



Glossar Pflegereform 2008

Aktivierende Pflege

Unter aktivierender Pflege ist eine alltägliche Pflegepraxis zu verstehen, die die Selbständigkeit und Unabhängigkeit des Menschen fördert. Diese Form der Hilfe zur Selbsthilfe soll Pflegebedürftigen mehr Selbstbewusstsein vermitteln und aufzeigen, in wie weit der Alltag von den Betroffenen noch allein oder unter Beaufsichtigung bzw. Anleitung oder Unterstützung bestritten werden kann. Die aktivierende Pflege soll den Pflegebedürftigen insbesondere dabei unterstützen, trotz seines Hilfebedarfs vorhandene Selbstversorgungsaktivitäten zu erhalten und solche, die verloren gegangen sind, zu reaktivieren.

Ambulanter Pflegedienst

Der ambulante Pflegedienst unterstützt Pflegebedürftige und ihre Angehörige bei der Pflege zu Hause. Er bietet Familien Unterstützung und Hilfe im Alltag. Pflegenden Angehörige können Beruf und Betreuung besser organisieren. Mitarbeiter des Pflegedienstes kommen zu den Betroffenen nach Hause und helfen fach- und sachkundig bei der täglichen Pflege. Das Leistungsangebot der häuslichen Pflege erstreckt sich über verschiedene Bereiche: Pflegerische Tätigkeiten (z.B. Körperpflege, Ernährung, Mobilisation und Lagerung), Häusliche Krankenpflege (z.B. Medikamentengabe, Verbandswechsel, Injektionen), Beratung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen, Unterstützung bei der Vermittlung von Hilfsdiensten (z.B. Essensbelieferung oder der Organisation von Fahrdiensten und Krankentransporten) sowie hauswirtschaftliche Versorgung (z.B. Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Fenster putzen). Die ambulante Pflege ermöglicht Betroffenen, trotz Pflegebedürftigkeit in der vertrauten Umgebung zu bleiben.

Ambulante Versorgung

Die ambulante Versorgung wird durch die Pflegereform gestärkt: Die Möglichkeiten für hilfeschende Pflegebedürftige werden mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz durch wohnortnahe Pflegestützpunkte gestärkt. Dort arbeiten Pflegekassen, Krankenkassen, Altenhilfe und Sozialämter unter einem Dach und bieten Menschen mit pflegerischem Hilfebedarf ihre Unterstützung an. So genannte Pflegeberater koordinieren und vermitteln Hilfs- und Unterstützungsangebote für Betroffene. Sie sollen alle Informationen bündeln und als Anlaufstelle für alle Fragen verstanden werden.

Altenheim, Altenwohnheim, Pflegeheim

Grundsätzlich unterscheidet man drei unterschiedliche Heimtypen: das Altenwohnheim, das Altenheim und das Pflegeheim.

In Altenwohnheimen leben die Bewohner/innen regelmäßig eigenständig in kleinen Wohnungen mit eigener Küche und haben auch die Gelegenheit, die Mahlzeiten in Gesellschaft der anderen Bewohner/innen zu sich nehmen. Diese Wohnform findet meist in Wohnungen oder Appartements statt.

Altenheime sind darauf ausgerichtet, alten Menschen, die nicht mehr eigenständig in der Lage sind, ihren Haushalt zu führen, pflegerische Betreuung und hauswirtschaftliche Unterstützung zu gewährleisten.

In Pflegeheimen leben die Bewohner/innen in Einzel- oder Doppelzimmern; die früher üblichen Mehrbettzimmer sind heute seltener. In die Wohnungen können häufig eigene Möbel mitgenommen werden. Eine umfassende Versorgung und Betreuung ist gewährleistet. Das betrifft sowohl die pflegerische als auch die hauswirtschaftliche Versorgung.

In den meisten Einrichtungen findet man heutzutage eine Kombination der drei traditionellen Heimtypen Altenwohnheim, Altenheim und Pflegeheim.

Betreute Wohnformen/Poolen von Leistungen

Ambulant betreute Wohnformen und Senioren-Wohngemeinschaften spielen eine immer größere Rolle. Die Pflegereform ermöglicht, dass beispielsweise mehrere Bewohner einer WG Leistungen von ambulanten Pflegediensten oder von Einzelpflegekräften gemeinsam in Anspruch nehmen (das so genannte "Poolen" von Leistungen). Das bedeutet: mehrere Pflegebedürftige können die von ihnen benötigten Hilfeleistungen durch die gemeinsame Inanspruchnahme bündeln, so dass die Pflegekraft zum Beispiel länger in der Wohngemeinschaft bleiben kann, als es die reine

Zeit der Hilfeleistung selbst erfordert. Die gebündelten Leistungen können nicht nur in einer Wohngemeinschaft sondern auch in der näheren Nachbarschaft gemeinsam genutzt werden.

Bürgerschaftliches Engagement

Mit der Pflegereform wird das bürgerschaftliche Engagement in der Pflege gestärkt. Engagierte Bürgerinnen und Bürger sowie Selbsthilfegruppen und –organisationen sollen dazu künftig besser in vernetzte Versorgungsangebote eingebunden und möglicherweise durch Schulungen qualifiziert werden. Das betrifft zum Beispiel Versorgungsangebote auf kommunaler Ebene wie Betreuungsgruppen für Demenzkranke.

Bürokratieabbau

Die größte Belastung für Angehörige von Pflegebedürftigen und Betroffene ist anfänglich weniger die pflegerische Aufgabe sondern die Vorbereitung und Organisation rund um die plötzlich eingetretene Pflegesituation. Mit der Einführung der Pflegestützpunkte gibt es nur noch eine zentrale Anlaufstelle für alle Fragen und Probleme. Die Pflegereform zielt darauf ab, Bürokratie im Bereich der Pflege zu verringern.

Demenziell Erkrankte/bessere Betreuung

Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, mit geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen haben häufig einen Hilfe- und Betreuungsbedarf der über den Hilfebedarf hinausgeht, der bei der Beurteilung von Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 14 SGB XI und § 15 SGB XI Berücksichtigung findet. Da es demenzkranken Menschen körperlich meist vergleichsweise gut geht, sind sie bisher oft durch das Raster der Pflegeversicherung gefallen. Dabei brauchen Alzheimerpatienten oft Zuwendung und Unterstützung im Alltag.

- ambulanter Bereich:

Mit der Pflegereform erhöht sich die Leistung für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz von bisher 460 Euro auf bis zu 2400 Euro jährlich. Ab 1. Juli werden je nach Betreuungsbedarf ein Grundbetrag und ein erhöhter Betrag eingeführt. Der **Betreuungsbetrag** steigt von bisher 460 Euro jährlich auf bis zu 100 Euro monatlich (Grundbetrag) bzw. 200 Euro monatlich (erhöhter Betrag), also auf 1200

Euro bzw. 2400 Euro jährlich. Personen mit einem vergleichsweise geringerem allgemeinem Betreuungsaufwand erhalten den Grundbetrag. Personen mit einem im Verhältnis dazu höheren allgemeinem Betreuungsbedarf bekommen den erhöhten Betrag.

- Heimbetreuung: Die Betreuung von demenziell erkrankter Menschen wird auch in Pflegeheimen deutlich verbessert. Eingeführt wird erstmals ein Anspruch der vollstationären Dauer- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen auf zusätzliches Betreuungspersonal für Heimbewohner mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf. Das zusätzliche Betreuungspersonal (Betreuungsassistenz) ist von gesetzlichen und – im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes – auch von privaten Pflegekassen zu finanzieren. Für je rund 25 demenziell erkrankte Heimbewohner wird eine Betreuungskraft vorgesehen.

Finanzielle Leistungen

Die finanziellen Leistungen der Pflegeversicherung werden im Rahmen der Pflegereform schrittweise erhöht. Die ambulanten Sachleistungsbeträge werden bis 2012 in drei Schritten angehoben: in Pflegestufe I von jetzt 384 Euro auf dann 450 Euro monatlich, in Pflegestufe II von 921 Euro auf dann 1.100 Euro und in Pflegestufe III von 1.432 auf dann 1.550 Euro monatlich.

Gleiches gilt auch für das Pflegegeld in allen Pflegestufen: eine schrittweise Anhebung der Leistungen bis zum Jahr 2012 auf dann 235/440/700 Euro monatlich. Die stationären Sachleistungsbeträge der Stufen I und II bleiben zunächst unverändert. Die Stufe III und Stufe III/Härtefälle werden bis 2012 auf 1.550/1.918 Euro monatlich ebenfalls stufenweise angehoben.

Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen ab 2015 in einem dreijährigen Rhythmus dynamisiert werden.

Härtefallregelung

Sind die Voraussetzungen der Pflegestufe III erfüllt, und liegt ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vor, kann die Härtefallregelung in Anspruch genommen werden. 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 eines der beiden Merkmale erfüllt wird:

- die Hilfe bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität ist mindestens 6 Stunden täglich, davon mindestens dreimal in der Nacht, erforderlich. Bei Pflegebedürftigen in vollstationären Pflegeeinrichtungen ist auch die auf Dauer bestehende medizinische Behandlungspflege zu berücksichtigen.

oder

- die Grundpflege kann für den Pflegebedürftigen auch des Nachts nur von mehreren Pflegekräften gemeinsam (zeitgleich) erbracht werden.

Das zeitgleiche Erbringen der Grundpflege durch mehrere Pflegekräfte ist so zu verstehen, dass wenigstens bei einer Verrichtung tagsüber und des Nachts neben einer professionellen mindestens eine weitere Pflegeperson, die nicht bei einem Pflegedienst beschäftigt sein muss (z. B. Angehörige), tätig werden muss. Durch diese Festlegung soll erreicht werden, dass nicht mehrere Pflegekräfte eines Pflegedienstes (§ 71 SGB XI) hier 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.

Einzelpflegekräfte: Die individuelle Pflege

Im Rahmen der Pflegereform werden die Einsatzmöglichkeiten für Einzelpflegekräfte erweitert. Dazu können Pflegekassen künftig leichter Verträge mit Einzelpflegekräften unterschiedlicher Qualifikation abschließen. Das war bisher nur möglich, wenn die Versorgung nicht durch Pflegedienste sicherzustellen war. Durch diese Änderung kann die ambulante Pflege künftig individueller und bedarfsgerechter erbracht werden.

Kurzzeitpflege/Kinder

Mit der Pflegereform werden die Leistungen der Kurzzeitpflege wie bei der Pflegestufe III bei stationärer Pflege erhöht. Darüber hinaus erhalten zu Hause gepflegte Kinder unter 18 Jahren erstmals die Möglichkeit, die Kurzzeitpflege auch in einer Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen oder in anderen geeigneten Einrichtungen in Anspruch zu nehmen, wenn diese in einer von den Pflegekassen zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich ist oder nicht zumutbar erscheint.

MDK (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung)

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung ist der sozialmedizinische Beratungs- und Begutachtungsdienst der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Im Auftrag der Pflegekassen überprüft der MDK, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welche Stufe der Pflegebedürftigkeit vorliegt. Die Leistungsentscheidung trifft die Pflegekasse unter maßgeblicher Berücksichtigung des Gutachtens des MDK.

Im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen ist der MDK darüber hinaus auch für die Qualitätsprüfungen in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen zuständig.

Pflegeberater

Das Leistungsspektrum rund um das Thema Pflege wird zunehmend komplexer. Die Pflegekassen werden verpflichtet, für ihre pflegebedürftigen Versicherten Pflegeberatung (Fallmanagement) anzubieten. Der Pflegeberater bzw. die Pflegeberaterin ist im Pflegestützpunkt anzusiedeln. Zu deren Aufgaben in den Pflegestützpunkten zählt: Betroffene und deren Angehörige bei der Organisation der Pflege, angefangen von der Vermittlung von Pflegediensten, Haushaltshilfen bis hin zu Pflegeheimen oder anderen Betreuungseinrichtungen, zu unterstützen. Sie kümmern sich um die Formalien, beraten die Betroffenen und deren Angehörige über Leistungen und erarbeiten etwa auch entscheidungsreife Anträge. Pflegeberater erstellen gemeinsam mit dem Pflegebedürftigen und allen anderen an der Pflege Beteiligten einen individuellen Versorgungsplan. Der Pflegeberater veranlasst alle für den Versorgungsplan erforderlichen Maßnahmen, begleitet die Durchführung und macht Vorschläge für eine Anpassung an veränderte Bedarfslagen. Als Richtschnur ist vorgesehen, dass ein Pflegeberater ungefähr 100 Fälle betreut.

Pflegestufen

Pflegebedürftig im Sinne des Gesetzes sind Personen, die wegen einer Krankheit oder Behinderung bei der Ernährung, der Mobilität, der Körperpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung auf Dauer – voraussichtlich für mindestens 6 Monate – in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen (§ 14 Abs. 1 SGB XI). Entsprechend des Umfangs des Hilfebedarfs werden die Pflegebedürftigen einer von drei Pflegestufen zugeordnet. Je nach Pflegestufe unterscheidet sich auch die Höhe der Leistungen. Der Versicherte hat die Möglichkeit gegen die Entscheidung seiner Pflegekasse Widerspruch einzulegen.

Pflegestufe 1 – erhebliche Pflegebedürftigkeit

Erhebliche Pflegebedürftigkeit liegt vor bei einem mindestens einmal täglich erforderlichen Hilfebedarf bei mindestens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen der Grundpflege. Zusätzlich muss mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt werden. Der wöchentliche Zeitaufwand, muss im Tagesdurchschnitt mindestens 90 Minuten betragen, wobei auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen müssen.

Pflegestufe 2 – Schwerpflegebedürftigkeit

Schwerpflegebedürftigkeit liegt vor bei einem mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten erforderlichen Hilfebedarf bei der Grundpflege. Zusätzlich muss mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt werden. Der wöchentliche Zeitaufwand muss im Tagesdurchschnitt mindestens drei Stunden betragen, wobei auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen müssen.

Pflegestufe 3 – Schwerstpflegebedürftigkeit

Schwerstpflegebedürftigkeit liegt vor, wenn der Hilfebedarf so groß ist, dass der konkrete Hilfebedarf jederzeit gegeben ist und Tag und Nacht anfällt (Rund-um-die-Uhr). Zusätzlich muss mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt werden. Der wöchentliche Zeitaufwand muss im Tagesdurchschnitt mindestens fünf Stunden betragen, wobei auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen müssen.

Pflegestützpunkt

Wer in die Situation kommt, Betreuung und Pflege für einen Angehörigen organisieren zu müssen, stand bisher vor einem großen Berg vieler unbeantworteter Fragen. Es gab bisher keine zentrale Anlaufstelle zur Beantwortung aller Fragen sondern viele einzelne Beratungsmöglichkeiten. Die Pflegestützpunkte bieten künftig adäquate Ansprechpartner, so genannte Pflegeberater, die zugleich Fallmanager sind. Pflegeberater erstellen einen individuellen Versorgungsplan. Im Pflegestützpunkt können Pflegebedürftige und ihre Angehörigen auch Anträge stellen. Pflegestützpunkte werden von den Pflegekassen auf Initiative eines Bundeslandes eingerichtet. Auch die Altenhilfe der Kommunen, die Sozialhilfeträger, die örtlich tätigen Leistungserbringer,

insbesondere die Pflegedienste und weitere Kostenträger, wie die privaten Versicherungsunternehmen sollen sich an den Pflegestützpunkten beteiligen.

Pflegeversicherung

Die Pflegeversicherung ist als Teilkasko-Versicherung konzipiert worden. Das bedeutet: die Leistungen aus der Pflegeversicherung decken einen Teil der Kosten, der für die Pflege eines Menschen nötig ist. Dadurch werden die Belastungen Pflegebedürftiger und deren Angehöriger gemindert. Sie ist der jüngste Versicherungszweig und existiert seit 1995 als eine umlagefinanzierte Pflichtversicherung im deutschen Sozialversicherungssystem. Die Pflegeversicherung bildet die fünfte Säule neben der Krankenversicherung, Berufsunfallversicherung, Rentenversicherung und Arbeitslosenversicherung.

Pflegezeit

Schwere Krankheiten, die dazu führen, dass ein Familienmitglied zum Pflegefall wird, treffen Angehörige häufig unvorbereitet und erfordern viel Zeit, um sich auf die neue Situation einzustellen und neue Strukturen zu schaffen. Kurzfristig können Arbeitnehmer künftig eine Freistellung von bis zu 10 Tagen nehmen, um für die akut aufgetretene Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren und eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherzustellen. Außerdem haben Arbeitnehmer bei der häuslichen Pflege von Angehörigen einen Anspruch auf unbezahlte, aber sozialversicherte Freistellung von bis zu 6 Monaten gegenüber dem Arbeitgeber, sofern der Betrieb mehr als 15 Beschäftigte hat.

Qualitätsstandards

Pflegebedürftige Menschen haben einen Anspruch darauf, dass sie entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse gepflegt werden. Mit der Pflegereform erhält deshalb die Selbstverwaltung auf Bundesebene den Auftrag, die Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards sicherzustellen (Sicherstellungsauftrag). Denn Expertenstandards konkretisieren den allgemein anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse zu einem bestimmten Thema, z.B. zur Vermeidung des Wundliegens (Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege). Sie sind für alle zugelassenen Pflegeeinrichtungen verbindlich. Die

Expertenstandards sollen schrittweise entwickelt und von der Selbstverwaltung beschlossen werden.

Senioren-WG

Die Senioren-WG bietet die Möglichkeit, im Alter ein selbständiges Leben zu führen und dabei mit anderen Menschen zusammen zu sein. Sind die Bewohner pflegebedürftig, können Sie künftig ihren Anspruch auf grundpflegerische Leistungen und hauswirtschaftliche Versorgung bündeln und sich daraus ergebene Effizienzgewinne für den "Einkauf" von zusätzlichen Betreuungsleistungen – beispielsweise Vorlesen – nutzen.

Tagespflege

Die Tagespflege wird in der Regel Pflegebedürftigen in Anspruch genommen, deren Angehörige tagsüber berufstätig sind. Die Pflegebedürftigen werden meist morgens abgeholt und nachmittags zurück nach Hause gebracht. Die Tagespflege findet in Pflegeheimen oder in einer Tagesstätte statt. Pflegebedürftige erhalten dort ihre Mahlzeiten, befinden sich in Gesellschaft und werden körperlich und geistig aktiviert. Mit der Pflegereform werden die Leistungen der Tages- und Nachtpflege erhöht.

Qualitätssicherung / Qualitätsprüfung

Mit der Pflegereform wird die Qualitätssicherung ausgebaut und mehr Transparenz geschaffen. Bisher wurden Pflegeeinrichtungen wie Heime im Schnitt alle 5 Jahre überprüft. Ab 2011 werden Heime und ambulante Einrichtungen regelmäßig im Abstand von höchstens einem Jahr geprüft (Regelprüfung). Bis 31. Dezember 2010 müssen die Pflegekassen jedes zugelassene Heim oder ambulante Einrichtung mindestens einmal prüfen. Alle Prüfungen sind grundsätzlich unangemeldet durchzuführen. Nur in Ausnahmefällen, z.B. wenn es sich um eine Person handelt, die einen amtlichen Betreuer hat, muss die Prüfung vorher angemeldet werden. Im Vordergrund der Überprüfung steht künftig die Ergebnisqualität. Das bedeutet: Die Prüfer des Medizinischen Dienstes bewerten nicht nur die Akten-Dokumentation, sondern schwerpunktmäßig den Pflegezustand der Menschen und schauen sich genau an, ob und wie die eingeleiteten pflegerischen Maßnahmen wirken (z.B. Hinweise auf Pflegedefizite – Druckgeschwüre, Mangelernährung). Außerdem zählt die Zufriedenheit der pflegebedürftigen Menschen. Von den Einrichtungen selbstveranlasste Prüfungen

können die Qualitätsprüfungen des MDK was die Struktur- und Prozessqualität anbelangt unter bestimmten Voraussetzungen ersetzen, die Ergebnisqualität (z.B. Pflegezustand) dagegen wird immer vom MDK geprüft. Die Ergebnisse der Prüfberichte des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung werden in verbraucherfreundlicher und verständlicher Form veröffentlicht. Es wird außerdem ein Bewertungssystem entwickelt, zum Beispiel ein Ampelschema oder ein Sternesystem, an dem Außenstehende erkennen können, ob ein Heim gute Pflege bietet. Zukünftig muss in jeder Pflegeeinrichtung das Datum der letzten MDK-Prüfung und eine Einordnung des Prüfergebnisses nach einer Bewertungssystematik sowie eine Zusammenfassung der Prüfergebnisse an gut sichtbarer Stelle ausgehängt werden

Prävention/Rehabilitation

Mit finanziellen Anreizen sollen Anstrengungen von Einrichtungen der dauerhaften stationären Pflege in den Bereichen der aktivierenden Pflege und der Rehabilitation gefördert werden. Die Einrichtungen, denen es nach verstärkten aktivierenden und rehabilitierenden Bemühungen gelingt, den Pflegebedürftigen in eine niedrigere Pflegestufe einzustufen, erhalten einen einmaligen Geldbetrag in Höhe von 1.536 Euro.