



Inhaltsverzeichnis



SCHNELLEINSTIEG

I.

- Grußwort von Hermann Gröhe, Bundesminister für Gesundheit 1.1
- Grußwort von Staatssekretär Karl-Josef Laumann,
Patientenbeauftragter und Bevollmächtigter für Pflege 1.2
- Inhaltsverzeichnis und Impressum 1.3
- Die Praxisseiten Pflege 1.4
- Die Pflegestärkungsgesetze 1.5
- Leistungszuwächse im Überblick 1.6



AMBULANTE ANGEBOTE

II.

- Verbesserungen für die Pflege zu Hause im Überblick 11.1
- Zuschüsse zum Wohnungsumbau 11.2
- Unterstützung für moderne Pflege-Wohngemeinschaften 11.3
- Mehr Unterstützung für pflegende Angehörige 11.4
- Pflegesachleistungen und Zuschüsse für Pflegehilfsmittel 11.5
- Flexible Kurzzeitpflege 11.6
- Flexible Verhinderungspflege 11.7



AMBULANTE BETREUUNGS- UND ENTLASTUNGSANGEBOTE

III.

- Ambulante Betreuungs- und Entlastungsangebote 111.1



TEILSTATIONÄRE ANGEBOTE

IV.

- Tages- und Nachtpflege 114.1



STATIONÄRE ANGEBOTE

V.

- Höhere Leistungen in der vollstationären Pflege 115.1
- Für Pflegebedürftige: Erweiterung des zusätzlichen Betreuungsangebots 115.2
- Für stationäre Einrichtungen: mehr zusätzliche Betreuungskräfte 115.3
- Hospiz- und Palliativpflege 115.4
- Versorgung weiter stärken: Neuerungen im Rahmen
des Krankenhausstrukturgesetzes und des Versorgungsstärkungsgesetzes 115.5.1
- Vorsorge weiter stärken: Neuerungen im Rahmen des Präventionsgesetzes 115.5.2

**BEGUTACHTUNG, PFLEGEPLANUNG, DOKUMENTATION****VI.**

- Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und das Neue Begutachtungsassessment (NBA) VI.1
- Entbürokratisierung der Pflegedokumentation VI.2
- NBA-Wissen kompakt: Die Pflegebegutachtung – Selbständigkeit erfassen VI.3
- Modul 1: Mobilität VI.3.1
- Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten VI.3.2
- Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen VI.3.3
- Modul 4: Selbstversorgung VI.3.4
- Modul 5: Bewältigung von und selbständiger Umgang
mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen VI.3.5
- Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte VI.3.6
- Module Außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung VI.3.7

**PRAXISBEISPIELE****VII.**

- „Beide Seiten müssen das Hilfsmittel wollen“
Interview mit Karin Dieckmann vom Hamburger Verein „Barrierefrei Leben e.V.“ VII.1
- Das Potenzial von teilstationären Angeboten ausschöpfen
Uhlenhaus Tagespflege in der Memo Clinic Stralsund VII.2
- Gemeinschaftsprojekt Pflege-WG
Der Aufbau einer von Angehörigen selbstorganisierten
Pflege-Wohngemeinschaft in Potsdam VII.3
- Wie zusätzliche Betreuungskräfte qualifiziert und in das Team eingebunden werden
Strategien zur interdisziplinären Zusammenarbeit des Altenzentrums
der jüdischen Gemeinde in Frankfurt am Main VII.4
- Wie funktioniert ein Pflegenetzwerk vor Ort?
Das Pflegenetzwerk Sachsen setzt auf vernetzte Pflegeberatung VII.5
- Demenz-Netzwerke: Wie aus Wissen Praxis wird
Die DemNet-D-Studie und das Demenznetz Düsseldorf zeigen,
welcher Nutzen im Netzwerk steckt VII.6
- Wir machen uns ein Gesamtbild des Menschen
Interview mit Ulrike Kissels vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Nordrhein VII.7
- Wie Rehabilitation gelingen kann
Multidisziplinäre Therapie-Teams, robotergestützte Behandlung und ein
besonderes Angehörigenkonzept in den HELIOS Rehakliniken Bad Berleburg VII.8
- Das neue Strukturmodell in der Praxis
Die ambulante Pflege VICA in Coesfeld setzt auf die vereinfachte Pflegedokumentation VII.9
- Beratung, Unterstützung und Entlastung für pflegende Angehörige
Angehörigenarbeit der Caritas Kissingen im Bayerischen Netzwerk Pflege VII.10
- Wir schaffen eine umfassende Identifikation mit dem Pflegeberuf
Interview mit Christine Vogler, Wannsee-Schule für Gesundheitsberufe in Berlin VII.11



	GLOSSAR	VIII.
	→ A bis D	VIII.1
	→ E bis J	VIII.2
	→ K bis O	VIII.3
	→ P	VIII.4
	→ Q bis Z	VIII.5
	GESETZLICHE GRUNDLAGEN	IX.
	→ SGB XI: Änderungen im Gesetz	IX.1
	SERVICE-MATERIAL	X.
	→ Wissenstests	x.1
	→ Wichtige Adressen	x.2
	→ Publikationsüberblick: Gute Pflege. Gut informiert.	x.3
	→ Pflegetagebuch	x.4
	→ Präsentation zu gesetzlichen Neuerungen – Moderationskarten	x.5
	MEINE SEITEN	XI.
	→ Blanko-Notizseiten	XI.1
	→ Empfehlungskärtchen	XI.2



Impressum

Herausgeber:

Bundesministerium für Gesundheit
Abteilung 4 Pflegesicherung, Prävention
11055 Berlin

Konzeption und Gestaltung:

neues handeln GmbH, Berlin

Titelbild:

Montage aus Fotos von Monika Höfler

Druck:

Druckerei Hachenburg GmbH

3., ergänzte Auflage (nur als Online-PDF verfügbar)

Stand: August 2016

Gesamtauflage: 56.500

Wenn Sie diese Broschüre bestellen möchten:

Bestell-Nr.: BMG-P-11016

Schriftlich: Publikationsversand der Bundesregierung

Postfach 48 10 09

18132 Rostock

E-Mail: publikationen@bundesregierung.de

Telefon: 030/18 272 2721

Fax: 030/18 10 272 2721

Diese Publikation wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerbenden oder Wahlhelfern während des Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Europa-, Bundestags-, Landtags- und Kommunalwahlen. Missbräuchlich ist besonders die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer

Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Unabhängig davon, wann, auf welchem Weg und in welcher Anzahl diese Schrift dem Empfänger zugegangen ist, darf sie auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Bundesregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte.



Die Pflegestärkungsgesetze

Hintergründe zu den Neuregelungen in der Pflege

Derzeit sind 2,7 Millionen Menschen in Deutschland auf Pflege angewiesen (Stand: 12/2015). Man geht davon aus, dass sich diese Zahl in den kommenden anderthalb Jahrzehnten um eine knappe weitere Million auf rund 3,5 Millionen Menschen erhöhen wird. Die Pflegeversicherung, die das Risiko, pflegebedürftig zu werden, absichert, hat sich hier seit ihrer Einführung 1995 bewährt. Um die Pflege weiterzuentwickeln und die Unterstützung für Pflegebedürftige, Angehörige und Pflegekräfte auszuweiten, hat die Bundesregierung zum 1. Januar 2015 das Erste Pflegestärkungsgesetz (PSG I) eingeführt. Mit Inkrafttreten des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes (PSG II) am 1. Januar 2016 wurde zudem die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsinstruments zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit in der Pflegeversicherung gesetzlich verankert.

Das Erste Pflegestärkungsgesetz (PSG I)

Die Ausweitung der Leistungen durch das PSG I ist eine Antwort der Bundesregierung auf die demografische Entwicklung unserer Gesellschaft. Die mit dem Pflegestärkungsgesetz eingeführten Maßnahmen helfen Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen und unterstützen die Pflegekräfte bei ihrer Arbeit. Leistungen können nun individueller in Anspruch genommen werden, die Höhe der Leistungsbeträge ist gestiegen. Finanziert wird dies durch eine Erhöhung des Beitragssatzes in der Pflegeversicherung um 0,3 Prozentpunkte. Gleichzeitig ist ein Pflegevorsorgefonds eingerichtet worden, der die Pflege nachhaltig sichern und Beitragssteigerungen in der Zukunft abmildern soll.

Das Zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II)

Mit dem PSG II hat die Bundesregierung die Grundlage für mehr Individualität in der Pflege geschaffen. Herzstück ist die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsinstruments, mit dem die bisherigen drei Pflegestufen durch fünf Pflegegrade ersetzt werden. Auf dieser Grundlage erhalten ab 2017 alle Pflegebedürftigen gleichberechtigten Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung, unabhängig davon, ob sie von körperlichen, geistigen oder psychischen Beeinträchtigungen betroffen sind. Mit dem neuen Begutachtungsinstrument kann zukünftig die individuelle Pflege- und Lebenssituation von Menschen, die einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt haben, besser erfasst werden. So wird es möglich, Pflegebedürftige individueller zu versorgen und ihre Selbständigkeit im Alltag nachhaltig zu stärken. Ein besonderes Augenmerk liegt dabei auf der besseren Einstufung von Menschen mit Demenz.

Das PSG II ist damit die weitreichendste Reform seit Einführung der Pflegeversicherung, da es das Pflegesystem für Pflegebedürftige, Angehörige und Pflegekräfte grundlegend verändert und verbessert. Auch für Beschäftigte bei den Pflegekassen, in den Kommunen und in den Pflegeeinrichtungen ergeben sich neue Aufgaben. Die mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs verbundenen organisatorischen Herausforderungen müssen also von vielen Beteiligten gemeinsam gemeistert werden.

Das neue Leistungsrecht setzt die Ziele des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs systematisch um: Bereitgestellt werden passgenaue Hilfen, die dazu dienen sollen, die Selbständigkeit und die Fähigkeiten Pflegebedürftiger zu erhalten und zu

stärken. Zur Finanzierung dieser Maßnahmen wird der Beitragssatz der Pflegeversicherung zum 1. Januar 2017 noch einmal um 0,2 Prozentpunkte angehoben, wodurch dann insgesamt etwa fünf Milliarden Euro jährlich mehr für Pflegeleistungen zur Verfügung stehen.

In Vorbereitung auf die Einführung der gesetzlichen Neuerungen haben Expertinnen und Experten in zwei Beiräten die Grundlagen für den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und das neue Begutachtungsinstrument zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit ausgearbeitet (Bericht 2009) sowie Empfehlungen zur praktischen Umsetzung gegeben (Bericht 2013).

2014: praktische Erprobung der Neuerungen

Um sicherzustellen, dass das neu erarbeitete Begutachtungsinstrument in der Praxis funktioniert, haben es Gutachterinnen und Gutachter der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) in zwei durch den GKV-Spitzenverband koordinierten Modellprojekten getestet – sowohl im häuslichen Umfeld als auch in stationären Pflegeeinrichtungen.

In einer Praktikabilitätsstudie haben die MDK-Gutachterinnen und Gutachter über 1.700 pflegebedürftige Menschen mit dem neuen Instrument begutachtet. Die Erfahrungen aus der praktischen Erprobung waren durchweg gut. Die beteiligten Gutachterinnen und Gutachter bestätigten, dass zukünftig im Rahmen der Begutachtung eine bessere und individuellere Erfassung der Lebens- und Pflegesituation gelingt.

Daneben wurden in einer Erprobungsstudie in circa 40 Pflegeheimen bei knapp 1.600 Personen die Versorgungsaufwände für pflegerische, gesundheitliche und betreuende Leistungen untersucht. Geprüft wurde ferner, wie die erfassten Versorgungsaufwände mit den bestehenden Pflegestufen der Pflegebedürftigen bzw. den zukünftigen Pflegegraden in Beziehung stehen. Die Studie gab Hinweise dafür, wie die Leistungen vor dem Hintergrund des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs neu definiert werden können.

Die Ergebnisse aus beiden Studien sind in die Gesetzgebung für das Zweite Pflegestärkungsgesetz eingeflossen.

2015 und 2016: Vorbereitung neuer Begutachtungs-Richtlinien

Damit das neue Begutachtungsinstrument ab dem 1. Januar 2017 in der Praxis zum Einsatz kommen kann, müssen zahlreiche Vorarbeiten geleistet werden. Daher ist bereits am 25. Juli 2015 mit dem Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz) ein neuer § 17a SGB XI in Kraft getreten. Mit dieser Regelung wurde sichergestellt, dass der GKV-Spitzenverband die Änderung der Richtlinien zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI (Begutachtungs-Richtlinien) frühzeitig in Angriff nehmen konnte.

Weitere geplante Neuerungen für 2016 sind:

Der Grundsatz „Reha vor Pflege“ wird gestärkt.
→ Durch Rehabilitationsleistungen kann Pflegebedürftigkeit verhindert oder hinausgezögert werden. Deshalb muss seit Inkrafttreten des Präventionsgesetzes (25. Juli 2015) bei der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit künftig immer auch ermittelt werden, ob krankheitsverhindernde Präventionsleistungen angezeigt sind. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) wurde im PSG II außerdem verpflichtet, ein bundesweit einheitliches, strukturiertes Verfahren für die Klärung der Notwendigkeit von Rehabilitationsmaßnahmen umzusetzen. Die Ergebnisse zu Prävention und Rehabilitation werden den Versicherten in einer gesonderten Präventions- und Rehabilitationsempfehlung mitgeteilt. Seit April 2016 ist zudem eine überarbeitete Rehabilitations-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in Kraft, die u. a. das Ordnungsverfahren für verordnende Ärztinnen und Ärzte vereinfacht und auch dadurch den Zugang zu Rehabilitations-Maßnahmen erleichtert.

Mehr und bessere Pflegeberatung

→ Die gesetzlichen Regelungen zur Information und Beratung werden neu strukturiert und ausgeweitet. Die Beratung selbst wird qualitativ



verbessert. Die Pflegekassen müssen künftig kostenlose Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen anbieten. Darüber hinaus soll die Zusammenarbeit der Pflegeberatung mit weiteren Beratungsstellen vor Ort, zum Beispiel den Stellen der Kommunen, durch verbindliche Landesrahmenverträge verbessert werden.

Pflegequalität mit neuen Instrumenten und Verfahren sichern

→ Die Regelungen zur Qualitätssicherung, -prüfung und -darstellung wurden im Rahmen des PSG II grundlegend überarbeitet und die Entscheidungsstrukturen der Selbstverwaltung in diesem Bereich gestrafft. Nach § 113b SGB XI wurde ein Qualitätsausschuss und damit ein effizientes Verhandlungs- und Entscheidungsgremium gebildet. Der Ausschuss muss in gesetzlich vorgegebenen Fristen und unterstützt von einer qualifizierten Geschäftsstelle ein neues Verfahren der Qualitätsprüfung vereinbaren und dabei insbesondere Indikatoren zur Messung von Ergebnisqualität berücksichtigen. Zudem soll das Verfahren zur Darstellung der Qualität (sog. genannter Pflege-TÜV) grundlegend überarbeitet werden. Die Selbstverwaltung hat auch den Auftrag, ein Konzept für die Qualitätssicherung in neuen Wohnformen, zum Beispiel ambulant betreuten Wohngruppen, zu erarbeiten.

Die neuen Instrumente und Verfahren für die Messung und Darstellung der Pflegequalität im stationären Bereich sind bis zum 31. Dezember 2017 und im ambulanten Bereich bis zum 31. Dezember 2018 fertigzustellen; sie sollen ab 2018 bzw. 2019 in der Praxis umgesetzt werden.

Basis für Stärkung des Fachpersonals bilden

→ Das PSG II stärkt die fachlichen Grundlagen der Arbeit in der Pflege und fördert die Erarbeitung neuer Versorgungskonzepte in den Einrichtungen. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff muss zum Anlass genommen werden, die Personalausstattung zu überprüfen und an den Bedarf anzupassen. Sowohl die Verantwortlichen auf Landesebene als auch die Pflegeeinrichtungen vor Ort sind hier gefordert. Zudem wird die Pflege-Selbstverwaltung erstmals gesetzlich verpflichtet, ein wissenschaftlich fundiertes Personalbemessungsverfahren zu entwickeln und zu erproben.

2017: Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff wird wirksam

Für Pflegebedürftige, pflegende Angehörige und andere Pflegepersonen gelten ab dem 1. Januar 2017 folgende Neuerungen:

Fokus auf Selbständigkeit im Alltag

→ Zukünftig geht es in der Begutachtung durch den MDK nicht mehr darum, bei dem pflegebedürftigen Menschen einen Zeitaufwand für alltägliche Verrichtungen, wie etwa den Toilettengang, zu ermitteln, sondern darum, wie selbständig er bei der Bewältigung seines Alltags ist. In sechs Bereichen werden dazu die individuellen Beeinträchtigungen und Fähigkeiten der bzw. des Pflegebedürftigen erfasst.

Individuellere Pflege für alle Pflegebedürftigen

→ Statt drei Pflegestufen wird es künftig fünf Pflegegrade geben. Durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff können die individuellen Beeinträchtigungen und Fähigkeiten der Pflegebedürftigen umfassender und genauer erfasst werden. Dadurch können die Leistungen der Pflegeversicherung passgenauer eingesetzt werden.

Gleichberechtigte Leistungen für Demenzkranke

→ Die Belange der rund 1,6 Millionen Menschen mit einer demenziellen Erkrankung in Deutschland werden bereits bei der Einstufung in einen Pflegegrad gleichberechtigt berücksichtigt. In Zukunft werden körperliche, geistige und psychische Beeinträchtigungen gleichermaßen erfasst und in die Einstufung einbezogen.

Weniger Bürokratie für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen

→ Verwaltungsvereinfachungen entlasten Versicherte und Pflegebedürftige von Bürokratie. So soll das Gutachten des Medizinischen Dienstes zur Einstufung in einen Pflegegrad künftig den Betroffenen automatisch, also ohne die bislang erforderliche Antragstellung, zugehen (mit Widerspruchsmöglichkeit).



Steigender Beitragssatz der Pflegeversicherung

→ Um die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und die damit verbundenen Leistungsverbesserungen zu finanzieren, steigt der Beitragssatz der Pflegeversicherung zum 1. Januar 2017 um 0,2 Prozentpunkte auf 2,55 Prozent bzw. 2,8 Prozent für Kinderlose.

Unbürokratische Überleitung

Wer bereits Leistungen der Pflegeversicherung bezieht, wird per Gesetz automatisch in das neue System übergeleitet. Niemand muss einen neuen Antrag auf Begutachtung stellen. So wird für die Betroffenen unnötiger zusätzlicher Aufwand vermieden. Dabei gilt: Alle, die bereits Leistungen von der Pflegeversicherung beziehen, erhalten diese auch weiterhin mindestens in gleichem Umfang – die allermeisten sogar deutlich mehr.

Für Menschen, die bis Ende 2016 einen Antrag auf Pflegeleistungen gestellt haben und daher noch nach dem bisherigen Begutachtungsverfahren eingestuft wurden, gelten einfache Übergangsregeln. Menschen mit ausschließlich körperlichen Einschränkungen werden automatisch in den nächsthöheren Pflegegrad übergeleitet: Menschen mit Pflegestufe I werden in den Pflegegrad 2, mit Pflegestufe II in den Pflegegrad 3, mit Pflegestufe III in den Pflegegrad 4 und mit Pflegestufe III mit Härtefallregelung in den Pflegegrad 5 eingestuft. Menschen, bei denen geistige Einschränkungen – etwa aufgrund einer Demenzerkrankung – oder psychische Einschränkungen vorliegen und bei denen daher bis Ende 2016 eine erhebliche Beeinträchtigung der Alltagskompetenz festgestellt wurde, kommen automatisch in den übernächsten Pflegegrad: Menschen mit der sogenannten „Pflegestufe 0“* werden in den Pflegegrad 2, mit Pflegestufe I in den Pflegegrad 3, mit Pflegestufe II in den Pflegegrad 4 und mit Pflegestufe III (mit und ohne Härtefallregelung) in den Pflegegrad 5 eingestuft.

* Menschen, deren Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung (noch) nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht, die in ihrer Alltagskompetenz aber dauerhaft erheblich eingeschränkt sind.

Weitere geplante Neuerungen sind:

Pflegende Angehörige und andere Pflegepersonen werden besser abgesichert

→ Pflegepersonen, zum Beispiel pflegende Angehörige, werden in der Renten- und Arbeitslosenversicherung besser abgesichert: Künftig zahlt die Pflegeversicherung Rentenbeiträge für alle Pflegepersonen, die eine Pflegebedürftige bzw. einen Pflegebedürftigen im Pflegegrad 2 bis 5 zu Hause pflegen – wenn sie dies mindestens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage, tun. Dabei ist auch ein Zusammenrechnen der Pflegezeiten von zwei oder mehreren Pflegebedürftigen möglich. Die Rentenbeiträge der Pflegeversicherung für die Pflegeperson steigen mit zunehmender Pflegebedürftigkeit. Wer künftig eine Angehörige bzw. einen Angehörigen mit außerordentlich hohen Beeinträchtigungen (Pflegegrad 5) pflegt, für den werden um bis zu 25 Prozent höhere Rentenbeiträge gezahlt. Außerdem werden mehr Menschen als bisher unterstützt. Allerdings werden Rentenbeiträge – wie auch bisher – nicht gezahlt, wenn die Pflegeperson bereits eine Vollrente wegen Alters bezieht oder mehr als 30 Stunden in der Woche erwerbstätig ist.

Auch der Versicherungsschutz in der Arbeitslosenversicherung wird verbessert. Für Pflegepersonen, die aus dem Beruf aussteigen, um sich um eine pflegebedürftige Person mit mindestens Pflegegrad 2 zu kümmern, bezahlt die Pflegeversicherung künftig – unabhängig von der Inanspruchnahme einer Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz – die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung für die gesamte Dauer der Pflegetätigkeit. Weitere Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson einen Pflegebedürftigen wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, pflegt. Dabei ist auch ein Zusammenrechnen der Pflegezeiten von zwei oder mehreren Pflegebedürftigen möglich. Die Pflegepersonen haben damit Anspruch auf Arbeitslosengeld und Leistungen der aktiven Arbeitsförderung, falls ein nahtloser Einstieg in eine Beschäftigung nach Ende der



Pflege­­tätigkeit nicht gelingt. Gleiches gilt für Personen, die für die Pflege den Leistungsanspruch aus der Arbeitslosenversicherung unterbrechen.

Anspruch auf stationäre Betreuungsangebote für alle Versicherten

→ In stationären Pflegeeinrichtungen hat künftig jede bzw. jeder Versicherte Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung. Die Einrichtungen müssen mit den Pflegekassen entsprechende Vereinbarungen schließen und zusätzliche Betreuungskräfte einstellen.

Schnellere Beantragung empfohlener Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel

→ Für Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel muss ab dem 1. Januar 2017 kein separater Antrag mehr gestellt werden, wenn die Gutachterin bzw. der Gutachter des MDK diese konkret empfiehlt. Die entsprechenden Empfehlungen werden direkt im Gutachten festgehalten und damit automatisch an die Kranken- bzw. Pflegekasse weitergeleitet. Hat die oder der Betroffene eingewilligt, ist der Antrag damit gestellt – in der Regel erfolgt dann keine weitere Prüfung mehr durch die Kasse.

Ausblick

Pflege findet vor Ort statt. Daher ist es wichtig, die Kommunen stärker als bisher in ihre Weiterentwicklung einzubinden. Um die Koordination zwischen Pflegekassen und wohnortnahen Hilfs- und Betreuungsangeboten weiter zu verbessern, hat die Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege Empfehlungen ausgesprochen, zu deren Umsetzung sich die beteiligten politischen Akteure verpflichtet haben. Von der Erprobung neuer Beratungsstrukturen über das Initiativrecht zur Einrichtung von Pflegestützpunkten bis zum Ausbau niedrigschwelliger Angebote ist das Ziel aller Maßnahmen, die Pflege vor Ort so zu entwickeln, dass pflegebedürftige Menschen so lange wie möglich in ihrer vertrauten Umgebung bleiben können.

Die vereinbarten Empfehlungen werden mit dem Dritten Pflegestärkungsgesetz umgesetzt.

Literatur zum Weiterlesen

→ Bundesministerium für Gesundheit:
Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, Berlin 2009
www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen

→ Bundesministerium für Gesundheit:
Bericht des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, Berlin 2013
www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen

→ GKV-Spitzenverband: Praktikabilitätsstudie zur Einführung des Neuen Begutachtungsassessments (NBA) in der Pflegeversicherung; Versorgungsaufwände in stationären Pflegeeinrichtungen (Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Band 12 und 13), Berlin 2015
www.gkv-spitzenverband.de/presse/publikationen/broschuerenbestellung



Leistungszuwächse im Überblick

Auf einen Blick: höhere Leistungen in der Pflegeversicherung und ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff

Die Pflegestärkungsgesetze I und II stellen die größte Reform seit Einführung der Pflegeversicherung vor mehr als 20 Jahren dar. Mit dem PSG I, das am 1. Januar 2015 in Kraft getreten ist, wurden die Leistungen für Pflegebedürftige und Angehörige deutlich angehoben. Mit dem PSG II, das 2015 beschlossen wurde und bis zum 1. Januar 2017 einen grundlegend neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff einführt, gehen weitere Leistungsverbesserungen und individuellere Einstufungen der Pflegebedürftigkeit einher.

In diesem Kapitel haben wir alle Leistungen und Leistungszuwächse ab 2015 übersichtlich für Sie zusammengefasst. Damit können Sie auf einen Blick sehen, welche Leistungen jetzt und in Zukunft gelten.

Eine leistungsfähigere Pflegeversicherung

Im Zuge des PSG I wurden fast alle Leistungsbeiträge der Pflegeversicherung um vier Prozent angehoben. Seit Beginn des Jahres 2015 stehen jährlich etwa 2,4 Milliarden Euro zusätzlich für die Pflege zur Verfügung – davon etwa 1,4 Milliarden Euro für die ambulante Pflege sowie rund 1 Milliarde Euro für die stationäre Pflege. Das PSG II bringt weitere Verbesserungen und erhöht die Leistungen um noch einmal 2,5 Milliarden Euro. Insgesamt stehen ab 2017 jährlich fünf Milliarden Euro zusätzlich für die Pflege bereit. Die Pflegeversicherung ist damit um etwa 20 Prozent leistungsfähiger als vor der Reform. Finanziert wird dies durch eine Beitragsanpassung in der sozialen Pflegeversicherung von insgesamt 0,5 Prozentpunkten. Davon werden 0,1 Beitragsatzpunkte – dies entspricht rund 1,2 Milliarden Euro jährlich – dem Pflegevorsorgefonds

zugeführt, der ab dem Jahr 2035, wenn die geburtenstarken Jahrgänge in das „Pflegealter“ kommen, die Beitragsatzentwicklung stabilisieren soll.

Kurz erklärt: Wer gilt als Pflegeperson? Neuregelung ab 2017

→ Als Pflegeperson gilt nach § 19 SGB XI, wer eine Pflegebedürftige bzw. einen Pflegebedürftigen nicht erwerbsmäßig in ihrer bzw. seiner häuslichen Umgebung pflegt. Leistungen zur sozialen Sicherung erhält eine Pflegeperson dann, wenn sie eine oder mehrere pflegebedürftige Personen wenigstens 14 Stunden wöchentlich pflegt. Im Zuge des PSG II wurde dies neu geregelt: Ab 1. Januar 2017 erhält eine Pflegeperson Leistungen zur sozialen Sicherung, wenn sie eine oder mehrere pflegebedürftige Personen wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, pflegt.



Aus Pflegestufen werden Pflegegrade

Mit Inkrafttreten des PSG II am 1. Januar 2016 wurden die Weichen für einen grundlegend neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff gestellt, der ab dem 1. Januar 2017 gilt. Fünf neue Pflegegrade werden die bisherigen drei Pflegestufen ersetzen (die genauen Neuerungen ab 2017 siehe Praxisseite I.5). Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff werden die individuellen Beeinträchtigungen besser bei den Leistungen der Pflegeversicherung berücksichtigt. Um pflegebedürftige Versicherte in die neuen Pflegegrade einzustufen, wird es ein grundlegend neues Begutachtungsinstrument – das Neue Begutachtungsassessment (NBA) – geben. Wie der Grad der Pflegebedürftigkeit dann ermittelt wird und welche Lebensbereiche dabei berücksichtigt werden, erfahren Sie ausführlich in Kapitel VI. „Begutachtung, Pflegeplanung, Dokumentation“.

Neuer Pflegegrad 1: mehr Leistungsempfänger als bisher

Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff wächst die Zahl der Versicherten, die Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung haben, da die Unterstützung deutlich früher ansetzt. Mittelfristig können etwa eine halbe Million Menschen mit dem neuen Pflegegrad 1 erstmalig überhaupt die Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen. In den Pflegegrad 1 werden künftig Menschen eingestuft, die noch keine erheblichen Beeinträchtigungen haben, aber schon in gewissem Maß – zumeist körperlich – eingeschränkt sind. Ihnen stehen zum Beispiel eine Pflegeberatung, eine Anpassung des Wohnumfeldes (zum Beispiel altersgerechte Dusche) sowie der sogenannte Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro monatlich zu.

Kurz erklärt:

Wie funktioniert die Überleitung?

→ Wer bereits Leistungen der Pflegeversicherung bezieht, gelangt ohne weiteren Antrag und ohne weitere Begutachtung am 1.1.2017 aus der bisherigen Pflegestufe in den neuen Pflegegrad. Bei Menschen mit ausschließlich körperlichen Einschränkungen gilt die Grundregel „+1“. Sie gelangen von der Pflegestufe I in Pflegegrad 2, von der Pflegestufe II in Pflegegrad 3 sowie von Pflegestufe III in Pflegegrad 4. Bei Härtefällen der Pflegestufe III erfolgt eine

Zuordnung zu Pflegegrad 5. Für Pflegebedürftige mit dauerhaft eingeschränkter Alltagskompetenz (gem. § 45a SGB XI) gilt dabei die Regel „+2“ („doppelter Stufensprung“). So gelangen Pflegebedürftige mit der sogenannten „Pflegestufe 0“ in Pflegegrad 2, Personen mit Pflegestufe I in Pflegegrad 3, Personen mit Pflegestufe II in Pflegegrad 4 und Personen mit Pflegestufe 3 in Pflegegrad 5.

Bei Menschen mit ausschließlich körperlichen Einschränkungen gilt die Regel „+1“.

IN PFLEGESTUFEN BIS 2016	IN PFLEGEGRADEN AB 2017
0	1
I	2
II	3
III	4
III (Härtefall)	5

Bei Menschen mit dauerhaft eingeschränkter Alltagskompetenz gilt die Regel „+2“.

IN PFLEGESTUFEN BIS 2016	IN PFLEGEGRADEN AB 2017
0	1
I	2
II	3
III	4
III	5



Alle Leistungen im Überblick

Pflegegrade	Geldleistung <i>ambulant</i>	Sachleistung <i>ambulant</i>	Entlastungs- betrag <i>ambulant</i> (zweckgebunden)	Leistungsbetrag <i>vollstationär</i>
Pflegegrad 1			125 Euro	125 Euro
Pflegegrad 2	316 Euro	689 Euro	125 Euro	770 Euro
Pflegegrad 3	545 Euro	1.298 Euro	125 Euro	1.262 Euro
Pflegegrad 4	728 Euro	1.612 Euro	125 Euro	1.775 Euro
Pflegegrad 5	901 Euro	1.995 Euro	125 Euro	2.005 Euro

1. Pflege zu Hause:

Pflegesachleistungen

Neben dem Pflegegeld, das Pflegebedürftige beziehen können, wenn sie sich von Angehörigen oder Ehrenamtlichen zu Hause pflegen lassen, gibt es die Möglichkeit, ambulante **Pflegesachleistungen** zu beziehen. Damit können Versicherte die

Hilfe eines ambulanten Pflegedienstes in Anspruch nehmen. Das PSG I hat die Leistungen für alle Pflegestufen inklusive der sogenannten „Pflegestufe 0“ erhöht. Mit dem PSG II werden die meisten Pflegebedürftigen noch einmal bessergestellt.

Pflegebedürftigkeit In Stufen	Leistungen seit 2015 Max. Leistungen pro Monat
-	-
sog. „Pflegestufe 0“ (mit Demenz*)	231 Euro
Pflegestufe I	468 Euro
Pflegestufe I (mit Demenz*)	689 Euro
Pflegestufe II	1.144 Euro
Pflegestufe II (mit Demenz*)	1.298 Euro
Pflegestufe III	1.612 Euro

Pflegebedürftigkeit In Graden	Leistungen ab 2017 Max. Leistungen pro Monat
Pflegegrad 1	**
Pflegegrad 2	689 Euro
Pflegegrad 3	1.298 Euro
Pflegegrad 4	1.612 Euro



Pflegestufe III (mit Demenz*)	1.612 Euro		
Härtefall	1.995 Euro	Pflegegrad 5	1.995 Euro
Härtefall (mit Demenz*)	1.995 Euro		

* Dies gilt für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI. Siehe die Überleitungserläuterungen I.6, S. 2.

** Bei Pflegegrad 1 gewährt die Pflegeversicherung Leistungen nach § 28a SGB XI. Siehe Ausführungen I.6, S. 2.

→ **Siehe auch: Praxisseite II.5 „Pflegesachleistungen und Zuschüsse für Pflegehilfsmittel“**

Pflegegeld

Pflegebedürftige, die sich für eine Pflege zu Hause entscheiden, die von Angehörigen oder ehrenamtlichen Pflegenden geleistet wird, haben Anspruch auf Pflegegeld. Im Zuge des PSG I wurden die Leistungen für alle Pflegestufen inklusive der sogenannten „Pflegestufe 0“ spürbar angehoben.

Mit Inkrafttreten der neuen Pflegegrade ab 2017 (PSG II) werden die Leistungen noch einmal erweitert und bereits Pflegebedürftige erhalten durch die automatische Überleitung in das neue Pflegegradsystem zumeist höhere Leistungen.

Pflegebedürftigkeit In Stufen	Leistungen seit 2015 Pro Monat	Pflegebedürftigkeit In Graden	Leistungen ab 2017 Pro Monat
-	-	Pflegegrad 1	**
sog. „Pflegestufe 0“ (mit Demenz*)	123 Euro	Pflegegrad 2	316 Euro
Pflegestufe I	244 Euro	Pflegegrad 3	545 Euro
Pflegestufe I (mit Demenz*)	316 Euro	Pflegegrad 4	728 Euro
Pflegestufe II	458 Euro	Pflegegrad 5	901 Euro
Pflegestufe II (mit Demenz*)	545 Euro		
Pflegestufe III	728 Euro		
Pflegestufe III (mit Demenz*)	728 Euro		

* Dies gilt für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI. Siehe die Überleitungserläuterungen I.6, S. 2.

** Bei Pflegegrad 1 gewährt die Pflegeversicherung Leistungen nach § 28a SGB XI. Siehe Ausführungen I.6, S. 2.

→ **Siehe auch: Praxisseite II.4 „Mehr Unterstützung für pflegende Angehörige“**



Leistungen bei Verhinderungspflege

Macht die private Pflegeperson Urlaub oder ist sie beispielsweise durch Krankheit vorübergehend an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegeversicherung die Kosten einer Ersatzpflege. Diese sogenannte Verhinderungspflege kann etwa durch einen ambulanten Pflegedienst, durch Einzelpflegerkräfte, ehrenamtlich Pflegenden oder nahe

Angehörige erfolgen. Zum 1. Januar 2015 wurde der Anspruch auf sechs Wochen im Jahr erweitert. Seit dem 1. Januar 2016 wird auch die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes für bis zu sechs Wochen im Jahr fortgewährt. Ab 1. Januar 2017 stehen die Leistungen der Verhinderungspflege den Versicherten der Pflegegrade 2 bis 5 zu.

Pflegebedürftigkeit In Stufen	Leistungen seit 2015 Max. Leistungen pro Kalenderjahr
-	-
sog. „Pflegestufe 0“ (mit Demenz*) Pflegestufe I–III	1.612 Euro für Kosten einer notwendigen Ersatzpflege bis zu sechs Wochen

Pflegebedürftigkeit In Graden	Leistungen ab 2017 Max. Leistungen pro Kalenderjahr
Pflegegrad 1	**
Pflegegrad 2–5	1.612 Euro für Kosten einer notwendigen Ersatzpflege bis zu sechs Wochen

* Dies gilt für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI. Siehe die Überleitungserläuterungen I.6, S. 2.

** Bei Pflegegrad 1 gewährt die Pflegeversicherung Leistungen nach § 28a SGB XI. Siehe Ausführungen I.6, S. 2.

→ **Siehe auch: Praxisseite II.7 „Flexible Verhinderungspflege“**

Pflegehilfsmittel

Pflegebedürftige können zusätzlich Pflegehilfsmittel beantragen, wenn diese dazu beitragen, die Pflege zu erleichtern, Beschwerden zu lindern oder den Pflegebedürftigen eine selbstständige Lebensführung zu ermöglichen. Zum 1. Januar 2015

wurden die Zuschüsse zu Verbrauchsprodukten wie Einmalhandschuhen oder Bettelinlagen erhöht. Ab 1. Januar 2017 haben auch Versicherte im neuen Pflegegrad 1 Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln.

Pflegebedürftigkeit In Stufen	Leistungen seit 2015 Max. Leistungen pro Monat
-	-
sog. „Pflegestufe 0“ (mit Demenz*) Pflegestufe I–III	40 Euro

Pflegebedürftigkeit In Graden	Leistungen ab 2017 Max. Leistungen pro Monat
Pflegegrad 1	40 Euro
Pflegegrad 2–5	40 Euro

* Dies gilt für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI. Siehe die Überleitungserläuterungen I.6, S. 2.



Zuschüsse zum Wohnungsumbau

Wenn Versicherte zu Hause gepflegt und betreut werden, kann es hilfreich sein, das Wohnumfeld an ihre besonderen Belange anzupassen. Hierfür leistet die Pflegeversicherung Zuschüsse. Diese

wurden im Rahmen des PSG I deutlich angehoben. Durch das PSG II haben ab 2017 zudem auch Leistungsbezieher im neuen Pflegegrad 1 Anspruch auf diese Zuschüsse.

Pflegebedürftigkeit In Stufen	Leistungen seit 2015 Max. Zuschuss je Maßnahme	Pflegebedürftigkeit In Graden	Leistungen ab 2017 Max. Zuschuss je Maßnahme
-	-	Pflegegrad 1	4.000 Euro
-	-	Pflegegrad 1 wenn mehrere Antragsberechtigte zusammenwohnen	16.000 Euro
sog. „Pflegestufe 0“ (mit Demenz*) Pflegestufe I-III	4.000 Euro	Pflegegrad 2-5	4.000 Euro
sog. „Pflegestufe 0“ (mit Demenz*) Pflegestufe I-III wenn mehrere Anspruchsberechtigte zusammenwohnen	16.000 Euro	Pflegegrad 2-5 wenn mehrere Antragsberechtigte zusammenwohnen	16.000 Euro

* Dies gilt für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI. Siehe die Überleitungserläuterungen I.6, S. 2.

→ **Siehe auch: Praxisseite II.2 „Zuschüsse zum Wohnungsumbau“**



Unterstützung für ambulant betreute Wohngruppen (Pflege-WGs)

Pflege- und Betreuungsbedürftige, die möglichst eigenständig mit anderen Menschen zusammenleben möchten, können dies in ambulant betreuten Wohngruppen, sogenannten Pflege-Wohnge-

meinschaften, tun. Für die Gründung solcher Pflege-WGs sieht die Pflegeversicherung eine **Anschubfinanzierung** vor, die es ab 2017 auch für Pflegebedürftige im neuen Pflegegrad 1 gibt.

Pflegebedürftigkeit In Stufen	Leistungen seit 2015 Einmaliger Höchstbetrag
-	-
sog. „Pflegestufe 0“ (mit Demenz*) Pflegestufe I, II, III	2.500 Euro pro Person ----- 10.000 Euro pro Wohngruppe

Pflegebedürftigkeit In Graden	Leistungen ab 2017 Einmaliger Höchstbetrag
Pflegegrad 1	2.500 Euro pro Person ----- 10.000 Euro pro Wohngruppe
Pflegegrad 2-5	2.500 Euro pro Person ----- 10.000 Euro pro Wohngruppe

* Dies gilt für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI. Siehe die Überleitungserläuterungen I.6, S. 2.

Pflegebedürftige, die in ambulant betreuten Wohngruppen leben, haben zusätzlich zu den anderen Leistungen Anspruch auf einen **Wohngruppenschlag**. Damit kann eine Person finanziert werden, die in der Pflege-WG zum

Beispiel organisatorische, betreuende oder hauswirtschaftliche Tätigkeiten übernimmt. Der Wohngruppenschlag wird ab 2017 erhöht und steht auch Pflegebedürftigen im neuen Pflegegrad 1 zu.

Pflegebedürftigkeit In Stufen	Leistungen seit 2015 Max. Leistungen pro Monat
-	-
sog. „Pflegestufe 0“ (mit Demenz*) Pflegestufe I, II, III	205 Euro

Pflegebedürftigkeit In Graden	Leistungen ab 2017 Max. Leistungen pro Monat
Pflegegrad 1	214 Euro
Pflegegrad 2-5	214 Euro

* Dies gilt für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI. Siehe die Überleitungserläuterungen I.6, S. 2.

→ Siehe auch: Praxisseite II.3 „Unterstützung für moderne Pflege-Wohngemeinschaften“



Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen – Entlastungsbetrag

Pflegebedürftige, die zu Hause gepflegt werden, können sogenannte **zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen** in Anspruch nehmen. Diese sollen die Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen unterstützen, zum Beispiel, um eine Betreuung im Alltag sicherzustellen, oder zur Unterstützung bei der hauswirtschaftlichen Versorgung oder der Organisation des Pflegealltags. Mit dem PSG I wurden die Ansprüche auf Kostenerstattung durch die Pflegeversicherung für eine Vielzahl von Entlastungsangeboten erweitert.

Ab 1. Januar 2017 erhalten Pflegebedürftige aller Pflegegrade (1 bis 5), die ambulant gepflegt werden, einen einheitlichen **Entlastungsbetrag** in Höhe von bis zu 125 Euro monatlich. Dieser ersetzt die bisherigen zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach § 45b SGB XI. Der Entlastungsbetrag ist keine pauschale Geldleistung, sondern zweckgebunden. Er kann zur (Ko-)Finanzierung einer teilstationären Tages- oder Nachtpflege, einer vorübergehenden vollstationären Kurzzeitpflege oder von Leistungen ambulanter Pflegedienste im Bereich Betreuung oder

hauswirtschaftliche Versorgung verwendet werden. Außerdem kann er für Leistungen durch nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag eingesetzt werden. In Pflegegrad 1 steht der Entlastungsbetrag darüber hinaus auch für die von ambulanten Pflegediensten erbrachte körperbezogene „Selbstversorgung“ (Körperpflege) zur Verfügung. In den Pflegegraden 2 bis 5 kann der Entlastungsbetrag nicht für die körperbezogene „Selbstversorgung“ verwendet werden, in diesen Pflegegraden steht dafür der Leistungsbetrag nach § 36 SGB XI zur Verfügung.

Der Entlastungsbetrag wird zusätzlich zu den sonstigen Leistungen der Pflegeversicherung bei häuslicher Pflege gewährt, er wird mit den anderen Leistungsansprüchen also nicht verrechnet. Beträge, die in einem Monat nicht (vollständig) ausgeschöpft wurden, können innerhalb des jeweiligen Kalenderjahres in die Folgemonate übertragen werden. Am Ende des Kalenderjahres noch nicht verbrauchte Beträge können noch bis in das darauffolgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.

→ **Siehe auch: Praxisseite III.1 „Ambulante Betreuungs- und Entlastungsangebote“**

2. Pflege im Heim:

Leistungen bei vollstationärer Pflege

Pflegebedürftige, die in einem Pflegeheim rund um die Uhr versorgt werden, erhalten von der Pflegeversicherung Leistungen bei vollstationärer Pflege. Zum 1. Januar 2015 wurden die pauschalen Leistungsbeträge deutlich angehoben. Im Rahmen des PSG II werden die Leistungsbeträge neu gestaffelt, weil vom bisherigen System der drei Pflegestufen auf das fünfstufige System der Pflegegrade umgestellt wird.

Um Einbußen, die sich aus der Umstellung ergeben könnten, zu vermeiden, haben betroffene Pflegebedürftige Bestandsschutz: Sie erhalten künftig einen Zuschlag auf den Leistungsbetrag, wenn ihr selbst zu tragender Eigenanteil am Pflegesatz ab 1. Januar

2017 höher ist als im Dezember 2016. Der Zuschlag gleicht die Differenz aus. Versicherte mit Pflegegrad 1 erhalten einen Zuschuss in Höhe von 125 Euro monatlich. Zur Erläuterung siehe § 43 Absatz 3 SGB XI nF.

Mit dem PSG II wird darüber hinaus künftig ein **einrichtungseinheitlicher Eigenanteil** der Versicherten in vollstationärer Pflege für die Pflegegrade 2 bis 5 festgeschrieben. Bisher stieg im Falle einer Höherstufung der Pflegebedürftigkeit zwar die Leistung der Pflegeversicherung an, gleichzeitig aber nahm auch der pflegebedingte Eigenanteil zu. Dies konnte dazu führen, dass Pflegebedürftige aufgrund eines möglichen



höheren Eigenanteils auf eine Neubegutachtung verzichteten, obwohl sie mehr Pflege brauchten. Dieser Eigenanteil wird künftig nicht mehr steigen,

wenn jemand in seiner Pflegeeinrichtung in einen höheren Pflegegrad eingestuft werden muss.

Pflegebedürftigkeit In Stufen	Leistungen seit 2015 Pro Monat	Pflegebedürftigkeit In Graden	Leistungen ab 2017 Pro Monat
-	-	Pflegegrad 1	Zuschuss in Höhe von 125 Euro monatlich
sog. „Pflegestufe 0“ (mit Demenz*)	0 Euro	Pflegegrad 2	770 Euro
Pflegestufe I	1.064 Euro	Pflegegrad 3	1.262 Euro
Pflegestufe I (mit Demenz*)	1.064 Euro	Pflegegrad 4	1.775 Euro
Pflegestufe II	1.330 Euro	Pflegegrad 5	2.005 Euro
Pflegestufe II (mit Demenz*)	1.330 Euro		
Pflegestufe III	1.612 Euro		
Pflegestufe III (mit Demenz*)	1.612 Euro		
Härtefall	1.995 Euro		
Härtefall (mit Demenz*)	1.995 Euro		

* Dies gilt für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI. Siehe die Überleitungserläuterungen I.6, S. 2.

→ **Siehe auch: Praxisseite V.1 „Höhere Leistungen in der vollstationären Pflege“**



Leistungen bei Tages- und Nachtpflege

Unter Tages- und Nachtpflege versteht man die zeitweise Betreuung im Tagesverlauf in einer teilstationären Pflegeeinrichtung. Das PSG I hat dafür gesorgt, dass seit 1. Januar 2015 Leistungen der Tages- und Nachtpflege neben dem Pflegegeld und den Pflegesachleistungen in vollem Umfang in Anspruch genommen werden können, ohne

dass eine Anrechnung der Leistungen erfolgt. Zudem wurde der Anspruch auf Versicherte in der sogenannten „Pflegestufe 0“ erweitert. Ab 1. Januar 2017 haben Versicherte der Pflegegrade 2 bis 5 Anspruch auf Tages- und Nachtpflege. Personen im Pflegegrad 1 können ihren Entlastungsbetrag hierfür einsetzen.

Pflegebedürftigkeit In Stufen	Leistungen seit 2015 Max. Leistungen pro Monat	Pflegebedürftigkeit In Graden	Leistungen ab 2017 Max. Leistungen pro Monat
-	-	Pflegegrad 1	bis zu 125 Euro einsetzbarer Entlastungsbetrag
sog. „Pflegestufe 0“ (mit Demenz*)	231 Euro	Pflegegrad 2	689 Euro
Pflegestufe I	468 Euro	Pflegegrad 3	1.298 Euro
Pflegestufe I (mit Demenz*)	689 Euro	Pflegegrad 4	1.612 Euro
Pflegestufe II	1.144 Euro	Pflegegrad 5	1.995 Euro
Pflegestufe II (mit Demenz*)	1.298 Euro		
Pflegestufe III	1.612 Euro		
Pflegestufe III (mit Demenz*)	1.612 Euro		

* Dies gilt für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI. Siehe die Überleitungserläuterungen I.6, S. 2.

→ **Siehe auch: Praxisseite IV.1 „Tages- und Nachtpflege“**



Leistungen bei Kurzzeitpflege

Wenn Pflegebedürftige nur für eine begrenzte Zeit auf vollstationäre Pflege angewiesen sind, zum Beispiel in einer akuten Krisensituation oder nach einem Krankenhausaufenthalt, können sie von der Kurzzeitpflege in einer stationären Einrichtung Gebrauch machen. Das PSG I hat die Leistungen zum 1. Januar 2015 erhöht. Außerdem wurde der Anspruch auf Versicherte in der sogenannten „Pflegestufe 0“ ausgedehnt sowie Kombinationsmöglichkeiten mit der Verhinderungspflege wurden gesetzlich abgesichert. Diese Ansprüche gelten ab 1. Januar 2017 für die Pflegegrade 2 bis 5

fort. Versicherte im Pflegegrad 1 können den neuen Entlastungsbetrag einsetzen, um Leistungen der Kurzzeitpflege in Anspruch zu nehmen.

Darüber hinaus wurde die Anspruchsdauer der Kurzzeitpflege zum 1. Januar 2016 von vier auf acht Wochen im Kalenderjahr ausgeweitet. Der maximale Erstattungsbetrag der Pflegeversicherung bleibt davon unberührt. Auch die Weiterzahlung des hälftigen Pflegegeldes bei Inanspruchnahme einer Kurzzeitpflege wurde auf acht Wochen im Jahr ausgeweitet.

Pflegebedürftigkeit In Stufen	Leistungen seit 2015 Max. Leistungen pro Kalenderjahr
-	-
sog. „Pflegestufe 0“ (mit Demenz*) Pflegestufe I, II, III	1.612 Euro für Kosten der Kurzzeitpflege bis zu vier Wochen bzw. acht Wochen seit 1.1.2016

Pflegebedürftigkeit In Graden	Leistungen ab 2017 Max. Leistungen pro Kalenderjahr
Pflegegrad 1	bis zu 125 Euro einsetzbarer Entlastungsbetrag
Pflegegrad 2–5	1.612 Euro für Kosten der Kurzzeitpflege bis zu acht Wochen

* Dies gilt für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI. Siehe die Überleitungserläuterungen I.6, S. 2.

→ **Siehe auch: Praxisseite II.6 „Flexible Kurzzeitpflege“**

3. Sonstige Leistungen:

Übergangspflege für Menschen ohne Pflegeeinstufung

Es gibt Fälle, in denen Menschen vorübergehend Pflege benötigen, ohne dass eine Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung vorliegt, zum Beispiel nach einem Krankenhausaufenthalt, einer ambulanten OP oder aufgrund einer akuten schwerwiegenden Erkrankung. Bisher hatten Patientinnen und Patienten hierbei keinen Anspruch auf gesetzliche Leistungen. Diese Versorgungslücke schließt das „Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz)“. Seit 1. Januar 2016 können Versicherte in diesen Fällen eine sogenannte Übergangspflege als neue Leistung der

Krankenkassen nach SGB V in Anspruch nehmen. Dabei gilt, sofern keine Pflegebedürftigkeit nach SGB XI vorliegt:

→ Versicherte haben Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege. Der Anspruch umfasst vier Wochen, in begründeten Ausnahmefällen auch länger (§ 37 Abs. 1a SGB V).

→ Für einen Zeitraum von bis zu vier Wochen können Versicherte eine Haushaltshilfe erhalten. Befinden sich Kinder im Haushalt, die bei Beginn



der Leistung jünger als zwölf Jahre oder behindert und auf Hilfe angewiesen sind, kann die Haushaltshilfe auf bis zu 26 Wochen verlängert werden (§ 38 Abs. 1 SGB V).

→ Reichen die oben genannten Leistungen nicht aus, besteht Anspruch auf Aufnahme in eine Kurzzeit-Pflegeeinrichtung für bis zu acht Wochen je

Kalenderjahr. Die Krankenkasse beteiligt sich an den Kosten für Pflege, Betreuung und Behandlungspflege bis zu einem Betrag von jährlich 1.612 Euro (§ 39c SGB V).

→ **Siehe auch: Praxisseite V.5.1 „Versorgung weiter stärken“ und V.5.2 „Vorsorge weiter stärken“**



Flexible Kurzzeitpflege

Zeitweise stationäre Versorgung für Pflegebedürftige

Worum geht es?

Kurzzeitpflege bedeutet, dass eine pflegebedürftige Person für einen begrenzten Zeitraum vollstationär versorgt wird. Dies kann beispielsweise im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt oder in einer akuten Krisensituation in Betracht kommen. Die Leistungen für die bzw. den Pflegebedürftigen beinhalten sowohl die Grundpflege, die medizinische Behandlungspflege, als auch die soziale Betreuung einer bzw. eines Pflegebedürftigen. Wie bei der Langzeitpflege auch, werden die Unterkunfts- und Verpflegungskosten nicht von der Pflegekasse übernommen. Der Anspruch auf Kurzzeitpflege liegt bei maximal acht Wochen pro Kalenderjahr. Kurzzeitpflege können Einrichtungen anbieten, die von der Pflegekasse anerkannt sind.

Wen betrifft es?

Die Leistungen der Kurzzeitpflege steht Pflegebedürftigen zur Verfügung, die häusliche Pflege in Anspruch nehmen.

Was ist neu?

Seit 1. Januar 2016 (PSG II):

→ Auch die Weiterzahlung des hälftigen Pflegegeldes während der Kurzzeitpflege wurde auf acht Wochen ausgedehnt.

Seit 1. Januar 2015 (PSG I):

→ Der Leistungsbetrag für Kurzzeitpflege wurde auf bis zu 1.612 Euro erhöht.

→ Die Leistungsbeträge für Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege können miteinander kombiniert werden, sodass bis zu 3.224 Euro für die Kurzzeitpflege eingesetzt werden können. Der für die Kurzzeitpflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Verhinderungspflege angerechnet.

→ Die Kurzzeitpflege kann jetzt auch von Menschen in der sogenannten „Pflegestufe 0“* mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz beansprucht werden.

Was heißt das praktisch?

Es gibt Situationen, in denen die pflegebedürftige Person nicht von der eigentlichen Pflegeperson zu Hause versorgt werden kann oder eine teilstationäre Pflege nicht mehr ausreicht. Dann kann bei der Pflegekasse ein Antrag auf Kurzzeitpflege gestellt werden. Die entsprechenden Anträge sind bei den Pflegekassen erhältlich. In der Regel bieten die Pflegekassen auch die Möglichkeit einer mündlichen Antragstellung per Telefon an.

Die Kurzzeitpflege darf von Einrichtungen angeboten werden, die von den Pflegekassen zugelassen wurden. Wenn die Kurzzeitpflege in einer Einrichtung der Altenpflege nicht möglich ist oder nicht zumutbar geleistet werden kann, ist es im Einzelfall auch möglich, die Leistung in einer Einrichtung der Hilfe für Menschen mit Behinderung oder ähnlich geeigneten Versorgungsstätten in Anspruch zu nehmen. Dies betrifft vor allem pflegebedürftige Kinder und junge Menschen.

Von der Pflegekasse werden die Kosten für die Grundpflege, die medizinische Behandlungspflege sowie die soziale Betreuung übernommen. Die Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Investitionsaufwendungen oder Zusatzleistungen der Einrichtung müssen von den Pflegebedürftigen selbst getragen werden.

* Menschen, deren Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung (noch) nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht, die in ihrer Alltagskompetenz aber dauerhaft erheblich eingeschränkt sind.



Möchte eine Einrichtung Kurzzeitpflege anbieten, muss sie in der Regel als vollstationäre Pflegeeinrichtung zugelassen sein. Die Kurzzeitpflege kann dann als ein Bestandteil des Versorgungsvertrages mit den Pflegekassen vereinbart werden. Art, Inhalt und Umfang der Leistungen sind im Versorgungsvertrag festzulegen.

Wo ist es geregelt?

§ 42 SGB XI

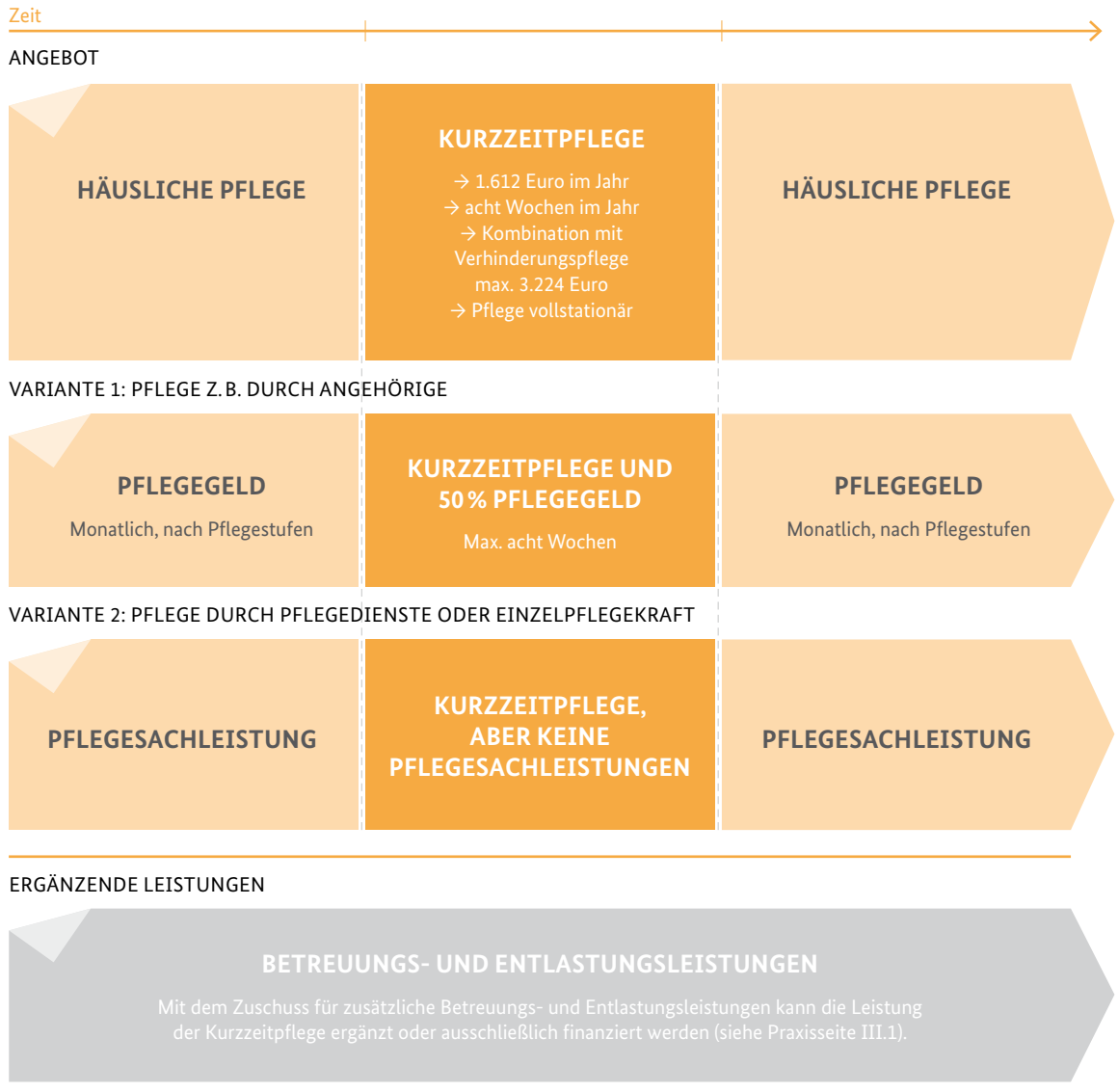
(Siehe Kapitel IX: „Gesetzliche Grundlagen“)

Kurz erklärt: Wie findet man eine geeignete Einrichtung der Kurzzeitpflege?

- In der Regel erfolgt die Pflege in einer von der Pflegekasse zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung, die auch Kurzzeitpflege anbietet. Diese muss die entsprechenden qualitativen Anforderungen der Pflegekasse für diesen Versorgungsauftrag erfüllen.
- Eine Übersicht über die zugelassenen Kurzzeitpflegeeinrichtungen erhält man bei den Pflegekassen.
- In besonderen Fällen kann die Pflege auch in anderen Einrichtungen stattfinden, die geeignet sind, beispielsweise in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen.
- Die Kurzzeitpflege kann auch in stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Anspruch genommen werden, die keine Zulassung zur pflegerischen Versorgung nach dem SGB XI haben. Möglich ist es dann, wenn die bzw. der pflegende Angehörige in dieser Einrichtung oder in der Nähe eine Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch nimmt. So wird ihr bzw. ihm die Teilnahme daran erleichtert.



So funktioniert die Kurzzeitpflege



ZU BEACHTEN:

- Die Kurzzeitpflege ist in der Leistungshöhe und -dauer begrenzt. Wenn die Kurzzeitpflege nicht vollständig in Anspruch genommen wird, steht der Rest für einen späteren Zeitraum im Kalenderjahr zur Verfügung (§ 42 Abs. 2 SGB XI).
- Während der Kurzzeitpflege wird bis zu acht Wochen je Kalenderjahr die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes weitergezahlt (§ 37 Abs. 2 Satz 2 SGB XI).
- Am ersten und letzten Tag der Kurzzeitpflege wird volles Pflegegeld gezahlt.



Leistungstabelle: Kurzzeitpflege

Pflegebedürftigkeit In Stufen	Leistungen seit 2015 Max. Leistungen pro Kalenderjahr	Leistungen 2014 Max. Leistungen pro Kalenderjahr
sogenannte „Pflegestufe 0“ (mit Demenz)*	1.612 Euro für Kosten einer notwendigen Ersatzpflege bis zu acht Wochen**	(Kein Anspruch)
Pflegestufe I, II, III	1.612 Euro für Kosten einer notwendigen Ersatzpflege bis zu acht Wochen	(1.550 Euro für Kosten einer notwendigen Ersatzpflege bis zu vier Wochen)

* Gilt für Personen mit dauerhaft erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz im Sinne von § 45a SGB XI – das sind vor allem an Demenz erkrankte Menschen.

** Seit 2016 verlängert auf acht Wochen.



Flexible Verhinderungspflege

Mehr Entlastungsmöglichkeiten für die Pflege zu Hause

Worum geht es?

Unter Verhinderungspflege versteht man eine Leistung, die in Anspruch genommen werden kann, wenn die Pflegeperson wegen eines Erholungsurlaubs, einer Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert ist. Die Verhinderungspflege kann durch einen ambulanten Pflegedienst, durch Einzelpflegekräfte, durch ehrenamtliche Pflegepersonen, aber auch durch nahe Angehörige erfolgen. Die Leistungen für Verhinderungspflege kann man auch einsetzen, wenn die Ersatzpflege in einer Einrichtung erfolgt.

Wen betrifft es?

Pflegebedürftige, die von Angehörigen oder ehrenamtlich Pflegenden zu Hause versorgt werden, können Verhinderungspflege beantragen. Die häusliche Pflege muss dafür seit mindestens sechs Monaten durch die Pflegeperson erfolgt sein („Wartezeit“). Auch Versicherte in der sogenannten „Pflegestufe 0“* mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz können Leistungen der Verhinderungspflege in Anspruch nehmen.

Was ist neu?

Seit 1. Januar 2016 (PSG II):

→ Während der Verhinderungspflege wird das Pflegegeld für maximal sechs Wochen hälftig weitergezahlt.

Seit 1. Januar 2015 (PSG I):

→ Eine Verhinderungspflege kann für bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr in Anspruch genommen werden.

→ Die Leistungen wurden auf bis zu 1.612 Euro erhöht.

→ Die Leistungen für Kurzzeit- und Verhinderungspflege können miteinander kombiniert werden. Wenn die Leistungen für Kurzzeitpflege im Jahr

nicht oder nicht vollständig abgerufen wurden, können bis zu 50 Prozent – das sind 806 Euro – der Leistungen für die Verhinderungspflege verwendet werden. Der Erhöhungsbetrag, der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommen wird, wird auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege angerechnet werden. Die Leistungen für Verhinderungspflege lassen sich so auf maximal 2.418 Euro im Kalenderjahr erhöhen (siehe dazu das Schaubild auf Seite 4).

Was heißt das praktisch?

Wenn die private Pflegeperson durch Urlaub oder Krankheit zeitweise die häusliche Pflege nicht übernehmen kann oder einmal eine Auszeit braucht, gibt es die Möglichkeit, eine Ersatzpflege zu beantragen, die dann die Vertretung übernimmt. Die Ersatzpflege kann auch stundenweise in Anspruch genommen werden. Die Leistungen für Verhinderungspflege müssen bei der Pflegekasse beantragt werden. Die Kosten für die Verhinderungspflege werden von der Pflegekasse übernommen, dafür müssen Pflegebedürftige die tatsächlich angefallenen Kosten nachweisen.

In welcher Höhe die Aufwendungen durch die Pflegekasse erstattet werden, hängt davon ab, wer die Ersatzpflege leistet.

→ Wird die Pflege von einem ambulanten Pflegedienst, einer stationären Einrichtung, einer Einzelpflegekraft oder ehrenamtlichen Pflegepersonen, die nicht bis zum zweiten Grad mit der pflegebedürftigen Person verwandt oder verschwägert sind und nicht mit ihr in häuslicher Gemeinschaft leben, übernommen, können bis zu 1.612 Euro in Anspruch genommen werden. Kombiniert man dies mit den Leistungen der Kurzzeitpflege, so sind es maximal 2.418 Euro im Kalenderjahr.

→ Anders ist es, wenn nahe Angehörige oder Menschen, die mit der pflegebedürftigen Person in einer Hausgemeinschaft leben, die Pflege

* Menschen, deren Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung (noch) nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht, die in ihrer Alltagskompetenz aber dauerhaft erheblich eingeschränkt sind.



übernehmen. Als nahe Angehörige gelten alle Personen, die mit der pflegebedürftigen Person im ersten oder zweiten Grad verwandt sind – also Eltern, Kinder, Großeltern, Enkel und Geschwister. In diesem Fall richtet sich die Leistung nach der Höhe des Pflegegeldes. Die Aufwendungen der Pflegekasse dürfen den Betrag des Pflegegeldes der festgestellten Pflegestufe nicht überschreiten. Wenn in diesem Fall notwendige Aufwendungen der Pflegeperson (z. B. Fahrtkosten oder Verdienstausschluss) nachgewiesen werden können, kann die Leistung auf bis zu insgesamt 1.612 Euro aufgestockt werden. Der Höchstbetrag darf allerdings 1.612 Euro nicht überschreiten. Wenn nahe Angehörige, die erwerbsmäßig Pflege ausüben, die Verhinderungspflege übernehmen, können die gesamten Leistungsbeträge angerechnet werden.

Parallel zu den Leistungen der Verhinderungspflege wird für maximal sechs Wochen im Jahr die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes weitergezahlt.

Wo ist es geregelt?

§ 39 SGB XI

(Siehe Kapitel IX: „Gesetzliche Grundlagen“)

Leistungstabelle: Verhinderungspflege

Pflegebedürftigkeit In Stufen	Leistungen seit 2015 Max. Leistungen pro Kalenderjahr	Leistungen 2014 Max. Leistungen pro Kalenderjahr
sogenannte „Pflegestufe 0“ (mit Demenz*)	1.612 Euro für Kosten einer notwendigen Ersatzpflege bis zu sechs Wochen	(1.550 Euro für Kosten einer notwendigen Ersatzpflege bis zu vier Wochen)
Pflegestufe I, II, III	1.612 Euro für Kosten einer notwendigen Ersatzpflege bis zu sechs Wochen	(1.550 Euro für Kosten einer notwendigen Ersatzpflege bis zu vier Wochen)

* Gilt für Personen mit dauerhaft erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz im Sinne von § 45a SGB XI – das sind vor allem an Demenz erkrankte Menschen.

Kurz erklärt: Wie organisiert man Verhinderungspflege?

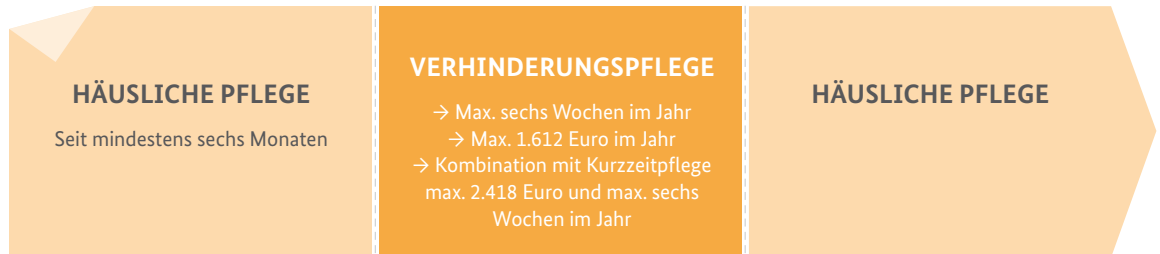
- Verhinderungspflege kann von ambulanten Pflegediensten, Einzelpflegekräften, stationären Einrichtungen oder privaten Pflegepersonen durchgeführt werden.
- Eine Übersicht über ambulante Pflegedienste, selbständige Pflegekräfte und stationäre Einrichtungen ist bei den Pflegekassen erhältlich, häufig auch bei Kommunen, Landkreisen und Sozialstationen vor Ort.
- Der Antrag für die Verhinderungspflege muss bei der zuständigen Pflegekasse gestellt werden. Entstandene Aufwendungen müssen nachgewiesen werden. Anspruchsvoraussetzung ist jedoch nicht, dass die Leistung im Voraus beantragt wird. Auch eine formlose Antragstellung ist möglich.



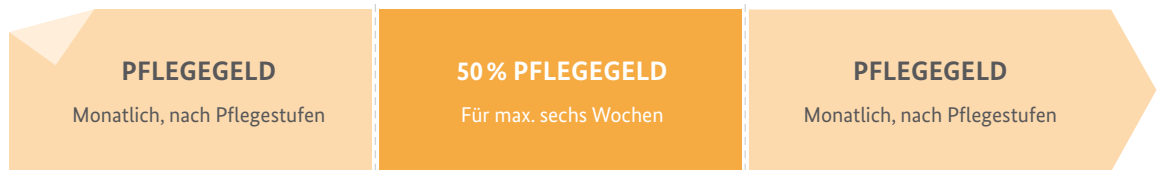
So funktioniert die Verhinderungspflege

Zeit

ANGEBOT



LEISTUNG



IN BEIDEN FÄLLEN



ZWEI BERECHNUNGEN – ABHÄNGIG VON PFLEGEPERSON



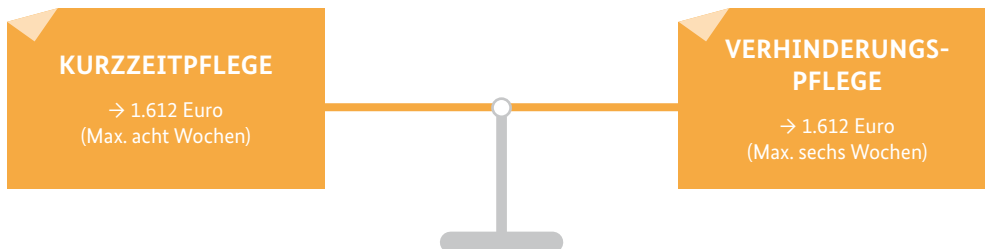
ZU BEACHTEN:

- **Für Pflegepersonen:** Für die Dauer eines Erholungsurlaubes der Pflegeperson werden die Rentenversicherungsbeiträge von der Pflegekasse weitergezahlt. Dadurch bleibt der Rentenanspruch für die Zeit des Urlaubs ungeschmälert bestehen.
- Während der Verhinderungspflege wird bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes weitergezahlt (§ 37 Abs. 2 Satz 2 SGB XI).

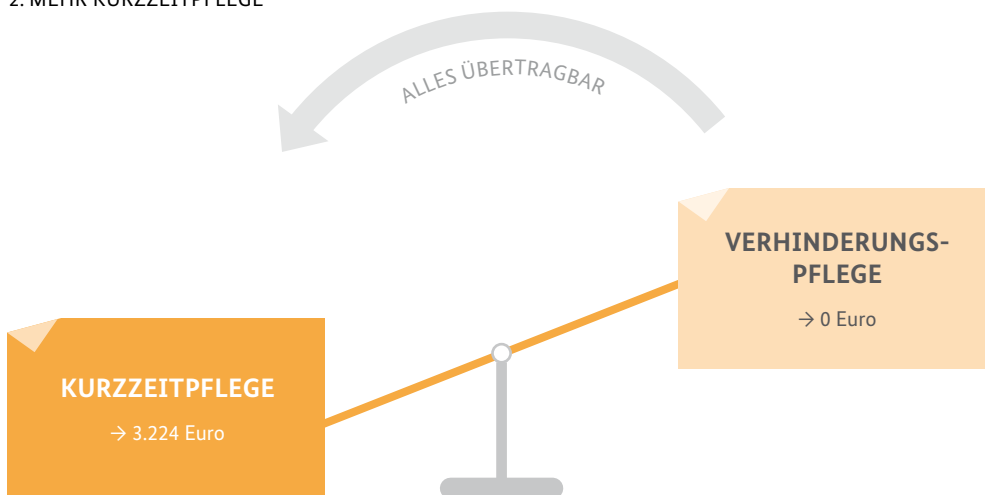


So werden Kurzzeit- und Verhinderungspflege kombiniert

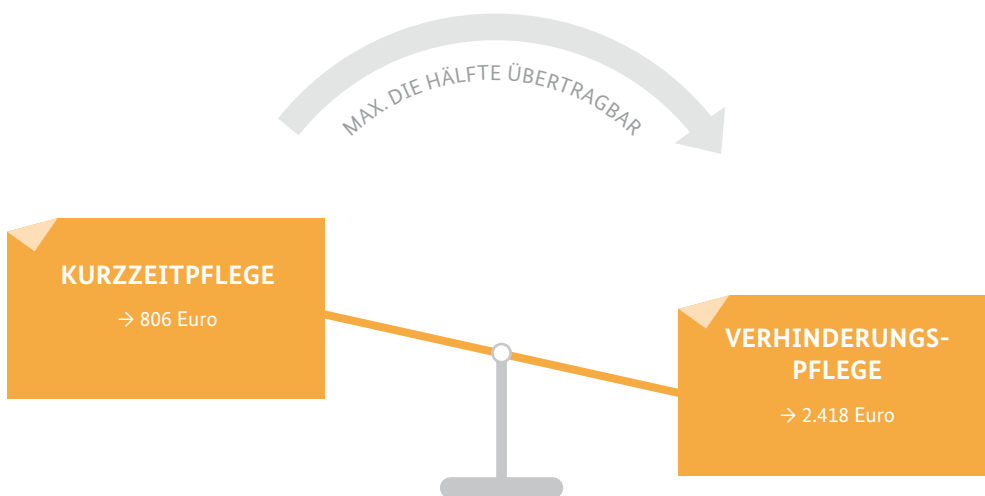
1. REGULÄRER LEISTUNGSANSPRUCH



2. MEHR KURZZEITPFLEGE



3. MEHR VERHINDERUNGSPFLEGE





Hospiz- und Palliativpflege

Gut versorgt auch am Lebensende

Worum geht es?

Sterbende Menschen brauchen die Gewissheit, dass sie in ihrer letzten Lebensphase nicht allein sind, sondern in jeder Hinsicht gut versorgt und begleitet werden. Palliativmedizin und Hospizarbeit tragen dazu bei. Das seit 8. Dezember 2015 geltende Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz) fördert den flächendeckenden Ausbau der Palliativversorgung – zu Hause, im Krankenhaus, im Pflegeheim oder Hospiz. Ziel sind ausreichende und gut vernetzte Angebote der Palliativmedizin, der Palliativpflege und der hospizlichen Sterbebegleitung, insbesondere auch in ländlichen Regionen.

Wen betrifft es?

Die Palliativversorgung kann ambulant oder stationär erfolgen. Patientinnen und Patienten können zu Hause bleiben, während sie ein ambulanter Pflegedienst palliativ versorgt. Wenn eine häusliche Versorgung nicht mehr möglich ist, können Patientinnen und Patienten in stationären Einrichtungen, zum Beispiel Pflegeheimen, Palliativstationen oder Hospizen, versorgt werden.

Was ist neu?

- In Pflegeheimen und Krankenhäusern wird die Hospiz- und Palliativversorgung ausgebaut. Hierzu wurden unter anderem die finanziellen Zuschüsse der Krankenkassen zu Hospizleistungen angehoben.
- Um Bewohnerinnen und Bewohnern von Pflegeeinrichtungen eine ihren Wünschen entsprechende Palliativversorgung und Hospizbetreuung in ihrer letzten Lebensphase anzubieten, sollen Pflegeeinrichtungen Versicherten eine gesundheitliche Versorgungsplanung anbieten. Hier wird die medizinische und

pflegerische Betreuung am Lebensende möglichst individuell und umfassend festgehalten. Außerdem sollen Ärztinnen bzw. Ärzte und Hospizdienste enger zusammenarbeiten.

- Versicherte haben einen Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Leistungen der Palliativ- und Hospizversorgung.

Was heißt das praktisch?

Für Anbieter

Bei den Zuschüssen für **ambulante Hospizdienste** werden neben den Personalkosten auch die Sachkosten berücksichtigt. Hierzu wurde der Zuschuss der Krankenkassen je Leistung von 11 auf 13 Prozent der Bezugsgröße erhöht. Bei der Förderung ist zudem der besondere Aufwand für das hospizliche Erstgespräch zu beachten. Der steigende Zuschuss der GKV trägt insgesamt dazu bei, dass Hospizdienste mehr finanziellen Spielraum erhalten – auch um die Trauerbegleitung der Angehörigen mit zu unterstützen. Außerdem wird die ambulante Hospizarbeit in Pflegeheimen stärker berücksichtigt. Auch Krankenhäuser können Hospizdienste mit Sterbebegleitungen beauftragen.

Krankenhäuser können für eigenständige Palliativstationen krankenhausespezifische Entgelte mit den Kostenträgern vereinbaren. Aber auch in Kliniken, in denen keine Palliativstationen zur Verfügung stehen, wird die Palliativversorgung gestärkt: Ab 2017 können sie krankenhausespezifische Zusatzentgelte für multiprofessionelle Palliativdienste vereinbaren, ab 2019 wird es auf entsprechender gesetzlicher Grundlage bundesweit einheitliche Zusatzentgelte hierfür geben. Die Krankenhäuser können dafür hauseigene Palliativ-Teams aufbauen oder mit externen Diensten kooperieren.



Vollstationäre Pflegeeinrichtungen sollen ihren Bewohnerinnen und Bewohnern eine Versorgungsplanung zur individuellen und umfassenden medizinischen, pflegerischen, psychosozialen und seelsorgerischen Betreuung in der letzten Lebensphase organisieren und anbieten können. Im Rahmen einer individuellen Fallbesprechung werden Versicherte damit über die medizinischen und pflegerischen Aspekte ihrer letzten Lebensphase aufgeklärt. Dabei sind die behandelnde Hausärztin bzw. der Hausarzt und, wenn möglich, auch die regionalen Betreuungs- und Versorgungsangebote einzubeziehen. Auf Wunsch des Versicherten können auch Angehörige teilnehmen. Die Krankenkassen finanzieren dieses besondere Beratungsangebot.

Die Sterbebegleitung ist jetzt ausdrücklicher Bestandteil des Versorgungsauftrages der sozialen Pflegeversicherung. Vollstationäre Pflegeeinrichtungen müssen Informationen über vorhandene Kooperationsverträge mit Ärztinnen bzw. Ärzten, Apotheken und ab dem 1. Juli 2016 auch über die Zusammenarbeit mit Hospiz- und Palliativnetzen bereitstellen.

Die finanzielle Ausstattung **stationärer Kinder- und Erwachsenen-Hospize** wird verbessert. Hierfür wurde der Mindestzuschuss der Krankenkassen erhöht. Vor allem Hospize, die in der Vergangenheit unterdurchschnittlich finanziert waren, erhalten einen höheren Tagessatz je betreuter versicherter Person: Der Satz ist 2016 um mehr als 25 Prozent von 198 Euro auf 261 Euro gestiegen. Außerdem tragen die Krankenkassen jetzt 95 Prozent statt wie bisher 90 Prozent der zuschussfähigen Kosten. Für stationäre Kinderhospize können eigenständige Rahmenvereinbarungen abgeschlossen werden.

Für Pflegebedürftige und Patientinnen bzw. Patienten

Die Palliativversorgung ist ausdrücklicher Bestandteil der Regelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Krankenkassen sind verpflichtet, ihren Versicherten eine individuelle Beratung und Hilfestellung bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Leistungen der Palliativ- und Hospizversorgung anzubieten. Dazu gehört auch die Erstellung einer Übersicht der regionalen Beratungs- und Versorgungsangebote sowie Hilfe bei der Kontaktvermittlung und Inanspruchnahme von Leistungen.

Die Krankenkassen sollen zudem allgemein über Möglichkeiten persönlicher Vorsorge für die letzte Lebensphase, insbesondere zu Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung, informieren.

Im vertragsärztlichen Bereich werden die Selbstverwaltungspartner zusätzlich vergütete Leistungen vereinbaren – zur Steigerung der Qualität der Palliativversorgung, zur Zusatzqualifikation der Haus- und Fachärztinnen bzw. -ärzte sowie zur Förderung der Netzwerkarbeit.

Weitere Neuerungen

Insbesondere in ländlichen Regionen soll die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) ausgebaut werden. Diese Leistung, die es auch schwerstkranken Sterbenden ermöglicht, bis zuletzt in ihrer gewohnten Umgebung zu verbleiben, steht auch Bewohnerinnen und Bewohnern von Pflegeeinrichtungen zu.



Wo ist es geregelt?

§ 27 Abs. 1 SGB V

Palliativversorgung als Regelleistung der Krankenversicherung

§ 37b SGB V

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)

§ 39a SGB V

Zuschüsse der Krankenkassen zu ambulanter Hospizarbeit und stationärer Hospizversorgung

§ 39b SGB V

Hospiz- und Palliativberatung der Krankenkassen

§ 73b, 132d, 140a SGB V

Verträge zur SAPV

§ 132g SGB V

Versorgungsplanung

§ 28 Abs. 5, 75 Abs. 2 SGB XI

Sterbebegleitung als Regelleistung der Pflegeversicherung

(Siehe Kapitel IX: „Gesetzliche Grundlagen“)

Kurz erklärt: Was versteht man unter Palliativversorgung?

Unter Palliativversorgung versteht man die Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen. Hierzu gehört auch die Schmerztherapie im ambulanten und stationären Bereich. Patientinnen und Patienten werden insbesondere durch Vertragsärztinnen bzw. -ärzte, Pflegedienste und stationäre Einrichtungen palliativmedizinisch versorgt. Schwerstkranke Menschen und Sterbende haben zudem unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf eine **spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)**. Durch die SAPV soll ihnen

ermöglicht werden, in der eigenen häuslichen Umgebung in Würde zu sterben. Krankenhaus- und Vertragsärztinnen und -ärzte können sie Patientinnen und Patienten verordnen, die

- an einer nicht heilbaren, fortschreitenden Erkrankung leiden,
- eine nur noch begrenzte Lebenserwartung haben und
- eine besonders aufwendige Versorgung benötigen.



Versorgung weiter stärken

Neuerungen im Rahmen des Krankenhausstrukturgesetzes und des Versorgungsstärkungsgesetzes

Worum geht es?

Mit zwei Gesetzen wird die medizinische und pflegerische Versorgung in Deutschland weiter gestärkt. Seit Januar 2016 gilt das „Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung“ (**Krankenhausstrukturgesetz**), bereits seit Mitte 2015 ist das „Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (**Versorgungsstärkungsgesetz**) in Kraft.

- Die Anforderungen an die stationäre Versorgung im Krankenhaus sind im Wandel – durch steigende Lebenserwartung und komplexer werdende Krankheitsbilder im Alter, die zunehmend in Krankenhäusern behandelt werden müssen. Das **Krankenhausstrukturgesetz** enthält Maßnahmen zur Sicherstellung einer weiterhin guten medizinischen Versorgung in den etwa 2.000 Kliniken in Deutschland.
- Eine besondere Herausforderung stellt die ärztliche Versorgung in ländlichen Regionen dar – durch Ärztemangel und oft weite Wege für die Patientinnen und Patienten: Hier setzt das **Versorgungsstärkungsgesetz** an, das auch in Zukunft eine bedarfsgerechte, flächendeckende und gut erreichbare medizinische Versorgung der Versicherten auf hohem Niveau sicherstellt.

Wen betrifft es?

Ob Patientinnen und Patienten, Pflegekräfte, Ärztinnen und Ärzte oder stationäre Einrichtungen – alle profitieren künftig von einer verbesserten medizinischen Versorgung und Vorsorge:

- **Krankenhausstrukturgesetz:** Kliniken werden darin unterstützt, die Versorgung trotz steigender Anforderungen sicherzustellen. Durch

entsprechende Kriterien wird die Qualität der Behandlung für alle Patientinnen und Patienten erhöht.

- **Versorgungsstärkungsgesetz:** Menschen im ländlichen Raum profitieren von einer verbesserten medizinischen Versorgung.

Was ist neu?

- Das **Krankenhausstrukturgesetz** bringt mehr finanzielle Mittel für die Kliniken, insbesondere für eine verlässliche Finanzierung der Betriebskosten und für die Pflege am Bett, sowie umfassende Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Hygieneförderung.
- Kernelemente des **Versorgungsstärkungsgesetzes** sind eine bessere ärztliche und psychotherapeutische Versorgung insbesondere auf dem Land sowie gestärkte Patientenrechte. So werden u. a. mehr Anreize für Ärztinnen und Ärzte in ländlichen Regionen geschaffen. Neue Terminservicestellen sollen Patientinnen und Patienten eine zeitnahe Vermittlung zur Fachärztin bzw. zum Facharzt gewährleisten. Hinzu kommen Verbesserungen für chronisch kranke Menschen und Pflegebedürftige.

Was heißt das praktisch?

Die Regelungen des Krankenhausstrukturgesetzes mit Blick auf die Pflege

Wesentlicher Bestandteil des Gesetzes ist eine bessere **finanzielle Ausstattung** der Kliniken:

- Zur Stärkung der Pflege am Bett wird ein Pflegestellen-Förderprogramm eingerichtet. In den Jahren 2016 bis 2018 belaufen sich die Fördermittel auf insgesamt bis zu 660 Millionen



Euro. Ab 2019 stehen dauerhaft bis zu 330 Millionen Euro pro Jahr zur Verfügung. Dadurch können rund 6.300 neue Stellen geschaffen werden, die ausschließlich der Pflege am Bett zugutekommen.

→ Der Versorgungszuschlag von 500 Millionen Euro wird ab 1. Januar 2017 durch einen Pflegezuschlag ersetzt. Er wird nach den Pflegepersonal-kosten der Krankenhäuser verteilt. Damit erhalten Krankenhäuser einen Anreiz, eine angemessene Pflegeausstattung vorzuhalten.

→ Zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen wird ein Strukturfonds mit insgesamt 500 Millionen Euro aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds gebildet. Die Länder können zur Finanzierung bestimmter strukturverbessernder Maßnahmen, etwa die Umwandlung ungenutzter Kapazitäten in Gesundheits- und Pflegezentren oder Hospize, Mittel aus dem Strukturfonds abrufen, müssen sich jedoch hälftig an der Finanzierung der Einzelmaßnahmen beteiligen. Insgesamt steht somit ein Betrag von einer Milliarde Euro zur Verfügung.

Darüber hinaus schließt das Gesetz eine Versorgungslücke durch die Schaffung eines Anspruchs auf **Übergangspflege**:

→ Patientinnen und Patienten, die bei schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt oder einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, außerhalb eines Krankenhauses, vorübergehend pflegerisch weiter versorgt werden müssen, können künftig eine Kurzzeitpflege in einer geeigneten Einrichtung in Anspruch nehmen. Auch die Ansprüche auf häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe werden dahin gehend erweitert. Der Anspruch gilt für Patientinnen und Patienten, die noch nicht im Sinne der sozialen Pflegeversicherung pflegebedürftig sind und deshalb keine Pflegeleistungen beziehen können. Die neue Leistung wird von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert.

Die **Qualität der Krankenhausversorgung** spielt zukünftig eine noch größere Rolle und wird noch strenger kontrolliert und konsequent verbessert:

→ Die Verbindlichkeit der Qualitätssicherungsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) wird gestärkt. Qualitätsmängel müssen zum Schutz der Patientinnen und Patienten schnellstmöglich beseitigt werden. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung kann unangemeldet Kontrollen durchführen, wenn er Anhaltspunkte dafür hat, dass ein Krankenhaus Qualitätsvorgaben nicht beachtet.

→ Patientinnen und Patienten können sich künftig einfacher ein Bild über die Versorgungsqualität im Krankenhaus machen. Besonders wichtige Informationen des Qualitätsberichts der Krankenhäuser werden in einem gesonderten Berichtsteil zusammengefasst. Versicherte finden hier insbesondere Angaben zur Patientensicherheit in übersichtlicher Form und verständlicher Sprache. Die Qualitätsberichte müssen künftig von den Krankenhäusern – neben der Veröffentlichung auf den Portalen der Kassenverbände – auch obligatorisch auf ihren eigenen Internetseiten veröffentlicht werden.

→ Das Hygieneförderprogramm wird fortgeführt und erweitert. Dadurch können mehr Hygienefachkräfte ausgebildet und eingestellt werden. Zudem soll die Weiterbildung im Bereich Infektiologie ausgebaut werden, damit künftig mehr Fachkräfte zur Verfügung stehen.

Die Regelungen des Versorgungsstärkungsgesetzes im Überblick

Zur Gewährleistung einer besseren ärztlichen Versorgung enthält das Gesetz folgende **strukturelle Maßnahmen**:

→ Ärztinnen und Ärzte sollen dort tätig sein, wo sie für eine gute Versorgung gebraucht werden. In manchen unterversorgten Gebieten gibt es schon heute Strukturfonds als Anreiz für eine Niederlassung von Ärztinnen und Ärzten. Künftig kann ein Strukturfonds zur Sicherstellung der Versorgung in einer Region schon eingerichtet werden, wenn eine Unterversorgung droht. Ärztinnen und Ärzte, die sich in schlecht versorgten Gebieten niederlassen, erhalten dann zum Beispiel eine



Wo ist es geregelt?

§ 12 KHG Strukturfonds

§ 8 Abs. 10 KHEntgG Pflegezuschlag (ab 2017)

§ 37 Abs. 1a, § 38 Abs. 1, § 39c SGB V

Übergangspflege

§ 136a, 136b SGB V

Qualitätssicherung im Krankenhaus, Qualitätsberichte

(Siehe Kapitel IX: „Gesetzliche Grundlagen“)

bessere Vergütung. In einem überversorgten Gebiet werden Praxen künftig nur nachbesetzt, wenn dies für die Versorgung der Menschen vor Ort auch sinnvoll ist.

- Krankenhäusern wird es ermöglicht, ambulante ärztliche Versorgung zu leisten, wenn der Bedarf von niedergelassenen Ärztinnen bzw. Ärzten nicht abgedeckt werden kann.
- Die Gründungsmöglichkeiten für Medizinische Versorgungszentren (MVZ) werden weiterentwickelt. So sind nun auch arztgruppengleiche MVZ erlaubt, zum Beispiel reine Hausarzt-MVZ oder spezialisierte fachgruppengleiche MVZ. Auch den Kommunen wird die Möglichkeit eingeräumt, MVZ zu gründen und damit aktiv die Versorgung in der Region zu verbessern.

Daneben bringt das Gesetz zahlreiche allgemeine **Verbesserungen für Patientinnen und Patienten:**

- Seit Januar 2016 gibt es bundesweit Terminservicestellen, die von den Krankenkassen getragen werden. Sie sollen Versicherten mit einer Überweisung innerhalb von vier Wochen einen Termin bei einer Fachärztin bzw. einem Facharzt vermitteln.

→ Verbessert wird das Krankenhaus-Entlassmanagement: Beim Übergang von der Klinik zu niedergelassenen Ärztinnen bzw. Ärzten dürfen Krankenhausärztinnen und -ärzte künftig für einen Zeitraum von bis zu sieben Tagen Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel, Krankenhausbehandlung, häusliche Krankenpflege und Psychotherapie verordnen sowie die Arbeitsunfähigkeit bescheinigen.

→ Bei medizinischen Rehabilitationen erhalten Versicherte ein größeres Wunsch- und Wahlrecht. Sie können jetzt auch zertifizierte Reha-Einrichtungen frei wählen, die einen Versorgungsvertrag mit ihrer Krankenkasse abgeschlossen haben. Mehrkosten müssen jedoch selbst getragen werden, wenn sie nicht im Hinblick auf das gesetzliche Wunsch- und Wahlrecht nach § 9 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch angemessen sind.

→ In bestimmten Fällen haben Versicherte künftig Anspruch auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung. Für welche Krankheitsbilder die Zweitmeinung obligatorisch sein soll, wird der G-BA festlegen.



→ Der Regressanspruch von Kranken- und Pflegekassen gegenüber freiberuflichen Hebammen wird eingeschränkt.

Verbessert wird außerdem die Versorgung von **chronisch Kranken, Menschen mit Behinderungen und Pflegebedürftigen**:

→ Für chronisch Kranke werden weitere strukturierte Behandlungsprogramme entwickelt. In diesen Programmen arbeiten Ärztinnen und Ärzte verschiedener Fachrichtungen zusammen und behandeln Patientinnen bzw. Patienten nach neuesten Methoden. Derzeit gibt es Programme zum Beispiel für an Diabetes mellitus, koronarer Herzkrankheit oder chronisch obstruktiver Lungenkrankheit (COPD) Erkrankte. Der G-BA hat den Auftrag, bis Ende 2016 weitere chronische

Erkrankungen zu benennen sowie Richtlinien zur Behandlung von Rückenleiden und Depressionen zu erlassen.

→ Für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen können künftig Behandlungszentren eingerichtet werden, die auf die jeweiligen Bedürfnisse ausgerichtet sind.

→ Pflegebedürftige, Menschen mit Behinderungen und Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz erhalten Anspruch auf zusätzliche Leistungen zahnmedizinischer Prävention. Neben dem regelmäßigen Zahnarztbesuch, zum Beispiel in der Pflegeeinrichtung, haben sie künftig Anspruch auf zahnärztliche Prophylaxeleistungen und individuelle Beratung zur Mund- und Prothesenpflege.

Wo ist es geregelt?

§ 22a SGB V

Zahnprophylaxe bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung

§ 27b SGB V

Recht auf ärztliche Zweitmeinung

§ 39 Abs. 1a SGB V

Krankenhaus-Entlassmanagement

§ 75 Abs. 1a SGB V

Terminservicestellen

§ 92b SGB V

Neue Versorgungsformen (z.B. Medizinische Versorgungszentren)

§ 119c SGB V

Medizinische Behandlungszentren für Menschen mit Behinderung

§ 137f SGB V

Strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke

§ 140a SGB V

Besondere Versorgungsleistungen für Krankenhäuser

(Siehe Kapitel IX: „Gesetzliche Grundlagen“)



Vorsorge weiter stärken

Neuerungen im Rahmen des Präventionsgesetzes

Worum geht es?

Neben den Pflegestärkungsgesetzen I und II profitieren die Versicherten auch vom „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention“ (**Präventionsgesetz**). Das Gesetz setzt einen Schwerpunkt auf die Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten wie Kita, Schule, Betrieb, Kommune und Pflegeheim.

Wen betrifft es?

Alle Versicherten werden dabei unterstützt, ihre Gesundheit zu erhalten und sie zu stärken. Im Fokus stehen insbesondere Personen, die aus den unterschiedlichsten Gründen höheren gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt sind oder einen erschwerten Zugang zu Präventionsangeboten haben. Dazu können insbesondere auch ältere Menschen gehören.

Was ist neu?

Mit dem **Präventionsgesetz** vom Juli 2015 wird die Prävention vor Ort, in den alltäglichen Lebenswelten der Menschen ausgebaut und die Zusammenarbeit der Akteure verbessert. Zudem werden das Impfwesen gestärkt und die ärztlichen Früherkennungs- bzw. Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche sowie für Erwachsene präventionsorientiert weiterentwickelt.

Was heißt das praktisch?

Die Krankenkassen sind verpflichtet, Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (Primärprävention) sowie zur Förderung des gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten (Gesundheitsförderung) zu erbringen. Dieser Präventionsauftrag wurde durch das Präventionsgesetz ausgeweitet:

- Die Krankenkassen müssen einen großen Anteil ihrer Präventionsausgaben für Leistungen in Betrieben und anderen Lebenswelten verwenden (siehe Infobox).
- Sie sind verpflichtet, im Rahmen einer nationalen Präventionsstrategie mit den beteiligten Akteuren Handlungsfelder und Vorgehensweisen abzustimmen (siehe Infobox).
- Der Gemeinsame Bundesausschuss (GB-A) hat durch das Präventionsgesetz den Auftrag erhalten, die Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche sowie für Erwachsene weiterzuentwickeln. Dabei sollen die Altersgrenzen künftig flexibler gehandhabt bzw. bei den Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche ausgeweitet werden.
- Ärztinnen und Ärzte erhalten die Möglichkeit, Präventionsempfehlungen – zum Beispiel Kurse zur Bewegung, Ernährung oder Stressbewältigung – in Form einer ärztlichen Bescheinigung auszustellen und damit zum Erhalt und zur Verbesserung der Gesundheit ihrer Patientinnen und Patienten beizutragen. Die Krankenkassen müssen diese Präventionsbescheinigungen berücksichtigen.
- Schutzimpfungen gehören zu den wirksamsten vorbeugenden Maßnahmen gegen Infektionskrankheiten. Die Überprüfung des Impfstatus soll zukünftig Bestandteil aller Früherkennungs- bzw. Gesundheitsuntersuchungen von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen sein. Darüber hinaus muss bei Erstaufnahme eines Kindes in die Kita künftig eine ärztliche Impfberatung nachgewiesen werden. Auch Betriebsärztinnen und -ärzte erhalten in Zukunft die Möglichkeit, allgemeine Schutzimpfungen durchzuführen und mit den Krankenkassen abzurechnen.

**Verbesserungen für Pflegebedürftige:**

- Die soziale Pflegeversicherung erhält einen spezifischen Präventionsauftrag zur Leistungserbringung in stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen. Dabei geht es darum, gemeinsam mit den Bewohnerinnen und Bewohnern der Einrichtungen Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitsförderlichen Situation sowie der Ressourcen und Fähigkeiten zu entwickeln und ihre Umsetzung zu unterstützen. Das könnten beispielsweise Angebote sein, die auf die Förderung der Selbstständigkeit, Mobilität und auf die Eigeninitiative der Bewohnerinnen und Bewohner zielen, und solche, die soziale Kontakte innerhalb und außerhalb der Pflegeeinrichtung fördern.
- Bei der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit wird künftig immer auch ermittelt, ob krankheitsvorbeugende Präventionsleistungen angezeigt sind. Die Gutachterinnen und Gutachter des

Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) können eine Präventionsempfehlung ausstellen.

Verbesserungen für Pflegende:

- Menschen, deren Lebensumstände es nicht ermöglichen, über einen längeren Zeitraum an regelmäßigen Angeboten zur Prävention und Vorsorge teilzunehmen (beispielsweise pflegende Angehörige oder Arbeitnehmende im Schichtdienst), können diese auch in kompakter Form in Kurorten wahrnehmen. Hierfür erhöht sich der mögliche tägliche Zuschuss von der Krankenkasse für die Unterkunft und Verpflegung auf bis zu 16 Euro (bisher 13 Euro), bei chronisch kranken Kleinkindern auf bis zu 25 Euro (bisher 21 Euro).

Kurz erklärt: die nationale Präventionsstrategie

Das Präventionsgesetz trägt zu einer besseren Zusammenarbeit aller Akteure bei und soll gesundheitsförderliches Verhalten und ein gesundheitsförderliches Lebensumfeld unterstützen. Deshalb werden neben der gesetzlichen Krankenversicherung auch die gesetzliche Rentenversicherung und die gesetzliche Unfallversicherung, die Soziale Pflegeversicherung sowie die Unternehmen der privaten Krankenversicherung eingebunden. In einer Nationalen Präventionskonferenz legen diese unter Beteiligung insbesondere der Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten sowie von Bund, Ländern, den kommunalen Spitzenverbänden, der Bundesagentur für Arbeit und der Sozialpartner gemeinsame Ziele fest und verständigen sich auf ein konkretes gemeinsames Vorgehen. Zudem veröffentlichen sie

alle vier Jahre einen umfassenden Bericht über die Entwicklung der Gesundheitsförderung und Prävention.

Die Krankenkassen und Pflegekassen werden zur Umsetzung mehr als 500 Millionen Euro jährlich für Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention investieren. Der Schwerpunkt liegt dabei auf Lebenswelten wie Kita, Schule, Kommune, Betrieb und Pflegeeinrichtung mit insgesamt mindestens 300 Millionen Euro jährlich. Auch die finanzielle Unterstützung der gesundheitlichen Selbsthilfe wird erhöht – um rund 30 Millionen Euro. Für Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen stellen die Krankenkassen ab dem Jahr 2016 je versicherter Person 1,05 Euro jährlich zur Verfügung.



Wo ist es geregelt?

§ 20 SGB V Präventionsauftrag der Krankenkassen

§ 20a SGB V Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten

§§ 20d, 20e SGB V

Nationale Präventionsstrategie, Nationale Präventionskonferenz

§ 23 Abs. 2, Satz 2 SGB V in Verbindung mit

§ 20 Abs. 5, Satz 5 SGB V

Zuschuss zu wohnortfernen individuellen Vorsorge- und Präventionsleistungen

§ 25 SGB V Gesundheitsuntersuchungen für Erwachsene (sog. Check-up) zur Erfassung gesundheitlicher Risiken und zur Früherkennung von Krankheiten, Überprüfung Impfstatus, ärztliche Präventionsempfehlung

§ 26 SGB V Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche zur Früherkennung von Krankheiten und Entwicklungsstörungen, Erfassung gesundheitlicher Risiken, Überprüfung Impfstatus, ärztliche Präventionsempfehlung

§ 5 Abs. 1 SGB XI Präventionsauftrag der Pflegekassen

§ 18 Abs. 1 und 6 SGB XI

Präventionsempfehlung im Rahmen der Feststellung der Pflegebedürftigkeit

(Siehe Kapitel IX: „Gesetzliche Grundlagen“)



Entbürokratisierung der Pflegedokumentation

Informationen strukturiert sammeln – Pflege effizient planen und dokumentieren

Worum geht es?

Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und dem entsprechenden Begutachtungsverfahren, die schon lange gefordert waren, bringt das Zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II) weitreichende Verbesserungen für das Pflegesystem (siehe VI.1).

Für die Pflegepraxis in der Langzeitpflege wird gleichzeitig ein weiteres drängendes Anliegen in Angriff genommen: Schon lange wird der hohe bürokratische Aufwand im Pflegealltag beklagt. Mit der Einführung eines neuen Konzepts zur Pflegedokumentation wird jetzt Abhilfe geschaffen.

Nach Erhebungen des Statistischen Bundesamtes wenden Pflegekräfte rund 13 Prozent ihrer Arbeitszeit für die Pflegedokumentation auf. Dadurch entstehen pro Jahr Kosten in Höhe von ca. 2,7 Milliarden Euro. Künftig können die Pflegeeinrichtungen überflüssigen Dokumentationsaufwand vermeiden und somit Entlastung für die Pflegekräfte schaffen. Dadurch lässt sich wieder mehr Zeit für die eigentliche Pflege gewinnen.

Für die Entbürokratisierung der Pflegedokumentation wurde gemeinsam mit Expertinnen und Experten und Praktikerinnen und Praktikern das „Strukturmodell“ entwickelt. Nachdem es sich in einem umfassenden Praxistest bewährt hat, erfolgt seit Anfang 2015 die bundesweite Einführung. Mit dem Strukturmodell wird der Dokumentationsaufwand erheblich reduziert, ohne fachliche Qualitätsstandards zu vernachlässigen oder haftungsrechtliche Risiken aufzuwerfen.

Das Projekt wird vom Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung, Staatssekretär Karl-Josef Laumann, gemeinsam mit den Spitzenverbänden der Einrichtungs- und Kostenträger sowie der

Kommunen, den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung, dem Prüfdienst der Privaten Krankenversicherung, den Pflegeberufsverbänden sowie den Bundesländern durchgeführt.

Wen betrifft es?

Das Strukturmodell eignet sich sowohl für stationäre als auch für ambulante Pflegeeinrichtungen der Langzeitpflege. Von der Einführung profitieren Pflegekräfte und Pflegebedürftige gleichermaßen, weil durch den Abbau von unnötigem Dokumentationsaufwand mehr Zeit für die unmittelbare Pflege und Betreuung zur Verfügung steht. Interessierte ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen sollten sich als Teilnehmer der Implementierung registrieren lassen. Seit Beginn der Implementierung machen bundesweit bereits über 8.500 Pflegeeinrichtungen mit, das heißt mehr als ein Drittel aller Einrichtungen (Stand: Februar 2016). Der Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung hat zur Unterstützung dieses Prozesses eigens ein Projektbüro eingerichtet. Auf der Website des Projektbüros www.ein-step.de finden Sie alle weiterführenden Informationen.

Was ist neu?

- Die Dokumentationspraxis wird auf einen vierstufigen Pflegeprozess und eine systematische Berücksichtigung der persönlichen Perspektiven der Pflegebedürftigen ausgerichtet.
- Den Einstieg in den Pflegeprozess bildet die neue **Strukturierte Informationssammlung (SIS)**. In der SIS werden die Wünsche der Pflegebedürftigen, die Beurteilung der Pflege- und Betreuungsbedarfe durch die Pflegefachkraft sowie die individuellen pflegerelevanten Risiken dokumentiert.



- Die fachliche Beurteilung zur Einschätzung der Pflege- und Betreuungssituation erfolgt anhand von fünf Themenfeldern, in die sich nach Ergebnissen der Pflegeforschung alle relevanten Hilfe- und Pflegebedarfe einordnen lassen.
- Die Benennung dieser Themenfelder nimmt bewusst Bezug auf die Module des Neuen Begutachtungsassessments (NBA), um die Orientierung der Pflegeeinrichtungen auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff zu unterstützen. Die Erfassung des individuellen Pflege- und Betreuungsbedarfs im Rahmen des Pflegeprozesses nimmt jedoch eine breitere Perspektive ein als die Begutachtung.
- Das sechste Themenfeld gilt im ambulanten Sektor der Pflegeorganisation in Absprache mit der Familie („Haushaltsführung“), im stationären Bereich liegt der Schwerpunkt auf Aspekten einer individuellen Wohnsituation („Wohnen/Häuslichkeit“).
- Aus den in der SIS dokumentierten Erkenntnissen ergeben sich im nächsten Schritt die Maßnahmenplanung sowie die Festlegung von Evaluationsdaten.
- Im Berichtsblatt werden vor allem auftretende Abweichungen von der geplanten grundpflegerischen Versorgung und Betreuung dokumentiert – dadurch wird nicht nur „Schreibaufwand“ gespart, sondern tatsächlich relevante akute Veränderungen können schneller erkannt werden.
- In der Folge kann in der stationären Pflege auf die Einzeldokumentation von wiederkehrenden Abläufen der Grundpflege und Betreuung verzichtet werden, sofern diese im Qualitäts-handbuch beschrieben sind.
- An die Stelle von schematischen Dokumentationsroutinen setzt das Konzept des Strukturmodells auf die fachliche Kompetenz der Pflegenden.

Was heißt das praktisch?

Zum Strukturmodell mit seinen vier Elementen stehen eine Reihe von schriftlichen Darstellungen und Zusammenfassungen auf der Website des Implementierungsprojekts www.ein-step.de zur Verfügung.

Strukturmodell Dokumentationssysteme



Quelle: Der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigter für Pflege (2015): Anforderungsprofil für die Abbildung des Strukturmodells in Dokumentationssystemen



Andreas Reeg

Weniger Bürokratie: Die effiziente Dokumentation der Pflegetätigkeit ist für die Qualitätssicherung wichtig.

Die Umstellung von der bestehenden Dokumentationspraxis auf das Strukturmodell geht in den meisten Fällen mit Veränderungen wichtiger Steuerungs- und Kommunikationsprozesse in den Pflegeeinrichtungen einher. Die bisherigen Praxiserfahrungen zeigen, dass Einrichtungen leichter zum Ziel kommen, wenn sie auf eine qualifizierte Schulung und Begleitung zurückgreifen können. Das Projektbüro des Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung hat deshalb in Zusammenarbeit mit den Verbänden über 650 Multiplikatoren der Trägerverbände und Prüfinstanzen geschult. Die Einführung des Strukturmodells wird auf Bundes- sowie auf Landesebene von gemeinsamen Koordinierungsgremien der beteiligten Partner begleitet.

Für eine reibungslose Einführung des Strukturmodells können Pflegeeinrichtungen umfangreiche Unterstützungsangebote nutzen:

→ Das schriftliche Informationsmaterial auf www.ein-step.de ermöglicht eine erste Orientierung zum Strukturmodell, zu den Voraussetzungen für die Umsetzung – aber auch zu pflegefachlichen und juristischen Fragen im Detail.

→ Pflegeeinrichtungen, die sich für eine Einführung des Strukturmodells entscheiden, sollten sich auf der Website des Projekts als Teilnehmer registrieren – auch wenn die Umsetzung nicht sofort erfolgt, sondern erst im Laufe der kommenden Monate geplant ist.

→ Mit der Anmeldung erhält die Pflegeeinrichtung die vom Projektbüro entwickelten speziellen Schulungsunterlagen einschließlich eines exemplarischen Projektplans.

→ Darüber hinaus unterstützt der jeweilige Verband durch eigens geschulte Multiplikatoren bei der weiteren Umsetzung. Die Verbände haben dafür eigene Programme aufgelegt, die Schulungen, regionale Reflexionstreffen und Beratungsangebote beinhalten.

Die Umstellung auf das Strukturmodell darf nicht mit der Einführung neuer Formulare verwechselt werden. Sie bedeutet eine umfassende Neuausrichtung der bisherigen Dokumentationspraxis. Die Verantwortlichen in der Einrichtung müssen den Prozess aktiv begleiten und sich darauf einstellen, dass zum Beispiel bisherige Verfahrensanweisungen und das Qualitätshandbuch schrittweise überarbeitet und angepasst werden. Das



Thema Pflegedokumentation betrifft fast alle Funktionen und Beschäftigten in den Einrichtungen. Für den Erfolg ist es entscheidend, dass alle Beteiligten durch transparente Kommunikation und interne Fortbildungen in den Prozess einbezogen werden.

Zusammenfassend ergeben sich durch die Entbürokratisierung der Pflegedokumentation neue Perspektiven:

- Entlastung und Motivationssteigerung der Pflegekräfte durch eine schlanke Pflegedokumentation, die fachlichen Kriterien standhält und gleichzeitig übersichtlich, praxistauglich und zeitschonend ist
- Mehr Zeit für die direkte Pflege und Betreuung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen
- Impulse zur Gesundheitsförderung, weil die Pflegedokumentation die Kompetenz der Pflegekräfte stärkt und nicht mehr zusätzlicher Belastungsfaktor im beruflichen Alltag ist

Wo wird es geregelt?

Dem Strukturmodell wurde 2014 durch einen Beschluss der Vertragspartner nach **§ 113 SGB XI** bescheinigt, dass es mit den geltenden „Maßstäben und Grundsätzen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität“ (**§ 113 SGB XI**) sowie mit den Qualitätsprüfrichtlinien (QPR) des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen vereinbart ist.

Das bedeutet konkret, dass es sich bei dem Strukturmodell um „[...] eine praxistaugliche, den Pflegeprozess unterstützende und die Pflegequalität fördernde Pflegedokumentation [...]“ handelt, die „[...] über ein für die Pflegeeinrichtung vertretbares und wirtschaftliches Maß [...]“ nicht hinausgeht (**§ 113 Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB XI**).

Darüber hinaus gibt es in landesrechtlichen Regelungen Hinweise zur Gestaltung der Pflegedokumentation. Auch diese Regelungen stehen einer Einführung des Strukturmodells nicht entgegen.

Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherungen sowie die Länder unterstützen das Projekt vorbehaltlos und haben ein umfangreiches, vom Projektbüro des Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung unterstütztes Schulungsprogramm für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Prüfinstanzen (MDK, Heimaufsichten) aufgelegt.

Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz wurde außerdem gesetzlich klargestellt, dass aufgrund des Strukturmodells erreichte Zeiteinsparungen in den Vergütungsverhandlungen nicht von den Kostenträgern gegengerechnet werden dürfen, sondern der Arbeitsverdichtung entgegenwirken sollen (**§ 113 Absatz 1 Satz 6 SGB XI**).



Ansichtsexemplare der SIS-Bögen für ambulante wie stationäre Pflege finden Sie auf den folgenden Seiten.

SIS – ambulant –

Strukturierte Informationssammlung

Name der pflegebedürftigen Person

Geburtsdatum

Gespräch am/Handzeichen Pflegefachkraft

pflegebedürftige Person/Angehöriger/Betreuer

Was bewegt Sie im Augenblick? Was brauchen Sie? Was können wir für Sie tun?

Themenfeld 1 – kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Themenfeld 2 – Mobilität und Beweglichkeit

Themenfeld 3 – krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen

Ansichtsexemplar

Was bewegt Sie im Augenblick? Was brauchen Sie? Was können wir für Sie tun?

Themenfeld 1 – kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Themenfeld 2 – Mobilität und Beweglichkeit

Themenfeld 3 – krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen

Ansichtsexemplar

Themenfeld 4 – Selbstversorgung

Name der pflegebedürftigen Person _____

Geburtsdatum _____

Gespräch am/Handzeichen Pflegefachkraft _____

pflegebedürftige Person/Angehöriger/Betreuer _____

Themenfeld 5 – Leben in sozialen Beziehungen

Themenfeld 6 – Wohnen/Häuslichkeit

Erste fachliche Einschätzung der für die Pflege und Betreuung relevanten Risiken und Phänomene

	Dekubitus		Sturz		Inkontinenz		Schmerz		Ernährung		Sonstiges	
	ja	nein	weitere Einschätzung notwendig	ja	nein	weitere Einschätzung notwendig	ja	nein	weitere Einschätzung notwendig	ja	nein	weitere Einschätzung notwendig
1. kognitive und kommunikative Fähigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mobilität und Beweglichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Selbstversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Leben in sozialen Beziehungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



NBA-Wissen kompakt

Die Pflegebegutachtung – Selbständigkeit erfassen

Worum geht es?

Die Pflegebegutachtung verändert sich! Im Zentrum der neuen Regelungen stehen Aktivitäten und Lebensbereiche, die jeden Menschen jeden Tag betreffen. Dabei wird der Grad der Selbständigkeit abgebildet. Mit dem „Neuen Begutachtungsassessment“ (NBA) gibt es ab 2017 ein neues Begutachtungsinstrument, mit dem der individuelle Grad der Beeinträchtigung der Selbständigkeit gemessen wird. Bei der Einstufung in die neuen Pflegegrade wird bewertet, ob die antragstellende Person den Alltag selbständig meistern kann. Wer noch sehr selbständig ist, wird niedriger eingestuft als jemand, der auf Unterstützung durch eine helfende Person angewiesen ist. Dabei werden die Auswirkungen psychisch-kognitiver und körperlicher Beeinträchtigungen gleichermaßen berücksichtigt. Am Ende soll ein möglichst umfassendes Bild der pflegebedürftigen Person stehen.

Mit dem neuen Pflegegrad 1 können auch Personen, die nur geringfügig eingeschränkt sind, Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen. Durch die frühzeitige Einbeziehung von Pflegeberatung und z. B. die Inanspruchnahme von Entlastungsleistungen kann ggfs. einer Verschlechterung vorgebeugt werden.

Wie wird begutachtet?

- Die Gutachterinnen und Gutachter sind ausgebildete Pflegefachkräfte und Ärztinnen bzw. Ärzte, die vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK), vom sozialmedizinischen Dienst der Knappschaft (SMD) oder vom Medizinischen Dienst der privaten Kranken- und Pflegeversicherungen (Medicproof) beauftragt werden.
- Die Gutachterin oder der Gutachter macht sich im Rahmen des Hausbesuches ein Bild von der Selbständigkeit und den Fähigkeiten, der aktuellen Versorgungssituation und dem Wohnbereich der Antragstellerin oder des Antragstellers. Die Versorgungssituation wird erfragt und der Wohnbereich wird angesehen.
- Im Gutachten wird auch festgehalten, ob Hilfsmittel vorhanden sind und die Antragstellerin oder der Antragsteller damit umgehen kann.
- In den Modulen **Mobilität, Selbstversorgung und Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte** ist gutachterlich zu beurteilen, inwieweit die Person wesentliche Aktivitäten aus dem jeweiligen Lebensbereich selbständig durchführen kann.
- Die Beurteilung in Modul 2 **Kognitive und kommunikative Fähigkeiten** bezieht sich darauf, ob die Fähigkeiten vorhanden bzw. nicht vorhanden sind.
- In Modul 3 **Verhaltensweisen und psychische Problemlagen** ist zu erheben, wie häufig Ereignisse mit personellem Unterstützungsbedarf auftreten.
- In Modul 5 kommt es auf die Häufigkeit der Hilfe bei der **Bewältigung von und dem selbständigen Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen** an.



Wie wird bewertet?

- Je nach Ausprägung der Beeinträchtigung wird bei jedem Kriterium ein Punktwert ermittelt.
- Aus der Summe der Einzelpunkte wird für jedes Modul ein gewichteter Punktwert ermittelt, der den Schweregrad der Beeinträchtigungen im jeweiligen Modul abbildet.
- Jedem Punktbereich werden gewichtete Punktwerte zugeordnet.
- Die gewichteten Punktwerte aus den Modulen werden zu einem Gesamtwert addiert. Die Skala dafür liegt zwischen 0 und 100 Punkten. Daraus ergibt sich der Pflegegrad. Ab 12,5 Punkten erfolgt beispielsweise die Einordnung in den Pflegegrad 1. Mithilfe der Summe der gewichteten Modulpunkte lässt sich der Pflegegrad aus der unteren Tabelle ablesen.

Von den gewichteten Modulpunkten zum Pflegegrad

Gewichtet	Ab 12,5–27	Ab 27–47,5	Ab 47,5–70	Ab 70–90	Ab 90–100
Pflegegrad	1	2	3	4	5

Kurz erklärt: Was ist mit Selbständigkeit gemeint?

Die Bewertung in den einzelnen Modulen erfolgt anhand einer vierstufigen Skala. In den meisten Modulen umfasst sie die Ausprägungen:

0 = selbständig

Die Person kann die Aktivität ohne eine helfende Person durchführen. Das gilt auch, wenn sie Hilfsmittel benötigt oder die Tätigkeit nur langsam ausführen kann.

1 = überwiegend selbständig

Die Person kann den größten Teil der Aktivität selbständig durchführen. Für die Pflegeperson besteht nur ein geringer Aufwand.

2 = überwiegend unselbständig

Die Person kann die Aktivität nur zu einem geringen Anteil selbständig durchführen, eine Beteiligung ist aber möglich.

3 = unselbständig

Die Person kann die Aktivität in der Regel nicht selbständig durchführen beziehungsweise steuern, auch nicht in Teilen. Es sind kaum oder keine Ressourcen vorhanden. Auch Motivation, Anleitung und ständige Beaufsichtigung reichen nicht aus.



Reha vor Pflege und Beratung

Worum geht es?

Im Rahmen der Begutachtung mit dem neuen Begutachtungsinstrument geht es nicht nur um die Feststellung des Pflegegrades. Die Gutachterinnen und Gutachter geben auch Empfehlungen zu präventiven und rehabilitativen Maßnahmen. Im Mittelpunkt steht dabei die individuelle Situation der pflegebedürftigen Person. Wie kommt sie in ihrem Alltag zurecht? Gibt es Hilfsmittel, die ihr das Leben erleichtern können? Kann das Wohnumfeld verbessert werden? Um eine Verschlimmerung der Krankheit zu verhindern, können direkt im Gutachten Rehabilitationsmaßnahmen und präventive Maßnahmen empfohlen und von der Pflegekasse eingeleitet werden. Das ist eine Vereinfachung für die Pflegebedürftigen.

Wie wird begutachtet?

→ Mit § 31 des SGB XI wird den Pflegekassen zur Aufgabe gemacht, die Möglichkeit von Rehabilitationsmaßnahmen zu prüfen.

→ Beim Hausbesuch überprüft die Gutachterin oder der Gutachter nicht nur die individuellen Fähigkeiten, sondern auch, ob durch Rehabilitationsmaßnahmen eine Verminderung der Beeinträchtigungen erreicht oder eine Verschlimmerung verhindert werden kann.

→ Rehabilitationsmaßnahmen können empfohlen werden, wenn folgende Kriterien erfüllt sind:

- Rehabilitationsfähigkeit,
- Rehabilitationsbedürftigkeit,
- realistische, für die Versicherte bzw. den Versicherten alltagsrelevante Rehabilitationsziele und
- eine positive Rehabilitationsprognose.

→ Die im Gutachten empfohlenen Hilfsmittel werden mit Zustimmung der bzw. des Versicherten direkt als Antrag für Hilfsmittel gewertet.

Wie sieht ein typisches Fallbeispiel aus?

Heinz Schneider ist 65 Jahre alt und hat seit fünf Jahren Parkinson. Petra Fischer ist Gutachterin und besucht Herrn Schneider in seiner Wohnung für eine Erstbegutachtung.

Herr Schneider öffnet die Tür und begrüßt Frau Fischer freundlich. Er bittet sie einzutreten und geht – langsam und auf einen Stock gestützt – in die Wohnung. Gemeinsam betreten sie das Wohnzimmer, in dem Ursula Schneider auf ihren Mann und Frau Fischer wartet. Auf dem Tisch liegen, wie vorab besprochen, die Unterlagen, die den bisherigen Krankheitsverlauf und die aktuelle Pflegesituation dokumentieren. Beim Kaffee unterhalten sich die drei über Heinz Schneiders Erkrankung und die Lebensumstände der Schneiders. Frau Fischer lässt das Ehepaar zunächst berichten und stellt dann Nachfragen. Im Anschluss lässt sie sich in der

Wohnung einige Alltagsverrichtungen zeigen. Nach ungefähr einer Stunde verabschiedet sie sich von Familie Schneider.

Frau Fischer kann viele Punkte ihres umfangreichen Begutachtungsbogens abhaken, ohne konkrete Fragen stellen zu müssen. Bereits bei der Begrüßung ist ihr aufgefallen, dass Herr Schneider selbständig zur Tür gehen kann und ihr die Hand schüttelt; er kann – wenn auch unter Zittern – einen Löffel halten und sich Zucker in den Kaffee geben. Im Gespräch erfährt sie viel über den Alltag der Schneiders.

Der Hausbesuch ermöglicht Frau Fischer einen sensiblen Umgang mit den pflegerelevanten Themen. Familie Schneider bietet der Besuch die Möglichkeit, ihre Fragen zu stellen und Unsicherheiten zu klären.



Modul 1: Mobilität

Worum geht es?

Im ersten Modul des Begutachtungsinstruments **Mobilität** werden ausschließlich die motorischen Fähigkeiten der Person begutachtet. Die Gutachterin oder der Gutachter wird verschiedene Funktionsprüfungen durchführen, etwa um zu beurteilen, ob die Person allein aufstehen, sich umsetzen oder gehen kann. Dabei geht es nur um die körperlichen Aspekte wie Kraft, Balance und Koordination. Können die Bewegungen eigentlich ausgeführt werden, sind aber nicht zielgerichtet, fließt dies nicht in das erste Modul ein. Hier werden demnach nicht die Folgen kognitiver Beeinträchtigungen auf Planung, Steuerung und Durchführung motorischer Handlungen abgebildet.

Wie wird begutachtet?

- In Modul 1 geht es um die Mobilität der pflegebedürftigen Person. Kann sie ohne personelle Unterstützung eine bestimmte Körperhaltung einnehmen und wechseln und sich eigenständig fortbewegen?
- Bei einem Hausbesuch kann sich die Gutachterin oder der Gutachter vom Zustand der pflegebedürftigen Person überzeugen.
- Für die Bewertung der motorischen Fähigkeiten ist es unerheblich, ob sie im Alltag der versicherten Person eine Rolle spielen, beispielsweise ob Treppen tatsächlich bewältigt werden müssen.
- Es können auch Hilfsmittel eingesetzt werden. Ist die antragstellende Person in der Lage, die jeweilige Tätigkeit mit Hilfsmitteln ohne personelle Unterstützung auszuführen, gilt sie als selbständig.

Zudem trifft die Gutachterin oder der Gutachter Feststellungen darüber, ob eine besondere Bedarfskonstellation vorliegt, also ob eine Gebrauchsunfähigkeit beider Arme und beider Beine vorliegt. Ist dies der Fall, wird die versicherte Person unabhängig vom Erreichen des Schwellenwertes von 90 Punkten dem Pflegegrad 5 zugeordnet.

Das Modul im Überblick

Kriterien

- 1.1 Positionswechsel im Bett
- 1.2 Halten einer stabilen Sitzposition
- 1.3 Umsetzen
- 1.4 Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs
- 1.5 Treppensteigen

Die vierstufige Skala in Modul 1 reicht von 0 (selbständig) über 1 (überwiegend selbständig), 2 (überwiegend unselbständig) bis 3 (unselbständig).



Modulbewertung

Schweregrad der Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten	Summe der Einzelpunkte Modul 1	Gewichtete Modulpunkte Modul 1
Keine	0-1	0
Geringe	2-3	2,5
Erhebliche	4-5	5
Schwere	6-9	7,5
Schwerste	10-15	10

Das Modul fließt mit 10% in die Berechnung des Pflegegrades ein.

Wie sieht ein typisches Fallbeispiel aus?

Renate Becker ist 50 Jahre alt und an multipler Sklerose erkrankt. Vor 15 Jahren hatte sie ihren ersten Schub. Als die Gutachterin Petra Fischer sie besucht, ist sie seit einem halben Jahr schubfrei; doch die Krankheit hat Spuren hinterlassen. Frau Becker leidet unter Tremor und Lähmungen im Bein.

Frau Becker und ihr Mann führen Frau Fischer durch das Einfamilienhaus. Renate Becker bewegt sich etwas unsicher und geht auf einen Stock gestützt, aber allein. Nur an der

Treppe wartet sie auf ihren Mann, der sie beim Treppensteigen stützen muss. Frau Fischer kreuzt deshalb im Kriterium 1.5 *überwiegend unselbständig* an. Sie hätte das Treppensteigen auch bewertet, wenn im Haus gar keine Treppe vorhanden gewesen wäre. Bei den anderen Kriterien ist Frau Becker selbständig.

Frau Becker hat 2 Einzelpunkte in Modul 1. In die Gesamtwertung fließt das erste Modul daher mit 2,5 gewichteten Modulpunkten ein.



Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Worum geht es?

Während es in Modul 1 ausschließlich um motorische, also körperliche Fähigkeiten geht, werden im zweiten Modul kognitive und kommunikative Fähigkeiten begutachtet. Zum einen geht es um kognitive Funktionen und Aktivitäten, wie beispielsweise das Erkennen, Entscheiden oder Steuern, und nicht um die motorische Umsetzung. Ist die Person in der Lage, sich mit der Umwelt auszutauschen: Kann der Mensch mit seinen Mitmenschen kommunizieren? Erkennt er sie? Kann er sich räumlich und zeitlich orientieren und – wichtig für die Alltagsbewältigung – kann er Situationen bewerten, Gefahren erkennen und Bedürfnisse kommunizieren?

Wie wird begutachtet?

- In Modul 2 geht es unter anderem um die Fähigkeiten, sich räumlich und zeitlich zu orientieren, sich zu beteiligen und eigene Alltagsentscheidungen zu treffen.
- Beim Hausbesuch wird sich die Gutachterin oder der Gutachter ein Bild von den geistigen Fähigkeiten des Gegenübers machen.
- Da das Thema eine hohe Sensibilität erfordert, wird sie oder er dabei behutsam vorgehen und insbesondere im Gespräch feststellen, welche Fähigkeiten vorhanden sind und wo möglicherweise eine Beeinträchtigung vorliegt.
- Die Bewertungsskala in Modul 2 verwendet eine vergleichbare Abstufung wie in den anderen Modulen, sie bewertet aber nicht Selbständigkeit, sondern das Vorhandensein einer Fähigkeit.

Das Modul im Überblick

Kriterien

- 2.1 Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld
- 2.2 Örtliche Orientierung
- 2.3 Zeitliche Orientierung
- 2.4 Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen
- 2.5 Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen
- 2.6 Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben
- 2.7 Verstehen von Sachverhalten und Informationen
- 2.8 Erkennen von Risiken und Gefahren
- 2.9 Mitteilen von elementaren Bedürfnissen
- 2.10 Verstehen von Aufforderungen
- 2.11 Beteiligen an einem Gespräch



Modulbewertung

Schweregrad der Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten	Summe der Einzelpunkte Modul 2	Summe der Einzelpunkte Modul 3	Gewichtete Punkte Modul 2/3
Keine	0–1	0	0
Geringe	2–5	1–2	3,75
Erhebliche	6–10	3–4	7,5
Schwere	11–16	5–6	11,25
Schwerste	17–33	7–65	15

Aus den Modulen 2 und 3 fließt immer nur der jeweils höhere gewichtete Punktwert mit 15 % in die Berechnung des Pflegegrades ein.

Bewertungssystem Modul 2

Das Bewertungssystem ist ähnlich wie in den anderen Modulen, allerdings wird in Modul 2 keine Aktivität, sondern eine geistige Funktion beurteilt. Das Ergebnis wird – je nach Ausprägung – in einer Bewertungsskala folgendermaßen abgebildet:

Eine Fähigkeit ist

→ **vorhanden/unbeeinträchtigt (0)**,

wenn die Fähigkeit (nahezu) vollständig vorhanden ist.

→ **größtenteils vorhanden (1)**,

die Fähigkeit ist überwiegend (die meiste Zeit über, in den meisten Situationen), aber nicht durchgängig vorhanden. Die Person hat Schwierigkeiten, höhere oder komplexere Anforderungen zu bewältigen, beispielsweise, wenn im Rahmen von Alltagsroutinen oder in zuvor besprochenen Situationen Entscheidungen

getroffen werden können, die Person aber Schwierigkeiten in unbekanntem Situationen hat.

→ **in geringem Maße vorhanden (2)**,

die Fähigkeit ist stark beeinträchtigt, aber erkennbar vorhanden. Die Person hat häufig oder in vielen Situationen Schwierigkeiten. Sie kann nur geringe Anforderungen bewältigen. Es sind Ressourcen vorhanden, etwa wenn die Person zwar Entscheidungen trifft, diese aber meist nicht geeignet sind, ein bestimmtes Ziel zu erreichen.

→ **nicht vorhanden (3)**,

die Fähigkeit ist nicht oder nur in sehr geringem Maße (sehr selten) vorhanden. Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn die Person Entscheidungen auch mit Unterstützung nicht mehr oder nur selten treffen kann.



Wie sieht ein typisches Fallbeispiel aus?

Die Gutachterin Petra Fischer kommt heute zu Maria Meyer, 78 Jahre alt, die an Demenz erkrankt ist. Frau Meyer lebt allein. Als Frau Fischer das Grundstück des kleinen Einfamilienhauses betritt, kommt Frau Meyer zur Tür. Sie öffnet und begrüßt die Nachbarin, die im Vorgarten Blumen gießt. Während sie an der Küche vorbeilaufen, sieht Frau Fischer, dass ein kleiner Fernseher auf der Arbeitsplatte steht, in dem gerade Nachrichten laufen. Im Gespräch unterhalten sich die beiden über die Krankheit und zurückliegende Arztbesuche. Frau Fischer stellt aber auch Fragen nach dem verstorbenen Wolfgang Meyer, der Hochzeit und den Enkeln.

Frau Meyer ist noch gut in der Lage, ihre unmittelbaren Bedürfnisse zu kommunizieren. Sie versteht Aufforderungen und kann die alltäglichen Entscheidungen selbst treffen. Bei der zeitlichen und räumlichen

Orientierung hat sie hingegen Probleme. Je weiter die Dinge zurückliegen, desto leichter fällt es ihr, die Ereignisse in eine Chronologie zu bringen, auf die Frage, wen sie gerade begrüßt habe oder was im Fernsehen lief, als Frau Fischer kam, antwortet sie ausweichend. Frau Fischer zeigt auf die Nachbarin, die durchs Fenster zu sehen ist. Frau Meyer kann sich nicht erinnern, wer das ist. Die meisten Fähigkeiten von Frau Meyer in Modul 2 sind **unbeeinträchtigt**. Das Erkennen von Personen, Verstehen von Sachverhalten und Information und die örtliche und zeitliche Orientierung sind jedoch nur **größtenteils vorhanden**.

Frau Meyer hat 4 Einzelpunkte in Modul 2, in Modul 3 hat sie keine Einzelpunkte. In die Gesamtwertung fließen die Module 2 und 3 daher mit 3,75 gewichteten Modulpunkten ein.



Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Worum geht es?

In Modul 3 erfasst die Gutachterin oder der Gutachter, ob und mit welcher Häufigkeit die pflegebedürftige Person Verhaltensweisen und psychische Problemlagen zeigt, die als Folge von Gesundheitsproblemen immer wieder auftreten. Verhaltensauffälligkeiten können als Folge von äußeren Einflüssen oder als Begleitsymptome anderer Erkrankungen auftreten. Bei der Einschätzung geht es vor allem um die Frage, inwieweit die Person ihr Verhalten ohne personelle Unterstützung steuern kann. Die Gutachterin oder der Gutachter bewertet dabei nicht nur den aktuellen Zustand, sondern muss hier auch die Angaben der Pflegepersonen zu den Verhaltensauffälligkeiten in den letzten Wochen und Monaten einbeziehen.

Wie wird begutachtet?

- In Modul 3 geht es um Selbststeuerung. Gibt es Auffälligkeiten? Schädigt der Mensch sich oder andere durch Aggression, ist er depressiv oder leidet unter Ängsten?
- Auch Aggressionen sind psychische Problemlagen, sie können sowohl verbal als auch nonverbal auftreten.
- Wichtig für die Begutachtung und die anschließende Bewertung ist immer, ob aufgrund der Verhaltensweisen personelle Unterstützung erforderlich ist.
- Auch in diesem Modul wird eine vierstufige Bewertungsskala verwendet. Bewertet wird die Häufigkeit des Auftretens von Symptomen mit personellem Unterstützungsbedarf.

Das Modul im Überblick

Kriterien

- 3.1 Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten
- 3.2 Nächtliche Unruhe
- 3.3 Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten
- 3.4 Beschädigen von Gegenständen
- 3.5 Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen
- 3.6 Verbale Aggression
- 3.7 Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten
- 3.8 Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen
- 3.9 Wahnvorstellungen
- 3.10 Ängste
- 3.11 Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage
- 3.12 Sozial inadäquate Verhaltensweisen
- 3.13 Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen

Die vierstufige Skala reicht von nie oder sehr selten vorkommenden (0) bis zu täglichem (5) Auftreten. Als selten (1) wird eine Auffälligkeit, die nur ein- bis dreimal innerhalb von zwei Wochen auftritt, bewertet, als häufig (3) gelten Verhaltensweisen, die zwei- bis mehrmals wöchentlich auftreten.



Modulbewertung

Schweregrad der Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten	Summe der Einzel-punkte Modul 2	Summe der Einzel-punkte Modul 3	Gewichtete Punkte Modul 2/3
Keine	0–1	0	0
Geringe	2–5	1–2	3,75
Erhebliche	6–10	3–4	7,5
Schwere	11–16	5–6	11,25
Schwerste	17–33	7–65	15

Aus den Modulen 2 und 3 fließt immer nur der jeweils höhere gewichtete Punktwert mit 15 % in die Berechnung des Pflegegrades ein.

Wie sieht ein typisches Fallbeispiel aus?

Maria Wagner ist 72 Jahre alt und an Demenz erkrankt. Sie kann ihren Alltag mit der Hilfe ihres Mannes Jürgen noch gut bewältigen. Im Gespräch zeigt Frau Wagner selbst keine Auffälligkeiten. Erst durch den Mann Jürgen Wagner erfährt die Gutachterin Petra Fischer, dass Frau Wagner sich außerhalb des Hauses nicht mehr auskennt. Er berichtet außerdem von verbalen Aggressionen und aggressivem Verhalten den Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegekräften gegenüber, welches durch beruhigende Ansprache unterbrochen werden kann. Frau Fischer könnte das Verhalten als **Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen** einordnen. Da es

sich aber nicht nur gegen Pflegekräfte richtet, sondern generell vorkommt, ordnet sie es als verbale Aggression ein. Auch wenn Herr Wagner unter dem aggressiven Verhalten leidet, kommt es glücklicherweise nicht wöchentlich vor und wird von Frau Fischer deshalb als selten eingestuft.

Frau Wagner hat in der Summe 1 Punkt in Modul 3 und ebenfalls 1 Punkt in Modul 2. Gewertet wird hier nur das Modul mit den höheren gewichteten Modulpunkten, in diesem Fall also Modul 3 mit 3,75 gewichteten Modulpunkten.



Modul 4: Selbstversorgung

Worum geht es?

Wer sich selbst versorgt, muss sich selbst anziehen und selbständig essen und trinken können. Auch die Körperpflege darf nicht zu kurz kommen. In Modul 4 wird begutachtet, ob die Person die anfallenden pflegerischen Tätigkeiten praktisch durchführen kann.

Wie wird begutachtet?

- In Modul 4 bewertet die Gutachterin oder der Gutachter die Fähigkeit zur selbständigen Körperpflege, die Fähigkeit, selbst zu essen und zu trinken und auf die Toilette zu gehen. Es muss bewertet werden, ob die untersuchte Person die jeweilige Aktivität praktisch durchführen kann. Dabei ist es unerheblich, ob die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit aufgrund von Schädigungen somatischer oder mentaler Funktionen bestehen oder ob Teilaspekte bereits in anderen Modulen berücksichtigt worden sind.
- Im Vorfeld wird erhoben, ob Besonderheiten wie Sondenernährung, Harn- oder Stuhlinkontinenz bestehen.
- Zur Körperpflege im Bereich des Kopfes gehören das Kämmen, Rasieren und Zähneputzen. Die Gutachterin oder der Gutachter bezieht bei der Begutachtung auch mit ein, ob Zahnprothesen selbst gereinigt werden können.
- Zur Selbstversorgung gehört auch das Anziehen; die Fähigkeit zur Auswahl situationsgerechter Kleidung hingegen wird in Modul 2 begutachtet.
- Die Ernährung wird in die Bestandteile **Mundgerechte Zubereitung und Eingießen von Getränken** und **Essen** und **Trinken** aufgeteilt und getrennt beurteilt. Diese Aktivitäten werden auch bewertet, wenn die Person über eine Sonde ernährt wird. Es wird dann festgehalten, ob die Person zusätzlich zur Sondenernährung noch isst und trinkt.

- Zum Toilettengang zählen sämtliche Verrichtungen, die damit im Zusammenhang stehen, also auch das Hinsetzen und Aufstehen und Richten der Bekleidung.
- Der Umgang mit Inkontinenzprodukten wird ebenfalls in Modul 4 begutachtet. Dazu gehören auch das Leeren von Urin- oder Stomabeuteln. Die Versorgung und Pflege eines Stomas hingegen wird in Modul 5 berücksichtigt.
- Die Selbständigkeit in diesem Modul wird mittels einer vierstufigen Skala bewertet.

Das Modul im Überblick

Kriterien

- 4.1 Waschen des vorderen Oberkörpers
- 4.2 Körperpflege im Bereich des Kopfes
- 4.3 Waschen des Intimbereichs
- 4.4 Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare
- 4.5 An- und Auskleiden des Oberkörpers
- 4.6 An- und Auskleiden des Unterkörpers
- 4.7 Mundgerechte Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken
- 4.8 Essen
- 4.9 Trinken
- 4.10 Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls
- 4.11 Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter/Urostoma



4.12 Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma

4.13 Ernährung parenteral oder über Sonde

Die vierstufige Bewertungsskala in Modul 4 reicht von 0 (selbständig) über 1 (überwiegend selbständig), 2 (überwiegend unselbständig) bis 3

(unselbständig). Das Kriterium 8 Essen zählt dreifach, die Kriterien 9 Trinken und 10 Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls zählen doppelt. Kriterium 13 Ernährung parenteral oder über Sonde wird bei nicht regelmäßiger oder nicht dauerhafter Versorgung mit 0 Punkten bewertet, bei ausschließlicher Sondenernährung mit 3, bei zusätzlicher mit 6 Punkten.

Modulbewertung

Schweregrad der Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten	Summe der Einzelpunkte Modul 4	Gewichtete Modulpunkte Modul 4
Keine	0–2	0
Geringe	3–7	10
Erhebliche	8–18	20
Schwere	19–36	30
Schwerste	37–54	40

Das Modul fließt mit 40 % in die Berechnung des Pflegegrades ein.

Wie sieht ein typisches Fallbeispiel aus?

Nach einem Schlaganfall ist Werner Maier (75 Jahre) eingeschränkt. Die Gutachterin Frau Fischer beobachtet bei ihrem Besuch, dass er zwar isst und trinkt, seine Frau ihn aber häufig dazu ermutigen muss und auch das Essen für ihn schneidet und ihm Getränke einschenkt. Sie berichtet, dass er auch im Bad Hilfe braucht. Frau Fischer lässt sich die Zahnpflege zeigen. Renate Maier reicht ihrem Mann die Zahnbürste und zeigt ihm, was er tun soll. Mit dieser Demonstration ist er in der Lage, sich selbst die Zähne zu putzen. Frau Fischer notiert sich, dass Herr Maier in fast allen Bereichen überwiegend selbständig

ist, nach Aufforderung und mit kleinen Hilfestellungen ist er in der Lage, die Tätigkeiten selbst auszuführen. Das ergibt je einen Punkt bei den Kriterien 1 bis 6 (in Summe 6 Punkte). Essen wird dreifach, Trinken und Toilettengang doppelt bewertet (in Summe 7 Punkte). Nur im Bereich der mundgerechten Essenszubereitung ist Herr Maier überwiegend unselbständig, womit weitere 2 Punkte hinzukommen.

Herr Maier hat 15 Einzelpunkte in Modul 4, dies fließt mit 20 gewichteten Modulpunkten in die Gesamtwertung ein.



Modul 5: Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

Worum geht es?

Pflegebedürftige benötigen häufig auch medizinische Versorgung. Das kann die regelmäßige Insulinspritze, das Messen des Blutdrucks oder die regelmäßige Einnahme von Tabletten sein. Was für manche Patientinnen und Patienten zum Alltag gehört, fällt anderen deutlich schwerer und sie sind auf Hilfe angewiesen. Auch bei therapeutischen Anwendungen wie Inhalationen oder beim Aufsuchen von Ärztinnen und Ärzten oder Therapeutinnen bzw. Therapeuten ist der pflegerische Unterstützungsbedarf unterschiedlich hoch.

Wie wird begutachtet?

- In Modul 5 bewertet die Gutachterin oder der Gutachter den selbständigen Umgang mit krankheits- und therapiebedingten medizinischen Anforderungen.
- Dazu gehören Medikamenteneinnahmen – auch durch Injektionen –, Messungen von Blutdruck und therapeutische Anwendungen.
- Auch die Pflege eines künstlichen Darmausgangs oder das regelmäßige Einmalkatheterisieren wird in Modul 5 bewertet.
- Intravenöse Zugänge müssen oft durch eine Pflegefachkraft versorgt werden.
- Die notwendige Unterstützung bei regelmäßigen Terminen außer Haus, wie Arztbesuche oder Physiotherapie, gehören ebenso zu Modul 5.
- Bei allen bewerteten Kriterien ist anzugeben, wie häufig andere Personen bei der jeweiligen Aktivität helfen müssen.
- Einige Maßnahmen mit hohem Aufwand, wie zum Beispiel die Betreuung bei Beatmung oder Dialyse im häuslichen Bereich, werden höher als etwa die Medikamentengabe bewertet. Die Punktevergabe erfolgt deshalb nach einem anderen Muster als in den vorangegangenen Modulen.



Das Modul im Überblick

Kriterien

5.1 Medikation

5.2 Injektionen subcutan (s.c.)/intramuskulär (i.m.)

5.3 Versorgung intravenöser Zugänge
(zum Beispiel Port)

5.4 Absaugen und Sauerstoffgabe

5.5 Einreibungen oder Kälte- und
Wärmeanwendungen

5.6 Messung und Deutung von Körperzuständen

5.7 Körpernahe Hilfsmittel

5.8 Verbandwechsel und Wundversorgung

5.9 Versorgung mit Stoma

5.10 Regelmäßige Einmalkatheterisierung und
Nutzung von Abführmethoden

5.11 Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung

5.12 Zeit- und technikintensive Maßnahmen in
häuslicher Umgebung

5.13 Arztbesuche

5.14 Besuche anderer medizinischer oder
therapeutischer Einrichtungen (bis zu 3 Std.)

5.15 Zeitlich ausgedehnte Besuche anderer
medizinischer oder therapeutischer
Einrichtungen (länger als 3 Std.)

5.16 Einhaltung einer Diät oder anderer krankheits-
oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften

**Die Bewertungsskala unterscheidet sich von den
anderen Modulen (siehe Infobox).**

Modulbewertung

Schweregrad der Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten	Summe der Einzelpunkte Modul 5	Gewichtete Modulpunkte Modul 5
Keine	0	0
Geringe	1	5
Erhebliche	2–3	10
Schwere	4–5	15
Schwerste	6–15	20

Das Modul fließt mit 20 % in die Berechnung des Pflegegrades ein.



Die Punktwertung in Modul 5

Je nach Komplexität der unter Modul 5 erfassten Maßnahmen gelten unterschiedliche Regeln für die Berechnung des Summenwertes in diesem Modul. Das Modul ist in vier Bereiche aufgeteilt, die zunächst einzeln berechnet werden.

Bereich 1 (5.1–5.7)

Für die Kriterien 5.1–5.7, die überwiegend täglich vorkommen, werden die Häufigkeiten summiert und in einen Tagesdurchschnittswert umgerechnet (bei sieben Tagen pro Woche und 30 Tagen im Monat). Das Zwischenergebnis wird wie folgt gewertet:

Hilfestellung ist insgesamt erforderlich...	Einzelpunkte
... keine oder seltener als einmal täglich	0
... mindestens einmal bis maximal dreimal täglich	1
... mehr als dreimal bis maximal achtmal täglich	2
... mehr als achtmal täglich	3

Bereich 2 (5.8–5.11)

Für die Kriterien 5.8–5.11, die überwiegend wöchentlich vorkommen, werden die Häufigkeiten zusammengefasst und in einen Durchschnittswert pro Tag (bei sieben Tagen pro Woche und 30 Tagen im Monat) umgerechnet. Das Zwischenergebnis wird wie folgt gewertet:

Hilfestellung ist insgesamt erforderlich...	Einzelpunkte
... keine oder seltener als einmal wöchentlich	0
... ein- bis mehrmals wöchentlich	1
... ein- bis zweimal täglich	2
... mindestens dreimal täglich	3

Bereich 3 (5.12–5.15)

Für die Kriterien 5.12–5.15, die überwiegend mehrmals im Monat vorkommen, wird zwischen zeitintensiveren und weniger zeitintensiven Maßnahmen unterschieden. Für die Kriterien 5.12 und 5.15 wird jede Maßnahme, die monatlich erfolgt, mit 2 Punkten und jede Maßnahme, die wöchentlich erfolgt, mit 8,6 Punkten bewertet. Das Kriterium 5.12 (zeit- und technikintensive Maßnahmen) kann regelmäßig täglich vorkommen, zum Beispiel bei invasiver Beatmung. In diesem Fall werden 60 Punkte berücksichtigt.



Für die Kriterien 5.13 und 5.14 wird jede Maßnahme, die monatlich erfolgt, mit 1 Punkt und jede Maßnahme, die wöchentlich erfolgt, mit 4,3 Punkten bewertet. Die zeitintensiven Kriterien 5.12 und 5.15 werden also wie ein doppelter Aufwand gewertet. Anschließend werden Punkte der Kriterien 5.12 bis 5.15 zu einem Zwischenergebnis zusammengefasst. Das Zwischenergebnis wird wie folgt gewertet:

Summierte Punkte	Einzelpunkte
< 4,3	0
4,3– unter 8,6	1
8,6– unter 12,9	2
12,9– unter 60	3
60 und mehr	6

Bereich 4 (5.16)

Das Kriterium 5.16 wird je nach Ausmaß der Beeinträchtigung der Selbständigkeit berücksichtigt.

Hilfestellung ist insgesamt erforderlich...	Einzelpunkte
... entfällt, nicht erforderlich oder selbständig	0
... überwiegend selbständig	1
... überwiegend unselbständig	2
... unselbständig	3

Abschließend wird der gewichtete Punktwert für Modul 5 berechnet. Dieser ergibt sich aus der Addition der Einzelpunkte. Der Summe der Einzelpunkte für Modul 5 werden die gewichteten Punkte folgendermaßen zugeordnet:

0 Punkte: gewichteter Punkt = 0

1 Punkt: gewichtete Punkte = 5

2 bis 3 Punkte: gewichtete Punkte = 10

4 bis 5 Punkte: gewichtete Punkte = 15

6 bis 15 Punkte: gewichtete Punkte = 20



Wie sieht ein typisches Fallbeispiel aus?

Das Modul 5 umfasst eine Reihe medizinisch indizierter Maßnahmen, die sehr unterschiedlich ins Gewicht fallen. Zur Verdeutlichung einige Rechenbeispiele:

Im ersten Bereich (5.1–5.7) werden Kriterien erfasst, die wenig Aufwand machen, aber

meist mehrfach täglich anfallen.

Die 82-jährige Monika Weber hat Bluthochdruck und Diabetes. Die Medikamente kann sie selbst nehmen, bei der Gabe von Insulin und dem Messen ihres Blutzuckers braucht sie jedoch Hilfe.

Kriterium	Beispiel Frau Weber	Wert
5.1 Medikation	dreimal mal täglich Blutdrucksenker, selbständige Einnahme	0
5.2 Injektionen s. c./i. m.	dreimal mal täglich Hilfe beim Insulinspritzen	3
5.3 Versorgung intravenöser Zugänge	entfällt	0
5.4 Absaugen oder Sauerstoffgaben	entfällt	0
5.5 Einreibungen, Kälte-/Wärmeanwendungen	entfällt	0
5.6 Messung und Deutung von Körperzuständen	dreimal mal täglich Hilfe bei Blutzuckermessung	3
5.7 Umgang mit körpernahen Hilfsmitteln	entfällt	0
Summe		6

Frau Weber benötigt sechsmal täglich Hilfe, in der Modulberechnung werden deshalb 2 Einzelpunkte für den ersten Bereich einbezogen.



Im zweiten Bereich (5.8–5.11) werden Kriterien erfasst, die im Einzelnen aufwendiger sind als die Maßnahmen aus dem vorherigen Bereich, aber nur einmal täglich oder mehrmals wöchentlich vorkommen.

Peter Wagner ist 52 Jahre alt und ab der Hüfte querschnittsgelähmt. Er hat einen künstlichen Darmausgang und führt selbstständig seine Einmalkatheterisierungen durch.

Kriterium	Beispiel Herr Wagner	Wert
5.8 Verbandwechsel/Wundversorgung	entfällt	0
5.9 Versorgung bei Stoma	dreimal mal wöchentlich wird die Grundplatte des Stomas gewechselt	3/7
5.10 Regelmäßige Einmalkatheterisierung/Nutzung von Abführmethoden	Herr Wagner katheterisiert sich selbst	0
5.11 Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung	entfällt	0
Summe		3/7

Herr Wagner braucht mehrmals wöchentlich Hilfe, der zweite Bereich fließt bei ihm daher mit 1 Punkt in die Wertung ein. Bräuchte er zum Beispiel beim Einmalkatheterisieren Hilfe, würden im zweiten Bereich 2 Einzelpunkte (für tägliche Hilfe) berechnet.



Im dritten Bereich (5.12–5.15) werden Kriterien erfasst, die einen hohen zeitlichen Aufwand verursachen, aber meist nur einmal wöchentlich oder mehrmals monatlich vorkommen.

Hertha Meier, 68 Jahre alt, hat eine Niereninsuffizienz, sie muss einmal

wöchentlich von der Tochter zum Hausarzt im Ort begleitet werden und einmal monatlich in die Nieren-Spezialambulanz in die Großstadt gebracht werden. Mit Fahrt- und Wartezeit ist die Tochter über drei Stunden gebunden.

Kriterium	Beispiel Frau Meier	Wert
5.12 Zeitlich ausgedehnte technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung	entfällt	0
5.13 Arztbesuche	einmal wöchentlich	4,3
5.14 Besuch anderer medizinischer/therapeutischer Einrichtungen (bis zu 3 Std.)	entfällt	0
5.15 Zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer/therapeutischer Einrichtungen (länger als 3 Std.)	einmal monatlich	2
Summe		6,3

Der dritte Bereich des fünften Moduls wird bei Frau Meier mit 1 Punkt gewertet.



Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Worum geht es?

Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff steht erstmals nicht mehr nur der pflegerische Zeitaufwand, sondern die pflegebedürftige Person mit ihrer Selbständigkeit im Zentrum der Begutachtung. Modul 6 fokussiert auf die Alltagsgestaltung. Damit wird auch die Frage, ob eine pflegebedürftige Person ihren Alltag strukturieren kann, zur Einstufung in die neuen Pflegegrade herangezogen.

Wie wird begutachtet?

- In Modul 6 werden die Fähigkeit zur selbständigen Gestaltung des Alltagslebens und die Interaktion mit Personen im direkten Umfeld sowie die Aufrechterhaltung sozialer Kontakte außerhalb des direkten Umfeldes der pflegebedürftigen Person begutachtet.
- Es wird beurteilt, ob die Person den Tagesablauf nach individuellen Gewohnheiten und Vorlieben einteilen und bewusst gestalten und ggf. an äußere Veränderungen anpassen kann.
- Die Person benötigt hierzu planerische Fähigkeiten zur Umsetzung von Alltagsroutinen, um von sich aus festzulegen, ob und welche Aktivitäten sie im Tagesverlauf durchführen möchte; beispielweise wann sie baden, essen oder zu Bett gehen oder ob und wann sie fernsehen oder spazieren gehen möchte. Eine Voraussetzung dafür ist, dass die zeitliche Orientierung zumindest teilweise erhalten ist. Einigen Pflegebedürftigen fällt es schwer, die ihnen zur Verfügung stehende freie Zeit auszufüllen. Auch ob sich jemand beschäftigen kann, gehört deshalb zu den Kriterien dieses Moduls.

- Kontakte mit Personen außerhalb des Wohnumfeldes sind für viele Menschen wichtig. In diesem Modul geht es deshalb auch um die Frage, ob solche Kontakte aufrechterhalten werden können.

Das Modul im Überblick

Kriterien

- 6.1 Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen
- 6.2 Ruhen und Schlafen
- 6.3 Sichbeschäftigen
- 6.4 Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen
- 6.5 Interaktion mit Personen im direkten Kontakt
- 6.6 Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes

Die vierstufige Skala in Modul 6 reicht von 0 (selbständig) über 1 (überwiegend selbständig), 2 (überwiegend unselbständig) bis 3 (unselbständig).



Modulbewertung

Schweregrad der Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten	Summe der Einzelpunkte Modul 6	Gewichtete Modulpunkte Modul 6
Keine	0	0
Geringe	1-3	3,75
Erhebliche	4-6	7,5
Schwere	7-11	11,25
Schwerste	12-18	15

Das Modul fließt mit 15 % in die Berechnung des Pflegegrades ein.

Wie sieht ein typisches Fallbeispiel aus?

Thomas Schulz, 80 Jahre alt, lebt seit dem Tod seiner Frau in einem Seniorenheim. Wegen seiner beginnenden Demenz braucht er Hilfe dabei, sein Alltagsleben und seine sozialen Kontakte zu gestalten. Im Gespräch erfährt die Gutachterin Frau Fischer, dass das Heim und die festen Routinen ihm Stabilität geben. Der gleichmäßige Tagesablauf hilft ihm, lange genug zu schlafen, und dank der Freizeitangebote des Heims kann er auch seine Freizeit gut gestalten. Wenn Herr Schulz sich etwas für den nächsten Tag vornimmt, vergisst er es wieder. Im Heim wird er an seine eigenen Pläne erinnert. Seine Tochter,

die ihn regelmäßig besucht, legt ihm häufig kleine Kärtchen mit Bildern von Bekannten und die dazugehörigen Telefonnummern auf den Schreibtisch. Diese helfen ihm, daran zu denken, alte Freunde anzurufen. Frau Fischer kommt zu dem Schluss, dass Herr Schulz überwiegend selbständig ist, bei den grundlegenden Aktivitäten (6.1–6.3) sogar selbständig.

Herr Schulz hat in der Summe 3 Punkte in Modul 6, dies fließt mit 3,75 gewichteten Modulpunkten in die Gesamtwertung ein.



Module Außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung

Worum geht es?

Kurze Spaziergänge, der Besuch beim Bäcker oder beim Hausarzt – zu einem eigenständigen Leben gehört nicht nur das Zurechtfinden in der eigenen Wohnung, sondern auch der Gang vor die Tür. In den zwei Modulen **Außerhäusliche Aktivitäten** und **Haushaltsführung** werden diese Fähigkeiten erhoben. Das Verlassen des eigenen Wohnraums und die Teilnahme an Veranstaltungen oder Aktivitäten mit anderen Menschen fließen hier ebenso ein wie die Selbständigkeit etwa in den Bereichen Staubsaugen, Einkaufen und Haushaltsführung. Die Bereiche fließen nicht in die Berechnung des Pflegegrades ein, sondern dienen vor allem als Beratungsgrundlage für eine Versorgungsplanung.

Wie wird begutachtet?

- Die beiden Bereiche beziehen weitere versorgungsrelevante Informationen mit ein.
- Es wird bewertet, ob und in welchem Umfang die Person außerhäusliche Aktivitäten praktisch durchführen kann.
- Außerdem wird die Haushaltsführung begutachtet.
- Auch in diesem Modul gibt es eine Bewertungsskala, um den Grad der Selbständigkeit zu beschreiben.
- Die Bewertung ist jedoch unerheblich für die Feststellung des Pflegegrades.
- In diesem Modul geht es beispielsweise darum, ob die Person sich selbständig oder nur mit Hilfe in einer größeren Ansammlung von Menschen aufhalten kann; etwa bei sportlichen und kulturellen Veranstaltungen.

Die Module im Überblick

Außerhäusliche Aktivitäten

- Verlassen des Bereichs der Wohnung oder der Einrichtung
- Fortbewegen außerhalb der Wohnung oder Einrichtung
- Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel im Nahverkehr
- Mitfahren in einem Kraftfahrzeug
- Teilnahme an kulturellen, religiösen oder sportlichen Veranstaltungen
- Besuch eines Arbeitsplatzes, einer Werkstatt für behinderte Menschen oder einer Einrichtung der Tages- und Nachtpflege oder eines Tagesbetreuungsangebotes
- Teilnahme an sonstigen Aktivitäten mit anderen Menschen

Haushaltsführung

- Einkaufen für den täglichen Bedarf
- Zubereitung einfacher Mahlzeiten
- Einfache Aufräum- und Reinigungsarbeiten
- Aufwendige Aufräum- und Reinigungsarbeiten einschließlich Wäschepflege
- Nutzung von Dienstleistungen
- Umgang mit finanziellen Angelegenheiten
- Umgang mit Behördenangelegenheiten



Julia Baier / BMG

Gut versorgt: Bundesweit wird die Versorgung von Menschen mit Demenz durch die Vernetzung von Angeboten verbessert.

Demenz-Netzwerke: Wie aus Wissen Praxis wird

Die DemNet-D-Studie und das Demenznetz Düsseldorf zeigen, welcher Nutzen im Netzwerk steckt

In vielen Regionen Deutschlands existieren bereits Netzwerke für Menschen mit Demenz oder Pflegenetzwerke. Sie leisten vielerorts einen wichtigen Beitrag, um die Versorgung zu verbessern, indem sie versuchen, das regionale Angebot und den tatsächlichen Bedarf besser in Einklang zu bringen. Doch was macht ein Netzwerk erfolgreich? Im Rahmen der Evaluationsstudie DemNet-D wurden Erfolgsfaktoren und Bedingungen genauer erforscht.

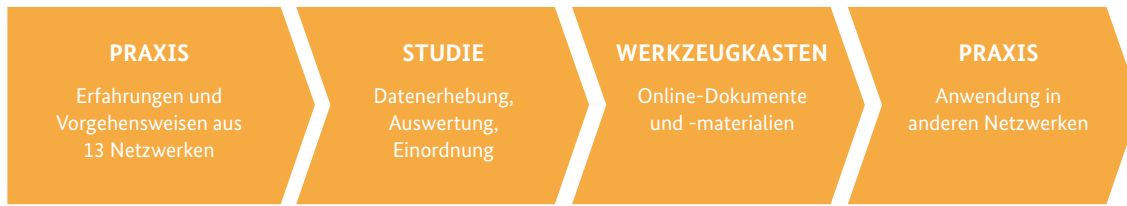
Von Anfang an war es das Ziel der Evaluationsstudie, die in den Jahren 2012 bis 2015 vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert wurde, eine Handreichung für die Praxis zu entwickeln. Dazu wurde das Wissen rund um die Gründung und den Erhalt von 13 regionalen Netzwerken für Menschen mit Demenz gesammelt und systematisiert. Aus der breiten Datenbasis von unterschiedlichen

Netzwerken und ihren Praxiserfahrungen konnten die Forscherinnen und Forscher übergreifende Erkenntnisse ableiten. Das Online-Angebot www.demenznetzwerke.de macht nun Ergebnisse und Dokumente nutzbar – mit einem Werkzeugkasten für den eigenen Arbeitsalltag vor Ort. Hier finden sich zahlreiche Materialien, die sich in der Praxis der evaluierten Netzwerke bewährt haben.

Studie und Internetangebot entwickelten die Standorte Rostock/Greifswald und Witten des Deutschen Zentrums für Neurodegenerative Erkrankungen in der Helmholtz-Gemeinschaft (DZNE), das Institut für angewandte Sozialwissenschaften Stuttgart und das Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen.



Wissenstransfer aus der Praxis in die Praxis



Wer sich vernetzt, verbessert die Versorgung in der Region

Eine umfassende Angebotslandschaft für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen gibt es mittlerweile in vielen Regionen. Indem sie Versorgungslücken in der Region erkennen und darauf reagieren, können Anbieter die Lebensqualität der Betroffenen verbessern. Allerdings sind die Angebote oft nur wenig bekannt und kaum aufeinander abgestimmt. Das Potenzial der Netzwerke kann aber noch mehr ausgeschöpft werden.

Einer der an der Studie beteiligten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler ist Dr. René Thyrian vom DZNE in Greifswald. Er erklärt das Wirkungspotenzial der Netzwerkstruktur damit, dass auf eine besondere Weise Wissen und Synergien in der Versorgung gebündelt werden. Dadurch können Versorgungslücken überwunden werden. „Die positive Wirkung der Netzwerke auf die Betroffenen zeigte sich in der Studie bei allen Netzwerken – unabhängig davon, zu welchem Netzwerktyp sie gehören“, sagt Dr. René Thyrian. „In Netzwerken, die vor allem einen medizinischen Fokus haben, kann man feststellen, dass die fachmedizinische Versorgung gut aufeinander abgestimmt und für die Betroffenen übersichtlich ist. Andere Netzwerke koordinieren und verzahnen vor allem Angebote, die auf gesellschaftliche Integration abzielen. Diese sehr unterschiedlichen Angebotsstrukturen tragen aber gleichermaßen zu einer insgesamt besseren Versorgung und zur Steigerung der Lebensqualität der Betroffenen bei“, so Thyrian weiter.

Wissen schneller fließen lassen

Ein wichtiger Aspekt, um Demenznetzwerke zu erhalten und zu optimieren, liegt darin, dass die Netzwerkarbeit die vorhandenen Strukturen immer wieder reflektieren und anpassen sollte. Wie man diese Prozesse in das eigene Netzwerk implementieren kann, lässt sich in den praktisch erprobten Tipps des Werkzeugkastens nachlesen. „Außerdem können die Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner aus den untersuchten Netzwerken kontaktiert werden“, ergänzt Dr. Bernhard Holle vom DZNE in Witten. „Ein wichtiger Punkt für erfolgreiche Netzwerkarbeit liegt auch in der Vernetzung der Netze. Dies ist oft nicht vorgesehen und kann bei den engen Finanzplänen auch nicht immer berücksichtigt werden. Aber auch dazu dient unser Portal: Uns war es wichtig, dass sich hier die Aktiven schnell finden und kontaktieren können, anstatt erst auf die nächste Konferenz warten zu müssen“, so Holle weiter.

Was treibt die Vernetzung an? Dr. Barbara Höft, Leiterin der gerontopsychiatrischen Institutsambulanz des Universitätsklinikums in Düsseldorf, kann von den Anfängen des Düsseldorfer Demenz-Netzwerkes berichten: „Als wir 2004 mit unserer Arbeit begonnen haben, gab es in Düsseldorf lediglich einen Angehörigengesprächskreis der örtlichen Alzheimer Gesellschaft. Allen Verantwortlichen bei den Trägern für Unterstützungsangebote war bekannt, dass es im niederschwelligen Bereich eine Lücke gab, die dringend gefüllt werden musste. Die Kooperation für Versorgungsangebote und die Notwendigkeit zur Vernetzung lagen also für alle auf der Hand“, so Dr. Höft weiter.

Welche Schritte zuerst unternommen werden, hängt also von der gemeinsamen Problemdefinition und der Zielsetzung ab, die eine Netzwerkgründung prägt.



Welcher Netzwerktyp sind Sie?

Die DemNet-D-Studie konnte vier verschiedene Netzwerktypen identifizieren, denen sich die untersuchten Netzwerke zuordnen lassen.

- Dabei wurde festgestellt, dass einige Netzwerke ihre Arbeit und Organisation an ihrem Auftrag, meist der Verbesserung der Versorgungsleistungen, ausrichten.
- Andere Netzwerke sind darauf ausgerichtet, alle relevanten Stakeholder in das Netzwerk zu integrieren, um möglichst viele Ressourcen zu mobilisieren.
- Die dritte Gruppe von Netzwerken, die als organisationsorientierte Netzwerke bezeichnet werden, ist stark von den Organisationsstrukturen geprägt. In der Arbeit geht es vor allem darum, die Strukturen zu verbessern, um die Organisationsziele zu erreichen.
- Der vierte Netzwerktyp wird als hybrider Typ bezeichnet. Diese Netzwerke sind so ausgerichtet, dass sie schnell auf sich verändernde äußere Umstände reagieren können. Dadurch sind sie vor



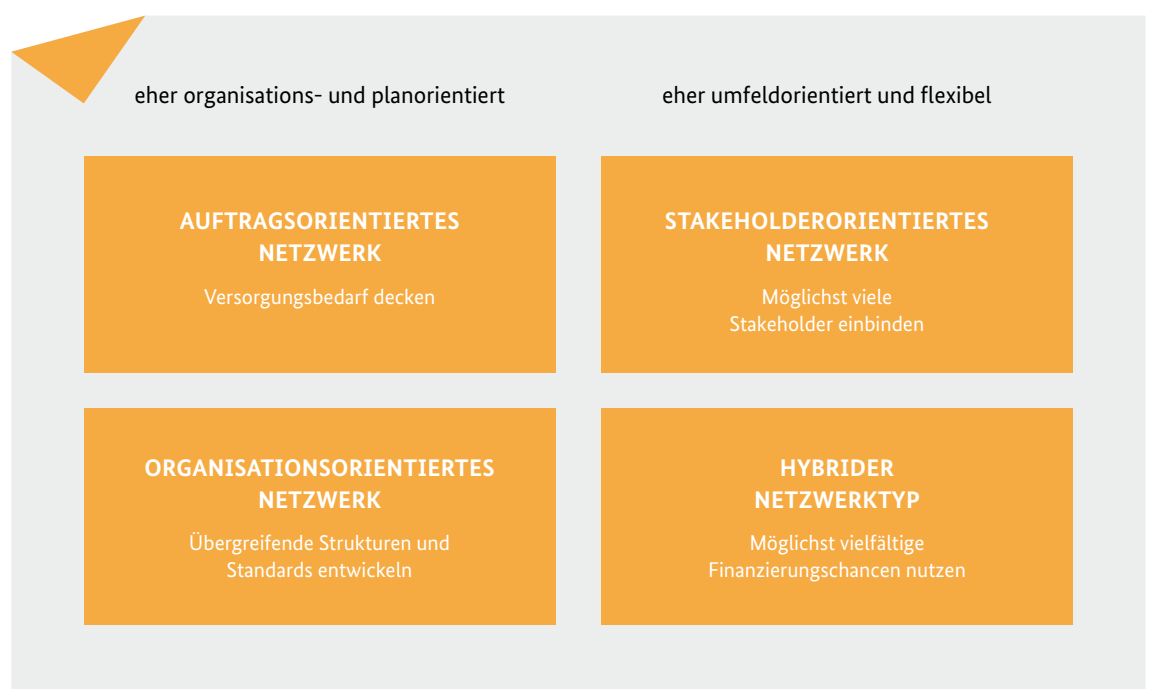
Julia Baier/BMG

Reflektieren und planen: Für eine gute Versorgungsstruktur müssen Angebote gut verzahnt werden.

allen in der Lage, schnell neue Finanzierungsmöglichkeiten zu erschließen und somit ihren Erhalt langfristig zu sichern.

Welche übergreifende Zielsetzung auch im Mittelpunkt steht – die Frage von Ressourcen und vor allem Finanzierungsmitteln ist für alle Netzwerke wichtig. Schließlich gilt es, Strukturen zu schaffen, die nachhaltig wirken, und die Situation in Stadt, Landkreis oder Region dauerhaft zu verbessern.

Netzwerktypen der DemNet-D-Studie im Überblick





„Netzwerke haben eine positive Wirkung auf die Betroffenen.“

Dr. René Thyrian

So gelingt die Finanzierung

Der Werkzeugkasten auf der Website www.demenznetzwerke.de gibt viele Hinweise zu Finanzierungsmöglichkeiten, die sich in der Praxis bewährt haben.

Am Beispiel des Düsseldorfer Demenznetzwerkes lässt sich zeigen, welche Finanzierungsquellen genutzt werden können: BEAtE, die „Betreuungsgruppen zur Entlastung pflegender Angehöriger als trägerübergreifende Einrichtung“, bildeten die Basis von inzwischen mehr als acht differenzierten Betreuungs- und Fördermöglichkeiten (u. a. stundenweise Einzelbetreuung in der Häuslichkeit) und wurden zu den „Knoten“ des Netzes.

Seit 2007 fördert die Stadt die standardisierten und qualitativ hochwertigen Angebote, durch die die

Versorgung von Menschen mit Demenz in der Kommune insgesamt gestärkt und verbessert wird.

Schon zum Start der BEAtE-Gruppen in 2004 hat das Düsseldorfer Netzwerk trägerübergreifend Inhalte festgelegt, durch die die Qualität und der Rahmen der Angebote gesichert sind. „Wir haben beispielsweise vereinbart, dass zu dem dreistündigen Betreuungsangebot immer eine Mahlzeit gehört, gleich, ob die Treffen am Nachmittag oder auch am Vormittag stattfinden. Auch die Kosten für die Nutzerinnen und Nutzer sind für alle Kooperationspartner abgestimmt. Derzeit werden von den Gästen für das dreistündige Angebot 25 Euro erhoben. Diese können über die Mittel für den erhöhten Betreuungsaufwand aus der Pflegeversicherung abgegolten werden“, erläutert Dr. Höft. (siehe auch III.1 und VII.4).



Neue Chancen zur besseren Finanzierung von Netzwerken

Um den Auf- und Ausbau von Netzwerken zu fördern und damit die regionalen Versorgungsstrukturen zu stärken, ist mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) eine Neuerung in der finanziellen Unterstützung von Netzwerken vorgesehen. Ab dem 1. Januar 2017 haben die Pflegekassen die Möglichkeit, regionale Zusammenschlüsse oder Modellvorhaben mit bis zu 20.000 € pro Kalenderjahr zu fördern (§ 45c Abs. 9 SGB XI). Die Finanzierung erfolgt aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung.

Die Pflegekassen können regionale Netzwerke fördern, die eine hinreichende Organisationsstruktur aufweisen, die Selbsthilfegruppen und Gruppen ehrenamtlich Tätiger einbinden sowie den Beitritt des Kreises oder der kreisfreien Stadt ermöglichen.

Ziel ist es, die Versorgung Pflegebedürftiger durch eine strukturierte Zusammenarbeit möglichst vieler Akteure zu verbessern und die Bedarfe in der Versorgung besser zu decken. Dazu werden die Erkenntnisse aus der Zukunftswerkstatt Demenz auf Pflegebedürftige mit hohem Versorgungsbedarf übertragen. Die evaluierten Bausteine des Werkzeugkastens sollen genutzt werden, um in den Regionen wirksame Versorgungsnetzwerke auf- und auszubauen. Durch die Förderung wird eine wesentliche Verbesserung der Unterstützung und Versorgung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen erwartet.



Wie arbeitet Ihr Netzwerk effektiver und effizienter?

Alle Angebote im Düsseldorfer Demenznetz, die mittlerweile von sieben kooperierenden Trägern unterbreitet werden, sind standardisiert. „Wir erreichen mit den unterschiedlichen Angeboten – von Bewegungsprogrammen über Kulturveranstaltungen bis hin zu Einzelbetreuungen zu Hause – jede Woche 350 Menschen mit Demenz“, berichtet Frau Dr. Höft. Das Düsseldorfer Netzwerk ist zudem an die Landesinitiative „Demenz Service“ angebunden. Mit der trägerübergreifenden Broschüre „Wegweiser für Menschen mit Demenz“ gibt es eine Übersicht über alle Angebote in der Region, sodass die Vernetzung auch ein Informationsdefizit behebt.

Für die „Ausbildung“ der ehrenamtlichen Betreuungskräfte wurde ebenfalls ein Standard vereinbart. Grundlage sind ein 30-stündiges Curriculum und ein „Praktikum“ in den Betreuungsgruppen. Jährlich finden weitere Qualifizierungsangebote statt, wie z. B. ein Erste-Hilfe-Kurs. „Seit 2004 haben wir so insgesamt ca. 500 Ehrenamtliche ausgebildet“, berichtet Dr. Höft. Zu den Standards der BEAtE-Angebote gehört außerdem, dass die Leitung eines Betreuungsangebotes immer durch eine qualifizierte Fachkraft erfolgt. „Dies sichert einerseits die Qualität in der Begleitung der an Demenz erkrankten Menschen und ihrer Angehörigen, andererseits gibt es den ehrenamtlichen Helfern Sicherheit im Umgang mit den Gästen, da sie immer jemanden dabei haben, der sie beraten und unterstützen kann“, so Dr. Höft. „Diese Sicherheit ist den bürgerschaftlich Engagierten sehr wichtig und sie wird zudem durch die regelmäßigen Qualifizierungen weiter gestärkt. Wer sich sicher fühlt, bleibt mit Freude bei der Aufgabe – so haben wir nicht wenige Ehrenamtliche, die sich seit Jahren engagieren.“

Die Bindung gut geschulter Ehrenamtlicher ist auch für die Angehörigen der Menschen mit Demenz wichtig: So können diese in den Betreuungsgruppen erleben, wie geschulte Personen mit schwierigen Situationen umgehen, und daraus Anregungen für den persönlichen Umgang mit dem an Demenz erkrankten Familienmitglied

bekommen. Zudem finden sie für ihre Fragen und Sorgen regelmäßig qualifizierte Ansprechpersonen.

So kann aus Praxiserfahrung Wissen werden. Und Wissen zu stärken, heißt – im Netzwerk wie beim Engagement vor Ort – auch die Pflege zu stärken.

Kurz erklärt: Finanzierungsquellen für das Düsseldorfer Demenznetzwerk:

- Das Netzwerk hat Einnahmen aus den Kostenbeiträgen der Nutzerinnen und Nutzer der Angebote.
- Seit 2007 finanziert die Stadt Düsseldorf die Personalkosten für die Fachkräfte, die die Betreuungsgruppen-Angebote leiten und den Einsatz der ehrenamtlichen Helferinnen und Helfer in der Häuslichkeit koordinieren und supervidieren.
- Die Kooperationspartner im Düsseldorfer Netzwerk erbringen erhebliche Eigenleistungen für die Angebote, u. a. die Bereitstellung der Räume in Einrichtungen der Träger im Quartier.
- Zeitlich begrenzt konnten Personalressourcen aus gesondert akquirierten Projektmitteln zur Entwicklung differenzierter Hilfeangebote wie z. B. das Projekt GerHaRD (Gerontopsychiatrische Hausbesuche und Rat in Düsseldorf) finanziert werden.



Jürgen Schulzki/MDK Nordrhein

Nie schematisch: Pflegebegutachtung ist für Ulrike Kissels auch Beratung.

Wir machen uns ein Gesamtbild des Menschen

*Interview mit Ulrike Kissels vom Medizinischen Dienst
der Krankenversicherung Nordrhein*

Seit mehr als 18 Jahren ist Ulrike Kissels für den Medizinischen Dienst (MDK) Nordrhein tätig. Neben der sehr hohen Erfahrung in der Begutachtung in über 10.000 Hausbesuchen, regelmäßigen Fort- und Weiterbildungen bringt sie Erfahrung und Kenntnisse aus ihrer Tätigkeit im Krankenhaus, Leitungserfahrung in der ambulanten und stationären Pflege sowie als Qualitäts-Beauftragte mit, sodass sie alle wesentlichen Bereiche der Pflege aus den jeweils unterschiedlichen Perspektiven kennt. Ulrike Kissels ist die Fachbereichsleitung Pflege im MDK Nordrhein und unter anderem zuständig für die Schulung neuer Gutachterinnen und Gutachter und die Qualitätssicherung. Bei der Ausarbeitung des Neuen Begutachtungsassessments (NBA) war sie die zentrale Ansprechpartnerin im MDK Nordrhein und hat ihr Wissen eingebracht.

Frau Kissels, wie bereiten Sie sich auf eine Begutachtung vor?

Wir als Gutachterinnen und Gutachter wissen bereits im Vorfeld, ob es sich um einen Erstantrag, einen Höherstufungsantrag, eine Nachuntersuchung oder ein Widerspruchsverfahren handelt. Ich lese mich vor dem Hausbesuch in die Unterlagen, die ich von der Pflegekasse erhalten habe, ein, damit ich nach Möglichkeit alle relevanten Informationen, die für die Begutachtung wichtig sind, habe. Häufig liegt nur eine sehr dünne Informationslage vor und gerade bei Erstgutachten habe ich keinerlei Vorabinformationen. Das heißt, ich weiß dann nicht, was auf mich zukommt. Das kann ein schwerstkranker Mensch in seiner letzten Lebensphase sein, ein junger Mensch mit einer neurologischen Erkrankung, wie



Seit über 18 Jahren Gutachterin: Ulrike Kissels hat ihre Fachkompetenz in die Entwicklung des NBA eingebracht.

multipler Sklerose, oder ein Mensch mit einer Demenzerkrankung. Oder ich treffe auf eine Person, die keine Hilfe bei der Pflege, aber eine Haushaltshilfe braucht.

Wie läuft der Hausbesuch dann konkret ab?

Zunächst stelle ich mich vor und erkläre, wie ich beim Hausbesuch vorgehe: „Ich bin heute hier, weil Sie oder Ihre Angehörigen einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt haben und ich mir ein Bild in Ihrem Wohnbereich machen möchte, wie Sie versorgt werden und wo Sie Hilfe brauchen.“ Meine Kolleginnen und Kollegen und ich vermitteln, dass der Betroffene keine Angst haben muss, sondern dass es darum geht, uns ein möglichst genaues Bild von der Versorgungssituation der bzw. des Versicherten zu machen. Eine Begutachtung ist kein Test. Uns geht es darum herauszufinden, wie viel Hilfe die bzw. der Versicherte benötigt. Denn das ist unser gesetzlicher Auftrag.

Wie steigen Sie in das Gespräch ein?

Die Betroffenen und ihre Angehörigen sind oft unsicher, deshalb geht es in den ersten Minuten darum, eine Vertrauensbasis aufzubauen, und das gelingt in fast allen Fällen. Nach der Vorstellung beginne ich, erste Informationen zu erfragen. Wie etwa: „Wer ist Ihr Hausarzt oder Ihre Hausärztin? Nehmen Sie Medikamente? Erhalten Sie Heilmit-

tel, also Krankengymnastik, Ergotherapie oder Logopädie? Haben Sie Hilfsmittel? Wenn ja, welche und nutzen Sie diese? Kommt ein Pflegedienst?“ Zudem frage ich die pflegenden Angehörigen, ob sie berufstätig sind. Pflegenden Angehörige können unter bestimmten Bedingungen Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung erhalten.

Wie geht es dann weiter?

Danach bitte ich die Versicherten oder die Angehörigen, mir die Wohnung zu zeigen. Zum einen sehe ich, wie sich der oder die Versicherte in seiner Wohnung bewegt. Zum anderen geht es um die Versorgung mit Hilfsmitteln und wohnungsfeldverbessernden Maßnahmen (wie z. B. Haltegriffe in der Dusche, Türverbreiterungen), die ich gegebenenfalls empfehle. Darüber hinaus erfasse ich grundlegende Informationen wie: Welche Krankheiten liegen vor? Welche therapeutischen und diagnostischen Maßnahmen sind erfolgt? Wann war der letzte Krankenhausaufenthalt und wie ist er verlaufen? Was hat die Versicherten bewogen, den Antrag zu stellen? Was ist aus Sicht der bzw. des Betroffenen das Hauptproblem, wo braucht er Hilfe?

Was ist Ihnen persönlich im Umgang mit den Betroffenen besonders wichtig?

Ich selber habe von der Begutachtung im Wohnwagen bis zum sehr gut situierten Menschen die unterschiedlichsten Erfahrungen gemacht. Das Wichtigste ist, sich auf die betroffene Person einzustellen und zu erfahren, wo ihre schwerwiegenden Probleme liegen. Dafür muss ich die Sprache meines Gegenübers sprechen und



Immer situationsabhängig: Bei der Begutachtung geht es um die Bewältigung des individuellen Alltags.



verstehen. Der eine versucht, seine Defizite zu überspielen, und der andere versucht, sie zu verschlimmern, damit sein Problem auch wahrgenommen wird. Die Kunst der Begutachtung besteht darin, sein Gegenüber zu erreichen und dessen Probleme zu erkennen. Es geht darum zu erfassen, wie die individuelle Situation der bzw. des Betroffenen ist und was die pflegenden Angehörigen den ganzen Tag leisten.

Wie überprüfen Sie die Fähigkeiten?

Dies ist immer situationsabhängig. Nach Möglichkeit versuche ich, mit den Versicherten und ihren Angehörigen durch die Wohnung zu gehen. Damit kann ich die Mobilität, konkret die Gehfähigkeit der bzw. des Betroffenen, besser einschätzen; zum Beispiel wie die Bewegung in der Wohnung ist. Das geht aber nicht immer, zum Beispiel bei Menschen in der letzten Lebensphase. Kann sich die bzw. der Betroffene aber gut bewegen und ist normalerweise über Tag alleine, gehe ich mit ihr bzw. ihm durch die Wohnung und frage etwa: „Könnten Sie mir zeigen, wie Sie Ihre Strümpfe anziehen? Könnten Sie diesen Knopf schließen?“

Das ist aber nie schematisch, sondern immer abhängig von der individuellen Situation. Bei Menschen mit Demenz spreche ich über Inhalte aus dem direkten Umfeld: „Sie haben hier aber schöne Bilder. Wer ist denn die Person auf dem Bild?“ Werden die eigenen Enkelkinder nicht erkannt, weiß man schon, wie weit eine Demenz fortgeschritten ist. Auch wenn wir Kinder begutachten, müssen wir erst mal einen Zugang zu den Kindern bekommen. Manchmal setzen wir uns hierzu auf den Boden, spielen mit dem Kind oder lassen uns ein Bilderbuch zeigen, um einzuschätzen, was das Kind kann oder nicht kann.

Wie beenden Sie den Hausbesuch?

Am Ende des Hausbesuches habe ich mir ein Bild über die Fähigkeiten der bzw. des Betroffenen gemacht. Daraus leite ich den Hilfebedarf ab, den ich dann mit den Betroffenen bespreche. Ich sage zum Beispiel: „Ich habe gesehen, Sie brauchen Hilfe beim Waschen des Unterkörpers und des Rückens, Hände und Gesicht waschen Sie selber und auch die Zähne putzen Sie sich selbst.“ Ich frage zum Beispiel: „Wie oft duschen oder baden Sie?“

Kurz erklärt: Wie sind die Gutachterinnen und Gutachter ausgebildet?

→ Alle Gutachterinnen und Gutachter des MDK sind examinierte Pflegefachkräfte mit mehrjähriger Berufserfahrung, sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Pflege oder ärztliche Gutachterinnen und Gutachter. Im Rahmen des Bewerbungsverfahrens wird ihre fachliche Qualifikation geprüft. Neu eingestellte Gutachterinnen und Gutachter werden speziell geschult und eingearbeitet. Während der Einarbeitungszeit (Dauer zwischen acht und zwölf Monaten) gibt es verpflichtende Seminare beim Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) sowie auch MDK-interne Seminare, um die Gutachterinnen und Gutachter umfassend auf ihre neue Aufgabe vorzubereiten. Zudem werden alle neuen Gutachterinnen und Gutachter in der ersten Zeit eng durch eine pflegfachliche Mentorin bzw. einen pflegfachlichen Mentor fachlich begleitet. Dies bedeutet, dass die Gutachten über einen Zeitraum von mehr als einem halben Jahr von der bzw. dem zuständigen Mentorin bzw. Mentor gegengelesen und dann erst freigegeben werden. Über die Einarbeitung hinaus gibt es permanente umfangreiche Maßnahmen zur Qualitätssicherung.

Brauchen Sie Hilfe beim Toilettengang? Ich weiß, das sind unangenehme Fragen für Sie, aber es geht darum zu erfahren, wo Sie Unterstützung brauchen.“ Danach schauen wir, welche Maßnahmen wir empfehlen können, um die Situation für die Betroffenen zu verbessern; zum Beispiel durch Empfehlungen wie Hausnotruf, Toilettenstuhl, Badewannenlifter oder Rollstuhl. Wenn nötig empfehlen wir auch den Besuch einer Tagespflege. Bei Betroffenen mit Demenz sind die Angehörigen oft sehr belastet und wissen gar nicht, welche Hilfsangebote es gibt. Auch weisen wir auf Selbsthilfegruppen und Essen auf Rädern hin. Manchmal regen wir auch an, einzelne Fragen mit dem der Hausärztin bzw. dem Hausarzt zu besprechen.

Beraten Sie auch?

Im Hausbesuch sind wir fast eine Stunde vor Ort und da erfährt man vieles. Teilweise können wir auch den Angehörigen ganz praktische Pflegetipps geben. Manchmal ist es auch nur ein Versuch, mit einfachen Mitteln die Situationen zu erleichtern. Wenn sich beispielsweise die pflegebedürftige Person häufig verschluckt, ist ein Becher mit Aufsatz nicht immer die beste Wahl, da geben wir zum Beispiel den Tipp, einmal einen Strohhalm auszuprobieren. Viele Betroffene kommen damit besser zurecht. Abschließend fragen wir, ob noch Fragen offengeblieben sind. Dann informieren wir über den weiteren Verlauf des Verfahrens. Wir erstellen ein Gutachten, das zur Pflegekasse gesendet wird. Die Kasse entscheidet über die Leistung und wird die Versicherten dann zeitnah informieren.



LeventeGyori/shutterstock

Konkrete Hilfe: Die Gutachterinnen und Gutachter geben auch Empfehlungen ab.

Was wird sich mit dem Neuen Begutachtungsinstrument in der Praxis ab 2017 ändern?

Was ich sehr positiv finde, ist, dass wir den Hilfebedarf nicht mehr in Minuten erfassen müssen. Die Zeitwerte bei den alten Pflegestufen waren von Beginn an in der Kritik. Mit dem NBA steht die Selbständigkeit der Versicherten im Vordergrund. Dies verändert die pflegfachliche Perspektive. Es liegt im Interesse der Betroffenen, einen möglichst hohen Grad an Selbständigkeit wiederzuerlangen. Der Empfehlungsteil – die Prävention und die Empfehlungen zur Rehabilitation – bekommen auch noch mal einen besonderen Stellenwert. Gesundheitsförderndes Verhalten rückt stärker in den Fokus. Das muss von allen verinnerlicht werden. Daher sehe ich in dem Instrument eine Chance für die Pflege.



Jörn Meisterjahn/Helios

Herausforderung Rehabilitation: Auch die Angehörigen brauchen Unterstützung.

Wie Rehabilitation gelingen kann

*Multidisziplinäre Therapie-Teams, robotergestützte
Behandlung und ein besonderes Angehörigenkonzept
in den HELIOS Rehakliniken Bad Berleburg*

Wenn es darum geht, Menschen nach einem Unfall, einer Operation oder einer schweren Krankheit wieder fit für den Alltag zu machen und Pflegebedürftigkeit zu verringern oder zu verhindern, kommt der Rehabilitation eine entscheidende Bedeutung zu. Die HELIOS Rehakliniken Bad Berleburg setzen bei der Behandlung neurologischer Erkrankungen auf einen Mix aus ärztlicher und pflegerischer Betreuung, Therapie und Angehörigenarbeit.

Ein Schlaganfall kann einen heftigen Einschnitt ins Leben bedeuten. Ob Lähmungen, Schluck-, Sprach- und Sprechstörungen oder Schwierigkeiten mit Gedächtnis und Konzentration – die Liste der möglichen Einschränkungen ist lang und damit oft auch der Weg der Rehabilitation. Etwa zwei Drittel der Patientinnen und Patienten, die einen Schlaganfall überleben, sind auch nach Akutversorgung und anschließender Heilbehandlung noch auf fremde Hilfe angewiesen. Das macht die Rehabilitation in diesem Bereich zu

einer besonderen Herausforderung – auch für die Angehörigen, die plötzlich einen Pflegefall in der Familie haben.

In den HELIOS Rehakliniken Bad Berleburg im Kreis Siegen-Wittgenstein ist man unter anderem auf die Rehabilitation neurologischer Krankheiten spezialisiert. Neben Schlaganfällen sind das beispielsweise auch Schädel-Hirn-Traumata und chronische Erkrankungen wie Parkinson und multiple Sklerose. Damit die Betroffenen so lange wie möglich eigenständig leben können und bestmöglich genesen, bauen die Kliniken auf ein breit angelegtes Rehabilitationskonzept und eine aktivierende Pflege. Diese soll die Patientinnen und Patienten im Sinne der Hilfe zur Selbsthilfe unterstützen, ihre vorhandenen Fähigkeiten zu stärken und verloren gegangene zu aktivieren.

Ein Team von Spezialisten

„Am Anfang steht die Anamnese durch eine Ärztin oder einen Arzt“, erklärt Therapeuleiter Michael Klein das Procedere für neue Patientinnen und Patienten in der Rehaklinik. „Auf dieser Grundlage definieren wir ein Rehaziziel, das während des Aufenthalts bei uns erreicht werden soll. Hierfür steht ein Therapeutenteam aus den unterschiedlichsten Fachrichtungen bereit.“ So soll den Patientinnen und Patienten beispielsweise geholfen werden, wieder gehen oder sprechen zu lernen, ihre Koordination zurückzugewinnen oder ihre Konzentrations- und Gedächtnisleistungen zu verbessern. Wichtige Instrumentarien sind dabei Physio- und Ergotherapie, Logopädie, neuropsychologische und physikalische Therapie. Je nach Bedarf kommen aber auch Ernährungsberaterinnen und Ernährungsberater und Musiktherapeutinnen bzw. Musiktherapeuten zum Einsatz. Auch die Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung und -akzeptanz ist zentraler Bestandteil des Reha-Aufenthaltes.

Auch Roboter können zur Unterstützung der Bewegungs- und Physiotherapie eingesetzt werden. Dabei stehen in den HELIOS Rehakliniken Bad Berleburg gleich zwei robotikgestützte Therapiesysteme zur neurologischen Rehabilitation zur Verfügung: Armeo® hilft Patientinnen und Patienten, die zum Beispiel halbseitig gelähmt sind, beim Trainieren von Schultern, Armen und



Jörn Meisterjahn/Helios

Laufen lernen: Der Lokomat unterstützt Patientinnen und Patienten bei der Verbesserung der Gehfähigkeit.

Händen. Zur Verbesserung der Gehfähigkeit dient der Lokomat®, bei dem die Betroffenen, gestützt durch ein Halfter und geführt durch Beinschienen, auf dem Laufband das Gehen neu erlernen. „Laufen zu können, steigert den Grad der Selbstständigkeit und die Lebensqualität enorm“, weiß Michael Klein. „Mit dem Lokomat® können wir dem Gehirn die verlernten Abläufe wieder beibringen. Der Vorteil des Roboters liegt vor allem in der effektiveren Behandlung, da sich der Computer individuell auf die Kraft und die Bewegungsabläufe der Patientin bzw. des Patienten einstellt.“

Erfolgreiche Rehabilitation basiert dabei nicht auf einer einzelnen Maßnahme. „Gerade in der Neurologie ist der Mix aus Medizin und Therapie wichtig, da wir es oft mit komplexen und schwerwiegenden Krankheitsbildern zu tun haben“, so Klein. Die Fachärztinnen und Fachärzte sind deshalb in jeden Behandlungsschritt involviert. Zudem finden regelmäßige Besprechungen zwischen Ärztinnen und Ärzten, Therapeutinnen und Therapeuten, Pflegekräften und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Patienten-Service-Centers statt, um die Entwicklung der Patientinnen und Patienten im Blick zu behalten. „Manche machen sehr schnell Fortschritte, bei anderen geht es langsamer voran als erwartet und bei einigen lässt das Krankheitsbild nur eine eingeschränkte Verbesserung des Gesundheitszustandes zu. In allen Fällen müssen wir unsere Therapie anpassen, zum Beispiel Maßnahmen austauschen oder das Setting verändern, beispielsweise von Gruppen- auf Einzelübungen umsteigen.“



Michael Mutzberg/Helios

Mehr als 250 Betten: Die Odebornlinik der HELIOS Rehakliniken Bad Berleburg ist auf Neurologie spezialisiert.

Immer nah am Patienten

Weil zudem jede Versorgungssituation individuell und mit der Entlassung aus der Rehaklinik oft nicht abgeschlossen ist, haben die HELIOS Rehakliniken Bad Berleburg ein eigenes Patienten-Service-Center eingerichtet. „Damit sind wir in der Lage, unsere Patientinnen und Patienten vom Aufnahmetag bis zur Entlassung und sogar darüber hinaus intensiv zu begleiten“, erläutert Regina Specht, Leiterin des Centers. „Das Rehaziell ist es nicht nur, den Gesundheitszustand unserer Patientinnen und Patienten zu verbessern, sondern sie auch auf die spätere Versorgung zu Hause vorzubereiten.“

Damit das gelingt, suchen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Patienten-Service-Centers die Erkrankten innerhalb der ersten drei Tage nach der Aufnahme auf. Mit einem Fragebogen werden zunächst in einer ausführlichen Sozial- und Arbeitsanamnese die individuellen Problemlagen ermittelt: Wie ist die Wohnsituation? Wie sehen die Möglichkeiten einer häuslichen Versorgung aus? Welcher Beruf wurde ausgeübt? Ist eine Rückkehr in den Job möglich oder braucht es eine

Neuorientierung? Anhand dieser und weiterer Fragen machen sie sich ein umfassendes Bild. Zugleich werden die gesammelten Informationen in einem Computersystem auch für die betreuenden Ärztinnen und Ärzte und Therapeutinnen und Therapeuten zugänglich gemacht, da davon auch Ziele und Maßnahmen der Rehabilitation abhängen. So brauchen Berufstätige, die am Schreibtisch arbeiten und eine Tastatur bedienen müssen, eine andere Therapie als Menschen im Ruhestand, bei denen das eigenständige An- und Ausziehen wieder erlernt werden muss.

Wie entscheidend das Ziel der Rehabilitation ist, weiß Regina Specht: „Viele Patientinnen und Patienten können ihre Lage zu Beginn gar nicht einschätzen. Wir helfen ihnen, die Situation zu verstehen und sich realistische Ziele für die Zukunft zu setzen.“ Neben der Therapie in der Klinik gehört dazu vor allem eine ehrliche Auseinandersetzung mit der Situation nach der Entlassung. „Schon kleine Treppen in der Wohnung können für die Betroffenen eine Hürde sein. Auch die Körperpflege oder das



Brötchenschmierer können zum Hindernis werden, wenn man zum Beispiel nur eine Hand nutzen kann“, so Specht. In enger Abstimmung mit den Therapeutinnen und Therapeuten berät das Patienten-Service-Center auch zu der Vielzahl von Hilfsmitteln, die zur Verfügung stehen.

Angehörige ins Boot holen

Da die Versorgung und Betreuung zu Hause auch stark von der Familie abhängt, werden die Angehörigen von Anfang an eng einbezogen. In sogenannten Angehörigenschulungen werden sie auf die unterschiedlichen Aspekte der häuslichen Versorgung und Pflege vorbereitet, zum Beispiel durch Pflegetrainings am Bett oder Pflegekurse, in denen über die Leistungen der Pflegeversicherung, das Betreuungsrecht oder die richtige Prophylaxe informiert wird.

„Indem wir die Angehörigen befähigen, sich in Sachen Pflege etwas zuzutrauen, aber auch zu erkennen, wo die eigenen Grenzen der Belastbarkeit liegen, schaffen wir realistische Erwartungen. Außerdem tragen wir dazu bei, dass Patientinnen und Patienten, die dauerhaft der Pflege bedürfen, nach ihrer Entlassung nicht gleich wieder im Krankenhaus landen oder in eine stationäre Pflegeeinrichtung umziehen müssen, weil die Pflege zu Hause nicht funktioniert. Auch das gehört für uns zu einer gelingenden Rehabilitation“, begründet Specht den Ansatz.

Deshalb geht die Begleitung auch über den Entlassungstag hinaus, um die häufigen Versorgungsbrüche beim Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung zu vermeiden. Auf Wunsch macht eine Pflegetrainerin oder ein Pflegetrainer einen Qualitätscheck zu Hause: Ist der Rollstuhl da? Ist das Equipment für die Sondenkost vorhanden? Sind die notwendigen Medikamente vor Ort? Bis zu sechs Wochen können die Angehörigen zudem Pflegetrainings in Anspruch nehmen – sooft sie es wünschen und bis sie sich sicher fühlen.

Dass Angehörigenarbeit und Rehabilitation gut ineinandergreifen, davon ist Regina Specht überzeugt: „Heutzutage wechseln die Patientinnen und Patienten schneller aus den Krankenhäusern in die Reha. Das stellt uns vor allem im neurologischen Bereich vor große Herausforderungen, weil der Grad der Pflegebedürftigkeit höher ist und mehr Patientinnen und Patienten unsere Klinik wieder verlassen, während sie noch der Pflege bedürfen. Im Gegensatz zur Orthopädie oder Psychosomatik können viele Schwerstbetroffene mit neurologischen Erkrankungen nicht mehr in ein vollkommen eigenständiges Leben zurück. Darauf wollen wir mit unserem Reha- und Angehörigenkonzept eine passende Antwort geben.“

Weiterlesen

→ HELIOS Rehakliniken Bad Berleburg: www.helios-kliniken.de/rehakliniken-bad-berleburg



Alexander Rath/ Shutterstock

Guter Standard: Das neue Strukturmodell vereinfacht die Dokumentationspraxis.

Das neue Strukturmodell in der Praxis

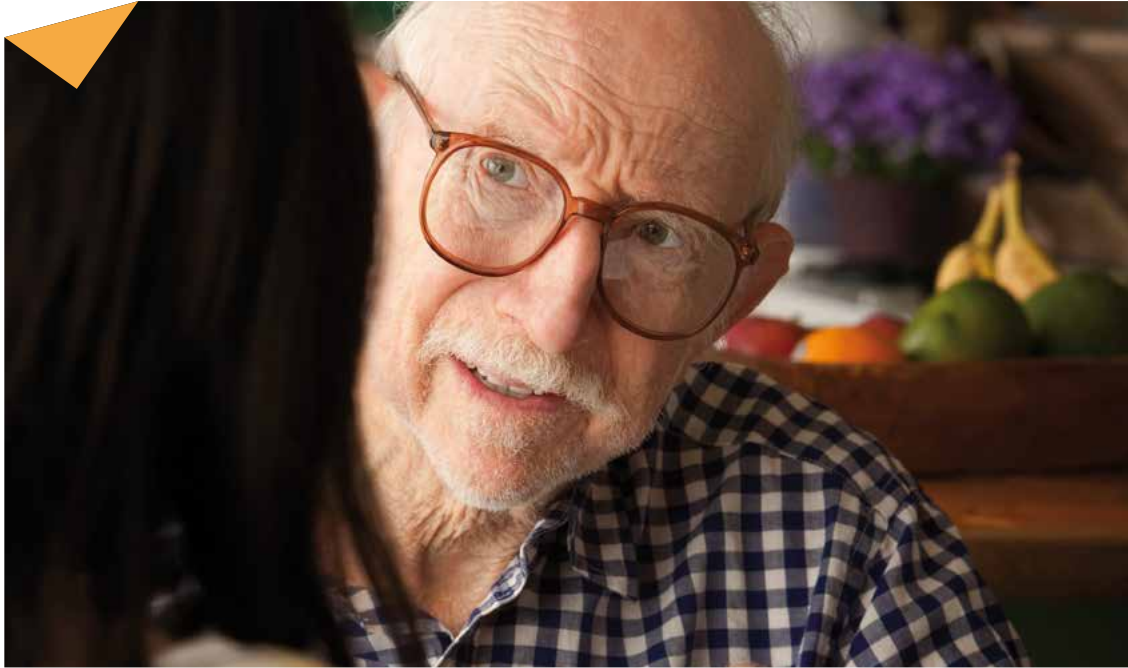
Die ambulante Pflege VICA in Coesfeld setzt auf die vereinfachte Pflegedokumentation

Seit Anfang 2015 wird ein neues Konzept umgesetzt, mit dem der Aufwand in der Pflegedokumentation erheblich minimiert wird. Der ambulante Pflegedienst VICA im Raum Coesfeld hat an der Erprobungsphase des Strukturmodells teilgenommen und seither gute Erfahrungen damit gemacht. Christa Korte ist Vorsitzende der Mitarbeitervertretung der VICA und war an der Implementation der neuen Dokumentationspraxis bei ihrem Arbeitgeber beteiligt.

Christa Korte, die seit 30 Jahren Krankenschwester ist, erinnert sich: „Wenn man früher eine Mappe für eine neue Pflegeperson erstellt hat, dauerte das mindestens vier Stunden. Ich habe das nie an einem Tag geschafft, sondern auf

zwei oder drei Tage aufgeteilt. Inzwischen hat sich die Zeit dafür halbiert.“

Die Zeitersparnis resultiert aus einer schlanken Dokumentationspraxis, die sich auf wesentliche Aspekte der pflegerischen Versorgung konzentriert und eine bessere Orientierung bei Abweichungen von der grundpflegerischen Versorgung bietet. Mit diesem Vorgehen wird die Dokumentationspraxis vereinfacht, ohne fachliche Standards abzusenken. Das Strukturmodell gliedert sich in vier Elemente, die alle pflegerelevanten Informationen zur Steuerung des individuellen Pflegeprozesses sicherstellen und eine gezielte Evaluation ermöglichen. Am Anfang steht die Strukturierte Informationssammlung (SIS), die den Zustand der



CREATISTA/shutterstock

Mehr Effizienz: Die neue Dokumentation geht besser auf die Pflegebedürftigen ein.

pflegebedürftigen Person anhand festgelegter Themenfelder erhebt. Diese orientieren sich an den Modulen des Neuen Begutachtungsinstruments.

In einer zweiten Phase werden auf Grundlage der erhobenen Daten die Maßnahmen geplant. Eine wesentliche Neuerung ist das Berichteblatt, das in der dritten Phase, dem Pflegeverlauf, zur Dokumentation von Abweichungen der durchgeführten Maßnahmen oder aktueller Ereignisse dient. Früher wurde jede durchgeführte Maßnahme trotz der vorliegenden Pflegeplanung zusätzlich tagesaktuell dokumentiert. Davon unberührt bleiben in der ambulanten Pflege die Einzelleistungsnachweise zu Abrechnungszwecken. Die Evaluation stellt die vierte Phase der Pflegedokumentation im Rahmen des Pflegeprozesses dar.

Christa Korte lobt die neue, strukturiertere Erfassungsmethode: „Die Erhebung ist effektiver geworden; ich muss mich nicht mehr an Dingen aufhalten, die für die einzelne Pflegebedürftige oder den einzelnen Pflegebedürftigen nicht wesentlich sind. Im SIS-Bogen kann ich direkt sehen, in welchem Bereich die größten Einschränkungen vorliegen.“ Auch die Erhebung der Risiken sei nun nicht mehr formalisiert, sondern entspricht der individuellen Situation der pflegebedürftigen Person: „Früher haben wir zum Beispiel die Braden-Skala zur Dekubitusrisikoeinschätzung angelegt.

Manche Menschen sind aber überhaupt nicht risikogefährdet. In der Risikomatrix auf dem SIS-Bogen kreuze ich heute einfach den entsprechenden Bereich mit ‚nein‘ an. Ich habe aber auch die Möglichkeit, eine Einschätzung zu einem späteren Zeitpunkt zu treffen. In diesem Zeitraum, vielleicht drei Wochen, nehme ich ein zusätzliches Formular zur Hilfe. Nach einer täglichen Überprüfung kann ich am Ende der drei Wochen eine verlässliche Einschätzung abgeben.“

Die SIS ist zentraler Bestandteil des neuen Dokumentationssystems, aber auch in den anderen Bereichen hat sich einiges geändert. „Nach der ersten Woche habe ich die neue pflegebedürftige Person kennengelernt. In dieser Zeit habe ich sie oder ihn mehrfach grundpflegerisch versorgt und die Situation hat sich eingespielt. Danach erstelle ich einen individuellen Pflegeablaufplan (Maßnahmenplan)“, so Christa Korte. Hier hat eine Vereinfachung stattgefunden. Während früher eine Einschätzung zu allen sogenannten Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) vorgenommen wurde, können die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter heute frei formulieren. Auch die im Ablaufplan enthaltene Dokumentation der Beratung zu Risiken ist einfacher geworden: „Wir haben zu allen Risiken fertige Informationsblätter. Mit den Pflegebedürftigen werden natürlich nur die relevanten besprochen. Auch die



Angehörigen beziehen wir hier ein, oft geht es schließlich um Maßnahmen, die das wohnliche Umfeld verändern“, sagt Christa Korte. Zur Dokumentation der Beratung muss die Pflegefachkraft nun nur noch die Aushändigung der besprochenen Standardblätter vermerken.

Im Bereich des Pflegeberichtes hat mit dem neuen Modell die größte Erleichterung stattgefunden. Früher musste jeden Tag ein Bericht geschrieben werden. Nun muss nur noch alles, was von der Norm abweicht, dokumentiert werden. „Es kann sein, dass wochenlang nichts passiert, das heißt aber nicht, dass wir nicht gut gepflegt haben, sondern nur, dass nichts Außergewöhnliches passiert ist“, so Christa Korte.

Der Großteil der Dokumentation findet im Büro des ambulanten Pflegedienstes statt, aber auch vor Ort musste früher täglich detailliert dokumentiert werden. Nicht alle Pflegebedürftigen hatten Verständnis für diesen erhöhten Aufwand. Auch in Bereichen wie der Behandlungspflege hat Christa Korte das Gefühl, besser auf die Bedürfnisse der Menschen eingehen zu können: „Bei manchen Menschen sind wir nur da, um ihnen morgens Kompressionsstrümpfe anzuziehen oder Tabletten zu geben. Früher hatten wir die Auflage, eine vollständige Anamnese zu erstellen.“ Christa Korte ist froh, dass durch die Entbürokratisierung die Pflegedokumentation für die Gepflegten nachvollziehbarer wird und sie so auch von den Reformen profitieren.

Mehr als ein Drittel der Pflegedienstleister haben bis 2016 ihre Dokumentationspraxis umgestellt. Die VICA war eines von 60 Pflegeunternehmen, die an der Erprobungsphase des Strukturmodells teilgenommen haben. „Nach der Einführungsveranstaltung haben wir die neue Pflegedokumentation sehr schnell im Betrieb umgesetzt. Die jungen Kolleginnen und Kollegen waren sofort begeistert, aber auch die älteren waren erleichtert, den alten Ballast abzuwerfen.“ Durch den strukturierten Aufbau der Dokumentation können sich neue Kolleginnen und Kollegen schnell einen Überblick über eine pflegebedürftige Person verschaffen.



Zeit für die Pflege: Christa Korte freut sich über freigewordene Kapazitäten.

Christa Korte / VICA Die ambulante Pflege GmbH

Die Implementierung der neuen Dokumentationspraxis muss dabei nicht unbedingt mit einem erhöhten Aufwand einhergehen. „Wir haben am Praxistest teilgenommen und in diesem Zuge auch gleich unsere Formulare ausgemistet. Wir hatten den Vorteil, dass unser Chef mit im Boot saß, sodass wir für unsere Einrichtung anschließend sehr intensiv an der Umsetzung arbeiten konnten. Wir bieten auch interne Schulungen zur Anwendung der SIS an.“

Christa Korte zieht ein positives Gesamtfazit: „Ich kann nicht sagen, dass ich anders pflege als früher, aber die Bürokratie hat nachgelassen und meine Fachkompetenz ist wieder mehr gefragt. Ich denke, es braucht seine Zeit, aber der Nutzen ist einfach viel größer als die Nachteile.“



Caritas Bad Kissingen

Angehörige unterstützen: Die Fachstellen beraten Angehörige auch in schwierigen Situationen.

Beratung, Unterstützung und Entlastung für pflegende Angehörige

Angehörigenarbeit der Caritas Kissingen im Bayerischen Netzwerk Pflege

Die eigenen Angehörigen zu pflegen, ist keine leichte Aufgabe. Nicht selten erkranken die Pflegenden bei lang andauernder Pflegetätigkeit selbst oder werden zum Pflegefall. Mit der „Fachstelle für pflegende Angehörige“ trägt der Caritasverband für den Landkreis Bad Kissingen dazu bei, pflegende Angehörige zu entlasten und ihre Bereitschaft und Fähigkeit zur Pflege zu erhalten.

Erschöpfung, Überforderung, Verzweiflung – Daniela Wehner kennt diese Gemütszustände aus ihrer täglichen Arbeit. Seit mehr als 15 Jahren ist sie in der Fachstelle für pflegende Angehörige in Bad Kissingen tätig. Dort betreut, berät und unterstützt sie Menschen, die ihre Angehörigen

pflegen und Hilfe bei ihr suchen. „Oft kommen pflegende Angehörige weinend in unsere Fachstelle und wissen nicht mehr weiter“, erklärt sie. „Unsere Aufgabe ist es, für sie da zu sein und ihnen ganz konkret im Pflegealltag beizustehen.“ Für diese Angehörigenarbeit stellt der Freistaat Bayern im Rahmen des Förderprogramms „Bayerisches Netzwerk Pflege“ jährlich über 1,3 Millionen Euro zur Verfügung – für insgesamt rund 100 Fachstellen für pflegende Angehörige bayernweit.

Die Fachstelle der Caritas Kissingen ist eine davon. Wie bei allen anderen Fachstellen besteht ihre Kernaufgabe in der psychosozialen Beratung, der begleitenden Unterstützung und der Entlastung pflegender Angehöriger. „Der Hauptteil unserer

Arbeit ist darauf ausgerichtet, die Pflegenden in ihrer Pflegebereitschaft zu stärken und sie in ihren Ängsten und Sorgen ernst zu nehmen“, so Wehner. Gerade wenn die Pflegebedürftigen an Demenz erkrankt seien und damit verbundene krankhafte Verhaltensweisen zeigten, führe das bei den Angehörigen oft zu Leidensdruck und Überforderung. „Wir wollen aber, dass die Pflegenden nicht selbst erkranken, zum Beispiel weil sie nachts nicht zur Ruhe kommen, kein eigenes Leben mehr führen, die Pflegebedürftige bzw. den Pflegebedürftigen ständig beaufsichtigen und sich dann noch Sorgen machen, wie es wird, wenn die Krankheit voranschreitet.“

Neutrale Beratung vor Ort

In solchen Situationen ist die Fachstelle mit konkreten Hilfsangeboten zur Stelle – und das nicht nur in der Beratungsstelle, sondern insbesondere am Telefon und bei Hausbesuchen. „Grundsätzlich lehnen wir niemanden ab, der Hilfe bei uns sucht. Wo wir selbst nicht weiterhelfen können, vermitteln wir Kontakte. Vor allem aber gehen wir direkt zu den Menschen nach Hause. Denn über 80 Prozent der Angehörigen sind selbst nicht mobil. Oder sie betreuen zum Beispiel eine demenzkranke Person, die sie zu Hause nicht allein lassen können oder die nicht reisefähig ist, weil sie unterwegs aggressiv wird oder aus dem Bus aussteigen will“, erläutert Wehner.

Die Beratung und Unterstützung umfasst im Wesentlichen die Vermittlung von Hilfsangeboten



Caritas Bad Kissingen

Immer ansprechbar: Angehörige können sich auch telefonisch Rat bei Daniela Wehner holen.

vor Ort, zum Beispiel zu einer Tagespflege-Einrichtung oder zu einem niedrigschwelligen Betreuungsangebot. Die Fachstelle ist dabei stets nur Vermittler, nicht Anbieter einer Leistung. „Wir beraten immer neutral und empfehlen deshalb auch nicht einen bestimmten Pflegedienst“, betont Wehner. Vielmehr würde den Angehörigen dabei geholfen, überhaupt Möglichkeiten der Unterstützung im Alltag zu finden sowie den Kontakt zu Anbietern herzustellen.

Die Bandbreite der Entlastungsangebote ist vielen Angehörigen dabei oft gar nicht bewusst. Sie reicht von Angehörigengruppen, einer Art angeleiteter Selbsthilfe, über Betreuungsnachmittage, bei denen Angehörige ihre Pflegebedürftigen für eine stundenweise Betreuung in eine Einrichtung geben können, um Zeit für sich selbst zu gewinnen, bis hin zu Helferkreisen, bei denen geschulte Laienhelferinnen und Laienhelfer Angehörige im Haushalt entlasten, damit diese eigene Dinge tun können wie zum Frisör zu gehen, ein Buch zu lesen oder einzukaufen.

Darüber hinaus beantwortet die Fachstelle fachliche Fragen und hilft Angehörigen bei Anträgen und Behördenangelegenheiten. Nicht zu vernachlässigen sei zudem die Vernetzung mit anderen Beratungsangeboten, wie sie auch die Caritas Kissingen vorhält. „Wir haben zum Beispiel auch eine eigene Beratungsstelle für Suchtprobleme. Das kann auch im Alter ein wichtiges Thema sein, wenn Pflegenden sich mit Alkohol und Medikamenten betäuben“, erklärt Wehner.



Caritas Bad Kissingen

Alles dabei: Daniela Wehner bringt zur Beratung von Angehörigen Informationsmaterialien mit, um ihnen die passenden Angebote vorstellen zu können.



Anlaufstelle für professionell Pflegende

Die Fachstelle ist jedoch nicht nur Anlaufstelle für Angehörige, sondern für alle Menschen, die pflegen, ob ehrenamtlich oder professionell. Im Sinne einer besseren Vernetzung aller professionell in der Pflege Tätigen sucht die Fachstelle deshalb regelmäßig den Kontakt zu Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen und Pflegediensten. Mit Anschreiben und Flyern wendet sie sich zweimal im Jahr an die bekannten Einrichtungen in der Region und informiert über ihre Arbeit. „Gerade bei Kliniken und deren Sozialdiensten ist es wichtig, sich regelmäßig ins Gedächtnis zu rufen, da es dort eine hohe Mitarbeiterfluktuation

gibt“, so Daniela Wehner. „Wir wollen einfach, dass die Kliniken uns im Blick haben, wenn es um das Thema Pflege geht, sodass sie Angehörige zu uns schicken können. Genauso aber wollen wir mit unserem Wissen weiterhelfen, zum Beispiel indem wir Fachkräfte in den Kliniken über Krankheitsbilder wie Demenz aufklären.“

Dass die Arbeit der Fachstelle der Caritas Kissingen prinzipiell weiter an Bedeutung gewinnen wird, da ist sich Daniela Wehner sicher: „Die Anforderungen an uns sind in den letzten Jahren enorm gewachsen. Und die demografische Entwicklung ist eindeutig: Mehr Ältere bedeutet mehr Pflegebedürftige und damit mehr pflegende Angehörige.“



„Ich nutze die Praxisseiten Pflege als ständigen Begleiter bei meinen Hausbesuchen oder bei Beratungen in unseren Räumlichkeiten. Dazu habe ich den Ordner auch mit eigenen Unterlagen ergänzt, die ich für meine tägliche Arbeit brauche, zum Beispiel mit einer Liste regionaler Angebote und Ansprechpartner. So habe ich eine praktische Arbeitshilfe stets griffbereit.“

Daniela Wehner, Fachstelle für pflegende Angehörige, Caritas Bad Kissingen

Weiterlesen

- Fachstelle für pflegende Angehörige der Caritas Kissingen: www.caritas-kissingen.de
- Informationen und Rechtsgrundlagen zum Bayerischen Netzwerk Pflege sowie Adressen der Fachstellen: www.pflege.bayern.de › Pflege › Pflege zu Hause › Hilfen für Angehörige



Gudrun Arndt / Wannsee-Schule e.V.

Breit aufgestellt: das Team der Wannsee-Schule für Gesundheitsberufe in Berlin.

Wir schaffen eine umfassende Identifikation mit dem Pflegeberuf

*Interview mit Christine Vogler,
Wannsee-Schule für Gesundheitsberufe in Berlin*

Die Weichen sind gestellt: Ab 2018 sollen die bisherigen Ausbildungen in der Altenpflege, der Krankenpflege und der Kinderkrankenpflege zu einem einheitlichen Berufsabschluss „Pflegefachfrau“ beziehungsweise „Pflegefachmann“ zusammengefasst werden. So sieht es der Entwurf des Pflegeberufgesetzes vor, der aktuell im Deutschen Bundestag beraten wird. Die Wannsee-Schule für Gesundheitsberufe setzt bereits seit Jahren auf eine generalistische Ausbildung. Im Interview spricht Christine Vogler, Leiterin der Gesundheits- und Krankenpflegeschule der Wannsee-Schule, von den Vorteilen und Besonderheiten.

Frau Vogler, was heißt „generalistische Pflegeausbildung“ überhaupt?

Kurz gesagt: Wer bei uns die dreijährige Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege absolviert hat, kann danach überall in der Pflege arbeiten, ob in der Klinik, im Pflegeheim, im Hospiz, bei einem Pflegedienst, in der Demenz-WG – wo auch immer. Denn unser Curriculum umfasst die Pflege vom Säugling bis zum hochbetagten Menschen. Wir trennen nicht nach Lebensalter oder Sektor. Unsere Auszubildenden lernen alle Facetten gleichberechtigt kennen. Sie erwerben einen einheitlichen Grundstock an Wissen und Kompetenzen und können sich dann

später entscheiden, in welche Richtung sie gehen wollen. Im Prinzip machen wir bereits das, was die Politik ab 2018 flächendeckend einführen will.

Wie geht das, bisher drei verschiedene Ausbildungswege in nur einem anzubieten?

Das geht und ist sogar sinnvoll. Unsere Auszubildenden lernen bei uns alle das Gleiche, am Ende ihrer Ausbildung werden aber nicht alle das Gleiche gesehen haben. Das heißt: Wir bringen allen die gleichen pflegerischen Grundlagen und sozialen Kompetenzen bei. Da wir aber für einen Verbund von Krankenhäusern, Sozialstationen und anderen Gesundheitseinrichtungen ausbilden, sammeln die Schülerinnen und Schüler durchaus unterschiedliche Praxiserfahrungen. Unsere Azubis lernen bis zu zehn verschiedene Einrichtungen im Rahmen der Ausbildung kennen, aber nicht alle gehen in die gleichen Einrichtungen. Unser Fokus liegt deshalb darauf, die Kernelemente zu identifizieren und zu vermitteln, die unbedingt in die Ausbildung gehören und die jede und jeder Azubi können muss.

Welche Kernelemente sind das?

Wir lassen uns dabei von zwei Fragen leiten: Was müssen Pflegende in allen Pflegesettings können? Und welchen Pflegesituationen begegnen sie



Guudrun Arndt/Wannsee Schule e.V.

Verantwortung fördern: Christine Vogler wünscht sich mehr Selbstbewusstsein von Pflegenden.

immer wieder? Wir gehen exemplarisch vor und haben nicht den ohnehin unerfüllbaren Anspruch auf Vollständigkeit. Uns ist es wichtig, unseren Auszubildenden Wissen anhand typischer Situationen zu vermitteln. Sie lernen zum Beispiel, welche Pflegephänomene bei der stationären Langzeitpflege oder bei der ambulanten Pflege wiederkehrend sind. Mit diesem anwendungsbezogenen Wissen entlassen wir sie in die Praxis.



Guudrun Arndt/Wannsee Schule e.V.

Kein Anspruch auf Vollständigkeit: In der Wannsee-Schule wird exemplarisch gelernt.



Kurz erklärt:

Das Pflegeberufsgesetz: auf dem Weg zur generalistischen Pflegeausbildung

→ Mehr Qualität in der Pflege und eine höhere Attraktivität des Pflegeberufs: Mit diesen Zielen will die Bundesregierung die Pflegeausbildung reformieren und hat dazu den Entwurf des Pflegeberufsgesetzes vorgelegt. Der Kern: Ab 2018 sollen die bisherigen Ausbildungswege in der Pflege – die Altenpflege, die Krankenpflege sowie die Kinderkrankenpflege – zu einer einheitlichen Pflegeausbildung zusammengefasst werden. Die neue, generalistische Ausbildung zur „Pflegefachfrau“ bzw. zum „Pflegefachmann“ soll auf einen Einsatz in allen

Arbeitsfeldern der Pflege vorbereiten, einen Wechsel zwischen den einzelnen Pflegebereichen erleichtern und den Pflegekräften selbst wohnortnahe Beschäftigungsmöglichkeiten und zusätzliche Einsatz- und Aufstiegsmöglichkeiten eröffnen. Zudem soll das Schulgeld flächendeckend abgeschafft werden. Der Gesetzentwurf wird aktuell im Deutschen Bundestag beraten.

→ Weitere Informationen:

www.bundesgesundheitsministerium.de ›
Themen › Pflege › Pflegekräfte

Aber wie stellen Sie sicher, dass die Auszubildenden wirklich auf das vorbereitet sind, was sie in der Praxis erwartet?

Indem wir niemanden ins kalte Wasser werfen. Wir bereiten alle Einsätze unserer Auszubildenden in den Einrichtungen vor, indem wir vorher das jeweils notwendige Theoriewissen vermitteln. Wenn jemand also auf eine Operative Station oder in eine Demenz-WG geht, dann haben wir die Besonderheiten, die dort gelten, bereits als Schulstoff behandelt. Diese Verknüpfung von Theorie und Praxis zeichnet uns aus. Unsere Azubis wissen, was sie vor Ort erwartet.

In den bisherigen drei Ausbildungswegen sind die Einsatzgebiete klar umgrenzt, Ihre Auszubildenden müssen „alles“ können. Verlangen Sie ihnen nicht zu viel ab?

Das glaube ich nicht. Richtig ist, dass unsere Schülerinnen und Schüler ein hohes Maß an Flexibilität brauchen, da sie sich in ständig wechselnden Teams und Arbeitsstrukturen zurechtfinden müssen. Das hat aber einen unschlagbaren Vorteil: Sie haben am Ende einen viel besseren Überblick über die verschiedensten Facetten der Pflege und ein ganz anderes Verständnis für die spezifische Situation



Gudrun Arndt/Wannsee Schule e.V.

Gut ausgebildet: Wer den Abschluss an der Wannsee-Schule macht, kann in allen Pflegebereichen arbeiten.

von Pflegebedürftigen. Zum Beispiel beim Entlassungsmanagement: Wenn ein Patientin bzw. ein Patient aus dem Krankenhaus in eine Pflegeeinrichtung entlassen wird, wissen unsere Azubis eher, woran es zu denken gilt, was übergeben werden muss. Weil sie im besten Fall beide Pflegesituationen in der Ausbildung erlebt haben. Das führt zu einer viel engeren Verzahnung verschiedener Einrichtungen. Und davon profitieren vor allem die Patientinnen bzw. Patienten und Pflegebedürftigen.



Das heißt, die generalistische Ausbildung fördert Verantwortung und eigenständiges Handeln?

Auf jeden Fall! Zum einen führt unsere alternde Bevölkerung dazu, dass immer mehr Menschen versorgt werden müssen, die mehrfach und chronisch krank sind, Stichwort Multimorbidität. Auch die Demenzerkrankungen nehmen zu. Das stellt Pflegekräfte vor ganz neue Herausforderungen, für die sie besser gewappnet sind, wenn sie als Generalisten ausgebildet wurden. Zum anderen aber fördert die einheitliche Ausbildung eine neue Berufsidentität, einen gemeinsamen Berufsstand

„Pflege“. Denn wenn die Schülerinnen und Schüler die Pflege umfassend und nicht mehr getrennt nach Alten-, Kranken- oder Kinderkrankenpflege kennenlernen, dann wächst das Berufsfeld zusammen. Es führt zu mehr Selbstbewusstsein der in der Pflege Tätigen. Damit kann auch der Pflegeberuf wieder an Attraktivität gewinnen. Und das haben wir nötig, denn wir alle kennen die demografische Entwicklung und wissen, was das für die Pflegesituation bedeutet. Die generalistische Pflegeausbildung ist deshalb eine große Chance.

Weiterlesen

→ Wannsee-Schule für Gesundheitsberufe:

www.wannseeschule.de › **Schule für Gesundheits- und Krankenpflege**

→ Aufruf „Generalistik jetzt!“ des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigten für die Pflege, Staatssekretär Karl-Josef Laumann: www.patientenbeauftragter.de › **Generalistik jetzt!**