



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung

Studiengang soziale Arbeit

„Demenz und die Besonderheiten in der Pflege

Warum eine Pflegereform dringend notwendig ist!“

Bachelorarbeit

Zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Arts (B.A.)

Vorgelegt von:

Maria Schuffenhauer

Erstprüferin: Frau Britta Tammen

Zweitprüfer: Prof. Dr. Roland Haenselt

Tag der Einreichung: 10.07. 2012

URN:urn:nbn:de:gbv:519-thesis 2012-0401-4

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Bachelor Arbeit selbstständig angefertigt, keine anderen, als die angegebenen Hilfsmittel genutzt und sowohl wörtliche, als auch sinngemäß entlehnte Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Die Arbeit hat in dieser oder ähnlicher Form noch keiner Prüfungsbehörde vorgelegen.

Maria Schuffenhauer

Neubrandenburg, 09.07.2012

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
1 Epidemiologie bezogen auf die Bundesrepublik Deutschland	3
2 Demenz	5
2.1 Definition.....	5
2.2 Demenzformen	7
2.2.1 Alzheimer Demenz (AD).....	7
2.2.2 Vaskuläre Demenz.....	8
2.2.3 Frontotemporale Demenz.....	8
2.2.4 Lewy-Body- oder Lewy-Körperchen-Demenz.....	9
2.3 Symptome einer Demenzerkrankung	9
2.3.1 kognitive Symptome	9
2.3.2 Psychische Symptome und Verhaltensänderungen	9
2.3.3 Körperliche Symptome	11
2.4 Verlauf am Beispiel der Alzheimer Demenz.....	11
2.4.1 Anfangsstadium (Vor- und Frühsymptome).....	11
2.4.2 Mittelschwere Demenz	12
2.4.3 Schwere Demenz (Endstadium).....	13
3 Besonderheiten in der Pflege und Betreuung Demenzkranker	13
3.1 Demenzkranke verstehen	13
3.2 Der besondere Hilfebedarf bei Demenz.....	14
4 Die soziale Pflegeversicherung	17
4.1 Ausgangslage	17
4.2 Versicherter Personenkreis.....	18

4.3	Pflegebedürftigkeitsbegriff	19
4.4	Pflegestufen und Verfahren zur Feststellung des Pflegebedarfs	19
4.5	Leistungen der Pflegeversicherung	21
5	Zukünftige Herausforderungen der sozialen Pflegeversicherung und die Bedeutung von Demenzerkrankungen	27
5.1	Warum eine Pflegereform dringend notwendig ist!-	27
5.2	SPV und die Problematik des besonderen Hilfebedarfs bei Demenz ..	29
5.3	Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz	32
5.4	Kritikpunkte am aktuellen Reformvorhaben	37
6	Mit nachhaltigen Reformen aus der Krise	41
6.1	Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriffs	41
6.2	Das neue Begutachtungsverfahren	43
6.3	Notwendigkeit einer Finanzreform	47
6.3.1	Das Umlageverfahren der SPV	47
6.3.2	Übergang der SPV hin zu einem kapitalgedeckten System	49
6.3.3	Das Modell der Bürgerversicherung	51
6.4	Die Private Zusatzversorgung.....	53
7	Fazit und Aussicht.....	55
	Quellenverzeichnis	57
	Internetquellen	59

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AD	Alzheimer- Demenz
BAGFW	Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege
BPSD	behavioral and psychological symptoms of dementia
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HzP	Hilfe zur Pflege
ICD 10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
NBA	Neues Begutachtungsassessment
PEA	Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz
PfIEG	Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz
PflegeZG	Pflegezeitgesetz
PNG	Pflege- Neuausrichtungsgesetz
SGB XI	Sozialgesetzbuch- Elftes Buch (Soziale Pflegeversicherung)
SGB XII	Sozialgesetzbuch- Zwölftes Buch (Sozialhilfe)
SPV	Soziale Pflegeversicherung

Einleitung

Das Risiko, pflegebedürftig zu werden wächst mit jedem Lebensalter und die Nachfrage an Pflegeleistungen und alternativen Betreuungsmöglichkeiten nimmt dabei stetig zu. Die sinkenden Geburtenraten und der damit verbundene Rückgang der Menschen im erwerbsfähigen Alter, führen zwangsläufig zu einem Ungleichgewicht der Altersstruktur in unserer Gesellschaft. In Folge dieses demographischen Wandels kommt es u.a. zu immer größeren Finanzierungsengpässen der sozialen Sicherungssysteme. Vor allem die soziale Pflegeversicherung, als Hilfesystem für pflegebedürftige, ältere Menschen, scheint der demographischen Entwicklung nicht mehr stand zu halten. Das Gesundheitssystem steht diesbezüglich vor einer großen Herausforderung, denn die immer älter werdende Bevölkerung und die daraus folgende Zunahme der altersbedingten Erkrankungen, lassen die Kosten für Leistungen der Gesundheit und Pflege gerade zu explodieren.

Vor allem dementielle Erkrankungen gewinnen eine immer größere Bedeutung, denn sie zählen zu den Hauptursachen im Alter von Pflegebedürftigkeit betroffen zu sein. Dabei fordert gerade der besondere Hilfebedarf der Betroffenen die soziale Pflegeversicherung heraus, ihre Leistungsangebote zu Überarbeitung und diesen speziellen Bedürfnissen anzupassen. Durch den meist schleichenden Krankheitsverlauf und die überwiegend kognitiven Symptome einer Demenzerkrankung wird diese oft erst in einem fortgeschrittenen Stadium erkannt. Wurde die Diagnose Demenz dann erstmals gestellt, stehen sowohl die Betroffenen als auch die Angehörigen vor einer immensen Herausforderung. Was folgt, ist eine Zeit voller Verunsicherung die meist geplagt ist von Zukunftsängsten und vielen offenen Fragen. Was wird auf uns zu kommen? Was bedeutet es einen Demenzkranken zu pflegen? Was müssen wir beachten? Wie können wir unterstützt werden? Die ganze Familie steht dabei unter einem erheblichen Belastungsdruck, denn eine Demenzerkrankung bringt viele Besonderheiten mit sich.

Der Erkrankte verliert von Zeit zu Zeit immer mehr die Fähigkeit seinen Alltag selbständig zu bewältigen und ist zunehmend auf die Hilfe von Anderen angewiesen sein. Im Anfangsstadium einer Demenzerkrankung äußern sich

überwiegend psychische Veränderungen und Verhaltensstörungen, die es den Betroffenen zusätzlich erschweren eine geeignete Pflegeinstufung und damit auch einen Anspruch auf Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung (SPV) zu erhalten. Die zur Feststellung des tatsächlichen Pflegebedarfs nötige Begutachtung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK), bezieht sich aktuell noch hauptsächlich auf körperliche Beeinträchtigungen und dem zeitlichen Aufwand der Pflege. Die diesbezüglichen Regelungen im SGB XI sind zu stark auf somatische Beeinträchtigungen bezogen und gehen nicht ausreichend auf die eingeschränkte Alltagskompetenz Demenzkranker ein. Nur ein geschultes Auge kann diese demenztypischen Beeinträchtigungen erkennen und damit den tatsächlichen Hilfebedarf einschätzen. Der Antrag auf eine Pflegestufe wird daher häufig abgelehnt oder aus Angst vor einer Ablehnung von den Betroffenen gar nicht erst gestellt. Die aktuelle Gesetzeslage der SPV steht jedoch schon seit vielen Jahren in der öffentlichen Diskussion. Hauptkritikpunkt war dabei schon immer die unzureichende Berücksichtigung des speziellen Hilfebedarfs von dementiell Erkrankten Versicherten.

Diese Bachelorarbeit wird sich vor allem diesem Problemfeld widmen und zunächst auf die Verbreitung und die Risikofaktoren von Pflegebedürftigkeit allgemein und speziell bezogen auf Demenzerkrankung eingehen. Dabei wird im weiteren Verlauf der Begriff Demenz, die verschiedenen Demenzformen, die Symptome, und der Verlauf näher erläutert und auch der damit verbundene besondere Betreuungsbedarf beschrieben. Folglich wird sich im Hauptteil intensiv mit der aktuellen Gesetzeslage der sozialen Pflegeversicherung (SPV) befasst und damit zuerst der im SGB XI beschriebene Pflegebedürftigkeitsbegriff und das aktuelle Pflegestufensystem näher erläutert. Desweiteren wird das entsprechende Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit beschreiben und daraufhin auf die verschiedenen Leistungsangeboten der SPV eingegangen. Im dritten Teil werden die zukünftigen Herausforderungen der gesetzlichen Pflegeversicherung in Bezug auf den demographischen Wandel herausgearbeitet und die damit in Verbindung stehenden öffentlich diskutierten Kritikpunkte an der aktuellen Gesetzeslage bearbeiten. Vor allem der besonderen Hilfebedarf Demenzkranker macht eine Reform der SPV vor allem im ambulanten Bereich

dringend notwendig. Aus diesem Grund ist es wichtig zu erwähnen, dass sich die gesamten Ausarbeitungen hauptsächlich auf den ambulanten Bereich beziehen werden. In Bezug auf die zuvor beschriebenen Kritikpunkte, werden die Schwerpunkte des aktuellen Gesetzesentwurfes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (PNG) herausgearbeitet und auch auf Kritiken dieses Reformvorhabens von Verbänden und Vereinen Bezug genommen. Abschließend werden Modellvorschläge zu einem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und einem entsprechenden Begutachtungsverfahren, sowie einer möglichen Finanzreform vorgestellt, wobei auch mein persönlicher Standpunkt mit einfließen wird. Im Fazit werden die gesamten Ausarbeitungen dann zusammengefasst und daraus ein Resümee gezogen.

1 Epidemiologie bezogen auf die Bundesrepublik Deutschland

Die Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland beläuft sich aktuell auf ca. 2,4 Millionen Menschen (vgl. Rotgang 2011, S. 149). Der Gesamtanteil der Pflegebedürftigen würde relativ konstant bei 2,3 % bleiben, würde sich die Verteilung der Bevölkerung in Folge des demographischen Wandels nicht stetig verändern. Der steigende Anteil der pflegebedürftigen Menschen bezieht sich dabei hauptsächlich auf die Alterung der Bevölkerung, nicht vordergründig auf die Prävalenz (den steigenden Anteil der Erkrankten in einer Bevölkerung zu einem bestimmten Zeitpunkt). Je älter die Menschen werden, umso höher ist auch das Risiko im Laufe des Lebens pflegebedürftig zu werden. Dabei spielt der Alterseffekt eine wesentliche Rolle, denn die Wahrscheinlichkeit innerhalb eines Monats pflegebedürftig zu werden nimmt mit jedem Lebensjahr um 10 % bei den Männern und um 13 % bei den Frauen zu. Weitere Einflussfaktoren eines zunehmenden Pflegebedürftigkeitsrisikos sind die Erkrankung selbst und die damit verbundene vorhergehende Krankheitsgeschichte (vgl. Rotgang 2010, S. 112ff).

Dementielle Erkrankungen spielen dabei eine zentrale Rolle, denn von den 2,4 Millionen Pflegebedürftigen sind es bereits 0,9 Millionen die unter einer Demenzerkrankung leiden. Insgesamt sind es sogar schätzungsweise 1,2 Millionen Bürger die aktuell an Demenz erkrankt sind. Doch nicht nur in Deutschland wird diese Erkrankung immer mehr zu einem Problem, denn sie ist

weltweit verbreitet und eine der häufigsten Ursachen der Pflegebedürftigkeit. Statistisch gesehen erhöht eine eintretende Demenzerkrankung das Pflegebedürftigkeitsrisiko bei Männern um 295 % und bei den Frauen um 238 %. Der meist langfristige, degenerative Verlauf führt im Krankheitsverlauf häufig zu einer Höherstufung des Pflegegrades und liegt mit einem Prozentsatz von 49% der Betroffenen besonders hoch.

(vgl. Rotgang 2011, S. 128f). Schätzungsweise leiden aktuell ca. 900000-1200000 Deutsche an einer dementiellen Erkrankung im mittelschweren bis schweren Stadium. Tendenz steigend, denn in Folge des demographischen Wandels wird die Zahl in den nächsten Jahren noch deutlich höher werden. In ähnlicher Größenordnung liegen die Zahlen der leichten Demenzerkrankungen. Durch den langsam voranschreitenden Verlauf und die spezielle Symptomatik, verläuft die Anfangsphase meist unbemerkt. Die Diagnose wird deshalb oft erst im mittleren Stadium gestellt, sodass die Dunkelziffer an Erkrankten womöglich noch viel höher liegt (vgl. Kastner/ Löbach 2010, S. 4). Das bedeutet nicht zwangsläufig, dass man mit einer Demenz automatisch pflegebedürftig wird, es ist nur sehr Wahrscheinlich im Krankheitsverlauf pflegebedürftig zu werden. Erkrankten Betroffene im jüngeren Alter an Demenz, so sind sie in etwa zu gleichen Teilen pflegebedürftig und nicht- pflegebedürftig. Erst in der Altersgruppe von 80-84 Jahren wird die Prävalenz in Deutschland größer. Sie liegt momentan bei 1,2% der 65-69 Jährigen und bei 2,8% der 70-74 Jährigen. Sie steigt mit zunehmendem Alter auf 6% bis hin zu 23,9% der 80-84 Jährigen und schließlich auf einen Höchstwert von 34,6% der über 90 Jährigen. Dabei ist eines deutlich zu erkennen, die Wahrscheinlichkeit dement und daher auch pflegebedürftig zu werden, steigt mit zunehmendem Alter erheblich an (vgl. Rotgang 2010, S. 119ff.)

Es sprechen viel verschiedene Faktoren dafür, dass eine Demenzerkrankung altersbezogenen Prozessen zugrunde liegt und es praktisch jeden treffen kann (vgl. Förstl 2012, S.6). Laut statistischem Bundesamt (Stand 2010) sind sogar fast ein Drittel aller Männer und fast die Hälfte aller Frauen vor ihrem Tod dement. Der hohe Anteil der Frauen liegt zum einen an dem höheren Anteil von Frauen in den höheren Altersgruppen, zum anderen geht man aber auch von einem erhöhten Risiko für Frauen allgemein aus. Doch überleben demenzkranke Frauen durchschnittlich mit 7,2 Jahren länger als an einer

Demenz erkrankte Männer mit 5,7 Jahren durchschnittlicher Lebenserwartung (vgl. Kastner/ Löbach 2010, S. 4).

Schaut man sich die Inzidenz, also den Anteil von Neuerkrankungen der Bevölkerung in einer bestimmten Zeitspanne an, so steigt auch diese mit immer höher werdendem Alter steil an. Innerhalb eines Jahres erkranken in Deutschland rund 200000 Personen neu an Demenz (vgl. ebd. S. 4). Mit Einbezug der sehr leichten Demenzen liegt die Zahl sogar schon bei 300000 Erkrankten. Dabei sind 60% der neu Betroffenen über 80 Jahr alt und 70% der neu Erkrankten Frauen (vgl. Förstl 2012, S. 6). Dabei liegt der tatsächliche Zuwachs nach Abzug der Verstorbenen deutlich geringer, bei ungefähr 20000 Erkrankungsfällen pro Jahr. In Zukunft wird die Bedeutung von Demenz, gerade für das soziale Sicherungssystem immer mehr zunehmen. Demenzerkrankungen zählen schon heute zu den teuersten Krankheiten und belasten damit gerade das Gesundheitssystem enorm (vgl. Kastner/ Löbach 2010, S. 4ff). Die Zahl der Erkrankten wird sich bis zum Jahr 2030 um etwa die Hälfte erhöhen. Im gleichen Zuge wird die Bevölkerung durch die zurückgehenden Geburtenraten und die steigende Lebenserwartung immer weiter schrumpfen. So werden es 2060 schon etwa 2,5 Millionen Menschen sein, das sind 3,8% der dann lebenden Bevölkerung in Deutschland, die an einer dementiellen Erkrankung leiden werden (vgl. Rotgang 2010, S. 12f). Diese Altersstrukturverschiebung stellt die soziale Pflegeversicherung auf eine harte Probe. Umso bedeutender ist es für das Gesundheitssystem und vor allem für die SPV, auf diesen Wandel zu reagieren. Doch bevor wir uns diesem Teil der Arbeit widmen sollte im Vorfeld geklärt werden, was überhaupt unter einer Demenzerkrankung zu verstehen ist.

2 Demenz

2.1 Definition

Nach ICD 10 (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision) wird die Demenz wie folgt definiert: „ Demenz (F00-F03) ist ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung,

Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Die kognitiven Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet, gelegentlich treten diese auch eher auf. Dieses Syndrom kommt bei Alzheimer-Krankheit, bei zerebrovaskulären Störungen und bei anderen Zustandsbildern vor, die primär oder sekundär das Gehirn betreffen “ (URL1: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2012).

Der Begriff „Demenz“ kommt aus dem lateinischen und bedeutet wörtlich übersetzt „der Geist ist weg“. Dabei steht die Silbe „de“ für „weg“ und die Silbe „mens“ für „Geist“. Wie auch schon im ICD 10 beschrieben wurde, nimmt die geistige Fähigkeit der Betroffenen immer mehr ab, bis hin zum Verlust von allem im Leben erlernten und schließlich zur völligen Abhängigkeit von Anderen. In der Endphase können dann nur noch die Grundbedürfnisse der Betroffenen befriedigt werden. Die Erkrankung selbst wird durch Störungen der Gehirnfunktion verursacht, die je nach Form unterschiedliche Ursachen haben können. Der Abbau der Gehirnzellen erfolgt in den meisten Fällen schleichend, da anfangs noch genug Gehirnzellen funktionsfähig sind und andere Bereiche des Gehirns die Aufgaben übernehmen können. Mit der Zeit werden immer weitere Teile des Gehirns angegriffen und der Steuerungsmechanismus des Körpers kommt vollkommen durcheinander. Was Folgt sind immer auffälliger werdende Veränderungen im Denken und Verhalten der Betroffenen, sowie eine Kombination aus kognitiven, psychischen und körperlichen Symptomen und Beschwerden. Der Alltag der Betroffenen wird immer weiter beeinträchtigt und die Erkrankten verlieren zunehmend ihre Selbständigkeit. Die Diagnosekriterien einer Demenz sind nach ICD 10 in A-D unterteilt. Dabei muss für eine eindeutige Diagnose A: eine zunehmende Verringerung der Gedächtnisleistungen vorliegen und die kognitiven Fähigkeiten abnehmen, B: eine Bewusstseinsstrübung muss fehlen (um Verwirrheitszustand auszuschließen), C: die Affektkontrolle muss vermindert sein und D: die kognitiven Störungen müssen seit mindestens 6 Monaten bestehen (vgl. Förstl 2012, S. 27). Die Demenzdiagnose ist dabei immer nur eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose, da niemand genau sagen kann wie genau die Veränderungen im Gehirn ablaufen und fortgeschritten sind. Eine eindeutige,

jedoch auch dann nie hundertprozentig Diagnose, kann immer erst nach dem Tod durch eine Autopsie gestellt werden. (vgl. Buijssen 2003, S. 14f).

2.2 Demenzformen

Wie schon beschrieben wird die Demenzerkrankung den psychischen Erkrankungen zugeordnet. Die übliche Unterteilung erfolgt in primäre Demenzformen und sekundäre Demenzformen. Das Hauptmerkmal bei primären Demenzformen ist, dass keine Grunderkrankung vorliegt und ein Zellabbau im Gehirn stattfindet. Bei den sekundären Demenzformen hingegen, liegt die Ursache der Zellfunktionsstörung des Gehirns außerhalb und wird daher durch verschiedene Krankheitsbilder bzw. Organerkrankungen verursacht. Weiter unterteilt werden können die primären Demenzformen in (neuro)-degenerative Demenzerkrankungen und nicht-degenerative Formen. Nicht-degenerative Formen zählen nicht zwangsläufig zu den eigentlichen Demenzerkrankungen, da ihnen das typische Merkmal der fortschreitenden Verschlechterung des Zustandes fehlt. Zu den (neuro-)degenerativen Demenzen zählen unter anderem Morbus Alzheimer, Frontotemporale Demenz, und Lewy-Körperchen-Demenz. (vgl. Kastner/ Lörbach 2010, S. 29). Doch ganz gleich wie die Unterteilung der Demenzform nun erfolgt, eines haben sie alle gemeinsam. Sie sind irreversibel, also in der Regel unheilbar und führen zwangsläufig zu einer Verschlechterung des Zustandes. Da die am Häufigsten auftretenden primären, degenerativen Demenzformen ca. 80% der Demenzerkrankungen ausmachen, werde ich zum besseren Verständnis im Folgenden kurz auf die bekanntesten Unterformen eingehen (vgl. ebd. S. 29).

2.2.1 Alzheimer Demenz (AD)

Die Alzheimer-Krankheit ist die häufigste Form der Demenz und tritt meist im höheren Lebensalter auf. Sie wird verursacht durch einen langsam voranschreitenden Abbau von Nervenzellen aufgrund von Eiweißablagerungen (amyloiden Plaques) im Gehirn. Gekennzeichnet durch den langsam voranschreitenden Krankheitsverlauf, beginnt eine AD meist mit Störungen der Merkfähigkeit und der Wortfindung. Im weiteren Verlauf treten Verhaltensstörungen und psychische Veränderungen und körperliche Symptome hinzu. Die Alltagsbewältigung wird für die Betroffenen immer

schwieriger, da zunehmend Gedächtnis- und Orientierungsschwierigkeiten sowie Störungen des Denk- und Urteilsvermögens auftreten. In Folge der Erkrankungsstadien kommt es häufig zum Eintreten einer Pflegebedürftigkeit und damit zur Verschlechterung des Zustandes bis hin zum Tod (vgl. Kastner/ Löbach 2010, S. 30).

2.2.2 Vaskuläre Demenz

Sie ist die am häufigsten auftretende Demenzform nach der AD und wird durch Schlaganfälle oder Hirninfakte verursacht, die bedingt durch Gefäß- oder Durchblutungsstörungen sind. Die Folge ist ein Abbauprozess im Gehirn, der durch die krankhaften Veränderungen der Gehirnarterien verursacht wird und zu einem Absterben des Gehirngewebes in dem betroffenen Gebiet führt. Diese Form der Demenz tritt plötzlich, meist im Zusammenhang mit einem Schlaganfall auf und verläuft dabei stufenhaft. Erkrankte haben je nach Ausprägung und betroffenen Hirnbereich unterschiedliche Symptome (vgl. Kastner/ Löbach 2010, S. 33f).

2.2.3 Frontotemporale Demenz

Diese spezielle Unterform der Demenzerkrankungen ist gekennzeichnet durch die Degeneration des Frontal- und Schläfenlappens bedingt durch den Abbau von Nervenzellen zunächst im Stirn- und Schläfenbereich (Fronto-Temporal-Lappen) des Gehirns. Da in diesem Bereich u.a. Emotionen und Sozialverhalten kontrolliert werden, treten Verhaltensstörungen noch vor den kognitiven Symptomen auf. Charakteristisch für die Fronto- Temporale Demenz sind Veränderungen der Persönlichkeit und des Verhaltens der Betroffenen, psychische Störungen, Enthemmung und Aggressivität. Die überwiegend psychischen und Verhaltenssymptome machen es den Angehörigen besonders schwer im Umgang mit den Erkrankten, da sich Betroffene oft unangemessen verhalten und ihnen dabei die Krankheitseinsicht fehlt. Es kommt in Folge der ungewöhnlichen Symptomatik nicht selten zu Fehldiagnosen (vgl. Kastner/ Löbach 2010 S.35f).

2.2.4 Lewy-Body- oder Lewy-Körperchen-Demenz

Diese degenerative Demenzerkrankung wird ähnlich wie die Alzheimer-Krankheit durch spezifische Veränderungen im Gehirn verursacht. Es kommt bei den Betroffenen zu primär körperlichen Symptomen und vor allem zu typischen Parkinson-Symptomen wie z.B. zittern. Charakteristisch sind starke Schwankungen der geistigen Leistungsfähigkeit und Aufmerksamkeit, optischen Halluzinationen, häufige Stürze oder kurze Bewusstlosigkeit. (vgl. Kastner/Löbach 2010, S.37).

2.3 Symptome einer Demenzerkrankung

Die Symptome einer Demenzerkrankung können sehr vielfältig und individuell verschieden sein. Es spielen bio-, psycho-, soziale und genetische Faktoren eine wesentliche Rolle für die Diagnosestellung. Dabei stehen nicht nur die für eine Demenz charakteristischen Gedächtnisstörungen im Vordergrund. Die Einteilung der Demenzsymptome ist vielfältig und erfolgt in kognitive, psychische, körperliche und Verhaltenssymptome, auf die ich im Folgenden näher eingehen werde (vgl. ebd. S. 10).

2.3.1 kognitive Symptome

Zu den kognitiven Symptomen zählen Störungen des Gedächtnisses, vor allem des Kurzzeitgedächtnisses und Veränderungen der Merkfähigkeit. Im weiteren Verlauf kann es je nach betroffenem Gehirnbereich zu Wortfindungs- und Orientierungsstörungen sowie Störungen der Raumwahrnehmung kommen. Die Aufmerksamkeits- und Konzentrationsfähigkeit nimmt zunehmend ab und es folgen Veränderungen des Denk- und Urteilsvermögens. Nicht selten treten Sprachstörungen (Aphasie), Wiedererkennungstörungen (Agnosie) oder die Unfähigkeit bestimmte Bewegungen auszuführen (Apraxie) auf. Einzelne Symptome können bei verschiedenen Demenzformen auch variieren und sind unterschiedlich stark ausgeprägt. Alle der aufgezählten kognitiven Symptome sind jedoch fortschreitend und führen zwangsläufig zu einer Verschlechterung des Zustandes (vgl. ebd. S.10f).

2.3.2 Psychische Symptome und Verhaltensänderungen

Den nicht- kognitiven Symptome wird eine besondere Bedeutung zugesprochen, deshalb werden sie auch mit der Abkürzung SPSP (englisch für behavioral and psychological symptoms of dementia) umschrieben. Dies

psychischen- und Verhaltenssymptome sind gerade im Umgang mit den Betroffenen von großer Bedeutung, da dieses oft „merkwürdige“ Verhalten den Pflegepersonen einiges abverlangen kann. In der Pflege und Therapie sind diese Symptome genau zu beachten, da sie bei jedem Betroffenen individuell verschieden auftreten und sich während des Krankheitsverlaufes verändern können. Psychische Symptome können für einige Zeit auftreten und dann auch urplötzlich wieder verschwinden. Es ist also möglich, dass ein Betroffener Wochen oder gar Monate lang depressiv und verstimmt wirkt, und dann mit einem Mal wieder ausgeglichen und munter ist. Wichtig ist es, diese Symptome von anderen psychischen Erkrankungen zu unterscheiden. Der Verlauf muss daher unbedingt beobachtet, und in Zusammenhang mit eventuellen Auslösern gebracht werden. Zu den psychischen Symptomen gehören u.a. Angstzustände, Depressivität, Frustration und Halluzinationen. Sie können auch Hinweis auf die Form der Demenz geben. Zum Beispiel sind Halluzinationen bei der Diagnosestellung einer Lewy- Körperchen Demenz mit die Wichtigsten Anhaltspunkte. Betroffene können im Laufe einer Demenzerkrankung ebenso von starken Ängsten geplagt werden. Bei der Beurteilung dieser Ängste, ist es wichtig sie im Zusammenhang mit der jeweiligen lebensgeschichtlichen und vielleicht auch bedeutenden Ereignissen aus der Vergangenheit der Betroffenen zu setzen. Diese Angstsymptomatik kann oft im Zusammenhang mit stattgefundenen Traumatisierungen der Vergangenheit der Dementen stehen (vgl. Kastner/ Löbach 2010, S. 13-15). Auch Depressionen können mit einer Demenzerkrankung einher gehen. Es wird sogar davon ausgegangen, dass frühzeitige Depressionen in der Krankheitsanamnese zu den Vorboten einer Demenz gehören können.

Ebenso wie die psychischen Symptome, können auch die Verhaltensänderungen für die Diagnosestellung einer Demenz von Bedeutung sein. Bei einer AD treten Verhaltensstörungen eher im mittleren Stadium auf, bei der Fronto- Temporalen Demenz sind Verhaltensstörungen hingegen frühe Zeichen einer Störung des Frontalhirns. Zu den häufigsten Verhaltensänderungen zählen Apathie und Antriebsminderung, Teilnahmslosigkeit, Unruhe, zielloses Herumirren und Wandern, Sammeln, Gereiztheit/Labilität und Aggression (vgl. ebd. S. 16ff). Zu den neuro-generativen Veränderungen zählen Hypo- und Hypersexualität, Veränderungen

im Essverhalten und der für Demenz typische, gestörte Tag-Nacht Rhythmus (vgl. Förstl 2012, S. 30). Es kommt dabei häufig vor, dass sich die Verhaltensauffälligkeiten und Unruhezustände gerade gegen Abend verstärken. Dieses Phänomen wird als Sun- Downing, also Sonnenuntergangsphänomen, bezeichnet und liegt wahrscheinlich an tagesrhythmischen, hormonellen Veränderungen und den mangelnden sozialen Kontakten zur Nacht (vgl. Kastner/ Löbach 2010. S. 17).

2.3.3 Körperliche Symptome

Neben den kognitiven und psychischen Symptomen gibt es auch eine Vielzahl von körperlichen Symptomen, die bei einer Demenzerkrankung meist im fortgeschrittenen Stadium auftreten. Betroffene werden im Verlauf ihrer Erkrankung zunehmend steifer am ganzen Körper, ihr Gang wird schlurfend und breitbeinig. Durch die immer stärker werdenden Störungen des Ganges kommt zu einer vermehrten Fallgefahr und häufig zu Stürzen. Auch treten im Verlauf der Erkrankung körperliche Symptome wie Inkontinenz, Schluckveränderungen und Verminderung des Hunger- und Durstgefühls auf (vgl. ebd. S 19ff).

2.4 Verlauf am Beispiel der Alzheimer Demenz

„Die Krankheit beginnt schleichend. Lautlos wie ein Raubtier, das sich nachts an seine Beute heranschleicht, ergreift sie von ihrem Opfer Besitz“ (Buijssen 2003, S. 16).

2.4.1 Anfangsstadium (Vor- und Frühsymptome)

Die Symptome für den Beginn einer dementiellen Erkrankung können breit gefächert sein und von den Betroffenen anfangs noch gut überspielt werden. Es kommt nicht selten vor, dass eine leichte Demenzerkrankung lange nicht erkannt wird und die leichten Veränderungen des Verhaltens unter Altersschwachsinn abgetan werden. Vorboten einer beginnenden Demenz können Gedächtnisstörungen sein, die sich zunächst durch das häufige Suchen von Dingen, das Vergessen von Terminen und Namen aber auch durch das Wiederholen von Sätzen und Tätigkeiten äußern können. Dabei kann es mit beginnender Demenz zu einem geminderten Antriebsverhalten (Passivität oder Untätigkeit) und in Folge dessen zu Depressionen verbunden mit sozialem- und

emotionalem Rückzug der Betroffenen kommen. Hinzu kommen häufig, der Verlust vorheriger Interessen und das Aufgeben von Hobbys. Die Betroffenen haben zunehmend Schwierigkeiten bei komplexen Tätigkeiten z.B. Ausfüllen der Steuererklärung und beim Ausüben von beruflichen Tätigkeiten. Anfangs treten häufig leichte Wortfindungsschwierigkeiten auf und die Merkfähigkeit wird immer eingeschränkter (vgl. Förstl 2012, S. 26-28). Im Verlauf des Frühstadiums wird die örtliche und zeitliche Orientierung, gerade in unvertrauten Umgebungen immer mehr zu einem Problem. In Folge der kognitiven Einschränkungen fällt es den Erkrankten dann auch zunehmend schwerer Gesprächsverläufen zu folgen, zu urteilen und auch zu schlussfolgern. Angehörige bemerken diesen schleichenden Verlauf meist am Verlust der Alltagskompetenzen des Betroffenen indem er evtl. das Kochen verlernt, die Haushaltsgeräte nicht mehr bedienen kann, immer wieder das Selbe einkauft und vielleicht die Familie in finanzielle Schwierigkeiten bringt. Häufig werden die Rechnungen nicht mehr bezahlt, da die Notwendigkeit dafür nicht mehr gesehen wird und der Erkrankte den Umgang mit dem Geld völlig verliert (vgl. Kastner/ Löbach 2010, S. 26f). Es kommt nicht selten vor, dass sich Familien aus diesen Gründen erstmals an einen Arzt wenden, weil sie sich das eigenartige Verhalten ihres Angehörigen nicht mehr erklären können.

2.4.2 Mittelschwere Demenz

Im mittleren Stadium nehmen die kognitiven Symptome zu und es kommt zu einer erheblichen Einschränkung des Gedächtnisses z.B. das Vergessen von Namen und vertrauten Personen. Psychischen Symptomen wie Angst und Wahn nehmen zu und auch die Verhaltenssymptome verstärken sich. Die örtliche und zeitliche Orientierung ist stark beeinträchtigt und oft verirren sich Betroffene außerhalb des Hauses. Dabei häufen sich die Unruhezustände, die sich zumeist durch zielloses Umherwandern und einem gestörten Tag- Nacht Rhythmus äußern. Auch die Sprach- und Wortwahl ist immer stärker eingeschränkt, die Körperpflege wird vernachlässigt und normale Alltagsverrichtungen, wie Bad- und Toilettengänge, an- und ausziehen und das Essen werden zu einer Herausforderung für den Demenzkranken. Oft tritt in diesem Stadium eine kognitive Harninkontinenz auf, da die Betroffenen nicht mehr rechtzeitig die Toilette finden oder den Drang auf die Toilette zu müssen nicht mehr einordnen können (vgl. ebd. S. 27). Spätestens jetzt ist eine

Pflegebedürftigkeit nicht mehr abzuwenden, da die Angehörigen zu jeglichen Verrichtungen und Aktivitäten des alltäglichen Lebens Anleitung geben müssen und ihn auch rund um die Uhr betreuen und beaufsichtigen müssen.

2.4.3 Schwere Demenz (Endstadium)

Im letzten Stadium der Demenz stehen körperlich- neurologische Symptome im Vordergrund. Gangstörungen bis hin zur Gangunfähigkeit und anschließende Bettlägerigkeit sind die Folge. Der Verlust der Kontrolle über Blase und Darm führt zur endgültigen Harn- und Stuhlinkontinenz und im weiteren Verlauf kommt es zu zerebralen Krampfanfällen und Schluckstörungen. Das Gedächtnis ist dann schon so stark beeinträchtigt, dass keine Abspeicherung neuer Informationen mehr möglich ist und selbst Angehörige kaum noch erkannt werden (vgl.ebd. S. 27). Demenzkranke sprechen in diesem Stadium nur noch wenige Wörter und letztlich nur noch Bruchstücke. Im Endstadium kommt es dann letztendlich zur Bettlägerigkeit und damit zu einer völligen Pflegebedürftigkeit (vgl. Förstl 2012, S. 28). Die körperlichen Kräfte schwinden, Störungen in der Nahrungsaufnahme kommen hinzu und die Betroffene leiden an einer extrem hohen Infektionsgefahr. Die Folge ist oft eine Lungenentzündung, die auch als häufigste Todesursache einer Demenzerkrankung gilt (vgl.ebd. S. 27).

3 Besonderheiten in der Pflege und Betreuung Demenzkranker

3.1 Demenzkranke verstehen

Um das meist als „seltsam“ beschriebene Verhalten eines Demenzkranken besser verstehen zu könnte, treffen folgende Zeilen die richtigen Worte. „ *Alle Gefühle, die einen voll funktionsfähigen Verstand erfordern, schwinden. Scham erfordert beispielsweise das Wissen, was sich gehört. Für Bewunderung und Dankbarkeit muss man wissen, welche Fähigkeiten nötig sind, um etwas Besonderes zu leisten. Auch jene Gefühle, die sich auf Vergangenheit oder Zukunft beziehen, empfindet der Demenzkranke nicht mehr. Wie soll er Hoffnung hegen, wenn für ihn der Begriff Zukunft nicht mehr besteht? Wie soll er Rachegefühle spüren, wenn er sich doch der Taten anderer nicht mehr erinnert? Und wie soll er sich schuldig fühlen oder Bedauern empfinden, für etwas das er lange vergessen hat?*“ (Buijssen 2003, S. 59f).

Das veränderte Erleben und Verhalten eines Demenzkranken kann man mit gesundem Menschenverstand nicht mehr erklären und es kann die Angehörigen verrückt machen, wenn sie sich einreden der Betroffene verhält sich absichtlich so unangemessen. Es ist schwer sich damit abzufinden, dass ein geliebter Mensch nicht mehr der zu sein scheint der er mal war. Doch die Persönlichkeit verändert sich nicht grundlegend und der Erkrankte wird damit nicht zu einem anderen Menschen. In der Regel ist es so, dass sich eher spezifische, bereits vorhandene Charaktereigenschaften eines Demenzkranken verstärken. Leider kommt es noch viel zu häufig vor, dass Betroffene in ihrem Verhalten ermahnt werden oder ihnen mit Vorwurf entgegengetreten wird. Dieses Unverständnis kann sich bei Angehörigen auch schnell in Form von Wut über das Verhalten des Erkrankten äußern. Dabei muss jedem pflegenden Angehörigen bewusst sein, dass der Betroffene durch das ständige Vorhalten seiner Defizite immer mehr unter Druck geraten kann und er sich dadurch beschämt oder gar bedroht fühlt (vgl. Kastner/ Löbach 2010, S.99). Ein Demenzkranker kann seine Gefühle nicht mehr mittels Verstand steuern und sein eigenes Verhalten nicht mehr werten. Die Gefühlswelt beginnt zu überwiegen und jegliches Handeln geschieht aus dem Affekt heraus. Sie folgen ihren Impulsen, je nach Erleben einer Situation verhalten sie sich, ganz gleich ob es angemessen ist oder nicht. (vgl. Buijssen 2003, S. 59ff). Hinzu kommt, dass die Betroffenen auch zunehmend die Fähigkeit verlieren ihre Gefühle und Bedürfnisse auszudrücken, aus diesem Grund müssen Angehörigen lernen bestimmte Verhaltensweisen erkennen und Interpretieren zu können(vgl. Kastner/ Löbach 2010, S.99f). Sie müssen lernen den Demenzkranken in seinem Erleben und Verhalten respektieren, versuchen sich in seine Realität einzufühlen, ihn nicht mit Fehlern konfrontieren und ihn dabei stets ernst nehmen (vgl. Buijssen 2003, S. 124). Keine einfache Aufgabe wenn mein sich sein Leben mit dem Partner anders vorgestellt hat.

3.2 Der besondere Hilfebedarf bei Demenz

Die vielfältige und individuelle Symptomatik einer Demenz erfordert einen besonderen Hilfebedarf in Pflege, Betreuung und im Umgang mit den Betroffenen. Dabei muss sich die Pflegeperson immer im Klaren sein, dass der Verlauf einer degenerativen Demenzerkrankung zwangsläufig zu einer

Verschlechterung des Zustandes, bis hin zur Bettlägerigkeit und schließlich zum Tod führt. Das bedeutet eine Demenz ist immer irreversibel und selbst die beste Pflege, kann den Zustand der Betroffenen nicht auf Dauer verbessern oder sie gar heilen (vgl. Kastner/ Löbach 2003. S. 89). Doch geht eine dementielle Erkrankung nicht automatisch mit einer absoluten Pflegebedürftigkeit des Betroffenen einher. Vielmehr sind sie im Frühstadium der Erkrankung zunächst begleitet und beaufsichtigt werden, da sich die kognitiven und Verhaltenssymptome nur langsam bemerkbar machen. Der Erkrankte kann im Anfangsstadium in der Regel noch autonom handeln und viele Verrichtungen des Alltags ohne fremde Hilfe bewältigen. Der Demenzkranke kann im frühen Stadium zunächst keine neuen Informationen mehr im Gehirn abspeichern, doch bereits Erlerntes kann in dieser frühen Phase noch ohne Einschränkung abgerufen werden. Meist muss der Betroffene im mittleren Stadium zunehmend versorgt werden, da das Gehirn dann oft schon so weit angegriffen ist, dass selbst vor Beginn der Erkrankung vorhandene Fähigkeiten und Fertigkeiten allmählich versiegen. In dieser Phase wird der Erkrankte immer mehr von der Hilfe seiner Angehörigen abhängig und benötigt erhebliche Betreuung im Alltag. Im letzten Stadium der Demenzerkrankung kommt es dann zur vollkommenen Abhängigkeit und damit auch zur absoluten Pflegebedürftigkeit (vgl. Buijssen 2010. S. 59ff). Von Beginn der Erkrankung bis hin zum Endstadium ergeben sich damit krankheitsspezifische Besonderheiten im Umgang mit den Erkrankten. Es ist für einen Dementen besonders wichtig Kontinuität zu schaffen und ihm klare einfache Strukturen vorzugeben. Die Pflegeperson sollte daher mit viel Verständnis, Ruhe und Einfühlungsvermögen auf den Betroffenen eingehen und ihm dabei ein Gefühl der Sicherheit vermitteln. Menschen mit einer dementiellen Erkrankung zeigen überwiegend Veränderungen in ihrem Verhalten und reagieren oft unangemessen in bestimmten Situationen. Professionelle Pflegekräfte sind auf diese speziellen Verhaltensweisen eingestellt und haben gelernt damit umzugehen aber was ist mit den pflegenden Angehörigen? Die erste Zeit wird der Erkrankten meist noch eigenständig zu Hause betreut, dabei wissen die Angehörigen oft nicht genau wie sie auf die demenztypischen Verhaltensweisen des Erkrankten reagieren sollen. Zunächst könnte es vorkommen, dass sowohl den Angehörigen als auch seinem unmittelbaren Umfeld, viele Reaktionen des Betroffenen unangenehm

und peinlich sind. Aus diesem Grund ist es besonders wichtig sich mit den Besonderheiten dieser Erkrankung auseinanderzusetzen, um dann auch Handlungsstrategien entwickeln zu können (vgl. Kastner/ Löbach 2010, S.99). Aufgrund der kognitiven Beeinträchtigungen können Erkrankte oft nicht mehr für ihr eigenes Wohlbefinden sorgen und auch nicht mehr eigenständig die Sicherheit im Haushalt und ihrer Umgebung gewährleisten. Da gerade die Alltagskompetenz eines Demenzkranken zunehmend beeinträchtigt wird, ist er mit der Zeit immer mehr auf die Hilfe von anderen angewiesen. Verrichtungen im Bereich der Grundpflege müssen zunächst beaufsichtigt und angeleitet und im weiteren Verlauf meist sogar übernommen werden. Demenzkranke vernachlässigen im Krankheitsverlauf auch immer mehr die eigene Körperpflege, denn sie sehen keine Notwendigkeit mehr sich zu waschen, zu pflegen und verlieren die Übersicht sich angemessen zu kleiden. Demente Personen verlernen häufig das Betätigen von Haushaltsgeräten, können nicht mehr kochen und auch Verrichtungen im Haushalt, wie Aufräumen und Einkaufen werden zunehmend problematisch. Der Umgang mit Feuer, scharfen Gegenständen aber auch mit essbaren und nicht essbaren Dingen kann schnell eine Gefahr für die Betroffenen bedeuten. Auch das Verlassen der Wohnung und die Teilnahme am Straßenverkehr werden zunehmend gefährlich, da Verhaltensregeln wie z.B. die StVo zunehmend missachtet werden und ebenso Schwierigkeiten mit der Orientierung hinzukommen. Besondere Unterstützung benötigen dementiell Erkrankte auch bei der Regelung finanzieller, rechtlicher und sozialer Angelegenheiten, da jeglicher Bezug zu diesen Handlungen verloren geht (vgl. ebd. S. 117).

Besonderheiten ergeben sich auch in Bezug auf den gestörten Tag-Nachtrhythmus, die damit verbundene zunehmende Unruhe, das ziellose Herumirren und dem Bewegungsdrang. Ein Demenzkranker erlebt den ganzen Tag über viele verschiedene emotionale Situationen und kann die Aufregung und Anspannung selbst nicht mehr regulieren. Feste Rituale und Gewohnheit, schaffen hier Sicherheit und machen den Alltag sowohl für den Betroffenen selbst als auch für den pflegenden Angehörigen erträglicher (vgl. ebd. S. 110f). Im fortgeschrittenen Stadium einer Demenz verlieren Erkrankte zunehmend die Fähigkeit sich über Stuhl und- Harndrang zu äußern bzw. das Gefühl einzuordnen. Häufige Toilettengänge und Dranginkontinenz sind die Folge und

der Betroffene muss immer wieder an Toilettengänge erinnern werden. Die Aufgabe der Pflegeperson ist es, diese Verhaltensweisen des Demenzen richtig deuten und verstehen zu können (vgl. ebd. S. 101).

Diese und viele andere Besonderheiten im Umgang mit Demenzkranken stellen viele Anforderungen an die pflegenden Angehörigen bzw. das Pflegepersonal. Überwiegend stehen die Beaufsichtigung, Betreuung und Anleitung im Vordergrund der Pflege, vor allem im häuslichen Bereich (vgl. ebd. S. 100). So lange es geht, sollen alle alltäglichen Verrichtungen eigenständig vom Betroffenen übernommen werden und dabei sollen vorhandene Ressourcen so lange es geht erhalten bleiben. Umso mehr Zeit nimmt es in Anspruch, den Betroffenen u.a. zum Waschen, Anziehen, Essen und zu bestimmten Aktivitäten zu animieren und ihm gleichzeitig seine Autonomie zu bewahren. Für all diese Besonderheiten einer Demenzerkrankung benötigen Betroffene Leistungen aus der Pflegeversicherung. Das folgende Kapitel befasst sich nun ausgiebig mit der aktuellen Gesetzeslage des SGB XI und gibt einen Überblick über die Leistungsangebote der SPV.

4 Die soziale Pflegeversicherung

4.1 Ausgangslage

Vor Verabschiedung der gesetzlichen Pflegeversicherung im Jahre 1994, war jeder Bürger selbst dafür verantwortlich sich für das bestehende Risiko pflegebedürftig zu werden abzusichern. Doch nur die wenigsten ließen sich privat versichern und selbst Erwerbstätige die es sich finanziell leisten konnten, verschafften sich keine Rücklagen für den Fall der eintretenden Pflegebedürftigkeit. Infolge des demographischen Wandels und des damit verbundenen erhöhten Pflegebedürftigkeitsrisikos, hatten viele ehemalige Erwerbstätige zum Zeitpunkt des Pflegebeginns nicht mehr genug Vermögen zur Verfügung, um ihre Pflegebedürftigkeit eigenständig finanzieren zu können. Aus diesem Grund benötigten viele Bürger Unterstützung aus dem SGB XII in Form von Leistungen der Hilfe zur Pflege (HzP). In Folge dessen nahm die Zahl der Sozialhilfeempfänger im höheren Alter immer weiter zu und viele Bürger wurden innerhalb von kürzester Zeit sozial bedürftig, obwohl sie zuvor ein relativ gutes Einkommen hatten (vgl. Häcker/Hackmann/ Raffelhüschen 2011,

S. 1). Spätestens zu diesem Zeitpunkt war sicher, eine gesetzliche Pflegeversicherung ist dringend notwendig, um das Pflegefallrisiko der Bevölkerung abzusichern. Es stand jedoch noch nicht fest, ob die Art der Finanzierung der neuen Pflegeversicherung analog zu der gesetzlichen Krankenversicherung kapitaldeckend oder umlagefinanziert erfolgen sollte. Bei der Kapitaldeckung würden die Beiträge der Versicherten angespart, in andere Anlageformen investiert und im Pflegefall wieder ausgezahlt werden. Die Umlagefinanzierung würde bedeuten, dass die eingezahlten Beiträge unmittelbar wieder an die aktuell Leistungsberechtigten ausbezahlt werden würden (vgl. Hof 2001, S. 166). Letztendlich hat sich ein System durchgesetzt, das sowohl die umlagefinanzierte, gesetzliche als auch die kapitalgedeckte, private Pflegeversicherung beinhaltet. Nach langjähriger Debatte trat nun als fünfter Zweig der Sozialversicherung am 1. Januar 1995 das Pflegeversicherungsgesetz in Kraft. Es wurde damit das elfte Sozialgesetzbuch (SGB XI) geschaffen, um laut § 1 das Risiko im Alter pflegebedürftig zu werden sozial abzusichern. Hiermit verlagerte sich die Finanzierung der Pflegebedürftigkeit von den Kommunen hin zu den Sozialversicherungen.

4.2 Versicherter Personenkreis

Entsprechend dem Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“, sind mit dem § 1 Abs. 2 SGB XI alle Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) automatisch in der SPV pflichtversichert. (vgl. Häcker/Hackmann/ Raffelhüschen 2011, S. 18). Es besteht aber auch die Möglichkeit sich unter bestimmten Umständen privat versichern zu lassen, jedoch wurde darauf geachtet, dass beide Versicherungssysteme dieselben Leistungen und Preise beinhalten (vgl. Hof 2001, S. 166). Wer sich zu einer privaten Krankenversicherung entschieden hat, muss sich auch auf Grundlage des § 23 SGB XI einer privaten Pflegeversicherung mit gleichwertigen Leistungen des SGB XI anschließen. Unter bestimmten Voraussetzungen des § 26 SGB XI ist es auch möglich sich freiwillig in der SPV versichern lassen. Der Personenkreis der Versicherten in der SPV schließt aber nicht nur eigenständig versicherte Personenkreise mit ein, auch Familienversicherte aus der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 25 SGB X sind automatisch pflegeversichert.

4.3 Pflegebedürftigkeitsbegriff

Die soziale Pflegeversicherung übernimmt mit dem §1 SGB XI die Aufgabe, Pflegebedürftigen Hilfe zu leisten, die aufgrund der Schwere ihrer Pflegebedürftigkeit auf Unterstützung angewiesen sind. Deshalb ist es umso wichtiger den Kreis der Leistungsberechtigten mit Hilfe eines eindeutigen Pflegebedürftigkeitsbegriffes genau zu definieren. Diese Begriffsbestimmung wurde im §14 SGB XI festgelegt und besagt, dass Personen als pflegebedürftig gelten, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im täglichen Lebensablauf Hilfe benötigen. Dabei muss dieser Pflegebedarf in erheblichem oder höherem Maße für mindestens 6 Monate bestehen. Die Hilfe beläuft sich dabei auf die Unterstützung in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im alltäglichen Ablauf oder der Beaufsichtigung oder Anleitung, die das Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtung verfolgt. Diese Verrichtungen werden in unterschiedliche Bereiche unterteilt wie Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftliche Versorgung (vgl. §14 SGB XI). Das Eintreten des Versicherungsfalls ist die Voraussetzung für den Erhalt von Pflegeleistungen. Die jeweiligen Pflegeleistungen sind für den Leistungsempfänger einkommens- und vermögensunabhängig und richten sich in Höhe und Umfang nach der jeweiligen Einstufung (vgl. Häcker/ Raffelhüschen 2008, S. 5).

4.4 Pflegestufen und Verfahren zur Feststellung des Pflegebedarfs

Der Grad an Pflegebedürftigkeit wird in §15 SGB XI geregelt, wobei drei Pflegestufen unterschieden werden (vgl. Häcker/Hackmann/ Raffelhüschen 2011, S. 18f). Sie werden je nach Umfang des Hilfebedarfs unterteilt in Pflegestufe I für erheblich pflegebedürftige Personen, die bei mindestens 2 Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen der Körperpflege, Ernährung oder Mobilität mindestens einmal täglich Hilfe benötigen. Hinzu kommt, dass sie mehrmals die Woche bei der hauswirtschaftlichen Versorgung der Hilfe bedürfen. Die Pflegestufe II gilt für schwerpflegebedürftige Personen, die zu unterschiedlichen Tageszeiten im Bereich Körperpflege, Ernährung und Mobilität mindestens dreimal täglich Hilfe benötigen und zusätzlich mehrmals in der Woche bei der hauswirtschaftlichen Versorgung Unterstützung brauchen.

Die Pflegestufe III umfasst Leistungen für schwerstpflegebedürftige Personen, die in für die Verrichtungen in den drei Bereichen der Grundpflege rund um die Uhr, täglich Hilfe benötigen und dazu noch mehrmals die Woche bei der hauswirtschaftlichen Versorgung auf Hilfe angewiesen sind (vgl. §15 Abs. 1 Nr. 1-3 SGB XI). Dabei regelt der Satz 2, dass die jeweilige Einstufung anhand des zeitlichen Aufwandes der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung bemessen wird, die eine nicht ausgebildete Pflegekraft wie z.B. ein Familienangehöriger dafür benötigen würde. Als tagesdurchschnittliche Mindestzeit für die Pflegestufe I gilt ein zeitlicher Pflegeaufwand von 90 Minuten am Tag, wobei mehr als 45 Minuten davon für die Grundpflege benötigt werden müssen. Bei der Pflegestufe II sind es dann mindestens 3 Stunden täglicher Pflegebedarf, wovon mindestens zwei Stunden auf die Grundpflege anfallen müssen und für die Pflegestufe III sind es mindestens fünf Stunden Pflege, wobei davon für die Grundpflege mindestens vier Stunden veranschlagt werden müssen (vgl. § 15 Abs. 3 SGB XI). Ob und in welchem Umfang diese Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt werden, wird von der jeweiligen Pflegekasse mit einem Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenkasse (MDK) geprüft. Der Leistungsanspruch erfolgt nach Antragstellung des Versicherten gemäß § 33 SGB XI bei der zuständigen Pflegekasse. Das Verfahren zur Feststellung des Pflegebedarfs regelt der § 18 SGB XI. Im Zuge des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes vom 01.07.2008 wurde mit dem Absatz 3 zugunsten des Antragstellers festgelegt, dass der Antrag unverzüglich an den MDK weiter zu leiten ist und dem Antragsteller die Entscheidung über die Feststellung der Pflegebedürftigkeit spätestens 5 Wochen nach Antragseingang mitgeteilt werden muss (vgl. Marburger 2010, S. 23f). Damit soll sichergestellt werden, dass der Antrag von den Pflegekassen unverzüglich bearbeitet wird, damit der Pflegebedürftige so schnell wie möglich die benötigten Pflegeleistungen erhalten kann.

Zur Feststellung des tatsächlichen Hilfebedarfs, besucht ein Gutachter des MDK den Antragsteller nach dessen Zustimmung in seiner Häuslichkeit. Dabei geht er nach bestimmten Begutachtungsrichtlinien (BRi vom 08.06.2009) vor und stellt den Umfang des Pflegebedarfs fest. Stimmt der Versicherte dem Besuch nicht zu, so können die Pflegeleistungen durch die Pflegekasse

verweigert werden. Steht der Hilfebedarf durch das Ergebnis einer medizinischen Untersuchung genau fest, kann der MDK gegebenenfalls auf eine Untersuchung seinerseits verzichten. Ebenso kann der Gutachter aber auch von beteiligten Ärzten, Unterlagen und Auskünfte einholen. Nach Zustimmung des Versicherten kann er ebenso pflegende Angehörige oder auch den evtl. beteiligten Pflegedienst zur Begutachtung des Bedarfs befragen. Der MDK teilt daraufhin der zuständigen Pflegekasse durch ein spezielles „Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI“ sein Ergebnis mit. Dieses Gutachten wurde von den Spitzenverbänden der Pflegekassen entwickelt und enthält unter anderem einen Abschnitt zur Feststellung der „derzeitigen Versorgungs- und Betreuungssituation“, in dem auch auf nötige Hilfsmittel und deren Nutzung eingegangen wird. Ein weiterer Abschnitt geht auf die Bereiche der Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftlichen Versorgung ein und stellt damit den Umfang der Pflegebedürftigkeit fest. Mit Hilfe eines von den Angehörigen geführten Pflegetagebuchs und dem Begutachtungsergebnis selbst, legt der Gutachter dann in Bezug auf § 15 SGB XI eine Pflegestufe fest. Er begründet seine Entscheidung, gibt Empfehlungen an die Pflegekasse und teilt mit, ob eine häusliche Pflege ausreicht oder aber eine stationäre Pflege zu empfehlen wäre. Letztlich wird von dem Gutachter eine Prognose abgegeben und die jeweilige Pflegekasse entscheidet dann über die Gewährung der Leistungen (vgl. Marburger 2010, S. 21ff).

4.5 Leistungen der Pflegeversicherung

Die Leistungsbereiche der gesetzlichen Pflegeversicherung werden in den § 36ff SGB XI unterteilt in Leistungen der häuslichen (ambulanten) Pflege, der teilstationären Pflege und der vollstationären Pflege. Hat ein Versicherter nun Anspruch auf häusliche Pflege, so kann er zwischen verschiedenen Leistungsarten wählen. Im § 36 SGB XI wird der Anspruch des Pflegebedürftigen auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung, in Form von **Pflegesachleistungen** beschrieben. Diese Leistungen führen geeignete Pflegekräfte durch, die entweder von der Pflegekasse selbst bestellt werden oder aber in den meisten Fällen einem ambulanten Pflegedienst angehören. Dabei werden bestimmte Pflegedienste für die Ausführung der Pflegesachleistungen

beauftragt, die mit der jeweiligen Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen haben. Die Pflege sollte dann vom Fachpersonal aktivierend erbracht werden, damit die vorhandenen Fähigkeiten des Pflegebedürftigen erhalten bleiben bzw. bereits verlorene Fähigkeiten zurückgewonnen werden. Durch Anleitung des Betroffenen sich bei den Pflegeleistungen zu beteiligen, soll unter anderem seine Selbstständigkeit und Selbsthilfetätigkeit unterstützt werden, wobei auch die Angehörigen bei der aktivierenden Pflege zu beteiligen sind (vgl. ebd. S. 27). Die Höhe des Leistungsanspruchs wird in §36 Abs. 3 SGB XI geregelt und ist je nach Grad der Pflegebedürftigkeit gestaffelt. Die Beträge wurden durch das Pflege- Weiterentwicklungsgesetz im Jahre 2008 vollständig überarbeitet und jeweils zum 1.1.2010 und zum 1.1.2012 stufenweise erhöht. Aktuell gelten für die Pflegestufe I: 450€, für die Pflegestufe II: 1100€ und für die Pflegestufe III: 1550€ als monatlicher Betrag. Der jeweilige Pflegesatz ist ausschließlich für die Pflegesachleistungen einzusetzen und steht dem Pflegebedürftigen daher auch nicht frei zur Verfügung. Der Leistungsanbieter verrechnet die beanspruchten Pflegesachleistungen mit der zuständigen Pflegekasse und erhält so seine Vergütung. Übersteigen die Pflegekosten diese festgelegten Beträge, werden die zusätzlich entstandenen Kosten nicht von der Pflegekasse getragen. In diesem Fall können ergänzende Leistungen der Sozialhilfe beantragt werden. Unter bestimmten Voraussetzungen kann der Pflegebedürftige einen Antrag beim jeweiligen Sozialhilfeträger stellen, der dann auf Grundlage der §§ 61 ff. SGB XII prüft, ob ggf. ein Anspruch auf Hilfe zur Pflege besteht (vgl. ebd. S27f). Das SGB XII geht dabei u. a. über den sozialrechtlichen Leistungsbegriff der Pflegeversicherung hinaus und bezieht gegebenenfalls auch Leistungen für Personen ohne Pflegestufe mit ein. So können auch Menschen, die voraussichtlich für weniger als sechs Monate der Pflege bedürfen, also nur einen vorübergehenden Pflegebedarf haben, Hilfe zur Pflege erhalten (vgl. Rotgang 2011, S. S. 100). Besteht jedoch keine Voraussetzung für die HzP so muss der Pflegebedürftige wie im § 4 Abs. 2 SGB XI beschrieben, seine Versorgung durch Familie, Nachbarschaft oder andere ehrenamtliche Pflege und Betreuung ergänzen.

Neben den Pflegesachleistungen können Betroffene auch je nach Pflegebedarf Geldleistungen beantragen. Der §37 SGB XI bezeichnet diese Art der Leistung

als **Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfe**. Pflegegeld wird sehr häufig bei den Pflegekassen beantragt, da viele Pflegebedürftige gerade z.B. im Anfangsstadium von Demenz zunächst noch von ihren Angehörigen in der eigenen Häuslichkeit versorgt werden können und wollen. Sie können das Pflegegeld dann dazu nutzen, um den Umfang der erforderlichen Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung durch eine Pflegeperson selbst sicher zu stellen (vgl. Marburger 2010, S. 31f). In den meisten Fällen wird die häusliche Pflege durch einen Angehörigen wie z.B. den Ehepartner übernommen. Auch das Pflegegeld wurde zum 01.07.2008 im Zusammenhang mit dem PwEG schrittweise erhöht und beträgt aktuell für Pflegestufe I: 235€, für Pflegestufe II: 440€ und für die Pflegestufe III: 700€ im Monat (§ 37 Abs. 1 Nr. 1-3 SGB XI). Der Pflegebedürftige kann über den jeweiligen Geldbetrag frei verfügen, ist aber bei Bezug dieser Geldleistung dazu verpflichtet sich bei den Pflegestufen I und II mindestens einmal im halben Jahr und bei Pflegestufe III vierteljährlich durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung/Pflegekraft in der eigenen Häuslichkeit beraten zu lassen (§ 37 Abs. 3 SGB XI). Die Beratung erfolgt zur Unterstützung der Pflegeperson im praktischen Bereich der Pflege und dient der Sicherstellung der Qualität der Pflege (vgl. Marburger 2010, S. 32). Für den Fall, dass die Pflegeperson wegen eines Erholungsurlaubes oder einer Erkrankung verhindert ist den Pflegebedürftigen zu versorgen, übernimmt die Pflegekasse die Kosten für eine Ersatzpflege für bis zu 4 Wochen im Kalenderjahr. Vorausgesetzt die Pflegeperson hat den Pflegebedürftigen schon mindestens 6 Monate in seiner Häuslichkeit gepflegt bevor sie das erste Mal die so genannte **Verhinderungspflege** in Anspruch nehmen kann (vgl. §39 SGB XI).

Auch die **Kombination von Pflegesachleistungen und Pflegegeld** ist möglich, wenn der Pflegebedürftige die Angebote der Pflegesachleistungen nach §36 Abs. 3 und 4 nur teilweise in Anspruch nimmt. Dabei steht die Entscheidung über das Verhältnis zu Geld und Sachleistungen dem Pflegebedürftigen frei. Er ist dann aber für 6 Monate an die jeweilige Kombination gebunden, es sei denn die Kombination erfolgt in Verbindung mit einer teilstationären Pflege oder nur noch eine der beiden Leistungen soll in Anspruch genommen werden. Pflegesachleistungen und Pflegegeld können bis zu 100% kombiniert werden d.h. das Pflegegeld wird immer um den

Prozentsatz vermindert um den die Sachleistung in Anspruch genommen wird (vgl. § 38 SGB XI).

Pflegebedürftige können auch zusätzlich **Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen** beantragen. Zu den Pflegehilfsmitteln gehört nach §40 SGB XI die Grundausstattung, das Zubehör deren Änderung, Instandsetzung, die Erstbeschaffung und letztlich die Ausbildung und Anpassung im Gebrauch der Pflegehilfsmittel. Auch Zuschüsse zur individuellen Verbesserung des Wohnumfeldes z.B. durch technische Hilfsmittel im Haushalt werden gewährt. Diese Zuschüsse können erfolgen, wenn die häusliche Pflege damit überhaupt erst möglich wird, die Pflegeperson dadurch erheblich entlastet, die Pflege damit erleichtert wird und/oder die Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen wiederhergestellt wird (vgl. §40 SGB XI). Die SPV bietet zur Stärkung der häuslichen Pflege jedoch nicht nur Leistungen für den Pflegebedürftigen selbst an. Nach dem Grundsatz der Vorrangigkeit der häuslichen Pflege wurde der § 3 SGB XI eingeführt, welcher besagt, dass die Pflegeversicherung mit ihren Leistungen vorrangig die häusliche Pflege und die Bereitschaft der Angehörigen und Nachbarn zur Pflege unterstützen soll, damit der Pflegebedürftige so lange wie möglich in seiner Häuslichkeit bleiben kann (vgl. §3SGB XI). Zu den **Leistungen für Pflegepersonen** gehört damit auch die Übernahme der Rentenversicherungsbeiträge für die in §19SGB XI beschriebenen Pflegepersonen. So wird der Beitrag zur Rentenversicherung für Personen die einen Pflegebedürftigen mindestens 14 Stunden wöchentlich in seiner häuslichen Umgebung pflegen übernommen, wenn der Umfang der Erwerbstätigkeit der Pflegeperson 30 Stunden die Woche nicht übersteigt und noch keine Altersrente bezogen wird (vgl. § 44 SGB XI i.V. mit § 3 Pflegezeitengesetz (PflegeZG))Die Beitragshöhe richtet sich jeweils nach der Pflegestufe und nach dem vom MDK festgestellten zeitlichen Umfang der Pflege (vgl. Rotgang 2011, S. 69f). Die Pflegeperson kann aber auch durch Zuschüsse zu Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen entlastet werden, wenn sie nach § 44a SGB XI vollständig von der Arbeitsstelle freigestellt wurde oder die Arbeitszeit zu einer geringfügigen Beschäftigung reduziert werden musste. Nimmt eine Pflegeperson die Pflegezeit in Anspruch, so ist sie auch automatisch in der Arbeitslosenversicherung versichert. Zusätzlich können Pflegepersonen auch kostenlos Pflegekurse besuchen, um ihnen die Pflege zu

erleichtern oder das soziale Engagement ehrenamtlicher Pflegepersonen zu fördern (vgl. Marburger 2010, S. 37f).

Neben den Leistungen der häuslichen Pflege bietet die SPV mit den §§41, 42 SGB XI auch noch Leistungen für den Bereich der **teilstationären Pflege und Kurzzeitpflege**. Der so genannte Anspruch auf Tages- und Nachtpflege ist gegeben, wenn die häusliche Pflege nicht ausreichend sicher gestellt werden kann oder damit gestärkt wird. Aktuell sind monatliche Beträge von 450€ für die Pflegestufe I, 1040€ für die Pflegestufe II und 1550€ für die Pflegestufe III festgelegt. Es können unter den Voraussetzungen des § 41 Abs. 4 SGB XI auch teilstationäre Leistungen Pflegesachleistungen und Pflegegeld miteinander kombiniert werden. Dabei können Pflegesachleistungen in Verbindung mit teilstationären Leistungen oder aber auch Pflegegeld in Verbindung mit teilstationären Leistungen bis zu 150 Prozent übernommen werde. Ein Pflegebedürftiger kann also z.B. bei der Pflegestufe I das Angebot der Tagespflege bis zum vollen Betrag von 450€ in Anspruch nehmen und zusätzlich noch für die häusliche Versorgung durch die Pflegeperson 50% (also 117,50€) Pflegegeld. Er kann ebenso den vollen Betrag an Pflegesachleistungen nutzen und bis zu zusätzlich anteilig das Angebot der Tagespflege nutzen.

Im § 42 SGB XI wird die Kurzzeitpflege beschrieben, welche von dem Pflegebedürftigen bis zu 4 Wochen pro Jahr in Anspruch genommen werden kann. Diese Leistung der kurzzeitigen, vollstationären Pflege ist vor allem für Krisensituation oder für eine Übergangszeit nach einer stationären Behandlung des Pflegebedürftigen gedacht (vgl. § 42 SGB XI).

Kommen sowohl häusliche Pflege als auch die teilstationäre Pflege nicht in Betracht, so bietet die soziale Pflegeversicherung als dritte Leistungsart das Angebot der **vollstationären Pflege** nach § 43 SGB XI in den dafür vorgesehenen Einrichtungen. Die Pflegekasse übernimmt dann die Aufwendungen für die Pflege, die soziale Betreuung und die Leistungen der medizinischen Versorgung bis zu einem bestimmten Betrag. Auch hier gelten je nach Pflegestufe verschiedene Sätze. Mit der Pflegestufe I werden 1023€ der monatlichen Pflegekosten übernommen, mit der Pflegestufe II werden 1279€ übernommen und mit der Pflegestufe III ist es ein monatlicher Betrag von 1550€ der übernommen wird. Für die in §43 Abs. 3 SGB XI beschrieben, besonderen

Härtefälle bei außergewöhnlich hohem und intensivem Pflegeaufwand der Pflegestufe III, gelten dabei gesonderte Pflegesätze (vgl. Marburger 2010 S. 78f). Da diese Leistungen der Pflegekasse die entstehenden Kosten eines vollstationären Aufenthalts in einem Pflegeheim nicht decken können, können auch hier wieder unter bestimmten Voraussetzungen zusätzliche Leistungen beim Sozialhilfeträger beantragen. Entfällt dieser Anspruch, so müssen die Zusatzkosten aus dem eigenen Einkommen und Vermögen gedeckt werden oder die Angehörigen müssen eigenständig für die Kosten aufkommen.

Neben den beschriebenen Leistungsangeboten der ambulanten, teilstationären und vollstationären Pflege, bietet die SPV auch **zusätzliche Betreuungsleistungen** für die Besonderheiten bei psychischen Erkrankungen oder geistigen Behinderungen an (vgl. Rotgang 2010, S. 187). Diese zusätzlichen Betreuungsleistungen wurden mit dem § 45a SGB XI eingeführt und beinhalten Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem, allgemeinem Betreuungsbedarf. Sie können von Personen wie z.B. Demenzkranken beantragt werden, die in ihrer Häuslichkeit gepflegt werden und unter einer dauerhaft eingeschränkten Alltagskompetenz leiden. Auch Personen die noch keine Voraussetzungen für eine Pflegestufe erfüllen, haben Anspruch auf diese Art der Leistung. Daher werden diese Leistungen auch in Fachkreisen als Pflegestufe 0 bezeichnet. Stellt der MDK fest, dass die Erkrankung eines Betroffenen dauerhaft Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens hat und die Krankheit oder Behinderung damit eine dauerhafte Einschränkung der Alltagskompetenz zur Folge haben wird, so hat der Pflegebedürftige Anspruch auf die im § 45b SGB XI festgelegten zusätzlichen Betreuungsleistungen. Dabei gilt ein Grundbetrag von 100€ monatlich und ein erhöhter Betrag von 200€ monatlich, welcher von der Pflegekasse auf Empfehlung des MDK festgestellt wird (vgl. Marburger 2010, S. 35). Diese Geldleistungen können wie in §45b Abs. 1. Nr. 1-4 SGB XI aufgeführt, zur Entlastung der pflegenden Angehörigen, für Leistungen der Tages- und Nachtpflege, der Kurzzeitpflege, für zusätzliche Betreuungsleistungen von zugelassenen Pflegediensten und anderen niedrighschwelligen Betreuungsangeboten nach § 45c SGB XI genutzt werden. Die Bewertung der dauerhaft eingeschränkten Alltagskompetenz erfolgt auf Grundlage des §45a Abs. 2 Nr.1-13 SGB XI, welcher verschiedene Schädigungen und

Fähigkeitsstörungen aufführt. Der Gutachter des MDK muss in wenigstens 2 dieser 13 Bereiche, davon mindestens einem aus den Bereichen 1-9, eine regelmäßige, dauerhafte Störung der Fähigkeiten oder Schädigung feststellen, damit eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz vorliegt und ein Anspruch auf die zusätzlichen Betreuungsleistungen besteht. Für eine im erhöhten Maße eingeschränkte Alltagskompetenz müssen die Voraussetzungen für die erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz und zusätzlich in mindestens einem weiteren Bereich der Nr. 1-9 oder 11 erfüllt sein. Wie bei den Pflegesachleistungen können anerkannte Pflegeeinrichtungen ihren Service bis zu einem Betrag in dieser Höhe direkt mit der Pflegekasse abrechnen (vgl. Rotgang 2011, S. 205).

5 Zukünftige Herausforderungen der sozialen Pflegeversicherung und die Bedeutung von Demenzerkrankungen

5.1 Warum eine Pflegereform dringend notwendig ist!-

Der demografische Wandel und die damit verbundene Altersstrukturverschiebung stellt die SPV vor eine große Herausforderung. Die Anzahl der älteren Menschen wird sich in den nächsten Jahren weiter erhöhen und im Gegenzug gehen die Geburtenraten immer weiter zurück. Da auch das Risiko pflegebedürftig zu werden gerade mit zunehmendem Alter steigt, wird sich infolge dieses Wandels die Anzahl der Pflegebedürftigen in den nächsten Jahrzehnten nahezu verdoppeln (vgl. Häcker/Hackmann/ Raffelhüschen 2011, S. 1). In Folge dieses gesellschaftlichen Wandels wird es zwangsläufig dazu kommen, dass die Anzahl der Menschen im erwerbsfähigen Alter immer geringer wird und damit auch ein Engpass an qualifizierten Pflegekräften zur Versorgung der Pflegebedürftigen entstehen wird (vgl. BT-Drs.17/9369 (2012), S. 35ff). Auch die veränderten Familienstrukturen führen zu erhöhten Ausgaben, denn der zunehmende Trend der Einpersonenhaushalte und der Rückgang der Mehrgenerationenfamilien führen dazu, dass immer weniger Familienmitglieder ihre Angehörigen zu Hause pflegen. Damit werden die günstigeren häuslichen Pflegen immer weniger in Anspruch genommen aber dafür steigt aber die Nachfrage an professionellen oder stationären

Pflegeleistungen. Im Gegensatz zur PPV, die durch ihr Kapitaldeckungssystem für ihre Versicherten Altersrücklagen bildet und auch leistungsorientierte Prämien erhebt, entstehen durch das umlagefinanzierte System der SPV Finanzierungsengpässe. Hauptproblem dabei ist, dass sich die Versicherungsbeiträge prozentual an den Arbeitsendgelten und Altersrenten bis zu einer bestimmten Beitragsgrenze bemessen. Das umlagefinanzierte System hat dabei einen großen Nachteil, es ist demographieanfällig und kann nur durch ein ausgewogenes Verhältnis der Generationen, in Zukunft weiter funktionieren. Die zunehmend sinkenden Geburtenraten und damit verbundene Abnahmen der Einzahler, bringen das Finanzierungssystem aus dem Gleichgewicht und führen zwangsläufig dazu, dass die entstehenden Finanzdefizite von den folgenden Generationen getragen werden müssen (vgl. Dinges 2005, S. 10f). Ebenso hat der medizinische Fortschritt erheblichen Einfluss auf das Gesundheitssystem, denn die Menschen werden dadurch immer älter. Das Problem dabei ist, dass sich jedoch nicht gleichzeitig die Morbidität (Erkrankungshäufigkeit einer bestimmten Bevölkerungsgruppe) verringert. Je älter die Menschen also werden, umso häufiger kommt es dann zum gleichzeitigen bestehen von mehreren Krankheiten (Multimorbidität). Das führt dann zwangsläufig zu längeren Pflegezeiten und zu erhöhten Ausgaben im Gesundheitswesen (vgl. Dinges 2005, S. 10f). Die SPV steht vor einem Umbruch, denn wenn die Zahl der Erwerbstätigen und damit der einzahlenden Bevölkerung immer weiter abnimmt und die Anzahl der Pflegebedürftigen immer weiter zunimmt, werden die Ausgaben für die Pflegeleistungen geradezu explodieren (vgl. Häcker/Hackmann/ Raffelhüschen 2011, S. 1). Hinzu kommt dann noch der steigende Anteil an demenzkranken Versicherten, die schon jetzt einen Großteil der Pflegebedürftigen ausmachen. Die spezielle Symptomatik führt zu einem besonders hohen Bedarf an Pflege und Betreuung. Die zunehmende Zahl der Demenzkranken stellt das gesamte Gesundheitssystem auf eine harte Probe, da gerade diese Erkrankung zu den teuersten Pflegeausgaben zählt (vgl. Häcker/Hackmann/ Raffelhüschen 2011, S. 1f). Auf Grundlage dieser gesellschaftlichen Veränderungen ist es dringend notwendig die SPV zu reformieren und die Leistungen den aktuellen Gegebenheiten anzupassen.

5.2 SPV und die Problematik des besonderen Hilfebedarfs bei Demenz

Wie schon beschrieben, ergeben sich durch den speziellen Krankheitsverlaufes eine Reihe von Besonderheiten in der Pflege und Betreuung demenzkranker Personen. Da Betroffene nicht nur pflegerische Leistungen benötigen, sondern auf Grund ihrer dementiellen Erkrankung vor allem in ihrer Alltagskompetenz stark eingeschränkt sind, benötigen sie vor allem ununterbrochene Beaufsichtigung. Dabei kommt es nicht selten dazu, dass sie sich selbst oder andere Menschen in Gefahr bringen.

Demente können in den ersten Stadien oftmals noch viele Verrichtungen selbständig durchführen, benötigen allerdings Anleitung und aktivierende Pflege, um diese Autonomie so lange wie möglich erhalten zu können (vgl. Rotgang 2011, S. 200). Aus diesen Gründen ist ein hoher Betreuungsbedarf für die Pflege Demenzkranker dringend erforderlich. Dieser besondere Hilfebedarf wird im Leistungsspektrum der SPV zwar berücksichtigt, jedoch gibt es in vielen Bereichen des SGB XI noch Ausbaureserven. Einer der am meisten diskutierten Kritikpunkte ist dabei der Pflegebedürftigkeitsbegriff. Dieser geht primär auf die körperlichen Einschränkungen der Betroffenen ein und berücksichtigt die vor allem bei Demenz auftretenden psychischen und kognitiven Symptome nicht ausreichend (vgl. Rotgang 2010, S. 187) Die in § 14 Abs. 4 SGB XI aufgezählten gewöhnlichen und wiederkehrenden Verrichtungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung schließen kognitive und psychische Störungen geradezu aus. Damit erfasst der Begriff der Pflegebedürftigkeit die hilfebedürftigen Menschen ungleich und bezieht sich hauptsächlich auf somatische Erkrankungen. Dies führte in den letzten Jahren zwangsläufig dazu, dass dem erhöhten Hilfe- und Betreuungsbedarf von demenzkranken Versicherten nicht ausreichend Beachtung geschenkt wurde und viele Betroffene dadurch keinen Anspruch auf eine Pflegestufe erwirken konnten. Gerade das im SGB XI festgelegte Begutachtungsverfahren des MDK steht dabei in der Kritik. Die zeitliche Bemessungsgrundlage zur Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung ist in der aktuellen Form nicht auf die besonderen Bedürfnisse von demenzkranken Versicherten zugeschnitten. Die Beaufsichtigung und Anleitung zu den bestimmten Verrichtungen reicht dann oftmals nicht aus, um die Voraussetzungen des § 15 SGB XI zu erfüllen. Dabei ist es besonders schwierig ein Begutachtungsverfahren zu entwickeln, welches

den zeitlichen Betreuungsaufwand eines Demenzkranken überhaupt bemessen kann. Es geht bei einer dementiellen Erkrankung, wie schon beschrieben, nicht primär um die Übernahme der in § 14 Abs. 4 SGB XI beschriebenen Verrichtungen. Im Vordergrund steht der Erhalt der noch vorhandenen Fähigkeiten und die Unterstützung des Betroffenen diese Verrichtungen noch eigenständig zu übernehmen. Dabei führt der langsam voranschreitende Verlauf oft dazu, dass die sichtbaren körperlichen Defizite erst im letzten Stadium der Erkrankung auftreten. Eine Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes ist zwingend notwendig um dieser Ungleichbehandlung entgegenzuwirken.

Ein weiterer Kritikpunkt der SPV im Zusammenhang mit der Besonderheit bei Demenz ist die zu geringe Unterstützung und Entlastung der pflegenden Angehörigen. Erkrankt ein Familienangehöriger an Demenz so betrifft dies nicht nur den Dementen selbst, sondern das gesamte unmittelbare Umfeld des Betroffenen. Die Diagnose ist anfangs sehr schwer zu begreifen und stellt das gesamte Leben der Familie auf den Kopf. Gerade dem pflegenden Angehörigen steht eine große Belastungssituation bevor, die meist begleitet wird durch enorme Zukunftsängste. (vgl. Buijssen 2003, S. 132ff). Um die Berufstätigkeit der Pflegeperson weiterhin zu gewährleisten, wurde schon das Gesetz über die Pflegezeiten (PflegeZG) vom 01.07.2008 geschaffen, um den Beruf und die familiärer Pflege eines Angehörigen besser vereinbaren zu können. Auch werden sie durch die in den §§ 44ff SGB XI beschriebenen Entlastungsangebote mit Leistungen zur sozialen Sicherung, zu Pflegezeiten und durch angebotene Pflegekurse entlastet. Diese Maßnahmen sind sehr zu befürworten, nur leider decken sie bei weitem nicht den Bedarf an Entlastung und Unterstützung den pflegende Angehörige tatsächlich benötigen (vgl. Rotgang 1010, S. 61ff). Selbst der Deutsche Ethikrat hat Empfehlungen an die Bundesregierung gerichtet, um die bestehenden Defizite der Pflegeversicherung in der Unterstützung der pflegenden Angehörigen zu benennen. Demnach bekommen Angehörige zu geringe gesellschaftliche und finanzielle Anerkennung für ihre Pflege und die ambulant betreuten Haus- und Wohngemeinschaften werden nicht genügend gefördert. Ebenso bedarf es einem Ausbau entlastender Angebote für die Angehörigen u.a. im Bereich der Tagespflege und Kurzzeitpflege. Auch Fortbildungs- und Gesprächsangebote

müssen geschaffen werden, um pflegenden Angehörigen so gut es geht zu entlasten (vgl. Richter-Kuhlmann 2012, S.1 Internetquelle).

Da diese aufgeführten Problemfelder schon lange Zeit in der öffentlichen Diskussion stehen, gab es in den letzten Jahren schon erste Reaktionen der Regierung zur Verbesserung der Leistungsangebote der SPV. Erste Reaktionen zur Berücksichtigung des besonderen Betreuungs- und Beobachtungsbedarfes von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) und damit gerade von Demenzkranken, wurden im Jahre 2002 erstmals mit dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz (PflEG) die zusätzlichen Betreuungsleistungen als zweckgebundene Geldleistungen für PEA eingeführt. Diese Leistungen wurden dann mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PflWG) 2008 um den Begriff der im erhöhten Maße eingeschränkten Alltagskompetenz zusätzlich erweitert. Die Geldleistungen wurden erhöht und unterteilt in einen Grundbetrag und einen erhöhten Betrag. Mit diesem Angebot sollen die Defizite der Pflegeversicherung ansatzweise ausgeglichen werden und Pflegepersonen frühzeitig entlasten, um die häusliche Pflege so lange es geht gewährleisten zu können (vgl. Rotgang 2010, S. 187). Doch damit ist das Problem noch lange nicht gelöst.

Es gibt noch viele Baustellen gerade im Zusammenhang mit den finanziellen Engpässen des Gesundheitswesens in Folge der demographischen Entwicklung und dem Ausbau der SPV im Bereich des besonderen Hilfebedarfes von Demenzerkrankungen. Aktuell wurde von der Regierung erneut versucht auf diese gesellschaftliche Entwicklung und die aufgeführten Kritikpunkte zu reagieren. Der gegenwärtige Gesundheitsminister Bahr stellte aktuell eine neue Pflegereform vor, in der das Thema Demenz eine zentrale Rolle spielen wird. Doch ob mit diesem Gesetzesentwurf eine zufriedenstellende Lösung für alle Beteiligten gefunden wurde bleibt abzuwarten. Im Folgenden werde ich die Schwerpunkte des Gesetzesentwurfes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (PNG) näher erläutern.

5.3 Pflege-Neuausrichtungsgesetz

Der aktuelle Gesetzesentwurf zum PNG soll eine Reaktion auf den Handlungsbedarf des Gesundheitssystems im Zuge des gesellschaftlichen Wandels sein und damit die SPV aus der Krise führen. Mit der Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung und Betreuung, sowie der zukünftigen Finanzierung der Leistungsangebote, soll eine Umorientierung stattfinden. Dabei wird als ein Schwerpunkt der kürzlich beschlossenen Pflegereform die langersehnte Leistungsverbesserung für dementiell erkrankte Menschen sein. Es ist schon lange bekannt, dass Demenzkranke und ihre Angehörigen neben den grundpflegerischen Leistungsangeboten der SPV vor allem Betreuungsleistungen benötigen (Vgl. BT-Drs.17/9369 (2012), S. 32f). Doch welche Veränderung sieht der neue Gesetzesentwurf für die bislang benachteiligten Demenzkranken und ihre Angehörigen vor?

Einer der Hauptschwerpunkte wird es sein, in naher Zukunft den aktuellen Pflegebedürftigkeitsbegriff neu zu fassen. Dieser soll dann nicht mehr wie bislang auf körperliche Beeinträchtigungen ausgelegt sein, sondern auch den besonderen Hilfe- und Betreuungsbedarfen von PEA gerecht werden. Dabei wird gerade die sehr verrichtungsbezogene Beurteilung zur Pflegeeinstufung überarbeitet, denn diese wird dem Hilfebedarf eines Demenzkranken in vielen Punkten nicht gerecht. Da das gesamte Bewertungssystem der Pflegeeinstufung auf diese Begriffsbestimmung aufbaut, ist dafür ein langwieriger umfangreicher Umsetzungsprozess von Nöten. Laut Gesetzesentwurf wird der Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes diesbezüglich die noch offenen Fragen im Zusammenhang mit einem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und dem Begutachtungsverfahren klären, und mit Hilfe eines Expertenbeirates schnellstmöglich einen Zeitplan zur Umsetzung dieser zuvor beschlossenen Schritte erstellen. Dabei soll vor allem der Grad der Selbständigkeit der Betroffenen beim Durchführen von Aktivitäten und anderen alltäglichen Verrichtungen eine große Bedeutung bekommen (vgl. ebd. S. 33f). Dieses neue Begutachtungsassessment (NBA) soll dann primär darauf eingehen, welche Hilfestellungen nötig sein werden, um den Pflegebedürftigen weiterhin am gesellschaftlichen Leben teilhaben zu lassen. Damit soll sichergestellt

werden, dass zukünftig bei der Begutachtung nicht nur die Defizite der Betroffenen bei den alltäglichen Verrichtungen im Vordergrund stehen werden, sondern auch die kognitiven Beeinträchtigungen berücksichtigt und damit die speziellen Bedürfnisse von Demenzkranken mit einbezogen werden (vgl. Rothgang 2011. S. 19). In einem folgenden Punkt werde ich auf dieses NBA näher eingehen und dazu Stellung beziehen.

Das Begutachtungsverfahren und deren Entscheidung über den Grad der Pflegebedürftigkeit, sollen schneller vonstattengehen und für die Versicherten übersichtlicher gestaltet werden. Wenn zukünftig Entscheidungsfristen nicht eingehalten werden, erhalten die Versicherten von der Pflegekasse für jeden versäumten Tag der abgelaufenen Entscheidungsfrist 10 Euro Entschädigung, die nicht zurück gezahlt werden müssen oder gar verrechnet werden dürfen. Betroffene sind außerdem zukünftig auf ihren Anspruch hinzuweisen, dass sie das jeweilige Gutachten zur Prüfung der Pflegebedürftigkeit persönlich erhalten können. Ebenso wird mit der Verpflichtung des MDK zur Einführung eines Beschwerdemanagements, den Betroffenen die Möglichkeit gegeben, Unstimmigkeiten und Beschwerden schneller mitzuteilen. Es werden fortan auch andere unabhängige Gutachter zur Feststellung einer Pflegebedürftigkeit zugelassen außer der des MDK. Dabei sind dem Versicherten drei Gutachter zur Auswahl zu benennen, aus denen er sich dann einen wählen kann.

Bis ein neues Gesetz durch den überarbeiteten Pflegebedürftigkeitsbegriff mit einem entsprechenden Begutachtungsverfahren in Kraft tritt, soll mit folgenden Änderungen eine Verbesserung der Lage für Demenzkranke herbei geführt werden. Da der Hilfebedarf von PEA (vor allem Demenzkranken) schon jetzt besteht, bekommen sie im Zuge des PNG zum 1. Januar 2013 eine vorrübergehende Verbesserung der aktuellen Leistungsangebote. PEA der Pflegestufen I und II, die zu Hause betreut werden bekommen damit bis zur Neuerung des Pflegebegriffes pauschal höhere Leistungsbeträge (vgl. BT-Drs.17/9369 (2012), S. 35).

Es wird auch dafür Sorge getragen, dass Demenzkranke zusätzlich häusliche Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen können. Diese sollen zur Entlastung der pflegenden Angehörigen dienen und werden speziell auf die Bedürfnisse von Demenzkranken zugeschnitten sein. Desweiteren sollen die Pflegeleistungen flexibler gestaltet werden, sodass Angehörige und

Pflegebedürftige mit dem jeweiligen Pflegedienst zusammen Art und Umfang der individuell nötigen Leistungen absprechen können. Damit bekommen sie die Möglichkeit die gewünschten Leistungsangebote selbst auszuwählen, zu gestalten und zusammenzustellen. Die ausgewählten Leistungen können dann zukünftig auch nach Absprache mit dem Pflegedienst in einem selbst ausgewählten Zeitvolumen gewählt und erbracht werden.

Ebenso können Versicherte die bislang zusätzliche Betreuungsleistungen erhalten haben, dann zusätzlich zu den niedrighschwelligen Leistungen des § 45b SGB XI Pflegegeld oder Pflegesachleistungen erhalten (vgl. ebd. S. 35f).

Um die Beratungssituation für Betroffene zu verbessern, soll der Antragsteller einer Pflegestufe zukünftig eine umfassende Beratung in der häuslichen Umgebung erhalten. Die Pflegekassen müssen dann innerhalb von zwei Wochen nach Antragstellung einen Ansprechpartner, die Kontaktdaten und einen feststehenden Termin mitteilen und auch für die Durchführung dieses Termins sorgen. Als Alternative kann auch ein Beratungsgutschein ausgestellt werden, mit dem der Versicherte binnen zwei Wochen eine Beratung durch eine qualifizierte, unabhängige Beratungsstelle in Anspruch nehmen kann. Wenn es gewünscht wird, kann dieser Termin dann auch zu Hause stattfinden.

Zur Entlastung der pflegenden Angehörigen und zur Stärkung der häuslichen Versorgung sieht der Gesetzesentwurf nicht nur Neuerungen in Form einer verbesserten Beratung vor, sondern bietet auch zusätzliche Entlastungsangebote für pflegende Angehörige. Darunter zählt die Ausweitung des Leistungsangebotes im teilstationären Bereich. Angehörige bekommen die Möglichkeit zusätzliches Betreuungspersonal speziell zur Versorgung für PEA in Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege einzusetzen. Ebenso zur Entlastung ihrer Angehörigen können demenzkranke, pflegebedürftige in Zukunft neben den Pflegesachleistungen zusätzliche häusliche Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen. Die Leistungen werden auch hier flexibel gestaltet, indem sie den Umfang an Grundpflege, hauswirtschaftlichen Versorgung oder häuslichen Betreuung auch eigenständig wählen. Jedoch wird darauf geachtet, dass bei der individuellen Aufteilung der Leistungen die notwendige Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung des Pflegebedürftigen weiterhin gewährleistet bleibt. Es ist angedacht, dass qualifiziertes Fachpersonal, Leistungen der häuslichen Betreuung und

hauswirtschaftlichen Versorgung anbietet, um vor allem Demenzkranke und ihre Angehörigen zu entlasten. Aktuell wird ein neues Modellvorhaben erprobt, in dem zusätzliche häusliche Betreuungsleistungen durch qualifizierte ambulante Betreuungsdienste zur Unterstützung der Angehörigen zugelassen werden sollen.

Gerade für demenzkranke Menschen würde dieses neue Leistungsangebot eine enorme Entlastung im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung bedeuten.

Der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ steht trotz der bereits vorgenommenen Maßnahmen der Reform von 2008 in großer Kritik, daher werden auch die Leistungen der Rehabilitation verbessert. Damit Pflegebedürftige und ihre Angehörigen besser über diese Leistungsangebote informiert werden und diese auch einfacher in Anspruch nehmen können, werden die Pflegekassen dazu verpflichtet ihre Versicherten zukünftig gezielter zu beraten. Auch eine nachhaltigere und transparentere Prüfung des Leistungsanspruchs zur Rehabilitation zu Gunsten der Versicherten, soll gestärkt werden. Vor allem der Anspruch von pflegenden Angehörigen auf Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen soll ausgebaut und der Zugang zu diesen Angeboten erleichtert werden. Ihnen soll zukünftig die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen übersichtlicher gestaltet werden. Auch Einrichtungen die Leistungen der Rehabilitation- und Vorsorge für pflegende Angehörigen anbieten, werden zukünftig auch Pflege und Betreuung für die Pflegebedürftigen gewährleisten können. Damit würde laut Gesetzesentwurf die Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen erleichtert und zusätzlich für Entlastung gesorgt.

Pflegt eine Pflegeperson aktuell mehrere Pflegebedürftige gleichzeitig, so erhält sie bislang keine Leistungen zur Altersabsicherung. Auch nicht wenn sie insgesamt mehr als 14 Stunden wöchentlich pflegt. Um diese Mehrbelastung der Pflegeperson zu würdigen, werden die rentenrechtlich wirksamen Pflegezeiten in Zukunft addiert, sobald den Pflegebedürftigen mindestens die Pflegestufe I anerkannt wurde.

Damit die stationäre Pflege so lange wie möglich vermieden werden kann, werden auch neue Wohn- und Betreuungsformen im teilstationären Bereich entsprechend mehr gefördert. Dies ist eine Möglichkeit der Betreuung, die auf

die Bedürfnisse vieler Pflegebedürftiger anzielt. Da auch individuelle Wohnformen für Pflegebedürftige unterstützt werden sollen, wird bei Gründung einer ambulant betreuten Wohngruppe eine finanzielle Sofortunterstützung eingeführt, welche dann für die erforderlichen Maßnahmen zum altersgerechten und barrierefreien Umbau eingesetzt werden können.

Auch die individuelle Versorgung von Pflegebedürftigen außerhalb einer vollstationären Versorgung soll in Zukunft ausgebaut werden, indem neue Wohnformkonzepte stärker gefördert werden. Dabei soll im gleichen Zuge auch die Finanzierung dieser Angebote für die Pflegebedürftigen selbst verbessert werden.

Das neue PNG sorgt auch dafür, dass die Leistungen der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege für die Pflegebedürftigen attraktiver werden, da ihnen mit Wirkung der Reform bei Inanspruchnahme dieser Leistungen das Pflegegeld trotzdem zur Hälfte weitergezahlt wird.

Desweiteren ist zu erwähnen, dass der Gesetzesentwurf Verbesserung der medizinischen Versorgung insbesondere in Pflegeheimen beinhaltet und zukünftig die Selbsthilfe und das ehrenamtliche Engagements zusätzlich fördern wird (vgl. ebd. S. 36f).

Diese vielen Neuerungen und Verbesserungen des PNG müssen aber trotz der schon vorhandenen finanziellen Defizite der SPV zusätzlich finanziert werden. Um eine zukünftige Mehrbelastung der Folgegenerationen zu vermeiden, soll langfristig gesehen die Finanzierung der Pflege mit einer Finanzierungsreform angepasst werden. Daher ist eine schnellstmögliche Erhöhung der Versicherungsbeiträge von 0,1 Beitragspunkten dringend notwendig und wird mit Wirkung des PNG zum 01.01.2013 für alle Versicherten erfolgen. Da die Kosten für die notwendige Pflege immer höher werden und die Zahl der Pflegebedürftigen auch immer weiter zunimmt, kann die SPV die gesamten Pflegekosten unmöglich aus den Versicherungsbeiträgen decken. Ziel wird es sein langfristig gesehen unter Berücksichtigung der künftigen Beitragsentwicklung und der künftigen Leistungsentwicklung zu einer ausgewogeneren Belastung der Generationen zu kommen. Dabei ist zu beachten, dass die SPV nur ein Teilleistungssystem ist und nicht die gesamten entstehenden Pflegekosten übernehmen kann.

Umso bedeutender wird in den nächsten Jahren die Eigenverantwortlichkeit der Bevölkerung zur Absicherung des Pflegefallrisikos. Zukünftig wird eine zusätzliche private Versorgung durch die Versicherten selbst bei der Finanzierung der Pflegeleistungen eine wesentliche Rolle spielen. Um Anreize für eine zusätzliche private Pflegeversicherung zu schaffen ist eine gesetzliche Regelung in Planung, welche die private Vorsorge der Bürger zukünftig steuerlich fördern soll, um das zunehmende Pflegebedürftigkeitsrisiko der Bevölkerung restlos abdecken zu können(vgl. ebd. S. 40). Ich werde in einem anderen Punkt auf dieses Vorhaben näher eingehen und meinen eigenen Standpunkt dazu äußern.

5.4 Kritikpunkte am aktuellen Reformvorhaben

Eine Vielzahl der im Gesetzesentwurf enthaltenen Neuerungen, wird in der Öffentlichkeit begrüßt und als ersten Schritt in die richtige Richtung gesehen. Dabei werden gerade die Leistungsverbesserungen für Demenzkranke und ihre Angehörigen sehr positiv bewertet. Doch es hagelt auch eine Menge Kritik von Seiten der Sozialverbände, Gewerkschaften und auch von den Betroffenen selbst. In zahlreichen Stellungnahmen zum PNG ähneln sich die aufgeführten Kritikpunkte inhaltlich stark. Um nur einen kleinen Einblick zu gewähren, werde ich im Folgenden die Hauptkritikpunkte ausgewählter Stellungnahmen kurz zusammenfassen.

Der größte deutsche Sozialverband VdK Deutschland e. V. bemängelt in seiner Stellungnahme zum PNG im Allgemeinen, dass der Gesetzesentwurf in seiner aktuellen Form den Ansprüchen der demographischen Entwicklung nicht gerecht werden kann. Die Ungleichbehandlung von PEA wird mit den Änderungen nicht beseitigt und die Entlastung und Unterstützung von pflegenden Angehörigen bleibt hinter den Erwartungen. Die geplanten, vorübergehenden Leistungsverbesserungen für Demenzkranke und ihren Angehörigen werden im Großen und Ganzen von der VdK als sehr positiv bewertet. Sie kritisieren jedoch, dass es keinen ersichtlichen Grund gibt, mit der Einführung dieser Leistungen bis zum 01. Januar 2013 zu warten, da die Betroffenen die Hilfe jetzt schon dringend benötigen. Auch die Erhöhung der Leistungsbeträge wird auf keinen Fall den Erhöhungen gerecht, die im Zuge eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs erfolgenden würden. Ebenso wurden

in der „Pflegestufe 0“ ihrer Meinung nach nicht ausreichend Verbesserungen geschaffen, denn Angehörige werden immer noch nicht mit der Übernahme der Rentenbeiträge entlastet und PEA die noch keinen Pflegestufe erreichen konnten, haben immer noch keinen Anspruch auf Tages- und Nachtpflege. Auch die freiwillige private Zusatzversicherung stößt dabei auf Ablehnung. Sie würde die Menschen, die es am dringendsten nötig hätten nicht erreichen, da die betreffenden Personenkreise die zusätzlichen Kosten dafür nicht aufbringen könnten (vgl. URL1: Sozialverband VdK 2012, S. 4). Als Begründung dieser Aussage fügt die VdK im Weiteren hinzu, dass aktuell bei den kapitalgedeckten (privaten) Pflegeversicherungen folgende Kriterien zur Risikoeinschätzung gelten, mit der die jeweilige Prämien errechnet wird. Je älter der Versicherte zum Zeitpunkt des Abschlusses sind, umso höher werden die monatlichen Versicherungsbeiträge (Prämien) d.h. Personen die jetzt schon in einem höheren Alter sind würden die Beiträge nicht finanzieren können und der Nutzen dieser privaten Versicherungen würde an ihnen vorbei gehen. Desweiteren müssen Frauen meist einen deutlich höheren monatlichen Beitrag zahlen, da sie eine erhöhte Lebenserwartung haben, häufiger zum Zeitpunkt der Pflegebedürftigkeit alleinstehend sind und deshalb mehr professionelle Pflege benötigen. Die Beiträge der aktuellen privaten Pflegezusatzversicherungen steigen also stark nach Alter und Geschlecht an und sind für viele Betroffene daher nicht zu finanzieren (vgl. ebd. S. 14). Nur ein überarbeitetes, auf die Bedürfnisse zugeschnittenes Konzept einer kapitalgedeckten, privaten Zusatzversicherung, würde daher zu einer sinnvollen Inanspruchnahme führen.

Neben den genannten Beanstandungen der VdK, wurde als eines der Hauptkritikpunkte in der verzögerten Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes gesehen. In diesen Zusammenhang erwähnen sie die diesbezügliche Begründung der Regierung im Gesetzesentwurf, dass der Umsetzungsprozess eine Menge Zeit in Anspruch nehmen wird und daher noch nicht erfolgen kann. Dabei hatte der Beirat zur Umsetzung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes schon 2009 seine Ergebnisse vorgelegt und darauf hingewiesen, dass nun zur vollständigen Umsetzung des Vorhabens nur noch die Politik eine Richtungsentscheidung vorlegen muss. Nur leider ist diesbezüglich bis heute nichts geschehen und umso unklarer ist es für den

VdK, dass erneut der Auftrag für einen Beirat zur Umsetzung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs gegeben wurde. (vgl. ebd. S. 5). Auch von anderen Seiten werden die aufgeschobene Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und das damit im Zusammenhang stehende Begutachtungsverfahren kritisiert. Laut Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW) ist im Gesetzesentwurf kein klarer Ansatz zu den benannten offenen politischen Fragestellungen für die Umsetzung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu erkennen. Auch die genauen Aufgaben des eingesetzten Expertenbeirats und ein zeitlicher Rahmenplan für eine mögliche Umsetzung bleiben unklar.

Die mit der BAGFW kooperierenden Verbände fordern daher die Bundesregierung auf, einen genauen zeitlichen Ablauf für die Umsetzung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes zu schaffen und die nötigen politischen Maßnahmen einzuleiten (vgl. URL 2: Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege 2012, S. 2).

Eine weitere bedeutende Stellungnahme zum aktuellen Gesetzesentwurf des PNG hat die AOK herausgegeben. Demnach wurden die zuvor gesetzten Ziele der Koalition deutlich verfehlt und die Reform wird den Erwartungen der betreffenden Personengruppe nicht gerecht. Ihrer Meinung nach enthält das PNG auch Regelungen, welche die Situation für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige nicht ausreichend verbessern. Es ist unverständlich warum Pflegebedürftige der Pflegestufe III keine Leistungserhöhung erhalten obwohl sie ebenso wie in den Pflegestufen 0, I und II einen besonderen Hilfe- und Betreuungsbedarf haben. Die flexiblere Gestaltung der Leistungsangebote führt eher zur Verwirrung der Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen und führt zu erheblich mehr Zeit- und Verwaltungsaufwand, gerade auch für die Pflegedienste (vgl. ebd. S. 3).

Doch es wird noch ein weiterer wichtiger Punkt angesprochen, denn der Entwurf leistet demnach keinen Beitrag zu einer nachhaltigen Finanzierung der Pflegeversicherung und löst deshalb auch nicht die finanziell entstandenen Engpässe (vgl. URL3: AOK Bundesverband 2012, S. 2). Eher Gegenteiliges ist der Fall, mit den geplanten Leistungsverbesserungen entstehen zusätzliche Kosten, die auf die Dauer auch nicht mit einer Beitragserhöhung von 0,1 Prozentpunkten gedeckt werden können. Laut Stellungnahme gefährdet der

Gesetzesentwurf die Fortschritte in der Pflegequalität erheblich und verbessere diese damit nicht. Auf Problemfelder wie die Gewinnung von Fachpersonal oder die Verbesserung der Arbeitsbedingungen im Bereich der Pflege wurde demnach gar nicht eingegangen. Auch hier wird wieder kritisiert, dass die geplanten Leistungsverbesserungen für PEA dabei nicht auf einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff aufbauen und daher nur eine vorübergehende Lösung darstellen. Die AOK sieht die Hinauszögerung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs als nicht akzeptabel, da dies zu einer fortlaufenden Benachteiligung von PEA führen würde. Sie kreidet ebenso an, dass die vorübergehenden Leistungsverbesserungen eine politische Richtungsentscheidung und einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff keinesfalls auf die Dauer ersetzen kann (vgl. ebd. S.3f). Einen weiteren wesentlichen Kritikpunkt des PNG sieht die AOK in den Maßnahmen, die zu einer vermehrten Bürokratie und damit zu höheren Ausgaben führen. Dabei spricht sie vor allem die frühzeitige Pflegeberatung und die Strafzahlung bei nicht fristgerechter Bearbeitung des Antrags an, denn dies würde zu vermehrtem Verwaltungsaufwand und damit zu höheren Kosten führen. Diese Maßnahmen sind aus ihrer Sicht nicht nötig und auch nicht dafür geeignet, um die Begutachtungszeiten zu verringern (vgl. ebd. S. 4f).

Zur Verdeutlichung der Uneinigkeit über die Reform folgt noch ein weiterer Kritikpunkt aus einer Stellungnahme des diakonischen Bundesverbandes. Dieser kritisiert zusätzlich zu den schon beschriebenen Punkten, dass der große Bereich der stationären Pflege in der Reform gar nicht berücksichtigt wurde, obwohl das Hauptziel des Gesetzesentwurfes die verbesserte Versorgung von demenzkranken Menschen beinhaltet. Sie fordert neben den verbesserten ambulanten Leistungen für PEA auch eine bessere Betreuung in Pflegeheimen (vgl. URL4: Diakonie Verband 2012).

Das waren nur einige Kritikpunkte von betroffenen Verbänden, Vereinen, Kranken- und Pflegekassen zum Gesetzesentwurf des PNG. Dabei sind sie nicht die Einzigen mit starken Einwänden zur geplanten Reform, denn auch Parteien und vor allem in den Medien wird über die geplanten Maßnahmen spekuliert. Natürlich gibt es dabei auch immer wieder positive Äußerungen zu den aufgeführten Schwerpunkten. Ich persönlich befürworte vor allem die geplanten Leistungsverbesserungen für PEA, die Maßnahmen zur

Verbesserung der Beratungssituation und auch die flexiblere Gestaltung dieser Pflegeleistungen. Bislang benachteiligte Personenkreise, vor allem Demenzkranke und ihre pflegenden Angehörigen, können dadurch in vielerlei Hinsicht profitieren, denn die Leistungsverbesserungen wurden gerade auf ihre Bedürfnisse zugeschnitten. Die aufgeführten Maßnahmen zur Dynamisierung der Pflegeleistungen sind aus diesem Grund auch positiv hervorzuheben. Doch müssen diese angekündigten Reformschwerpunkte nicht nur niedergeschrieben, sondern auch in die Tat umgesetzt werden. Wobei diese geplanten Leistungsverbesserungen für Demenzkranke, nur eine Übergangslösung darstellen sollen, denn die eigentliche Reformierung des Systems bleibt noch aus.

6 Mit nachhaltigen Reformen aus der Krise

Aufgrund der gesamten gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Entwicklungen ist eine Dynamisierung der SPV schon lange Überfällig gewesen. Die gegenwärtigen Leistungen wurden bislang nicht ausreichend an die veränderten Bedürfnisse der Bevölkerung angepasst. Dabei sollte die Umsetzung des PNG nur der Vorreiter einer weitaus umfangreicheren Reform sein. Folgen müssen in Kürze ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff, ein darauf abgestimmtes Begutachtungsverfahren und vor allem eine überarbeitete Finanzierungsgrundlage der SPV. Aus diesem Grund werde ich im Folgenden auf den Bericht des Beirates zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs aus dem Jahre 2009 Bezug nehmen und das Modellvorhaben für einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und dem zugehörigen Begutachtungsverfahren näher erläutern.

6.1 Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriffs

Die Begründung zum Gesetzesentwurf der Bundesregierung erwähnt explizit die Dringlichkeit der Neuerung des aktuellen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Die geplanten Leistungsverbesserungen, gerade für Demenzkranke, sollen nur eine Übergangsregelung bis zur Umsetzung dieser neuen Begriffsbestimmung sein. Es wird immer wieder betont, dass diese neue Begriffsbestimmung in ihrer neuen Fassung nicht mehr überwiegend auf körperliche Beeinträchtigungen ausgelegt sein soll. Dabei ist zwar die Rede von einer Überarbeitung der

Begriffsbestimmung und dem zugehörigen Begutachtungsverfahren, doch wann genau erfolgt die Umsetzung dieses Vorhabens und wie genau soll dieser Umsetzungsprozess gestaltet werden? Eine Reformierung sollte nicht mehr lange auf sich warten lassen, denn in der derzeitigen Form führt der Pflegebedürftigkeitsbegriff zu einer Ungleichbehandlung von PEA und damit vor allem von demenzkranken Pflegebedürftigen. Kognitive und psychische Beeinträchtigungen werden nicht ausreichend berücksichtigt und schließen den Hilfe- und Betreuungsbedarf von Demenzkranken nahezu aus. Es macht dabei fast den Anschein, als würde der aktuelle Pflegebedürftigkeitsbegriff vor allem Versicherte benachteiligen, die noch autonom handeln können und sich einen gewissen Grad an Selbständigkeit erhalten wollen. Ich behaupte daher auch, mit der aktuellen Definition können nur Personen eine Pflegestufe erhalten, die auch ausreichend von einer Pflegeperson abhängig sind. Doch was ist mit der Erhaltung von Selbständigkeit und vor allem die im SGB XI erwähnte Stärkung der Selbsthilfekräfte von Betroffenen? Diese Autonomie kann nur mit gezielter Anleitung, Betreuung und Beaufsichtigung des Pflegebedürftigen gewährleistet werden und aus diesem Grund sollte der Pflegebedürftigkeitsbegriff dahingehend überarbeitet werden.

Der Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs hat sich in seinem Bericht vom 29. Januar 2009 ausführlich mit einer neuen Begriffsbestimmung befasst und meiner Ansicht nach eine gute Möglichkeit gefunden um auf all diese Aspekte einzugehen.

In diesem Bericht wird ebenso davon gesprochen, dass der jetzige Pflegebedürftigkeitsbegriff zu sehr auf körperliche Beeinträchtigungen bezogen ist und die damit verbundene zeitliche Orientierung des Verfahrens zur Feststellung des Pflegebedarfs, zu einer Ungleichbehandlung der Pflegebedürftigen mit überwiegend kognitiven- und Verhaltenssymptomen führt. Daher hat er einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff vorgeschlagen, welcher dann nicht mehr wie bislang auf die Bewertung körperlicher Defizite abzielt, sondern auch kognitive und psychische Beeinträchtigungen mit einbezieht. Bei diesem neuen Begriff würde nicht mehr der Umfang der Hilfebedürftigkeit entscheidend sein, vielmehr würde nur der Grad an Selbständigkeit bzw. der Verlust an Selbständigkeit bei der Durchführung von Aktivitäten oder bei der Gestaltung von Lebensbereichen von Bedeutung sein. Auch das

Begutachtungsverfahren, welches ich im Folgenden noch genauer erläutern werde, würde sich damit grundlegend verändern. Aktuell wird Der Grad der im §14 SGB XI beschriebene Pflegebedürftigkeit, durch den erforderlichen zeitlichen Pflegeaufwand und deren wiederkehrende Häufigkeit (mehrmals täglich etc.) durch den § 15 SGB XI bestimmt. Diese zeitliche Bemessung führte gerade bei der Begutachtung von Demenzkranken zu erheblichen Einstufungsproblemen, denn die Betroffene können oft noch lange Zeit die Verrichtungen des alltäglichen Lebens eigenständig übernehmen und bedürfen nur der Beaufsichtigung. Die Frage ist, wie soll man diesen Betreuung- und Beaufsichtigungsbedarf zeitlich bemessen? Würde der Grad an Beeinträchtigung der Selbständigkeit und nicht mehr der Umfang des zeitlichen Pflegebedarfs bemessen werden, würde der Faktor „Zeit“ zukünftig überflüssig werden. Würde der Umfang und die Häufigkeit von Hilfeleistungen nicht mehr maßgebend sein um den Grad der Pflegebedürftigkeit festzustellen, so würde in einem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff auch die aktuelle Formulierung des § 14 SGB XI zu den Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens überflüssig werden. (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2009, S. 43ff). Mit diesen Änderungen der aktuellen Begriffsbestimmung, würden auch endlich die Bedürfnisse Demenzkranker berücksichtigt werden und es könnte eine zukünftige Ungleichbehandlung dieser Personenkreise vermieden werden. Ich denke, mit einer kompletten Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs könnten diese Vorhaben sehr gut umgesetzt werden, wenn auch gleichzeitig das aktuelle Begutachtungsverfahren dahingehend angepasst werden würde.

6.2 Das neue Begutachtungsverfahren

Auch das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit zielt momentan noch zu sehr auf körperliche Beeinträchtigungen und deren zeitliche Orientierung ab.

Diese Kombination führte in der Vergangenheit des Öfteren zu Fehleinstufungen oder gar zur Ablehnung einer Pflegestufe von Betroffenen. Vor allem aus dem schon erwähnten Grund, dass Demenzkranke nicht nur Unterstützung in der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen, sondern viel eher Anleitung, Betreuung und Beaufsichtigung im alltäglichen Leben. Die Weglauftendenzen und das oft leichtsinnige Verhalten,

gefährden den Dementen oft selbst und vor allem sein unmittelbares Umfeld. Mit dem jetzigen Begutachtungsverfahren, kann diese alltägliche Beaufsichtigung und Betreuung nicht ausreichend erfasst und damit auch nicht zur Einstufung des jeweiligen Pflegebedarfs herangezogen werden. Aus diesem Grund muss ein neues System her, welches nicht mehr auf den Umfang und die Häufigkeit der wiederkehrenden Verrichtungen bezogen ist, sondern vielmehr auf die besonderen Hilfebedarfe Demenzkranker eingeht. Dabei besteht auch schon in den frühen Phasen einer Demenzerkrankung ein Hilfebedarf, mit dem die Betroffenen bislang noch keinen Anspruch auf eine Pflegestufe bekommen können. Ich denke, das vom Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs Vorgestellte neue Begutachtungsassessment (NBA), kann genau auf diese angesprochenen Defizite des aktuellen Systems eingehen. Der Antragsteller könnte sich mit diesem neuen Verfahren dann auch schriftlich, in seinen eigenen Worten zur aktuellen Situation und dem nötigen Bedarf aus seiner Sicht äußern. Die jeweilige Begutachtung zu der Ermittlung des Pflegebedarfs und deren Einstufung würde dann nicht mehr nach den bisherigen Kriterien des zeitlichen Aufwandes, der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung, sondern nach folgenden 8 Modulen erfolgen. (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2009, S. 35f).

Die Module würden unterteilt sein in:

1. *Mobilität*: Fortbewegung über kurze Strecken und Lageveränderungen des Körpers.
2. *Kognitive und kommunikative Fähigkeiten*: Gedächtnis, Wahrnehmung, Denken, Urteilen, Kommunikation (geistige und verbale „Aktivitäten“).
3. *Verhaltensweisen und psychische Problemlagen*: Verhaltensweisen, die mit einer Selbstgefährdung oder mit der Gefährdung anderer verbunden sein oder andere Probleme mit sich bringen können, sowie psychische Probleme wie Ängstlichkeit, Panikattacken oder Wahnvorstellungen (Selbständigkeit im Umgang mit inneren Handlungsimpulsen und Emotionen).
4. *Selbstversorgung*: Körperpflege, sich Kleiden, Essen und Trinken sowie Verrichtungen im Zusammenhang mit Ausscheidungen.
5. *Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen und Belastungen*: Aktivitäten, die auf die Bewältigung von Anforderungen und Belastungen infolge

von Krankheit oder Therapiemaßnahmen zielen, z. B. Medikamenteneinnahme, Wundversorgung, Umgang mit körpernahen Hilfsmitteln oder Durchführung zeitaufwändiger Therapien innerhalb und außerhalb der häuslichen Umgebung.

6. *Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte*: Einteilung von Zeit, Einhaltung

eines Rhythmus` von Wachen und Schlafen, sinnvolles (bedürfnisgerechtes) Ausfüllen von verfügbarer Zeit und Pflege sozialer Beziehungen.

7. *Außerhäusliche Aktivitäten*: Teilnahme an sozialen und im weitesten Sinne kulturellen Aktivitäten (einschließlich außerhäusliche Mobilität).

8. *Haushaltsführung*: hauswirtschaftliche Tätigkeiten und Regelung der für die alltägliche Lebensführung notwendigen geschäftlichen Belange (Nutzung von Dienstleistungen, Umgang mit Behörden, Geldangelegenheiten) (Bundesministerium für Gesundheit 2009, S. 37f).

Nach einem bestimmten Berechnungssystem würde aus jedem einzelnen Modul ein Teilergebnis berechnet werden, welches dann eine Aussage über den Grad der Einschränkung im jeweiligen Bereich treffen würde. Die Teilergebnisse der Module 1-6 würden dann zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit zusammengefasst, und der Gesamtwert in eine Skala von 1-100 Punkten eingetragen werden. Diese Skala ist in verschiedene Bereiche unterteilt, die folglich dem jeweiligen Grad an Pflegebedürftigkeit entsprechen würden. Mit diesem neuen Einstufungssystem, würde nicht mehr ein Pflegegrad bestimmt werden sondern ein so genannter Bedarfsgrad. Dieser Bedarfsgrad würde nach dem Grad der Selbständigkeit bei der Durchführung von Aktivitäten bzw. der Gestaltung von Lebensbereichen bemessen werden. Anstatt der allseits umstrittenen Zeit, soll mit Hilfe einer genauen Analyse der menschlichen Fähigkeiten und Verhaltensweisen, die jeweilige Einschränkung mit diesem vorgestellten Punktesystem bewertet werden. Je nach Schweregrad ergibt sich dann aus der Gesamtzahl der Punkte der Bedarfsgrad und damit die Höhe des Anspruchs auf Leistungen aus der Pflegeversicherung. Das neue Stufensystem würde in 5 Bedarfsgrade eingeteilt werden (B1-B5). Mit diesem 5 Stufigen Systems würden zukünftig auch Versicherte mit sehr geringen Beeinträchtigungen, eine Bedarfsstufe und damit auch Pflegeleistungen erhalten. Die Zusammenfassung der Ergebnisse aus den Modulen 7 und 8, würden einen zusätzlichen Grad an Hilfebedürftigkeit ermittelt, welcher jedoch

nicht mit in die Einschätzung des jeweiligen Pflegegrades mit einbezogen werden würde. Viel eher könnte dieser Hilfebedarf für eine Verbesserung der häuslichen Versorgung, die individuelle Hilfeplanung und einer umfassenderen Beratung dienen. (vgl. URL6: Bundesministerium für Gesundheit 2009, S. 38ff).

Dieses neue Verfahren zur Feststellung des Pflegebedarfs geht meiner Ansicht nach auf alle kritisierten Punkte des aktuellen Begutachtungsverfahrens ein. Eine große Entlastung für PEA werden die neuen Module bieten, denn sie gehen nicht mehr nur auf körperliche Beeinträchtigungen ein, sondern beziehen sich auf den Grad an Selbständigkeit bei Aktivitäten des alltäglichen Lebens. Damit werden Demenzranke mit einem speziellen Betreuungs- und Beaufsichtigungsbedarf, zukünftig nicht mehr benachteiligt und trotzdem würden körperliche Beeinträchtigungen weiterhin ausreichend mit einbezogen werden. Ein weiterer positiver Aspekt ist meiner Meinung nach das angesprochene 5 Stufige Bedarfssystem, denn damit würden endlich auch Betroffene in einem frühen Krankheitsstadium einen Anspruch auf eine Bedarfsstufe und damit auf Leistungen aus der SPV haben. Mit diesem NBA hätten zukünftig auch Demenzkranke in einem frühen Stadium Anspruch auf eine Pflegestufe und damit auf Leistungen aus der Pflegeversicherung. Zwar wurde mit der Einführung der zusätzlichen Betreuungsleistungen bereits eine Verbesserung geschaffen, doch fehlte bislang eine gerechte Pflegeeinstufung für diese Personengruppen. Es hat sich also in vielerlei Hinsicht herausgestellt, dass dieses neue NBA in Verbindung mit einem neuen, überarbeiteten Pflegebedürftigkeitsbegriff eine gute Möglichkeit wäre, die Ungleichbehandlung bestimmter Personengruppen zu beheben und damit eine zukunftsbeständige Dynamisierung der SPV zu erreichen. Jetzt bleibt es nur noch abzuwarten, ob sich diese vorgeschlagene Begriffsbestimmung mit dem NBA umsetzen lässt und vor allem wann dieser im Gesetzesentwurf hoch angepriesene Umsetzungsprozess endlich beginnen soll.

Doch wie schon erwähnt darf es nicht nur bei einer inhaltlichen Anpassung der SPV an die aktuellen Gegebenheiten bleiben, denn all diese Vorhaben müssen auch finanziert werden.

Neben einer noch ausstehenden Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und dem aktuellen Begutachtungsverfahren, muss in naher Zukunft auch über eine nachhaltige Finanzreform entschieden werden.

6.3 Notwendigkeit einer Finanzreform

Mit der aktuellen Pflegereform wird ab 2013 eine Beitragserhöhung um 0,1 Prozentpunkte fällig, mit deren Zusatzeinnahmen die Finanzierung der im PNG festgelegten Maßnahmen gewährleistet werden soll. Doch kann mit dieser Beitragserhöhung eine langfristige Finanzierungsgrundlage geschaffen werden? Alle geplanten Maßnahmen der Verbesserung und Anpassung, wie die Anhebung der Pflegesätze, die stärkere Berücksichtigung von Demenzkranken, eine flexiblere Leistungsgestaltung, eine verbesserte Beratungssituation oder aber auch die Stärkung der Rehabilitation, sind mit erheblichen Kosten verbunden. Mit der Beibehaltung des bestehenden Systems, werden weitere Beitragserhöhungen unumgänglich sein, denn auch der demographische Wandel und die steigenden Pflegekosten führen zu immer größer werdenden finanziellen Defiziten.

Dementsprechend gehört zu einer nachhaltigen Reform nicht nur eine Leistungsdynamisierung der SPV, sondern ebenso die Sicherstellung eines zukunftsbeständigen Finanzierungssystems. Dabei steht gerade die Beständigkeit der Finanzierung im Vordergrund, denn die in Folge der gesellschaftlichen Veränderungen entstehenden Kosten und die geplanten Leistungsverbesserungen sollten nicht nur für einige Jahre finanzierbar bleiben. Vielmehr ist es an der Zeit nachhaltige Veränderungen zu bewirken, die auf Dauer zu einer Verbesserung der Lage führen. Diese Nachhaltigkeit kann nur dann erreicht werden, wenn auch die Finanzierung der SPV für die Zukunft sichergestellt werden kann.

Eine wichtige Rolle in der Diskussion um die zukünftige Finanzierung, spielt das aktuell umlagefinanzierte System der SPV. Zum besseren Verständnis werde ich im Folgenden das System der Umlagefinanzierung näher erläutern und dabei deren Vor- und Nachteile benennen.

6.3.1 Das Umlageverfahren der SPV

Das System der umlagefinanzierten SPV funktioniert ganz nach dem Solidarprinzip, denn die jüngeren Generationen kommen mit ihren Beitragszahlungen für den aktuellen Pflegebedarf der jeweils älteren Generationen auf. Mit den monatlichen Beiträgen der Versicherten werden damit die aktuell laufenden Kosten der SPV finanziert. Diese Beiträge werden

dabei monatlich zu einem fixen Prozentsatz vom Arbeitnehmer und Arbeitgeber jeweils zu gleichen Teilen gezahlt bzw. von der Rente berechnet. Jeder Versicherte zahlt einen bestimmten prozentualen Anteil von seinem Erwerbseinkommen, bis zu einer bestimmten Beitragsbemessungsgrenze. Diese Grenze ist gesetzlich festgelegt und stellt sicher, dass jegliches Einkommen darüber hinaus anrechnungsfrei bleibt (vgl. Donges 2005, S. 7). Mit der Pflichtzahlung dieser monatlichen Beitragssätzen erwirkt jeder Versicherte automatisch bei eintreten des Versicherungsfalls einen Anspruch auf alle im SGB XI festgelegten Pflegeleistungen. Damit zahlt jeder Versicherte einen einkommensabhängigen Beitragssatz, der durch die prozentuale Berechnung stark variieren kann. Für die Versicherten selbst ist dies ein großer Vorteil, denn sie erhalten auch mit einem geringen Einkommen und einem dementsprechend geringeren Beitragssatz, dieselben Leistungen wie Versicherte mit einem höheren Einkommen und damit einem höheren Beitragssatz. Doch verbirgt diese lohnabhängige Beitragsfinanzierung auch Probleme, denn sie stimmt nicht, wie es in Arbeitslosenversicherung und Rentenversicherung der Fall ist, mit der Teilhabeäquivalenz überein. Demnach würde jeder Versicherte durch gleich hohe Beiträge gleichwertige Anrechte auf Pflegeleistungen haben und eine Umverteilung wäre nicht mehr nötig. Die im SGB XI festgelegten Pflegeleistungen sind demnach beitragsunabhängig und für jeden nach seinen Verhältnissen bezahlbar.

Eine weitere Besonderheit des gegenwärtigen Systems befreit Kinder und nicht erwerbstätige Ehepartner, sowie Berufsgruppen wie Beamte, Ärzte, Anwälte und Selbständige von der Beitragspflicht. Die Befreiung von Kindern und Ehepartnern entspricht dabei ganz dem Prinzip der Sozialversicherungen, doch führt jede Art von Befreiung zu fehlenden Einnahmen. Auch die festgelegte Beitragsbemessungsgrenze und die ausschließliche Anrechnung der Beiträge auf Erwerbseinkommen und Renten, führen zu finanziellen Engpässen. Die Umverteilung dieser Mehrbelastungen kann mit dem bestehenden System nicht auf Dauer gewährleistet werden. Diese entstandenen Defizite müssten zur Entlastung der SPV eigentlich durch Steuereinnahmen ausgeglichen werden oder eine nachhaltige Finanzreform muss entschieden werden (vgl. ebd. S.16). Hinzu kommt, dass sich mit dem bestehenden System, jeder Bürger mit einem bestimmten Jahresbruttoeinkommen auch privat Krankenversichern und damit

Pflegeversichern lassen kann. Diese PPV erhebt anders als die SPV leistungsorientierte Prämien und bildet mit den jeweiligen Zahlungen des Versicherten Altersrückstände. Dieses kapitalgedeckte System hat den Vorteil, dass es damit nicht wesentlich von der demographischen Entwicklung abhängig ist.

Das umlagefinanzierte System der SPV ist hingegen stark demographieanfällig. Die Einnahmen sind abhängig von einem stabilen Erwerbseinkommen und vor allem von einer gleich bleibenden Anzahl von Versicherten im erwerbsfähigen Alter (vgl. ebd. S.15). Doch gerade das kann in Zeiten des demographischen Wandels nicht gewährleistet werden und die SPV kommt in Folge dessen, in immer größer werdende finanzielle Schwierigkeiten. Die Demographie bedingten Verluste führen in Verbindung mit anderen anrechnungsfreien Einkommensarten und der Befreiung bestimmter Personengruppen und Berufsgruppen zu erheblichen finanziellen Zusatzbelastungen des Systems.

Ich denke, um eine nachhaltige Verbesserung der finanziellen Situation zu schaffen, müsste genau an diesem Punkt angesetzt werden. Entweder muss eine völlig neue Finanzierungsgrundlage her oder aber das aktuelle System muss grundlegend überarbeitet werden. Im Laufe meiner Recherchen habe ich die verschiedensten Modellvorschläge zur Reformierung dieses Finanzierungssystems kennengelernt. Die Rede ist von Modellvorschlägen einer pauschalisierten Gesundheitsprämie, einer Bürgerversicherung, einem kapitalgedeckten Prämienmodell, einem Auslaufmodell, und dem jüngst bekannten Kohortenmodell sowie die Einführung einer Karenzzeit. Im Folgenden werde ich zwei von mir ausgewählte Modellvorschläge näher erläutern, deren Umsetzung meiner Ansicht nach eine nachhaltige Verbesserung bewirken würde.

6.3.2 Übergang der SPV hin zu einem kapitalgedeckten System

Es gibt, wie schon erwähnt, die verschiedensten Reformvorschläge für einen Übergang der SPV hin zu einem kapitalgedeckten System. Da der Übergang in eine kapitalgedeckte Pflegeversicherung mit erheblichen Nachteilen für die aktuell gesetzlich Versicherten einher gehen würde, gibt es verschiedene Ansätze, um vor allem die Benachteiligung durch die risikobewertete Prämienzahlung in der Kapitaldeckung zu umgehen. Ich habe im Laufe meiner

Ausarbeitungen dieses im Folgenden beschriebene, kapitalgedeckte Modell, als für mich am plausibelsten empfunden.

Um eine nachhaltigen Reformierung der SPV zu erzielen, ist von einem schrittweisen Übergang des umlagefinanzierten Systems hin zu einem kapitalgedeckten System die Rede. Somit würde jeder Bürger verpflichtet sein eine Pflegeversicherung abzuschließen, die eine Mindestabsicherung des Pflegebedürftigkeitsrisikos gewährleisten kann. Dabei übernimmt jeder Bürger einen bestimmten Mindestanteil in Form von festgelegten Prämienzahlungen, die für jeden Bürger gleich sein würden. Darüber hinaus könnte jeder Versicherte ganz nach seinem Ermessen zusätzliche Versicherungsleistungen vereinbaren. Die gezahlten Beiträge der Versicherten, würden ganz nach dem Kapitaldeckungsverfahren, dann über die Jahre angelegt und damit eine Rendite erwirtschaftet werden. Diese benannten Prämien würden sich nach dem Wettbewerb und damit den jeweiligen Kosten für die Pflegeleistungen richten. Die gesammelten Altersrückstellungen würden dann aber nicht nur, wie bei vielen privaten Versicherungen, für den eigenen Pflegebedarf der Versicherten verwendet werden, sondern nach dessen individuellen Risiken eingesetzt werden. Versicherte mit einem höher eingestuftem Risiko, welches z.B. durch vorangegangene Krankheiten etc. bestimmt werden würde, erhalten folglich höhere Leistungsansprüche als Versicherte mit einem geringer eingeschätzten Risiko. Mit diesem Modell würden die Beiträge anders als bei der Umlagefinanzierung, nicht mehr anteilig vom Arbeitgeber erbracht werden müssen. Der jetzige Anteil der Arbeitgeber würden zukünftig mit dem Bruttolohn verrechnet und letztlich mit dem Gehalt ausgezahlt werden. Des Weiteren würde mit diesem Modell die Trennung von gesetzlicher und privater Versicherung und auch die Beitragsbemessungsgrenze aufgehoben werden (vgl. Donges 2005, S. 23ff).

Finanziert man nun zukünftig die SPV oder auch nur Teilbereiche aus der SPV mit diesem Modell, so würde jeder Einzelne für sein eigenes Pflegebedürftigkeitsrisiko einzahlen, dabei aber auch die Ausgaben der Versicherten mit einem höheren Pflegerisiko abdecken. Diese Umverteilung ist ein guter Ansatzpunkt, um das sonst oft benachteiligende System der Kapitaldeckung dem Prinzip der Sozialversicherungen ein Stück weit anzupassen. Diese Form der Kapitaldeckung hat meiner Meinung nach sehr

gute Voraussetzungen, um eine neue Finanzierungsgrundlage der SPV zu schaffen. Auch aus dem Grund weil dieses System nicht wesentlich von der demographischen Entwicklung abhängig sein würde und damit ein enormer Kostenfaktor wegfallen würde.

Jedoch hat auch das Kapitaldeckungsverfahren Nachteile, denn es ist abhängig der Stabilität des Geldes. In Folge einer Inflation würde das angesparte Kapital nicht mehr dem Wert entsprechen, den es zuvor hatte. Demnach könnte es dazu kommen, dass die steigenden Pflegekosten beim eintretenden Versicherungsfall, mit den dafür vorgesehenen Altersrückstellungen nicht mehr vollkommen gedeckt werden können. Hinzu kommt, dass auch die Pflegekosten mit den Jahren immer weiter steigen werden und im Verhältnis die Leistungen dann auch nicht mehr dem Wert der damaligen Pflegekosten entsprechen. Trotz der Umverteilungsaspekte, würde mit dem vorgeschlagenen System die Gerechtigkeit der Versicherten nicht vollkommen gewährleistet werden, denn Versicherte mit einem höheren Einkommen würden sich demnach auch höhere Prämien und damit bessere Pflegeleistungen leisten können.

Ich denke dieses System ist sehr zukunftsbeständig und würde zu einer stabileren Finanzierungsgrundlage führen, doch würde es auch einen sehr aufwendigen und kostenintensiven Umsetzungsprozess zur Folge haben.

6.3.3 Das Modell der Bürgerversicherung

Das zweite vorgestellte Modell der Bürgerversicherung würde hingegen weiter auf der Grundlage der Umlagefinanzierung basieren und damit keine Altersrückstellungen erwirtschaften. Mit der Einführung einer Bürgerversicherung in der SPV analog zu der GKV, würde es für alle Bürger eine gemeinschaftliche Versicherung geben und die bisher privat versicherten Personenkreise würden mit in diese SPV aufgenommen werden. Mit der Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze würde eine Ausdehnung des Personenkreises der gesetzlich- Pflegeversicherten erfolgen. Die Beitragsbemessungsgrenze würd dann auf das Niveau der aktuellen Bemessungsgrenze der Rentenversicherung erhöht werden, um damit auch höhere Einkommen anrechnen zu können (vgl. Häcker/Hackmann/Raffelhüschen 2011, S. 64f). Mit diesem System würde die Beitragsbemessung nicht nur wie bisher auf Einkommen aus Erwerbstätigkeit, sondern auch auf andere Bereiche wie Miet-, Kapital-und Zinseinkünfte

ausgeweitet werden. Auch die bislang befreiten Berufsgruppen wie Beamte, Anwälte und Selbständige würden mit dieser Reform zukünftig zur Beitragszahlung verpflichtet werden. Mit diesen Maßnahmen könnten zusätzlich Einnahmen erzielt werden, um die zukünftig entstehenden Kosten ohne Mehrausgaben decken zu können. Damit auch die soziale Gerechtigkeit gewährleistet bleiben kann, würden die Beiträge weiterhin nach dem Leistungsfähigkeitsprinzip erhoben werden und sich daher nicht wesentlich von den jetzigen unterscheiden. (vgl. Donges, S. 48f).

Diese Bürgerversicherung ist meiner Meinung nach eine übersichtliche, sehr gute umsetzbare Finanzreform, denn es könnte das aktuelle umlagefinanzierte System beibehalten werden und es würde kein grundlegend neues System geschaffen werden müssen. Mit dieser Bürgerversicherung könnte die Nachhaltigkeitslücke ein Stück weit geschlossen werden, da mit den geplanten Maßnahmen zusätzliche Mehreinnahmen erzielt werden würden. Mit der geplanten Ausweitung der Einkommensarten, der Abschaffung der PPV und der Ausweitung der Beitragspflichtigen auf alle Berufsgruppen können entstandene finanzielle Defizite ausgeglichen werden und es würde kein „zwei Klassen System zwischen privaten und gesetzlich Versicherten mehr herrschen. Ich denke als zusätzliche Einnahmequelle könnte man auch noch die jetzige Beitragsbemessungsgrenze ganz aufheben.

Im direkten Vergleich dieser beschriebenen Modellvorschläge, komme ich zu dem Entschluss, dass der Übergang des aktuellen Systems in eine Kapitaldeckung mit den hier vorgeschlagenen Eckpunkten eine größere Veränderung bewirken könnte und damit die inhaltlich effektivere Reform bedeuten würde. Mit den geplanten Maßnahmen könnte eine kapitalgedeckte Versicherung geschaffen werden, die trotz dessen soziale Aspekte beinhalten würde, die Nachhaltigkeitslücke schließen würde und vor allem unabhängig von der demographischen Entwicklung funktionieren kann.

Unter dem Gesichtspunkt einer zeitnahen, kostensparenden Reform des Finanzierungssystems, sehe ich persönlich die Bürgerversicherung als das realistischere Modell. Die Umsetzung eines völlig neuen Systems würde eine intensive Planungs- und Umsetzungsphase bedeuten und damit eine Menge Zeit und Kosten in Anspruch nehmen. Da eine Finanzreform jedoch dringend notwendig ist und nicht mehr lange auf sich warten lassen darf, würde ich mich

für das Modell der Bürgerversicherung entscheiden. Die beschriebenen Maßnahmen wären schneller umzusetzen und könnten vorerst zu einer zukünftig stabileren Finanzgrundlage der SPV führen. Das Umlagefinanzierte System hat sich als ein Sozialversicherungssystem etabliert, welches meiner Meinung nach trotz der immer wieder kritisierten demographischen Anfälligkeit funktionieren kann und dabei vor allem den Anforderungen des Solidarprinzips entspricht. Gerade weil damit die Gerechtigkeit und Solidarität der Bürger untereinander gewährleistet bleiben kann, glaube ich, dass dieses System auf lange Sicht aufrecht erhalten werden sollte und für unsere Sozialversicherungssysteme die bessere Alternative bleibt.

6.4 Die Private Zusatzversorgung

Mit dem Vorhaben der Bundesregierung eine private Zusatzversorgung zu fördern, soll eine kapitalgedeckte Versicherung einen möglichen Pflegefall zusätzlich absichern. Mit der Umsetzung dieses Vorhabens, würde jeder Bürger der eine private Pflegezusatzversicherung abschließt, bei einem eigenen Beitrag von 10 Euro im Monat mit weiteren 5 Euro staatlich bezuschusst werden. Dieser staatliche Zuschuss würde somit Anreize für den Abschluss einer kapitalgedeckten, privaten Zusatzversicherung schaffen. Dies ist ein guter Ansatzpunkt, doch würden diese Zusatzversicherungen nicht das eigentliche Problem der zukünftigen Finanzierungsdefizite lösen. Es bleibt zu bezweifeln, ob sich gerade die Personenkreise eine Zusatzversicherung leisten könnten, die sie am dringendsten nötig hätten. Die meisten kapitalgedeckten privaten Versicherungen funktionieren nach einer Risikobewertung und erheben dementsprechend ihre Beiträge. Damit würden ältere Personen, Frauen und Menschen mit Behinderungen aufgrund ihres erhöhten Pflegebedürftigkeitsrisikos höhere Beitragssätze zahlen müssen. Doch gerade diese Personenkreise können sich diese hohen Beiträge gar nicht leisten. Die Bezuschussung solch einer Zusatzversicherung machen also nur einen Sinn, wenn ein System geschaffen würde, was ähnlich wie das beschriebene Modell eines kapitalgedeckten Systems funktionieren würde und damit eine Ungleichbehandlung vermieden werden könnte. In dieser Zusatzversicherung müsste von jedem Bürger unabhängig von Alter, Behinderung oder Geschlecht der gleiche Beitrag verlangt werden, um sein Pflegebedürftigkeitsrisiko

zusätzlich abzudecken, und gleichzeitig finanzieren zu können. Nur dann würde eine Zusatzvorsorge für alle Bürger finanzierbar sein und weitaus mehr Menschen könnten sich dementsprechend absichern.

7 Fazit und Aussicht

Betrachtet man nun abschließend die gesamten Ausarbeitungen, so steht die Zunahme der Alterserkrankungen in einem direkten Zusammenhang mit dem allseits bekannten demographischen Wandel. Die Zunahme der Erkrankungszahlen, gerade im Bereich der Demenz, sowie das zunehmende Pflegebedürftigkeitsrisiko, gelten als Folgen der immer älter werdenden Bevölkerung. Auch die sinkenden Geburtenraten und die gleichzeitige Zunahme der altersbedingten Morbidität, führen auf den gesellschaftlichen Wandel zurück. Diese Veränderungen haben einen erheblichen Einfluss auf die Gesundheitswirtschaft und fordern gerade die SPV auf, ihre zukünftige Finanzierungsgrundlage nachhaltig zu reformieren. Die Zunahme der Pflegebedürftigkeit an sich, und gerade der Demenzerkrankungen, betrifft dabei vor allem die Leistungsangebote und Finanzstrukturen der gesetzlichen Pflegeversicherung. Die genannten Besonderheiten in der Pflege und Betreuung Demenzkranker und ebenso der langsam voranschreitende Verlauf, machen diese Alterserkrankung zu den teuersten Krankheiten überhaupt. Das Gesundheitssystem steht diesbezüglich vor einer großen Herausforderung und muss mit ständiger Weiterentwicklung und Leistungsdynamisierung auf diese Entwicklungen reagieren.

Wie ich im Laufe meiner Recherchen feststellen konnte, muss noch einiges unternommen werden, um die Folgen des demographischen Wandels relativ gering zu halten. Dabei muss gerade die Politik Handlungsstrategien entwickeln, um die zukünftige Finanzierung der SPV sicher zu stellen und ihre Inhalte auch endgültig auf den speziellen Hilfebedarf von Demenzkranken abzustimmen. Doch nicht nur die SPV muss reagieren, auch die Leistungsanbieter wie Pflegeeinrichtungen und andere Pflegekräfte müssen mit immer individueller werdenden Angebotsstrukturen auf diese speziellen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen eingehen. Dabei darf der stationäre Bereich auch nicht vernachlässigt werden, denn mit dem steigenden Pflegebedarf der Bevölkerung wird es auch zu einer zunehmenden Nachfrage an stationären Pflegeleistungen kommen. Auch der immer größer werdende Fachkräftemangel muss dabei berücksichtigt werden, denn in Folge dessen kann die Pflegequalität nicht mehr auf die Dauer gewährleistet werden.

Mit den Schwerpunkten des PNG wurde meiner Meinung nach ein erster wichtiger Schritt eingeleitet, um vor allem demenziell erkrankten Menschen und ihren Angehörigen im ambulanten Bereich, bessere Leistungen zu ermöglichen und vor allem die häusliche Pflege durch eine Pflegeperson mehr zu würdigen. Die Reform selbst war dabei jedoch längst überfällig, denn die Leistungsangebote der SPV, stehen nicht erst seit kurzem in der öffentlichen Diskussion. Die vorübergehenden Verbesserungen dieser Leistungen, gerade für PEA sind zum jetzigen Zeitpunkt ein Gewinn für jeden Betroffenen, jedoch kann langfristig gesehen nur ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff mit einem entsprechend angepassten Begutachtungsverfahren, eine wirkliche Verbesserung bringen. Auch eine vollständige Überarbeitung des Pflegestufensystems wird in diesem Zusammenhang nicht abzuwenden sein um auch endlich Personenkreise mit geringem Hilfebedarf mit in das Pflegestufensystem aufzunehmen.

Eine nachhaltige Finanzreform wird immer Unumgänglicher, denn zwangsläufig wird es mit in den nächsten Jahren zu weiteren Erhöhungen der Beitragssätze kommen, um das aktuelle Finanzierungssystem aufrecht erhalten zu können. Auch können die Leistungen der Pflege nicht immer weiter ausgebaut werden, wenn keine langfristige Finanzierungsgrundlage gegeben ist. Die geplanten Leistungsverbesserungen müssen auch in Zukunft finanzierbar sein, damit sie nicht auf den Schultern der folgenden Generation lasten. Das aktuelle umlagefinanzierte System der SPV ist demographisch sehr anfällig und muss dringend überarbeitet werden, um den zukünftigen gesellschaftlichen Entwicklungen stand halten zu können. Ob nun der Übergang in ein kapitalgedecktes System oder aber das von mir bevorzugte Vorhaben der Bürgerversicherung, nur mit einer nachhaltigen Reform kann die gesetzliche Pflegeversicherung die Absicherung des Pflegebedürftigkeitsrisikos auch in Zukunft weiterhin gewährleisten. Dabei kann eine zukünftige staatliche Förderung der Zusatzversorgung nicht alle Absicherungsprobleme lösen. Das eigentliche Ziel muss ein zukunftsbeständiges, bedürfnisorientiertes Pflegeversicherungssystem sein.

Quellenverzeichnis

Buijssen, Huub: Demenz und Alzheimer verstehen- mit Betroffenen leben. Ein praktischer Ratgeber. Weinheim und Basel 2003.

Donges, Juergen u.a. : Tragfähige Pflegeversicherung. Berlin 2005.

Förstl, Hans: Demenzatlas Spezial. Stuttgart 2012.

Häcker, Jasmin/ Raffelhüschen, Bernd: Die Pflegeversicherung in der Krise. Renditen, Leistungsniveau und Versorgungslücken. Köln 2008.

Häcker, Jasmin/ Hackmann, Tobias/ Raffelhüschen, Bernd: Soziale Pflegeversicherung heute und morgen. Mit nachhaltigen Reformen aus der Krise. Köln 2011.

Hof, Bernd: Auswirkungen und Konsequenzen der demographischen Entwicklung für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung. Köln 2001.

Kastner, Ulrich/ Löbach, Rita: Handbuch Demenz. 2. Aufl. München 2010.

Marburger, Horst: SGB XI soziale Pflegeversicherung. Textausgabe mit ausführlicher Kommentierung. 4. Aufl. Regensburg 2010.

Rotgang, Heinz u. a.: BARMER GEK Pflegereport 2010. Schwerpunktthema: Demenz und Pflege. Band 5. Schwäbisch Gmünd 2010.

Rotgang, Heinz u. a. BARMER GEK Pflegereport 2011.Schwerpunktthema:
zusätzliche Betreuungsleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter
Alltagskompetenz. Band 11. Schwäbisch Gmünd 2011.

Internetquellen

BT-Drs. 17/9369 (2012): Drucksache des Deutschen Bundestages 17/9369 vom 23.04.2012: Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung. (Pflege- Neuausrichtungsgesetz – PNG) URL: <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/093/1709369.pdf> [Stand 23.05.2012]

Richter-Kuhlmann, Eva: Demenz: Die andere Seite. URL: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/125518/Demenz-Die-andere-Seite?src=search> [Stand 14.06.2012]

URL1: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlamtl/fr-icd.htm?gf00.htm+> [Stand 14.05.2012]

URL2: http://vdk.de/ov-horhausen/downloadmime/70106/VdK-Stellungnahme+zum+Pflege-Neuausrichtungsgesetz_final.pdf [Stand 18.06.2012]

URL3: http://www.bagfw.de/uploads/media/2012-05-14_Neuausrichtung_PNG.pdf [Stand 18.06.2012]

URL4: <http://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bund/pflege/gesetze/kurzaokstellungnahme.png> [Stand 18.06.2012]

URL5: <http://www.diakonie.de/stellungnahmen-990-stellungnahme-des-diakonie-bundesverbandes-zum-entwurf-eines-8940.htm> [Stand 19.06.2012]

URL6:

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/uploads/publications/Neuer-Pflegebeduertigkeitsbegr.pdf> [Stand 29.01.2009]