

# psg Thema

Ausgabe 08 / 08.11.2007

Alle Texte dieser Ausgabe finden Sie auch im Internet: [www.aok-presse.de](http://www.aok-presse.de)

## Reform der Pflegeversicherung

- Pflegeversicherung wird reformiert  
**Ahrens: Pflegereform hilft vor allem den Bedürftigen** 2
- psg-nachgefragt: Harald Kesselheim, AOK-Bundesverband  
**Was bringt die Pflegereform?** 6
- psg-Grafik  
**Stabile Finanzentwicklung seit 1995** 7
- Pflegeheim-Navigator der AOK  
**So findet man das passende Pflegeheim** 8
- psg-Hintergrund:  
**Pflege-Projekte der AOK-Gemeinschaft** 9
- Blick ins Ausland  
**Wie andere Industriestaaten Pflegebedürftigen helfen** 12
- psg-Dokumentation  
**Die AOK-Positionen zur Reform der Pflegeversicherung** 15
- psg-Glossar  
**Von ambulanter bis stationärer Pflege** 21
- psg-Service  
**Zahlen – Fakten – Links** 25

Pflegeversicherung wird reformiert

## Ahrens: Pflegereform hilft vor allem den Betroffenen

08.11.07 (psg). Mit dem Gesetzentwurf zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung hat die Große Koalition das zweite große Reformvorhaben in der Gesundheits- und Sozialpolitik angefangen. Noch im Dezember wird sich der Bundestag mit der Reform befassen, die zum 1. Juli 2008 in Kraft treten soll. Für die AOK gehen die geplanten Änderungen in die richtige Richtung. „Die Reform wird den Pflegebedürftigen und deren Angehörigen vor allem in der ambulanten Pflege beachtliche Verbesserungen bringen“, bewertet Dr. Hans Jürgen Ahrens, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes, das Vorhaben der Regierung.

Zentrale Inhalte der Reform sind eine Anpassung der seit Einführung der Pflegeversicherung 1995 weitgehend unveränderten Leistungen, ein Ausbau der Infrastruktur und Erleichterungen für pflegende Arbeitnehmer. So sollen im ambulanten Bereich Pflegegeld und Sachleistungen sowie im stationären Bereich die Sachleistungen der Pflegestufen drei und Härtefall bis 2012 in drei Etappen angehoben und danach alle drei Jahre, also erstmals 2015, der Preisentwicklung angepasst werden. „Diese Anhebungen werden dazu beitragen, die Akzeptanz der Pflegeversicherung als wichtiges Element der sozialen Sicherung zu erhöhen“, sagt Ahrens. Allerdings sind die Leistungen in der stationären Pflege weiterhin finanziell besser ausgestattet als in der ambulanten Pflege. Es werde damit vor allem von der geplanten besseren Organisation im ambulanten Bereich abhängen, ob künftig die Nachfrage nach stationären Leistungen sinken werde, so der AOK-Chef.

### Verbesserte Leistungen für Demenzkranke

Am stärksten von der Leistungsanhebung profitieren werden Demenzkranke. Denn laut Gesetzentwurf wird der zusätzliche Betrag für „Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz“ von jetzt maximal 460 Euro im Jahr auf bis zu 2.400 Euro erhöht. Das gilt auch für Betroffene, die zwar noch keine Pflegestufe erreichen, wohl aber einen erhöhten Betreuungsbedarf haben.

Entscheidende Verbesserungen verspricht sich die Große Koalition von neuen Organisationsstrukturen im ambulanten Bereich. Arbeitnehmer, die einen Angehörigen pflegen, sollen einen Anspruch auf unbezahlte

Freistellung von bis zu sechs Monaten erhalten mit dem Recht, auf den Arbeitsplatz zurückzukehren. Dazu zählt auch die Möglichkeit, kurzfristig bis zu zehn Tage unbezahlt frei zu nehmen, wenn es darum geht, einen plötzlichen Pflegefall in der Familie zu organisieren. Beide Regelungen gelten für Betriebe mit mehr als 15 Beschäftigten.

## **Pflegeberater bieten schon jetzt Unterstützung**

Künftig werden den Reformplänen zufolge Pflegeberater der Pflegekassen hilfsbedürftige Versicherte und deren Angehörigen umfassend informieren und begleiten, um stärker als bisher auf die individuellen Bedürfnisse eingehen zu können. „Damit wird das, was die AOK seit Jahren erfolgreich praktiziert, für alle Pflegekassen Pflicht“, betont Vorstandschef Ahrens. Schon jetzt unterstützen bei den AOKs qualifizierte Pflegefachkräfte Betroffene und deren Familien, wenn es etwa darum geht, die passenden Leistungen von Pflegediensten auszusuchen.

Zusätzlich sollen dem Reformentwurf zufolge sogenannte Pflegestützpunkte eine wohnungsnahе Versorgung von Pflegebedürftigen sichern und zugleich Reibungsverluste zwischen unterschiedlichen Versorgungsbereichen – etwa dem niedergelassenen Arzt und dem Krankenhaus vor Ort – abbauen. Einen solchen Pflegestützpunkt soll jeder gut erreichen können. Dort sollen Pflege- und Krankenkassen, Leistungserbringer und Kommunen auf vertraglicher Ebene zusammenarbeiten. „Hier haben wir in den vergangenen Jahren bereits gute Erfahrungen durch die Kooperation von Pflege- und Krankenkassen gesammelt“, erläutert Ahrens. Allerdings müsse sichergestellt werden, dass alle Beteiligten – von der Kommune bis zur Klinik – in die Pflegestützpunkte eingebunden seien und entsprechende Fachleute abstellten.

## **AOK-Projekte als Vorreiter**

Auch in einem anderen Bereich ist die AOK Vorreiter für eine Neuerung, die mit der Pflegereform zur Pflicht für alle gemacht werden soll: eine bessere Zusammenarbeit zwischen Pflegeheimen und niedergelassenen Ärzten, um die Versorgungsqualität in der stationären Pflege zu steigern. Genau das macht die AOK mit ihrem Modellprojekt „Pflegeheim Plus“. Dazu geht sie zwei unterschiedliche Wege. Im „Berliner Krankenhausmodell“ – 1998 begonnen – finanziert sie gemeinsam mit Partnern die Anstellung von Ärzten durch Pflegeheime. Im „Bayerischen Modell“ vereinbart die AOK auf vertraglicher Ebene mit niedergelassenen Ärzten die medizinische Betreuung in einem Pflegeheim. Mit beiden Ansätzen gelingt es, Klinikaufenthalte von Pflegebedürftigen zu vermeiden, deren

medizinische Versorgung zu verbessern und dadurch auch die Lebensqualität zu steigern. „Beim Berliner Modell müssen Pflegebedürftige nur halb so oft im Krankenhaus behandelt werden wie in Heimen, die nicht an dem Projekt teilnehmen“, bilanziert Ahrens.

Mehr Qualität verspricht sich die AOK außerdem durch den Ausbau der Qualitätssicherung in der Pflege. Zusätzlich ist vorgesehen, dass über die Ergebnisse von Qualitätsprüfungen z.B. des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) in verständlicher Sprache berichtet wird. Ein Schritt, den Ahrens begrüßt, weil dadurch mehr Transparenz entsteht. Allerdings fehle es noch an Vorgaben, um auch die Preisbildung der Pflegeeinrichtungen vergleichbarer zu machen. „Was für Strom- und Gasversorger gilt, ist für die Betreiber von Pflegeheimen leider noch längst nicht selbstverständlich“, sagt AOK-Chef Ahrens und fordert eine gesetzliche Verpflichtung für Pflegeeinrichtungen, ihre Kalkulationen offen zu legen. Dann könnten die Pflegekassen ihre Versicherten über die Qualität und auch über die Wirtschaftlichkeit von Pflegeheimen informieren.

Finanzieren will die Große Koalition die Pflegereform durch eine Anhebung des seit 1995 unveränderten Beitragssatz um 0,25 Prozentpunkte. Dies reiche bis 2014/2015 aus, heißt es im Gesetzentwurf. Mit einer grundlegenden Finanzreform der Pflegeversicherung rechnet AOK-Chef Ahrens in der nächsten Legislaturperiode.

(bho)

**Informationen und Zahlen zur Pflegeversicherung:**  
[www.aok-bv.de/gesundheits/pflege](http://www.aok-bv.de/gesundheits/pflege)

**Aktuelle Infos und Hintergrund:**  
[www.reform-aktuell.de](http://www.reform-aktuell.de)



## Leistungen der sozialen Pflegeversicherung

### Geplante Anhebungen in drei Etappen:

(alle Angaben in Euro)

#### Ambulante Sachleistung

Pflegestufe	Bisher	2008	2010	2012
Stufe I	384	420	440	450
Stufe II	921	980	1.040	1.100
Stufe III	1.432	1.470	1.510	1.550

#### Pflegegeld

Pflegestufe	Bisher	2008	2010	2012
Stufe I	205	215	225	235
Stufe II	410	420	430	440
Stufe III	665	675	685	700

#### Vollstationäre Pflege

Pflegestufe	Bisher	2008	2010	2012
Stufe I	1.023	1.023	1.023	1.023
Stufe II	1.279	1.279	1.279	1.279
Stufe III	1.432	1.470	1.510	1.550
Härtefall	1.688	1.750	1.825	1.918

psg-nachgefragt: Harald Kesselheim, AOK-Bundesverband

## Was bringt die Pflegereform, Herr Kesselheim?

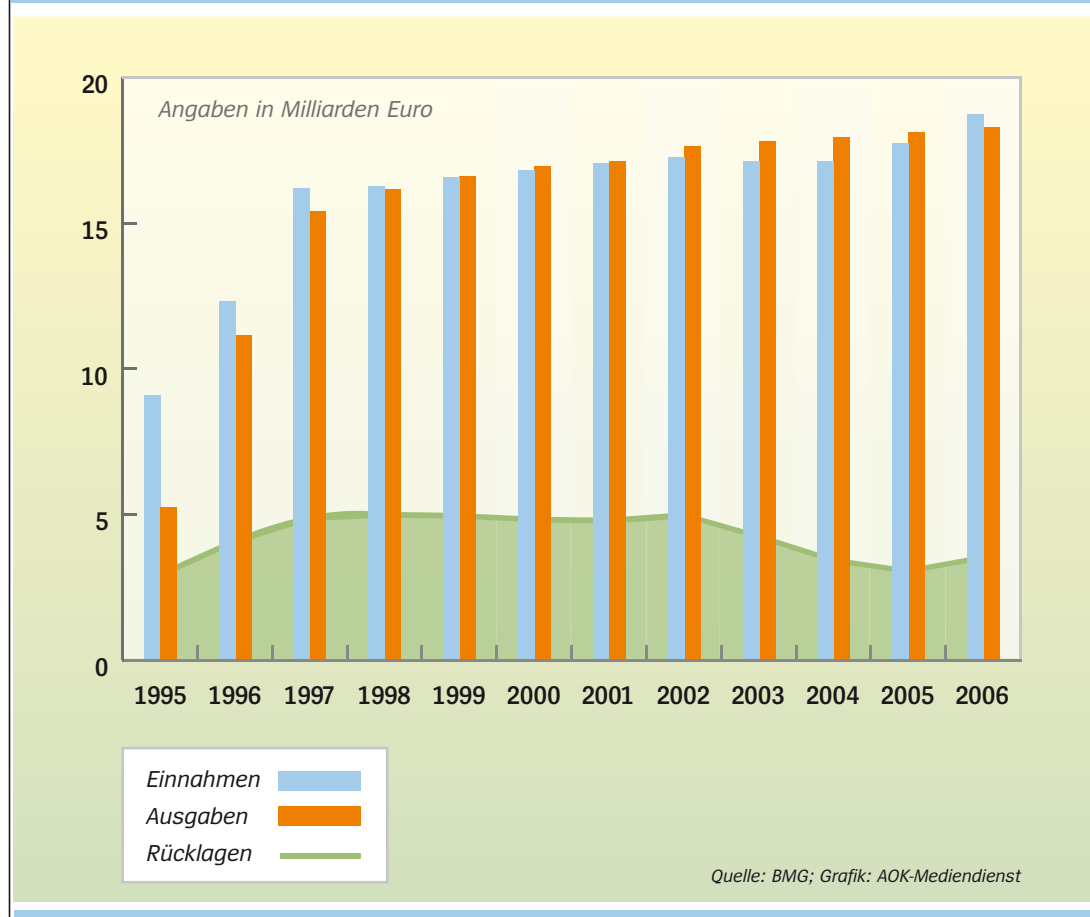
„Wann immer ein Pflegefall eintritt, ist entscheidend, dass die Betroffenen und ihre Angehörigen von Anfang an umfassend beraten werden. Niemand ist in der Lage, von heute auf morgen die Pflege eines Angehörigen zu organisieren. Deshalb erhalten AOK-Versicherte schon jetzt professionelle Hilfe durch qualifizierte Pflegefachkräfte. Sie beraten die Betroffenen, wenn es beispielsweise darum geht, Leistungen von ambulanten Pflegediensten in Anspruch zu nehmen. Die Pflegereform macht nun solche Beratungsleistungen zur Pflicht für alle Pflegekassen. Positiv ist auch, dass die Möglichkeiten für Hilfsbedürftige ausgebaut werden sollen, eigene Pflegekräfte anzustellen. Und auch eine stärkere Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Pflege wird sowohl den Pflegebedürftigen als auch deren Angehörigen zugute kommen. In eine ähnliche Richtung zielen die vom Gesetzgeber geplanten Pflegestützpunkte. Deren Erfolg wird allerdings davon abhängen, inwieweit gerade die Kommunen an einem Ausbau der Infrastruktur mitmachen und ihre Angebote für Senioren einbringen werden. So könnten etwa Begegnungsstätten vor Ort dazu beitragen, dass Pflegebedürftige den Kontakt zur Außenwelt halten.“

Der Reformentwurf sieht zwar bessere Leistungen für Demenzpatienten vor, die noch keinen Pflegebedarf haben. Aber der Pflegegriff konzentriert sich weiterhin ausschließlich auf körperlichen Hilfebedarf. Notwendig ist, den Betreuungsaspekt stärker zu berücksichtigen. Wir müssen uns darauf einstellen, dass es künftig vor allem mehr alte Menschen geben wird, die zwar körperlich in der Lage wären, sich zu versorgen, die alltäglichen Handlungen aber nicht mehr alleine koordinieren können. Wir brauchen also einen umfassenden Pflegebegriff. Darüber berät derzeit im Auftrag der Spitzenverbände der Pflegekassen eine Expertengruppe. Im November 2008 soll der Bundesgesundheitsministerin ein wissenschaftlicher Vorschlag für einen neuen Pflegebegriff vorliegen.“



Harald Kesselheim leitet die Abteilung Pflegeversicherung im AOK-Bundesverband.

## Pflege: Stabile Finanzentwicklung seit 1995



Seit der schrittweisen Einführung der Pflegeversicherung 1995 – erst nur ambulante, ab 1. Juli 1996 auch stationäre Leistungen – liegen Einnahmen und Ausgaben auf einem relativ konstanten, leicht steigenden Niveau. Durch die Rücklagen, die die Pflegekassen anfangs gebildet haben, konnten die Defizite zwischen 2000 und 2005 aufgefangen werden.

Grafik: AOK-Mediendienst

Diese Grafik können Sie bei Quellenangabe „AOK-Mediendienst“ kostenlos verwenden:  
[www.aok-presse.de](http://www.aok-presse.de) (AOK-Bilderservice: Pflege/Grafiken)

AOK bietet mit Pflegeheim-Navigator bundesweite Suche

## So findet man das passende Pflegeheim

**08.11.07 (psg).** Seit März ist die Suche nach einer stationären Pflegeeinrichtung erheblich einfacher geworden. Denn die AOK bietet mit ihrem „Pflegeheim-Navigator“ im Internet die bisher einzigartige Möglichkeit, per Mausklick in einer Datenbank das richtige Pflegeheim zu finden. Unter [www.aok-pflegenavigator.de](http://www.aok-pflegenavigator.de) haben sich inzwischen mehr als 11.800 Pflegeheime registriert.

Zu allen Einrichtungen werden die Kontaktdaten, die wichtigsten Informationen über die jeweiligen Leistungen und die Preise genannt. Die Suche kann über die Eingabe der Postleitzahl oder einer Gemeinde regionalisiert und auf die Einrichtungsarten – vollstationäre Pflege, Kurzzeit-, Tages- oder Nachtpflege – begrenzt werden. Außerdem lassen sich bestimmte Leistungskriterien wie etwa die Pflege von Demenzpatienten herausfiltern.

Die individuellen Informationen über ihre Einrichtungen können die Heime selbst vornehmen. Zum Beispiel, ob Haustiere erlaubt sind oder ob es die Möglichkeit zum Probewohnen gibt. Außerdem können sie Angaben darüber machen, wie viele freie Betten zur Verfügung stehen, ob sie besondere Betreuungsangebote vorhalten, ob es Gästezimmer für Besucher gibt oder ob man eigene Möbel mitbringen kann. Bei allen Einrichtungen wird aufgeführt, welche Kosten von der Pflegekasse getragen werden und welchen Teil der Heimbewohner selbst übernehmen muss. Diese Angaben der Pflegeheime unterliegen einer Qualitätskontrolle. Der Navigator schafft damit für die Verbraucher eine deutlich bessere Transparenz über die Pflegeeinrichtungen.

Versicherte, die keinen Internetzugang haben oder Unterstützung bei der Suche brauchen, erhalten in jeder AOK-Geschäftsstelle Hilfe von fachkundigen Mitarbeitern. Ist man auf der Suche nach den Pflegeeinrichtungen fündig geworden, kann man gleich das persönliche Beratungsgespräch mit der Pflegekasse oder mit dem Pflegeheim anschließen.

Der AOK-Pflegenavigator im Internet:  
[www.aok-pflegenavigator.de](http://www.aok-pflegenavigator.de)



psg-Hintergrund

## Beispielhafte Pflege-Projekte der AOK-Gemeinschaft

**08.11.07 (psg).** Wie können Pflegebedürftige möglichst lange in ihrem Zuhause betreut werden? Welche Hilfe brauchen Betroffene, damit sie ein weitgehend eigenständiges Leben führen können? Wie können Menschen, die Angehörige pflegen, sinnvoll unterstützt werden? Dass dies möglich ist, hat die AOK in den vergangenen Jahren in mehreren Modellprojekten erfolgreich – und zum Teil mit Auszeichnung – aufgezeigt.

### „Aktiv bleiben im Pflegeheim“ – AOK Baden-Württemberg

Pflegebedürftige haben ein erhöhtes Sturzrisiko. Statistiken zufolge fällt jeder zweite Bewohner eines Pflegeheimes mindestens ein Mal im Jahr – mit häufig gravierenden Folgen wie einem Oberschenkelhalsbruch. Aber auch ohne solche Verletzungen verzichten viele Betroffene auf Bewegung, weil sie einen erneuten Sturz befürchten. Wenig Bewegung aber erhöht das Sturzrisiko. Diesen Teufelskreis will die Sturzprävention durchbrechen. Kernelement des seit 2002 angebotenen Projekts ist ein Kraft- und Balance-training, mit dem die Heimbewohner zwei Mal wöchentlich ihre Mobilität und körperliche Funktionsfähigkeit verbessern. Zugleich werden die Pflegekräfte mit Unterstützung der AOK entsprechend geschult. Bisher machen schon mehr als 600 Pflegeheime in Baden-Württemberg bei der Sturzprävention mit. Der Erfolg: Die Zahl der Krankenhauseinweisungen von Pflegebedürftigen aufgrund eines Sturzes sank 2006 zum Beispiel um fast zwölf Prozent. Das Projekt wurde 2002 mit dem Berliner Gesundheitspreis und 2005 mit dem „Qualitätsförderpreis Gesundheit Baden-Württemberg“ ausgezeichnet. Ab 2008 wird die Sturzprävention von allen AOKs angeboten.

### Pflegenetze („Pflegeheim Plus“) – AOK Bayern

Eine kontinuierliche ärztliche Versorgung von Pflegebedürftigen in Heimen zu gewährleisten und damit unnötige Klinikaufenthalte zu verhindern – das ist das Ziel der Pflegenetze der AOK Bayern. Das Prinzip ist einfach: Da die Hilfsbedürftigen nicht zum Hausarzt gehen können, kommt der Arzt zu ihnen ans Pflegebett. Im Rahmen einer Integrierten Versorgung koor-

dinieren Hausärzte der jeweiligen Region die notwendigen Leistungen, stellen eine Rufbereitschaft sicher und sind damit fast rund um die Uhr feste Ansprechpartner für die Patienten in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Dadurch gelingt es, die Vorsorge zu verbessern und den Pflegebedürftigen etwa Doppeluntersuchungen zu ersparen. Für die zahnärztliche Versorgung hat die AOK Bayern 2005 ein Modellprojekt gestartet. Sie bietet gemeinsam mit dem Kooperationspartner Teamwerk in Münchener Pflegeheimen regelmäßige Zahnarztuntersuchungen an, sowohl für akute Probleme als auch zur Vorsorge.

### **„Die Pflege mit dem Plus“ – AOK Berlin**

Im Berliner Projekt „Die Pflege mit dem Plus“ arbeiten Therapeuten, Pflegekräfte und Ärzte bei der Betreuung von Pflegebedürftigen eng zusammen. Dazu haben einige der 38 Projekteinrichtungen Ärzte angestellt, andere kooperieren mit niedergelassenen. Für beide Möglichkeiten gelten hohe Anforderungen wie eine Rund-um-die-Uhr-Rufbereitschaft, eine wöchentliche Regelvisite und regelmäßige Fallkonferenzen mit den Therapeuten und Pflegern. Durch die medizinisch betreute Pflege ist es gelungen, die Versorgung der Pflegebedürftigen in ihrer gewohnten Umgebung spürbar zu verbessern. Mit messbarem Erfolg: Sie beispielsweise werden nur noch halb so oft in eine Klinik eingewiesen wie Hilfsbedürftige in anderen Pflegeheimen. Das 1998 von der AOK Berlin initiierte Projekt wird von der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin, der Berliner Krankenhausesellschaft, dem Verband privater Krankenanstalten, der Berliner Senatsverwaltung sowie der IKK Brandenburg und Berlin und zwischenzeitlich der Siemens BKK und der Bahn BKK getragen.

### **„Nachbarschaftshilfe durch Ehrenamt“ – AOK Rheinland/Hamburg**

Die Unterstützung pflegender Angehöriger ist das Ziel der „Nachbarschaftshilfe durch Ehrenamt“, eines Gemeinschaftsprojekts der AOK Rheinland/Hamburg mit der Hospizbewegung Düren und dem Kreis Düren. Wer einen Angehörigen pflegt und Hilfe braucht, wendet sich an die Einsatzzentrale der Hospizbewegung. Die vermittelt einen ehrenamtlichen Helfer, der zu den Betroffenen kommt, sie berät und unterstützt. Dadurch gelingt es, Krisensituationen bei der Pflege eines Angehörigen zu bewältigen und deren Betreuung im eigenen Zuhause zu sichern.

## **Integrierte Versorgung – AOK Westfalen-Lippe**

Auf Basis eines Vertrags zur Integrierten Versorgung (IV) arbeiten im Raum Witten Pflegeeinrichtungen, niedergelassene Ärzte und ein Krankenhaus bei der Betreuung von Pflegebedürftigen in Heimen zusammen. Etwa 30 Hausärzte und hausärztlich tätige Internisten übernehmen die Lotsenfunktion und stellen sicher, dass Heimbewohner auch außerhalb der Sprechzeiten medizinisch betreut werden. Durch die verstärkte Kommunikation aller Beteiligten werden die medizinische Versorgung der Pflegebedürftigen verbessert und deren Lebensqualität erhöht.

## **Initiative Demenz – AOK Bayern und AOK-Bundesverband**

Die „Initiative Demenzversorgung in der Allgemeinmedizin“ (IDA) will die Versorgungsqualität von Patienten mit Demenz verbessern und die betreuenden Angehörigen unterstützen. Das Projekt – getragen von der AOK Bayern, dem AOK-Bundesverband sowie den forschenden Pharmaunternehmen Pfizer und Eisai – ist international eine der größten Interventionsstudien zur ambulanten Versorgung von Demenzkranken. In der Modellregion Franken nehmen etwa 130 Hausärzte mit mehr als 390 Demenzpatienten an der Studie teil. Ziel ist es, Versorgungskonzepte zu entwickeln, mit denen Demenzkranke möglichst lange in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung leben und gleichzeitig die Lebensqualität der betreuenden Angehörigen verbessert wird. IDA läuft noch bis Ende 2008 und wird wissenschaftlich begleitet und ausgewertet.

Blick ins Ausland

## Wie andere Industriestaaten Pflegebedürftigen helfen

**08.11.07 (psg).** Wie in Deutschland steigt die Zahl der Pflegebedürftigen auch in anderen Industrieländern. Wie reagieren diese auf die Entwicklungen? Mit einem Blick über die Grenzen stellt der AOK-Mediendienst dar, wie Luxemburg, Finnland, Großbritannien, USA und Japan die Pflege organisieren. Eines haben sie alle gemeinsam: Die Pflegebedürftigen sollen möglichst lange in ihren eigenen vier Wänden leben können.

### Luxemburg

Eingeführt wurde die gesetzliche Pflegeversicherung Anfang 1999 nach deutschem Muster. Allerdings verzichtet das luxemburgische System auf die Einteilung der Pflegebedürftigkeit in Pflegestufen. Für jeden Betroffenen werden Hilfen und Leistungen individuell festgelegt. Die luxemburgische Pflegeversicherung stützt sich auf zwei Säulen: Prävention und Pflege. Ziel ist es schwere Pflegebedürftigkeit zu verhindern, damit alte Menschen länger in ihrer eigenen Umgebung leben können. Rund 90 Prozent der über 65-Jährigen leben selbstständig zu Hause. Wenn doch eine Heimunterbringung nötig wird, muss der Patient die Kosten dazu selbst aufbringen. Für Versicherte, die das nicht können, gibt es einen nationalen Solidaritätsfonds, aus dem sie unterstützt werden können. Die Beiträge der Versicherten liegen bei einem Prozent aller Einkünfte.

### Finnland

Eine eigene Pflegeversicherung gibt es in Finnland nicht. Stattdessen ist die Pflege Bestandteil der allgemeinen Sozialgesetze. Verantwortlich für die Versorgung sind die Kommunen. Entweder sind sie selbst Träger der Pflegedienste oder sie kaufen die Dienste bei Partnern ein. Dazu kooperieren sie mit anderen Kommunen, privaten Anbietern oder Wohlfahrtsverbänden. Die Gemeinden können sich außerdem für das „Voucher-System“ („Gutschein-System“) entscheiden, das Finnland 2004 eingeführt hat. Sie geben dann Gutscheine an die Patienten aus, mit denen sie bei privaten Anbietern die nötigen Pflegeleistungen einkaufen können. Auch den Wert der Gutscheine bestimmen die Kommunen selbst. Differenzen

zwischen dem Gutscheinvwert und den tatsächlichen Kosten für die Pflegeleistungen müssen die Patienten tragen. Damit folgt Finnland dem Vorbild der schwedischen Nachbarn. Finanziert wird die Pflege aus Steuermitteln und den Eigenbeteiligungen der Pflegebedürftigen. Die Eigenbeteiligung beträgt durchschnittlich 15 Prozent des Nettoeinkommens.

## Großbritannien

Eine separate Pflegeversicherung gibt es in Großbritannien nicht. Die Pflege ist Teil des Gesundheitssystems und wird vom staatlichen Gesundheitsdienst „National Health Service“ (NHS) organisiert. Gesteuert wird die Pflege über die Hausärzte, die eng mit den Pflegekräften zusammenarbeiten. Auch in Großbritannien liegt der Fokus auf ambulanter Pflege. Um die Ärzteschaft zu entlasten, werden einige der ärztlichen Aufgaben auf die Pflegekräfte übertragen. Die beim Gesundheitsdienst „NHS“ angestellten Gemeindeschwestern können einige Medikamente verordnen und mit Weiterbildungen einen Arzt teilweise ersetzen. Allerdings mangelt es an qualifizierten Pflegekräften ebenso wie an Ärzten. Finanziert wird der „NHS“ überwiegend aus staatlichen Einnahmen (rund 80 Prozent). Nur ein geringer Teil wird durch Sozialversicherungsbeiträge abgedeckt. Einen Eigenanteil müssen die Patienten nur in wenigen Fällen zahlen.

## USA

Der Staat unterstützt die Pflege mit zwei Programmen: mit „Medicaid“, der staatlich finanzierten Krankenversicherung, die für die Pflegeleistungen der Armen aufkommt, und mit „Medicare“, dem Programm zur Gesundheitsversorgung für die über 65-Jährigen und Behinderten. Großteils kommen die Pflegebedürftigen allerdings selbst für die Kosten auf. Über 80 Prozent von ihnen leben zu Hause und werden von Familienangehörigen gepflegt. Um in eine der staatlichen „Medicaid“ Einrichtungen aufgenommen zu werden, muss der Patient zuvor alle Mittel bis auf 2.000 Dollar aufgebraucht haben.

## Japan

Eine Pflegeversicherung wurde in Japan im April 2000 eingeführt. Als Vorbild dazu diente das deutsche System. Organisiert wird die Pflege mit dem sogenannten Care-Management. Diese Einrichtungen koordinieren

individuelle Pflegeleistungen und die Vergütung der Dienste. Finanziert werden sie je zur Hälfte aus Versichertenbeiträgen und aus öffentlichen Zuschüssen. Fünf Prozent der Zuschüsse werden in einer gemeinsamen Kasse verwaltet, die die unterschiedliche Risikostruktur der Gemeinden ausgleicht. Die Risikostruktur ergibt sich aus der Zahl der über 65-Jährigen und ihrem Einkommen. Der Eigenanteil der Versicherten an den Kosten für Pflegeleistungen liegt im ambulanten wie im stationären Bereich bei zehn Prozent der anfallenden Kosten. Für Unterkunft und Verpflegung müssen sie zusätzlich einen vom Einkommen abhängigen Beitrag zahlen.

Sechs Jahre nach Einführung der Versicherung folgte eine Reform. Diese sieht in erster Linie neue Präventionsleistungen und Regionalhilfeleistungen vor. Die Regionalhilfeleistungen ähneln den Leistungen der Gesundheitspflege für die Älteren, die bisher von Krankenversicherungsträgern sowie vom Staat getragen wurden.

AOK-Positionen zu einer Reform der Pflegeversicherung

## „Pflege bleibt eine Aufgabe der gesamten Gesellschaft“

**08.11.07 (psg).** Der Verwaltungsrat des AOK-Bundesverbandes hat am 4. September die Positionen der AOK zu einer Reform der Pflegeversicherung vorgelegt. Damit formuliert die Selbstverwaltung grundlegende Anforderungen an eine umfassende Pflege-Reform.

### I. Ausgangslage

Die soziale Pflegeversicherung als Umlagesystem hat seit ihrer Einführung am 1. Januar 1995 die angestrebten Ziele erreicht. Sofortiger Versicherungsschutz ohne Vorleistungen für das Lebensrisiko Pflegebedürftigkeit, deutliche Abnahme der Abhängigkeiten von Sozialhilfe und ein über zehn Jahre stabiler Beitragssatz. Bei Versicherten, Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen hat dies hohe Akzeptanz. Die Leistungen der Pflegeversicherung tragen zur finanziellen Entlastung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen bei. Darüber hinaus hat sie zu zahlreichen Entwicklungsimpulsen für die Pflege geführt. Angesichts der demografischen Entwicklung, sich verändernder Familienstrukturen und Erwartungen hinsichtlich der späteren eigenen Pflegesituation wird der Bedarf an professioneller und ehrenamtlicher Pflege weiter zunehmen. Die Pflegeversicherung ist ungeachtet der Reformnotwendigkeiten ein wichtiger Baustein der sozialen Sicherung in Deutschland. Pflege ist und bleibt dabei eine Aufgabe der gesamten Gesellschaft.

Damit die soziale Pflegeversicherung auch in den nächsten Jahrzehnten leistungsfähig bleibt und ihre finanzielle Stabilität nachhaltig gesichert wird, muss sie weiterentwickelt werden. Dies war bereits bei Einführung bekannt und vom Gesetzgeber geplant. Reformbedarf besteht gleichermaßen auf der Finanzierungs- und auf der Leistungsseite. Von zentraler Bedeutung sind die zukünftige Wertsicherung der Leistungsansprüche, bezahlbare Beiträge und die Fortentwicklung der Qualität in der pflegerischen Versorgung.

### II. Verbesserungen von Qualität und Leistungen in der Pflege

Aus Sicht der AOK tragen insbesondere die folgenden Maßnahmen zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung bei und sollten bei einer Reform der Pflegeversicherung berücksichtigt werden.

## **1. Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des Begutachtungsverfahrens**

Der heute im SGB XI zugrunde liegende somatisch- und defizitorientierte Begriff der Pflegebedürftigkeit trägt der tatsächlichen Situation von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz und deren Angehörigen nur unzureichend Rechnung.

Aufgrund der steigenden Zahl Demenzkranker müssen Pflegebedürftigkeitsbegriff und Begutachtungsverfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit auf Basis der Erkenntnisse der Pflegewissenschaften und internationaler Erfahrungen weiterentwickelt werden. Das Bundesgesundheitsministerium hat dazu durch die Bildung eines „Beirat zur Überprüfung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit“ die richtigen Weichen gestellt. Der Bericht und die Empfehlungen des Beirats sollen Ende 2008 vorliegen und Grundlage für die gesetzgeberische Entscheidung sein. Mit dem Pflegebedürftigkeitsbegriff als zentralem Verteilungsstellwerk werden die leistungsseitigen Finanzströme determiniert, so dass sich Schnellschüsse verbieten. Die sachlich notwendige Vorlaufzeit bedeutet jedoch keine Absage an eine rasche Reform, sondern eröffnet die Möglichkeit eines schrittweisen Vorgehens.

Um den Betreuungsbedarf der Demenzkranken in der Übergangszeit angemessen zu berücksichtigen, sollten die mit dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz eingeführten Leistungen zur Inanspruchnahme von niederschweligen Betreuungsangeboten modifiziert werden. Die Einbeziehung der kommunalen Ebene für die Verbesserung und Weiterentwicklung der erforderlichen wohnortnahen Betreuungs- und Unterstützungsangebote ist dabei eine wesentliche flankierende Maßnahme. Pauschale Zeitzuschläge bei der Einstufung sind nach der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes nicht ausreichend gestaltbar und deshalb für eine Übergangslösung ungeeigneter.

## **2. Anpassung der Leistungen an den Zuwachs der beitragspflichtigen Einnahmen**

Seit Einführung der Pflegeversicherung sind die budgetierten Geld- und Sachleistungen nicht angepasst worden. Den eingetretenen schleichenden Realwertverlust der Leistungen der Pflegeversicherung müssen die Pflegebedürftigen tragen. Insbesondere Pflegebedürftige mit niedrigen (Alters-)Einkünften werden zunehmend finanziell überfordert und sind wieder vermehrt auf Sozialhilfe angewiesen. Gefährdet werden kann auch die Qualität der Pflege und die Akzeptanz der Pflegeversicherung bei Pflegebedürftigen und Bürgern.

Aus diesen Gründen sollten die Leistungen der Pflegeversicherung in regelmäßigen Abständen – orientiert an dem Zuwachs der Grundlohnsumme bzw. der beitragspflichtigen Einnahmen – angepasst werden. Die Dynamisierungsregelungen können so ausgestaltet werden, dass der Grundsatz „ambulant vor stationär“ gestärkt wird. Die Pflegebedürftigen haben dabei wie bisher eine angemessene, sozialverträgliche Eigenbeteiligung zu leisten.

### **3. Stärkung von Prävention und geriatrischer Rehabilitation**

Angesichts der Veränderung der Altersstruktur und der gestiegenen Lebenserwartung sind Prävention und Gesundheitsförderung für ältere Menschen in koordinierten, wohnortnahen Versorgungsstrukturen von zentraler Bedeutung. Maßnahmen zur Prävention im Alter müssen ausgebaut werden und können einen wesentlichen Beitrag zur Vermeidung, Verzögerung oder Minderung von Pflegebedürftigkeit leisten. Prävention sollte, wie bereits im Präventionsgesetz geplant, eigenständige Aufgabe der Pflegeversicherung werden. Die anderen Sozialversicherungsträger und Gebietskörperschaften müssen sich an den gesamtgesellschaftlichen Präventionsmaßnahmen für alte Menschen beteiligen.

Die derzeitigen leistungsrechtlichen Maßgaben einer medizinischen Rehabilitation zu Lasten der GKV verhindern, dass das Rehabilitationsziel zielgruppenadäquat beschrieben und das Rehabilitationspotenzial mit geriatrischen Rehabilitationsmaßnahmen ausgeschöpft wird. Insbesondere bietet die heutige institutionelle Ausrichtung der Rehabilitation nur unzulängliche Möglichkeiten, das breite Spektrum der aktivierenden Pflege durch Pflegefachkräfte zu nutzen. Für eine durchgreifende Verminderung und Vermeidung von Pflegebedürftigkeit sollte die Rehabilitation älterer Menschen in der Zuständigkeit der Pflegeversicherung koordiniert forciert werden. Zur Überwindung von Schnittstellenproblemen sind geeignete Abgrenzungskriterien zu entwickeln. Die Reorganisation der Rehabilitation muss in einer mittelfristigen Finanzperspektive kostenneutral erfolgen.

### **4. Verbesserung von Pflegeleistungen**

Der Verbleib Pflegebedürftiger in der eigenen Häuslichkeit sollte so lange wie möglich realisiert werden. Die dafür erforderlichen Wohn- und Familienstrukturen sind vielfach nicht ausreichend vorhanden. Deshalb müssen alternative Versorgungsangebote in der ambulanten Pflegeinfrastruktur (Hausgemeinschaften, zugehende Dienste usw.) ausgebaut werden. Diese sind in die gesamte Versorgungsstruktur des Wohnortes einzubeziehen.

Durch kompatible Leistungsansprüche und Anreizstrukturen unter der Prämisse „ambulant vor stationär“ sind diese Strukturen zu flankieren. Dazu sollte das Verhältnis von Geld- und Sachleistungen kostenneutral neu justiert werden. Bestandsschutzregelungen können eine Niveauabsenkung verhindern.

Teilstationäre Angebote und Kurzzeitpflege müssen, insbesondere bei einem vorübergehenden Leistungsbedarf, ausgebaut werden. Zur Stärkung der ambulanten Pflege muss die ehrenamtliche Laienpflege ausgebaut und stärker anerkannt werden, z.B. durch Schulung und hauptamtliche Unterstützung. Die Finanzierung ist eine Gemeinschaftsaufgabe der öffentlichen Hand, insbesondere der Kommunen und Pflegekassen.

Die unterschiedliche Finanzierungsträgerschaft von Eingliederungshilfe und Pflege darf für behinderte, pflegebedürftige Menschen nicht zu einem Angebotsumbau führen, der dem spezifischen Bedarf dieser Menschen nicht mehr entspricht. Die festzustellende Tendenz, Einrichtungen für behinderte Menschen in Pflegeeinrichtungen umzustrukturieren, muss beendet werden, damit auch alte behinderte Menschen ihren Anspruch auf Eingliederungshilfe realisieren können. Daher muss der Gesetzgeber die Leistungszuständigkeit und Finanzierungsverantwortung von Eingliederungshilfe und Pflegeversicherung klar abgrenzen.

## 5. Qualität und Transparenz

Zur Förderung des Wettbewerbs der Pflegeeinrichtungen um die beste Qualität sollte es künftig möglich sein, Ergebnisse von externen Qualitätsprüfungen in standardisierter Form zu veröffentlichen. Damit wird die Diskussion um Pflegemängel durch mehr Transparenz versachlicht. Verknüpften Prüfungen und Aussagen zur Wirtschaftlichkeit der Pflegeeinrichtung und Wirksamkeit der dort erbrachten Pflege kommt hohe Bedeutung für eine gezielte Verbraucherberatung zu. Das bestehende gesetzliche Instrumentarium sollte nicht unter dem Vorwand des Bürokratieabbaus weiter eingeschränkt, sondern im Gegenteil ausgebaut werden.

## 6. Case-Management als zentrale Aufgabe der Pflegekasse

Eine wohnortbezogene, integrierte Beratung und Versorgung Pflegebedürftiger muss künftig stärker zwischen den verschiedenen Leistungsträgern, insbesondere mit den Kommunen, vernetzt werden. Bedarfsorientierte Wahlmöglichkeiten der Betroffenen und ihrer Angehörigen müssen mehr als bisher ermöglicht werden. Dabei ist die Koordination von Leistungen und die Bündelung von Kompetenzen die zentrale Her-

ausforderung. Diese können die Pflegekassen aufgrund ihrer Erfahrungen im Vertrags- und Versorgungsmanagement besser als Kommunen, Einrichtungsträger oder Sozialdienste bewältigen. Die AOK wäre in der Lage, dieses Fallmanagement für andere Pflegekassen gegen Erstattung der entstandenen Verwaltungs- und Verfahrenskosten zu organisieren.

### III. Finanzierung

Verbesserungen auf der Leistungsseite, insbesondere für Demenzkranke und für am Zuwachs der Grundlohnsumme bzw. der beitragspflichtigen Einnahmen orientierte Anpassungen der Leistungen (Leistungsdynamisierung), sind alleine mit dem derzeitigen Beitragsaufkommen nicht finanzierbar. Hinzu kommen zukünftige Mehrbelastungen infolge der demografischen Entwicklung, die gekennzeichnet ist durch einen Anstieg der Zahl der Leistungsempfänger und einem Rückgang der potenziellen Beitragszahler. Dabei weisen soziale und private Pflegeversicherung erhebliche Unterschiede in der Risikostruktur auf.

Vor diesem Hintergrund erfordern Positionierungen zur Weiterentwicklung der Leistungen der Pflegeversicherung zwangsläufig auch Aussagen darüber, wie dies finanziert werden soll.

Ein konstitutives Element der sozialen Pflegeversicherung ist der vollständige Finanzausgleich zwischen den Pflegekassen. Er stellt sicher, dass es angesichts der ungleichen Verteilungen der Pflegerisiken zwischen den Pflegekassen keine Risikoselektion gibt. Insofern dürfen Reformen bei der Finanzierung nicht zu Veränderungen beim bestehenden vollständigen Finanzausgleich führen. Die notwendigen Finanzreformen müssen einheitlich und wettbewerbsneutral ausgestaltet werden. Zentral ist zudem, dass die Pflegeversicherung ein eigenständiger Zweig der Sozialversicherung bleibt. Unter den Bedingungen des zukünftigen Gesundheitsfonds würde die Integration der Pflegeversicherung in die GKV die Wettbewerbssituation innerhalb der GKV massiv verändern. Selbst eine sehr genaue morbiditätsorientierte Zuweisung der Fondsmittel wäre nicht so wettbewerbsneutral wie der vollständige Finanzausgleich.

#### **Folgende Eckpunkte sind bei der Finanzierungsreform zu bewerten:**

- Umlageverfahren: Die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung werden im Umlageverfahren finanziert und solidarisch von Mitgliedern und Arbeitgebern getragen. In Verbindung mit dem „Teilkasko-Charakter“ der sozialen Pflegeversicherung ist diese Finanzierungsform eine Grundlage der sozialen Pflegeversicherung. Ein vollständiger Systemwechsel

auf eine kapitalgedeckte Finanzierung führt zu einer doppelten Belastung der jüngeren Generation.

- **Aufbau einer Demografiereserve:** Eine Demografiereserve kann dazu beitragen, einen demografisch bedingten Beitragssatzanstieg in seiner Höhe zu begrenzen. Aus Sicht der AOK ist es notwendig, die Demografiereserve nach einheitlichen Kriterien und wettbewerbsneutral auszugestalten.
- **Finanzierung der Leistungsdynamisierungen und Leistungsverbesserungen:** Die Leistungen der Pflegeversicherung sollten in regelmäßigen Abständen – orientiert an dem Zuwachs der Grundlohnsumme bzw. der beitragspflichtigen Einnahmen – angepasst werden. Die Dynamisierungsregelungen können so ausgestaltet werden, dass der Grundsatz „ambulant vor stationär“ gestärkt wird. Die Pflegebedürftigen haben dabei wie bisher eine angemessene, sozialverträgliche Eigenbeteiligung zu leisten.
- **Stärkung der Eigenvorsorge:** Die soziale Pflegeversicherung sichert – entsprechend ihres Grundansatzes und ihrer Ausgestaltung – nur eine Grundversorgung mit Pflegeleistungen. Um eine weitergehende Absicherung zu erlangen und von Sozialhilfe unabhängig zu bleiben, müssen die Bürger mehr Vorsorge gegen die finanziellen Risiken von Pflegebedürftigkeit treffen. Dabei kommt einer angemessenen, sozialverträglichen Eigenvorsorge eine zunehmende Bedeutung zu. Verstärkte Anreize für Eigenvorsorge und die Möglichkeit, bei den Pflegekassen private und freiwillige Pflegezusatzversicherungen abzuschließen, können dazu beitragen.

psg-Glossar

## Von ambulanter bis stationärer Pflege

**08.11.07 (psg). Wenn es um die Reform der Pflegeversicherung geht, werden häufig Fachbegriffe verwendet. Der AOK-Mediendienst erläutert sie:**

### Ambulante Pflege

Ambulante Pflege bezeichnet die Versorgung eines Pflegebedürftigen in den eigenen vier Wänden oder im Haushalt eines Verwandten. Die Pflege übernehmen in der Regel Angehörige und/oder ein ambulanter Pflegedienst.

### Fallmanagement (Case Management) / Fallmanager (Case Manager)

Fallmanagement dient dazu, bedarfsgerechte Hilfeleistungen für einen Patienten zu organisieren. Ziel ist es, dem Versicherten ohne zeitliche Verzögerung die individuell notwendigen Leistungen zur Verfügung zu stellen. Dabei soll die Qualität der Versorgung so gesichert werden, dass langfristig entstehende Kosten gesenkt werden. Fallmanager beraten Pflegebedürftige und ihre Angehörigen bei der Planung der Hilfeleistungen und koordinieren die Bereitstellung der Dienstleistungen. Die AOK stellt ihren Versicherten bereits beratende Fallmanager zur Seite. Mit der Pflegereform werden sie Pflicht für alle und als Pflegeberater bezeichnet.

### Integrierte Versorgung

Die Integrierte Versorgung soll in der gesetzlichen Krankenversicherung die traditionelle, strikte Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung aufheben und die beiden Bereiche miteinander vernetzen. Auch der Pflegebereich wird verstärkt einbezogen. Niedergelassene Haus- und Fachärzte, stationäre Einrichtungen, häusliche Krankenpflege, Therapeuten und weitere Bereiche arbeiten eng zusammen und bieten

eine abgestimmte medizinische Versorgung. Um die Integrierte Versorgung zu fördern, hat der Gesetzgeber dazu die finanzielle Voraussetzung geschaffen. Von 2004 bis Ende 2008 wird die Integrierte Versorgung durch eine Anschubfinanzierung vorangebracht. Diese setzt sich zusammen aus jeweils bis zu einem Prozent der vertragsärztlichen Vergütung und des Krankenhausbudgets.

## Medizinischer Dienst der Krankenversicherung

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) ist der sozialmedizinische Beratungs- und Begutachtungsdienst der gesetzlichen Krankenkassen und der Pflegekassen. Zu seinen Aufgaben gehören unter anderem, einen krankheitsbedingten Arbeitsausfall zu prüfen, wenn Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit bestehen, oder die Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Versorgung sowie in der Pflege. Um Leistungen aus der Pflegeversicherung zu erhalten, muss der Pflegebedürftige zunächst einen Antrag an die Pflegekasse stellen. Diese beauftragt einen Gutachter des MDK, der den Patienten zu Hause besucht und prüft, ob der Versicherte pflegebedürftig ist. Gegebenenfalls schlägt der Gutachter eine Pflegestufe vor. In Ausnahmefällen reicht die Beurteilung aufgrund der ärztlichen Unterlagen oder der Besuch im Krankenhaus, wenn eine vollstationäre Pflege dem Krankenhausaufenthalt folgen soll.

## Pflegegeld

Pflegebedürftige, die ihre häusliche Versorgung etwa mit einem Angehörigen selbst organisieren, haben Anspruch auf Pflegegeld aus der Pflegeversicherung. Dessen Höhe richtet sich nach der Pflegestufe. Es wird monatlich gezahlt und beträgt derzeit bei Pflegestufe I 205 Euro, bei Pflegestufe II 410 Euro und bei Pflegestufe III 665 Euro. Vom 1. Juli 2008 an erhöhen sich die Beiträge (siehe Seite 5). Der Leistungsbetrag für Demenzkranke und Behinderte liegt derzeit bei höchstens 460 Euro pro Jahr und soll auf bis zu 2.400 Euro jährlich steigen.

## Pflegestützpunkte

Mit der Reform soll eine wohnortnahe Versorgung und Betreuung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen ermöglicht werden. Dazu dienen Pflegestützpunkte, die leicht erreichbar sein sollen. Dort erhalten Betrof-

fene individuelle Unterstützung und Hilfe aus einer Hand. Ein Pflegeberater soll den individuellen Bedarf an Hilfe ermitteln und Versorgungspläne aufstellen.

## Pflegestufe(n)

Menschen sind im Sinne der Pflegeversicherung pflegebedürftig, wenn sie wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens (z.B. Waschen oder Nahrungsaufnahme) für mindestens sechs Monate in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. Welche Leistungen Pflegebedürftige erhalten, hängt von ihrer individuellen Hilfebedürftigkeit ab. Diese lässt die Pflegekasse durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) feststellen, der dann gegebenenfalls die Einstufung in eine der drei folgenden Pflegestufen empfiehlt:

**Pflegestufe I** gilt für erheblich pflegebedürftige Personen, die bei Körperpflege, Ernährung oder Mobilität mindestens einmal täglich mindestens 90 Minuten Hilfe benötigen.

**Pflegestufe II** betrifft schwer pflegebedürftige Personen, die mindestens dreimal zu verschiedenen Tageszeiten, insgesamt mindestens drei Stunden, der Hilfe bedürfen.

**Pflegestufe III** umfasst schwerstpflegebedürftige Personen, die regelmäßig über einen Tag verteilt sowie nachts Hilfe brauchen. Insgesamt benötigen sie mindestens fünf Stunden Hilfe pro Tag.

**Pflegestufe III mit Härtefall** tritt ein, wenn der Pflegeaufwand das Maß der Pflegestufe III weit übersteigt. Für die Grundpflege werden auch nachts zwei Pflegekräfte benötigt oder es sind täglich sieben Stunden Pflege nötig. Davon sind mindestens zwei Stunden nachts notwendig. Die Pflegekasse kann in diesem Fall bei den Sachleistungen oder der vollstationären Pflege weitere Leistungen gewähren.

## Pflegezeit

Mit der geplanten Einführung der Pflegezeit soll es Angehörigen von Pflegebedürftigen möglich werden, trotz Berufstätigkeit selbst zu pflegen oder

eine gute Pflege und Betreuung zu organisieren. Dazu können sie bis zu sechs Monate von ihrer Arbeit unbezahlt freigestellt werden. Voraussetzung ist, dass der Arbeitgeber mehr als 15 Mitarbeiter beschäftigt. Während der Pflegezeit sind Arbeitnehmer weiter sozialversichert, und sie haben einen Anspruch auf Wiedereinstellung nach Ende der Pflegezeit. Dazu zählt auch die Möglichkeit, künftig kurzfristig bis zu zehn Arbeitstage unbezahlt frei zu nehmen, wenn ein Angehöriger plötzlich zum Pflegefall wird oder sich die Situation eines bereits pflegebedürftigen Angehörigen verschlimmert. Das soll den Beschäftigten ermöglichen, eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren.

## Sachleistung

Sind Angehörige nicht in der Lage, einen Pflegebedürftigen ganz oder teilweise zu betreuen, können ambulante Pflegedienste diese Aufgabe übernehmen. Die Pflegekasse erstattet dann die Kosten für einen ambulanten Pflegedienst als sogenannte Sachleistungen. Wie hoch der Zuschuss für eine solche Sachleistung ist, hängt von der Pflegestufe des Pflegebedürftigen ab. Für die Pflegestufe I liegt der Wert der Sachleistungen derzeit bei 384 Euro, für die Pflegestufe II bei 921 Euro und für Pflegestufe III bei 1.432 Euro. Bei einem außergewöhnlich hohen Pflegeaufwand liegt die Höhe der Sachleistung bei 1.918 Euro. Vom 1. Juli 2008 an sollen die Beträge erhöht werden (siehe Seite 5).

## Stationäre Pflege

Von stationärer Pflege ist die Rede, wenn Pflegebedürftige Tag und Nacht in einem Pflegeheim versorgt und betreut werden. Die Sachleistungen für die Unterbringung umfassen die reinen Pflegeleistungen, ihre Höhe hängt von der jeweiligen Pflegestufe ab. Unterkunft und Verpflegung tragen die Pflegebedürftigen selbst. Die Leistungen für die Pflegestufe I betragen derzeit 1.023 Euro, für die Pflegestufe II 1.279 Euro, für die Stufe III 1.432 Euro. Für Härtefälle werden 1.688 Euro gezahlt. Vom 1. Juli 2008 an sollen die Beträge erhöht werden (siehe Seite 5).

Weitere Infos:  
[www.aok-bv.de/lexikon](http://www.aok-bv.de/lexikon)



psg-Service

## Zahlen – Fakten – Links

- Knapp **12.000 Pflegeheime** gibt es in Deutschland, sie bieten Pflegeplätze für mehr als 750.000 Menschen.
- **471.543** Menschen wurden 2005 von **ambulanten** Pflegediensten betreut, **676.582** in **stationären** Einrichtungen.
- Rund **171.000 neue Arbeitsplätze** sind zwischen 1998 und 2005 in Pflegeeinrichtungen entstanden, ein Anstieg von fast 30 Prozent. 2005 arbeiteten mehr als 760.000 Menschen in Pflegeeinrichtungen.
- **2,13 Millionen** Menschen waren 2005 **pflegebedürftig**: 15,8 Prozent der 75- bis unter 80-jährigen Frauen und 11,2 Prozent der 75- bis unter 80-jährigen Männer. Bei den über 90-jährigen Frauen waren es 65,2 Prozent, bei den Männern 39,7 Prozent
- Etwa **eine Million** Menschen in Deutschland leidet an **Demenz**. Über zwei Millionen werden es der Deutschen Alzheimer-Gesellschaft zufolge bis 2050 sein.
- **18,03 Milliarden Euro** hat die gesetzliche Pflegeversicherung 2006 ausgegeben. Denen standen Einnahmen von 18,49 Milliarden Euro gegenüber.
- 2,13 Millionen Menschen werden **2010** nach Prognosen der Rürup-Kommission in Deutschland pflegebedürftig sein. Bis **2020** steigt die Zahl auf 2,64 Millionen, **2030** sollen es 3,09 Millionen sein.
- **3,5 Prozent** der Beitragszahler beanspruchten 2006 **Leistungen** der Pflegeversicherung. 2030 werden es 4,9 Prozent sein, im Jahr 2060 wird sich der Wert bei rund sechs Prozent einpendeln.

## Hier finden Sie...

... alle wichtigen Informationen rund um die soziale Pflegeversicherung, wie z.B. Pflegestufen, Leistungen, Zahlen und Fakten:

■ [www.aok-bv.de/gesundheit/pflege](http://www.aok-bv.de/gesundheit/pflege)

---

... Informationen zu Leistungen und Preisen von rund 11.800 Pflegeheimen in ganz Deutschland:

■ [www.aok-pflegenavigator.de](http://www.aok-pflegenavigator.de)

---

... die Koalitionseckpunkte zur Reform der Pflegeversicherung plus Argumente, Prognosen und Initiativen zum Thema:

■ *G+G-Spezial 09/07 „Nachschlag für die Pflege“ (Download: [www.aok-bv.de/gesundheit/pflege](http://www.aok-bv.de/gesundheit/pflege))*

---

... wissenschaftliche Informationen über die Folgen des demografischen Wandels für unser Gesundheitswesen:

■ *G+G-Spezial Nr. 07/06 „Gesundheit für Generationen“ [www.aok-bv.de/service/medien/gg/spezial](http://www.aok-bv.de/service/medien/gg/spezial)*

---

... alles über die „Initiative Demenzversorgung in der Allgemeinmedizin (IDA)“, ein Gemeinschaftsprojekt unter Beteiligung des AOK-Bundesverbandes und der AOK Bayern:

■ [www.projekt-ida.de](http://www.projekt-ida.de)

---

... konkrete Hinweise, Informationen und Tipps für ältere Menschen und pflegende Angehörige:

■ [www.hilfe-und-pflege-im-alter.de](http://www.hilfe-und-pflege-im-alter.de)

---

... Informationen über das Gesetzgebungsvorhaben der Bundesregierung zur Pflegereform:

■ [www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de) > Themenbereich Pflege

Dialog-Fax: 0228/849 00 - 20  
Telefon: 0228/849 00 - 29



Redaktion  
AOK-Mediendienst  
Presseservice Gesundheit  
Kortrijker Straße 1  
  
53177 Bonn

Name: .....  
Redaktion: .....  
Straße: .....  
PLZ/Ort: .....  
Telefon: .....  
Fax: .....  
E-Mail: .....

**Adressenänderung** Bitte senden Sie den psg Thema künftig an folgende Adresse:

Name: .....  
Redaktion: .....  
Straße: .....  
PLZ/Ort: .....  
Tel./Fax: .....

Ich will den **Informationsvorsprung von drei Tagen** nutzen. Bitte senden Sie mir den psg Thema künftig nicht mehr per Post, sondern **per E-Mail**:

@

Ich interessiere mich auch für die Politik-Ausgabe des psg:

Bitte schicken Sie mir den psg Politik **per Post** an die oben angegebene Adresse.

Bitte schicken Sie mir den psg Politik **per E-Mail** an folgende Adresse:

@

**Bitte streichen Sie mich aus dem Verteiler für den psg Thema.**

Sonstige Wünsche und Bemerkungen: