

Jutta König

Der MDK – Mit dem Gutachter eine Sprache sprechen

Einstufungspraktiken – Qualitätsentwicklung
und -sicherung

8., aktualisierte Auflage

PFLEGE

kolleg



INHALT

Vorwort	11
Danke	14
Teil I MDK – Mit dem Gutachter eine Sprache sprechen	15
1 Auszüge aus dem Pflegeversicherungsgesetz	16
1.1 Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (§ 1 Abs. 4,5)	16
1.2 Selbstbestimmung (§ 2 Abs. 2)	16
1.3 Vorrang der häuslichen Pflege (§ 3)	17
1.4 Eigenverantwortung (§ 6)	17
1.5 Aufklärung, Beratung (§ 7 Abs. 2)	18
1.5.1 Pflegeberatung (§ 7a)	19
1.5.2 Beratungsgutscheine (§ 7b)	20
1.6 Begriff der Pflegebedürftigkeit (§ 14)	20
1.6.1 Pflegebedürftig oder nicht?	21
1.7 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18) ..	23
1.8 Begriff der Pflegeperson (§ 19)	26
1.9 Leistungsvoraussetzung (§ 33)	26
1.9.1 Ohne Antrag geht in Deutschland gar nichts	27
1.10 Stufen der Pflegebedürftigkeit (§ 15)	28
1.10.1 Pflegestufe I	28
1.10.2 Pflegestufe II	29
1.10.3 Pflegestufe III	29
1.10.4 Härtefallregelung	29
1.10.5 Die höheren Pflegestufen sinken	31
1.11 Bedingungen der Pflegebedürftigkeit	32
1.12 Leistungen der Pflegeversicherung	34
1.12.1 Leistungsarten, Grundsätze (§ 28)	34
1.12.2 Kosten der Leistungen der Pflegeversicherung ...	35
1.12.3 Pflegesachleistung (§ 36)	35
1.12.4 Pflegegeld (§ 37)	36
1.12.5 Kombinationsleistung (§ 38)	38

1.12.6	Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39)	39
1.12.7	Pflegehilfsmittel und technische Hilfen (§ 40)	39
1.12.8	Tages- und Nachtpflege (§ 41)	52
1.12.9	Kurzzeitpflege (§ 42)	54
1.12.10	Vollstationäre Pflege (§ 43)	55
1.12.11	Soziale Sicherung (§ 44)	60
1.12.12	Pflegekurse (§ 45)	62
1.12.13	Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf § 45a (ambulant) und § 87b (stationär)	63
1.12.14	Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf (§ 45b)	68
1.12.15	Erheblicher allgemeiner Betreuungsbedarf (§ 45c)	69
1.12.16	Förderung ehrenamtlicher Strukturen und Selbsthilfe (§ 45d)	70
1.12.17	Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen (§ 45e)	71
1.12.18	Weiterentwicklung neuer Wohnformen (§ 45f) ...	71
1.12.19	Vergütungszuschläge für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (§ 87b)	72
1.13	Die Aufgaben des MDK	73
1.13.1	Die Aufgaben des MDK im Rahmen der Feststellung der Pflegebedürftigkeit	74
1.14	Das Pflegezeitgesetz	75
1.15	Das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz (PNG)	79
1.15.1	Verbesserte Pflegeleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (§ 123)	80
1.15.2	Übergangsregelung: Häusliche Betreuung (§ 124)	80

2 Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung 82

3 Die Begutachtung 92

3.1	Gliederung des Gutachtens	94
3.2	Die anrechenbaren Verrichtungen	96
3.3	Der Hilfebedarf	97
3.3.1	Formen der Hilfeleistung	97

3.3.2	Zeitorientierungswerte der Begutachtungs-Richtlinien	102
3.4	Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit	104
3.4.1	§ 18 SGB XI	104
3.4.2	Festlegung der Pflegebedürftigkeit	106
3.5	Ablauf einer Begutachtung	110
3.5.1	Ankündigung des Besuchs	110
3.5.2	Der Besuch	111
3.5.3	Begutachtung des Antragstellers im Krankenhaus oder in einer Rehabilitationseinrichtung	112
3.5.4	Besonderheiten bei der Ermittlung des Hilfebedarfs	114
3.5.5	Hilfebedarf und aktivierende Pflege	115
3.6	Begutachtungssituation = Alltagssituation?	115
3.6.1	»Nehmen Sie mal die Arme hinter den Kopf!«	116
3.6.2	Gute Vorbereitung ist die halbe Einstufung, aber keine Zauberei	120
3.7	Sind demenziell Erkrankte in den Begutachtungs-Richtlinien wirklich schlechter gestellt?	126
3.7.1	Sind demenziell Erkrankte morgens fitter als abends?	128
3.7.2	Pflegetagebuch	129
3.8	Ist Kommunikation anrechenbar?	131
3.9	Erschwerende und erleichternde Faktoren	132
3.9.1	Allgemeine Erschwernisfaktoren	133
3.9.2	Allgemeine erleichternde Faktoren	134
3.9.3	Spezielle Faktoren	134

4

Das Formulargutachten	146
4.1 Erläuterungen zum Gutachten	146
4.1.1 Derzeitige Versorgungs- und Betreuungssituation	146
4.1.2 Pflegerelevante Vorgeschichte und Befunde	146
4.1.3 Krankheit(en)/Behinderung(en) und ihre Auswirkung(en) auf die Aktivitäten des täglichen Lebens	147
4.1.4 Pflegebegründende Diagnose(n)	147
4.1.5 Pflegebedürftigkeit	149

4.1.6	Ergebnis	152
4.1.7	Empfehlungen	152
4.1.8	Zusätzliche Empfehlungen/Erläuterungen für die Pflegekasse	153
4.1.9	Prognose/Wiederholungsbegutachtung	153
4.1.10	Beteiligte Gutachter	154
4.1.11	Das Recht auf das Gutachten	154
4.2	Wer macht denn nun die Einstufung?	154
4.2.1	Die Fragen und ihre Bedeutung	156
4.3	Der Widerspruch	157
4.3.1	Wie geht nun so ein Widerspruch?	157
4.3.2	Der Bescheid – sehen Sie genau hin!	158
4.3.3	Es lohnt sich zu widersprechen	159
4.3.4	Wie wird der Widerspruch innerhalb der Kasse abgehandelt?	160

Teil II Qualitätssicherung 165

5	Qualitätsprüfung nach SGB XI § 114	167
5.1	Die Qualitätsprüfungs-Richtlinien	168
5.1.1	Doppelt gemoppelt hält wohl besser	177
5.2	Die Prüfebene(n)	179
5.2.1	Strukturqualität	179
5.2.2	Prozessqualität	180
5.2.3	Ergebnisqualität	181
5.3	Transparenzvereinbarungen	181
5.3.1	Originalfragen für ambulante Dienste	185
5.3.2	Originalfragen für stationäre Einrichtungen	194
5.4	Fragen aus dem MDK-Erhebungsbogen und der Anleitung zur Prüfung der Qualität	202
5.4.1	Ausgewählte Fragen aus dem Erhebungsbogen sowie der Anleitung zur Prüfung der Qualität (ambulant und stationär)	203
5.4.2	Die Wahrnehmung der Fachaufsicht	211
5.5	Prüfungsanlass	211
5.6	Prüfungsablauf	214
5.6.1	Gute Vorbereitung ist die halbe Prüfung	218

6	Qualität	221
	Qualität ist nicht immer gleich Güte	222
6.1	Ebenen der Qualität	225
6.1.1	Strukturqualität	225
6.1.2	Prozessqualität	226
6.1.3	Ergebnisqualität	227
6.2	Die Normenreihe DIN EN ISO 9000 ff.	228
6.2.1	Die Normenreihe 9000:2008	228
6.3	EFQM	230
6.4	TQM	230
6.5	KTQ	231
6.5.1	Die Gründung der KTQ	231
6.5.2	Ausblick	232
6.6	Das Null-Fehler-Prinzip	233
7	Maßnahmen zur Qualitätssicherung	235
7.1	Interne Qualitätssicherung	235
7.1.1	Anleiter, Mentoren, Paten etc.	235
7.1.2	Arbeitsabläufe/Pläne	236
7.1.3	Betriebsärztliche Untersuchung	239
7.1.4	Delegation	240
7.1.5	Dienstpläne	247
7.1.6	Dienstanweisungen	252
7.1.7	Dienst- und Teambesprechungen	253
7.1.8	Einarbeitungsmappe	254
7.1.9	Fachliteratur	262
7.1.10	Fort- und Weiterbildung	263
7.1.11	Maßnahmenkatalog	265
7.1.12	Merkblätter	275
7.1.13	Organigramm	275
7.1.14	Pflegeleitbild	277
7.1.15	Pflegehandbuch	278
7.1.16	Pflegekonzept	279
7.1.17	Pflegestandards	280
7.1.18	Pflegevisite	285
7.1.19	Qualitätsbeauftragte	296
7.1.20	Qualitätshandbuch/Pflegequalitätshandbuch	301

7.1.21	Qualitätszirkel	310
7.1.22	Schweigepflicht	311
7.1.23	Sicherheitsmaßnahmen (BGW)	315
7.1.24	Stellenbeschreibung	316
7.1.25	Übergabe	316
7.1.26	Verfahrensanweisung	321
7.1.27	Verhaltensanweisung	322
7.1.28	Pflegedokumentation	323
7.1.29	Expertenstandards	360
7.2	Externe Qualitätssicherung	372
7.2.1	Berater	372
7.2.2	Auditoren	374
7.2.3	Zertifizierungen	374
7.2.4	Begehungen/externe Audits	376
7.2.5	Kooperation mit anderen Institutionen	377
7.2.6	Konferenzen	377
7.2.7	Treffen/Meetings	377
7.2.8	Mitgliedschaft in einem Berufsverband	378

8 Die häufigsten Mängel bei der Qualitätsprüfung 379

Definitionen und Abkürzungen 382

Literatur 383

Register 385

VORWORT

Dieses Buch richtet sich an alle in der Pflege Tätigen auf allen Struktur- und Hierarchieebenen. Einstufung und Qualitätssicherung betreffen alle: Heim-, Pflegedienst- und Wohnbereichsleitung, Pflegekraft und -assistent.

Da ich aus Sicht der beteiligten Einrichtungen und Pflegekräfte schreibe, habe ich beide großen Themen, die Qualitätsprüfung nach § 114 und die Einstufung von Pflegebedürftigen gemäß Begutachtungs-Richtlinien, in einem Buch zusammengefasst.

Früher wurden Themen wie die Qualitätssicherung oft nur für die Leitungsebenen besprochen. Die Pflegekräfte bekamen gerade so viele Informationen, wie es die Vorgesetzten für nötig hielten. Doch jede Pflegekraft ist Teil des gesamten Systems und muss daher die Anforderungen oder Aufgabenverteilungen innerhalb der Pflegeversicherung einordnen können. Die Einstufung von Pflegebedürftigen und die Qualitätsprüfungen durch den MDK sind keine Geheimwissenschaft, sondern wichtiges Alltagswissen.

Im ersten Teil meines Buches widme ich mich den Einstufungskriterien. Die »Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches« (im Folgenden »Begutachtungs-Richtlinien« – BRI – genannt) wurden im Sommer 2013 überarbeitet, sind aber innerhalb der Pflege noch immer nicht ausreichend bekannt.

Immer wieder kam es in der Vergangenheit zu Unstimmigkeiten bzgl. der »besten« Pflegestufe. Die Pflegeeinrichtungen verlangten von den Mitarbeitern der Pflege oft hohe Pflegeeinstufungen. Je höher ein Pflegebedürftiger eingestuft war, desto größer schien der betriebliche Erfolg. Erfolgte eine Einstufung nicht im Sinne der Einrichtung, hatten die Pflegekräfte entweder schlecht dokumentiert oder die Begutachtungs-Richtlinien waren einfach nicht praktikabel. Die Wahrheit liegt wie so häufig irgendwo dazwischen.

Bis heute erlebe ich ambulante wie stationäre Einrichtungen, die ihre Mitarbeiter ohne Wissen und Vorbereitung in eine Begutachtung schicken. Die Mitarbeiter sind dem Gutachter somit in Erfahrung und Wissen um die Einstufungskriterien weit unterlegen. So kann eine korrekte Einstufung kaum gelingen.

Dieses Buch trägt den Titel »Mit dem Gutachter eine Sprache sprechen«. Damit möchte ich vor allem eines zum Ausdruck bringen: Wissen ist Macht. Je mehr Wissen über die Begutachtung, das Pflegeversicherungsgesetz und die Begutachtungs-Richtlinien herrscht, desto klarer, nachvollziehbarer und korrekter werden die Einstufungen. Es liegt sehr häufig eben nicht an der Begutachtungspraxis der einzelnen Gutachter, sondern am fehlenden Knowhow der Beteiligten.

Im Mittelpunkt des zweiten Teils steht die Qualitätssicherung. Trotz guter bis sehr guter Noten haben viele Einrichtungen noch immer Qualitätsmängel. Viele Beteiligte, meist Trägervertreter der Einrichtung, Pflegeleitungen oder auch Qualitätsbeauftragte, verfügen zwar über genügend Informationen und kennen auch die Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR). Was fehlt, ist die Umsetzung des Wissens in die Praxis:

- Wie werden notwendige Qualitätsmaßnahmen in den Köpfen der Mitarbeiter verankert?
- Welche Strategie ist für die Erfüllung der Qualität die beste?
- Wie schafft die Einrichtung eine gute Benotung innerhalb des Transparenzverfahrens?

Die Anforderungen aus dem MDK-Konzept zur Qualitätssicherung von 1996 wurden mehrfach modifiziert und weiter ausgebaut. Der zweite Prüfkatalog aus dem Jahr 2000 unterschied erstmals zwischen ambulant und stationär und brachte deutlich neue Anforderungen. Diese beiden Anleitungen zur Prüfung der Qualität wurden am 17. Januar 2014 ersetzt.

2008 und 2009 wurden die dazugehörigen Transparenzkriterien festgelegt, mit denen die Folgeeinrichtungen benotet wurden. Da die Noten in den Folgejahren außerordentlich gut ausfielen, wurden 2014 neue Kriterien und ein verändertes Bewertungssystem verfasst. Möglich wurde dies durch die

Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS).

Es gibt Einrichtungen, die sich seit dem Start der Pflegeversicherung mit der Qualitätssicherung befasst haben und mittlerweile schon die xte Revision ihres Qualitätshandbuchs erledigt haben. Andere Einrichtungen leben heute vielleicht mit einer Mängelliste als Resultat einer Prüfung, die sie nun abarbeiten (müssen), oder aber haben sich den geänderten Bedingungen seit 2014 noch nicht ausreichend gestellt.

Ich hoffe, dieses Werk ist nicht nur ein Informationsprodukt, sondern darüber hinaus ein Nachschlagewerk mit unterhaltsamem Charakter.

Wiesbaden, im Juli 2014

Jutta König

Danke

Ich bedanke mich bei allen, die mich in meiner täglichen Arbeit unterstützen. Damit ich niemanden vergesse, nenne ich einfach keine Namen und alle fühlen sich angesprochen.

Den Kritikern ein Wort vorweg:

*Die Selbstkritik hat was für sich.
Gesetzt den Fall, ich tadle mich,
so hab ich erstens den Gewinn,
dass ich so hübsch bescheiden bin.
Und zweitens denken sich die Leut:
»Der Mann ist lauter Redlichkeit.«
Auch schnapp ich drittens diesen Bissen
vorweg den andern Kritiküssen.
Und viertens hoff ich außerdem
auf Widerspruch, der mir genehm.
So kommt es dann zuletzt heraus,
dass ich ein ganz famoses Haus.*

WILHELM BUSCH

TEIL I

**MDK – MIT DEM GUTACHTER
EINE SPRACHE SPRECHEN**

1

AUSZÜGE AUS DEM PFLEGEVERSICHERUNGSGESETZ

1.1 Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (§ 1 Abs. 4,5)

»Die Pflegeversicherung hat die Aufgabe, Pflegebedürftigen Hilfe zu leisten, die wegen der Schwere der Pflegebedürftigkeit auf solidarische Unterstützung angewiesen sind.

(4a) In der Pflegeversicherung sollen geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich der Pflegebedürftigkeit von Männern und Frauen und ihrer Bedarfe an Leistungen berücksichtigt und den Bedürfnissen nach einer kultursensiblen Pflege nach Möglichkeit Rechnung getragen werden.

(5) Die Leistungen der Pflegeversicherung werden in Stufen eingeführt: die Leistungen bei häuslicher Pflege vom 1. April 1995, die Leistungen bei stationärer Pflege vom 1. Juli 1996 an.«

1.2 Selbstbestimmung (§ 2 Abs. 2)

»Die Pflegebedürftigen können zwischen Einrichtungen und Diensten verschiedener Träger wählen. Ihren Wünschen zur Gestaltung der Hilfe soll, soweit sie angemessen sind, im Rahmen des Leistungsrechts entsprochen werden. Wünsche der Pflegebedürftigen nach gleichgeschlechtlicher Pflege haben nach Möglichkeit Berücksichtigung zu finden.«

Die Aussage »soweit sie angemessen sind« dürfte im Einzelfall spannend zu deuten sein. Wer sagt, was angemessen ist? In der Regel wird dies doch über das Geld entschieden. Wenn das Sozialamt als Sponsor auftritt, wird nach dem Grundsatz der Angemessenheit sicherlich eine kostengünstige Alternative gesucht. Wobei auch im SGB XII (ehemaliger BSGH-Bereich) Grenzen gelten. So kamen in der Vergangenheit einige Fälle vor Gericht, in denen das Sozialamt als Beklagte Entgelte zahlen musste, die über das »Angemessene« hinausgingen.

1.3 Vorrang der häuslichen Pflege (§ 3)

»Die Pflegeversicherung soll mit ihren Leistungen vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn unterstützen, damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können. Leistungen der teilstationären Pflege und der Kurzzeitpflege gehen den Leistungen der vollstationären Pflege vor.«

Dieser Grundsatz spiegelt sich in verschiedenen Entscheidungen wider. So ist es manchmal verwunderlich, wenn man im häuslichen Bereich Pflegebedürftige mit einer Pflegestufe antrifft, die einem etwas zu hoch erscheint. Die Einstufung im häuslichen Bereich erweckt den Eindruck, dass hier eigentlich das ein oder andere Auge zugeedrückt wird.

Auch die finanziellen Verbesserungen in den vergangenen Jahren haben weitgehend ambulant stattgefunden. Zwar wurde das Entgelt der Stufe III auch stationär angehoben, aber ambulant betraf die Anhebung alle Stufen und alle Leistungen (Sach- und Geldleistungen) (vgl. Kapitel 1.12).

1.4 Eigenverantwortung (§ 6)

»Die Versicherten sollen durch gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an Vorsorgemaßnahmen und durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und medizinischer Rehabilitation dazu beitragen, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.«

In Zeiten knapper Kassen dürfte dieser Passus an Bedeutung gewinnen und er betrifft alle Krankenversicherten. Es ist tatsächlich eine Überlegung wert, ob einem Diabetiker, der sich nie an seine Diät hält, sich also kontraproduktiv verhält, immer wieder eine Kur verordnet werden soll. Oder ob der Skifahrer, der die vorgegebene Piste verlässt, auf Kosten der Solidargemeinschaft behandelt werden soll. Was ist mit dem Fußballspieler, der g nach jedem Wochenende mit Prellungen zum Arzt geht?

1.5 Aufklärung, Beratung (§ 7 Abs. 2)

»Die Pflegekassen haben die Versicherten und ihre Angehörigen und Lebenspartner in den mit der Pflegebedürftigkeit zusammenhängenden Fragen, insbesondere über die Leistungen der Pflegekassen sowie über die Leistungen und Hilfen anderer Träger, in für sie verständlicher Weise zu unterrichten und zu beraten. und darüber aufzuklären, dass ein Anspruch besteht auf die Übermittlung

1. des Gutachtens des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung oder eines anderen von der Pflegekasse beauftragten Gutachters sowie
2. der gesonderten Rehabilitationsempfehlung gemäß § 18a Absatz 1.

Mit Einwilligung des Versicherten haben der behandelnde Arzt, das Krankenhaus, die Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen sowie die Sozialleistungsträger unverzüglich die zuständige Pflegekasse zu benachrichtigen, wenn sich der Eintritt von Pflegebedürftigkeit abzeichnet oder wenn Pflegebedürftigkeit festgestellt wird. Für die Beratung erforderliche personenbezogene Daten dürfen nur mit Einwilligung des Versicherten erhoben, verarbeitet und genutzt werden.«

In einer Pressemeldung des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e. V. (VdAK) hieß es unter der Überschrift »Rahmenkonzept der Ersatzkassen und ihrer Verbände zur Beratung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen (Pflegeberatung)«: »Die Ersatzkassen wollen die Auskunft und die Beratung Pflegebedürftiger und deren Angehörigen intensivieren und verbessern. Die Ersatzkassenverbände VdAK/AEV haben deshalb ein grundlegendes Konzept zur Pflegeberatung erarbeitet, das den Mitarbeitern in den Geschäftsstellen als Hilfestellung für ihre alltägliche Beratungstätigkeit dienen soll. Das Konzept informiert nicht nur über das Leistungsspektrum der Pflegeversicherung, sondern über alle im Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit relevanten Leistungsmöglichkeiten und Hilfeangebote, z. B. aus den Bereichen der Rehabilitation, Prävention, Krankenbehandlung. Das Konzept orientiert sich praxisnah an den Fragen der Versicherten. Wie läuft das Antrags- und Begutachtungsverfahren? Welche Träger sind zuständig?«

Die Pflegekassen müssen ihre Versicherten aber nicht nur über die Leistungen der eigenen Kasse und die anderer Sozialversicherungen informieren, sondern auch über Anzahl, Preise und Qualität der Leistungsanbieter.

§ 7 Abs. 3 regelt, dass dem Versicherten »unverzüglich nach Eingang seines Antrags auf Leistungen nach diesem Buch eine Vergleichsliste über die Leistungen und Vergütungen der zugelassenen Pflegeeinrichtungen zu übermitteln« ist. »Gleichzeitig ist der Pflegebedürftige über den nächstgelegenen Pflegestützpunkt (§ 92c), die Pflegeberatung (§ 7a) und darüber zu unterrichten, dass die Beratung und Unterstützung durch den Pflegestützpunkt sowie die Pflegeberatung unentgeltlich sind. Die Leistungs- und Preisvergleichsliste ist der Pflegekasse vom Landesverband der Pflegekassen zur Verfügung zu stellen und zeitnah fortzuschreiben. (...) Ferner ist der Pflegebedürftige auf die Veröffentlichung der Ergebnisse von Qualitätsprüfungen hinzuweisen. Versicherte mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf sind in gleicher Weise, insbesondere über anerkannte niedrigschwellige Betreuungsangebote, zu unterrichten und zu beraten.«

1.5.1 Pflegeberatung (§ 7a)

»(1) Personen, die Leistungen nach diesem Buch erhalten, haben ab dem 1. Januar 2009 Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch einen Pflegeberater oder eine Pflegeberaterin bei der Auswahl und Inanspruchnahme von bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind (Pflegeberatung). Aufgabe der Pflegeberatung ist es insbesondere,

1. den Hilfebedarf unter Berücksichtigung der Feststellungen der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung systematisch zu erfassen und zu analysieren,
2. einen individuellen Versorgungsplan mit den im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen zu erstellen,

3. auf die für die Durchführung des Versorgungsplans erforderlichen Maßnahmen einschließlich deren Genehmigung durch den jeweiligen Leistungsträger hinzuwirken,
4. die Durchführung des Versorgungsplans zu überwachen und erforderlichenfalls einer veränderten Bedarfslage anzupassen sowie
5. bei besonders komplexen Fallgestaltungen den Hilfeprozess auszuwerten und zu dokumentieren.«

1.5.2 Beratungsgutscheine (§ 7b)

»(1) Die Pflegekasse hat dem Antragsteller unmittelbar nach Eingang eines erstmaligen Antrags auf Leistungen nach diesem Buch entweder

1. unter Angabe einer Kontaktperson einen konkreten Beratungstermin anzubieten, der spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang durchzuführen ist, oder
2. einen Beratungsgutschein auszustellen, in dem Beratungsstellen benannt sind, bei denen er zu Lasten der Pflegekasse innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang eingelöst werden kann; § 7a Absatz 4 Satz 5 ist entsprechend anzuwenden.

Die Beratung richtet sich nach den §§ 7 und 7a. Auf Wunsch des Versicherten hat die Beratung in der häuslichen Umgebung stattzufinden und kann auch nach Ablauf der in Satz 1 genannten Frist durchgeführt werden; über diese Möglichkeiten hat ihn die Pflegekasse aufzuklären.«

1.6 Begriff der Pflegebedürftigkeit (§ 14)

Absatz 1: »Pflegebedürftig im Sinne des Gesetzes sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (siehe § 15) der Hilfe bedürfen.«

Absatz 3: »Die Hilfe im Sinne des Absatzes 1 besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtung des täg-

lichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.«

Absatz 4: »Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Absatzes 1 sind:

1. Im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung.
2. Im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung.
3. Im Bereich der Mobilität das selbstständige Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung.
4. Im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.«

1.6.1 Pflegebedürftig oder nicht?

§ 14 ist die Hürde auf dem Weg in die Pflegebedürftigkeit. Wer bereits hier scheitert, erhält keine Leistungen. Mehrere Bundesgesundheitsminister haben Anläufe genommen, diesen Begriff der Pflegebedürftigkeit zu verändern. Im April 2014 kündigte Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe einen Testlauf an. Bis Ende 2014 soll untersucht werden, welche Auswirkungen der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff auf die Kosten der stationären Pflege hat und wie sich das neue Begutachtungsverfahren im Praxistext bewährt.¹ Denn eine Veränderung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs hätte weitreichende Folgen für die Pflegebedürftigen, aber vor allem für die Beitragszahler.

Vielleicht gab es aber auch von Beginn an um den Begriff der Pflegebedürftigkeit Diskussionen, aufgrund der Unwissenheit über die Anwendung der Definition.

¹ <http://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/wirtschaftspolitik/gesundheitsminister-groeh-startschuss-fuer-das-milliardenprojekt-pflege-12886172.html> [Zugriff am 28.04.2014]

Betrachten wir die Formulierungen der Absätze im Einzelnen:

Absatz 1: »Pflegebedürftig im Sinne des Gesetzes sind Menschen, die wegen einer Krankheit und/oder Behinderung auf Dauer, voraussichtlich mindestens sechs Monate, der Hilfe bedürfen.« Es ist also ganz gleich, wie schwerwiegend eine Erkrankung oder Behinderung ist, es gehören noch andere Faktoren dazu. Genau dies ist der strittige Punkt in der Bevölkerung und nicht selten auch bei Pflegekräften. Es ist schwer nachvollziehbar, dass ein Mensch, dem beide Beine fehlen, nicht automatisch pflegebedürftig ist. Die Behinderung ist aber nur ein Kriterium. Der Mensch muss zusätzlich der Hilfe in den Bereichen Körperpflege, Ernährung, Mobilität, Hauswirtschaft bedürfen. Ein behinderter oder ein stark eingeschränkter Mensch ist also nicht automatisch pflegebedürftig, weil er nicht automatisch der Hilfe bedarf.

Manchmal spielt auch die Sechsmonatsfrist eine Rolle, und auch dies ist nicht jedem, der mit dem Bereich Pflege zu tun hat, eingängig.

Wer sich daran erinnern kann, wie 1995 die Pflegeversicherung in Kraft trat, hat vielleicht noch die Worte Norbert Blüms im Ohr, dass die Pflegeversicherung eine Teilkaskoversicherung sei. Das bedeutet zum einen, dass nicht jeder Schaden abgedeckt ist, und zum anderen, dass jeder Versicherte einen gewissen Selbstbehalt/-anteil einbringen muss. Wer eine Krankheit oder Behinderung hat, aber nicht der Hilfe bedarf, erhält keine Leistung aus der Pflegeversicherung. Wer eine Krankheit oder Behinderung hat, aber nur einen Hilfebedarf von weniger als 45 Minuten pro Tag nachweisen kann, hat einen Selbstbehalt in dieser Höhe. Erst ab der 46. Minute ist ein Pflegebedürftiger der Stufe I zuzuordnen.

So gesehen ist die Frage nach der Pflegebedürftigkeit auch eine Frage der Erfüllung von Anforderungen und Kriterien. Folgende Punkte gilt es zu erfüllen:

1. Liegt eine Krankheit und/oder eine Behinderung vor? Wenn »Ja«, weiter mit Frage 2, wenn »Nein«, keine Pflegebedürftigkeit gegeben.
2. Ergibt sich aus dieser vorliegenden Krankheit oder Behinderung ein Hilfebedarf in der Grundpflege (Waschen, Ausscheiden Ernährung, Mobilität), wenn »Ja«, weiter mit Frage 3, wenn »Nein«, keine Pflegebedürftigkeit gegeben.

3. Ist dieser Hilfebedarf voraussichtlich länger als ein halbes Jahr gegeben oder ist die Lebenserwartung kürzer als sechs Monate? Wenn »Ja«, weiter mit Frage 4, wenn die Antwort »Nein« lautet, ist keine Pflegebedürftigkeit gegeben.
4. Kommt zu der erforderlichen Hilfe in der Grundpflege auch noch die Hilfe bei der Hauswirtschaft hinzu? Wenn »Ja«, weiter mit Frage 5, wenn »Nein«, keine Pflegebedürftigkeit gegeben.
5. Die Hilfe für Grundpflege steht im Vordergrund und beträgt mehr als 45 Minuten täglich? Wenn »Ja«, weiter mit Frage 6, wenn »Nein«, keine Pflegebedürftigkeit gegeben.
6. a) Die mehr als 45 Minuten täglich fallen zu unterschiedlichen Tageszeiten an? Wenn »Ja«, ist Pflegebedürftigkeit und Pflegestufe 1 gegeben, wenn »Nein«, ist Pflegebedürftigkeit gegeben, aber keine Pflegestufe.
b) Frage 6 a ist komplett erfüllt, es fällt dreimal täglich Hilfe bei der Grundpflege an, insgesamt mindestens 120 Minuten, und zudem ist mehrfach wöchentliche Hilfe bei der Hauswirtschaft notwendig? Wenn »Ja«, dann ist Pflegebedürftigkeit und Pflegestufe 2 gegeben, wenn »Nein«, ist Pflegestufe I gegeben.
c) Es ist Frage 6 b erfüllt und zudem wird eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung erforderlich und einmal in der Nacht (zwischen 22 und 6 Uhr) ein Hilfebedarf in der Pflege? Insgesamt ist der Hilfebedarf in der Pflege täglich (in 24 Stunden) zu mindestens 240 Minuten und zudem mehrfach wöchentlich bei der Hauswirtschaft notwendig? Wenn »Ja«, ist Pflegebedürftigkeit und Pflegestufe III gegeben, wenn »Nein«, ist Pflegestufe II gegeben.
d) Es ist Frage 6 c erfüllt und zudem ist die Pflege nur durch mindestens zwei Pflegepersonen zu leisten oder statt zwei Personen, wird Hilfe dreimal in der Nacht benötigt? Wenn »Ja«, dann ist Pflegebedürftigkeit und Härtefall gegeben, wenn »Nein«, dann ist Pflegestufe III gegeben.«

1.7 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18)

In diesem Paragraphen stecken viele Neuerungen. Dazu gehört die verkürzte Frist, wenn sich jemand im Krankenhaus, einer Rehaeinrichtung oder Hospiz befindet oder Pflegezeit beantragt hat. Auch wurde die Dauer

des gesamten Verfahrens nun auf fünf Wochen festgelegt. Antragsteller im ambulanten Bereich werden sogar mit 70 EUR pro Woche entschädigt, wenn der Bescheid der Kassen länger auf sich warten lässt.

Absatz 1: »Die Pflegekassen beauftragen den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder andere unabhängige Gutachter mit der Prüfung, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welche Stufe der Pflegebedürftigkeit vorliegt. (...) Darüber hinaus sind auch Feststellungen darüber zu treffen, ob und in welchem Umfang Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit einschließlich der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind; insoweit haben Versicherte einen Anspruch gegen den zuständigen Träger auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.«

Absatz 2: »Der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter haben den Versicherten in seinem Wohnbereich zu untersuchen. (...) Die Untersuchung im Wohnbereich des Pflegebedürftigen kann ausnahmsweise unterbleiben, wenn aufgrund einer eindeutigen Aktenlage das Ergebnis der medizinischen Untersuchung bereits feststeht.«

Absatz 3: »Die Pflegekasse leitet die Anträge zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit unverzüglich an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter weiter. Dem Antragsteller ist spätestens fünf Wochen nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen.

Befindet sich der Antragsteller im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung und

1. liegen Hinweise vor, dass zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung eine Begutachtung in der Einrichtung erforderlich ist, oder
2. wurde die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt oder
3. wurde mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach § 2 Absatz 1 des Familienpflegezeitgesetzes vereinbart,

ist die Begutachtung dort unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen; die Frist kann durch regionale Vereinbarungen verkürzt werden. Die verkürzte Begutachtungsfrist gilt auch dann, wenn der Antragsteller sich in einem Hospiz befindet oder ambulant palliativ versorgt wird. (...) Der Antragsteller hat ein Recht darauf, dass mit dem Bescheid das Gutachten übermittelt wird. Bei der Begutachtung ist zu erfassen, ob der Antragsteller von diesem Recht Gebrauch machen will. Der Antragsteller kann die Übermittlung des Gutachtens auch zu einem späteren Zeitpunkt verlangen.

(3a) Die Pflegekasse ist verpflichtet, dem Antragsteller mindestens drei unabhängige Gutachter zur Auswahl zu benennen,

1. soweit nach Absatz 1 unabhängige Gutachter mit der Prüfung beauftragt werden sollen oder
2. wenn innerhalb von vier Wochen ab Antragstellung keine Begutachtung erfolgt ist. (...)

(3b) Erteilt die Pflegekasse den schriftlichen Bescheid über den Antrag nicht innerhalb von fünf Wochen nach Eingang des Antrags oder wird eine der in Absatz 3 genannten verkürzten Begutachtungsfristen nicht eingehalten, hat die Pflegekasse nach Fristablauf für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung unverzüglich 70 EUR an den Antragsteller zu zahlen. Dies gilt nicht, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder wenn sich der Antragsteller in stationärer Pflege befindet und bereits als mindestens erheblich pflegebedürftig (mindestens Pflegestufe I) anerkannt ist.«

Absatz 4: »Der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter sollen, soweit der Versicherte einwilligt, die behandelnden Ärzte des Versicherten, insbesondere die Hausärzte, in die Begutachtung einbeziehen und ärztliche Auskünfte und Unterlagen über die für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit wichtigen Vorerkrankungen sowie Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit einholen. Mit Einverständnis des Versicherten sollen auch pflegende Angehörige oder sonstige Personen oder Dienste, die an der Pflege des Versicherten beteiligt sind, befragt werden.

Absatz 5: Die Pflege- und Krankenkassen sowie die Leistungserbringer sind verpflichtet, dem Medizinischen Dienst oder den von der Pflegekasse beauftragten Gutachtern die für die Begutachtung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. § 276 Abs. 1 Satz 2 und 3 des Fünften Buches gilt entsprechend.«

1.8 Begriff der Pflegeperson (§ 19)

»Pflegepersonen im Sinne des Gesetzes sind Personen, die nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen im Sinne des § 14 in seiner häuslichen Umgebung pflegen. Leistungen zur sozialen Sicherung nach § 44 erhält eine Pflegeperson nur dann, wenn sie eine oder mehrere pflegebedürftige Personen wenigstens 14 Stunden wöchentlich pflegt.«

Der Begriff der Pflegeperson wird in der Praxis etwas missverständlich genutzt. Jeder, der pflegt, nennt sich Pflegeperson. Kraft Gesetzes ist dies aber nicht immer der Fall. Nur wer einen Pflegebedürftigen nicht erwerbsmäßig und durchschnittlich 14 Stunden pro Woche pflegt, gilt als Pflegeperson und hat Anspruch auf die soziale Sicherung gemäß § 44 SGB XI.

1.9 Leistungsvoraussetzung (§ 33)

Absatz 1: »Versicherte erhalten die Leistungen der Pflegeversicherung auf Antrag. Die Leistungen werden ab Antragstellung gewährt, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an, in dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen. Wird der Antrag später als einen Monat nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit gestellt, werden die Leistungen vom Beginn des Monats der Antragstellung an gewährt. Die Zuordnung zu einer Pflegestufe, die Anerkennung als Härtefall sowie die Bewilligung von Leistungen können befristet werden und enden mit Ablauf der Frist.«

Absatz 2: »Anspruch auf Leistungen besteht in der Zeit ab 1. Juli 2008, wenn der Versicherte in den letzten zehn Jahren vor der Antragstellung mindestens zwei Jahre als Mitglied versichert oder nach § 25 familienversichert war. Zeiten der Weiterversicherung nach § 26 Abs. 2 werden bei der Ermitt-

lung der nach Satz 1 erforderlichen Vorversicherungszeit mitberücksichtigt. Für versicherte Kinder gilt die Vorversicherungszeit nach Satz 1 als erfüllt, wenn ein Elternteil sie erfüllt.«

1.9.1 Ohne Antrag geht in Deutschland gar nichts

Der Antrag muss bei der Pflegekasse gestellt werden, dies kann formlos geschehen. Einen Antrag stellen dürfen Versicherte, deren gesetzliche Betreuer, Bevollmächtigte, Erziehungsberechtigte. Nicht aber beteiligte ambulante Dienste oder stationäre Einrichtungen, denn der Pflegebedürftige, für den der Antrag gestellt wird, und die stationäre Einrichtung stehen womöglich im Interessenkonflikt. Der Pflegebedürftige möchte eine niedrige Stufe, weil das Entgelt, das er zu entrichten hat, entsprechend niedriger ist. Die stationäre Einrichtung möchte eine entsprechend höhere Stufe, weil eine höhere Stufe auch höhere Entgelte bringt.

Ambulante Dienste hätten den Weg über die Informationspflicht gegenüber den Kassen. Nur wird dies in der Regel wenig genutzt. Wenn ein Pflegedienst den Pflegebedürftigen informiert, dass ein Höherstufungsantrag gestellt werden sollte, so wird der Pflegebedürftige oder sein Vertreter dies gern und sofort tun, bei Runterstufung eher nicht. Aber auch das wäre gemäß § 120 SGB XI die Pflicht eines ambulanten Dienstes.

Für stationäre Einrichtungen gibt es § 87a SGB XI. Hier ist die Regelung so, dass eine Einrichtung den Bewohner zu einem bestimmten Datum auffordert, einen (ggf. erneuten) Antrag zu stellen. Dies sollte die Einrichtung wegen der Beweispflicht stets schriftlich tun. Diese Aufforderung muss auch der Pflegekasse und dem zuständigen Sozialhilfeträger zugestellt werden.

Kommt der Pflegebedürftige dieser Aufforderung nicht nach, so ist das Heim berechtigt, im zweiten darauf folgenden Monat (nach der Aufforderung) das entsprechend höhere Heimentgelt zu verlangen.

Beispiel

Ein Bewohner mit Stufe I wird am 10. Dezember 20.. aufgefordert, einen Antrag zu stellen. Er kommt dieser Aufforderung nicht nach. Also darf die Einrichtung am 1. Februar 20.. das Heimentgelt entsprechend der Stufe 2 verlangen.

Mit Sicherheit wird dann Folgendes geschehen: Der Bewohner (oder Vertreter) merkt, dass sehr viel mehr Geld vom Konto abgeht als die Monate vorher, dass der Kassenanteil aber gleich geblieben ist. Infolgedessen wird nun doch ein Antrag gestellt, schließlich möchte man die Zuwendungen der Kasse haben. Vielleicht möchte man auch prüfen lassen, wer denn nun recht hat: das Heim mit der Stufe II oder der Bewohner mit Stufe I.

Wenn der Bewohner Recht behält, muss das Pflegeheim den zu Unrecht verlangten Betrag mit 5 % Zinsen zurückzahlen. Wenn das Heim Recht behält, erhält der Bewohner Leistungen von der Pflegekasse, jedoch lediglich ab dem Zeitpunkt der Antragstellung. Es sei denn, die Pflegebedürftigkeit war bereits länger als einen Monat vor Antragstellung gegeben.

1.10 Stufen der Pflegebedürftigkeit (§ 15)

1.10.1 Pflegestufe I

Pflegebedürftige der Stufe I sind erheblich pflegebedürftig. Sie benötigen mindestens einmal täglich Hilfe bei wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen, zusätzlich mehrfach wöchentlich hauswirtschaftliche Versorgung.

Hilfebedarf: mindestens 90 Minuten im Tagesdurchschnitt, davon mehr als 45 Minuten für die Grundpflege ohne Hauswirtschaft.

1.10.2 Pflegestufe II

Pflegebedürftige der Stufe II sind Schwerpflegebedürftige. Sie benötigen mindestens dreimal täglich Hilfe zu verschiedenen Tageszeiten, zusätzlich mehrfach wöchentlich eine hauswirtschaftliche Versorgung.

Hilfebedarf: mindestens 180 Minuten im Tagesdurchschnitt, davon mindestens 120 Minuten Grundpflege ohne Hauswirtschaft.

1.10.3 Pflegestufe III

Pflegebedürftige der Stufe III sind Schwerstpflegebedürftige. Sie benötigen Rund-um-die-Uhr-Betreuung und bedürfen der nächtlichen Hilfe.

Hilfebedarf: mindestens 300 Minuten im Tagesdurchschnitt, davon mindestens 240 Minuten Grundpflege ohne Hauswirtschaft.

1.10.4 Härtefallregelung

Außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand

Für die Feststellung eines außergewöhnlich hohen Pflegebedarfs im Sinne der Härtefallregelungen reicht es neben dem Hilfebedarf der Pflegestufe III und der zusätzlich ständig erforderlichen Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung aus, wenn »Hilfe bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens 6 Stunden täglich, davon mindestens dreimal in der Nacht, erforderlich [ist]. Bei Pflegebedürftigen in vollstationären Pflegeeinrichtungen ist auch die auf Dauer bestehende medizinische Behandlungspflege zu berücksichtigen.«

Oder »die Grundpflege für den Pflegebedürftigen auch des Nachts nur von mehreren Pflegekräften gemeinsam (zeitgleich) erbracht werden [kann] (...). Das zeitgleiche Erbringen der Grundpflege des Nachts durch mehrere Pflegekräfte erfordert, dass wenigstens bei einer Verrichtung tagsüber und des Nachts neben einer professionellen Pflegekraft mindestens eine weitere

Pflegeperson, die nicht bei einem Pflegedienst beschäftigt sein muss (z. B. Angehörige), tätig werden muss.«

Vermeidung von mehreren Pflegekräften

Durch die o. g. Festlegung soll erreicht werden, dass hier nicht mehrere Pflegekräfte eines Pflegedienstes (§ 71 SGB XI) tätig werden müssen. Jedes der beiden Merkmale erfüllt bereits für sich die Voraussetzungen eines qualitativ und quantitativ weit über das übliche Maß der Grundvoraussetzung der Pflegestufe III hinausgehenden Pflegeaufwandes.

Stationär können zudem Bewohner der Stufe III zum Härtefall werden, wenn diese Bewohner in einem Sonderbereich wohnen. Voraussetzung ist, dass der Bewohner auf dem Sonderwohnbereich in Stufe III mehr Geld für die Pflege aufbringen muss, als Bewohner der Stufe III auf anderen Wohnbereichen. Das Grundprinzip der Pflegeversicherung ist die finanzielle Entlastung bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit und dieser Grundsatz wird hier erneut deutlich. Tabelle 1 zeigt ein Beispiel.

Tabelle 1: Vergleich der Kosten und Anteile

	Heimkosten im Monat	Pflegeversicherungsanteil bei Stufe 3	Eigenanteil Bewohner
Wohnbereich A (kein Sonderbereich)	3.400 EUR	1.550 EUR	1.850 EUR
Wohnbereich D (Sonderbereich)	3.900 EUR	1.550 EUR	2.350 EUR

Der Bewohner mit Stufe III, der auf einem Wohnbereich für demenziell Erkrankte lebt, muss in diesem Beispiel 500 EUR im Monat mehr zahlen als der Bewohner mit Stufe III auf dem anderen Wohnbereich. Damit der Bewohner mit Stufe III auf dem Wohnbereich für demenziell Erkrankte finanziell entlastet werden kann, wird er automatisch (nach Antrag) in die Härtefallregelung übernommen. Dort erhält er einen Zuschuss von 1918 EUR im Monat von der Pflegeversicherung, somit liegt sein Eigenanteil bei 1982 EUR statt bei 2350 EUR.

Dieses Vorgehen findet sich in einer eigenen Richtlinie, der sogenannten Härtefall-Richtlinie wieder. Diese ist Bestandteil der BRi (S. 171):

»5. Anerkennung des Härtefalles bei Pflegebedürftigen in vollstationären Pflegeeinrichtungen

Voraussetzung für die Anerkennung eines Härtefalles ist, dass stationär versorgte Schwerstpflegebedürftige mit außergewöhnlich hohem Pflegeaufwand (Ziffer 4) zur Deckung ihres Pflegebedarfs zusätzliche Kosten aufbringen müssen. Das kann der Fall sein, wenn sich die vollstationäre Pflegeeinrichtung konzeptionell auf einen Personenkreis mit außergewöhnlich hohem Pflegeaufwand spezialisiert hat (z. B. auf Wachkomapatienten) und einen Pflegesatz der Pflegeklasse III berechnet, der den verbundenen personellen Mehraufwand von vornherein einkalkuliert und deutlich über den Pflegesätzen der Pflegeklasse III liegt, die in nicht spezialisierten vollstationären Pflegeeinrichtungen erhoben werden. Dies gilt auch für vollstationäre Pflegeeinrichtungen, die eine wirtschaftlich getrennt geführte, selbständige Abteilung für Schwerstpflegebedürftige mit außergewöhnlich hohem Pflegeaufwand und eigenständigem Pflegesatz eingerichtet haben, der über dem außerhalb dieser Abteilung berechneten Satz der Pflegestufe III liegt.«

1.10.5 Die höheren Pflegestufen sinken

Die Pflegestufen (ambulant wie stationär) sinken derzeit, obwohl die Zahl der Pflegebedürftigen ständig steigt und die Begutachtungs-Richtlinien permanent nachgebessert werden (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 2: Pflegebedürftige in Deutschland

Zahl der Pflegebedürftigen (ambulant), gerundet	31.12.2001	31.12.2012	Änderung
Insgesamt	1,26 Mio.	1,67 Mio.	+ 410 000
Pflegestufe I	681 000 = 54,1 %	1.043.065 = 62,6 %	+ 8,5 %
Pflegestufe II	448 000 = 35,5 %	483.159 = 29,0 %	- 6,5 %
Pflegestufe III	130 000 = 10,4 %	140.884 = 8,5 %	- 1,9 %

Zahl der Pflegebedürftigen (stationär), gerundet	31.12.2001	31.12.2012	Änderung
Insgesamt	561 000	715.304	+ 154 305
Pflegestufe I	210 000 = 37,6 %	313.280 = 43,0 %	+ 5,4 %
Pflegestufe II	234 000 = 41,8 %	273.733 = 37,5 %	– 4,3 %
Pflegestufe III	115 000 = 20,6 %	142.533 = 19,5 %	– 1,1 %

Das ist eine bemerkenswerte »Verbesserung« der Pflegebedürftigkeit in Deutschland. Woran mag das nur liegen?

1.11 Bedingungen der Pflegebedürftigkeit

Kriterien für die Zuordnung zu einer der drei Pflegestufen (vgl. Abbildung 1) sind neben den Voraussetzungen die Häufigkeit des Hilfebedarfs sowie ein zeitlicher Hilfebedarf von 90 Minuten im Tagesdurchschnitt. Ein geringfügiger oder kurz anfallender Hilfebedarf, die allgemeine Beaufsichtigung sowie ausschließlich hauswirtschaftliche Versorgung führen nicht zur Anerkennung einer Pflegestufe.

Die Anforderungen der Pflegeversicherung

1. Eine Behinderung und/oder Erkrankung löst einen regelmäßigen Hilfebedarf (einmal pro Tag) in der Grundpflege aus.
2. Der Hilfebedarf besteht voraussichtlich mindestens sechs Monate bei Körperpflege, Ernährung und Mobilität.
3. Die Zuordnung zu einer Pflegestufe ist darüber hinaus Grundlage, um Leistungen aus der Pflegeversicherung zu erhalten.

Ungeachtet der Einflechtung der sogenannten krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen wird alles, was außerhalb der Grundpflege stattfindet, nicht berechnet. Es geht lediglich um Körperpflege, Behandlungspflege, Mobilität, Ernährung und Hauswirtschaft. Deshalb sind viele Pflegebedürftige und Pflegenden unzufrieden mit der Pflegeversicherung. Es fehlt bis heute an einer korrekten Aufklärung über die Versicherungsleistungen. Das ist sicherlich auch ein Verschulden der Regierung, sowohl der damaligen, die

die Pflegeversicherung verabschiedete, als auch der heutigen, die es nicht schafft, ihre Bürger hinreichend aufzuklären. Wie oft wurde vorgegaukelt, die Pflegeversicherung sei für alte und kranke Menschen da. Dass neben dieser Hürde, alt und krank zu sein, noch weitere Klippen zu nehmen sind, wurde nicht gesagt.

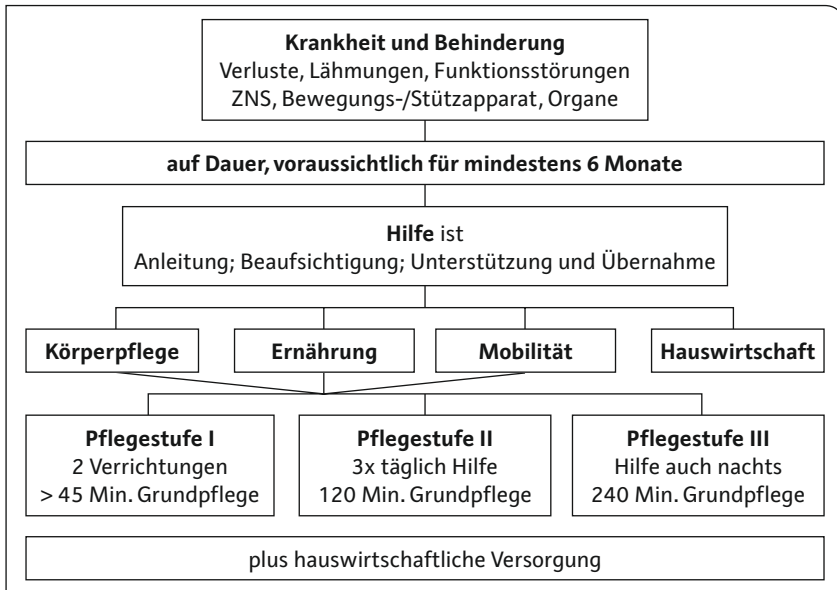


Abb. 1: Kriterien für die Zuordnung zu einer Pflegestufe.

Nur Teilkasko

Die Pflegeversicherung ist eine Teilkaskoversicherung, die im Falle einer Pflegebedürftigkeit eben nur bestimmte Bereiche (Ernährung, Mobilität, Körperpflege und Hauswirtschaft) abdeckt. Sie ist weder allumfassend noch prophylaktisch.

Der Begriff der Pflegebedürftigkeit soll seit langem geändert werden. Aber das könnte noch eine Weile dauern. Wie bereits gesagt, laufen derzeit Studien, die Aufschluss darüber geben sollen, was der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und das neue Begutachtungsinstrument in der Praxis bringen.

Erst wenn klar ist, wie teuer es wird, wird die Politik an das Thema herangehen. Klar jedoch ist schon heute, dass der Beitrag zur Pflegeversicherung 2015 bei 3 % liegen wird, auch ohne jede weitere Reform.

1.12 Leistungen der Pflegeversicherung

1.12.1 Leistungsarten, Grundsätze (§ 28)

»(1) Die Pflegeversicherung gewährt folgende Leistungen:

- Pflegesachleistung (§ 36),
- Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfe (§ 37),
- Kombination von Sach- und Geldleistung (§ 37),
- Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39),
- Pflegehilfsmittel und technische Hilfen (§ 40),
- Tages- und Nachtpflege (§ 41),
- Kurzzeitpflege (§ 42),
- Vollstationäre Pflege (§ 43),
- Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 43a),
- Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson (§ 44),
- Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit (§ 44a),
- Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen (§ 45),
- Zusätzliche Betreuungsleistungen (§ 45b),
- Leistungen des persönlichen Budgets nach § 17 Abs. 2 bis 4 des Neunten Buches.
- (1a) Versicherte haben gegenüber ihrer Pflegekasse oder ihrem Versicherungsunternehmen Anspruch auf Pflegeberatung (§ 7a).
- (1b) Bis zum Erreichen des in § 45e Absatz 2 Satz 2 genannten Zeitpunkts haben Pflegebedürftige unter den Voraussetzungen des § 45e Absatz 1 Anspruch auf Anschubfinanzierung bei Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen. Versicherte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz haben bis zum Inkrafttreten eines Gesetzes, das die Leistungsgewährung aufgrund eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines entsprechenden Begutachtungsverfahrens regelt, Anspruch auf verbesserte Pflegeleistungen (§ 123).

- (2) Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben, erhalten die jeweils zustehenden Leistungen zur Hälfte; dies gilt auch für den Wert von Sachleistungen.«

(3) »Die Pflegekassen und die Leistungserbringer haben sicherzustellen, dass die Leistungen nach Absatz 1 nach allgemein anerkanntem Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse erbracht werden.«

(4) »Die Pflege soll auch die Aktivierung des Pflegebedürftigen zum Ziel haben, um vorhandene Fähigkeiten zu erhalten und, soweit dies möglich ist, verlorene Fähigkeiten zurückzugewinnen. Um der Gefahr einer Vereinsamung des Pflegebedürftigen entgegenzuwirken, sollen bei der Leistungserbringung auch die Bedürfnisse des Pflegebedürftigen nach Kommunikation berücksichtigt werden.«

1.12.2 Kosten der Leistungen der Pflegeversicherung

Einfach und schnell lassen sich die Kosten der Leistungen der Pflegeversicherung auf der Homepage des Bundesgesundheitsministeriums (www.bmg-bund.de) auffinden. Die Übersicht in Tabelle 3 stammt aus November 2013.

1.12.3 Pflegesachleistung (§ 36)

Leistungen, die durch einen ambulanten Dienst oder eine Sozialstation erbracht werden, nennt man Pflegesachleistung.

Tabelle 3: Pflegesachleistungen seit dem 1. 1. 2013

Pflegestufe	Sachleistungen
Stufe I	450 EUR
Stufe II	1100 EUR
Stufe III	1550 EUR
Härtefall nach § 36 Abs. 4	1918 EUR

1.12.4 Pflegegeld (§ 37)

Pflegegeld dient dem Zweck der selbst beschafften Pflegehilfe. Der Pflegebedürftige erhält das Pflegegeld monatlich und stellt damit seine Pflege in geeigneter Weise sicher.

Tabelle 4: Pflegestufen und Pflegegeld seit 1.1.2013

Pflegestufe	Pflegegeld
Stufe I	235 EUR
Stufe II	440 EUR
Stufe III	700 EUR

Empfänger von Pflegegeld sind verpflichtet, in Stufe I und II jeweils halbjährlich und in Stufe III jeweils vierteljährlich einen Pflegeeinsatz abzurufen, wobei sie den ambulanten Anbieter frei wählen können. Der beauftragte Leistungserbringer muss einen Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen haben. Wird der Pflegeeinsatz nicht fristgerecht oder nach Aufforderung durch die Pflegekasse abgerufen, ist die Kasse berechtigt, das Pflegegeld nach vorheriger schriftlicher Benachrichtigung zu kürzen.

Die Pflegeeinsätze dienen der Sicherung der Qualität im häuslichen Bereich. Die Pflegedienste müssen mit Einverständnis des Pflegebedürftigen der zuständigen Pflegekasse die bei dem Pflegeeinsatz gewonnenen Erkenntnisse zur Qualität der Pflegesituation und zur Notwendigkeit einer Verbesserung mitteilen.

Diese Pflegeeinsätze sind von der Pflegekasse zu zahlen. Für die Stufen I und II erhält der Pflegedienst bis zu 21 EUR, für einen Pflegeeinsatz in Stufe II bis zu 31 EUR.

Tabelle 5: Leistungen der Pflegeversicherung im Überblick (seit 1. 1. 2013)

		Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
Häusliche Pflege	Pflegesachleistung bis EUR monatlich	450	1100	1550 (1918)
	Pflegegeld EUR monatlich	225	440	700
Pflegevertretung a) durch nahe Angehörige	Pflegeaufwendungen für bis zu vier Wochen im Kalenderjahr in EUR	225*	440*	700*
b) durch sonstige Personen		1550	1550	1550
Kurzzeitpflege	Pflegeaufwendungen bis EUR im Jahr	1550	1550	1550
Teilstationäre Tages- und Nachtpflege	Pflegeaufwendungen bis EUR monatlich	450	1100	1550
Ergänzende Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf	Pflegeaufwendungen pauschal EUR monatlich	100 – max 200	100 – max 200	100 – max 200
Vollstationäre Pflege	Pflegeaufwendungen pauschal in EUR monatlich	1023	1279	1550 (1918)
Pflege in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe	Pflegeaufwendungen in Höhe von	10% des Heimentgelts, höchstens 256 EUR monatlich		
* Auf Nachweis werden den ehrenamtlichen Pflegepersonen notwendige Aufwendungen (Verdienstausschlag, Fahrkosten usw.) bis zum Gesamtbetrag von 1.550 EUR erstattet.				

Die Pflegefachkraft, die den Einsatz durchführt, sollte stets vor Augen haben, dass der pflegende Angehörige bzw. der Pflegebedürftige ein potenzieller Kunde ist. Der Pflegebedürftige muss diesen Pflegeeinsatz unterschreiben. Wenn er mit der Übermittlung der Daten an die Pflegekasse nicht einverstanden sein sollte, kann die Pflegekasse nach Vorankündigung das Pflegegeld kürzen. Ohne Einwilligung des Pflegebedürftigen ist eine Datenübermittlung an die Kasse nicht rechters.

1.12.5 Kombinationsleistung (§ 38)

Die Kombinationsleistung soll die Pflege im häuslichen Bereich stärken und unterstützen. Bei dieser Leistung ist es dem Pflegebedürftigen möglich, Pflegegeld und Pflegesachleistungen gleichzeitig abzurufen. Der Verteilung der Kombinationsleistung liegt eine Prozentrechnung zugrunde. Das Pflegegeld wird um den Prozentsatz vermindert, zu dem der Pflegebedürftige Sachleistungen in Anspruch genommen hat. Zunächst wird also ermittelt, wie viel Prozent der maximalen Sachleistung in Anspruch genommen wurde. Dann werden die verbleibenden Prozente auf das Pflegegeld angerechnet.

Beispiel

Ein Pflegebedürftiger der Stufe I ruft Pflegeleistungen im Gegenwert von 360 EUR von einem ambulanten Dienst ab. Diese 360 EUR sind 80% von 450 EUR (dem derzeit maximalen Sachleistungsbetrag der Stufe I). Damit verbleiben dem Pflegebedürftigen 20% der möglichen Geldleistung, in diesem Fall also 47 EUR. Die Pflegekasse bezahlt in diesem Fall für ihren Versicherten insgesamt nur 407 EUR statt 450 EUR für Sachleistungen in Stufe I. Die Kasse spart also bei der Kombinationsleistung.

1.12.6 Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39)

Die häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson kann von jedem Pflegebedürftigen (im Sinne des § 14 SGB XI) bei der Pflegekasse beantragt werden. Die Pflegekasse übernimmt die Kosten für die Ersatzpflege bis zu einem maximalen Betrag von derzeit 1.550 EUR pro Kalenderjahr für maximal 28 Tage. Wird die abwesende Pflegeperson nicht von einer zugelassenen Pflegeeinrichtung (ambulanter Dienst oder Sozialstation) vertreten, sondern von einer anderen Pflegeperson, so wird nur das entsprechende Pflegegeld für den genannten Zeitraum gezahlt. Außerdem übernimmt die Pflegekasse die nachweislich zusätzlich angefallenen Kosten einer Pflegeperson, beispielsweise für Wegegeld und Arbeitsausfall. Diese Aufwendungen dürfen jedoch den Gesamtbetrag von derzeit 1.550 EUR pro Kalenderjahr nicht übersteigen.

Weiterzahlung des Pflegegeldes

Während der Verhinderungspflege sowie der Kurzzeitpflege wird für jeweils bis zu vier Wochen je Kalenderjahr die Hälfte des bisher bezogenen (anteiligen) Pflegegeldes gewährt.

1.12.7 Pflegehilfsmittel und technische Hilfen (§ 40)

»(1) Pflegebedürftige haben Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die zur Erleichterung der Pflege oder der Linderung von Beschwerden eines Pflegebedürftigen beitragen oder ihm eine selbstständige Lebensführung ermöglichen, soweit die Hilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten sind.

Die Pflegekasse überprüft die Notwendigkeit der Versorgung mit den beantragten Pflegehilfsmitteln unter Beteiligung einer Pflegefachkraft oder des Medizinischen Dienstes.

(2) Die Aufwendungen der Pflegekasse für die zum Verbrauch bestimmten Hilfsmittel dürfen monatlich den Betrag von 31 EUR nicht übersteigen. Die Leistung kann auch in Form einer Kostenerstattung erbracht werden. (...)

(3) Die Pflegekassen sollen technische Pflegehilfsmittel in allen geeigneten Fällen vorrangig leihweise überlassen. Sie können die Bewilligung davon abhängig machen, daß die Pflegebedürftigen sich das Pflegehilfsmittel anpassen oder sich selbst oder die Pflegeperson in seinem Gebrauch ausbilden lassen. Der Anspruch umfaßt auch die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Pflegehilfsmitteln sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch. Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben zu den Kosten der Pflegehilfsmittel mit Ausnahme der Pflegehilfsmittel nach Absatz 2 eine Zuzahlung von zehn vom Hundert, höchstens jedoch 25 EUR je Pflegehilfsmittel an die abgebende Stelle zu leisten. (...)

(4) Die Pflegekassen können subsidiär finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen gewähren, beispielsweise für technische Hilfen im Haushalt, wenn dadurch im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt wird. Die Zuschüsse dürfen einen Betrag von 2.557 EUR je Maßnahme nicht überschreiten. Leben mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung, dürfen die Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des gemeinsamen Wohnumfeldes einen Betrag in Höhe von 2.557 EUR je Pflegebedürftigem nicht übersteigen. Der Gesamtbetrag je Maßnahme nach Satz 3 ist auf 10.228 EUR begrenzt und wird bei mehr als vier Anspruchsberechtigten anteilig auf die Versicherungsträger der Anspruchsberechtigten aufgeteilt. (...)

(5) Für Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel, die sowohl den in § 23 und § 33 des Fünften Buches als auch den in Absatz 1 genannten Zwecken dienen können, prüft der Leistungsträger, bei dem die Leistung beantragt wird, ob ein Anspruch gegenüber der Krankenkasse oder der Pflegekasse besteht und entscheidet über die Bewilligung der Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel.... Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt in Richtlinien, die erstmals bis zum 30. April 2012 zu beschließen sind, die Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel nach Satz 1, das Verhältnis, in dem die Ausgaben aufzuteilen sind, sowie die Einzelheiten zur Umsetzung der Pauschalierung.«