



GESUNDHEIT UND GESELLSCHAFT

DEMOGRAFISCHER WANDEL

# Frischkur für die Pflege

+++ Positionen und Perspektiven

SPEZIAL

STARTSCHUSS <b>Reform mit Augenmaß</b> von Herbert Reichelt .....	3	PFLEGESTUFEN <b>Den Begriff neu begreifen</b> von Otmar Müller .....	12
FINANZIERUNG <b>So bleibt die Basis stabil</b> von Heinz Rothgang .....	4	WOHNFORMEN <b>»Demografischen Wandel positiv gestalten«</b> Interview mit Jürgen Gohde .....	13
KONTROVERS <b>Kapital oder Umlage?</b> von Rolf Kroker und Rudolf Zwiener .....	7	GESELLSCHAFT <b>Kraftakt Demenz</b> von Harald Kesselheim .....	14
REPORTAGE <b>Pflegen bis zur Erschöpfung</b> von Jörn Hons .....	8	PATIENTENSICHERHEIT <b>Mit dem Fehler nicht allein</b> von Monika Schneider .....	16
QUALITÄTSBERICHTE <b>Pflege-TÜV mit Mängeln</b> von Marco Priewisch .....	10	BERLINER GESUNDHEITSPREIS <b>»Um Hilfe zu bitten, fällt vielen schwer«</b> Interview mit Rosemarie Drenhaus-Wagner .....	17
MODERNE KONZEPTE <b>»Für gute Pflege braucht man gute Ideen«</b> Interview mit Franz Stoffer .....	11	STANDPUNKTE <b>15 Jahre jung: Happy Birthday, Pflegeversicherung</b> Statements der pflege- und gesundheitspolitischen Sprecher aller Bundestagsfraktionen .....	18

## Literatur

- *Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.)*  
**Ratgeber Pflege. Alles, was Sie zur Pflege wissen müssen.**  
Berlin 2009
- *Hendrik Dräther, Klaus Jacobs, Heinz Rothgang (Hrsg.)*  
**Fokus Pflegeversicherung – Nach der Reform ist vor der Reform**  
Berlin 2009
- *Harald Kesselheim*  
**Mehr Teilhabe für Pflegebedürftige**  
G+G 4/2009, Seite 18
- *AOK-Bundesverband*  
**Nachschlag für die Pflege**  
G+G Spezial 09/07
- *AOK-Bundesverband*  
**Pflege mit Weitblick**  
G+G Spezial 03/06
- *Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (Hrsg.)*  
**Aus Fehlern lernen**  
KomPart-Verlag, Bonn 2008

## Internet

- [www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de)  
AOK-Bundesverband, mit ausführlichen Informationen zu den gesetzlichen Grundlagen der Pflegeversicherung unter → *Gesundheit* → *Pflege*.
- [www.aok.de](http://www.aok.de)  
AOK-Versichertenportal, mit Angaben zu den Leistungen der Pflegeversicherung. Unter → *Gesundheit* → *Pflege* finden Sie auch verschiedene Pflege-Broschüren zum Download.
- [www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de)  
Bundesgesundheitsministerium, mit Informationen zum Anspruch auf Pflegeberatung unter → *Pflege*.
- [www.aok-patientensicherheit.de](http://www.aok-patientensicherheit.de)  
Hier finden Sie verschiedene Broschüren zum Thema »Patientensicherheit« als Download.
- [www.iwkoeln.de](http://www.iwkoeln.de)  
Institut der deutschen Wirtschaft. Unter → *Wissenschaft* → *soziale Sicherung* finden Sie verschiedene IW-Veröffentlichungen zum Gesundheitssystem in Deutschland.
- [www.boeckler.de](http://www.boeckler.de)  
Hans-Böckler-Stiftung, unter → *Themen* finden Sie einen Link zur »Böckler-Box Gesundheitspolitik« mit Fakten und Positionen zur Gesundheitspolitik.
- [www.zes.uni-bremen.de](http://www.zes.uni-bremen.de)  
Universität Bremen – Zentrum für Sozialpolitik, mit verschiedenen Publikationen und Studien zu Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung.
- [www.aok-bv.de/aok/berliner-gesundheitspreis](http://www.aok-bv.de/aok/berliner-gesundheitspreis)  
Alle Infos zum Berliner Gesundheitspreis mit Bewerbungsunterlagen für die aktuelle Ausschreibung des Preises (Bewerbungsfrist endet am 31. Mai 2010).
- [www.aok-pflegeheimnavigator.de](http://www.aok-pflegeheimnavigator.de)  
Mit dem Pflegeheim-Navigator der AOK lässt sich eine passende Pflegeeinrichtung bundesweit nach individuellen Suchkriterien recherchieren.
- [www.aok-pflegedienstnavigator.de](http://www.aok-pflegedienstnavigator.de)  
Mit dem Pflegedienst-Navigator der AOK lässt sich ein passender Pflegedienst bundesweit nach individuellen Suchkriterien recherchieren.

# Reform mit Augenmaß

Die Pflegeversicherung ist eine wichtige Säule der sozialen Sicherung. Um auch die Herausforderungen der Zukunft zu meistern, sind behutsame Reformen erforderlich. Damit dabei die Finanzierungsgrundlage der Pflegeversicherung nicht in Gefahr gerät, sollte der Gesetzgeber an die Einführung einer ergänzenden Kapitaldeckung mit Bedacht herangehen.

Von **Herbert Reichelt**



**D**ie soziale Pflegeversicherung ist in diesem Jahr 15 Jahre alt geworden. Gemessen an über 125 Jahren gesetzlicher Krankenversicherung ist das eine kurze Zeit. Und dennoch: Die Pflegeversicherung ist aus unserer Gesellschaft nicht mehr wegzudenken. Sie hat dazu beigetragen, dass Deutschland ein Stück mitmenschlicher geworden ist.

Mit dem Schicksalsschlag, pflegebedürftig zu werden, müssen Betroffene und ihre Angehörigen nicht mehr alleine zurechtkommen. Heute tragen die Versicherten der Pflegeversicherung einen Teil der finanziellen Belastung solidarisch und sorgen so dafür, dass Pflegebedürftigkeit nicht zu einer persönlichen finanziellen Katastrophe wird.

Aber die bessere finanzielle Absicherung des Pflege­risikos ist nur die eine Seite. Die Pflegeversicherung war auch Initialzündung für eine bessere Ausbildung in den Pflegeberufen, für größere Anstrengungen bei der Pflegequalität und sie hat zu tausenden neuen Arbeitsplätzen geführt. Die Pflegeversicherung ist nicht nur zu einem Kernelement unseres Sozialstaates geworden, sondern sie hat auch vielen Menschen eine neue berufliche Perspektive gegeben.

Um diese Erfolge zu sichern, müssen Lösungen für bestehende Probleme und die kommenden Herausforderungen gefunden werden. Reformbedarf besteht bei der gesetzlichen Definition von Pflegebedürftigkeit ebenso wie bei der Entwicklung von neuen Wohn-

und Betreuungsformen oder der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf. Auch wenn die Pflegeversicherung bisher ein solides finanzielles Fundament hat, müssen nun Lösungen gefunden werden, wie der prognostizierte Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen finanziell bewältigt und die jüngere Generation dabei nicht überfordert wird.

Die schwarz-gelbe Koalition will die Pflegeversicherung weiterentwickeln. Wir begrüßen und unterstützen dies. Der Gesetzgeber sollte insbesondere an die Einführung einer ergänzenden Kapitaldeckung mit Bedacht und Augenmaß herangehen.

Entscheidend ist, dass die paritätische Umlagefinanzierung nicht schleichend ausgehöhlt wird und die Finanzierungs- und Leistungsverantwortung in den Händen der Pflegeversicherung bleibt. Auch um unnötige Bürokratie zu vermeiden, sollte der zusätzliche Finanzierungstopf bei der sozialen Pflegeversicherung angesiedelt werden.

**Dr. Herbert Reichelt** ist Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes.

# So bleibt die Basis stabil

Akute Geldnot herrscht in der Pflegeversicherung nicht. Mittelfristig aber ist eine Reform der Finanzbasis unumgänglich. **Heinz Rothgang** kann sich einen Finanzausgleich zwischen privaten und gesetzlichen Pflegekassen vorstellen – aber es gibt noch weitere Möglichkeiten.

Die soziale Pflegeversicherung (SPV) hat ein Finanzierungsproblem. Seit ihrem Start im Jahr 1995 konnte sie zwar zunächst eine Finanzreserve in Milliardenhöhe aufbauen, jedoch hat sie zwischen 1999 und 2007 mit einer Ausnahme regelmäßig ein Defizit eingefahren. Und diese Ausnahme ist einem Einmaleffekt geschuldet: Die Fälligkeit der Beitragszahlung wurde vorverlegt, sodass für die Beschäftigten im Januar 2006 zwei und im ganzen Jahr 13 Beiträge eingegangen sind. Ohne diese Besonderheit ergäbe sich auch für 2006 ein Defizit in dreistelliger Millionenhöhe.

Das Finanzierungsproblem der Pflegeversicherung resultiert vor allem aus der Einnahmenentwicklung. Denn das durchschnittliche jährliche Einnahmenwachstum lag von 1997 bis 2004 bei nur 0,8 Prozent und damit deutlich unter-

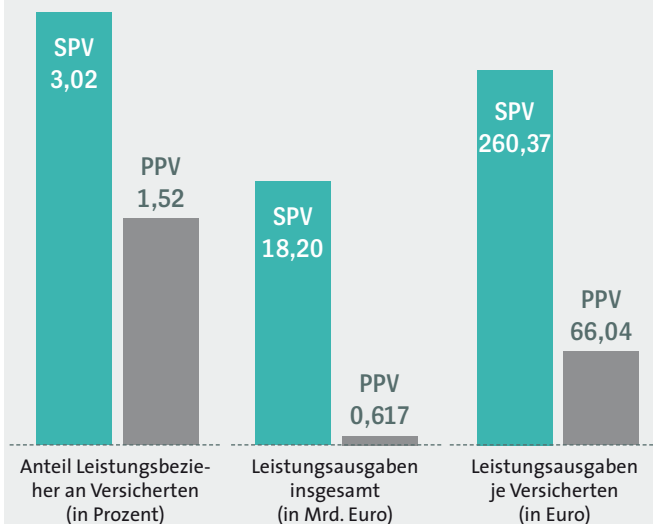
halb der Inflationsrate von 1,3 Prozent. Die sinkende Lohnquote und die Umwandlung sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung in andere Formen der Beschäftigung sorgen dafür, dass die Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einnahmen in der Pflegeversicherung erheblich langsamer wächst als das deutsche Sozialprodukt. Wie in der gesetzlichen Krankenversicherung ist es somit auch in der Pflegeversicherung die strukturelle Einnahmeschwäche, die zu Finanzierungsproblemen geführt hat.

**Finanzreform in dieser Legislaturperiode.** Um das chronische Defizit zu beenden, musste mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PFWG) 2008 der Beitragssatz um 0,25 Beitragssatzpunkte erhöht werden. Die Erhöhung ist vertretbar – wurde doch schon bei Einführung der Pflegeversicherung von einer demografisch bedingten Beitragssatzsteigerung ausgegangen. Doch das strukturelle Problem wird so nicht gelöst. Denn dem höheren Beitragssatz stehen Leistungsverbesserungen entgegen, deren Finanzvolumen bereits im damaligen Gesetzgebungsverfahren mit 0,28 Beitragssatzpunkten für 2015 prognostiziert wurde. Die Finanzierung wurde daher trotz Beitragssatzerhöhung nur bis 2014 als gesichert angesehen. Dabei wurden etwaige Mehrausgaben durch Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs noch gar nicht berücksichtigt. Da das PFWG zudem vor der Finanz- und Wirtschaftskrise erarbeitet wurde, ist klar, dass noch in dieser Legislaturperiode eine Finanzierungsreform in der Pflegeversicherung notwendig ist. Diese muss nicht nur zu Mehreinnahmen – etwa durch Anhebung des Beitragssatzes – führen, sondern gleichzeitig die Abkopplung der Einnahmebasis vom Sozialprodukt beenden.

**Zins- und Mieteinkünfte berücksichtigen.** Um die strukturelle Einnahmeschwäche zu beheben, müssen alle Einkommen berücksichtigt und der Kreis der beitragspflichtigen Personen erweitert werden. Eine Berücksichtigung aller Einkommensarten ist auch schon aus Gerechtigkeitsgründen angezeigt. Derzeit sind nur Einkommen aus unselbstständiger Arbeit und abgeleitete Ansprüche (Renten, Arbeitslosengeld) beitragspflichtig, während Einkommen etwa aus Vermietung und Verpachtung oder Zinseinkommen unberücksichtigt bleiben. Dies führt dazu, dass Haushalte mit gleichem Einkommen mit unterschiedlichen Beiträgen herangezogen wer-

## Ungleiche Partner

Soziale (SPV) und private Pflegeversicherung (PPV) im Vergleich



Gesündere Versicherte mit hohem Einkommen – das sind die wahren Erfolgsfaktoren der kapitalgedeckten privaten Pflegeversicherung. Der Anteil der Leistungsbezieher ist nur halb so hoch wie in der sozialen Pflegeversicherung, die Ausgaben je Versicherten betragen sogar nur ein Viertel.

Quelle: BMG, Zahlenbericht PKV (Stand: Januar 2009)

den – je nachdem aus welchen Einkommensarten sich ihr Einkommen speist. Dies ist ein Verstoß gegen das Prinzip der horizontalen Gerechtigkeit, das gleiche Abgaben bei gleicher ökonomischer Leistungsfähigkeit fordert. Das Problem könnte durch Aufnahme aller Einkommensarten in die Beitragspflicht gelöst werden – auch eine Pauschalprämie hätte letztendlich diese Wirkung.

**Unterschiedliche Wettbewerbsbedingungen.** Weiterhin ist zu diskutieren, unter welchen Umständen an der Aufteilung in soziale und private Pflegeversicherung festgehalten werden kann. Der Gesetzgeber hat 1994 mit dem Pflege-Versicherungsgesetz eine »Pflegevolksversicherung in Gestalt zweier Versicherungszweige« (Bundesverfassungsgericht) geschaffen, bei der die Bevölkerung jeweils entweder der sozialen Pflegeversicherung oder der privaten Pflegeversicherung (PPV) zugewiesen wird. Dabei haben die privaten Versicherten einen erheblichen Wettbewerbsvorteil: Privat Versicherte haben ein höheres Einkommen und sind im Durchschnitt – bezogen auf ihr Alter – gesünder. Außerdem gibt es in der PPV weniger Versicherte in den pflegerelevanten Jahrgängen. Der Anteil der Leistungsbezieher an allen Versicherten ist daher in der privaten Pflegeversicherung nur halb so hoch wie in der sozialen Pflegeversicherung (siehe Grafik Seite 4). Die Durchschnittsausgaben pro Versichertem liegen sogar nur bei gut einem Viertel der Ausgaben. Allerdings muss hierbei folgendes berücksichtigt werden: Privat versicherte Beamte erhalten teilweise staatliche Zuschüsse, die sogenannte Beihilfe. Die genaue Höhe wird statistisch nicht erfasst, Modellrechnungen ergeben jedoch, dass auch unter Berücksichtigung der Beihilfe die Ausgaben pro Versichertem in der PPV immer noch nur halb so hoch sind wie in der SPV. Durch die unterschiedliche Grundkonstruktion von SPV und PPV werden also nicht privat Versicherte bei der Zuweisung in die soziale Pflegeversicherung im derzeitigen System benachteiligt.

Aus Gerechtigkeitsüberlegungen und auch zur Verbesserung der Finanzsituation der sozialen Pflegeversicherung besteht hier Reformbedarf. Die naheliegende, gleichwohl aber politisch schwierigere Option besteht in der Abschaffung der organisatorischen Trennung in SPV und PPV und der Schaffung eines einheitlichen Versicherungssystems für die gesamte Bevölkerung. Soll dagegen an der organisatorischen Trennung in zwei Systeme festgehalten werden, könnte ein Finanzausgleich zwischen diesen Systemen installiert werden. Wie eigene Berechnungen zeigen, läge das Ausgleichsvolumen bei derzeit rund 1,9 Milliarden Euro jährlich.

**Pflegeleistungen angemessen erhöhen.** Auch eine solche Beseitigung der strukturellen Einnahmeschwäche führt aber nur zu einer Einnahmeentwicklung proportional zur Sozialproduktentwicklung. Sollen die Pflegeversicherungsleistun-



gen angemessen – das heißt oberhalb der Inflationsrate – erhöht werden, ist eine Finanzierung angesichts steigender Fallzahlen zu einem konstanten Beitragssatz nicht möglich. Im Koalitionsvertrag wird deshalb postuliert, dass »wir neben dem bestehenden Umlageverfahren eine Ergänzung durch Kapitaldeckung, die verpflichtend, individualisiert und generationengerecht ausgestaltet sein muss« brauchen. Positiv ist hieran, dass nur von Ergänzung, nicht von einem Umstieg die Rede ist. Jeder Einstieg in die Kapitaldeckung führt zu einer »Doppelbelastung«, da die ökonomisch aktive Generation einen Kapitalstock aufbauen, gleichzeitig aber die Ansprüche der Rentnergeneration befriedigen muss, die im alten System erworben wurden. Diese Doppelbelastung kann unterschiedlich verteilt werden, ist grundsätzlich aber unvermeidbar. Wie alle Berechnungen (etwa des Sachverständigenrats Wirtschaft sowie der Rürup- und der Herzog-Kommissionen) zeigen, führt ein vollständiger Umstieg selbst bei langen Übergangszeiten zu Mehrbelastungen in nicht zu tolerierender Höhe.

**Mehr Generationengerechtigkeit.** Zur Begründung für eine (Teil-)Kapitaldeckung werden verschiedene Argumente angeführt. Dabei ist die These von einer höheren Rendite als im Umlageverfahren und positiven Wachstumseffekten der Kapitaldeckung inzwischen – angesichts der Finanzkrise – in den Hintergrund getreten. Begründet wird die Forderung nach Kapitaldeckung vielmehr mit dem Argument der »Generationengerechtigkeit«. Tatsächlich führt jede Form der Kapitaldeckung dazu, ansonsten in der Zukunft anfallende Lasten in die Gegenwart vorzuziehen. Dieses Verschieben einer finan-

ziellen Last kann also durch eine Kapitaldeckung unzweifelhaft erreicht werden. Welche Generation diese vorgezogenen Lasten dann in welchem Umfang tragen muss, hängt dagegen maßgeblich von der Ausgestaltung der Kapitaldeckung ab.

**Vier zentrale Fragen.** Hinsichtlich der Ausgestaltung einer Teilkapitaldeckung sind vier Fragen zentral: Soll diese obligatorisch oder freiwillig sein? Kollektiv oder individuell? Mit einkommensabhängigen oder einkommensunabhängigen Beiträgen? Innerhalb der sozialen Pflegeversicherung oder als private Zusatzversicherung?

Wird eine ergänzende Kapitaldeckung in der Pflegeversicherung eingeführt, so muss sie obligatorisch sein. Anderenfalls entstehen Versorgungslücken für diejenigen, die eine solche Versicherung nicht abschließen. Dies zeigt das Beispiel der Riester-Rente. Eine Individualisierung des Leistungsanspruchs kann soweit getrieben werden, dass angesparte Beiträge vererbt werden können. In diesem Fall reduziert sich die Kapitalbildung aber auf einen Sparprozess und die Versicherungsfunktion geht verloren. Da die Dauer einer möglichen Pflegebedürftigkeit unbekannt ist, ist ein individuelles Vorsorgeparen wenig sinnvoll. Diese Form der Vorsorge würde zudem dazu führen, dass sich die späteren Leistungsansprüche an der jeweiligen Sparfähigkeit orientieren und nicht am Pflegebedarf. Eine kollektive Lösung ist daher vorzuziehen.

Soll eine Umverteilung von unten nach oben verhindert werden, sind einkommensunabhängige Beiträge – wie von Seiten der privaten Krankenversicherer vorgeschlagen – kritisch zu sehen. Dies gilt umso mehr, wenn bei solchen zunächst kleinen Pauschalprämien von einem steuerfinanzierten Solidarausgleich abgesehen würde – wie er etwa bei den Pauschalprämienmodellen in der gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehen ist.

Würde eine ergänzende Kapitaldeckung als private Pflegezusatzpflichtversicherung organisiert, erscheint eine einkommensbezogene Beitragszahlung nur schwer realisierbar. Zudem würden damit eine weitere Verwaltung und neue Schnittstellenprobleme geschaffen. Ein neuer Akteur mit zunächst geringen Ausgaben hätte zudem wenig Interesse an einer Leistungssteuerung, sodass die Einführung einer zusätzlichen Versicherung auch unter Effizienzgesichtspunkten kritisch zu beurteilen ist.

Somit ergibt sich als verbleibende Option einer solidarischen Absicherung allein die obligatorische und kollektive Teilkapitalbildung innerhalb der sozialen Pflegeversicherung mit einkommensunabhängigen Beiträgen. Unproblematisch ist allerdings auch diese Lösung nicht. Insbesondere erscheint es schwierig, den entstehenden Kapitalstock juristisch zuverlässig gegen den Zugriff der Politik im Krisenfall abzusichern.

**Kinder in der Pflegeversicherung beitragsrelevant.** Um die kapitalgedeckte Vorsorge in der Pflegeversicherung möglichst gerecht auszugestalten, könnten die Einzahlungen in einen Kapitalfonds auch von der Zahl der eigenen Kinder abhängig gemacht werden. Denn Kinder sind ja – quasi als Humankapital – bereits ein Beitrag zur Stützung der Pflegeversicherung. Das hat auch das Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil von 2001 grundsätzlich anerkannt. Kinderlose müssten dementsprechend einen höheren Beitrag für die Bildung eines Kapitalstocks aufbringen. So könnten sie ausgleichen, dass es aufgrund des fehlenden Nachwuchses künftig weniger Beitragszahler gibt. ■

---

**Professor Heinz Rothgang** lehrt Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung im Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen.

## Die Wirtschaftskrise frisst die Renten auf

Im vergangenen Jahr hat die Finanzkrise im großen Umfang Vermögen vernichtet. Rentner in den Industrienationen leiden besonders darunter. (...) Tatsächlich zeigt der aktuelle Rentenbericht der Organisation für wirtschaftliche Entwicklung und Zusammenarbeit (OECD), wie verheerend die Finanzmarktkrise auf die kapitalgedeckte Alterssicherung wirkt. Fast ein Viertel des in Pensionskassen und Pensionsfonds gesparten Kapitals, insgesamt rund 5,4 Billionen Dollar (3,9 Billionen Euro), ging 2008 infolge des weltweiten Crashes verloren. (...)

Die globale Rezession hinterließ indes nicht nur bei der privaten und der betrieblichen Alterssicherung Spuren. »Kein Land und kein System ist gegen die Krise immun«, sagte OECD-Sozialexpertin Monika Queisser bei der Vorstellung der Studie. Probleme hätten auch die staatlichen Rentensysteme, die im Umlageverfahren organisiert seien. Dort werden die Beiträge der Aktiven direkt an

die Ruheständler weitergereicht. Denn der Konjunkturerinbruch lässt die Arbeitslosigkeit steigen und drückt auf die Löhne. Weil die Rente in Deutschland und vielen Ländern an die Lohnentwicklung gekoppelt ist, wird die Rente nur gering angepasst oder sinkt sogar, wenn sich die Löhne entsprechend schlecht entwickeln. Hinzu kommt, dass die Staatsverschuldung extrem steigt, was dem Staat erschwert, die Alterssicherung zu finanzieren. In Deutschland etwa zahlt der Fiskus über den Bundeszuschuss rund ein Drittel der Rentenausgaben. (...) Trotz Krise gelte deshalb weiterhin, »dass sich angesichts der Überalterung die Zukunft nur mit einer Mischung aus Kapitaldeckung und Sozialversicherung meistern lässt«, so die Sozialexpertin Queisser.

---

Auszug aus dem Artikel »Die Wirtschaftskrise frisst die Renten auf« von Dorothea Siems, erschienen am 24. Juni 2009 in der »Welt«.

# Kapital oder Umlage?

Politik und Wissenschaft streiten: Ist eine kapitalgedeckte Finanzierung oder das Umlageverfahren der richtige Weg in der Pflegeversicherung?

Rolf Kroker und Rudolf Zwiener erläutern Chancen und Risiken der beiden Modelle.



## PRO

Die Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung erfolgt im Umlageverfahren. Die laufenden Einnahmen werden zur Finanzierung der laufenden Ausgaben verwendet. Ein Kapitalstock wird nicht

gebildet, wäre aber die bessere Alternative. Warum? Die Pflegewahrscheinlichkeit steigt erst jenseits eines Lebensalters von 70 Jahren stark an, sodass über einen langen Zeitraum unter Ausnutzung des Zinseszinshebels mit geringen Prämien eine Absicherung erreicht werden kann. Da versicherungsmathematisch korrekt kalkulierte Prämien demografische Entwicklungen berücksichtigen, ist ein solches System immun gegen die Alterung und Schrumpfung der Bevölkerung. Das Umlageverfahren hingegen führt zwangsläufig zu steigenden Beiträgen, da immer mehr Pflegebedürftige auf immer weniger Erwerbstätige entfallen. Da steigende Beiträge zugleich die Arbeitskosten erhöhen, entsteht auch noch ein unerwünschter negativer Beschäftigungseffekt.

Eine kapitalgedeckte Pflegeversicherung ist auch nicht unsozial. Sie organisiert die Umverteilung zwischen denjenigen, die pflegebedürftig werden, und denjenigen, die keine Pflegeversicherungen in Anspruch nehmen müssen. Die Umverteilung zwischen Einkommensschwachen und Einkommensstarken, die jetzt innerhalb der Pflegeversicherung vorgenommen wird, kann viel treffsicherer und gerechter über das Steuer-Transfersystem erreicht werden. Treffsicherer, weil anders als im heutigen System nur Bedürftige von der Einkommensumverteilung profitieren. Gerechter, weil alle Einkommen und nicht nur Arbeitseinkommen bis zur Bemessungsgrundlage in die Umverteilung einbezogen werden. Und schließlich lässt sich bei Ausgliederung der sozialen Umverteilung in ein Steuersystem ein wettbewerblicher Versicherungsmarkt etablieren, der Effizienzgewinne generiert, die zur Senkung der Prämien oder besseren Versorgung der Pflegebedürftigen verwendet werden können. ■

Dr. Rolf Kroker ist Leiter des Wissenschaftsbereichs Wirtschafts- und Sozialpolitik am Institut der deutschen Wirtschaft.



## CONTRA

Unbestritten ist, dass wir in einer alternierenden Gesellschaft mehr Geld für die Altersvorsorge ausgeben müssen. Umso wichtiger ist es, zusätzliche Mittel effizient einzusetzen. Eine Kapitalfundierung

bringt aber keine Vorteile, im Gegenteil: Die Einführung einer kapitalgedeckten Säule (Stichwort: Riester-Rente) in der Alterssicherung hat das Wirtschaftswachstum über Jahre gebremst. Auch wenn der heutige Beitragsatz zur gesetzlichen Rentenversicherung wegen den Riester-Reformen niedriger ausfällt, wäre es besser gewesen, das zusätzliche Geld ins System der gesetzlichen Rente zu geben, lautet das Fazit einer IMK-Studie.

Da die Arbeitgeber sich an den Kosten für die nötige zusätzliche Altersvorsorge nicht beteiligen, müssen die Beschäftigten das Geld überwiegend alleine aufbringen. Die staatliche Förderung ändert daran kaum etwas. Das Geld für den Aufbau der Riester-Rente fehlt den Arbeitnehmern für den Konsum, die wirtschaftlichen Auswirkungen lassen sich näherungsweise beziffern: Im Zuge der Rentenreformen stieg zwischen 2002 und 2007 die Sparquote der privaten Haushalte um knapp einen Prozentpunkt. Ihr Konsum schwächte sich ab. Das dämpfte die Wirtschaftsleistung innerhalb von sechs Jahren real um fast ein Prozent. Die schlechtere Entwicklung bei Wachstum und Beschäftigung machte den Einsparerfolg bei der Rentenversicherung – zwei Prozent weniger Ausgaben – für die öffentlichen Haushalte insgesamt wieder zunichte. Auch die Annahme, Kapitaldeckung erziele dauerhaft höhere Renditen als das Umlagesystem, ist problematisch. Denn die gemeinhin angenommene durchschnittliche Verzinsung von vier Prozent ist im historischen Vergleich hoch. Und wirtschaftliche Krisen können durch kapitalgedeckte Systeme kurzfristig noch verstärkt werden, weil die Rentner Einbußen bei ihren Kapitalerträgen erleiden. Das zeigt sich gerade in den USA oder Irland. Die umlagefinanzierte deutsche Sozialversicherung hat dagegen stabilisierend gewirkt. ■

Dr. Rudolf Zwiener forscht am Institut für Makroökonomie und Konjunkturforschung der Hans-Böckler-Stiftung.

# Pflegen bis zur Erschöpfung

Ingrid Bohnhage ist mit der Pflege ihres Mannes bis an ihre Grenzen gegangen – und darüber hinaus. Diagnose: Burn-out. Im Bremer Pflegestützpunkt fand sie schnelle und unbürokratische Hilfe. Ein Familienbesuch von **Jörn Hons**.

**E**inmal muss sie doch kämpfen. Ihre Stimme kippt, und fast verlegen wischt sie sich die Tränen aus den Augenwinkeln, als sie erzählt, dass der Krebs ja viel zu spät entdeckt wurde bei ihrem Mann. Endstadium ist es jetzt, Metastasen in Knochen und Körper. Ingrid Bohnhage atmet ein bisschen durch: »Aber wir leben jetzt jeden Tag bewusst und positiv – es muss, und es gibt ja noch viel Schlimmeres.«

Karl-Ludwig Bohnhage\* ist zurück von seiner Rauchpause auf dem kleinen Balkon. Schwer atmend, auf seinen Gehstock gestützt, schlurft er zu seinem Sessel, der mit einer weichen gelben Wolldecke gepolstert ist. Beim Umdrehen und Hinsetzen greift er nach dem Arm seiner Frau: »Ich kann ja fast gar nichts mehr«, seufzt er. »Das macht mir zu schaffen, dass ich meiner Frau nicht mehr helfen kann.« Pflegestufe II hat er jetzt, seit Januar ist der Antrag durch. Krebskrank ist der 74-jährige ehemalige Maler aber schon seit 2007.

**Hilfe vom Pflegestützpunkt.** Bis ins vergangene Jahr hat seine 16 Jahre jüngere Frau alles allein gemeistert, seine Pflege, die vielen Arztbesuche, die unruhigen Stunden in der Nacht – und die Versorgung des heute 14-jährigen gemeinsamen Sohnes Daniel, ein Nachzügler. Die beiden älteren Kinder sind längst aus dem Haus. Bis im Sommer 2009 alles zuviel wurde für Ingrid Bohnhage: »Burnout«, sagt sie kurz, die lebhaft

und tatkräftige ehemalige Fleischfachverkäuferin, die um sich selbst nicht viel Aufhebens macht. »Aber da mussten wir dann doch die Karten auf den Tisch legen«, erinnert sie sich an das schreckliche letzte Jahr, als ihr Mann vor Schmerzen wochenlang weder ein noch aus wusste, als auch die Ärzte in der Schmerzklinik ihn schon ohne Hilfe wieder nach Hause schicken wollten, wenn nicht der Chefarzt in letzter Minute noch eingeschritten wäre. Ingrid Bohnhage bekam für sich eine Rehabilitation bewilligt, die Schwester ihres Mannes pflegte und bekochte ihn solange.

**Große Hemmschwelle.** Erst danach ging Ingrid Bohnhage zum Pflegestützpunkt im Bremer Stadtteil Vahr, der von ihrer Haustür nur fünf Minuten Fußweg entfernt ist – um sich Hilfe zu holen. Mitarbeiter der AOK und anderer Pflegekassen, die Bremer Sozialbehörde und die Sozialämter in Bremen und Bremerhaven kooperieren hier bei der kostenlosen Hilfe eng mit Selbsthilfe- und Angehörigengruppen. »Für viele ist es ja eine große Hemmschwelle, zu Ihnen zu kommen«, sagt sie fast entschuldigend zu der Pflegeberaterin Stefanie Berger, die an diesem frühlingssonnigen Morgen vorbeigekommen ist, um mit Frau Bohnhage noch ein paar Details in der Pflege zu besprechen. »Da brauchst du gar nicht hingehen, da kriegst du sowieso nichts«, waren Freunde skeptisch, »und beim ersten Mal wird die Pflegestufe sowieso immer abgelehnt.«



Stefanie Berger (zweite von links) vom Pflegestützpunkt besucht und berät Familie Bohnhage (mit Sohn Daniel, ganz links) zu Hause.



Stefanie Berger nickt – diese Meinung kennt sie nur zu gut. »Es ist eher die Regel, dass die Menschen zu lange warten und erst dann zu uns kommen, wenn es richtig schwierig wird«, sagt die 26-jährige Pflegeberaterin. Seit April 2009 arbeitet die ehemalige AOK-Mitarbeiterin in einem der drei Pflegestützpunkte im Bundesland Bremen, die Hilfe und Beratung leisten für Menschen wie die Bohnhages. Für jene, die die Pflege zuhause ganz alleine meistern, die für ihren Mann, ihre Frau oder die Eltern keinen Pflegedienst in Anspruch nehmen wollen, oder die ganz plötzlich mit einem Pflegefall in der Familie zu tun haben.

Dabei konnte Stefanie Berger der Familie Bohnhage schnell helfen: Die Pflegestufe II wurde nach der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) innerhalb von zwei Wochen bewilligt, und auch beim Antrag für eine Erwerbsminderungsrente für Ingrid Bohnhage gab es Unterstützung. Außerdem wurde der Antrag für ein spezielles Pflegebett gestellt. Das ist wichtig, damit Karl-Ludwig Bohnhage im Schlaf seinen Oberkörper und die Beine höher lagern kann – und so vor allem die Schmerzen in der Nacht verringert werden. »Manchmal sind wir beide schon morgens um 2:30 Uhr wieder auf, weil er solche Schmerzen hat – dann gehen wir ein bisschen hier herum, spielen Karten oder hören die Vögel zwitschern«, erzählt Ingrid Bohnhage mit einem kleinen Lächeln – und streicht ihrem Mann zärtlich über die Wange.

**Häusliche Pflege kostet Kraft.** Es ist allerdings genau diese Rund-um-die-Uhr-Pflege, die Angehörige – meist Ehefrauen, Töchter oder Schwiegertöchter – so viel Kraft kostet und die bis an den Rand des Zusammenbruchs führt. Dabei sind die Hilfsangebote für pflegende Angehörige inzwischen sehr vielfältig, weiß Stefanie Berger – von einer Hotline für Akutfälle über Ehrenamtliche, die stundenweise die Betreuung übernehmen, bis zu Tagespflegeeinrichtungen, die zum Beispiel bei Demenzpatienten tagüber für Entlastung sorgen. »Die meisten wissen aber nicht, was alles möglich ist.«

Tatsächlich sollen die Mitarbeiter in den Pflegestützpunkten genau diese Hilfen aufzeigen – und helfen, sie schnell und unbürokratisch in die Praxis umzusetzen. So wird nicht nur der Pflegeantrag ausgefüllt, sondern auch geprüft, ob ein Schwerbehindertenausweis beantragt werden könnte, ob eine



Ingrid Bohnhage steht ihrem Mann Karl-Ludwig bei seiner Krebserkrankung zur Seite.

Haushaltshilfe notwendig ist oder ob ein Zimmer oder das Badezimmer in der Wohnung so verändert werden kann, dass die Pflege zuhause weiterhin möglich ist. Immer mehr rückt dabei die Hilfe für die Angehörigen in den Vordergrund – um diese vor einer Überlastung zu schützen, die sie selbst krank machen kann.

**Hilfsangebote nutzen.** Auch bei Ingrid Bohnhage sorgt sich Stefanie Berger, dass diese sich manchmal noch zu viel auflädt – zumal sie gerade an diesem Morgen noch die gehbehinderte ältere Nachbarin zum Arzt begleitet hat. Ohne ihre Bedenken offen anzusprechen, weist Berger Ingrid Bohnhage deshalb auf zusätzliche Hilfen hin. »Wenn Sie mal eine Entlastung brauchen, wenn Sie mal in Ruhe einkaufen

oder mal schwimmen gehen wollen, es gibt jetzt das Projekt ›Zeit schenken‹ vom Netzwerk Selbsthilfe, ehrenamtliche Betreuer, die einfach mal zwei Stunden bei Ihrem Mann sind«, flicht sie wie nebenbei in das Gespräch ein. Sie erzählt von der Angehörigengruppe der Bremer Krebsgesellschaft, in der man sich mit Betroffenen mal austauschen könne. Aber davon will die 58-jährige nichts wissen: »Je mehr man über Krankheiten spricht, desto schlimmer wird das«, ist sie überzeugt: »Wir beten sehr viel, unser Anker ist der liebe Gott.« Ihr Mann nickt.

Beide Bohnhages betonen immer wieder, wie wichtig die Nachbarschaftshilfe ist. So kommt eine Nachbarin aus dem Wohnblock jetzt regelmäßig, um die Fenster zu putzen. Umgekehrt haben sie es früher auch immer so gehalten – und so hält es Ingrid Bohnhage auch heute noch. »Eine Hand wäscht die andere«, sagt sie, »und im Augenblick kommen wir aus dem Hände waschen gar nicht mehr raus.« ■

»Ich kann fast nichts mehr. Es macht mir zu schaffen, dass ich meiner Frau nicht mehr helfen kann.«

Jörn Hons schreibt regelmäßig für G+G.

\* Nach Redaktionsschluss erreichte uns die traurige Nachricht, dass Herr Bohnhage einige Tage nach unserem Besuch verstorben ist.

## Pflege-TÜV mit Mängeln

Gut versorgt oder schlecht gepflegt? Betroffene wollen wissen, was im Pflegefall auf sie zukommt. Noten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen sorgen nun für mehr Transparenz, sagt **Marco Priewisch**. Das Bewertungsraster gehört allerdings auf den Prüfstand.

**H**ochglanzprospekte verraten möglicherweise etwas über den Werbeetat eines Pflegeheims – eine Beurteilung der Pflegequalität ist damit nicht möglich. Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, im Sommer 2008 in Kraft getreten, sollte hier endlich für mehr Transparenz sorgen. Bereits seit Juli 2009 untersuchen Prüfer des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) deshalb die Qualität der Pflegeheime und Pflegedienste. Sie kommen unangemeldet und prüfen die Pflege-Anbieter nach einem einheitlichen Bewertungsraster – den sogenannten Pflege-Transparenzvereinbarungen (PTV). Kaum waren die ersten Prüfungsergebnisse des MDK im vergangenen Jahr veröffentlicht, hagelte es jedoch Kritik. Das Problem: Die Vergabe von Durchschnittsnoten. Auf diese Weise konnten selbst Einrichtungen mit einer katastrophalen medizinischen Pflege eine gute Gesamtnote erhalten, weil ein »mangelhaft« in der »Pflege« beispielsweise durch ein »sehr gut« im Bereich »Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene« kompensiert werden kann.

*Eine schlechte Note in der Pflege muss konsequent zur Abwertung in der Gesamtnote führen.*

**Qualitätsberichte müssen Nutzwert haben.** Die Veröffentlichung der Ergebnisse der MDK-Qualitätsprüfungen stellt aus Sicht der AOK einen wichtigen Schritt zu mehr Transparenz dar. Deshalb kann die Lösung des Problems nicht lauten, die Publikation der Pflegeberichte zu stoppen. Stattdessen müssen die Pflege-Transparenzvereinbarungen überarbeitet werden. Sollen die Qualitätsberichte für die Verbraucher einen echten Nutzwert haben, muss eine mangelhafte Pflege auf den ersten Blick erkennbar sein.

Schlechte Noten in relevanten Einzelkriterien (beispielsweise die Vorbeugung des Wundliegens, der sogenannte Dekubitus) sollten deshalb nicht durch andere Einzelnoten ausgeglichen werden können. Weiterhin ist es erforderlich, das Auswahlverfahren für die in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen zu überarbeiten. Es müssen alle relevanten Risikogruppen berücksichtigt werden. Nur so kann ein realistisches Gesamtbild der Pflegeeinrichtung entstehen.

**Empfehlungen Mitte 2010 zu erwarten.** Die MDK-Gemeinschaft hat die ersten Ergebnisse der Qualitätsprüfungen bereits ausgewertet und daraus Empfehlungen für die Anpassung des Bewertungsrasters abgeleitet. Es werden unter anderem Risikokriterien vorgeschlagen, die bei einer mangelhaften Bewertung zu einer Abwertung der Bereichs- und der Gesamtnote führen. Ein weiterer richtiger Schritt in diese Richtung ist aus Sicht der AOK auch der Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums an die Hamburger Hochschule für angewandte Wissenschaften, die Pflege-Transparenzvereinbarungen nach wissenschaftlichen Kriterien zu analysieren.

Das Ergebnis dieser Evaluation mit Empfehlungen für Änderungen der PTV soll voraussichtlich Mitte 2010 vorliegen. Mit Blick auf die Akzeptanz der Pflegenoten in der Öffentlichkeit muss anschließend eine gründliche und sorgfältige Weiterentwicklung des Bewertungsrasters erfolgen. Dabei sollten Empfehlungen zu den Kriterien, der Bewertungssystematik sowie dem Stichprobenverfahren besonders berücksichtigt werden. ■

**Marco Priewisch** ist Referent in der Abteilung Pflege des AOK-Bundesverbandes.

### Durchblick per Mausclick



Detaillierte Informationen über nahezu 25.500 Pflegedienste und Pflegeheime in ganz Deutschland – das bietet der Pflege-Navigator der AOK. Per Mausclick im Internet lassen sich mit dem Pflegeheim-Navigator stationäre Pflegeeinrichtungen und mit dem Pflegedienst-Navigator ambulante Pflegedienste zielgenau recherchieren.

Der *Pflegedienst-Navigator* listet alle ambulanten Leistungen eines einzelnen Pflegedienstes auf, etwa die Hilfe bei der Körperpflege oder beim Anziehen und nennt zugleich die jeweiligen Kosten. Die Webseite bietet die Möglichkeit, unter den aufgelisteten Leistungen nur diejenigen auszuwählen, die tatsächlich benötigt werden.

Mit dem *Pflegeheim-Navigator* lassen sich Preise und Leistungen der stationären Pflegeanbieter vergleichen. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen erfahren zudem auf einen Blick, welche Kosten die Pflegekasse – je nach Pflegestufe – übernimmt und wie hoch der Eigenanteil ist.



# »Für gute Pflege braucht man gute Ideen«

Pflegeheime als Verwahranstalten für demenzkranke ältere Menschen – das kommt für **Franz J. Stoffer** nicht in Frage. In den Häusern der CBT sollen die Bewohner am Leben teilnehmen. Viel Engagement, kreative Ideen und die konsequente Einbindung ehrenamtlicher Helfer machen's möglich.

### Wer Pflege braucht, kann sich zwischen ambulanter und stationärer Pflege entscheiden. Reicht das?

Ich finde, wir müssen die traditionelle Aufteilung in ambulante und stationäre Pflege aufbrechen und neue Denkwege gehen. Wir brauchen künftig eine breitere Staffelung an Angeboten, die sich zwischen diesen beiden Polen befindet. Deshalb versuchen wir, in unseren Häusern neue Pflegestrukturen zu etablieren. Ziel muss es sein, sich wieder stärker an den Bedürfnissen der Menschen zu orientieren. Stationäre Pflegeangebote werden auch in Zukunft gebraucht – aber es gibt durchaus Möglichkeiten, die stationäre Pflege innovativ zu gestalten und sie durch intelligente ambulante Wohnformen zu ergänzen.

### Können Sie Beispiele nennen?

Unser »Wohnen mit Service« wendet sich beispielsweise an ältere Menschen, die mit Hilfe einer ambulanten Pflege und einer geringen zusätzlichen Betreuung noch gut alleine zurechtkommen. Diese Wohnform ist bei uns immer an ein stationäres Pflegeheim angebunden, sodass die Mieter eine Garantie haben, bei Bedarf schnell und unproblematisch in die stationäre Pflege wechseln zu können. Ein anderes Beispiel: Wir betreuen im Kölner Umland auch verschiedene Alten-Wohngemeinschaften und im Bergischen Land ein Mehrgenerationenwohnhaus. Da halten wir uns aus der pflegerischen Versorgung komplett raus, das organisieren die Bewohner für sich. In diesen Projekten besteht unsere Dienstleistung im Wesentlichen aus einer Moderation durch eine Sozial-

arbeiterin. So wollen wir sicherstellen, dass die miteinander wohnenden Menschen im Gespräch bleiben und sich bei Bedarf auch wirklich gegenseitig unterstützen. In unseren Pflegeheimen hingegen versuchen wir verstärkt mit Ehrenamtlichen zusammenzuarbeiten. So gibt es beispielsweise Kooperationen mit benachbarten Schulen. Da geben dann die Schüler unseren Bewohnern regelmäßig Handy- und Internetkurse.

### Gibt es einen Innovationsbedarf bei der Betreuung Demenzkranker?

In erster Linie müssen die pflegenden Angehörigen entlastet werden. Wir bieten beispielsweise in einem unserer Pflegeheime mitten in der Leverkusener City

»Wir müssen uns in der Pflege wieder stärker an den Bedürfnissen der Menschen orientieren.«

an verschiedenen Wochentagen Tagespflegeplätze an. Hier nehmen demenzkranke Menschen am Leben teil, sie malen oder backen etwa für einige Stunden gemeinsam. Für die Angehörigen ist das eine wichtige Entlastung. Wir brauchen aber auch in der stationären Versorgung neue Angebote. Nicht solche abgeschlossenen Einrichtungen und Abteilungen und auch nicht, wie jetzt in einigen Häusern eingeführt, Bushaltestellen-Attrappen, an denen demenzkranke Bewohner auf einen Bus warten, der nicht kommt. Ich frage mich, wo da die Würde der Menschen bleibt. In Remscheid zeigen wir mit einer Demenz-Hausgemeinschaft, dass es auch anders geht.

### Wie genau funktioniert denn eine solche Hausgemeinschaft?

Wir müssen uns fragen, welche Art von Pflege wir eigentlich wollen: Pflegeheime als Verwahranstalten für den letzten Lebensabschnitt oder als Orte, an denen Menschen in Würde leben und auch sterben können. Das Katharinenstift ist auf jeden Fall Letzteres. Die Idee des Hauses ist es, die Bewohner so gut wie möglich in den Alltag einzubinden. Es gibt keinerlei zentrale Versorgung wie Großküche oder Wäscherei. Das Haus besteht aus sechs autarken Hausgemeinschaften, in denen vollstationäre Pflege angeboten wird. In jeder Hausgemeinschaft wohnen bis zu zehn demenzkranke ältere Menschen. Diese Menschen leben gemeinsam, kochen gemeinsam und verbringen – zusammen mit den besuchenden Angehörigen – den ganzen Tag miteinander. Jeder hat sein eigenes Zimmer, in das er sich zurückziehen kann, aber das Leben spielt sich in den Gemeinschaftsräumen und der Küche ab. Ach ja – und bei uns sind die Haustüren immer offen!

### Wo sehen Sie noch Potenzial für die Zukunft?

Es gibt bereits viele gute Ideen bei allen Akteuren im Pflegebereich. Ich würde mir wünschen, dass die Herausforderungen der Zukunft verstärkt gemeinsam erörtert werden. So ließen sich mit dem Wissen und Engagement aller Akteure bestmögliche Innovationen entwickeln. Wichtig hierbei ist die direkte Einbindung der Bürger, damit die Lösungen nicht für sie, sondern mit ihnen gefunden werden und so Akzeptanz und Nachhaltigkeit erlangen. ■

# Den Begriff neu begreifen

Der Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes hat konkrete Reformvorschläge gemacht. Damit würde sich vor allem die Pflege von Demenzkranken verbessern. Nun ist die Politik gefragt, die Konzepte noch in dieser Legislaturperiode umzusetzen. Von **Otmar Müller**

**D**ie Kritik an der Definition »Pflegebedürftigkeit« ist so alt wie die Pflegeversicherung. Allzu einseitig konzentriert sich die Erfassung des Pflegebedarfs bislang auf körperliche Defizite und berücksichtigt zu wenig den Betreuungsbedarf bei geistig verwirrten Menschen oder pflegebedürftigen Kindern. Besonders die Notwendigkeit allgemeiner Betreuung, Beaufsichtigung und Anleitung, die etwa bei demenzkranken Menschen häufig auftritt, wird bisher kaum berücksichtigt. Das soll sich in dieser Legislaturperiode ändern. Grundlage für einen entsprechenden Umbau der Pflegeversicherung bietet der Bericht des »Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs«.

**Mehr Gerechtigkeit in der Pflege.** Der Beirat war im November 2006 vom Bundesgesundheitsministerium ins Leben gerufen und beauftragt worden, wissenschaftlich fundierte Vorschläge für einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und

ein darauf aufbauendes neues Begutachtungsverfahren zu erarbeiten. Der Auftrag schloss auch die Frage ein, wie sich Änderungen finanziell auf die Pflegeversicherung und andere Sozialleistungsbereiche auswirken. Um eine gerechtere Einordnung in eine Pflegestufe zu gewährleisten, hat der Beirat nun vorgeschlagen, die derzeitigen drei Pflegestufen durch fünf Bedarfsgruppen zu ersetzen. Dementsprechend würde sich der Hilfebedarf nach geringen, erheblichen, schweren und schwersten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit sowie nach besonderen Bedarfskonstellationen bemessen.

In seinem Umsetzungsbericht macht der Beirat darüber hinaus konkrete Vorschläge an die Politik für ein neues, praxistaugliches Begutachtungsverfahren bei der Vergabe einer Pflegestufe. Statt rein körperlicher Defizite sollen auch der Grad der Selbstständigkeit im Alltag sowie soziale Fähigkeiten für die Beurteilung der Pflegebedürftigkeit entscheidend sein. So könnte man beispielsweise berücksichtigen, wie gut die Betroffenen noch soziale Kontakte pflegen können. Aber auch psychische Probleme wie Ängstlichkeit, Panikattacken, Wahnvorstellungen oder der Verlust kognitiver Fähigkeiten wie Vergesslichkeit sollen als Begutachtungskriterien hinzugezogen werden. Auf diese Weise ließen sich nicht nur Demenzpatienten, sondern auch pflegebedürftige Kinder angemessener versorgen.

**Finanzierung berücksichtigen.** Die Politik muss sich nun mit den Vorschlägen des Beirats auseinandersetzen. Allerdings: Neue Leistungen und neue Anspruchsberechtigte führen auch zu neuen Kosten in der Pflegeversicherung, die finanziert werden wollen. Das führt entweder zu steigenden Beiträgen der Pflegeversicherung oder – wenn der Beitragssatz konstant bleiben soll – zu Leistungskürzungen für die bisherigen Empfänger von Pflegeleistungen. Ein dritter Weg könnte darin liegen, dass die zusätzlichen Leistungen mit einem Ausbau niedrigschwelliger Angebote einhergehen. Solche Pflegeangebote außerhalb der Palette professioneller Pflegedienste könnten in Verbindung mit ehrenamtlichen Hilfsangeboten helfen, die Notwendigkeit einer stationären Pflege hinauszuzögern. Damit würde dem Wunsch aller Betroffenen Rechnung getragen, möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung zu bleiben. ■

**Otmar Müller** ist freier gesundheitspolitischer Fachjournalist in Köln.

## Vereinbarkeit von Pflege und Beruf



Immer mehr Menschen wollen einen Angehörigen zu Hause pflegen und trotzdem berufstätig bleiben. Für die meisten bedeutet das einen enormen Kraftakt. Die AOK Hessen als Arbeitgeber bietet ihren Beschäftigten deshalb in dieser schweren Situation mit dem Service »Beruf & Pflege« tatkräftige Unterstützung. Mitarbeiter in unserer Servicestelle informieren zunächst ganz allgemein über die unterschiedlichen Möglichkeiten von Pflege und Betreuung. Bei Bedarf beraten sie auch ganz individuell, bieten gezielte Entscheidungshilfen an oder vermitteln an externe Kooperationspartner. So sollen die AOK-Beschäftigten entlastet werden, damit sie sich an der Doppelbelastung Job und Pflege nicht übernehmen. Darüber hinaus bietet das Unternehmen die Teilnahme an einem »Kompetenztraining«. Ob finanzrechtliche Aspekte, das Krankheitsbild Demenz oder praktische Übungen für den Pflegealltag – an fünf Schulungstagen können die pflegenden Mitarbeiter Fragen individuell und praxisgerecht klären.

**Sonja Lambert** ist Leiterin der Stabsstelle Chancengleichheit und Diversity Management bei der AOK Hessen.

Jürgen Gohde ist Vorsitzender des Kuratoriums Deutsche Altershilfe (KDA) und Vorsitzender des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs.



## »Demografischen Wandel positiv gestalten«

Ob Senioren-Tagesstätte oder Alten-WG: **Jürgen Gohde** macht sich stark für neue Strukturen in der Pflege. Mehr Wahlmöglichkeiten zwischen Geld- und Sachleistungen könnten beispielsweise den individuellen Gestaltungsspielraum für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen deutlich erhöhen.

### **Herr Gohde, wo sehen Sie in der Pflegeversicherung den größten Reformbedarf?**

Wir sollten die Einteilung der Pflegebedürftigkeit feiner justieren. Neben den bisherigen drei Pflegestufen brauchen wir einen neuen Bedarfsgrad zur Stärkung der Selbstständigkeit sowie einen für Menschen mit außergewöhnlich hoher Pflegebedürftigkeit. Wir müssen die Leistungen der Pflegeversicherung künftig stärker am praktischen Bedarf orientieren – etwa bei Demenzkranken und Kindern. Ein solcher Ausbau von Leistungen führt allerdings auch zu mehr Kosten. Eine Reform muss daher eine nachhaltige Finanzierung der Pflegeversicherung sicherstellen – und trotzdem beachten, dass die finanzielle Belastbarkeit der Versicherten begrenzt ist. Wir brauchen einen Mittelweg, bei dem eigene Verantwortung und gesellschaftliche Solidarität sensibel aufeinander abgestimmt werden.

### **Viele Familien können eine ambulante Pflege nur mit Hilfe ausländischer Hilfskräfte finanzieren. Ist das die Lösung für das Pflegedilemma?**

Die Regelungen, die über das Entsendegesetz nach der Dienstleistungsrichtlinie vorgesehen sind, können zwar die juristischen Probleme lösen. Allerdings sollen solche ausländischen Hilfskräfte häufig rund um die Uhr in der Wohnung der Pflegeperson leben und die Betreuung sicherstellen. Das ist nicht nur ethisch problematisch, sondern nach dem deutschen Arbeitszeitgesetz gar nicht erlaubt. Diese Problematik

verdeutlicht, dass andere Lösungen nötig sind. Wir brauchen mehr ergänzende Angebote zu den professionellen Pflegediensten. Nur mit Hilfemix-Strukturen, bei denen professionelle, semiprofessionelle und angeleitete ehrenamtliche Pflegekräfte miteinander kooperieren, können wir künftig eine wirklich gute und bezahlbare ambulante Pflege gewährleisten.

### **Was halten Sie vom Vorschlag der Bundesfamilienministerin zur besseren Vereinbarkeit von Pflege und Beruf?**

Der Vorschlag von Kristina Schröder, für die Pflege von Angehörigen einen Rechtsanspruch auf eine zweijährige Freistellung von der Arbeit einzuführen, geht in die richtige Richtung. Wie das im Detail ausgestaltet werden könnte, muss diskutiert werden. Allerdings wird die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf ungleich schwerer zu lösen sein als etwa die Elternzeit. Es muss also mehr getan werden, als nur Freistellungszeiten beim Arbeitgeber zu erreichen. Schließlich lässt sich die Dauer einer Pflege – anders als die Schwangerschaft – nicht planen. Sobald die Freistellungszeit vorbei ist, steht der pflegende Angehörige wieder vor dem gleichen Problem. Wir brauchen deshalb langfristig eher flexible Arbeitszeiten und vor allem eine stärkere Unterstützung der pflegenden Angehörigen durch Tagesbetreuungsangebote. So wie wir heute Kindertagesstätten und Betriebskindergärten haben, muss es in Zukunft auch für pflegebedürftige ältere Menschen flächendeckend Betreuungsangebote geben, die auch von der Wirtschaft mitfinanziert werden.

### **Was steckt hinter Ihrer Forderung nach mehr Wahlmöglichkeiten zwischen Geld- und Sachleistungen?**

Mehr Wahlmöglichkeiten bedeuten individuellen Entscheidungsspielraum. Die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen sollten die Möglichkeit erhalten, ihre ambulante Pflege unter Einbezug verschiedener Anbieter selbst zu gestalten. Die mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz 2008 eingeführten, niedrighschwelligeren Angebote zur Stärkung der Alltagskompetenzen zeigen, dass dies der richtige Weg ist. Hier können die Pflegebedürftigen selbst Art und Umfang der Hilfe bestimmen. Die Pflegekasse erstattet anschließend die Kosten von bis zu maximal 200 Euro. Wir brauchen mehr von diesen frei wählbaren Elementen in der ambulanten Pflege.

### **Die Deutschen werden immer älter. Wie sieht die Pflege der Zukunft aus?**

Für mich ist eine Schlüsselfrage, wie wir im Alter leben wollen. Um eine rein stationäre Pflege möglichst lang zu vermeiden, wird es entscheidend darauf ankommen, neue Strukturen in der Pflege zu etablieren. Die Menschen wollen möglichst lange selbstbestimmt und selbstständig leben. Es gibt immer mehr Senioren-Wohngemeinschaften oder Mehr-Generationen-Häuser, andere bevorzugen Angebote des betreuten Wohnens oder stationäre Hausgemeinschaften. Wir sollten die Chance nutzen, die demografische Herausforderung positiv zu gestalten und in diesem Sinne weitere innovative Entwicklungen für das Wohnen im Alter voranzutreiben. ■



# Kraftakt Demenz

Deutschland altert – und mit der Zahl älterer Menschen wächst auch die Zahl der an Demenz leidenden Menschen. **Harald Kesselheim** weiß: Nur mit präventiven Maßnahmen, groß angelegten Aufklärungskampagnen und neuen Pflegekonzepten lässt sich diese Herausforderung bewältigen.

**V**ielen Demenzkranken wird die Pflegebedürftigkeitsprüfung nicht gerecht. Oft sind sie rein körperlich noch kein Pflegefall, sodass sie trotz eines vorhandenen Betreuungsaufwandes keine Pflegestufe zuerkannt bekommen. Für die Angehörigen erschwert das die Organisation einer bedarfsgerechten Pflege.

Eine durchgreifende Veränderung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes ist daher dringend erforderlich. Mit dem Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs liegt seit Mai 2009 ein überzeugendes und allgemein befürwortetes Konzept vor. Nun ist die Politik in der Pflicht, offene Fragen über die künftige Ausgestaltung der Pflegeversicherung zu klären. Dazu gehören Fragen der Leistungserweiterung für Demenzkranke und der Finanzierung dieser Leistungen. Aber auch der Aufbau einer breiten Angebotspalette jenseits der traditionellen ambulanten und stationären Betreuung muss vorangetrieben werden.

**Vorfahrt für häusliche Pflege.** Um den Verbleib in der eigenen Wohnung für Demenzkranke und ihre Angehörigen attraktiver zu machen als den Umzug ins Pflegeheim, muss zunächst das Verhältnis der Geld- und Sachleistungen neu justiert werden. Klar ist: Ohne eine angemessene Finanzierung

Die Krankheit muss in die Öffentlichkeit – und von der Scham befreit werden.

ist eine bessere pflegerische Versorgung bei gleicher Qualität nicht zu erreichen. Allerdings darf dabei die Ausgabendynamik nicht aus den Augen verloren werden. Es gilt also, einen Spagat zu vollbringen zwischen bedarfsgerechten Leistungen für Pflege- und Demenzpatienten einerseits und einer nachhaltigen Finanzierung dieser Leistungen andererseits.

Generell gilt: Um die Pflege demenziell Erkrankter im häuslichen Umfeld zu ermöglichen, müssen ambulante Hilfsangebote wie etwa die Tagespflege sowie niedrigschwellige, ergänzende Angebote auch durch nicht gelernte Pflegekräfte deutlich ausgebaut werden. Für die psychisch oft stark belasteten Angehörigen sind solche stützenden Angebote zur Sicherung einer ambulanten häuslichen Versorgung immens wichtig. Dabei kommt insbesondere solchen Angeboten eine große Bedeutung zu, die außerhalb der Leistungsangebote professioneller Pflegedienste liegen. Ein flächendeckender und wohnortnaher Ausbau dieser Angebote ist deshalb unverzichtbar.

**Pflegeergänzende Angebote.** Doch neben Pflegedienstleistern und Pflegekassen ist auch der Staat – und zwar in Form der Kommunen – gefordert. Der Gesetzgeber muss verstärkt bürgerschaftliches Engagement und ehrenamtliche Arbeit im Bereich der Altenpflege wertschätzen und aktiv unterstützen sowie in ausreichendem Maße im Rahmen der offenen Altenhilfe für pflegeergänzende Angebote sorgen. Erst ein solcher Angebotsmix verschiedener Finanziers ermöglicht die notwendige Versorgung der Demenzpatienten und somit den Verbleib in der häuslichen Umgebung.

Für die Pflegebedürftigen und ihre Bezugspersonen ist entscheidend, dass die Hilfsangebote zeitlich und inhaltlich ihren Bedürfnissen voll entsprechen. Damit ist das herkömmliche Sachleistungssystem – wie vielfache Kritik zeigt – offensichtlich überfordert. Dem Versicherten und seinen Angehörigen muss es, beispielsweise durch ein selbst zu verwaltendes Pflegebudget, zukünftig erleichtert werden, sich diejenigen Hilfen selbstbestimmt einzukaufen, die zum Ausgleich der fehlenden Alltagskompetenz erforderlich sind. Das können etwa hauswirtschaftliche Hilfen, Hilfen zur zeitweiligen Anleitung und Beaufsichtigung sowie zur sozialen Integration und zur Kommunikation sein.

## Die digitale Zukunft der Pflege

Computer und Internet können auch in der Pflege Unterstützung bieten. Wie, das erproben zurzeit Wissenschaftler der technischen Universität Berlin im Projekt »Connected Living«. Die AOK ist als einzige Krankenkasse Partner des fünfjährigen Projektes, das vom Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie unterstützt wird. In einem »Zukunftslabor« – einer Berliner Musterwohnung – erproben die Berliner Wissenschaftler die Vernetzung von Haushalts- und medizinischen Geräten. Ziel ist es, älteren, kranken oder pflegebedürftigen Menschen ein selbstbestimmtes Leben in der eigenen Wohnung zu erleichtern. Elektronische Assistenten können etwa helfen, den Gesundheitszustand zu erfassen und entsprechende Daten wie Blutzucker oder Blutdruck automatisch an den Arzt oder den Pflegedienst zu übermitteln.



Auch die Qualifizierung aller Berufsgruppen ist im Hinblick auf die besonderen Pflege-, Behandlungs- und sonstigen Versorgungsbedarfe der dementen Menschen weiterzuentwickeln. Dies gilt insbesondere für die ärztliche Aus-, Fort- und Weiterbildung, in der geriatrische, gerontologische und gerontopsychiatrische Inhalte deutlicher profiliert werden müssen. Ziel ist es, die ärztliche Behandlung und Beratung insbesondere bei niedergelassenen Allgemeinärzten nicht auf die medikamentösen Aspekte zu beschränken, sondern die Gesamtversorgung stärker ins Blickfeld zu rücken. Auch die Ausbildungsinhalte und die Qualifizierungsangebote der anderen Berufsgruppen, die an der Pflege sowie an der Entwicklung und Durchführung von Hilfsangeboten von Menschen mit Demenz beteiligt sind, müssen weiterentwickelt werden.

Neben diesen Ansätzen gilt es aber auch, präventive Ansätze zu stärken. Um etwa die Behandlungschancen bei einer Demenz zu verbessern, ist eine frühzeitige Diagnose notwendig. Im Rahmen der primären Prävention könnten deshalb beispielsweise Aufklärungskampagnen (etwa von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) über typische erste Symptome der Demenz informieren. Ziel muss es sein, eine möglichst frühe Diagnose und eine schnelle Therapie sicherzustellen. Auch ein ärztlicher »Demenz-Check-up« zur Früherkennung der Krankheit wäre in dieser Hinsicht ein wichtiger Fortschritt.

Große Anstrengungen sind erforderlich, die Krankheit in der Öffentlichkeit bekannt zu machen und sie von Scham und Verdrängung zu befreien. Verständnis muss geweckt, Vorbehalte auf allen gesellschaftlichen Ebenen müssen abgebaut werden. Dabei ist es wichtig, auf die heute möglichen Therapien und Hilfen für Demenzkranke und ihre Angehörigen aufmerksam zu machen. Das kann nicht alleine den Selbsthilfeorganisationen überlassen bleiben, sondern ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.

**Ambulante Versorgung ausbauen.** Das Pflegeweiterentwicklungsgesetz seit 2008 für mehr Transparenz der Betreuungsangebote, indem der Anspruch auf eine Pflegeberatung gesetzlich verankert wurde. Die AOK ermöglicht ihren Versicherten diese Leistung durch ein flächendeckendes Netz von Pflegeberatern. Wo gewünscht, werden diese Pflegeberater auch in den Pflegestützpunkten tätig, die von den Pflegekassen und den Kommunen gemeinsam betrieben werden sollen. Der Anfang ist also gemacht – nun muss die Bundesregierung möglichst bald die Forderungen des Beirats umsetzen, um die ambulante pflegerische Versorgung Demenzkranker nachhaltig zu verbessern. ■

*Harald Kesselheim ist Leiter der Abteilung Pflege beim AOK-Bundesverband.*

## »Spielen geht auch ohne Qualifikation«

### **Frau Höhne, kann man Demenzpatienten überhaupt zu Hause gut pflegen?**

Wenn das Pflegekonzept stimmt, ist das sogar die beste Lösung. Sowohl die Patienten als auch ihre Angehörigen ziehen ein Pflegeheim meistens erst als allerletzte Alternative in Betracht. Mit unseren Angeboten der ambulanten Pflege und ergänzenden niedrigschwelligen Betreuungsangeboten unterstützen wir die pflegenden Angehörigen und ermöglichen so eine Betreuung im häuslichen Umfeld.

### **Niedrigschwellige Angebote, was heißt das denn konkret?**

Seit 2008 übernehmen die Pflegekassen bis zu 200 Euro der Kosten für Betreuungsleistungen außerhalb der klassischen

ambulanten Pflege. Ziel dieser niedrigschwelligen Angebote ist es, die Alltags- und Sozialkompetenz der dementen Patienten möglichst lange zu gewährleisten. Dies geschieht etwa durch Übungen zur Förderung der Gedächtnisleistungen, durch das Trainieren von Haushaltsarbeiten oder anderen Aktivitäten des täglichen Lebens. Für solche nicht pflegerischen Leistungen braucht man dann – je nach individuellem Fall – in der Regel keine professionellen Pflegekräfte.

### **Kann also im Prinzip jeder solche Betreuungsleistungen übernehmen?**

Wir bieten in der Demenzbetreuung ganz unterschiedliche Leistungen, beispielsweise Spielnachmittage, gemeinsames Einkaufen und Kochen oder auch



*Maike Höhne ist Qualitätsmanagementbeauftragte in der mobilen Pflege der Dr. Horst-Schmidt-Kliniken, Wiesbaden.*

Theater- und Museumsbesuche. Der Gesetzgeber verlangt für diese Art der Betreuung ganz bewusst keine hohe Qualifikation – dadurch können die Leistungen auch entsprechend preisgünstiger angeboten werden. Trotzdem kommen in unserer mobilen Pflege nur besonders geschulte Mitarbeiter zum Einsatz. In speziellen Kursen erhalten sie unter anderem ein Basiswissen zu Demenzerkrankungen sowie Grundkenntnisse der ersten Hilfe. ■

# Mit dem Fehler nicht allein

Wenn in Medizin und Pflege etwas schief läuft, beginnt in der Regel die Suche nach dem Schuldigen – und nicht nach den Ursachen. Eine moderne Sicherheitskultur im Gesundheitswesen kann hingegen dazu beitragen, aus Fehlern wirklich zu lernen. Von **Monika Schneider**

**F**ehler in der Pflege oder der medizinischen Behandlung können schwerwiegende Konsequenzen haben. Sie gefährden die Gesundheit des Patienten, möglicherweise sogar sein Leben. Deshalb ist es gerade hier so wichtig, Fehlerursachen konsequent zu analysieren und entsprechende Vermeidungsstrategien zu entwickeln. Was in der Luftfahrt schon seit Jahren Routine ist, etabliert sich nun auch schrittweise im Gesundheitswesen.



Ziel muss es sein, durch einen offenen Umgang mit Fehlern für die Zukunft zu lernen – und nicht etwa den einzelnen Arzt oder Pfleger an den Pranger zu stellen. Eigene oder fremde Fehler sollen stattdessen – und zwar ohne Angst vor Sanktionen – anonym gemeldet werden können. Dazu gehören auch Beinahefehler. Denn diese offenbaren häufig Mängel in Organisationsabläufen oder der Kommunikation. Werden Beinahefehler verschwiegen, können sie bei nächster Gelegenheit doch noch zu einem Schaden führen.

Bereits seit 2002 widmen sich die Gesundheitskasse und die Ärztekammer Berlin intensiv der Fehlervermeidung. Am Beginn stand der »Berliner Gesundheitspreis« dessen Preisträger deutlich machten, dass Ärzte, Pfleger und Therapeuten ein großes Interesse daran haben, Fehler als Quelle der Qualitätsverbesserung zu nutzen. Mit weiteren Partnern beteiligte sich die AOK 2005 auch an der Gründung des »Aktionsbündnisses Patientensicherheit«. Hier werten die Beteiligten Fehler in der Pflege und der Medizin systematisch aus und entwickeln neue Vermeidungsstrategien.

**Jeder Fehler zählt.** Fehlermeldesysteme wie die vom Aktionsbündnis Patientensicherheit mit ins Leben gerufene Initiative »Jeder Fehler zählt« sind wichtige Quellen zum Aufspüren und künftigen Vermeiden von Fehlern. Die so gesammelten Erkenntnisse fließen in die Aus- und Fortbildung in Pflege und Medizin ein und helfen, künftig Fehler möglichst zu vermeiden.

Doch die AOK geht noch weiter: Sie bietet ihren 24 Millionen Versicherten bei vermuteten Pflege- oder Behandlungsfehlern aktive Unterstützung an. Expertenteams beraten Patienten und gehen gemeinsam mit dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) Verdachtsfällen nach. Allein für die AOK werden mehr als 4.000 Gutachten jährlich geschrieben.

In 30 Prozent der Fälle wird vom MDK der Verdacht bestätigt. Mit dieser Expertise sind Patienten nun besser in der Lage, ihre Ansprüche umzusetzen. Für die AOK stellen die Gutachten dar-

über hinaus aber auch ein Potenzial dar, die Qualität der pflegerischen und medizinischen Versorgung weiter zu verbessern. Dabei stehen allerdings nicht der einzelne Pfleger oder Arzt als Verursacher im Fokus.

Vielmehr suchen die AOK-Experten nach grundsätzlichen Mustern als Fehlerursache. Aus der Vielzahl der Fälle lässt sich herausfinden, bei welchen Prozessen besonders häufig Fehler passieren. Im Aktionsbündnis Patientensicherheit laufen dann die Erkenntnisse aus den Schlichtungsstellen, Krankenkassen, Haftpflichtversicherungen und dem MDK zusammen. Gemeinsam wird nach wiederkehrenden Fehlerursachen gesucht, um entsprechende Strategien zur Vermeidung von Fehlern zu entwickeln. Seit Januar 2010 werden die anonymisierten Datensätze aller regionalen AOKs zusammengeführt. Bisher sind über 500 begutachtete Fälle eingegangen. Erfasst werden neben den vom MDK bestätigten Behandlungs- und Pflegefehlern auch die Fälle, in denen der MDK den Verdacht nicht bestätigt.

**Risikoaufklärung.** Auch vermutete Fehler sind eine Quelle, um die Sicherheit im Medizin- und Pflegealltag zu erhöhen. So können etwa Hinweise auf mögliche Risiken in die Aufklärung der Patienten einfließen. Die AOK wird diese Informationen auch nutzen, um ihre Versicherten zu informieren, damit ihre Positionen im Behandlungs- und Pflegeprozess gestärkt werden. ■

**Monika Schneider** ist Referentin im Geschäftsbereich Politik des AOK-Bundesverbandes.



Rosemarie Drenhaus-Wagner ist erste Vorsitzende der Alzheimer Angehörigen-Initiative e.V. in Berlin. Die gelernte Altenpflegerin ist auch Mitglied der aktuellen Jury des Berliner Gesundheitspreises.



## BERLINER GESUNDHEITSPREIS

# »Um Hilfe zu bitten, fällt vielen schwer«

Wer einen kranken Menschen pflegt, muss oft enorme Belastungen schultern. Das Privatleben bleibt dabei schnell auf der Strecke. Umso wichtiger ist es, dass pflegende Angehörige den Alltag manchmal hinter sich lassen können. Das kommt auch den Kranken zugute, meint **Rosemarie Drenhaus-Wagner**.

### **Frau Drenhaus-Wagner, Sie haben die Alzheimer Angehörigen-Initiative ins Leben gerufen, die 1996 den Berliner Gesundheitspreis erhielt. Was hat Sie zu diesem Schritt bewogen?**

Während meiner Ausbildung zur Altenpflegerin bin ich nicht nur mit den Defiziten Demenzkranker konfrontiert worden. Ich habe auch die Not der nächsten Angehörigen hautnah miterlebt. Bei einem Gesprächskreis für pflegende Angehörige etwa habe ich damals gemerkt, wie dankbar die Betroffenen waren, endlich unter Menschen zu sein, die sie verstehen, die Ähnliches erleben und aushalten müssen. Die Sorgen und die Verzweiflung der pflegenden Angehörigen haben mich so betroffen gemacht, dass ich etwas tun wollte. Vor allem wollte ich diese Menschen aus der sozialen Isolation befreien, in der sie sich durch die Pflege oft befinden. Dabei habe ich in den vielen Jahren meiner Arbeit eins immer wieder festgestellt: Wenn es den Angehörigen gut geht, fühlt sich auch der Kranke viel wohler.

### **Was kommt auf Angehörige zu, die die Pflege eines nahestehenden Menschen übernehmen?**

Vor allem eine große zeitliche und emotionale Belastung. Denken Sie an eine berufstätige Frau, die einen demenzkranken Elternteil pflegt. Sie hetzt zur Arbeit, kann sich dort aber kaum konzentrieren, weil die Gedanken immer bei Mutter oder Vater sind: »Hoffentlich geht alles gut, bis ich zurückkomme!« Nach der Arbeit muss sie also wieder schnell zu Mutter oder Vater,

danach warten die Familie und der eigene Haushalt, die sie auch fordern. Hinzu kommt, dass pflegende Angehörige oft alleingelassen werden, weil sich Freunde und Bekannte zurückziehen. So finden einerseits immer weniger soziale Kontakte statt, andererseits hat die Hauptpflegeperson aber auch kaum Zeit für Privates. Auf diese Erfahrungen müssen sich pflegende Angehörige einstellen. Umso wichtiger ist es, dass sie sich an Menschen wenden, die sie beraten und ihnen Wege aufzeigen, wie sie trotz der neuen Situation ein annähernd normales Leben führen können.

### **Welche Unterstützung bietet die Alzheimer Angehörigen-Initiative für pflegende Angehörige?**

Neben der persönlichen und telefonischen Beratung ist die häusliche Entlastungsbetreuung das größte Feld unserer Arbeit. Dabei kommen wir zu den Angehörigen nach Hause und übernehmen für einen bestimmten Zeitraum, zum Beispiel zwei oder vier Stunden, die qualifizierte Betreuung der Demenzkranken. Diese Dienstleistung können Angehörige bei uns anfordern. Sie kann mit der gesetzlichen Pflegeversicherung als sogenannte Verhinderungspflege oder als zusätzliche Betreuungsleistung abgerechnet werden. Unsere Betreuung hat zum Ziel, den Pflegebedürftigen im Rahmen seiner Möglichkeiten zu aktivieren, also seine noch vorhandenen Fähigkeiten anzuregen. Für den pflegenden Angehörigen bedeutet es, endlich einmal Zeit für sich zu haben, für ein Hobby, einen Einkaufsbummel oder ein Treffen mit Freunden.

Wir organisieren auch gemeinsame Ausflüge und Urlaubsfahrten für Pflegebedürftige und ihre Familien. Dabei erfahren beide Seiten ein Stück Normalität, das im Alltag oft verloren geht. Es tut den Angehörigen unglaublich gut, sich beispielsweise an einen gedeckten Tisch zu setzen, um einmal ungestört eine Mahlzeit einzunehmen.

### **Wie schwer fällt es den Betroffenen, Hilfe zu suchen und anzunehmen?**

Wir erleben immer wieder, dass es Angehörigen unendlich schwer fällt, Hilfe zu beanspruchen. Wir leisten kontinuierlich Öffentlichkeitsarbeit, dennoch ist die Resonanz verhalten. Oft kommen die erwachsenen Kinder zu uns, weil sie hilflos miterleben, wie sich Mutter oder Vater bei der Pflege des anderen Elternteils verausgaben. Die unmittelbar Betroffenen kommen nur selten von sich aus. Hier ist leider die Ansicht weit verbreitet, dass jeder seine Probleme selbst lösen muss. 80 Prozent der pflegenden Angehörigen sind Frauen, und gerade die stellen an sich oft den Anspruch: »Ich muss es alleine schaffen.« Das ist sehr schade, denn je früher Hilfe von außen einsetzt, desto wirksamer ist sie. Viele kritische Situationen zwischen Pflegebedürftigen und Angehörigen könnten vermieden werden, wenn Hilfe früher gefordert würde. ■

Berliner Gesundheitspreis 2010  
»Auch Helfer brauchen Hilfe«

Die Bewerbungsfrist endet am 31. Mai 2010.

Alle Infos unter:  
[www.aok-bv.de/aok/berlinergesundheitspreis](http://www.aok-bv.de/aok/berlinergesundheitspreis)

# 15 Jahre jung: Happy Birthday, Pflegeversicherung

Im April 1995 erblickte der jüngste Spross der deutschen Sozialversicherung das Licht der Welt. Die sozialpolitischen Mütter und Väter sind noch heute stolz auf ihr Werk. Und die Politik von heute? G+G hat bei den pflege- und gesundheitspolitischen Sprecher aller Bundestagsfraktionen nachgefragt.

## »Wichtiges Element der sozialen Sicherung«



Dieses waren erste Schritte, die in dieser Legislaturperiode in eine differenzierte Definition der Pflegebedürftigkeit und damit

**D**ie unionsgeführte Bundesregierung hat 1995 mit der Einführung der Pflegeversicherung in unserem System der sozialen Sicherheit eine große Lücke geschlossen. Mit der Reform der Pflegeversicherung im Jahr 2008 haben wir erstmalig die Leistungen der Pflegeversicherung erhöht, die ambulanten Leistungen schrittweise an die stationären angeglichen und auch die pflegerischen Leistungen für Demenzerkrankte verbessert.

Dieses waren erste Schritte, die in dieser Legislaturperiode in eine differenzierte Definition der Pflegebedürftigkeit und damit

mehr Leistungsgerechtigkeit münden sollen. Die Pflegeversicherung hat sich als ein wichtiges Element der sozialen Sicherung etabliert. Unser Ziel ist es, angemessene Pflegeleistungen zu einem bezahlbaren Preis auch künftigen Generationen zu erhalten.

Da die Umlagefinanzierung dieses auf Dauer nicht realisieren kann, werden wir eine ergänzende Kapitaldeckung einführen. Damit wird die Möglichkeit eröffnet, die Leistungen der Pflegeversicherung langfristig zu dynamisieren und das gute Niveau auch künftig zu erhalten. ■

*Jens Spahn ist gesundheitspolitischer Sprecher der CDU/CSU-Bundestagsfraktion.*

## »Gerechte Finanzierung nur mit Bürgerversicherung«



Die Maßnahmen der Pflegeform 2008 beginnen langsam zu wirken. Wo Pflegestützpunkte aufgebaut wurden, werden sie von den Bürgerinnen und Bürgern gut angenommen. Die Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen

**D**ie Pflegeversicherung ist eine Erfolgsgeschichte: Pflegebedürftige Menschen haben seit 1995 die Sicherheit, dass die Solidargemeinschaft einspringt und sie nicht auf Almosen angewiesen sind. Außerdem konnten seit der Einführung der Pflegeversicherung rund 300.000 neue Arbeitsplätze geschaffen werden.

sorgen erstmals für ein hohes Maß an Transparenz und Qualitätssicherung – trotz einiger Mängel bei der Bewertungssystematik.

Die Grundlage für einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff, der stärker an der sozialen Teilhabe der Menschen ausgerichtet ist, liegt vor. Seine Umsetzung muss nun gerecht und solidarisch im Rahmen der Pflegeversicherung finanziert werden. Eine nachhaltige und gerechte Finanzierung der Pflege wird es nach Ansicht der SPD nur durch eine »Bürgerversicherung Pflege« geben. ■

*Hilde Mattheis ist pflegepolitische Sprecherin der SPD-Bundestagsfraktion.*

## »Das System stößt an seine Grenzen«



**D**ie Pflegeversicherung ist eine wichtige Säule der sozialen Sicherung. Sie trägt dazu bei, ein soziales Lebensrisiko zu minimieren, indem sie allen Bürgern eine verlässliche Teilabsicherung ihrer Pflegekosten garantiert. Mit der gesellschaftlichen Alterung stößt das bisherige umlagefinanzierte Versicherungssystem jedoch an seine Grenzen. Spätestens ab 2013 werden die Einzahlungen die Ausgaben nicht mehr decken können. Damit Pflege auch künftig bezahlbar bleibt, müssen wir rechtzeitig vorsorgen.

CDU/CSU und FDP werden deshalb die Pflegeversicherung durch einen kapitalgedeckten Anteil für die Bildung von individualisierten Altersrückstellungen ergänzen. Mit dieser Vorsorge schaffen wir generationengerecht Reserven für die Zukunft. Niemand, auch nicht der Staat, darf auf diese eigenumsrechtlich gebildeten Rücklagen zurückgreifen. Nur so werden wir auch Leistungsverbesserungen für eine bedarfsgerechte Pflege, wie beispielsweise die bessere Versorgung von Demenzkranken, einführen können. ■

**Heinz Lanfermann** ist pflegepolitischer Sprecher der FDP-Bundestagsfraktion.

## »Wir müssen ambulante Leistungen stärken«



**U**m die Errungenschaft der sozialen Pflegeversicherung zu bewahren, bedarf es einer durchgreifenden Reform. Sie muss als Pflege-Bürgerversicherung und mit einer solidarischen Demografiereserve finanziell nachhaltig, sozial und generationengerecht ausgestaltet werden.

Dies erfüllt die von Schwarz-Gelb geplante ergänzende Kapitaldeckung nicht. Die Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist überfällig. Selbstständigkeit und Teilhabe müssen sich als künftige Leitbilder auch in den

Leistungen der Pflegeversicherung widerspiegeln. »Ambulant vor stationär« darf keine leere Versprechung bleiben.

Auch im Sinne pflegender Angehöriger müssen ambulante Leistungen gestärkt, unabhängige Beratungsstrukturen geschaffen, Entlastungsangebote gefördert sowie das Pflegebudget in die Regelversorgung überführt werden. Der »Pflege-TÜV« muss unter gleichberechtigter Einbeziehung von wissenschaftlichen Experten, Selbsthilfe- und Verbraucherverbänden grundlegend überarbeitet und verbessert werden. ■

**Elisabeth Scharfenberg** ist Sprecherin für Pflegepolitik und Altenpolitik in der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen.

## »Unverzichtbarer Bestandteil des Sozialstaats«



**Z**weifellos ist die soziale Pflegeversicherung (SPV) seit ihrer Einführung 1995 zu einem unverzichtbaren Bestandteil des Systems sozialer Sicherung geworden. Auch wenn die SPV die Situation von pflegebedürftigen Menschen verbessert hat, leidet sie jedoch unter gravierenden Mängeln.

Mit der Vorgabe einer Kostengrenze wurde die Pflegeversicherung mit der bis heute unveränderten Prämisse geschaffen, dass die Leistungen limitiert bleiben und sich nicht am individuellen Bedarf orientieren sollten. Der Anteil derer, die heute Leistungen der Pflegeversicherung beziehen und gleichzeitig »Hilfe zur Pflege« benötigen, steigt seit Jahren

an. Die SPV ist heute selbst zum Pflegefall geworden, denn auch die jüngste »Reform« wird nicht als ein in die Zukunft weisendes Werk in die Geschichte eingehen. Noch nicht einmal eine angemessene Dynamisierung der Leistungen konnte verwirklicht werden und auch die Neudefinition des Pflegebegriffs ist mehr als überfällig.

Diese Neuausrichtung lässt sich nur verwirklichen, wenn die Finanzierung auf ein gerechtes und stabiles Fundament gestellt wird. Für die Linke sind die unerlässlichen Prinzipien Solidarität, Parität, Teilhabe und individueller Bedarf nur mit der solidarischen Bürgerinnen- und Bürgerversicherung erreichbar. ■

**Kathrin Senger-Schäfer** ist pflegepolitische Sprecherin der Bundestagsfraktion Die Linke.



# PFLEGE IN BESTEN HÄNDEN

Wissen, dass die Eltern auch bei einem Pflegedienst in den besten Händen sind – dabei hilft der Pflegedienst-Navigator der AOK. Mit detaillierten Informationen über Preise und Leistungen von rund 12.700 ambulanten Pflegediensten. Mehr auf [www.aok.de](http://www.aok.de). Jetzt zur AOK wechseln!