



Die Pflegeversicherung – (k)ein Buch mit 7 Siegeln?

Ein Exkurs durch die Leistungen der Pflegeversicherung mit Schwerpunkt Demenzerkrankung.

Neu: Anerkennung der Demenzerkrankungen

Die Pflegeversicherung wurde 1994 ins Leben gerufen mit dem Ziel, das Risiko bei Pflegebedürftigkeit sozial abzusichern. Der ursprüngliche Gedanke war, Menschen, die z. B. durch Krankheit oder Unfall pflegebedürftig werden, finanziell abzusichern. Es wurden hierbei nur die körperlichen Gebrechen und die damit erforderliche Grundversorgung berücksichtigt. Demenzerkrankungen mit dem damit einhergehenden Realitätsverlust, der dadurch entstehenden Belastung der Angehörigen und der außerordentlichen Hilfsbedürftigkeit der Erkrankten wurden jedoch nicht anerkannt. Im Laufe der Zeit kam aber auch die Pflegeversicherung nicht umhin - angesichts der immer älter werdenden Gesellschaft und der damit zunehmenden Demenzerkrankungen – sich diesem Problem zu stellen. Im Laufe der Jahre gab es zwei Anpassungen, die dieses Krankheitsbild berücksichtigten. Die letzte, ab Juli 2008, bringt eine deutliche Verbesserung der Situation für Demenzkranke mit sich. Sie zu verstehen ist allerdings nicht leichter geworden und verschreckt viele Menschen bei der Antragstellung dieser Leistung. Die Pflegeversicherung ist nach wie vor eine wichtige „Teilkaskoversicherung“, die jedoch zusätzlich eigene private Anstrengungen erforderlich macht, da die Solidargemeinschaft nicht alle erforderlichen Leistungen 100-prozentig abdecken kann. Unter der Prämisse *ambulant vor stationär* wurde das Leistungsspektrum erheblich erweitert.

Hier möchte ich nun die wichtigsten Begriffe, Leistungen und auch Änderungen ab 1. Juli 2008 vorstellen. Denn die Inanspruchnahme von Betreuungshilfe muss nicht an finanziellen Dingen scheitern. Es gehört aber oft Überwindung dazu, Hilfe von außen zuzulassen und anzunehmen. Ich möchte dazu beitragen, die Scheu vor der Antragstellung zu überwinden, und Angehörige von Demenzkranken ermutigen, diese Hilfeleistung in Anspruch zunehmen, um nicht sich selbst und die eigenen Kräfte, die noch lange benötigt werden, zu früh zu verbrauchen.

Es gibt nach wie vor die Einstufungen in die Pflegestufen I – III; außerdem ist noch die Pflegestufe 0 hinzugekommen, die Leistungen für Demenzkranke vorsieht, jedoch ohne Grundversorgung für körperliche Hilfebedürftigkeit.

Die Pflegeversicherung unterscheidet folgende Leistungen:

	Geldleistung	Sachleistung bei häuslicher Pflege oder Tages-/ Nachtpflege	Daueraufenthalt im Pflegeheim
Pflegestufe 1	215 €	420 €	1.023 €
Pflegestufe 2	420 €	980 €	1.279 €
Pflegestufe 3	675 €	1.470 €	1.470 €

Die Leistungen im Einzelnen:

1. Geldleistung

Die Geldleistung wird dem Pflegebedürftigen direkt zu seiner Verfügung gezahlt. Er kann sich damit gegenüber Angehörigen oder anderen Hilfspersonen, die ihn unterstützen oder betreuen, erkenntlich zeigen.

2. Sachleistung bei häuslicher Pflege oder Tages/Nachtpflege

Sachleistung nennt sich die Hilfe, die ausschließlich für den Einsatz anerkannter Pflegedienste und Pflegeeinrichtungen gewährt wird und die auch direkt mit diesen verrechnet wird. Sie kann nur für Hilfen der Grundpflege (direkte Körperpflege) und hauswirtschaftliche Versorgung eingesetzt werden, nicht für reine Betreuungsleistung.

3. Kombinationsleistung (Kombipflege)

Wie der Name sagt, eine Kombination zwischen beiden o. g. Leistungsarten. Sie ist in vielen Fällen empfehlenswert, da sie die fachliche Qualifikation des ambulanten Dienstes paart mit der durch Angehörige geleisteten häuslichen Hilfe.

Sach- und Geldleistungen werden prozentual anteilig erstattet. Werden von dem anerkannten Sachleistungshöchstbetrag z.B. 75 % für den Pflegedienst verbraucht, so werden von dem Geldleistungshöchstbetrag die restlichen 25% an den Patienten gezahlt.

4. Tagespflege: erhebliche Leistungsverbesserung ab 1.7. 2008

Bei der Nutzung von Tagespflege gibt es wesentliche Leistungsverbesserungen. Das Pflegegeld oder die Sachleistung für einen Pflegedienst bleiben in voller Höhe erhalten, solange für die Tagespflege nicht mehr als 50 % des möglichen Sachleistungsbetrags gebraucht werden. Übersteigt der notwendige Anteil für die Tagespflege diese 50 %, werden Pflegegeld oder Sachleistung für häusliche Pflege nur um den übersteigenden Anteil gekürzt. Es können somit maximal insgesamt 150 % des Leistungsbetrages erhalten werden.

Diese Regelung hört sich sehr kompliziert an. Ich versuche sie mit der folgender Tabelle zu erklären:

Sachleistung für Tages- oder Nachtpflege	Geldleistung (Pflegegeld) oder Sachleistung (Pflegedienst) für häusliche Pflege
10 %	100 % (bleibt voll erhalten)
20 %	100 % (bleibt voll erhalten)
30 %	100 % (bleibt voll erhalten)
40 %	100 % (bleibt voll erhalten)
50 %	100 % (bleibt voll erhalten)
60 %	90 % (insgesamt 150%)
70 %	80 % (insgesamt 150%)
80 %	70 % (insgesamt 150%)
90 %	60 % (insgesamt 150%)
100 %	50 % (insgesamt 150%)

5. Verhinderungspflege:

Bei Verhinderung der Pflegeperson (pflegender Angehöriger) erhält der Pflegebedürftige pro Jahr für insgesamt höchstens vier Wochen 1.470 € für eine Ersatzpflegekraft.

In einem Besprechungsergebnis der Spitzenverbände der Pflegekassen vom 05.04.2000 zum Leistungsrecht wurde aber auch festgehalten, dass Verhinderungs-/Ersatzpflege auch stundenweise - ohne Höchstanspruchdauer von 28 Tagen - in Anspruch genommen werden kann. Wird die Ersatzpflege weniger als 8 Stunden am Tag in Anspruch genommen, wird das Pflegegeld (Geld- und Sachleistungen) für diesen Tag nicht gekürzt.

Es können damit sog. niedrigschwellige Betreuungsangebote wie z. B. Helferkreise finanziert werden, die eine wichtige stundenweise Entlastung für Angehörige bieten. - Natürlich kann das Geld der Verhinderungspflege auch in einer stationären Einrichtung im Rahmen der Kurzzeitpflege genutzt werden.

6. Kurzzeitpflege:

Zusätzlich zur Verhinderungspflege können noch einmal Leistungen für Kurzzeitpflege von 1.470 € für höchstens vier Wochen beansprucht werden. Die Kurzzeitpflege kann nur in einer dafür vorgesehen stationären Einrichtung durchgeführt werden.

Wichtig: Ansprüche aus Verhinderungs- und Kurzzeitpflege können nicht angespart und ins Folgejahr übertragen werden.

7. Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (§ 45a/b SGB XI)

Wichtig: Demenzkranke und andere psychisch beeinträchtigte Menschen können diese Leistung auch erhalten, wenn sie noch keine Pflegestufe zuerkannt bekommen haben. Es muss allerdings ein geringer grundpflegerischer und hauswirtschaftlicher Bedarf vorhanden sein. Dazu genügt es z. B., dass einmal in der Woche Hilfe beim Baden erforderlich ist und der Demenzkranke Unterstützung beim Kochen oder Wäschewaschen braucht.

Mit diesen Leistungen sollen Pflegebedürftige, die einen besonders hohen Bedarf an allgemeiner Betreuung und Beaufsichtigung haben, unterstützt werden. Sie richtet sich ausdrücklich an Demenzkranke, sowie an Menschen mit geistigen Behinderungen und psychischen Erkrankungen.

Gewährt wird ein Grundbetrag von 100 € im Monat oder ein erhöhter Betrag von 200 € im Monat, also insgesamt 1.200 oder 2.400 € im Jahr.

Die Anerkennung eines „*erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf*“ muss im Rahmen der Begutachtung zur Einstufung in der Pflegeversicherung erfolgen. Aus einer Liste von 13 Fähigkeitseinschränkungen (s. Tabelle) müssen mindestens zwei Fähigkeitseinschränkungen gegeben sein, davon für den Grundbetrag eine aus den Bereichen 1 - 9 und für den erhöhten Betrag eine weitere Einschränkung aus dem Bereich 1 - 5 oder 9 oder 11.

Die Leistungen können verwendet werden für:

- Ungedeckte Kosten bei der Nutzung von Tagespflege, Nachtpflege oder Kurzzeitpflege
- Kosten für allgemeine Betreuung und Anleitung durch einen Pflegedienst (keine Grundpflege oder hauswirtschaftlichen Leistungen)
- Kosten für „nach Landesrecht“ anerkannte (niedrigschwellige) regionale Betreuungs- und Entlastungsangebote. Hierzu werden Betreuungsgruppen für Demenzkranke, Helferkreise oder Familienentlastende Dienste gezählt.

Wichtig: Die Betreuungsbedürftigkeit darf nicht in Fällen abgelehnt werden, in denen Demenzkranke nicht mehr gehen, sich nicht mehr bewegen oder nicht mehr sprechen können. Dies würde eine Aberkennung des Bedarfs an Zuwendung und Betreuung der am meisten abhängigen und hilflosen Menschen bedeuten.

Wichtig: Nicht ausgeschöpfte Leistungen aus dem laufenden Jahr können ins Folgejahr übertragen werden, müssen dann aber bis zum 30. 06. des Folgejahres verbraucht werden. Danach verfallen sie.

Tab. 1: Fähigkeitseinschränkungen zur Anerkennung eines „erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf“

1.	Unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches („Weglauftendenz“)
2.	Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen
3.	Unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potentiell gefährdenden Substanzen
4.	Tätlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation
5.	In Zusammenhang mit speziellen Situationen unangebrachtes Verhalten
6.	Unfähigkeit, die eigenen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen
7.	Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung
8.	Störung der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigung des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben.
9.	Störung des Tag-Nacht-Rhythmus
10.	Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren
11.	Verkennen von Alltagssituationen und unangemessenes Reagieren in Alltagssituationen
12.	Ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten
13.	Zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagtheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit auf Grund einer therapieresistenten Depression.

8. Beratungsbesuch

Zusätzlich kann, auch wenn noch keine Pflegestufe anerkannt wurde, halbjährlich ein kostenloser Beratungsbesuch durch einen anerkannten Pflegedienst eigener Wahl in Anspruch genommen werden.

9. Stationäre Pflege (Daueraufenthalt im Pflegeheim)

Auch in Heimen gibt es Verbesserungen in Form eines Sonderzuschlags für Pflegebedürftige mit hohem allgemeinem Betreuungsbedarf. Die Pflegeheime erhalten diesen Sonderzuschlag allerdings nur, wenn dafür gesondert Mitarbeiter finanziert und eingesetzt werden, die sich ausschließlich um die Betreuung (nicht um die Pflege) der Heimbewohner kümmern. Angehörige sollten im Pflegeheim nachfragen, ob es dort dieses zusätzliche Angebot gibt.

Mit diesem Bericht wurde versucht, einen Überblick über die Leistungen der Pflegeversicherung zu geben. Natürlich gibt es auch noch weitere hilfreiche Informationen, die die Antragstellung, Pflegeprotokoll, Begutachtung und auch Widerspruchsverfahren betreffen. Dies würde aber den Umfang dieses Beitrags sprengen. Zur weiteren Information ist - besonders im Hinblick auf Demenzerkrankungen - die Schriftenreihe der *Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V* zu empfehlen.

Ursula Schröer
 ehem. Vorsitzende und Leiterin des *Helperkreises*
 der Alzheimer Gesellschaft Wiesbaden e.V.