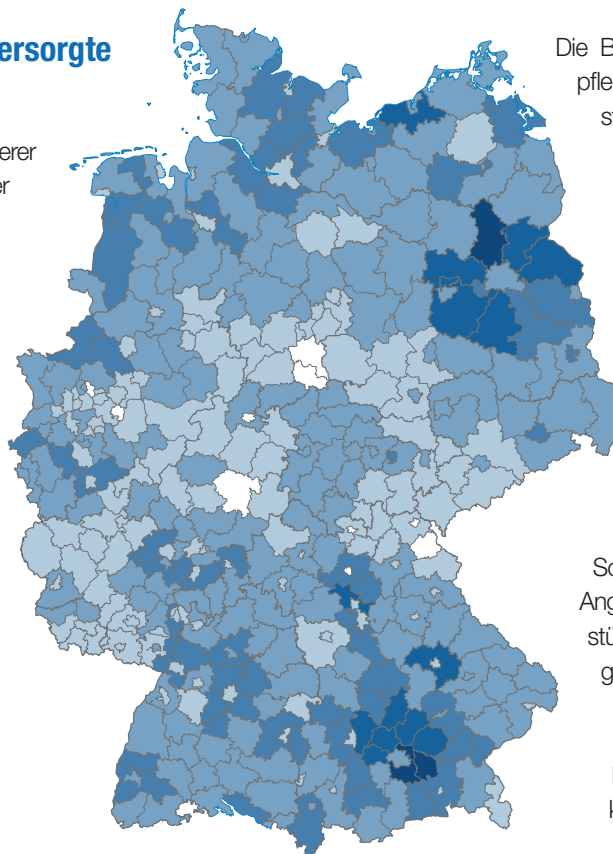
Die Bereitschaft, einen Angehörigen zu pflegen, ist zwar oft noch selbstverständlich – aber sie geht zurück, und diese Entwicklung wird anhalten. Die Auflösung traditioneller Familienstrukturen, der Trend zu Individualismus und Selbstverwirklichung und die unzureichende Vereinbarkeit von Beruf und Pflege tragen dazu bei. So ist die Inanspruchnahme von Pflegegeld – das für häusliche Pflege beantragt wird – zwischen 1999 und 2009 von 51,0 auf 45,6 Prozent zurückgegangen. Solange keine stärkeren Anreize für Angehörige – mehr finanzielle Unterstützung und Entlastungsangebote – gegeben werden, Pflegeaufgaben zu übernehmen, wird sich dieser Trend kaum umdrehen lassen. Nur im Rahmen einer großen Pflegereform kann dies gelingen.

Relative Zunahme der Pflegebedürftigkeit nach Kreisen zwischen 2009 und 2030

(in Prozent)



Quelle: Themenreport „Pflege 2030“, Bertelsmann Stiftung, 2012



Die jetzige Definition von Pflegebedürftigkeit ist ungerecht

Die eklatante Benachteiligung demenzkranker Menschen und ihrer Angehörigen sowie die unzureichende Berücksichtigung älterer Menschen mit Hilfebedarf zeigen, dass die Definition von Pflegebedürftigkeit im deutschen Sozialversicherungsrecht ungerecht ist.

Bereits 2006 hat das Bundesministerium für Gesundheit einen Beirat ins Leben gerufen, der einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungsverfahren entwickeln sollte. Ihm gehörten Vertreter von Kostenträgern, Wissenschaft und Betroffenenverbänden an, darunter der Sozialverband VdK. Die Ergebnisse sollten in eine Reform der Pflegeversicherung einfließen, wurden jedoch weder im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz von 2008 noch im Pflege-Neuausrichtungsgesetz von 2012 berücksichtigt. Stattdessen wurde 2012 ein weiterer Beirat einberufen, der zu den gleichen Empfehlungen kam. Die Fachwelt ist sich einig, dass der Pflegebedürftigkeitsbegriff reformiert werden muss, und auch im internationalen Vergleich (z.B. Skandinavien) hinkt Deutschland hinterher.

Bisher: Körperliche Einschränkungen im Vordergrund

Die bisherige Definition von Pflegebedürftigkeit ist defizitorientiert: Ausschlaggebend ist, welche Alltagsverrichtungen ein Pflegebedürftiger nicht mehr alleine ausführen kann. Betrachtet werden dabei vor allem seine körperlichen Einschränkungen. Der konkrete Hilfebedarf bei der Körperpflege, Ernährung, Mobilität und im Haushalt wird mit Hilfe des Zeitumfangs gemessen, den ein Laie (etwa ein Angehöriger) für diese definierten Hilfe- und Pflegetätigkeiten benötigt, also in Minuten.

Künftig wird Pflegebedürftigkeit ganzheitlich betrachtet

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff hingegen orientiert sich an den noch vorhandenen Fähigkeiten, denn er bemisst den Grad der Selbstständigkeit mit den Kategorien selbstständig, überwiegend selbstständig, überwiegend unselbstständig und gänzlich unselbstständig. Außerdem nimmt er mehr Aspekte ins Visier, insbesondere kognitive und kommunikative Fähigkeiten,

Verhaltensweisen, die Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte. Die Ergebnisse aus allen Bereichen werden gewichtet und zu einem Gesamtergebnis zusammengeführt. Bei der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung sollen mit der neuen Methode gerade Demenz und allmählich entstehender Hilfebedarf deutlich besser erfasst werden können.

Kriterien für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit

bisher	Reformmodell*
1. Hilfebedarf bei der Körperpflege	Bereich 1: Mobilität Selbstständigkeit bei der Fortbewegung über kurze Strecken und bei Lageveränderungen des Körpers
	Bereich 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten Erinnerungsfähigkeit, Orientierungsvermögen, Wahrnehmung, Urteilsvermögen, Fähigkeit zur Kommunikation
2. Hilfebedarf bei der Ernährung	Bereich 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen Selbst- und fremdgefährdendes Verhalten, psychische Probleme wie Ängstlichkeit, Panikattacken oder Wahnvorstellungen
3. Hilfebedarf bei der Mobilität	Bereich 4: Selbstversorgung Selbstständigkeit bei der Körperpflege, beim Anziehen, Essen und Trinken
	Bereich 5: Umgang mit krankheits-/ therapiebedingten Anforderungen und Belastungen Selbstständigkeit bei der Medikamenteneinnahme, der Wundversorgung, beim Umgang mit Hilfsmitteln usw.
4. Hilfebedarf im Haushalt	Bereich 6: Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte Selbstständigkeit bei der Zeiteinteilung, beim Einhalten eines Wach-Schlaf-Rhythmus, bei bedürfnisgerechter Beschäftigung, beim Aufrechterhalten sozialer Beziehungen sowie bei zukunftsgerichteten Planungen

* Hinzukommen „Außerhäusliche Aktivitäten“ und „Haushaltsführung“

Sind Demenzkranke nicht pflegebedürftig?



© iStock/Sylvia Jansen

Die Einstufung in Pflegestufen nach dem traditionellen Pflegeversicherungsmodell bemisst sich vor allem nach körperlichen Einschränkungen und dem sich daraus ergebenden Hilfebedarf. Viele demenzkranke Menschen werden deswegen nicht richtig erfasst. Obwohl ihr Hilfe- und Betreuungsbedarf besonders hoch ist, erhalten sie vergleichsweise geringe Leistungen.

Nach der derzeitigen Gesetzeslage gelten die meisten demenzkranke Menschen, sofern sie keine weiteren körperlichen Einschränkungen haben, als nicht pflegebedürftig. Denn sie können sich, vor allem im Anfangsstadium der Krankheit, oft noch selbstständig an- und auskleiden, sich waschen, essen und umhergehen. Nach § 15 des Sozialgesetzbuchs XI werden diese Personen daher keiner Pflegestufe zugeordnet. Doch viele müssen dennoch ständig beaufsichtigt werden, da sie sonst Dinge tun, mit denen sie sich und andere gefährden können, plötzlich weglaufen und umherirren oder hilflos sind, wenn sie alleine gelassen werden.

Die bisherige „Pflegestufe 0“ reicht bei Weitem nicht aus

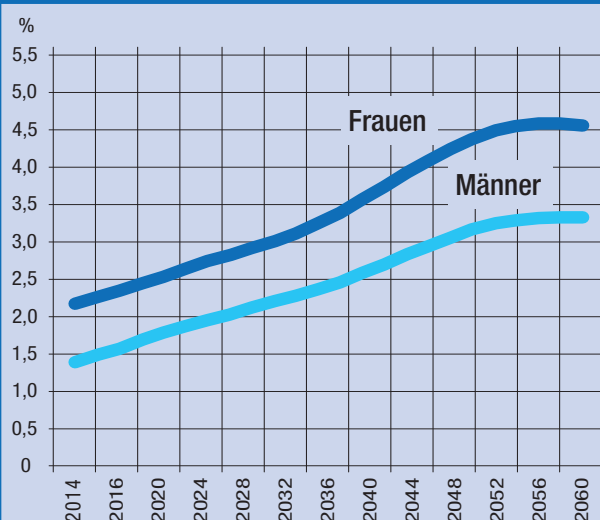
Zwar wurde 2008 die so genannte Pflegestufe 0 für Menschen „mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz“ eingeführt. Sie umfasst jedoch nur geringe Leistungen für Betreuung. Seit

2012 wird für diese Pflegestufe außerdem ein Pflegegeld oder eine Pflegesachleistung gezahlt, die jedoch geringer ist als für anerkannt Pflegebedürftige mit Pflegestufe I.

Pflegestufe 0 bedeutet nicht Anerkennung von Pflegebedürftigkeit

Ein weiterer erheblicher Nachteil ist, dass mit Pflegestufe 0 keineswegs eine Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung anerkannt wird. Die Angehörigen von Demenzkranken haben weder einen Anspruch auf Tages- oder Kurzzeitpflege noch auf Wohnraumanpassungsleistungen. Dabei benötigen gerade die pflegenden Angehörigen Demenzkranker Entlastungsmöglichkeiten von der oft sehr starken zeitlichen Beanspruchung und haben einen besonders hohen Informations- und Beratungsbedarf. Auch in die Rentenkasse wird bei Pflegestufe 0 nichts eingezahlt, sodass die pflegenden Angehörigen – im Gegensatz zu den Angehörigen anerkannter Pflegebedürftiger – später bei der Rente für diese Pflegezeiten leer ausgehen. Von den rund 1,4 Millionen demenzerkrankten Menschen in Deutschland werden drei Viertel zu Hause von Angehörigen, Lebenspartnern oder Freunden gepflegt.

Entwicklung des Anteils an Demenzkranken an der deutschen Bevölkerung



Quelle: Demenz Report, Berlin-Institut und Bevölkerung und Entwicklung, 2011

Eine große Reform ist möglich – jetzt!

Der Sozialverband VdK und die Deutsche Alzheimer Gesellschaft zeigen, dass eine große Pflegereform möglich ist. Ihr Modell einer reformierten Pflegeversicherung stellt viele Pflegebedürftige besser, insbesondere die bisher vernachlässigten Gruppen der Demenzerkrankten und der Menschen mit beginnendem Pflegebedarf.

Das Reformmodell berücksichtigt die Empfehlungen der beiden Beiräte des Bundesministeriums für Gesundheit zur Entwicklung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen Begutachtungsverfahrens: Der erweiterte und gerechtere Pflegebedürftigkeitsbegriff wird umgesetzt; die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung erfolgt nach den neuen Kriterien, bei denen der Grad der Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen eingeschätzt wird.

Differenziertere Leistungen

Nach den Empfehlungen der Beiräte sollen die Leistungen der Pflegeversicherung differenzierter ausfallen. Auch dies ist im Reformmodell berücksichtigt. Statt drei Pflegestufen sind fünf Pflegegrade vorgesehen. Pflegegrad 1 setzt unter der heutigen Pflegestufe I an und schafft einen Anspruch auf frei verfügbare Geldleistungen für niedrigschwellige Hilfen. Solche Hilfen sind entscheidend, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden und die Pflege zu Hause zu ermöglichen. Außerdem soll Pflegegrad 1 zu Maßnahmen der Wohnungsanpassung berechtigen. Ungeeignete Wohnungen spielen bei immerhin 22 Prozent der Personen eine Rolle für den Umzug in ein Heim. Auch Pflegeberatung kann mit Pflegegrad 1 bereits in Anspruch genommen werden. Denn erfahrungsgemäß ist der Informationsbedarf am größten, wenn Pflegebedürftigkeit unmittelbar bevorsteht oder gerade erst eingetreten ist.

Keiner wird schlechtergestellt

Bessergestellt werden mit dem neuen Modell alle heute Pflegebedürftigen. Insbesondere aber Demenzerkrankte profitieren von einer höheren Eingruppierung, die sie zu mehr Pflegegeld oder einer höheren Pflegesachleistung und zu einem höheren Tagespflegezuschuss berechtigen (siehe Tabelle auf Themenblatt

„Leistungsvergleich“). Auch nicht an Demenz erkrankte Pflegebedürftige haben Vorteile, weil künftig allen zusätzliche Leistungen für Betreuung zustehen, die es bislang nur für Demenzerkrankte gab. Im Pflegeheim soll zusätzliches Personal eingestellt und der Betreuungsschlüssel verbessert werden. Demenzerkrankte werden auch hier höher eingruppiert, haben also früher Anrecht auf Heimpflege und erhalten eine höhere Pflegesachleistung. Eine weitere Verbesserung ist, dass alle Geldleistungen dynamisiert, also in gewissem Umfang der allgemeinen Preissteigerung angepasst werden.



Reform-Zeitplan

Weiterer Aufschieb birgt Gefahren

Ein längeres Zögern könnte eine substanzielle Pflegereform scheitern lassen und somit die Zukunft der gesamten Pflegeversicherung gefährden. Die neue Bundesregierung ist seit wenigen Monaten im Amt. Um das Vorhaben noch in dieser Legislaturperiode zur Umsetzungsreife zu bringen, muss das Gesetzgebungsverfahren noch im Jahr 2014 beginnen. In ihrer Koalitionsvereinbarung sieht die große Koalition stattdessen einen Zwei-Stufen-Plan vor. So soll 2015 zunächst der Beitragssatz um 0,3 Prozentpunkte erhöht werden, um davon insbesondere einen Pflegevorsorgefonds zu finanzieren. Erst im zweiten Schritt ist die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs vorgesehen. Diese Konstruktion birgt die Gefahr, dass durch den ersten Schritt Mittel gebunden werden, die dann für den zweiten Schritt nicht mehr zur Verfügung stehen und somit eine wirkliche Reform verhindern. Eine „Reform“ ohne neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff ist aber keine Reform, sondern verlagert das Problem nur in die Zukunft.

Große Pflegereform – solide finanziert

Eine große Pflegereform ist machbar. Die zukunftsste Neugestaltung der Pflegeversicherung mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff lässt sich durch die Anhebung des Beitragssatzes von 0,5 Prozentpunkten finanzieren, den die Regierungsparteien im Koalitionsvertrag ohnehin schon vereinbart haben.

Die Tabelle enthält alle Leistungsverbesserungen (s. umseitig) sowie eine Leistungsdynamisierung in Höhe von 3 Prozent. Die Modellrechnung von Prof. Dr. Heinz Rothgang vom Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen beziffert die Mehrausgaben im Vergleich zu den Kosten, die im ersten Jahr nach der Reform (2016) anfallen würden, wenn die Pflegeversicherung auf dem Stand von 2012 bliebe – also vor dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG). Der Grund ist, dass die Regelungen des PNG durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und Begutachtungsverfahrens hinfällig würden. Der Mehrbedarf im Vergleich zur Rechtslage nach dem PNG beträgt 6 Mrd. Euro.

Mehreinnahmen von 7,2 Milliarden Euro

Durch die geplante Anhebung des Beitragssatzes zur Pflegeversicherung von 0,5 Prozentpunkten stehen Mehreinnahmen von rund 6 Mrd. Euro zur Verfügung, hinzu kommt gut 1 Mrd. aus der 2012 erfolgten Anhebung von 0,1 Prozentpunkten für

das PNG. Insgesamt ergeben sich so Mehreinnahmen von 7,2 Mrd. Euro. Zusätzliche Kosten, die in einer Übergangsphase von wenigen Jahren anfallen würden, könnten dadurch finanziert werden, dass die Beitragsanhebung 2015 und die Leistungsverbesserungen 2016 erfolgen. Eine solche Ansparphase gab es auch bei der Einführung der sozialen Pflegeversicherung 1994. Für einen Pflegevorsorgefonds, wie von der Bundesregierung geplant, bleibt kein Spielraum.

Private Pflegeversicherung einbeziehen

Der Beitragsanstieg von 0,5 Prozentpunkten könnte noch geringer ausfallen, wenn das ungerechte Nebeneinander von gesetzlicher und privater Pflegeversicherung beseitigt würde. Obwohl Privatversicherte ein höheres Durchschnittseinkommen haben, zahlen sie nicht einmal halb so hohe Prämien wie gesetzlich Versicherte bei identischen Leistungen. Die privaten Pflegekassen erwirtschaften jedes Jahr einen Überschuss von 1,3 Mrd. Euro und haben fast 26 Mrd. Euro an Rücklagen gebildet. Deshalb müssen private und gesetzliche Pflegeversicherung zusammengeführt werden. In einem ersten Schritt sollte die private Pflegeversicherung durch einen Solidarausgleich in die Finanzierung der gesetzlichen Pflegeversicherung einbezogen werden. Dadurch würde diese um 2 Mrd. Euro entlastet, was knapp 0,2 Prozent Beitragssatz ausmacht.

Mehrausgaben für Leistungsverbesserungen (im Jahr 2016 im Vergleich zur Rechtslage 2012)

Verbesserte Leistungen	Mehrkosten
Pflegegeld, Pflegesach- und Kombinationsleistungen; Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege	2.052 Mio. Euro
Vollstationäre Pflege	1.862 Mio. Euro
Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen	473 Mio. Euro
Flexibilisierung der Verhinderungspflege	270 Mio. Euro
Besondere Betreuungsleistungen	547 Mio. Euro
Erhöhung der Infrastrukturmittel	25 Mio. Euro
Verbesserter Betreuungsrückstellungen Heimpflege	582 Mio. Euro
Pflegebedürftige in Einrichtungen der Behindertenhilfe	248 Mio. Euro
Mehrausgaben für Menschen ohne (bisherige) Antragstellung	240 Mio. Euro
Summe der Mehrkosten	6.299 Mio. Euro
Leistungsdynamisierung	898 Mio. Euro
Insgesamt	7.197 Mio. Euro

Wer profitiert von einer großen Pflegereform?

**Plötzlich
weiß ich nicht,
wo ich bin.**

Menschen mit Demenz brauchen mehr Hilfe im Alltag.

Wir alle brauchen eine bessere Pflegeversicherung.

© Stock/Sylvia Jansen

Mit einer großen Pflegereform nach den Vorschlägen des Sozialverbands VdK und der Deutschen Alzheimer Gesellschaft werden alle bisherigen Leistungsempfänger besser gestellt. Besonders profitiert eine Gruppe: Menschen mit einer Demenzerkrankung – sie wurden bisher zu wenig berücksichtigt.

Vor der Reform

Ilse P. ist pflegebedürftig und an Demenz erkrankt. Sie kann nicht mehr alleine gelassen werden und braucht rund um die Uhr jemanden, der nach ihr schaut. Ihre Tochter pflegt sie zu Hause mit Hilfe eines ambulanten Pflegedienstes, hat dafür aber ihre Arbeit aufgegeben. Die Pflegeversicherung hat Pflegestufe I anerkannt. Bisher erhält sie für den Pflegedienst eine Pflegesachleistung in Höhe von 665 Euro im Monat. Das reicht für ungefähr 30 Minuten Pflege am Tag inklusive Anfahrt. Zusätzlich erhält Ilse P. Leistungen für Betreuung in Höhe von 100 Euro.

Damit kann ihre Tochter eine Betreuungskraft finanzieren, die stundenweise zum Vorlesen oder Spaziergehen kommt. Ilse P. besucht außerdem eine Tagespflegeeinrichtung. Dafür zahlt die Pflegeversicherung bis zu 450 Euro. Die Tochter kann aber nur den halben Zuschuss in Anspruch nehmen, weil sonst die Pflegesachleistung gekürzt wird. Ilse P. erhält also 225 Euro; davon kann sie einmal pro Woche die Tagespflege besuchen und erhält dort auch ein Essen.

Nach der Reform

Künftig – wenn eine große Pflegereform kommt – wird Ilse P. mehr Leistungen erhalten. Statt drei Pflegestufen gibt es nun fünf Pflegegrade. Pflegestufe I mit Demenz entspricht jetzt Pflegegrad 3. Für den erhält Ilse P. 1.100 Euro als Pflegesachleistung. Ihre Tochter nimmt jetzt aber nur die Hälfte davon in Anspruch – also 550 Euro –, weil sie ihre Mutter dafür lieber häufiger in die Tagespflege geben möchte. Die Betreuungskraft wird weiterhin mit 100 Euro bezuschusst, die Tagespflege künftig mit 1.100 Euro. Diese nimmt die Tochter nun voll in Anspruch. Zusammen macht das 1.750 Euro, eine Verbesserung um 760 Euro im Vergleich zu bisher. Vom erhöhten Betrag kann Ilse P. nun viermal pro Woche zur Tagespflege. Dadurch kann ihre Tochter wieder arbeiten gehen und erhält später eine höhere Rente. Der Pflegedienst kommt an den vier Tagen, an denen die Tochter arbeitet, außerdem gibt es weiterhin die zusätzliche Betreuung für zwei Stunden pro Woche.

Derzeit sind in Pflegestufe I rund 300.000 Menschen mit Demenz eingestuft, die zu Hause versorgt werden. Sie alle und ihre Angehörigen würden von einer großen Pflegereform profitieren.

Niedrigschwellige Hilfen

Leistungen bei beginnendem Pflegebedarf

Viele Menschen, die im Alter nicht mehr gut zurechtkommen, aber noch nicht „pflegebedürftig genug“ im Sinne der Pflegeversicherung sind, erhalten bisher keine Leistungen. Sie sind oft schlecht versorgt und einsam und bräuchten frühzeitiger Hilfe. Von der großen Pflegereform sollen auch diese Menschen profitieren. Sie können künftig in den Pflegegrad 1 eingruppiert werden und haben so

Anrecht auf 100 Euro im Monat für niedrigschwellige Hilfen. Diese zusätzliche Leistung, die bisher nur Demenzerkrankte erhielten, würde an alle Pflegebedürftigen ausgezahlt werden, unabhängig davon, ob sie demenzerkrankt sind oder nicht. Von Pflegegrad 1 bis 3 sind 100 Euro pro Monat vorgesehen, für die Pflegegrade 4 und 5 der erhöhte Betrag von 200 Euro.

Das Reformmodell im Detail

Leistungen für Pflegebedürftige mit Demenzerkrankung (pro Monat)

Pflegegeld für pflegende Angehörige								
bisher					Reformmodell			
Pflegestufe	Pflegegeld	Zusätzliche Leistung für Betreuung	Tagespflege bis monatl.		Pflegegrad	Pflegegeld	Zusätzliche Leistung für Betreuung	Tagespflege bis monatl.
0	120	100 / 200	-	►	1	-	100	-
I	305	100 / 200	450	►►	2	235	100	450
II	525	100 / 200	1.100	►►►	3	440	100	1.100
III	700	100 / 200	1.550	►►►►	4	700	200	1.550
					5	1.000	200	1.550

Pflegesachleistung für ambulante Pflege								
Pflegestufe	Pflegesachleistung	Zusätzliche Leistung für Betreuung	Tagespflege bis monatl.		Pflegegrad	Pflegesachleistung	Zusätzliche Leistung für Betreuung	Tagespflege bis monatl.
0	225	100 / 200	-	►	1	-	100	-
I	665	100 / 200	450	►►	2	450	100	450
II	1.250	100 / 200	1.100	►►►	3	1.100	100	1.100
III	1.550	100 / 200	1.550	►►►►	4	1.550	200	1.550
Härtefall	1.918	100 / 200	1.550	►►►►►	5	1.918	200	1.550

Leistungen für Heimpflege						
bisher					Reformmodell	
Pflegestufe	Pflegesachleistung	Betreuungs- kräfteschlüssel		Pflegegrad	Pflegesachleistung	Betreuungs- kräfteschlüssel
0	-	1:24	►	1	-	-
I	1.023	1:24	►►	2	1.023	1:20
II	1.279	1:24	►►►	3	1.279	1:20
III	1.550	1:24	►►►►	4	1.550	1:20
Härtefall	1.918	1:24	►►►►►	5	1.918	1:20

Leistungen für Pflegebedürftige ohne Demenzerkrankung (pro Monat)

Pflegegeld für pflegende Angehörige								
bisher					Reformmodell			
Pflegestufe	Pflegegeld	Zusätzliche Leistung für Betreuung	Tagespflege bis monatl.		Pflegegrad	Pflegegeld	Zusätzliche Leistung für Betreuung	Tagespflege bis monatl.
0	-	-	-	►	1	-	100	-
I	235	-	450	►►	2	235	100	450
II	440	-	1.100	►►►	3	440	100	1.100
III	700	-	1.550	►►►►	4	700	200	1.550
					5	1.000	200	1.550

Pflegesachleistung für ambulante Pflege								
Pflegestufe	Pflegesachleistung	Zusätzliche Leistung für Betreuung	Tagespflege bis monatl.		Pflegegrad	Pflegesachleistung	Zusätzliche Leistung für Betreuung	Tagespflege bis monatl.
0	-	-	-	►	1	-	100	-
I	450	-	450	►►	2	450	100	450
II	1.100	-	1.100	►►►	3	1.100	100	1.100
III	1.550	-	1.550	►►►►	4	1.550	200	1.550
Härtefall	1.918	-	1.550	►►►►►	5	1.918	200	1.550

Leistungen für Heimpflege						
bisher					Reformmodell	
Pflegestufe	Pflegesachleistung	Betreuungs- kräfteschlüssel		Pflegegrad	Pflegesachleistung	Betreuungs- kräfteschlüssel
0	-	-	►	1	-	-
I	1.023	-	►►	2	1.023	1:20
II	1.279	-	►►►	3	1.279	1:20
III	1.550	-	►►►►	4	1.550	1:20
Härtefall	1.918	-	►►►►►	5	1.918	1:20

Strukturen vor Ort müssen gestärkt werden

Die Sicherung einer zukunftsfesten Pflege ist nicht nur die Aufgabe der Bundespolitik. Pflege findet vor Ort statt – in den Städten und Gemeinden. Gerade auf dem Land dünnen die Versorgungsstrukturen für ältere und pflegebedürftige Menschen immer mehr aus, aber auch in den Städten ist das Leben für sie oft nicht einfach. Ziel einer großen Pflegereform muss es daher auch sein, die kommunalen Strukturen im Hinblick auf altengerechtes Wohnen und Leben zu stärken. Der Sozialverband VdK fordert:

Kommunale Planung

Kommunen und Landkreise müssen sich ein Bild über ihre demografische Entwicklung machen und eine Bestandsaufnahme der Wohn- und Lebenssituation sowie des Bedarfs der Bürger an sozialen, Wohn-, Pflege-, Versorgungs- und Dienstleistungsangeboten vornehmen. Die Erkenntnisse sollten in ein seniorenpolitisches Gesamtkonzept einfließen. An diesem Prozess sind lokale Verbände und Organisationen wie der Sozialverband VdK zu beteiligen.

Lösungen vor Ort

Das kann der Bund für bessere kommunale Strukturen tun

Den Ausbau der Pflege-Infrastruktur in den Städten und Gemeinden kann der Bund zum Beispiel durch folgende Maßnahmen unterstützen:

- ▶ Bundesprogramm für altersgerechten Umbau wieder auflegen
- ▶ Mittel der Städtebauförderung stärken und auf Barrierefreiheit sowie altengerechtes Wohnen ausrichten
- ▶ Altenhilfe als Pflichtaufgabe der Kommunen verankern
- ▶ Kommunen finanziell entlasten

Um niedrigschwellige Betreuungsangebote sowie Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen zu fördern, sieht das Reformmodell des Sozialverbands VdK und der Deutschen Alzheimer Gesellschaft eine Erhöhung der Infrastrukturmittel um 25 Millionen Euro vor.

Beratung und Information

Durch die demografische Entwicklung wird es einen steigenden Bedarf an Wohn- und Pflegeberatung geben. Die Kommunen müssen dafür sorgen, dass das Angebot stetig ausgebaut wird – durch mehr wohnortnahe Wohnraumberatungsstellen und Pflegestützpunkte. Diese müssen auch mobile und aufsuchende Beratung anbieten.

Altengerechtes und barrierefreies Wohnen

95 Prozent der älteren Menschen sind täglich mit erheblichen Barrieren in ihrer Wohnung konfrontiert. Barrierefreies Wohnen muss ein vorrangiges Ziel der kommunalen Wohnungspolitik werden – zum Beispiel im sozialen Wohnungsbau, in öffentlichen Wohnungsbaugesellschaften und durch die Nutzung von Fördermöglichkeiten.

Öffentlicher Raum und Versorgungsstrukturen

Ein altengerechtes Wohnumfeld erfordert Barrierefreiheit im öffentlichen Raum und einen gut ausgebauten, behinderten-gerechten öffentlichen Nahverkehr. Auch bei der Nahversorgung mit Läden, Dienstleistern und Ärzten müssen die Kommunen Anreize für eine ausreichende Infrastruktur setzen, gerade auf dem Land.

Ausbau von Pflege und Dienstleistungen

Eine zentrale Aufgabe ist es, im Bereich der Pflege die Versorgung der Bürger sicherzustellen. Hier sind niedrigschwellige und aufsuchende Angebote besonders wichtig. Betreutes Wohnen und alternative Wohnformen müssen ausgebaut werden.

Förderung von sozialen Kontakten und Teilhabe

Die Kommunen sind gefordert, Nachbarschaftshilfe und ehrenamtliches Engagement zu unterstützen. Um die Vereinsamung älterer Menschen zu verhindern, sind soziale Netzwerke im Wohnumfeld wie Begegnungsstätten, Bildungs- und Freizeitangebote von großer Bedeutung. Soziale Teilhabe ist die beste Prävention.

Bürokratische Hürden verhindern, dass ältere Menschen länger selbstständig bleiben



Prävention – die Vorbeugung einer Erkrankung – und Rehabilitation – die Wiederherstellung der Gesundheit nach einer Erkrankung – gehen im Alter zunehmend ineinander über. Beide tragen dazu bei, dass ältere Menschen länger selbstständig bleiben und weniger pflegebedürftig werden. Der Sozialverband VdK kritisiert, dass die Prävention und Rehabilitation alter Menschen stark vernachlässigt werden, obwohl damit erhebliche Pflegekosten eingespart werden könnten.

Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen für Ältere finden viel zu selten statt. Obwohl die Zahl der Pflegebedürftigen und Hochaltrigen kontinuierlich steigt, bleiben die Ausgaben der Krankenkassen für Rehabilitation konstant. Pflegebedürftige erhalten nur halb so häufig eine Rehabilitationsmaßnahme wie gleich alte Nicht-Pflegebedürftige. Dadurch nehmen die Kosten für Arztbesuche, Medikamente, Operationen und Leistungen der Pflegeversicherung zu, die mit medizinischen Rehabilitationsleistungen hätten verhindert werden können.

Einfachere Verordnung von Rehabilitation durch Hausärzte

Eigentlich ist „Rehabilitation vor Pflege“ einer der wichtigsten Grundsätze der sozialen Pflegeversicherung. Rehabilitation gibt

es heute aber fast nur im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt. Bei allmählich beginnender Pflegebedürftigkeit müsste die Initiative dazu vom Hausarzt kommen. Und hier gibt es viele Hürden: Dem Hausarzt fehlen oft geriatrische Qualifizierungen, und er muss Anträge stellen, damit der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) den Fall nach Aktenlage prüft. Dieses Verfahren führt dazu, dass kaum noch Patienten ohne Klinikaufenthalt Rehabilitationsleistungen erhalten. Es muss daher sichergestellt werden, dass Hausärzte eine geriatrische Weiterbildung erhalten und Rehabilitation direkt verordnen dürfen. Eine Ablehnung durch den MDK sollte nur nach persönlicher Untersuchung des Patienten möglich sein.

Bewegungskurse für Ältere und Pflegebedürftige als Kassenleistung

Bewegungskurse für alte und pflegebedürftige Menschen sollten zu einer Verpflichtung für alle Krankenkassen werden. Dies gilt besonders für das Kraft- und Koordinationstraining zur Vorbeugung von Stürzen. Obwohl die Gruppenangebote sehr wirksam sind, werden sie von den Krankenkassen nicht flächendeckend angeboten. Im Bereich der seelischen Gesundheit gibt es wiederum keinerlei Präventionsangebote. Viele Senioren nehmen zwar regelmäßig Antidepressiva ein, erhalten aber keine Psychotherapie.

Finanzieller Ausgleich zwischen Pflege- und Krankenversicherung

Krankenkassen haben kein Interesse daran, Rehabilitationsleistungen zu finanzieren. Denn wird durch solche Maßnahmen Pflegebedürftigkeit verhindert, profitieren nicht sie davon, sondern die Pflegekassen. Auch wenn pflegende Angehörige, deren eigene Gesundheit häufig unter ihrer schweren Pflegeaufgabe leidet, eine Kur beantragen, muss die Krankenkasse zahlen. Durch die Arbeit der Angehörigen wird aber die Pflegekasse entlastet, da ihr Pflegegeld deutlich geringer ist als die Pflegesachleistung etwa für ein Pflegeheim. Notwendig ist daher ein finanzieller Ausgleich zwischen Pflege- und Krankenversicherung bei Rehabilitationsleistungen, mit denen Pflegebedürftigkeit verhindert oder hinausgezögert wird.