



Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff

SPD Pflegekonferenz, Braunschweig, 19.8.10

Dr. h.c. Jürgen Gohde, KDA

Gliederung

1. Rahmenbedingungen
Zahlen und Fakten
Bedarfe verwundbarer Personenkreise
2. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff – ein Paradigmenwechsel
3. Ziele der Umsetzung und Anforderungen an den Gestaltungsprozess
4. Ausblick : Testfall der Solidarität- Teilhabe und Würde

Auftrag

Das Bundesministerium für Gesundheit hat dem Beirat 2006 den Auftrag erteilt (Ausführung eines Beschlusses der Koalitionsvereinbarung 2005),

- Grundlagen zu erarbeiten für eine Änderung des geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs und
- des damit verbundenen Begutachtungsverfahrens zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit
- konkrete und wissenschaftlich fundierte Vorschläge und Handlungsoptionen zu erarbeiten,
- und die Frage der finanziellen Auswirkungen auf die Pflegeversicherung und/oder andere Sozialleistungsbereiche zu klären

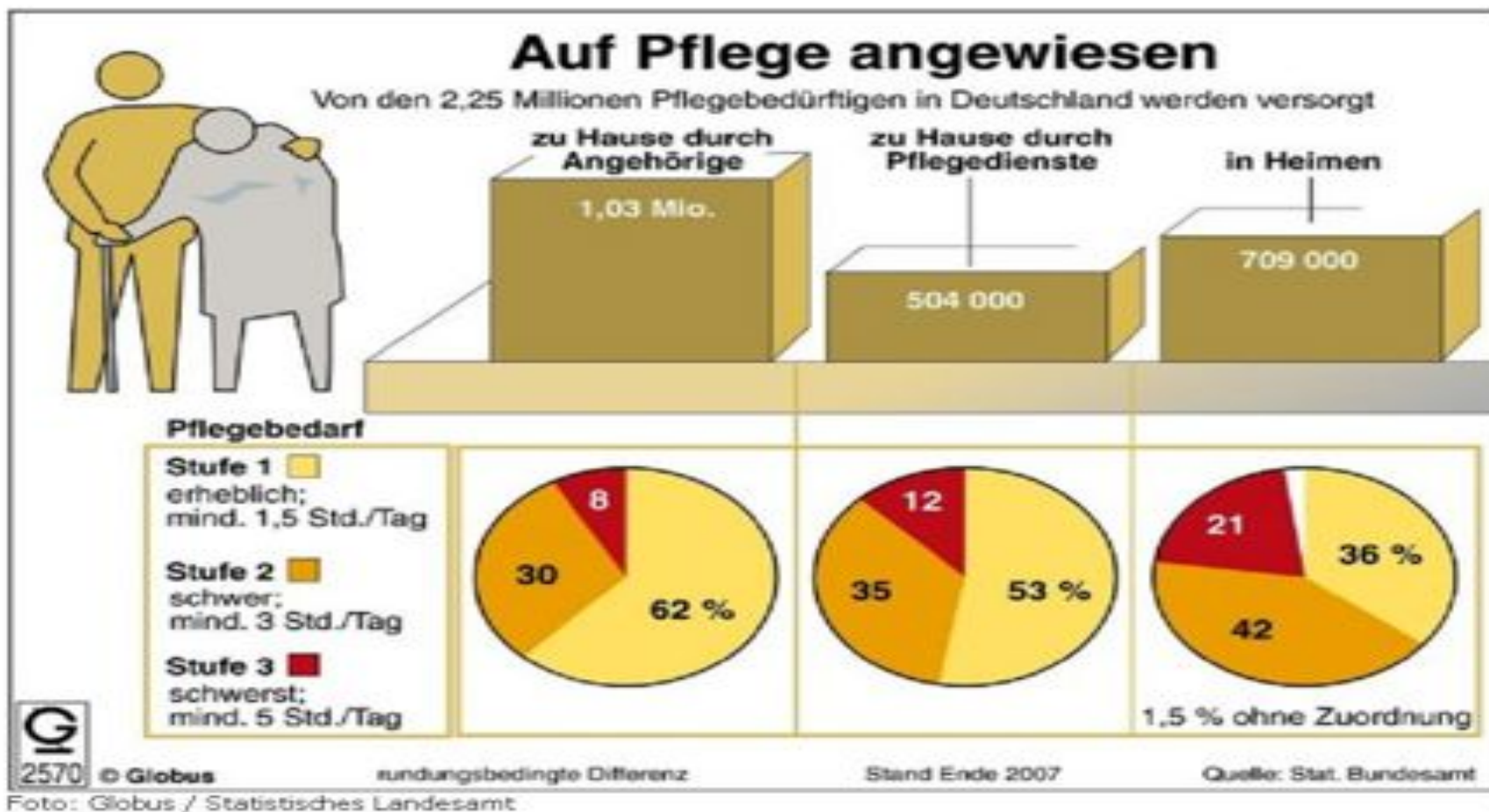
Auf dem Weg nach vorne

GKV Wettbewerbsstärkungsgesetz, PfWG und PflG: Leistungsausweitungen und Prozesse

- **Leistungen für Menschen mit Demenz und Ihre Angehörigen – § 45 b SGB XI und § 87b SGB XI**
- **Möglichkeiten nach § 92 b SGB XI (Integrierte Versorgung)**
- **§ 77 SGB XI**
- **Poolen von Leistungen/ Netzwerke**
- **Beratung und Pflegebegleitung: Stützpunkte**
- **Finanzierung der Tagespflege und Erhöhung der Entgelte**
- **Freistellung für Pflege**
- **Mehr Transparenz und Kontrolle der Qualität**

23.02.2009

Auf Pflege angewiesen



© Presse- und Informationsamt der Bundesregierung

Zunahme der älteren und hochbetagten Menschen

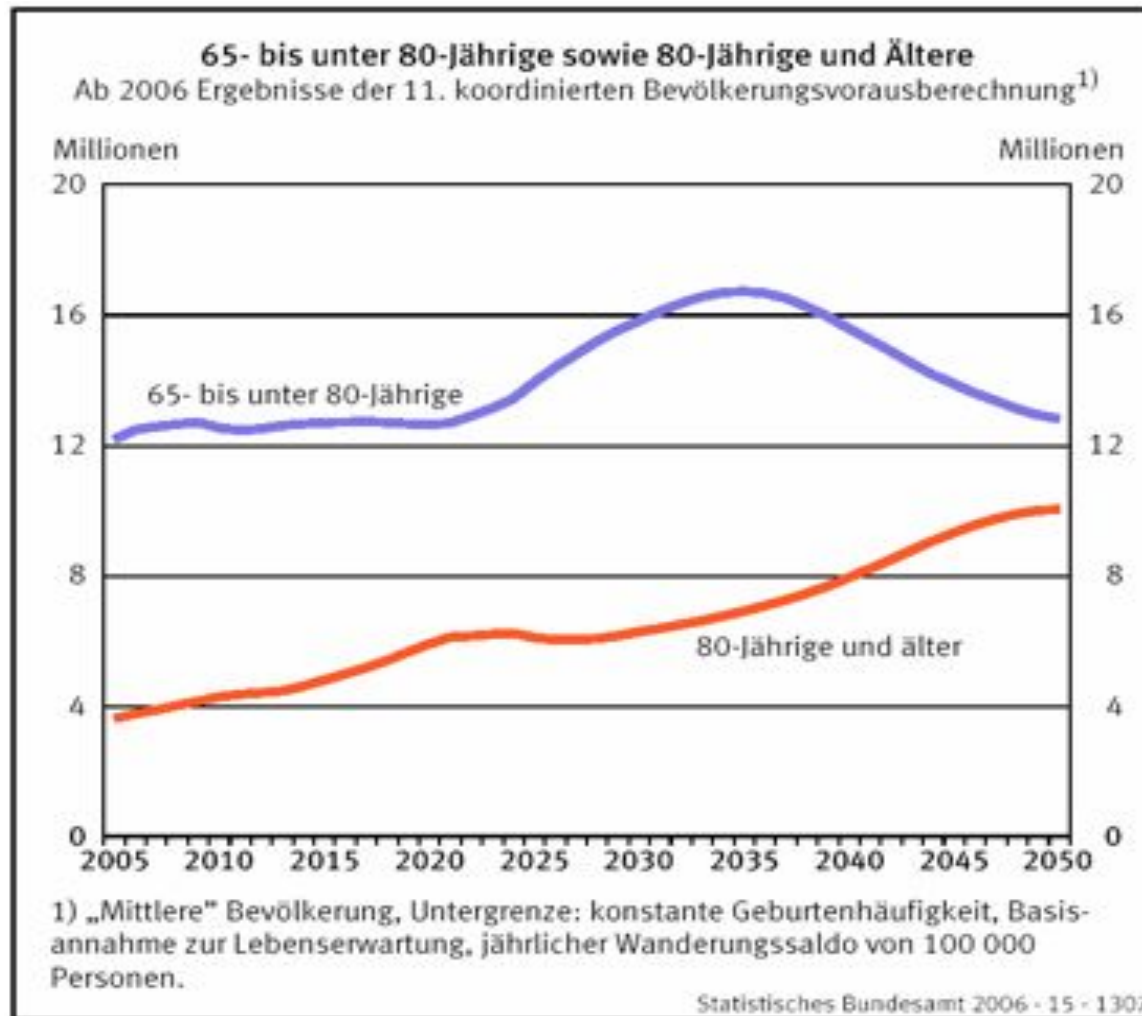


Tabelle 18 Pflegepersonal in der Pflegeversicherung 2000, 2020 und 2050
(geschätzte Vollzeitäquivalente)

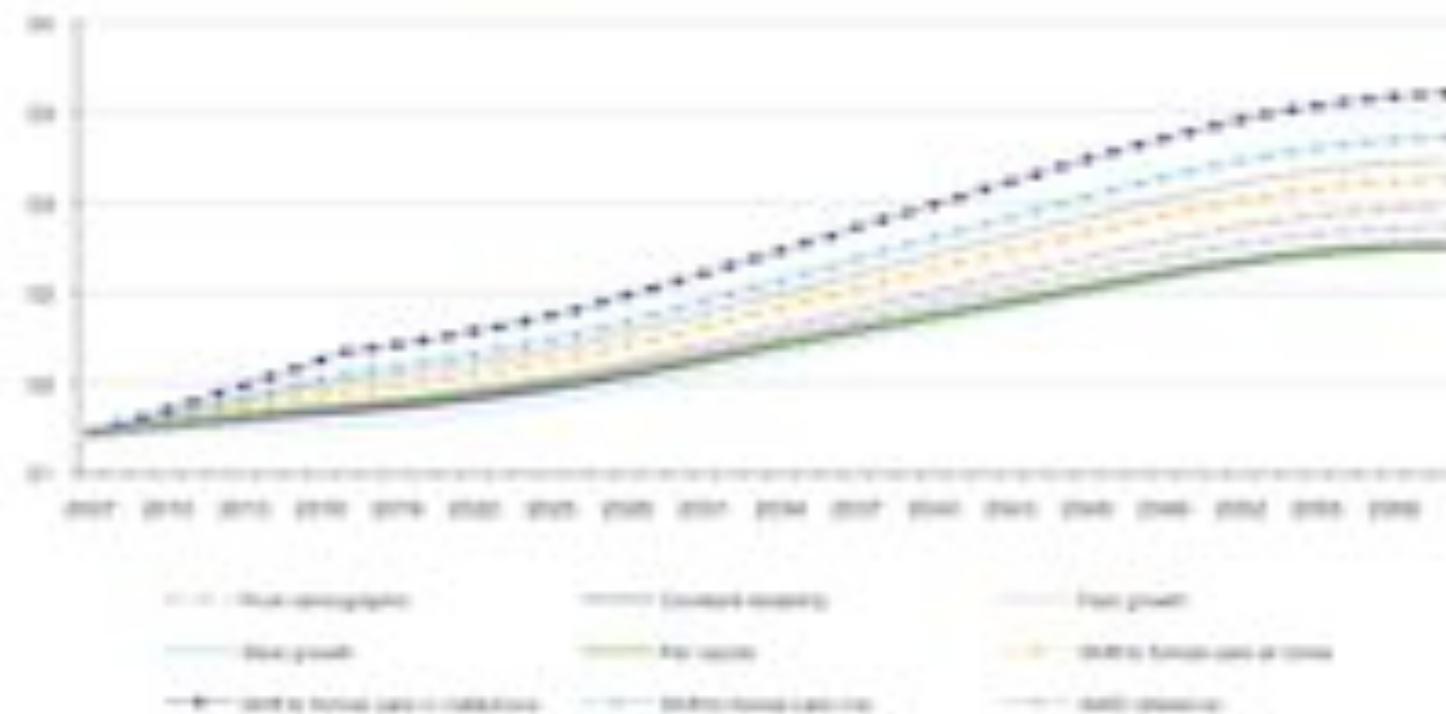
Pflegepersonal	2000	2020	2050
Pflegepersonal insgesamt, davon	508.675	767.925 (+ 51,0%)	1.267.762 (+ 149,2%)
• in der stationären Pflege	378.843	569.695 (+ 50,4%)	951.267 (+ 151,1%)
• in ambulanten Pflegediensten	129.832	198.230 (+ 52,7%)	316.495 (+ 143,8%)
Pflegepersonal insgesamt pro 1.000 Einwohner im erwerbsfähigen Alter	9,9	16,0 (+ 61,0%)	35,7 (259,0%)
Weibliches Pflegepersonal insgesamt pro 1.000 Frauen im erwerbsfähigen Alter	16,9	27,1 (+ 60,6%)	60,7 (+ 259,5%)

Die Werte in Klammern geben die prozentuale Veränderung gegenüber dem Jahr 2000 an.

Quelle: Statistisches Bundesamt (2007 a), eigene Berechnungen.

1. Rahmenbedingungen: EU Ageing Report 2009

Graph 16 - Projected expenditure according to the different scenarios, 2027, % of GDP



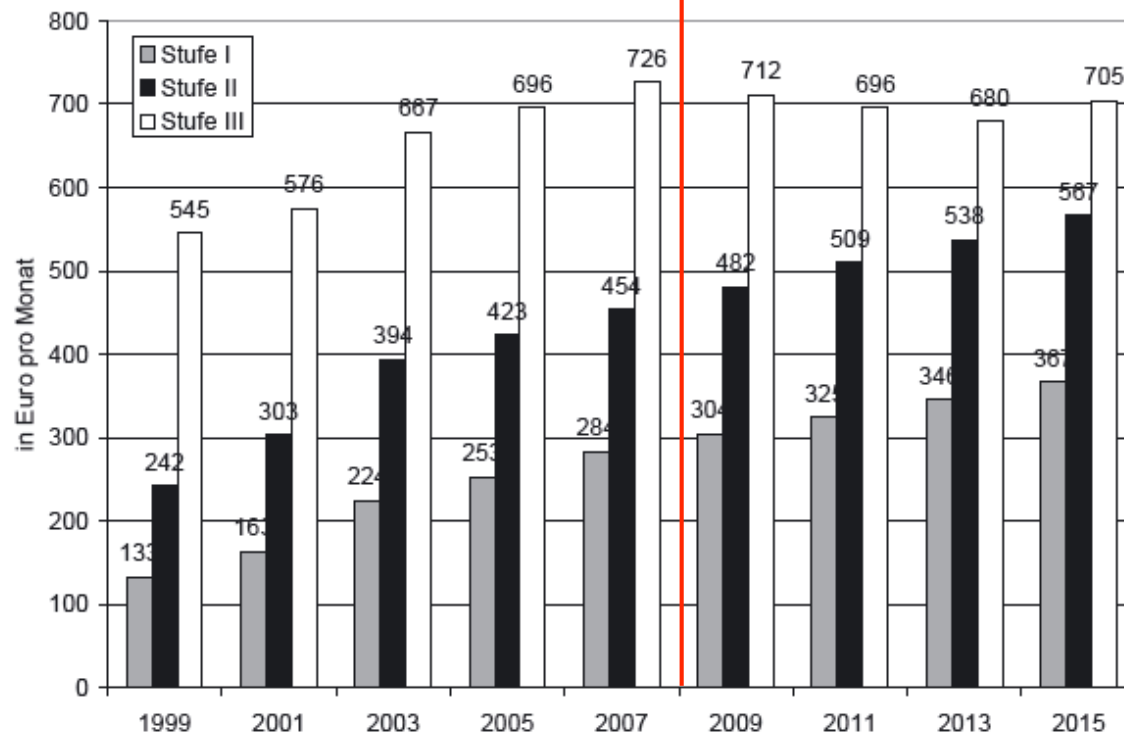
Source: Commission services, EPC.

Jobmotor Pflege

- **Pflege:**
- **1996- 2008 Zahl der Beschäftigten + 50 % (3,9% p. a)**
- 2008: 1,12 Mio. Beschäftigte(Gesundheit 1,3% insgesamt 4,85 Mio.)
- **Ab 2005 Abflachung des Booms**
- 2050 : Verdreifachung der Zahl der Beschäftigten ?
- **Gesamtwirtschaft:**
- 1996- 2008 Wachstum 0,6 % p. a.
(WIFOR Institut Darmstadt 2010)

1. Eigenanteile

Abbildung 2: Projektion der Entwicklung der Eigenanteile bei Pflegesätzen in vollstationärer Pflege



Quelle: Quelle: eigene Berechnungen nach Daten der Bundespflegestatistik, publiziert in Statistisches Bundesamt 2002, 2003, 2005, 2007b, 2009c und der gesetzlich vorgegebenen Leistungssätze

- Ziel der Pflegeversicherung: Pflegebedingte Kosten im Heim werden gedeckt
- 1996 wurde diese Ziel teilweise noch erreicht
- Bereits 1999: große Deckungslücken in allen Stufen
- 2007: Eigenbeteiligung von 300-700 €
- Bis 2015: Weiterer Anstieg der Eigenbeteiligung in Stufe I und II

Rothgang 2010

2. Perspektivwechsel

SGB XI §§ 14, 15 (derzeit gültig):

- Personen, die wegen Krankheit für mind. 6 Monate der Hilfe bedürfen
- bei
 - Körperpflege und Ausscheidung
 - Nahrungsaufnahme
 - Teilen der Mobilität (incl. An-, Auskleiden)
 - [hauswirtschaftliche Versorgung]
- Hilfe = Unterstützung, teilweise oder vollständige Übernahme, Beaufsichtigung oder Anleitung
- ab mind. 45 Min. (90 Min.) täglich
- Ergänzungen für Menschen mit Demenz: "erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz"

Inhaltlich nicht zu begründende Trennung zwischen pflegebedürftigen Menschen ohne und mit Demenz

Umsetzungsbericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs



Dokumentation und
Szenarioüberlegungen

www.bmg.bund.de

2. Der neue Begriff – ein Paradigmenwechsel

Pflegebedürftig ist eine Person, wenn sie

infolge **fehlender eigener personaler Ressourcen**, mit denen körperliche oder psychische Schädigungen, die Beeinträchtigung körperlicher oder kognitiver/psychischer Funktionen, gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen **kompensiert oder bewältigt** werden könnten,

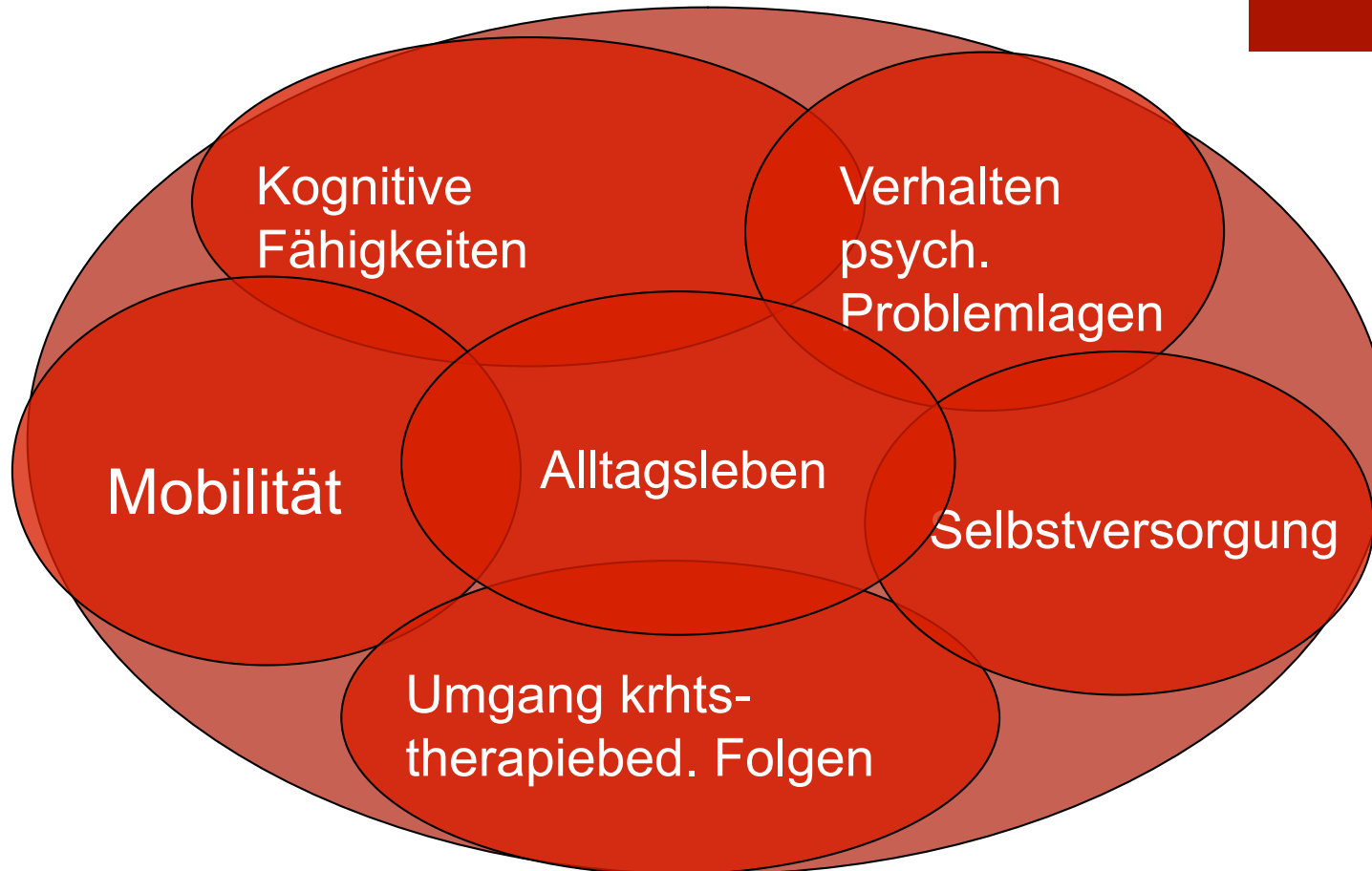
dauerhaft oder vorübergehend

zu **selbständigen** Aktivitäten im Lebensalltag, selbständiger Krankheitsbewältigung oder selbständiger Gestaltung von Lebensbereichen und sozialer Teilhabe

nicht in der Lage und daher auf personelle **Hilfe** angewiesen ist. (IPW / MDK -WL)

Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff

14



Alt und Neu

Bestehendes SGB XI

Inhalte: **Körperorientierte Selbstpflege/ "Verrichtungen"**

Welche **Maßnahmen** sind erforderlich?
Was tun?

Schweregrad =
Wie **lange dauern** "zugelassene" Maßnahmen?

Neuer Begriff/ NBA

Inhalte: **somatische, mentale, kognitive, soziale Anlässe für Pflege**

Wie sieht der pflegerelevante **Gesundheitszustand** aus?
Warum etwas tun?

2. Der alte und der neue Begriff

- Mehr Gerechtigkeit: Erfassung der Lage von Menschen mit Beeinträchtigungen der Alltagskompetenz; Eignung für Kinder
- Erfassung der präventiv und rehabilitativ relevanten Risiken
- Überwindung der Verrichtungsorientierung
- Abschied vom Zeitfaktor als Pflegemaßstab

**Gewichtung der Module
bei der Ermittlung eines Punktwertes (IPW/
MDK- WL)**

1. Mobilität	10
2./3. Kognitiver Status und Verhaltensprobleme	15
4. Selbstversorgung (Alltagsverrichtungen)	40
5. Umgang mit krankheits-/therapiebed. Anforderungen	20
6. Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte	15

2. Fünf Bedarfsgrade - bei Leistungshinterlegung

- BG 1 geringe Beeinträchtigung der Selbständigkeit
- BG 2 erhebliche...
- BG 3 schwere...
- BG 4 schwerste...
- BG 5 außergewöhnlich hohe Beeinträchtigung der Selbständigkeit

Schwellenwerte:

	15	30	50	70	90
	BG 1	BG 2	BG 3	BG 4	BG 5

2.NBA: Instrument der Veränderung

- Es ist nicht möglich, neue Bedarfsgrade und bisherige Leistungen ohne Mehrkosten und gleichzeitige Minderleistungen zu verknüpfen.
- Operationen an den Schwellenwerten führen ggf. zu Ungerechtigkeiten und Leistungsausschlüssen Deshalb :
- Neue Strukturen und Konzepte : z.B. Vernetzungen, Gesamtversorgung und Relaunch von Leistungen
- Der Beirat legt verschiedene Modellrechnungen vor, die die Gestaltungsspielräume bei der Anwendung des neuen Instruments zeigen. Es fehlen politische Vorgaben.

3.Ziele der Umsetzung

Selbständigkeit fördern

- mehr Wahlmöglichkeiten zwischen Geld- und Sachleistungen
- mehr Prävention und Vernetzung
- mehr Transparenz und Qualität

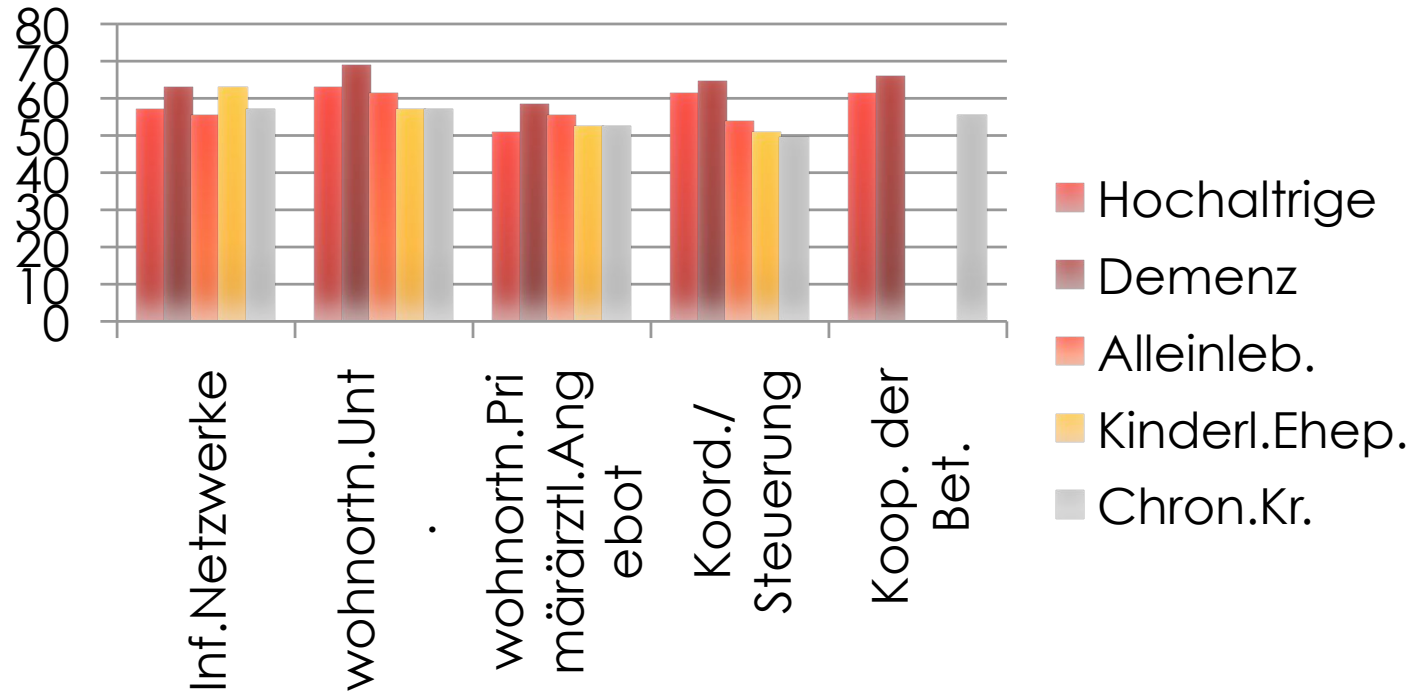
Abhängigkeit mindern

- mehr niedrigschwellige Hilfen
- mehr Rehabilitation

Umgebende Strukturen stärken

- Hilfemix (verbindliche Kooperation von Profis und Ehrenamt)
- Beratung von Angehörigen

1. Bedarfe von einzelnen Gruppen



2. Innovative Investitionen als multidimensionale Gestaltungsaufgabe zur Vermeidung von Fehlanreizen durch tradierte Leistungsformen

Akteure

- Gesetzgebung/
Sozialversicherung
- Gebietskörperschaften/
Kommunen
- Kunden (Selbstzahler)
- Angehörige/ Zivilgesellschaft

Bereiche

- Gesundheitspolitik/ Pflegepolitik
- Infrastrukturverantwortung/
Partizipation, Lebensweltliche
Vernetzung
- Arbeitsmarkt- Wirtschaftspolitik/
Wohnungspolitik/ Verbraucherschutz
- Beschäftigungspolitik/
Freiwilligenpolitik

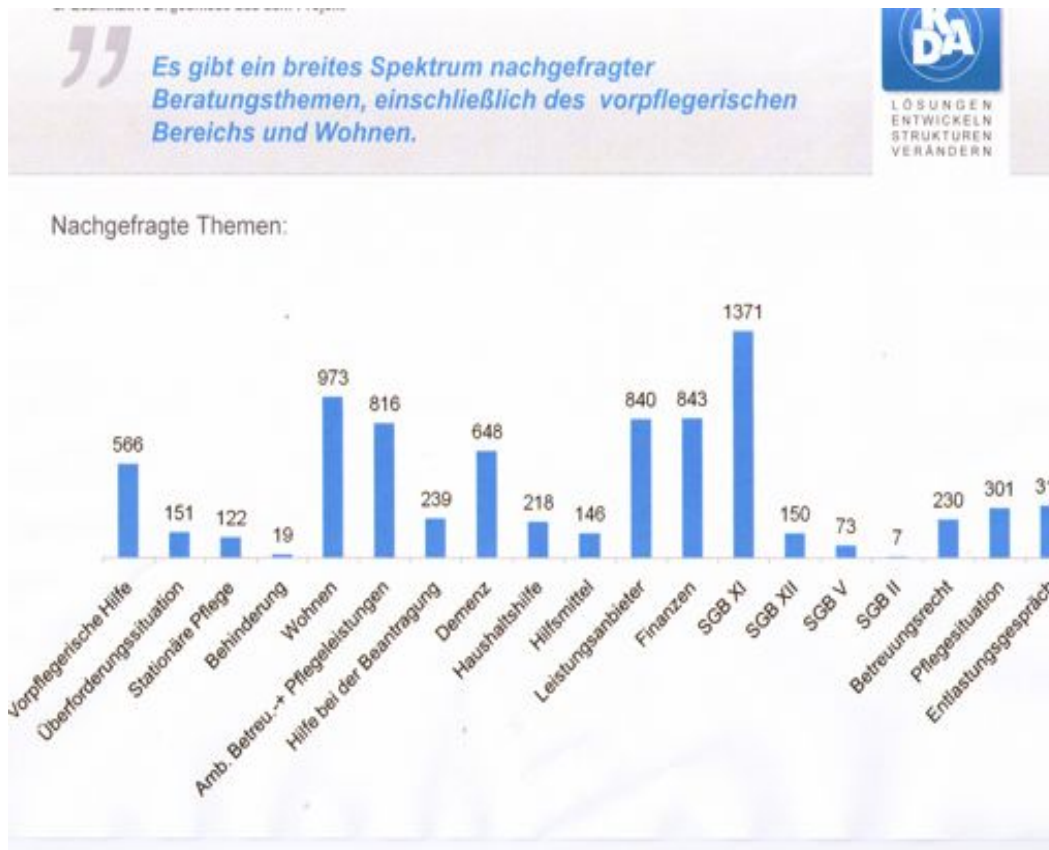
2. Was gewollt ist und/ oder geprüft werden muss

- Die Pflegeversicherung definiert auch künftig den Zugang von Versicherten zu Leistungen zur Bewältigung der Pflegebedürftigkeit. Sie kann aber nicht jeglichen Bedarf abdecken.
- Es werden keine „Verschiebebahnhöfe“ zwischen Sozialleistungssystemen angestrebt
- Test der Solidarität
- Schnittstelle zwischen SGB XI und XII
- Typisierter Bedarf

3. Pflegeberatung – eine wirksame Innovation (nach A. Lang)

- Rechtsgrundlagen : § 7a (ind. Anspruch) und 92c SGB XI (Länder)
- Erfassung Hilfebedarf
- Erarbeitung Versorgungsplan
- Einleitung entsprechender Maßnahmen
- Auswertung der Umsetzung des Versorgungsplans
- Einbeziehung der Umgebung : Hilfemix
- Pflegekompetenz in der Region verstärken
- Kooperation mit Arbeitsagentur, Kosten- und Leistungsträger
- Es fehlt die konsequente Umsetzung der gesetzlichen Ansprüche, verbindliche Qualitätsstandards / Evaluierung

3. Was nachgefragt wird...



3. Koalitionsvertrag (24.10.09) – Festlegungen und Ziele

- Überprüfung der Rahmenbedingungen
- Bessere Vereinbarkeit von Pflege und Beruf
- Neue Regelungen für ausländische Pflegekräfte
- Neuer Begriff (Gute Grundlage)
- Neue Wohn- und Betreuungsformen
- Pflege: ergebnisorientiert und selbstbestimmt
- Umlageverfahren nicht zukunftsfest: Ergänzende Teilkapitaldeckung : verpflichtend –individualisiert – generationengerecht

3. Selbständig leben im Alter: Leistungsstruktur und Sozialraum entscheiden

- **Nötig ist eine solide, für alle zugängliche Infrastruktur für Leben, Wohnen und Pflege auf örtlicher Ebene: Betriebe, Kommunen, Freie Wohlfahrtspflege, private Anbieter, Wohnungsgenossenschaften, persönliches Engagement wie selbstorganisierte Hilfen sind hierbei gefragt:**
- **Pflegende Angehörige**
- Passgenaue Angebote für Menschen mit Beeinträchtigung ihrer Alltagskompetenz in der eigenen Häuslichkeit
- Entwicklung rehabilitativer Angebote für Pflegebedürftige
- **Geronto-psychiatrische Angebote (integrierende Versorgung)**
- **Neue Wohnformen**
- **Vernetzte Versorgungsformen und sozialer Support**
- **Aktivierung des sozialen Raums : ländlicher Raum !**

3. Neue Ambulanz im Rahmen einer vernetzten Versorgungslandschaft

- **Ältere Menschen mit chronischen Erkrankungen, Multimorbidität und / oder Pflegebedürftigkeit sind auf eine integrierte und kontinuierliche vernetzte Langzeitversorgung angewiesen (Sachverständigenrat 2009): Kommunale Gesundheitslandschaften**
- Quartiersorientierung
- Stärkung zivilgesellschaftlicher Potentiale
- Care- und Casemanagement
- Zugehende Angehörigenberatung und Anleitung

3. Neue Rollen für Institutionen



3. Selbstorganisation: Alte für Alte

- **Selbstorganisierte Potentiale der älteren Generation sind die größte nachwachsende Ressource des 21. Jahrhunderts:**
- **Wir dürfen sie nicht übersehen, behindern oder blockieren in dem, was sie selbst wollen.**
- **Genossenschaften**
- **Ehrenamtliches Engagement braucht eine zeitgemäße Infrastruktur.**
- **Zivilgesellschaftliches Engagement funktioniert nicht anstelle sozialstaatlicher Hilfen, sondern nur mit ihnen.**

Zukunft der Pflege: die Pflegenden

- **Neue Pflegekonzepte brauchen neue und gute Mitarbeiter : die Pflege bleibt ein Jobmotor mit vielen differenzierten Tätigkeitsfeldern. Sie muss den interkulturellen Kontext aufnehmen.**
- **Ohne Mindestlohn wird dieses Tätigkeitsfeld ausbluten und dauerhaft keine Qualität bringen können.**
- **Gerechte Löhne, gesellschaftliche Anerkennung, besserer Gesundheits- und Arbeitsschutz,**
- **Differenzierte berufliche Qualifikation z.B. Case- und Caremanagement.**
- **Ohne Hilfemix und zivilgesellschaftliche Ressourcen, besonders die Ressourcen des hilfreichen Alters sind die erforderlichen Ressourcen nicht aufzubringen.**

4. Testfall der Fähigkeit zur Solidarität : Teilhabe und Würde

- Ein erster Schritt ist getan. Aber eine gute Versorgung kommt nicht von allein.
- Unsere Gesellschaft wird daran gemessen, wie sie mit Menschen mit Pflegebedarf umgeht und welche Teilhabechancen sie ihnen einräumt.
- Sie erwarten Respekt und Würde bis zuletzt, Solidarität und Zuwendung auch in Situationen, in denen sie überfordert sind.

