



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Who cares?“

**Das österreichische und deutsche Pflegesystem im Falle eines
Pflegefalles –**

Vergleiche, Parallelen, Effekte

Verfasserin

Katharina FEIGL

angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 057/122

Studienrichtung lt. Studienblatt: IDS Pflegewissenschaften

Betreuer: Dr. Jörg Mahlich

Eidesstaatliche Erklärung

Ich, Katharina Feigl, erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Diplomarbeit selbstständig angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher weder in gleicher noch in ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Datum

Unterschrift

Danksagungen

Ich bedanke mich recht herzlich bei meinem Betreuer Dr. Jörg Mahlich, der mir trotz der örtlichen Distanz immer mit Rat und Tat zur Seite stand und meine Fragen mit Geduld beantwortete.

Weiters möchte ich mich bei Mag. Inge Eberl bedanken. In ihr habe ich eine wahre Fachexpertin, mein Vorbild im Bereich der Pflegewissenschaften und einen der hilfsbereitesten Menschen im Rahmen meines Studiums gefunden. Danke für die aufopfernde Zeit, die Verbesserungsvorschläge, Tipps, Anregungen und aufbauenden Worte.

Ein großes Danke möchte ich auch meiner Tante Mag. Elisabeth Apfelthaler aussprechen, die mich immer wieder aufbaute und mich mit ihren Erfahrungen sehr bereicherte.

Für das computerfachliche Know – how und die Hilfe bei der Formatierung meiner Arbeit möchte ich mich recht herzlich bei Markus Kratochvil, BSc. bedanken, der mir mit viel Geduld bei allen computertechnischen Problemen half.

Ebenfalls möchte ich mich bei Michael Reissner bedanken, der für mich in positiven wie auch in negativen Zeiten beim Schreiben der Arbeit für mich da war! Er wusste immer mit welchen Worten er mich aufmuntern konnte.

Meine Arbeit widme ich meinen Eltern, Dipl.-Päd. HOL SR Ingeborg Feigl und Bruno Feigl sowie meinem Bruder Christoph Feigl. Ich möchte mich vor allem bei meinen Eltern für die jahrelange finanzielle und seelische Unterstützung im Rahmen meines Studiums bedanken.

Bedanken möchte ich mich auch noch bei meinen Großeltern Gertraude und Erich Feigl und Anna und Johann Strohmaier. Danke, dass ich jederzeit zu euch kommen durfte, um Kraft im schönen Waldviertel und bei euch aufzutanken.

Perchtoldsdorf, 2011

Kurzfassung

Hintergrund: Durch den demographischen Wandel leben immer mehr ältere Menschen und immer weniger junge unter uns. Ein Fakt daraus ist, dass auch die Pflegebedürftigkeit in Zukunft stetig ansteigen wird. Durch die prekäre finanzielle Lage der Pflegesysteme und die Verkleinerung des informellen Sektors muss an Lösungsvorschlägen gearbeitet werden.

Ziel: Die Ziele dieser Arbeit sind, einen Einblick in die Pflegesysteme Österreichs und Deutschlands zu bekommen und Unterschiede der Systeme aufzuzeigen. Weiters soll mit Hilfe von Studien aufgezeigt werden, ob eine Begutachtung durch Fachkräfte des gehobenen Dienstes, wie es in Deutschland üblich ist, auch in Österreich möglich ist. Die Diskussion über die Möglichkeit vom derzeitigen Umlageverfahren auf ein Kapitaldeckungsverfahren umzusatteln wird vor allem im Kapitel 18 bearbeitet.

Methode: Mit Hilfe einer systematischen Literaturanalyse werden die Forschungsfragen aufgearbeitet. Dies wird durch Bibliotheken sowie Datenbanken (CINAHL, PubMed, econis, econlit) unterstützt.

Ergebnisse: Es zeigte sich durch die Arbeit, dass im Vergleich der beiden Länder einige große Unterschiede bestehen. Hier sollen ein paar davon aufgezeigt werden: Die größte Differenz ist, dass in Deutschland eine obligatorische Pflegeversicherung existiert. In Österreich wird das Pflegegeld in sieben Stufen, in Deutschland in drei Stufen unterteilt. Ist in Österreich die Pflegebegutachtung nur durch einen Arzt¹ erlaubt, so geschieht dies in Deutschland durch Pflegefachpersonal des gehobenen Dienstes. In Deutschland steht der Begriff der Pflegebedürftigkeit gesetzlich fest. In Österreich ist dieser Begriff gesetzlich noch nicht formuliert. Auch das Thema Begutachtungsverfahren zeigte einige Unterschiede. Muss zur Einstufung als Pflegefall in Österreich ein mehrmals wöchentlicher Pflegebedarf vorherrschen, so muss in Deutschland jeden Tag ein Pflegebedürfnis vorliegen.

Conclusio: Beide Pflegesysteme, das österreichische und das deutsche, haben Vor- und Nachteile. Für Österreich sprechen das siebenstufige Pflegesystem und die Höhe des Pflegegeldes. Aus Deutschland kann die gesetzliche Definition des Begriffes der Pflegebedürftigkeit und die Begutachtung durch Pflegepersonal positiviert werden. Allerdings ist eine Reformierung der beiden Systeme, v.a für deren zukünftige Finanzierung,

¹ Wegen der besseren Lesbarkeit ist in dieser Diplomarbeit jeweils die männliche Form angeführt, beide Geschlechter sind jedoch immer gemeint.

unausweichlich. Österreich benötigt weiters einen Pflegebedürftigkeitsbegriff, sowie ein auf Reliabilität und Validität geprüftes Begutachtungsinstrument zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit.

Summary

Background: Due to a demographic shift, and an aging demographic profile, the population comprises a higher percentage of old people in relation to young people. The resultant of this fact is that in the future there will be a higher demand in the area of health care for the aged. Due to the precarious financial position of the health care system, and the reduction of informal health care for the aged, solutions need to be postulated and proposed.

Objective: The objective of this paper is to give an insight into the health care of the aged systems in Austria and Germany, and to highlight the differences in the systems. Furthermore, with the support of various studies, it will be discussed whether a medical evaluation by highly qualified professional, as is standard practice in Germany, would also be possible in Austria. The discussion of whether it is possible to convert the current pay as you go system to a mandatory insurance system will be covered in detail in chapter 18

Method: The research questions were formulated from a systematic literature review. These were aided by libraries and databases (CINAHL, Pubmed, econis, econlit).

Results: The research shows that when comparing the two countries health care of the aged systems, there are marked differences. Some of the important differences will be sighted here: The major difference is that a mandatory health care for the nursing care insurance exists in Germany. In Austria health care is divided into seven areas, while in Germany it is only divided into three areas. In Austria the assessment of level of care required may be conducted by a general practitioner, while in Germany this evaluation is conducted by highly qualified health care professionals. The term "dependent on care" is legally recognised in Germany, while in Austria this status still is not recognised by law. There are also noticeable differences in the assessment of the level of care required. In order to receive care in Austria, a patient who needs assistance for several days a week qualifies, while in Germany the patient must require assistance on a daily bases.

Conclusion: Both the Austrian and the German health care of the aged systems have advantages and disadvantages. The positive elements of the Austrian system are; the seven levels care system as well as the substantial amount of care support funds. Positive elements of the German system are; the legal definition of the term "dependent on care", and qualified health care professionals evaluating the level of care required. However it is unavoidable that to reform both these systems for future needs, finances will be required. Further more

Austria requires the legal recognition of the term "dependent on care", as well as a reliable and valid evaluation assessment test for identifying the level of care required by a patient.

INHALTSVERZEICHNIS

1	Einleitung	12
1.1	Problem, Erkenntnisinteresse und Motivation	12
1.2	Fragestellung der Arbeit/Forschungsfrage(n).....	13
1.3	Ziel der Arbeit.....	13
1.4	Theoretischer Hintergrund/Theoriebezug/Forschungsstand	14
1.5	Methode.....	15
2	Kritische Überlegungen bei der Bewertung von Pflegesystemen	17
3	Status quo in Österreich	18
3.1	Die Betreuungssituation in Österreich (Ende 2008).....	20
3.1.1	Aktuelle Kennzahlen von pflegebedürftigen Personen.....	21
3.2	Das österreichische Pflegesystem	23
3.2.1	Pflegegeld in Österreich.....	24
3.2.1.1	Bundespflegegeld	25
3.2.1.2	Das Landespflegegeld	26
3.2.2	Schematische Darstellung der Zahlungsströme im österreichischen Pflegesystem.....	26
3.2.3	Wer kann Pflegegeld beantragen?	28
3.2.4	Neuerungen beim Pflegegeld ab 2011	30
4	Laufende Gesundheitsausgaben in Österreich	31
4.1	Der Zusammenhang der Pflegeausgaben und der Altersstruktur.....	31
4.2	Schwerpunkt Prävention – Eine Schwachstelle im österreichischen Gesundheitssystem?	34
5	Beschwerdefreie Lebensjahre	37
6	Pflegende Angehörige	38
7	Begriffe und Definitionen	40
7.1	Pflegeabhängigkeit	40
7.2	Betreuung	40
7.3	Hilfe	41
8	Begutachtungsverfahren in Österreich	42

8.1	Das alternative Begutachtungsverfahren (ABV)	43
8.2	Das ärztliche Pflegegutachten	46
8.2.1	Die Anamnese	46
8.2.2	Außenanamnese mit Pflegeperson/Vertrauensperson	47
8.2.3	Relevantes aus der Pflegedokumentation.....	47
8.2.4	Vorliegende Befunde	47
8.2.5	Soziales Umfeld.....	47
8.2.6	Status.....	47
8.2.7	Pflegediagnose(n).....	48
8.2.8	Gesamtbeurteilung.....	48
8.2.9	Prognose.....	48
8.2.10	Sonstige.....	48
8.2.11	Stellungnahme.....	48
8.2.12	Hinweis auf Unterversorgung/Verwahrlosung.....	48
9	Status quo in Deutschland	49
9.1	Einschätzung der Pflegebedürftigkeit in Deutschland	50
9.2	Pflegebedürftige Frauen und Männer in Deutschland (1999 - 2009).....	51
9.3	Anteil von Menschen mit Demenz	52
9.4	Anteil der Pflegebedürftigen an den Verstorbenen eines Jahres in Prozent.....	53
9.5	Zukünftige Entwicklungen der Pflegefälle in Deutschland.....	53
9.6	Haushalts- und Familienformen in Deutschland	54
10	Die Pflegeversicherung in Deutschland.....	55
10.1	Leistungsarten der Pflegeversicherung	58
10.1.1	Dienstleistung, Sachleistung und Geldleistung	60
10.2	Beitragssatz der Pflegeversicherung	60
10.3	Wer ist berechtigt einen Antrag für Leistungen aus der Pflegeversicherung zu stellen?	61
10.4	Leistungsempfänger der Sozialen Pflegeversicherung nach Leistungsarten 2005... ..	62
10.5	Leistungs- und Vertragsbeziehungen in der pflegerischen Versorgung in Deutschland.....	62

10.6	Finanzentwicklung der Pflegeversicherung	63
11	Pflegebegutachtung in Deutschland	65
11.1	Activities of Daily Living (ADL)	66
11.2	ATL (Aktivitäten des täglichen Lebens)	67
11.3	Wer stuft nun endgültig ein?	67
12.	Wohnort bzw. Entfernung der privaten Hauptpflegepersonen zu pflegebedürftigen Person	69
13.	Begriffe und Definitionen	71
13.1	Pflegebedürftigkeit	71
14.	Pflegestufen	74
14.1	Pflegestufe 1 – Erhebliche Pflegebedürftige	74
14.2	Pflegestufe 2 – Schwerpflegebedürftige	74
14.3	Pflegestufe 3 – Schwerstpflegebedürftige	74
14.4	Härtefälle	74
14.5	Pflegestufen insgesamt (ambulant und stationär) 1996 bis 2008	76
15.	Das Begutachtungsverfahren in Deutschland	79
15.1	Grundriss über qualitative und quantitative Methoden der Datenerhebung des Pflegegutachtens	79
15.2	Die qualitative Befragung	80
15.3	Der Pflegeprozess im Rahmen der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit	81
15.4	Informationssammlung	81
15.4.1	Informationssammlung	82
15.4.2	Ernährung	83
15.4.3	Mobilität	84
15.5	Veränderung der Orientierungswerte	85
15.5.1	Planung	85
15.5.2	Durchführung der Begutachtung	86
15.5.3	Evaluation	86
15.6	Kritik an dem Begutachtungsverfahren	86
16.	Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK)	88
17.	Zwei Pilotprojekte in Österreich werden vorgestellt	90

17.1	Pilotprojekt I „Einbeziehung von Pflegefachkräften in die Pflegegeldbegutachtung“ 2004/2005	90
17.1.1	Ergebnisse des Pilotprojektes I	91
17.1.2	Veränderungen seit dem Pilotprojekt I	92
17.2	Pilotstudie II: Pflegegeldbegutachtung 2010.....	95
17.2.1	Kritische Bemerkungen über den Pilotversuch	96
18.	Case- und Care Management.....	97
19.	Umlageverfahren versus Kapitaldeckungsverfahren	100
19.1	Status quo in Österreich.....	101
19.1.1	Finanzierungsform in Österreich	101
19.2	Status quo in Deutschland.....	102
19.2.1	Finanzierungsform in Deutschland	102
19.3	Umlageverfahren	102
19.3.1	Probleme des Umlageverfahrens	103
19.4	Kapitaldeckungsverfahren	103
19.4.1	Mögliche Probleme bei der Einführung eines Kapitaldeckungsverfahren ...	104
20.	Schlussfolgerungen und Empfehlungen	106
	Abkürzungsverzeichnis.....	116
	Literaturverzeichnis.....	120
	Abbildungsverzeichnis	137
	Tabellenverzeichnis	140
	Anhang A	142
	Anhang B.....	149

1 Einleitung

„Who cares?“ ist der Titel meiner Diplomarbeit. Das Verb „to care“ hat im Englischen mehrere Bedeutungen, wie zum Beispiel „sich für jemanden interessieren“, „etwas wichtig nehmen“, „Zuneigung für jemanden empfinden“, „etwas gern tun mögen“, „jemanden betreuen“, „sich um jemanden sorgen“, „jemanden mögen“ oder „jemandem zugetan sein“. Diese Übersetzungen sind mit positiven Aspekten assoziierbar.

Nun frage ich aber explizit in dem Titel meiner Arbeit „WER sorgt?“ und „WER betreut?“ kranke, behinderte und hilfeschende Menschen in den nächsten Jahrzehnten?

1.1 Problem, Erkenntnisinteresse und Motivation

In Österreich wurden im Jahr 2011 8,4 Mio., in Deutschland rund 82 Mio. Einwohner gezählt. (vgl. Statistik Austria, erstellt am 14.10.2011; Statistische Bundesämter Deutschland, o.J.) Diese Zahl wird sich durch den demographischen Wandel drastisch verändern. Im Jahr 2030 soll sich die Anzahl der österreichischen Bewohner auf 9 Millionen, für das Jahr 2050 sogar auf 9,5 Millionen Menschen erhöhen. Das bedeutet einen Anstieg von 30% für das Jahr 2030. Die Zahl der über 75-Jährigen wird sich von 662.000 Menschen auf eine Million in diesem Zeitraum erhöhen. Fakt ist, dass sich die Zahl der 60- bis 79-Jährigen zwischen den Jahren 2006 und 2030 auf über 50% erheben wird. Eine Wahrscheinlichkeitsrechnung zeigt, dass die Anzahl der über 80-Jährigen sogar auf 73% steigt. (vgl. Mühlberger & Guger & Knittler & Schratzenstaller, 2008) Vergleicht man das Jahr 2008 mit dem Jahr 2015, wird es einen Anstieg der Bevölkerung von 2,8% geben. Die Prognosen zeigen, dass die Anzahl der unter 15-jährigen Menschen enorm sinken, die Anzahl der über 60-jährigen massiv steigen wird. In Deutschland spiegelt sich ein ähnliches Bild wieder: 34% der Population werden im Jahr 2060 das Alter von 65 Jahren überschritten haben. (vgl. Statistik Austria, erstellt am 21.09.2011) Laut den Berichten der „Health Care Systems in Transition“, „HIT“ (2006), haben sich seit 1990 fast alle Indikatoren des Gesundheitszustandes in der österreichischen Bevölkerung verbessert. (vgl. Hofmarcher & Rack, 2006, S. xiii) Nach den aktuellsten Daten der Statistik Austria lag die Lebenserwartung für männliche Österreicher im Jahr 2010 bei 77,7 Jahren, für weibliche bei 83,2 Jahren. Verglichen mit den Werten von 2000 stieg die Lebenserwartung bei den Frauen um 2,1 Jahre, bei Männern sogar um 2,6 Jahre. (vgl. Statistik Austria, erstellt am 05.08.2011)

Vergleicht man die Zahlen der pflegebedürftigen Menschen, so kann gesagt werden, dass im Jahr 2010 in Österreich 332.516 Menschen Pflegegeld bekamen. (vgl. Ruddy, 2010) In Deutschland gab es in den Jahren 2005 2,13 Mio. Pflegebedürftige, 2010 2,4 Mio., für 2020 rechnet man mit 2,91 Mio. und die Prognose für das Jahr 2030 liegt sogar bei 3,36 Mio. pflegebedürftigen Menschen.

Egal ob in den Medien, im privaten Umkreis oder im Rahmen meines Studiums, die Probleme, die mit dem demographischen Wandel verbunden sind, gehen an niemandem vorbei. Jeder Mensch sollte die Gewissheit haben, bei Bedarf eine angemessene und professionelle pflegerische Hilfeleistung zu bekommen. Laut der Caritas Österreich weist das System der Pflegegeldeinstufung aber zahlreiche Mängel auf. Im Besonderen werden große Unstimmigkeiten zwischen dem Bundes- und Landespflegegeld, unterschiedliche Qualitätsmerkmale der Gutachten, aufwändige Verwaltungsstrukturen und eine lange Dauer der Verfahren im Bereich der Länder kritisiert. Nicht nur das Finanzierungsproblem für die Sicherstellung einer professionellen und gesicherten Pflege bei Bedarf, sondern auch die Mängel im Organisationsbereich, der Steuerung und der Struktur sind Stolpersteine für die österreichische Pflegevorsorge. Die Caritas und Sozialminister Hundstorfer fordern einen „Pflegelastenausgleichsfonds“. (vgl. Caritas, erstellt am 17.09.2007)

1.2 Fragestellung der Arbeit/Forschungsfrage(n)

- Wie charakterisieren sich die Unterschiede in den Versorgungssystemen Österreichs und Deutschlands im Falle eines Pflegefalles?
- Welche Unterschiede sind im Rahmen der Einstufungsmöglichkeiten und Einstufungsinstrumente in den jeweiligen Ländern festzustellen?
- Welche Vor- und Nachteile weisen die jeweiligen Versorgungssysteme auf?

1.3 Ziel der Arbeit

Das primäre Ziel dieser Diplomarbeit ist die Darstellung des aktuellen Status quo der Pflege in Österreich und Deutschland. Beide Versorgungssysteme werden kritisch analysiert und anschließend miteinander verglichen. Ziel ist es, beide Systeme einander gegenüberzustellen, um Unterschiede herauszufiltern und gegebenenfalls über Vor- oder Nachteile zu diskutieren. Die Fragen, weshalb nur Ärzte in Österreich befugt sind, die Pflegegeldebegutachtung durchzuführen, ob die Begutachtungsinstrumente getestet sind und welche Kriterien für die Einstufung des Pflegegeldes vorherrschen, werden bearbeitet. Weiters sollen mögliche Pilotversuche, wie im Beispiel Vorarlbergs, wo seit dem

01.10.2010 das Pflegepersonal die Pflegegeldeinstufungen betreiben darf, genauer betrachtet werden. Das österreichische Sozialsystem, explizit das 7-stufige Pflegegeld, welches seit 1. Juli 1993 in Kraft getreten ist, wird kritisch beurteilt. Positive wie auch negative Aspekte werden herausgearbeitet. Die Begriffe der Pflegebedürftigkeit und des Pflegebedarfs sollen erläutert werden. Weiters soll das Problem aufgezeigt werden, dass in Österreich keine gesetzliche Definition für Pflegebedürftigkeit existiert. Nach dem österreichischen Pflegegeldgesetz BGBl II Nr. 37/1999 setzt sich der Pflegebedarf einer Person aus dem Betreuungs- und Hilfsbedarf zusammen. In Deutschland ist der neue Begriff der Pflegebedürftigkeit ein Maßstab im Zuge der Selbstständigkeit. (vgl. Rennen-Allhoff, 2000)

Weiters sollen Unterschiede der beiden Systeme festgestellt und veranschaulicht werden. Unterstützungsmöglichkeiten, wie zum Beispiel das Case-Management oder diverse Pilotstudien der Doppelbegutachtung, bei der die Pflegegeldebegutachtung durch Ärzte und das Personal des gehobenen medizinischen Dienstes zu Stande kommt, werden beleuchtet. Da die Finanzierung ein großes Thema für alle ist, wird der Frage, ob das Kapitaldeckungsverfahren Vorteile gegenüber dem Umlageverfahren besitzt, ebenfalls nachgegangen.

1.4 Theoretischer Hintergrund/Theoriebezug/Forschungsstand

Im Jahr 2007 bezogen 351.057 Österreicher das Bundespflegegeld, 2008 erhielten 64.936 Menschen das Landespflegegeld. (vgl. Statistik Austria, erstellt am 15.09.2011; Statistik Austria, erstellt am 12.09.2011) Für die Pflegegeldbezieher betrug der Aufwand im Jahr 2007 rund 2 Mrd. Euro. (vgl. Rechnungshof, 2010, S. 7) In beiden Staaten, Deutschland und Österreich, wird es aufgrund der hohen Anzahl an älteren Menschen einen drastischen Anstieg des Pflegebedarfs und damit der Kosten der Langzeitpflege geben. Die öffentlichen Ausgaben in Österreich für häusliche Langzeitpflege haben sich von 1990 bis 2007 fast verdoppelt. Wurden 1990 rund 890 Millionen Euro ausgegeben, so waren es 2007 circa 1,7 Milliarden. (vgl. Statistik Austria, erstellt am 07.03.2011) Unter Betrachtung dieser Entwicklung muss auch in Zukunft mit enorm steigenden Pflegekosten gerechnet werden. Über 75% der gesamten Pflegeleistungen werden größtenteils von Frauen erbracht, meistens sind es Mitglieder von Familien. (vgl. Mühlberger et al., 2008) Es soll aufgedeckt werden, welche positiven und negativen Aspekte die jeweiligen Pflegesysteme für die Betroffenen aufweisen.

Der österreichische Staat muss sich ein System überlegen, welches die Finanzierung dieser Kosten sicherstellen kann. Deutschland hat mit der fünften Säule, mit der Pflegeversicherung, zusätzlich zu den anderen 4 Säulen (Renten-, Unfall-, Kranken- und Arbeitslosenversicherung) bereits 1995 erstmals gehandelt.

Die Studie „Alternative Finanzierungsformen der Pflegevorsorge“ von Mühlberger et al. (2008) zeigt auf, dass die Vorteile einer Versicherungslösung in der klaren Zuordnung von Beiträgen und Leistungen liegen. Sobald der Bevölkerung versichert werden kann, dass sie bei Bedarf eine adäquate Pflege bekommen würde, herrscht eine höhere Zahlungsbereitschaft bei den Betroffenen vor. Leider sprechen die Finanzaufgaben in Deutschland ein anderes Wort. Dr. Mühlbacher betont in ihrer Studie, dass ein Wechsel des Systems nach dem Modell der deutschen Pflegeversicherung in Österreich nicht in Erwägung gezogen werden sollte. Auch der Rechnungshof betont, dass die aktuelle Einschätzung zur PflegegeldEinstufung in Österreich nicht zuverlässig ist. Der Rechnungshof fordert die Pflegebegutachtung durch das Pflegepersonal, wie es in Deutschland gehandhabt wird. (vgl. Der Rechnungshof, 2010, S. 59) Die Ergebnisse der Studie von Dr. Deufert belegen, dass das derzeitige Gutachten zur Einstufung des Pflegegeldes nicht alle pflegerelevanten Bereiche einer pflegebedürftigen Person erfassen. (vgl. Deufert, 2010)

1.5 Methode

Die Beantwortung der Forschungsfragen wurde mit Hilfe einer Literaturliste gelöst.

Die Literatursuche fand an der Universität Wien, der Medizinischen Universität Wien und an der Wirtschaftsuniversität Wien statt. Weiters wurde in den Datenbanken PubMed, CINAHL, econis und econlit mit folgenden Suchbegriffen und Kombinationen gesucht: Pflegeversicherung, Österreich, Deutschland, Pflegegeld, Pflegebegutachtung, Begutachtung, Begutachtungsverfahren, Pflegebedürftigkeit, Gutachten, Pflege, nursing (care) insurance, Austria, Germany, Assessment, allowance for nursing care, care allowance, medical estimate, care dependency, dependent on care. Mit einer systematischen Literaturrecherche wurden die Forschungsfragen beantwortet. Die Literaturrecherche fand von Juli 2010 bis Oktober 2010 und von Jänner 2011 bis April 2011 statt.

Ich bin derzeit 24 Jahre alt, daher drehen sich meine Gedanken vorderhand noch nicht um eine etwaige Pflegebedürftigkeit. Aber es kann jeden von uns treffen, dass wir wegen Krankheit, Behinderung oder Unfall auf Hilfe von Angehörigen oder Pflegefachkräften

angewiesen sind. Obwohl 80% der Pflege auf der informellen Ebene geschieht, ist dies nicht selbstverständlich, schon gar nicht in den nächsten Jahrzehnten. Der Leistungsdruck in der Schule, der Arbeit und oft auch im sozialen Umfeld wird immer stärker und lässt uns keine Zeit Angehörige zu pflegen. Es ist wünschenswert als Pflegefall in den eigenen vier Wänden bleiben zu können, aber ist dies auch finanzierbar?

2 Kritische Überlegungen bei der Bewertung von Pflegesystemen

Wie kann man Pflegesysteme, nach der Frage wie diese Systeme ihre Aufgabenstellung bewältigen, bewerten? Auch Eisen & Mager (1999) wollen und können keine Antwort darauf geben. Sie betonen im Vorwort ihres Buches „Pflegebedürftigkeit und Pflegesicherung in ausgewählten Ländern:

„Unterlassen wurde eine normative Analyse, also die Beantwortung der Frage nach dem besten Weg, das Problem der Pflegebedürftigkeit zu lösen. Wir sind der Auffassung [...], dass es einen 'Königsweg' nicht gibt“. (Eisen et al., 1999, S. 18)

Man sollte unbedingt beachten, dass es wichtig ist, sich die Frage zu stellen, für welche Akteure das eine oder das andere (Pflege-)system besser oder sinnvoller sein kann.

Die „öffentliche“ Ebene muss das Gleichgewicht zwischen sozialpolitischen und finanziellen Durchführungen beibehalten.

Die „Kostenträger“ hingegen betrachten das Pflegesystem eher nach der finanziellen Leistungsfähigkeit.

Der „Pflegebedürftige“ bewertet das System nach grundlegenden Aspekten, denn für ihn ist vor allem die Lebensqualität notwendig. (Skuban, 2004, S. 108)

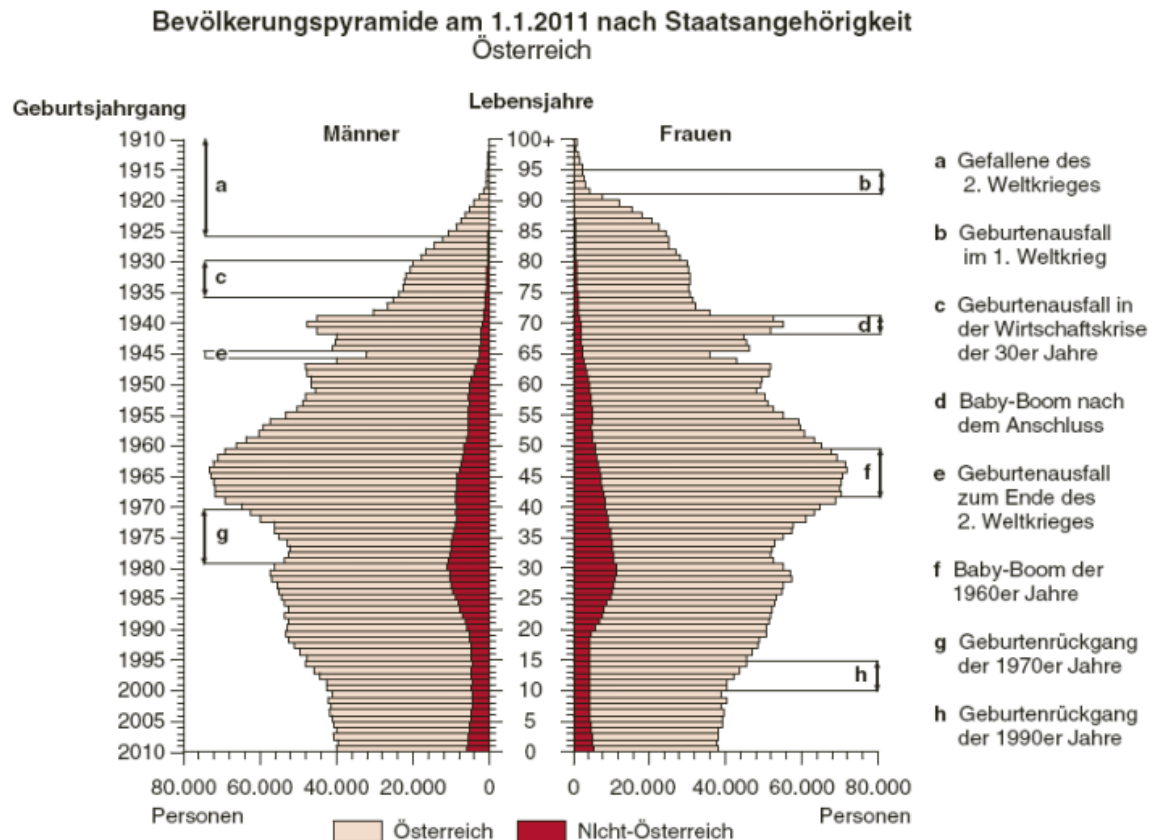
3 Status quo in Österreich

Die Lebenserwartung im Jahr 2010 betrug bei den österreichischen Männern im Durchschnitt 77,7 Jahre, bei Frauen lag der Wert bei 83,2 Jahren. (Statistik Austria, erstellt am 19.05.2011b) Nach diesen Voraussetzungen werden im Jahr 2035 zwischen 2,7 und 3 Millionen Menschen im Alter von über 60 Jahren leben. Auch die Anzahl der über 80-jährigen Österreicher wird bis 2030 von 400.000 auf 530.000 Menschen ansteigen. Bereits im Jahr 2030 wird sich die österreichische Bevölkerungszahl auf 8,16 Mio. und im Jahr 2050 auf 9,45 Mio. Menschen erhöhen. Derzeit sind 23% der Österreicher über 60 Jahre alt. 2020 wird der Anteil auf 26% steigen, im Jahre 2030 sogar auf 30%. Der Anteil der jungen Bevölkerung, der unter 15-Jährigen, wird hingegen sinken. Im Jahr 2015 wird die Anzahl der unter 15-Jährigen von 15% auf 14% abnehmen. Im Gegensatz dazu wird sich in diesem Zeitraum die Gruppe der über 60-Jährigen von 23% auf 34% erhöhen. (vgl. Statistik Austria, erstellt am 03.08.2010)

Betrachtet man die Erwerbstätigkeit der 15- bis 60-Jährigen, wird die Anzahl derer in den kommenden Jahren (v.a. durch Zuwanderungen) leicht steigen. Blickt man langfristig auf diese Entwicklung, wird sich die Anzahl der Erwerbstätigen von 62% auf 53% minimieren. Auch der Anteil der über 65-Jährigen wird auf Grund des starken Baby-Booms in den frühen 60er Jahren im Pensionsalter ansteigen. (vgl. Statistik Austria, erstellt am 03.08.2010)

Zusammenfassend können folgende Entwicklungen für die Zukunft prognostiziert werden (Österreichisches Komitee für soziale Arbeit, 2008, S. 14ff.):

- „Steigende Lebenserwartung der Bevölkerung
- Zunahme der älteren Menschen (>60)
- Abnahme der jüngeren Menschen (<15)
- Regression der informellen Pflege
- Optimierung des Gesundheitszustandes“



Q: STATISTIK AUSTRIA, Statistik des Bevölkerungsstandes. Erstellt am: 19.05.2011.

Abb.1: Bevölkerungspyramide am 1.1.2011 nach Staatsangehörigkeit Österreich
Quelle: Statistik Austria, erstellt am 19.05.2011a

Begutachtet man die Zahl der (Ehe-)Paare ohne Kinder, wird die Zahl dieser bis zum Jahr 2046 von 0,77 Mio. (2001) um 46% auf 1,13 Mio. anwachsen. Es kann festgestellt werden, dass sich die Zahl der Kinder und die Familien mit Kindern im Rücklauf befinden. Im Jahre 2030 werden laut den Prognosen von Statistik Austria nur noch 1,31 Mio. Familien mit Kindern leben, sprich 9% weniger als im Jahr 2001. (vgl. Statistik Austria, erstellt am 06.10.2011)

Wie sich diese Veränderungen des demographischen Wandels auf die Gesundheit und die pflegerische Situation in der Zukunft auswirken werden, ist laut Hassler (2004) noch unklar. Auf der einen Seite kann die Pflegebedürftigkeit durch den Wandel des demographischen Umbruchs enorm zunehmen, auf der anderen Seite ist nicht gewiss, ob ein gewaltiger Bevölkerungszuwachs auch in Folge mehr Pflegebedarf bedeutet. (vgl. Hassler, 2004, S. 23ff.)

Vergleicht man alle Pflegeleistungen in Österreich, sind mindestens 75% davon informeller Natur. Das bedeutet, dass Familienmitglieder, meistens Frauen, Nachbarn oder Verwandte ihre Angehörigen und Bekannten pflegen. Im Jahr 2002 pflegten 281.900 Frauen im

Durchschnitt 11,4 Stunden und 144.000 Männer 9 Stunden wöchentlich ihre Angehörigen. Multipliziert man dies mit den Durchschnittsbruttolöhnen aus dem Jahr 2002 der Frauen (9,96 €) und der Männer (13,53 €), entsteht ein informeller Pflegeleistungswert von 2,58 Mrd. €. (vgl. Mühlberger et al., 2008, S. 14)

3.1 Die Betreuungssituation in Österreich (Ende 2008)

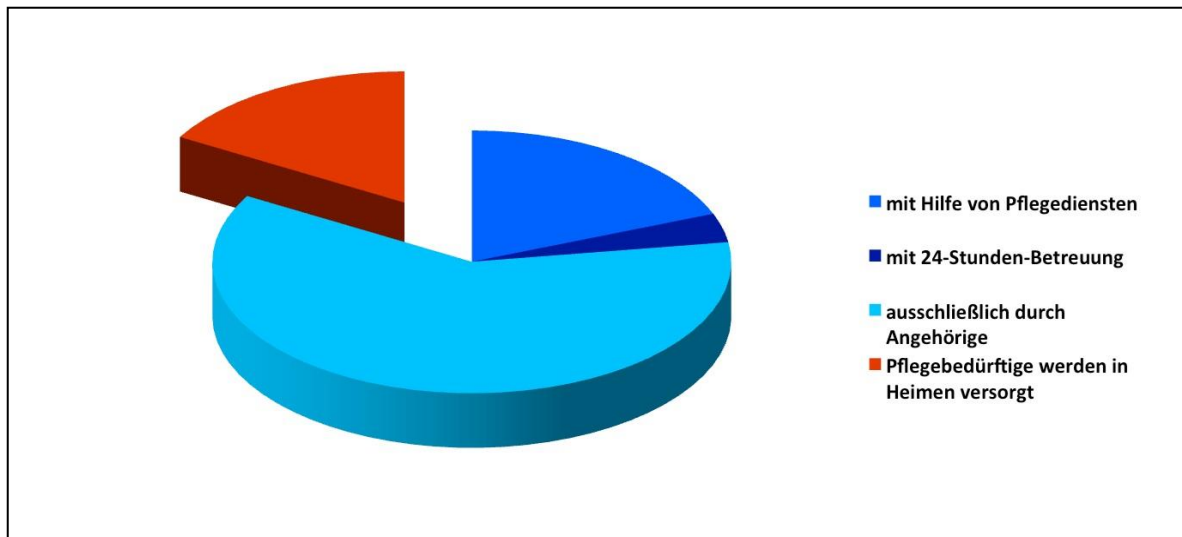


Abb.2: Betreuungssituation in Österreich im Jahr 2008
Quelle: Bundesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrt, erstellt am 27.09.2010 (eigene Darstellung)

Ende 2008 bezogen 423.481 Österreicher, also mehr als 5% der österreichischen Gesamtbevölkerung, Pflegegeld. Über 80% der über 60-Jährigen wurden in ihren eigenen vier Wänden gepflegt, der Großteil von eigenen Familienangehörigen. Die Zahl der Pflegebezieher stieg in 10 Jahren um ca. 3%. (vgl. Greifeneder & Rudda, 2010, S. 137) Die Mehrheit, nämlich 358.545 Österreicher, erhielt eine Förderung durch das Bundespflegegeld, 64.936 österreichische Staatsbürger bezogen das Landespflegegeld. Verglichen mit dem Jahr 1998 erhöhte sich die Anzahl der Bundespflegegeldbezieher um über 31,3%, das bedeutet ein Plus von 85.000 Personen. Die Menge der Landespflegegeldbezieher stieg in 10 Jahren um knapp 28,6%. Der Gesamtaufwand des Bundespflegegeldes betrug im Jahr 2008 1,8 Mrd. €, also um 37% mehr als im Jahr 1998. Die durchschnittliche Pflegegeldleistung betrug pro Person ungefähr 4.949 € pro Jahr oder 412 € pro Monat. 67% der Bundespflegegeldbezieher waren im Jahr 2008 Frauen, 1998 konnten noch 69% gezählt werden. Der Großteil der Pflegefälle bezog Pflegegeld in den unteren Stufen. 72% der Landespflegegeldbezieher nahmen Anspruch der Stufen 1-3 (1998: 80%), die letzten 4 Stufen wurden von 28% der Österreicher beantragt. Die geschlechtsspezifische Pflegegeldeinteilung war zwischen Männern und Frauen ziemlich

gleich, jedoch gab es im Merkmal „Alter“ einen signifikanten Unterschied: Im Jahr 2009 waren 89% der Bundespflegegeldbezieher über 60 Jahre alt, davon 93% Frauen und 82% Männer. (vgl. Statistik Austria, erstellt am 15.09.2011)

Werden die Kosten für die Pflege und das durchschnittliche Pensionseinkommen Pflegebedürftiger verglichen, beträgt die Höhe der gesetzlichen Pensionsversicherung im Jahr 2010 im Durchschnitt bei Frauen 768 € und bei Männern 1.277 €. (vgl. Statistik Austria, erstellt am 14.07.2011)

In Österreich wird man als „pflegebedürftig“ eingestuft, wenn 50 Stunden Hilfsbedarf pro Monat nachgewiesen werden. Eine Stunde für mobile soziale Dienste kostet (ohne Zusatz der Sozialhilfe) zwischen 14,20 € bis 42,60 €. Dieser Wert variiert nach Berufsgruppe und Bundesland. Somit kann sich ein pflegebedürftiger Mensch maximal für eine Stunde eine Pflegehilfe zusätzlich leisten. Daher überrascht nicht, dass so viele Pflegebedürftige auf die Sozialhilfe angewiesen sind. Pflegebedürftige und Angehörige werden häufig von einer radikalen finanziellen Notlage überrascht, und sie können oft die Pflegekosten nicht mehr mit den gegebenen finanziellen Mitteln und dem Pflegegeld begleichen. (vgl. Schneider & Österle & Schober & Schober, 2006)

3.1.1 Aktuelle Kennzahlen von pflegebedürftigen Personen

Im April 2010 haben 332.516 Menschen Pflegegeld erhalten. Die Verteilung der Pflegebedürftigen in den jeweiligen Stufen soll im folgenden Diagramm veranschaulicht werden. (vgl. Rudda, 2010)

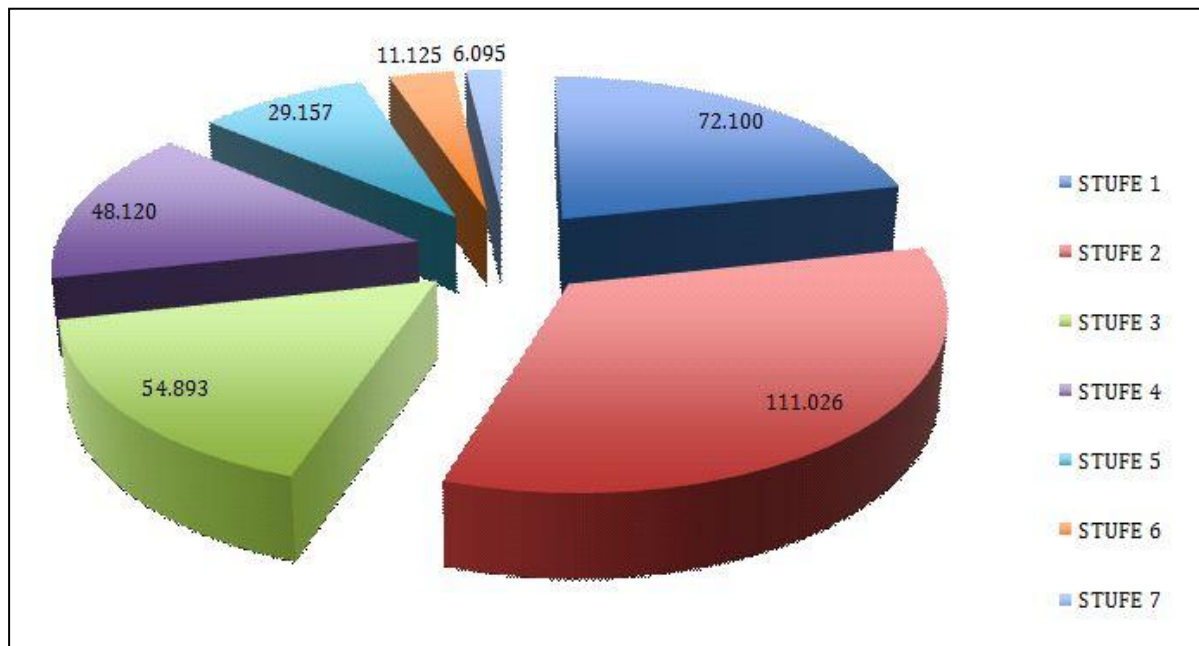


Abb. 3: Aufteilung der Pflegegeldbezieher 2010
Quelle: Rudda, 2010, S. 112 (eigene Darstellung)

Seit dem Inkrafttreten des Pflegegeldes, also seit 01.07.1993, ist die Anzahl der Pflegegeldbezieher um 56% gestiegen: Waren es im Jahr 1993 noch 230.344, handelte es sich sieben Jahre später bereits um 360.346 Pflegegeldbezieher.

Das WIFO schätzt auf Grund der demographischen Entwicklung für das Jahr 2020 eine Erhöhung der Pflegegeldbezieher auf über 560.000 Personen. (vgl. Rudda, 2010, S. 14)

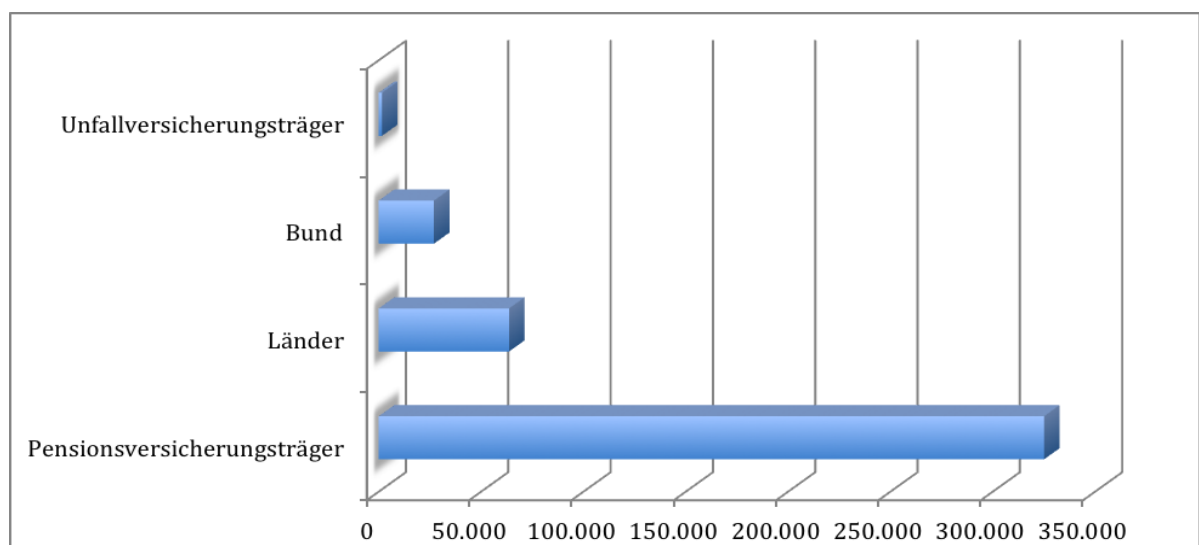


Abb. 4: Aufteilung der Pflegegeldbezieher 2008 (nach Trägern)
Quelle: Rudda, 2010, S. 14 (eigene Darstellung)

In Abb. 4 kommt deutlich zum Vorschein, dass auf die Pensionsversicherungsträger der größte Anteil der Pflegegeldbezieher fällt. Die Träger der Pensionsversicherung sind überlastet und die Dauer des Verfahrens zum Erhalt des Pflegegeldes dauert daher durchschnittlich 60 Tage.

3.2 Das österreichische Pflegesystem

In Österreich werden pflegebedürftige Menschen von der öffentlichen Hand durch eine Kombination von Sach- und Geldleistungen unterstützt. Sachleistungen sind Dienstleistungen, wie zum Beispiel Alten- und Pflegeheime oder soziale Dienste. Diese werden zusätzlich zu den Geldleistungen von den Gemeinden und Bundesländern zur Verfügung gestellt. 2005 musste der Bund ungefähr 1,5 Milliarden Euro, die Länder von diesen Milliarden ca. 372 Millionen Euro für die Pflegegeldleistung, bereitstellen. (vgl. Barazon, 2011) Das steuerfinanzierte Pflegegeld stellt seit 1997 die Unterstützung durch finanzielle Zuschüsse dar. Grundlage bietet das Bundespflegegeldgesetz (BPGG) und neun ziemlich gleich lautende Landespflegegeldgesetze (LPGG).

Die Anzahl der Pflegegeldbezieher stieg zwischen 1994 und 2006 um ungefähr 25%. (Mühlberger et al., 2008) Nach den Berechnungen von Mühlberger et al. (2008) haben sich die gesamten Aufwände für die Langzeitpflege um ungefähr 50% erhöht. Die Prognosen für das Jahr 2030 sind laut Mühlberger et al. (2008) erschreckend und alarmierend zugleich. Es kann nämlich eine Erhöhung der Kosten von 66% bis 207% im Bereich der Pflegevorsorge erwartet werden. In Österreich werden die Beiträge der Sozialversicherung auf Basis der Gehalts- und Lohnsummen bezahlt. Ab der Geringfügigkeitsgrenze sind somit alle selbständigen und unselbständigen Erwerbstätigen, als auch deren mitversicherten Familienangehörige, versichert. (vgl. Mühlberger et al., 2008, S. 22)

Nach Evers & Olk (1996) steht im Mittelpunkt die formelle und informelle Pflege. Sie nehmen als Prämisse den Wohlfahrtspluralismus, der immer in einem Mix produziert wird (Welfare Ansatz), also ein Zusammenspiel zwischen Drittem Sektor, Markt und Staat. Die Veränderungen in der Wohlfahrtsproduktion, die verminderten Leistungsfähigkeiten des Staates sowie der Rückgang der Solidarität in Familien, müssen gemäß der demographischen Entwicklung zu einer Veränderung in den Bereichen Pflege und Betreuung führen. (vgl. Olk & Klein & Hartnuß, 2010, S. 572)

3.2.1 Pflegegeld in Österreich

Das Pflegegeld, ein Meilenstein der österreichischen Sozialpolitik, auf das ein Rechtsanspruch besteht und das bereits nach der Geburt bereitgestellt werden kann, soll keine Ergänzung des Einkommens darstellen, sondern die pflegebedingten Mehraufwendungen abdecken. Menschen, die auf Pflege von anderen Personen angewiesen sind, sollen mit Unterstützung des Pflegegeldes ihre Unabhängigkeit länger in ihrem gewohnten Umfeld bewahren können. Laut §1 des bedarfsorientierten BPGG hat das

„Pflegegeld den Zweck, in Form eines Beitrages pflegebedingte Mehraufwendungen pauschaliert abzugelten, um pflegebedürftigen Personen soweit wie möglich die notwendige Betreuung und Hilfe zu sichern, sowie die Möglichkeit zu verbessern, ein selbstbestimmtes, bedürfnisorientiertes Leben zu führen“. (Kodex, 2006, S. 8)

Die Ursache für den Pflegefall und das Einkommen haben keinen Einfluss auf die Höhe des Pflegegeldes und muss von keinem Pflegegeldbezieher versteuert werden. Seit 1997 können 7 Pflegegeldstufen von 154,20 € bis 1655,80 € beantragt werden. (vgl. Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz, 2008, S. 8)

Das Pflegegeld wurde fast vor 18 Jahren beschlossen und wird von den allgemeinen Steuermitteln auf Landes- und Bundesebene konzipiert. Die Krankenversicherungsbeiträge wurden erhöht, der „Überschuss“ als Pflegegeld verwendet. (vgl. Wild, 2010, S. 24) Waren es am Anfang nur ca. 230.000 Bezieher, sind es 2011 nun bereits schon 420.000 Pflegegeldbezieher. (vgl. Donabauer, 2011)

Da durch die Wirtschaftskrise einige Steuereinnahmen gesunken sind, will man die Länder und Gemeinden, also die Sachleistungserbringer, ein wenig entlasten. Einige Stimmen fordern eine Pflegeversicherung wie in Deutschland, andere einen Pflegefond. (vgl. Rudda & Greifeneder, 2010)

Nach der Erhöhung des Pflegegeldes am 01.01.2009 wurde das Pflegegeld der 1. und 2. Stufe um 4%, der 3., 4. und 5. Stufe um 5%, und der 6. und 7. Stufe um 6% erhöht.

Seit der Einführung des Pflegegeldes am 1.7.1993 wurde das Pflegegeld insgesamt viermal erhöht (vgl. Grasser, 2010, S. 42):

- 1994 um 2,5%
- 1995 um 2,8%
- 2005 um 2,0%
- 2009 um 4,5 bzw. 6%

Seit 01.01.2009 konnte auch 7.601 Patienten mit einer schweren geistigen Behinderung (vor allem Demenz und schwerst behinderte Kinder und Jugendliche) mit Hilfe der pauschalierten Erschwerniszuschläge finanziell mehr geholfen werden. (vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2009a)

Nach einer Studie von Evers et al. (1996) zeigt sich bei 40% der Pflegebedürftigen der „Versicherungseffekt“, dies bedeutet, dass Pflegegeld beantragt und verwendet wird, weil man den Anspruch darauf hat. Nur bei 30% der Befragten war der Grund der Benötigung ein unerlässlicher. Eine Pflegeversicherung scheint willkommen zu sein, aber die Auswirkungen zeigen sich diffus. Ungefähr 80% der Pflegebedürftigen wählen Geldleistungen anstatt Sachleistungen. Vor allem Pflegebedürftige in einem stabilen „Unterstützungsnetzwerk“ beantragen Geldleistungen. (vgl. Evers, 1996) Etwa die Hälfte bezahlt die persönlichen informellen Helfer (Ehegatte, Tochter, etc.) von diesem Geld für die Leistungen. (vgl. Klie, 1998, S. 387f.)

3.2.1.1 Bundespflegegeld

Nach dem §1 des BPGG werden

„ [...] alle Pflegebedürftigen unabhängig von der Art ihrer Behinderung erfasst. Gleichen, Pflegebedarf entsprechen gleiche Leistungen unabhängig von der Ursache der Pflegebedürftigkeit. Maßgebend für die Höhe des Pflegegeldes ist ausschließlich der konkrete Betreuungs- und Hilfsbedarf. Das Pflegegeld hat den Zweck, pflegebedingte Mehraufwendungen pauschal abzudecken; es stellt jedoch nur einen Eintrag zur Finanzierung der Pflegeleistungen dar. Das Pflegegeld wird unabhängig von Einkommen und Vermögen gewährt und dient nicht der Einkommenserhöhung. Ermöglichung eines weitgehend selbstbestimmten, bedürfnisorientierten Lebens; Wahlmöglichkeit zwischen Pflege in vertrauter Umgebung oder in einem Pflegeheim.“ (Greifeneder, 2008, S. 5)

Sinn des Pflegegeldes ist es, so gut und lang wie möglich sein Leben selbst bestimmen zu können und die Möglichkeit zu erhalten, sich an seinen Bedürfnissen orientieren zu können.

3.2.1.2 Das Landespflegegeld

Das Landespflegegeld bezogen Ende 2009 68.070 Österreicher. Das sind um 4,8% mehr als im Jahr 2008 und um 25,5% mehr als im Jahr 1999. Drei Bundesländer, nämlich Wien, Niederösterreich und die Steiermark, verzeichnen 60% der Erwerber des Landespflegegeldes. Unterschiede zwischen dem Landes- und dem Bundespflegegeldgesetz liegen in der Geschlechtsverteilung und dem Alter. Landespflegegeldbezieher sind prinzipiell jünger als Bundespflegegeldbezieher. Mehr als die Hälfte (60%) der Landespflegegelderwerber stellen Frauen, allerdings sind Männer in den höheren Stufen öfters vertreten. Im Jahr 2009 waren 38% der Landespflegegeldbezieher unter 40 Jahre. 46% der Personen hatten das 60. Lebensjahr bereits überschritten. Die Ausgaben lagen im Jahr 2009 bei 362 Mio. €, was einem Anstieg von 10,7% gegenüber dem Jahr 2008 und 35,8% gegenüber dem Jahr 1998 entspricht. Im Durchschnitt beträgt die Pflegegeldleistung im Jahr 5.314 € und monatlich 443 €. (vgl. Statistik Austria, erstellt am 12.09.2011)

Soziale Dienste fordern Änderungen bei den unregelmäßigen Evaluierungen, nämlich lange andauernden Pflegegeldverfahren und den starren Einstufungsverfahren. Maßnahmen, wie zum Beispiel eine stärkere Berücksichtigung im Bezug auf die Einstufung von Krankheitsfällen oder flächendeckende Pflege-Beratungschecks oder Beschleunigung von Pflegegeldverfahren werden gefordert.

3.2.2 Schematische Darstellung der Zahlungsströme im österreichischen Pflegesystem

Die Zahlungsströme im Pflegesystem sind ein komplexes System und sollen in Abb. 5 vereinfacht dargestellt werden (vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2008, S. 15.):

1. Zahlungsstrom: Sozialversicherte → Bund

Durch diesen fiktiven Zahlungsstrom soll der Bund zu Beginn der Einführung des Pflegegeldes mit zusätzlichen Geldmitteln finanziell unterstützt werden.

2. Zahlungsstrom: Bund → Pflegebedürftige

Die Pflegebedürftigen erhalten vom Bund Geldleistungen, wie zum Beispiel das Pflegegeld.

3. Zahlungsstrom: Bund → Länder, Gemeinden

Finanzielle Unterstützung der Träger der Sozialhilfe, die von den Ländern und Gemeinden betrieben werden.

4. Zahlungsstrom: Bund→Soziale Dienste

Zahlungen für Sozialhilfeträger auf Grund des Anspruchsüberganges (§13 BPGG)

5. Zahlungsstrom: Landesgesundheitsfonds→Länder, Gemeinden

Dieses Geld soll bei der Erschaffung von Pflegeeinrichtungen und Pflegeplätzen sinnvoll verwendet werden.

6. Zahlungsstrom: Länder, Gemeinden→Pflegebedürftige

Länder und Gemeinden zahlen an die Pflegebedürftigen finanzielle Mittel (z.B. Pflegegeld) aus.

7. Zahlungsstrom: Länder, Gemeinden→Soziale Dienste

Finanzielle Mittel aus dem Land werden auf Grund von Anspruchsübergängen an die Sozialhilfeträger bezahlt.

8. Zahlungsstrom: Länder, Gemeinden→Behindertenhilfe→soziale Dienste

Diese Finanzierungsspritze kommt von den Ländern, die für soziale Dienste (teilstationärer Bereich) Anwendung finden.

9. Zahlungsstrom: Einkommen→Pflegebedürftige

Diese Zahlungen bekommen die Pflegenden neben dem ihnen zustehenden Pflegegeld (z.B. Pension)

10. Zahlungsstrom: Pflegebedürftige→soziale Dienste

Der Pflegebedürftige muss bestimmte Beiträge der Sozialhilfeträger stellen.

11. Zahlungsstrom: Pflegebedürftige→Private Pflege

In diesen Bereich fallen Geldmittel, die von Bekannten, Verwandten oder Familienangehörigen für Pflegehilfsmittel aus der eigenen Tasche ausgegeben werden.

12. Zahlungsstrom: Sonstige Einnahmen→soziale Dienste

Hier sind Spenden und/oder Subventionen, die nicht in den Bereich der Pflege- und Sozialhilfegesetze fallen, gemeint.

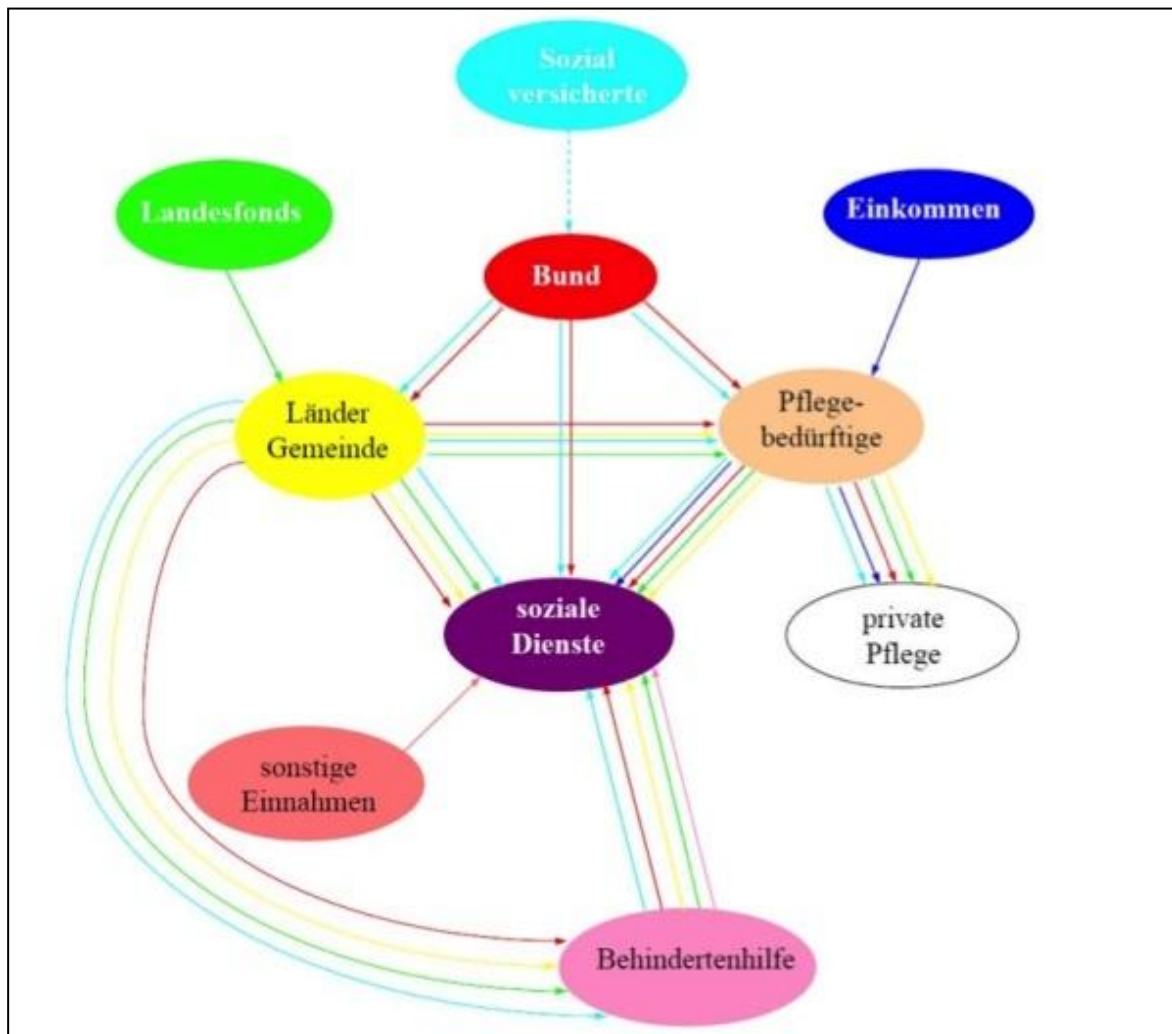


Abb.5: Schematische Darstellung der Zahlungsströme im Pflegesystem
 Quelle: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2008, S. 15

3.2.3 Wer kann Pflegegeld beantragen?

Allgemeine Anspruchsvoraussetzungen erhalten Personen, die einen

„ständigen Pflegebedarf aufgrund einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung“ (§4 BPGG) aufweisen. (Kodex, 2006)

Anspruch auf Pflegegeld haben nach dem Kodex (2006):

„Personen, die einen Pflegebedarf von mehr als 50 Stunden monatlich benötigen und dieser voraussichtlich mindestens sechs Monate lang anhalten wird“. (§4 Abs 1 BPGG. Kodex, 2006)

Anspruchsberechtigte sind Bezieher einer Vollrente (Betriebsrente, Versichertenrente). Es macht keinen Unterschied, ob es sich um eine Hinterbliebenenpension oder eine eigene Pensionsleistung handelt. (vgl. Grillberger, 2008, S. 130) Anspruch auf Pflegegeld kann

durch eine Berufskrankheit oder einen Arbeits(dienst)unfall hervorgerufen werden. Der Grund der Behinderung ist dabei nebensächlich (Finalitätsprinzip). (vgl. Grillberger, 2008, S. 130) Nach folgenden sieben bundesgesetzlichen Vorgaben kann der Pflegebedarf gemessen werden:

- Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG)
- Gewerbliches Sozialversicherungsgesetz (GSVG)
- Freiberufliches Sozialversicherungsgesetz (FSVG)
- Bauernsozialversicherungsgesetz (BSVG)
- Notarversicherungsgesetz (NVG)
- Beamten- Kranken- und Unfallversicherungsgesetz (B-KUVG)
- (Versehrtenrente) nach §80 des Strafvollzugsgesetzes (StVG)

(Kodex, 2006, S. 8f.)

In Österreich gibt es sieben Pflegestufen und diese reichen von ca. 154 € bis ca. 1655 €. Bei den letzten zwei Stufen müssen neben der benötigten Pflegezeit weitere Erschwerisfaktoren erfüllt werden und diese lauten folgend:

Stufe	Pflegebedarf in Stunden pro Monat	Betrag
Stufe 1	Mehr als 50 Stunden	EUR 154,20
Stufe 2	Mehr als 75 Stunden	EUR 284,30
Stufe 3	Mehr als 120 Stunden	EUR 442,90
Stufe 4	Mehr als 160 Stunden	EUR 664,30
Stufe 5	Mehr als 180 Stunden sowie außergewöhnlicher Pflegeaufwand	EUR 902,30
Stufe 6	Mehr als 180 Stunden, wenn • regelmäßig während des Tages und der Nacht zeitlich unkoordinierbare Betreuungsmaßnahmen zu erbringen sind, oder • die andauernde Anwesenheit einer	EUR 1.242,00

	Pflegeperson erforderlich ist, weil eine Eigen- oder Fremdgefährdung wahrscheinlich ist.	
Stufe 7	Mehr als 180 Stunden, wenn keine zielgerichteten Bewegungen der vier Extremitäten möglich sind oder ein vergleichbarer Zustand vorliegt.	EUR 1.655,80

Tab. 1: Zustehender Betrag für die jeweilige Pflegestufe
Quelle: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, o.J.(eigene Darstellung)

3.2.4 Neuerungen beim Pflegegeld ab 2011

Ab dem 01.01.2011 mussten die Pflegegeldbezieher beim Pflegegeld mit Einsparungen rechnen. Zurzeit müssen für die Pflegestufe I 60 statt bisher 50 Stunden an Pflegebedarf nachgewiesen werden. Um die Pflegestufe II zu erhalten, muss ein Pflegebedürfnis von 85 Stunden statt bisher 75 Stunden Hilfserfordernis festgestellt werden. Diese Einsparungen sollen 27.000 neue Pflegebedürftige in der Stufe 1 und Stufe 2, in denen der geringste Kostendeckungsbeitrag besteht (Stufe 1: 2,50 € und Stufe 2: 3,00 €), erfassen. Durch Einsparungen sollen 158,5 Mio. Euro eingespart werden. (vgl. Greifeneder & Rudda, 2010, S. 137)

Die Auszahlung des Pflegegeldes ist Aufgabe der Sozialversicherungsträger (SVTr) und weiterer „Entscheidungssträger“, die für die Pension des Pflegebedürftigen aufkommen müssen. Auch wenn ein Patient eine Berufsunfähigkeitspension der PVA (Pensionsversicherungsanstalt) bezieht, ist diese auch für die Auszahlung des Pflegegeldes verantwortlich. Laut §23 Abs 1 BPGG muss jedoch der Bund dem entsprechenden PVTr (Pensionsversicherungsträger) die Aufwandsentschädigungen und den Aufwand des Pflegegeldes ersetzen. (vgl. Grillberger, 2008, S. 131)

4 Laufende Gesundheitsausgaben in Österreich

4.1 Der Zusammenhang der Pflegeausgaben und der Altersstruktur

Pflegebedürftig zu sein bringt finanzielle, psychische aber auch physische Belastungen mit sich. Neben den direkten monetären Aufwendungen, wie zum Beispiel Beschaffung von Pflegehilfsmitteln oder Beanspruchung von Pflegedienstleistungen, entstehen auch indirekte monetäre Kosten, wie das Fehlen des Einkommens der pflegenden Angehörigen. Für die Gesundheit vorzusorgen kostet Geld, das muss klar sein. (vgl. Schroeter, 2006, S. 72)

Ein Blick in die Zukunft prognostiziert laut dem Österreichischen Institut für Wirtschaftsforschung (Mühlberger et al., 2008), dass in den Pflegeausgaben ein Mehraufwand von ca. 1 Mrd. € erwartet wird. Das bedeutet einen jährlichen Anstieg von 2,5%, ca. 100 Mio. € (ohne Inflation).

Nach den Prognosen des WIFO setzt sich diese 1 Mrd. € aus folgenden Punkten zusammen:

- „ca. **342 Mio. €** demographischer Mehraufwand bei Sachleistungen
(257 Mio. € bei Heimen, 85 Mio. € bei mobilen Diensten)
- ca. **247 Mio. €** für den Ausbau der Sachleistungen
(Heim, mobile Dienste, Kurzzeit- und Tagesbetreuung, Case Management)
- ca. **383 Mio. €** für den demographisch bedingten Mehraufwand beim Pflegegeld“

(Bundesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrt, 2010)

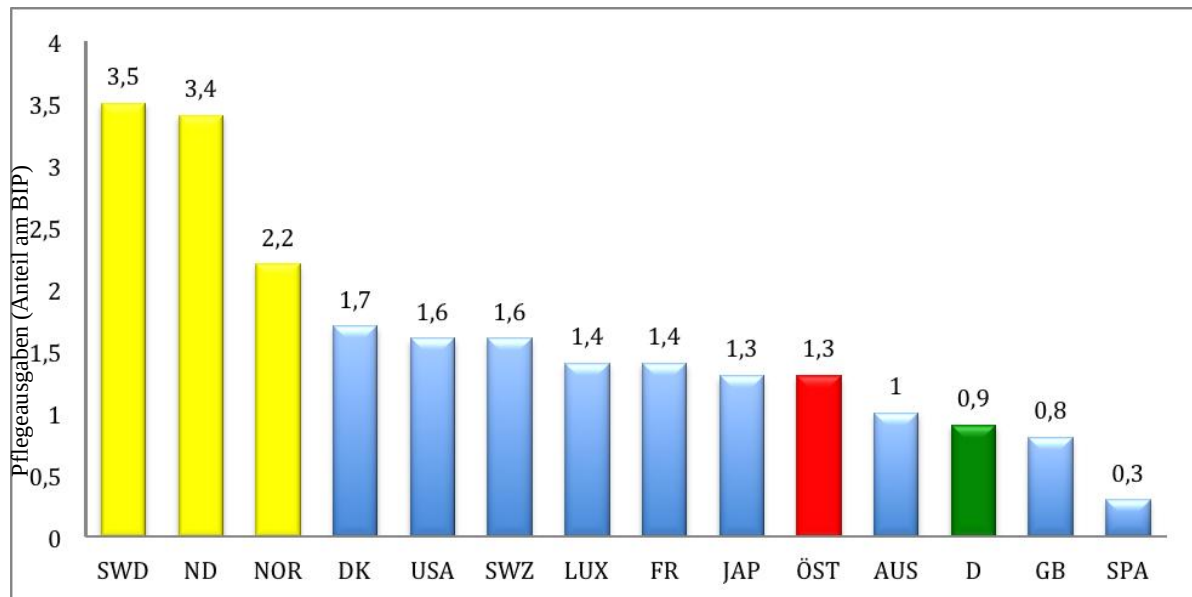


Abb. 6: Anteil der Pflegeausgaben am BIP 2007
Quelle: Wild, 2010, S. 41 (eigene Darstellung)

Betrachtet man die Länder im Bezug auf die Pflegeausgaben 2007 am Anteil des Bruttoinlandsprodukt (BIP), so fallen gewaltige Unterschiede auf. Die beiden nordeuropäischen Staaten Schweden mit 3,5% und die Niederlande mit 3,4% weisen die höchsten Pflegeausgaben auf. Obwohl Deutschland im Weltranking der Länder mit den höchsten Gesundheitsausgaben an Stelle 3 steht, liegt dieses Land bei den Pflegeausgaben mit 0,9% nach Österreich (1,3%) fast als Schlusslicht im Europavergleich.

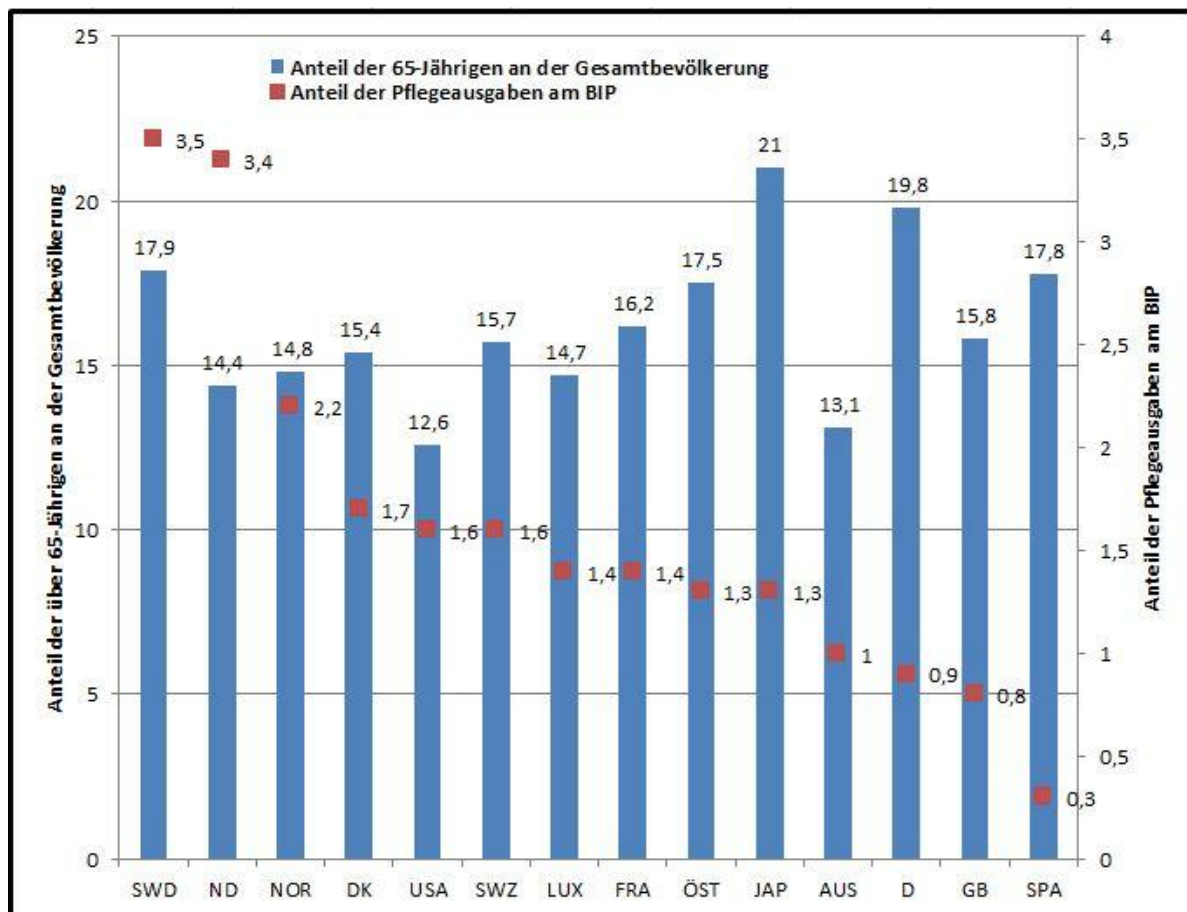


Abb. 7: Vergleich Pflegeausgaben und Anteil der über 65-Jährigen im Jahr 2007
Quelle: Wild, 2010, S. 43 (eigene Darstellung)

Den größten Anteil der über 65-Jährigen weisen Japan und Deutschland auf. Schweden (3,5%) und die Niederlande (3,4%) geben am meisten für Pflegeausgaben, berechnet am BIP, aus, trotz allem zeigt die Statistik nicht die älteste Gesellschaft auf. Japan und Deutschland, verglichen mit den zwei nordeuropäischen Wohlfahrtsstaaten, stellen extrem unterdurchschnittliche Ausgaben in der Pflege bereit. Sogar Australien, eines der „jüngsten“ Länder weist einen höheren Anteil auf als das „alte“ Deutschland. Somit scheint kein Zusammenhang bzgl. dem Alter der Gesellschaft und den Pflegeausgaben des BIP in den jeweiligen Ländern vorzuliegen. (vgl. Wild, 2010, S. 42f.)

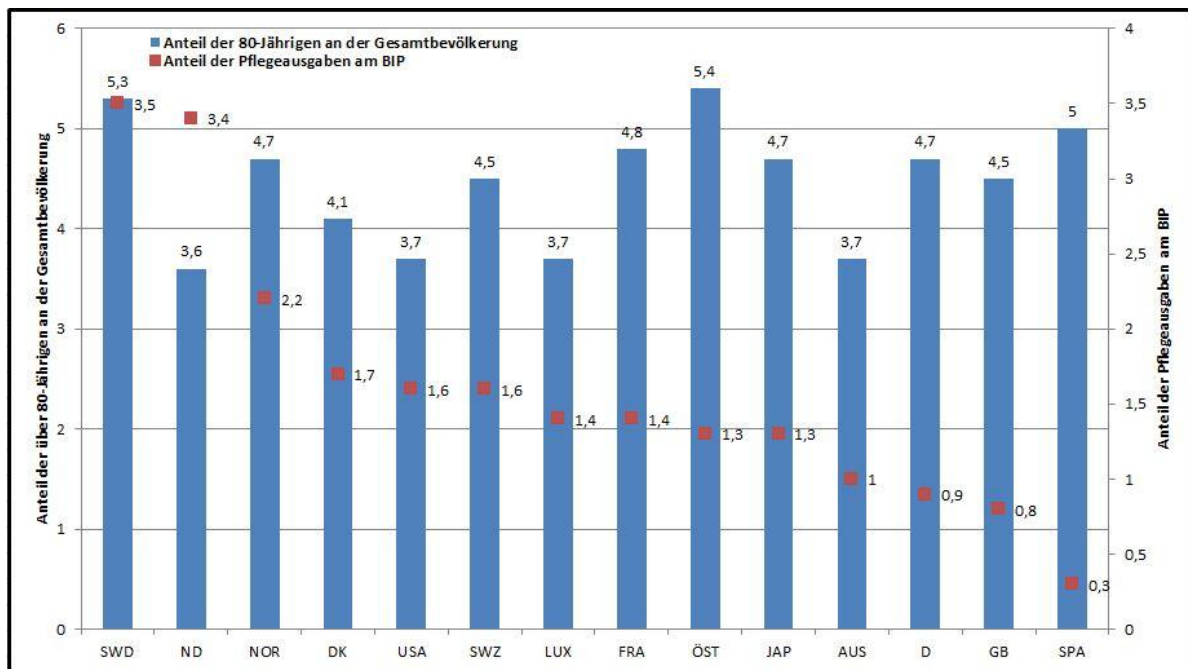


Abb. 8: Vergleich Pflegeausgaben und Anteil der über 80-Jährigen im Jahr 2007
Quelle: Wild, 2010, S. 44 (eigene Darstellung)

In Schweden herrscht der höchste Anteil der über 80-Jährigen (5,3%) und auch die höchste Ziffer der Pflegeausgaben am BIP (3,5%). Die Niederlande mit der niedrigsten Dichte von über 80-Jährigen erzielt jedoch den zweithöchsten Wert an Pflegeausgaben. Deutschland hat mit einem ziemlich hohen Anteil an über 80-Jährigen einen überdurchschnittlich geringen Wert an Pflegeausgaben. Nur Spanien stellt mit lediglich 0,3% Pflegeausgaben und starken 5,0% der 80-Jährigen das Schlusslicht dieser Grafik dar.

Zu bemerken ist demnach, dass kein Zusammenhang zwischen dem Anteil der Pflegeausgaben und dem Alter der Bevölkerung nachzuweisen ist. Neben der Wahl des Pflegesystems sind laut Wild (2010) die Bedeutung der Pflege durch Familienangehörige, der Grad der Institutionalisierung und Professionalisierung, wie auch das Verhältnis von stationärer und ambulanter Betreuung entscheidende landestypische Merkmale bzgl. der Höhe der Pflegeausgaben. (vgl. Wild, 2010, S. 44)

4.2 Schwerpunkt Prävention – Eine Schwachstelle im österreichischen Gesundheitssystem?

Österreich besitzt ein sehr teures Gesundheitssystem. 10,5% des Bruttoinlandsproduktes werden für das Gesundheitssystem ausgegeben. Dieser Wert ist ein überdurchschnittlicher, und somit befindet sich Österreich auf Platz 3 der teuersten Gesundheitssysteme.

Betrachtet man allerdings in Österreich die verschiedenen Ausgaben der laufenden Gesundheitsausgaben im Jahr 2009, so sind große Differenzen in den verschiedenen Bereichen erkennbar. Fast die Hälfte, nämlich 46,8%, wurde für die stationäre Gesundheitsversorgung ausgegeben. 24,5% betrug die ambulante Gesundheitsversorgung. Für die häusliche Pflege (z.B. Pflegegeld) wurden 2008 8,7% der gesamten Gesundheitsausgaben verwendet. 13,9% der laufenden Gesundheitsausgaben wurden in pharmazeutische Erzeugnisse und medizinische Ge- und Verbrauchsgüter investiert. 2,9% verschlang die Verwaltung. Betrachtet man die Ausgaben für die Prävention, erkennt man unvorstellbar geringe Anteile. Lediglich 1,8% der laufenden Gesundheitsausgaben werden in Österreich für die Prävention verwendet. 10% stammen von den Ländern und Gemeinden, die weiteren 90% von den Sozialversicherungsträgern. Blickt man auf den europäischen Durchschnitt für die Präventionsausgaben, liegt dieser bei 2,9%, das entspricht einem Unterschied von ca. 300 Mio. €. Die Verwaltungskosten erhöhten sich vom Jahr 2008 auf 2009 sogar um 3,6%, ebenso die häusliche Langzeitpflege um 8,5% und die ambulante Gesundheitsversorgung um 4,4%. Die Ausgaben der pharmazeutischen Erzeugnisse und die medizinischen Ge- und Verbrauchsgüter verminderten sich um 3%. Der Grund dafür war die Umsatzsteuersenkung von 20% auf 10% auf Medikamente. (vgl. Aiginger, 2011)

Nach dieser Auflistung aller Bereiche in den Gesundheitsausgaben ist die „Schwachstelle“ Prävention hervorzuheben, denn die Ausgaben für diese steigen nicht, sondern sinken von Jahr zu Jahr. Die Prävention ist demnach stark „verbesserungsfähig“ (vgl. Aiginger, 2011, S. 3) und sollte laut Aiginger (2011) einer internen Reform unterzogen werden. Die Bettenzahlen könnten vermindert werden (Durchschnittsbettendichte liegt über 50% der EU-Norm), eine Verbesserung des Schnittstellenmanagements und eine Finanzierung aus einer Hand (derzeit aus Gemeinden, Bund, Länder und Sozialversicherungen) wäre wünschenswert.

Bei den Krankenkassen gibt es 22 verschiedene Pools. Neben den neun Gebietskrankenkassen kommen weiters noch folgende Versicherungen dazu: die Versicherung der Bauern, der Selbstständigen, der Beamten, der Eisenbahner und weitere spezielle Betriebskrankenkassen. Diese genannten Versicherungen bringen zu fast gleichen Versicherungsbeträgen einen unterschiedlichen Leistungskatalog für die Versicherten mit sich.

Betrachtet man Abb. 9, wird ersichtlich, dass Österreich nur einen sehr geringen Anteil der Gesundheitsausgaben für die Prävention verwendet. Mit 1,8% liegt Österreich im Europavergleich nahe an den Schlusslichtern Belgien und Dänemark. Deutschland hingegen kann mit 4,7% im Spitzenfeld bemerkt werden. Vom österreichischen Anteil der Prävention fließen 70% in die Tertiärprävention, und nur 1,7% in die Gesundheitsförderung. (vgl. Unterthurner, 2009)

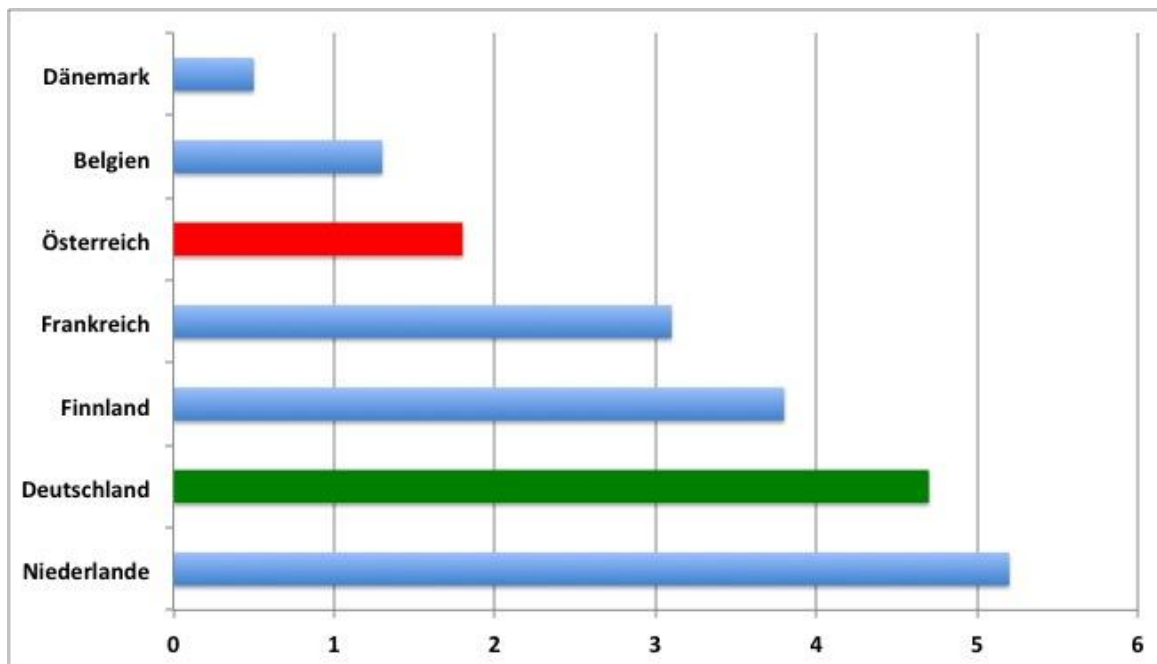


Abb. 9: OECD Werte (in %) der gesamten Gesundheitsausgaben für Präventionsprogramme aus dem Jahr 2003
Quelle: Unterthurner, 2009

Häufig ist ein Land gegenüber Krankheiten und Pflege differenzierter als ein anderes Land eingestellt. In den Niederlanden wird zum Beispiel Pflege als (langfristige) Krankheit angesehen. (vgl. Wild, 2010, S. 41f.)

5 Beschwerdefreie Lebensjahre

In Österreich steigt die Lebenserwartung (ab dem Zeitpunkt der Geburt) überdurchschnittlich im EU-27-Schnitt um 2 bis 3 Monate jährlich an. Wie bereits erwähnt, wird im Jahr 2040 mehr als ein Drittel der Menschen über 60 Jahre alt sein.

Betrachtet man jedoch die möglichen „gesunden beschwerdefreien“ Lebensjahre, liegt Österreich im unteren Durchschnitt. Dies bedeutet eine niedrigere Lebenserwartung, jedoch auch mehr gesunde Lebensjahre. Damit liegt der Wert in Österreich mit 58,8 Jahren deutlich unter dem EU – Durchschnitt von 61,5 Jahren. Somit lebt ein Österreicher im Durchschnitt 22 Jahre in Krankheit oder mit Behinderung. (Heigl, 2011)

Laut Aiginger (2011) kann eine Erhöhung der „beschwerdefreien Lebensjahren“ die Pflegekosten senken. Die erste Anforderung ist eine gesündere Lebenshaltung der Generation „Plus 2050“, eine weitere Erwartung die jährliche Senkung des Pflegebedarfs. Diese Verminderung ermöglicht eine zu einem späteren Zeitpunkt eintretende Pflegebetreuung. In Österreich belegen leider auch oft Pflegefälle Krankenhausbetten, wodurch zusätzliche Gesundheitskosten entstehen. Laut Mühlberger et al. (2008) wird auch den benötigten ambulanten Nachbehandlungen und Nachbetreuungen unzureichend nachgegangen. Ungenügende Informationen für die Familien und Hausärzte führen zu vermehrten Rückfällen und/oder zu einer verfrühten Pflegeheimeinweisung.

Obwohl Österreich viele Pluspunkte im Bereich seines Gesundheitssystems aufweisen kann, wie zum Beispiel die Möglichkeit auch für einkommensschwache Bürger eine leistbare Krankenversorgung zu erhalten, ist es ein „*teures*“ und „*verbesserungswürdiges System*“. (vgl. Aiginger, 2011, S. 7) Eine gesunde und behinderungsfreie Zukunft soll von jedem Einzelnen angestrebt werden.

6 Pflegende Angehörige

Den größten „Pflegedienst“ der Welt stellen pflegende Angehörige dar. Mehr als 80% der Pflegebedürftigen (vgl. Tab. 2) werden sowohl in Österreich als auch in Deutschland von der eigenen Familie gepflegt. (vgl. Herold, 2002, S. 150) Doch was kann unter pflegenden Angehörigen verstanden werden? Nach der Definition des Brockhaus wird unter Angehörigen, „[...] der zu einer Familie gehörende Personenkreis“ gezählt. (Der große Brockhaus, 1986, S. 571) Zu einer Pflegeperson wird man laut der deutschen Pflegeversicherung ab 14 Stunden pro Woche, die man zuhause pflegt. Ist die Pflegeperson nicht über 30 Stunden in der Woche erwerbstätig, so zahlt die Pflegeversicherung die Beiträge für die Pensionsversicherung ein. (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2011, S. 65ff.) Vor allem Pflegebedürftige, die ihre Bedürfnisse nicht mehr von selbst vertreten können, benötigen eine gewissenhafte rechtliche und finanzielle Absicherung. (vgl. Röttger-Liepmann, 2007, S. 151)

Betreuungsform	Anzahl	Anteile
Familie alleine	210.000	50%
Familie gemeinsam mit mobilen Diensten	20.000	30%
24 – Stunden Betreuung	20.000	5%
Pflegeheim	60.000	15%
Gesamtanzahl = 5% der österreichischen Bevölkerung	420.000	100%

Tab. 2: Betreuungssituation pflegebedürftiger Österreicher
Quelle: Guger, o.J. (eigene Darstellung)

Diese Gruppe bekam laut Herold (2002, S. 152) nie hohes Ansehen und keine großen Unterstützungsmöglichkeiten. Mit Hilfe der 1995 in Deutschland eingeführten Pflegeversicherung, wurde den pflegenden Angehörigen zum ersten Mal Aufmerksamkeit für ihre Leistungen geschenkt. Zum ersten Mal zeigte sich die Wichtigkeit des informellen Sektors. Dieser größte Pflegesektor war nun in der Gesellschaft ein diskutierbarer Begriff. In einer Untersuchung aus dem Jahr 1994/95 wurden pflegende Angehörige über den Belastungsfaktor der Pflege befragt: 79% der Befragten bestätigten, dass die Pflege ihnen „viel Kraft“ raubt und 62% gaben sogar an, dass sie sich „körperlich erschöpft fühlen“.

(vgl. Herold, 2002, S. 155) Pflegt ein Ehegatte den anderen, so empfindet dies oft die Pflegeperson als Vernachlässigung. Als psychische Belastung werden oft auch Konflikte zwischen den beiden Ehepartnern genannt. Die Auseinandersetzung mit dem Tod der Pflegeperson stellt eine enorme psychische Belastung dar. Gründe für die Pflege eines Angehörigen können laut Herold (2002) Liebe und Zuneigung, Dankbarkeit, Mitleid und Empathie, normative christliche und moralische Werte, Pflichtgefühl, Verpflichtungen und Versprechungen, die Suche nach einer neuen Aufgabe oder sich selbst und anderen etwas zu beweisen wollen, darstellen. (vgl. Herold, 2002, S. 157f.)

Es ist jedoch anzunehmen, dass der informelle Pflegesektor in den nächsten Jahrzehnten mit drastischen Abnahmen zu rechnen hat. Es sind v.a. Frauen, die ihren Ehepartner, Vater, Bruder, etc. in den eigenen vier Wänden pflegen. Unter Umständen müssen pflegende Angehörige auf ihre eigene Karriere verzichten und auch mit Einschränkungen in ihren sozialen Tätigkeiten rechnen. (vgl. Herold, 2002, S.159)

7 Begriffe und Definitionen

7.1 Pflegeabhängigkeit

Der Pflegebedarf setzt sich im Sinne des österreichischen Pflegegeldgesetzes BGBl II Nr. 37/1999 (Bundeskanzleramt Rechtsinformationssystem, erstellt am 27.10.2011) aus dem Hilfs- und Betreuungsbedarf zusammen.

7.2 Betreuung

In §1 Abs 3 EinstV werden die Beurteilungen der Pflegebedürftigkeit definiert. Es handelt sich hierbei um Richt- und Durchschnittswerte. Eine Über- aber auch Unterschreitung im Einzelfall ist möglich.

„Unter Betreuung sind alle in relativ kurzer Folge notwendigen Verrichtungen anderer Personen zu verstehen, die vornehmlich den persönlichen Lebensbereich betreffen und ohne die der pflegebedürftige Mensch der Verwahrlosung ausgesetzt wäre. Bei der Feststellung des zeitlichen Betreuungsaufwandes ist von folgendem – auf einen Tag bezogenen – Richtwert auszugehen.“ (Kodex, 2006, S. 25)

An- und Auskleiden: 2x20 Minuten
Reinigung bei inkontinenten Patienten: 4x10 Minuten
Entleerung und Reinigung des Leibstuhls: 4x5 Minuten
Einnehmen von Medikamenten (auch bei Sondenverabreichung): 6 Minuten
Anus- <i>praeter</i> -Pflege: 15 Minuten
Kanülen- oder Sonderpflege: 10 Minuten
Katheter-Pflege: 10 Minuten
Einläufe: 30 Minuten
Mobilitätshilfe im engeren Sinn: 30 Minuten
Tägliche Körperpflege: 2x25 Minuten pro Tag / 25 Stunden pro Monat

Zubereitung von Mahlzeiten (auch bei Sondennahrung): 1 Stunde
Einnehmen von Mahlzeiten (auch bei Sondenernährung): 1 Stunde
Verrichtung der Notdurft: 4x15 Minuten

Tab. 3: Beurteilung der Pflegebedürftigkeit (ab 01.01.1999)

Quelle: Bundeskanzleramt Rechtsinformationssystem (BGBl. II Nr. 469/2008 Z1), erstellt am 16.12.2008, (eigene Darstellung)

7.3 Hilfe

Laut §2 Abs 1 EinstV wird unter Hilfe *„aufschiebbare Verrichtungen anderer Personen verstanden, die den sachlichen Lebensbereich und zur Sicherung der Existenz erforderlich sind.“* (Kodex, 2006, S. 25)

In §2 Abs 2 EinstV sind *„Hilfsverrichtungen die Herbeischaffung von Nahrungsmitteln, Medikamenten und Bedarfsgütern des täglichen Lebens, die Reinigung der Wohnung und der persönlichen Gebrauchsgegenstände, die Pflege der Leib- und Bettwäsche, die Beheizung des Wohnraumes einschließlich die Herbeischaffung von Heizmaterial und die Mobilitätshilfe im weiteren Sinn“.* (Kodex, 2006, S. 25)

Gemäß §2 Abs 3 EinstV ist *„für jede Hilfsverrichtung ein - auf einen Monat bezogener - fixer Zeitwert von zehn Stunden anzunehmen“.* (Kodex, 2006, S. 25)

Seit 1.1.2009 kann nach §2 Abs 4 EinstV *„bei pflegebedürftigen Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 15. Lebensjahr unbeschadet der Bestimmung des §4 Abs 7 Z3 des Bundespflegegeldgesetzes ein Zeitwert für Mobilitätshilfe im weiteren Sinn im Ausmaß von bis zu 50 Stunden monatlich berücksichtigt werden.“* (Kodex, 2006, S. 25)

8 Begutachtungsverfahren in Österreich

In Österreich erfolgt die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und somit die Zurechnung von Pflegegeld durch ein ärztliches Gutachten (vgl. EinstV, §8 Abs 1. Kodex, 2006), jedoch wurde gesetzlich festgesetzt:

„Erforderlichenfalls sind zur ganzheitlichen Beurteilung der Pflegesituation Personen aus anderen Bereichen, beispielsweise dem gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege, der Heil- und Sonderpädagogik, der Sozialarbeit der Psychologie sowie der Psychotherapie beizuziehen“. (EinstV §8 Abs 1. Kodex, 2006, S. 25)

Laut EinstV §8 Abs 2 (Kodex, 2006, S. 26) muss jedes Sachverständigengutachten folgende Punkte aufweisen:

1. *die Anamnese, die Diagnose und die voraussichtliche Entwicklung der Behinderung,*
2. *den Befund über die Funktionsausfälle und die zumutbare Verwendung von Hilfsmitteln bzw. die Beschreibung der Defizite auf Grund der geistigen oder psychischen Behinderung,*
3. *die Angabe, zu welchen Verrichtungen ständige Betreuung und Hilfe benötigt wird,*
4. *eine Begründung für eine Abweichung von den in der EinstV festgelegten Richtwerten und Mindestwerten,*
5. *begründete Angaben, ob die zusätzlichen Kriterien für die Stufen 5, 6 oder 7 vorliegen, wenn der Pflegebedarf durchschnittlich mehr als 180 Stunden monatlich beträgt.* (Kodex, 2006, S. 26)

Laut den Richtlinien soll die Dauer des Verfahrens von der Antragsstellung bis zur Erstellung des Bescheids bei den Pensionsversicherungsträgern 60 Kalendertage nicht überschreiten. (vgl. Ruddy, 2010, S. 113)

Der Arzt beurteilt mit Hilfe von Durchschnittswerten den benötigten Pflegebedarf für unterschiedliche Betreuungstätigkeiten und Hilfsbereiche, wie in Tab. 3 angeführt, zum Beispiel 40 Min pro Tag für das An- und Auskleiden, 10 Stunden pro Monat für Einkaufen gehen, und so weiter. Je nach Bedarf an monatlicher pflegerischer Unterstützung und dem Grad der Behinderung wird das Pflegegeld in sieben Stufen eingeteilt. (vgl. Widder & Gaidzik, 2007) Die durch dieses System ermittelten Durchschnittspflegezeiten für

Pflegebedürftigkeit sind mit Vorsicht zu verwenden, da es problematisch ist, Tätigkeiten bei Pflegebedürftigen mit kognitiven Einschränkungen nach festgelegten Zeitpunkten durchzuführen. (Wingenfeld & Büscher & Schaeffer, 2007, S. 60)

8.1 Das alternative Begutachtungsverfahren (ABV)

Das alternative Begutachtungsverfahren zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit geht über die Reichweiten der aktuellen Begutachtungsinstrumente hinaus. Pflegebedürftigkeit wird nicht mehr als ein Zeitwert definiert, sondern als personales Charakteristikum angesehen. Neben den kognitiven Einschränkungen werden auch körperliche Beeinträchtigungen des Pflegebedürftigen erfasst. (vgl. Deufert, 2010, S. 10)

Das ABV, welches 11 Bereiche mit 50 Items (=Beurteilungskriterien) besitzt (s. Tab. 4), wurde mittlerweile in Deutschland zum Neuen Begutachtungsassessment (NBA) weiterentwickelt. Dieses Instrument wird jedoch in Deutschland noch nicht in der Praxis eingesetzt. Hierzu ist noch eine politische Entscheidung aus Berlin notwendig.

Bereiche/Kriterien der Begutachtung	Anzahl der Items
Mobilität	8 Items
Körperpflege	8 Items
An- und Auskleiden	3 Items
Essen und Trinken	6 Items
Ausscheiden	5 Items
Sicherheitsaspekte (Notwendigkeit allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung)	5 Items
Beschäftigung/Tagesgestaltung (Notwendigkeit sozialer Betreuung)	4 Items
Kommunizieren und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben	6 Items
Haushalts- und Lebensführung	6 Items

Spezielle Pflegemaßnahmen	27 Items
Zusatzinformationen für gesondert zu berücksichtigende Hilfen	

Tab. 4: Bereiche des Begutachtungsverfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit
Quelle: Deufert et al., 2010a, S. 5 (eigene Darstellung)

Jeder Bereich beinhaltet zwischen 4 und 27 Items. Das vorgelegte Begutachtungsinstrument orientiert sich nach dem Pflegemodell von Orem. Sich selbst pflegen, „Selbstpflege - Bedürfnisse“, spiegeln sich auch im Konzept der Pflegeversicherung, da sich der Grundgedanke, dass Pflegebedürftige ihre Autonomie und Selbstständigkeit so lange wie möglich erhalten sollen, durchgesetzt hat. Neu ist, dass das Kriterium „Kommunizieren und Teilhaben am gesellschaftlichen Leben“ in den Begutachungskriterien verankert wurde. (vgl. Deufert & Fritz & Schulc & Them, 2010)

Wie wird die folgende Aktivität bewältigt?	Selbstständig	Mit mäßiger personeller Hilfe	Mit beträchtlicher personeller Hilfe	Nicht selbstständig
✓ Kann Positionswechsel im Bett selbst durchführen?				
✓ Kann sich auf die Bettkante setzen?				
✓ Kann aufstehen, stehen, Transfer bewältigen?				
✓ Kann sich innerhalb der Wohnung sicher bewegen?				
✓ Kann Treppen steigen?				
✓ Kann sich außerhalb der Wohnung im Umfeld von 500m sicher bewegen?				
Kriterien zur psychisch/kognitiven Funktionsfähigkeit				
✓ Kann sich innerhalb der Wohnung zurechtfinden?				
✓ Kann sich außerhalb der Wohnung im gewohnten Umfeld zurechtfinden?				

Tab. 5: Einschätzung der Aktivitäten der Pflegeperson
Quelle: Deufert et al., 2010a, S. 6 (eigene Darstellung)

Betrachtet man Tab. 5, wird der Bereich „Mobilität“ in 3 verschiedenen Bereichen beschrieben: im Bett, in der Wohnung und im Umfeld von 500m. Jedes Item kann mit den Erklärungen „selbstständig“, „mit mäßiger personeller Hilfe“, „mit beträchtlicher personeller Hilfe“ und „nicht selbstständig“ berücksichtigt werden. Weiters sind zwei „Kriterien zur psychischen und kognitiven Funktionsfähigkeit“ hinsichtlich der Mobilität angeführt.

Laut Deufert & Lechleitner & Fritz (2010) werden in Österreich in den aktuellen Pflegegeldbegutachtungen Defizite in den Instrumental Activities of Daily Living (IADL), wie zum Beispiel die Haushaltsführung, unzureichend berücksichtigt. Zu beachten ist, dass IADLs „körperliche, kognitive, psychische und kognitive Ursachen“ vorweisen können. (Deufert et al., 2010b, S. 13) Auch in Deutschland gibt es Probleme und Unschärfen in den Begutungskriterien und Begutachtungsmaßnahmen. (vgl. Wingefeld, 1998, S. 97ff.)

Gesamtpunkte der ABV – Einschätzung					
Österreichische Pflegestufen	Min.	Max.	MW	SD	n
0	1	19	8,70	5,908	10
1	2	66	23,00	25,322	6
2	5	46	22,50	13,179	18
3	7	72	32,10	16,260	29
4	11	146	57,14	30,104	37
5	48	149	86,05	31,424	21
6	83	148	121,75	28,265	4
7	147	147	147,00	-	1
Gesamt	1	149	48,54	37,082	126

Tab. 6: Gesamtpunkte der ABV - Einschätzung
 Quelle: Deufert et al., 2010a, S. 9ff. (eigene Darstellung)
 (Zeichenerklärung: MW= Mittelwert, n= Häufigkeit, SD= Standardabweichung)

Für jede Aktivität können laut ABV Punkte erreicht werden. Auffallend ist, dass die Anzahl der Gesamtpunkteanzahl der ABV-Einschätzung nach den österreichischen Pflegestufen eine große Spannweite besitzt. Ein Bewohner mit einer Punktezahl zum Beispiel von **18**, die er durch das ABV erlangt hat, sind im Vergleich zu dem österreichischen Begutachtungssystem in vier unterschiedlichen Pflegestufen (1-4) eingeteilt. (s. Tab. 6) Erschreckenderweise sind in Österreich keine Gütekriterien für die verwendeten Instrumente

der Pflegegeldeinstufung vorhanden. Die Ergebnisse der Studie von Deufert (2010b) bestärken die Vermutung, dass die Einstufung des Pflegegeldes in Österreich unzuverlässig ist. Pflegerelevante, psychische oder kognitive Aspekte, werden unzureichend in der Pflegegeldbegutachtung definiert.

Laut Deufert et al. (2010b) sollten zur Einstufung des Pflegegeldes psychometrisch geprüfte Instrumente in Erwägung gezogen werden. Eine Neudefinition für den Begriff der Pflegebedürftigkeit in Österreich und die darauf folgende Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Messinstrumentes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit werden gefordert.

8.2 Das ärztliche Pflegegutachten

Durch das ärztliche Gutachten erfolgt die Entscheidungsgrundlage, welche folgende Punkte beinhalten muss (vgl. Anhang A):

- *„die Anamnese,*
- *die Diagnose,*
- *die voraussichtliche Diagnose der Behinderung,*
- *den Befund über die körperlichen, geistigen und psychischen Funktionsausfälle und*
- *die zumutbare Verwendung von Hilfsmitteln sowie*
- *die Angabe zu welchen Verrichtungen ständige Betreuung und Hilfe benötigt wird.“*

(Gutachterfibel, 2009, S.16f.)

8.2.1 Die Anamnese

Die Anamnese soll persönliche Angaben des Betroffenen enthalten und eine Dokumentation aus den Worten des Betroffenen beinhalten.

Wichtige Punkte, die in keiner Anamnese fehlen dürfen sind:

- eine Liste aller behandelnden Ärzte
- frühere Erkrankungen (Operationen, Unfälle)
- Beschwerden und Angaben zur Antragsstellung
- Information, durch wen die Betreuung bzw. Pflege erfolgt
- Liste von vorhandenen technischen Hilfsmitteln und orthopädischen Behelfen

- Informationen über die derzeitigen Therapien

8.2.2 Außenanamnese mit Pflegeperson/Vertrauensperson

Die Anamnese mit der engsten Vertrauens- bzw. Pflegeperson ist wichtig, um den Pflege- und Krankheitsstatus des Patienten aus dem Blickwinkel der betreuenden Person zu verstehen. Diese Möglichkeit des Informationsaustausches ist sehr essentiell, da häufig dementielle Patienten ihre Einschränkungen und/oder das Ausmaß ihrer Behinderung sich selbst und dem Gutachter nicht eingestehen.

8.2.3 Relevantes aus der Pflegedokumentation

Informationen der Pflegedokumentationen aus anderen Bereichen (Pflegeheimen, Krankenhaus) sind zu beachten und zu dokumentieren.

8.2.4 Vorliegende Befunde

Existierende Befunde sind zu verwenden und zu dokumentieren.

8.2.5 Soziales Umfeld

Das soziale Umfeld soll in den Gebieten der Infrastruktur (Entfernung des nächsten Lebensmittelgeschäftes, ...) und der Wohnsituation Klarheit schaffen. Mit Wohnsituation ist die Art (Eigentumswohnung, Pensionistenheim,...), die Lage/Erreichbarkeit (Stock, Lift) und die Ausstattung (Gas, E-Herd,...) festzuhalten. Auch die Lebenssituation (verwitwet, geschieden,...) und der Wohnungszustand (Unterversorgung, Verwahrlosung) ist im sozialen Umfeld vom Pflegesachverständigen zu notieren.

8.2.6 Status

Im „Status“ soll der Gesamteindruck, wie zum Beispiel der Allgemein- und Ernährungszustand festgehalten werden. Auch Bewegungsabläufe, wie zum Beispiel die Fähigkeit eine Tür zu öffnen, oder das sich An- und Auskleiden, sollen belichtet werden. Wichtig für den Pflegebegutachter ist auch das Interaktionsvermögen zwischen dem Patienten und anderen Mitmenschen (z.B. Vertrauensperson). Die Frage, ob der Patient selbstständig Inkontinenzmaterial verwenden kann, und inwiefern er Hilfe benötigt, um dieses selbstständig zu verwenden, wird im Status herausgefiltert. Einschränkungen im täglichen Leben (z.B. Sehstörungen), festgestellt durch eine Visusbestimmung mit „Sehtafeln“ oder zum Beispiel „Pinzettengriff“ - Übungen sollen für Informationen des aktuellen Gesundheitszustandes sorgen. Auch die akustische, temporale, lokale, persönliche und situative Orientierung kann mit gezielten Fragen ermittelt werden. Eine

Trainingsaufgabe für das Kurzzeitgedächtnis zeigt, dass sich der Patient drei Begriffe merkt und nach zehn Minuten erneut aufzählen kann. Die Fähigkeit des Langzeitgedächtnisses wird durch die Anamnese beurteilt. Weiters ist es sinnvoll etwaige psychische Verhaltensformen, Konzentrationsstörungen oder Auffassungsstörungen (z.B. Frage nach Gemeinsamkeiten von Apfel und Banane) zu beobachten. Der Antrieb (Aktivitätsniveau) und die Affektivität (Ausdrucksverhalten) der Person sollen durch die Anamnese erfragt werden.

8.2.7 Pflegediagnose(n)

Die Pflegediagnose stellt sich bestenfalls aus den Befunden, der Anamnese und den Untersuchungsbefunden deutlich und klar heraus. Dabei soll nicht die Aussage über die Leidenszustände des Patienten beurteilt, sondern eine Beschreibung der Fähigkeit zur autonomen Durchführung der alltäglichen lebensnotwendigen Tätigkeiten erläutert werden.

8.2.8 Gesamtbeurteilung

In der Gesamtbeurteilung erfolgt eine kompakte Erklärung des Pflegebedarfs. Eine Unterstützung ist eine Auflistung mit Tätigkeiten, die nicht mehr ohne externe Hilfe durchgeführt werden können. Auch ein etwaiger Erfolg nach dem Gebrauch eines Hilfsmittels soll dokumentiert werden.

8.2.9 Prognose

Eine vorübergehende Einschätzung der Behinderung ist erforderlich.

8.2.10 Sonstige

Im Punkt „Sonstige“ können zusätzliche Informationen (z.B. Wegstrecken) angeführt werden.

8.2.11 Stellungnahme

In der Stellungnahme werden Informationen zu Veranlassungen seitens des Chefarztes getroffen.

8.2.12 Hinweis auf Unterversorgung/Verwahrlosung

Bestehen Hinweise zur Unterversorgung bzw. Verwahrlosung, ist eine detaillierte Beschreibung des Zustandes der Pflegeperson und der Wohnung zu dokumentieren. (vgl. Gutachterfibel, 2009, S. 16ff.)

9 Status quo in Deutschland

Im Jahre 2009 betrug die Lebenserwartung bei Frauen 82,6 Jahre, bei Männern 77,6 Jahre. (vgl. Statistisches Bundesamt Deutschland, erstellt am 12.05.2011a; Statistisches Bundesamt Deutschland, erstellt am 12.05.2011b)

Ungefähr 2,25 Mio. Menschen bezogen im Jahr 2009 monatlich Leistungen aus der Pflegeversicherung. Ambulante Leistungen erhielten ca. 1,53 Mio. Pflegebedürftige, stationär gepflegt wurden ca. 0,72 Mio. Menschen. Liegt die Zahl der Demenzzkranken im Jahr 2011 bei 1,1 Mio., wird sich diese Zahl bis 2030 auf 1,7 Mio. erhöhen. Im Jahr 2030 wird mit über drei Mio. Pflegebedürftigen in Deutschland gerechnet. (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2011, S. 10ff.) Nach den Daten der Pflegestatistik 2007 gab es 83% der Pflegebedürftigen, die ein Alter über 65 Jahre zeigten, 35% sogar 85 Jahre und älter waren. 68% der Pflegebedürftigen sind Frauen. Im Jahr 2050 wird die Gruppe der über 80-Jährigen von 4 Mio. auf 10 Mio. steigen. Folgen dieses Wachstums werden überdimensionale Ausgaben der Pflegeversicherung sein. (vgl. Schmidt, o.J., S. 1)

Zwei Drittel aller Pflegebedürftigen (68%) werden derzeit in ihren eigenen vier Wänden versorgt. 1.033.000 dieser Personen erhalten dafür Pflegegeld, was bedeutet, dass diese von ihren Angehörigen in ihrem eigenen Haus gepflegt werden. 504.000 Pflegefälle leben noch in ihrem eigenen Haushalt, nützen jedoch zum Teil oder größtenteils eine ambulante Pflegedienstleistung. 32%, also 709.000 Pflegepersonen, leben in Pflegeheimen.

Im Vergleich zu 2005 ist der Anteil der pflegebedürftigen Menschen um 5,6% (118.000 Personen) gestiegen. Vergleicht man die Zahlen mit dem Jahr 1999, so bemerkt man einen Anstieg von 231.000 Menschen (11,4%).

Immer mehr Menschen beantragen finanzielle Mittel aus den Pflegestufen. Im Jahr 2007 wuchs die Pflegestufe I am höchsten mit 8,2% an (88.000 Menschen). Auch die Pflegestufe II und III erhöhte sich auf 2,5% und 19.000 Personen bzw. 3,9% und 11.000 Menschen. (vgl. Statistisches Bundesamt Deutschland, erstellt am 17.12.2008)

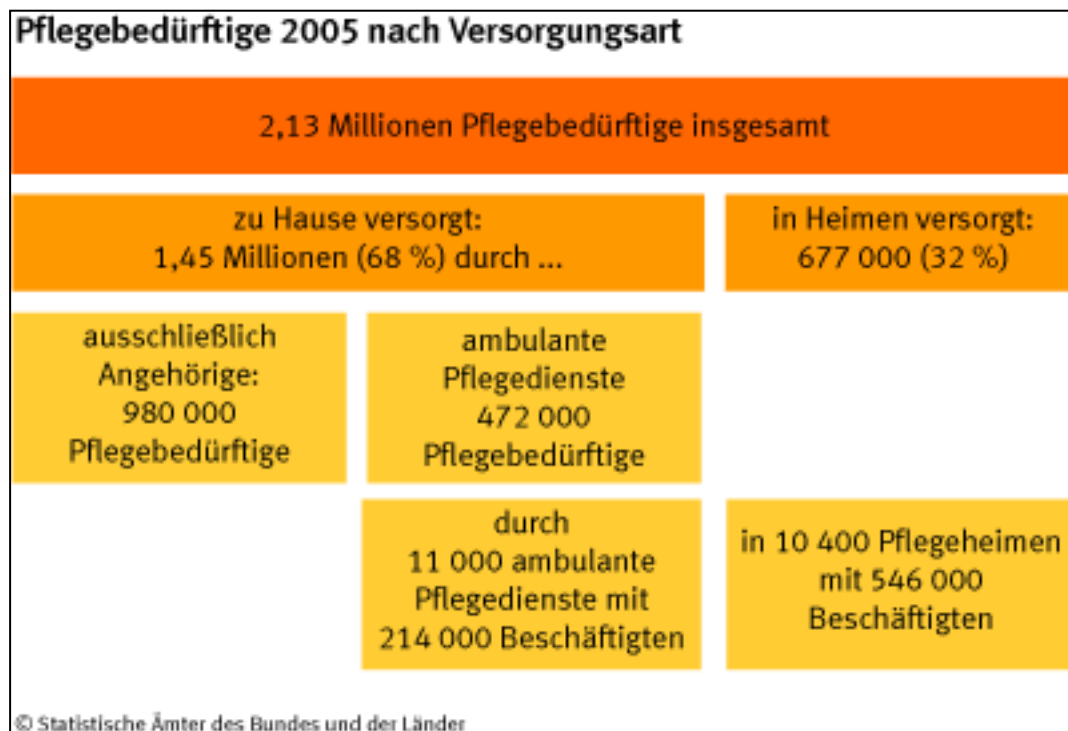


Abb. 10: Pflegebedürftige 2005 nach Versorgungsart
Quelle: Statistisches Bundesamt Deutschland, erstellt am 07.11.2008

9.1 Einschätzung der Pflegebedürftigkeit in Deutschland

Oft weisen Pflegebedürftige Bewegungseinschränkungen auf. Diese hindern bei essentiellen alltäglichen Tätigkeiten, wie z.B. bei der täglichen Hygiene oder der Führung des Haushaltes. Es ist daher notwendig, kleine Hilfsangebote zur Verfügung zu stellen, um den Alltag für die Betroffenen zu vereinfachen. (vgl. Schneekloth, 2008, S. 73) Das zweite häufig auftretende Merkmal der Pflegebedürftigen stellen die Defizite der kognitiven Fähigkeiten, v.a. bei demenziell Erkrankten, dar. Es ist zu unterstreichen, dass insgesamt 48% der Pflegebedürftigen in ihrem eigenen Haushalt leben, und 24% der sonstigen Hilfsbedürftigen weisen leichte, mittlere und schwere kognitive Beeinträchtigungen auf. (vgl. Schneekloth, 2008, S. 74)

Vor der Aufnahme von Patienten in ein Krankenhaus oder in eine Altenpflegeeinrichtung wird eine Einschätzung der Pflegebedürftigkeit vollzogen. Auch im Rahmen der Pflegebegutachtung wird der Bedarf an Pflegebedürftigkeit erhoben. Zur Einschätzung der Pflegebedürftigkeit werden Assessmentinstrumente in der Pflege eingesetzt. (vgl. Bartholomeyczik, 2009) Nach einer Analyse, welche deutschsprachigen Assessmentinstrumente zur Erhebung der Pflegebedürftigkeit geeignet sind, erwies sich das Resident Assessment Instrumental (RAI) als effektivste Methode. (vgl. Halek, 2003) Durch dieses Assessmentverfahren sollen Punkte wie der Ernährungszustand, die Medikation,

Krankheitsdiagnosen usw. festgestellt werden. Es unterteilt sich in drei große Bereiche: Dem „Minimum Data Set“, den „18 Resident Assessment Protocols“ und einem „Triggersystem“. Mit Hilfe des „Minimum Data Set“ sollen allgemeine Informationen über die Person herausgefiltert werden. Um geriatrisch-pflegerische Probleme abzuklären, stehen die „18 Resident Assessment Protocols“ zur Verfügung. Durch das „Triggersystem“ wird vor kleineren Problemkreisen gewarnt. Auch das RAI ist kein „Allround-Assessment“. Es wird empfohlen, das RAI mit weiteren Skalen zu ergänzen. (Brandenburg, 2004) Bei der Einstufung nach der Pflegeversicherung geht es um eine Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung in Deutschland (MDK) hat im Jahr 2007 das „Alternative Begutachtungsverfahren zur PflegegeldEinstufung (ABV)“ entwickelt und hinsichtlich Praktikabilität und Reliabilität überprüft. (Deufert & Fritz & Them, erstellt am 27.03.2009)

Es gibt genügend Patienten, die eine kognitive Beeinträchtigung aufweisen, Unterstützung im Alltagsleben benötigen, aber noch keine Leistungen aus der Pflegeversicherung beziehen, weil die Symptome nicht deutlich genug sind, um eine Krankheit zu diagnostizieren oder die Patienten bei der Begutachtung einfach einen „guten Tag“ und keine Beschwerden hatten. Es ist notwendig, um diese Personen im Rahmen der Pflegeversicherung zu unterstützen, die Begutungskriterien zu modifizieren, dass ebenso *„der Bedarf an allgemeiner Betreuung jenseits der Unterstützung bei einzelnen alltäglichen Verrichtungen zusätzlich mit berücksichtigt wird.“* (Schneekloth, 2008, S. 75)

9.2 Pflegebedürftige Frauen und Männer in Deutschland (1999 - 2009)

So wie in Österreich steigt auch in Deutschland die Zahl der Pflegebedürftigen enorm. Egal in welcher Art, in der ambulanten oder stationären Pflege, oder in der Anzahl der Pflegegeldempfänger, die Zahlen steigen jedes Jahr weiter an. (vgl. Tab. 7)

Art der Betreuung	Jahr					
	1999	2001	2003	2005	2007	2009
Pflegebedürftige insgesamt	2.016.091	2.039.780	2.076.935	2.128.550	2.246.829	2.338.252
ambulante Pflege	415.289	434.679	450.126	471.543	504.232	555.198
stationäre Pflege	573.211	604.365	640.289	676.582	709.311	717.490
vollstationäre Dauerpflege	554.217	582.258	612.183	644.165	671.080	699.672
vollstationäre Kurzzeitpflege	8.545	9.643	10.999	13.351	15.002	17.819
teilstationäre Tagespflege	10.276	12.409	17.078	19.048	23.196	
teilstationäre Nachtpflege	173	55	29	18	33	
Pflegegeld	1.027.591	1.000.736	986.520	980.425	1.033.286	1.065.564

Tab. 7: Pflegebedürftige Frauen und Männer in Deutschland (1999-2009)
Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2011 (eigene Darstellung)

9.3 Anteil von Menschen mit Demenz

Das Problem der Pflegebedürftigkeit in Bezug auf die Gruppe der Menschen mit einer demenziellen Krankheit wird gemäß einiger Zukunftsprognosen noch stärker anwachsen. Nach Berechnungen des Bundesministeriums für Gesundheit (2011) wird sich die Anzahl an Dementen in den nächsten 20 Jahren fast verdoppeln. Vor allem für jene Menschen, die an einer demenziellen Erkrankung leiden, sollen zusätzliche, bzw. ergänzende Leistungen überprüft werden.

Laut dem Demenz-Report (2011) des Berliner Instituts „Bevölkerung und Entwicklung“ leben 2011 in Deutschland 1,3 Mio. Menschen mit Demenz. Diese Zahl wird sich im Jahr 2030 auf 2 Mio. erhöhen. 2050 soll sich die Anzahl der Demenzkranken sogar auf 2,6 Mio. verdoppeln. (vgl. Berlin Institut für Bevölkerung und Entwicklung, 2011, S. 19)

Große Beeinträchtigungen liegen laut Zintl-Wiegand & Krumm (2003) in den Pflegegutachten von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung. Durch eine Studie von 129 Befragten (Antragsteller für Pflegegeld) wurden 41% der kognitiven Beeinträchtigungen im Rahmen des Gutachtens nicht erkannt. Jene Pflegepatienten, bei denen eine kognitive Beeinträchtigung erkannt wird, werden höher eingestuft, allerdings sprechen die Zahlen für sich: Durch die Begutachtung werden kognitive Beeinträchtigungen

fast zur Hälfte nicht durch den MDK begutachtet. In einer weiteren empirischen Studie konnte sogar nachgewiesen werden, dass in den Begutachtungen psychische Defizite und Störungen nur sekundär wahrgenommen wurden. (vgl. Zintl-Wiegand et al., 2003, S. 571f.)

9.4 Anteil der Pflegebedürftigen an den Verstorbenen eines Jahres in Prozent

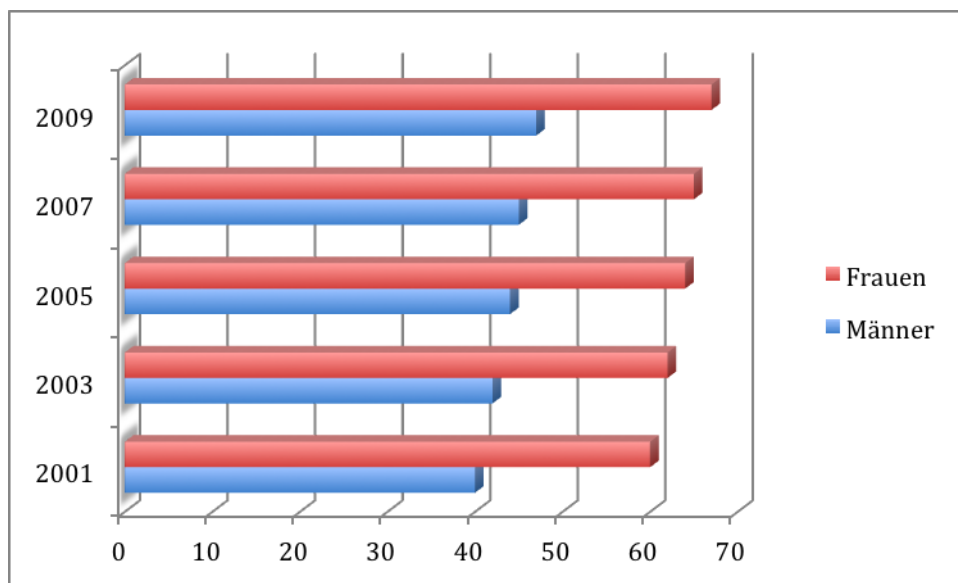


Abb. 11: Anteil der Pflegebedürftigen an den Verstorbenen eines Jahres in Prozent
Quelle: El-Sharif, 2011 (eigene Darstellung)

Im Dezember 2005 zählten 2,13 Mio. Menschen im Sinne des Pensionsversicherungsgesetzes (PVG) in Deutschland als pflegebedürftig. 68% der Pflegebedürftigen waren Frauen. Von diesen 2,13 Mio. Pflegefällen befanden sich mehr als 80% über dem 65. Lebensjahr. 33% davon, also ein Drittel, waren 85 Jahre alt. Die Anzahl der über 90-jährigen Pflegebedürftigen betrug 60%.

9.5 Zukünftige Entwicklungen der Pflegefälle in Deutschland

Die Anzahl der Pflegebedürftigen in Deutschland wird sich nach Berechnungen der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (Pfaff, 2008) im Zeitabschnitt von 2007 bis 2020 um fast ein Drittel (29%) erhöhen. Im Zeitraum von 2007 bis 2030 wird ein Anstieg von 50% erwartet. Bei Männern, ist im Gegensatz zu den Frauen eine Erhöhung von 65% zu erwarten.

2010	2015	2020	2030
2,40 Mio.	2,65 Mio.	2,91 Mio.	3,36 Mio.

Tab. 8: Anzahl der Pflegebedürftigen in Deutschland (2010-2030)
Quelle: Pfaff, 2008 (eigene Darstellung)

9.6 Haushalts- und Familienformen in Deutschland

Betrachtet man die Haushalts- und Familienformen bei den Pflegebedürftigen, so kann festgestellt werden, dass im Jahr 2008 27% der Pflegebedürftigen mit ihren Ehepartner im gemeinsamen Haushalt wohnten. 29% der Pflegebedürftigen lebten alleine in ihren eigenen vier Wänden, was zum größten Teil durch die im Jahr 1995 eingeführte Pflegeversicherung zu erklären ist. Mit Hilfe dieser ist es nämlich mehr Menschen möglich, auch als pflegebedürftige Person, alleine im eigenen Haushalt leben zu können. Waren es 1990 erst 20% der allein lebenden Pflegebedürftigen, lebten bereits 2008 schon 31% in ihrem eigenen Haushalt (inkl. allein lebend und unterstützt durch betreutes Wohnen). Weiters wohnten 25% der Pflegefälle bei den eigenen Kindern, 11% lebten in einer sonstigen Haushaltsform, wie z.B. Mehrpersonenhaushalt oder Kinder und jugendliche Pflegebedürftige, die noch bei den eigenen Eltern leben. (vgl. Schneekloth, 2008, S. 71)

10 Die Pflegeversicherung in Deutschland

Die ersten Gedanken zur Einführung einer Pflegeversicherung gab es schon 1974, da in einem Gutachten aufmerksam gemacht wurde, dass es für pflegebedürftige Menschen, im Falle eines Pflegefalles nur die Sozialhilfe als soziale Sicherheit gibt.

1979 wurde vom damaligen Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung des Landes Baden-Württemberg der Vorschlag verkündet, Mitglieder der obligatorischen Krankenversicherung grundsätzlich vor einer etwaigen Pflegebedürftigkeit zu versichern.

Erst am 26.09.1990 hatte der damalige Bundesarbeitsminister Norbert Blüm die Forderung gestellt eine fünfte Säule der Sozialversicherung, also die Pflegeversicherung, einzuführen. (vgl. Klein, 2008, S.15) Mit dem Pflegeversicherungsgesetz vom 26.5.1994, welches am 01.01.2005 als SGB XI in Kraft trat, wurde ein vollkommen neuer Zweig der Sozialversicherung geschaffen. (vgl. Schröder, 2008, S. 74) Die Einführung der obligatorischen Pflegeversicherung

„[...]markiert einen deutlichen Einschnitt in der Geschichte der deutschen Sozialpolitik“.

(Rothgang, 1997, S. 9)

Vor allem die informelle Pflege soll durch Hilfe der Pflegeversicherung gestärkt und gefördert werden. So wird dies im §3 des XI. Sozialgesetzbuches mit den Worten angeführt:

[...]„Die Pflegeversicherung soll mit ihren Leistungen vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn unterstützen“.

(Deutscher Bundestag, 1993, S. 11)

In der Zeit, als die Diskussion über den Eintritt einer Pflegeversicherung am stärksten war, bezogen mehr als die Hälfte der Heimbewohner Sozialhilfe. Ab diesem Zeitpunkt gab es zwei Klassen bei den Heimen. Die erste Klasse, die privat finanziert werden musste, strahlte ohne Makel neben den „normalen“ Heimen. (vgl. Beul, 2005, S. 9) Als fünfte Versicherungssäule, als Glied der staatlichen Sozialversicherung und im Rahmen des 11. Sozialgesetzbuches, organisiert die Pflegeversicherung in Deutschland das Pflegesystem und gewährleistet Versicherungsschutz bei eintretender Pflegebedürftigkeit. Mit Hilfe der Einführung der Pflegeversicherung sollte die Qualität der Leistungen im Heim gegeben und ein ruhiges und angstloses Altern in Würde ermöglicht werden. (vgl. Beul, 2005, S. 9) Über 80 Millionen Bürger, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, gehören

auch der sozialen Pflegeversicherung an. (vgl. Gültekin, 2003, S. 26) Pflegeeinstufungen führt der Medizinische Dienst der Krankenversicherung durch. Die obligatorische Pflegeversicherung wird über das Umlageverfahren (s. Kapitel 19) finanziert und unterliegt dem Subsidiaritätsprinzip. Gibt es hingegen in der Krankenversicherung ein Bedarfsdeckungsprinzip, so existiert dieses in der Pflegeversicherung nicht. (vgl. Institut für Demoskopie, 2009) Durch Einzahlungen von Beiträgen wird auch eine Gegenleistung gefordert. Eine Beteiligung am Arbeitsmarkt und die Familienangehörigkeit entscheiden über den Kreis der Versicherten. Die Pflegekassen fungieren als Träger der Pflegeversicherung. Die Beiträge für die Pflegekasse werden an die Krankenkasse eingezahlt, welche die Beträge wieder an die Pflegekasse weiterleitet. Hauptlast der Finanzierung der Pflegeversicherung stellen die Erwerbstätigen dar. (vgl. Frohwitter, 1999, S. 203)

Im Gegensatz zu der Versicherungslösung wie in Österreich, werden die Versicherten über das Staatsbürgerschaftsprinzip festgelegt. (vgl. Mühlberger et al., 2008) Die Frist für Bearbeitungen der Anträge auf Pflegeleistungen beträgt dabei fünf Wochen. Seit der Pflegereform ist dieser Zeitraum gesetzlich bestimmt, da früher die Antragsteller zu lange warten mussten. Die Antragsteller müssen vor ihrem Antrag zwei Jahre in die Pflegekasse eingezahlt haben oder mitversichert sein. (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2011, S. 27) Jene Menschen, die in Deutschland eine private Krankenversicherung abgeschlossen haben, müssen auch eine private Pflegeversicherung abschließen, (vgl. Gültekin, 2003, S. 26) denn schon 1996 hat das Bundessozialgericht beschlossen, dass für privat Versicherte keine Möglichkeit bestehe, in der gesetzlichen Pflegeversicherung „aufgenommen“ zu werden. (vgl. Diegmann-Hornig & Jurgschat-Geer & Beine & Neufeld, 2009, S. 162) Private Pflegeversicherungen haben sich jedoch laut Österle & Hammer (2004) in Europa fast gar nicht etabliert.

Betrachtet man das Pflegeversicherungssystem in Deutschland, ist leider keine große Verbesserung in vielerlei Hinsicht eingetreten. Der Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes Westfalen/Lippe, Herr Dr. Berg, bemerkte bei einer Tagung, dass

„[...]die Pflegeversicherung von den Politikern als eine 'Vollkasko' verkauft wurde, herausgekommen ist jedoch nur eine 'Teilkasko' mit hoher Selbstbeteiligung“. (Beul, 2005, S. 8)

Das bedeutet, dass die pauschalisierten Sachleistungen nur einen Zuschuss am Gesamtbedarf leisten. Klie (2010) ist der Meinung, dass die Stabilität der Pflegeversicherung, aufgrund der hohen Pflegebereitschaft im informellen Sektor nur diesbezüglich so lange konstant geblieben ist. Dieser Sektor wurde in seiner Wichtigkeit unterschätzt und die Problemlage in Bezug auf den demographischen Wandel verfehlt. Auch nach Dietz (2002) ist die Pflegeversicherung das Ergebnis einer „Konglomeratslogik“, aus der politischen Sicht ein voller Erfolg, hat aber keine Zukunft in Sachen Nachhaltigkeit. Es wurde zu sehr auf den informellen Sektor, auf die Familien gesetzt, aber vergessen, wie in einer modernen Gesellschaft Voraussetzungen geschaffen werden können, damit eine Möglichkeit zur Entfaltung besteht. (vgl. Olk, 2010, S. 573f.) Ein umstrittener Bereich der Pflegeversicherung ist, dass im Vordergrund nur somatisch relevante Hilfsbereiche berücksichtigt werden. Beul (2005) ist der Meinung, dass auch demenziell erkrankte Menschen dieselben Ansprüche haben, wie somatisch erkrankte. Es existieren zu wenig umfangreich und präzise geschulte Begutachtungsmitarbeiter des MDK und anderen Organisationen.

Als die Soziale Pflegeversicherung im Jahr 1995 eingeführt wurde, waren die Ziele folgende:

- „[...]das Risiko der Pflegebedürftigkeit angemessen abzusichern.“
- „[...]die Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen zu fördern.“ (Igel, 2007, S. 177)
- „[...]die Zahl der Pflegebedürftigen, die Sozialhilfe benötigen, erheblich zu reduzieren.“ (Ottend, 2003, S. 31)
- „[...]die finanzielle Belastung der Kommunen durch die Sozialhilfe für Pflegebedürftige deutlich zu verringern.“
- „[...]eine Infrastruktur von qualitativ hochwertigen Pflegeleistungen aufzubauen“, sowie
- „[...]der häuslichen Pflege, so weit wie möglich Vorrang zu gewähren.“ (Igel, 2007, S. 177)

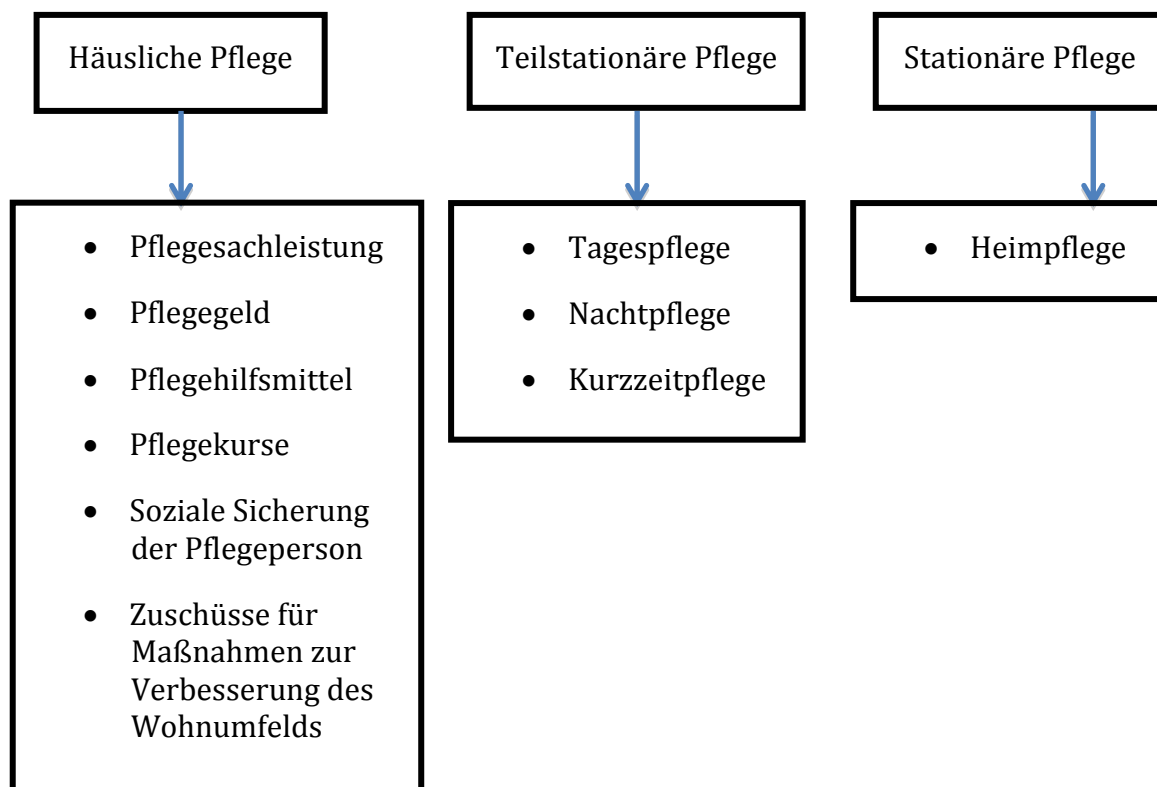
Ziele der Pflegeversicherung sind somit, so lange als möglich in den eigenen vier gewohnten Wänden zu leben. Weiters soll die informelle Pflege, also die pflegenden Angehörigen mit Pflegekursen zum Beispiel unterstützt werden. (vgl. Sozialgesetzbuch XI §44, o.J.d; Sozialgesetzbuch XI §45 o.J.e) Pflegebedürftigkeit soll durch Rehabilitation und Prävention vermieden werden. (vgl. Gaertner et al., 2009, S.18)

10.1 Leistungsarten der Pflegeversicherung

Die Pflegeversicherung ist mit einer Art Teilkaskoversicherung zu vergleichen. Nur bestimmte Bereiche werden von ihr abgedeckt. Keineswegs dient sie für allumfassende bzw. prophylaktische Leistungen. (vgl. Tab. 9)

- Leistungen bei häuslicher Pflege: Sach-, Geldleistungen oder eine Mischung der zwei Unterstützungen können erhalten werden.
- Sachleistung: Die Sachleistung beinhaltet die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung durch Pflegehilfen, die von der Pflegeversicherung zugelassen sind, oder Pflegegeld für selbstständige Pflegehilfen.
- Ersatz- und Verhinderungspflege: Bei den Pflegekassen kann pro Jahr eine Pflegeaushilfe für max. vier Wochen angefordert werden.
- Pflegehilfsmittel und technische Hilfen: Diese Hilfsmittel werden von den Kassen übernommen, wenn sie der häuslichen Pflege des Patienten dienen.
- Teilstationäre Pflege/Tages- und Nachtpflege: Kann die häusliche Pflege nicht gesichert werden, besteht die Möglichkeit pflegende Angehörige zu entlasten. Der Betrag erstreckt sich von 420 €, 980 € oder 1470 € pro Monat.
- Kurzzeitpflege: Diese Übergangszeit (max. 4 Wochen/KJ) wird gestattet, wenn eine häusliche bzw. teilstationäre Pflege nach einer stationären Behandlung nicht möglich ist.
- Tages- und Nachtpflege: Pflegebedürftige haben Anspruch auf Tages- und Nachtpflege, wenn häusliche Pflege nicht sichergestellt, oder stationäre Pflege nicht ausreichend ist.
- Vollstationäre Pflege: Die Kosten der Grund- und Behandlungspflege werden von den Pflegekassen übernommen. Die Kosten der Verpflegung und Unterkunft müssen von den Patienten aus der eigenen Tasche übernommen werden.
- Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen: Unterstützende Seminare, Kurse, Beratungen, usw. werden von den Pflegekassen angeboten.
- Beratungen: Angebote von Beratungen über die Pflegeversicherung und anderen Institutionen bestehen.

- Niedrigschwellige Betreuungsangebote und Modellvorhaben: Diese Betreuungsangebote organisieren freiwillige Gruppen, die stundenweise pflegende Angehörige entlasten, indem sie auf die Pflegefälle aufpassen (z.B. Betreuungsgruppen für Demenzzranke, usw.)
- Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson: Es besteht die Möglichkeit einer Renten- und Unfallversicherung für die Pflegeperson (meistens für pflegende Angehörige).
- Leistungen zum Unterhalt nach dem Arbeitsförderungsgesetz: Diese Leistungen betreffen pflegende Angehörige nach der Pflege, um wieder in das Berufsleben einsteigen zu können. (vgl. v. Renteln-Kruse, 2009, S. 206f.; Herold, 2002, S. 153ff.)



Tab. 9: Leistungen der Pflegeversicherungsgesetze
Quelle: Institut für Demoskopie, 2009 (eigene Darstellung)

10.1.1 Dienstleistung, Sachleistung und Geldleistung

Wie bereits besprochen, ist ein Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung vorgesehen, wenn der Pflegebedürftige einen Hilfebedarf in der Grundpflege (z.B. Waschen) und in der hauswirtschaftlichen Versorgung (z.B. beim Einkaufen) benötigt.

Hat der Patient einen Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung, so besteht nun die Möglichkeit einer Dienst-, Sach- oder Geldleistung.

Kurse, informative und beratende Leistungen der Pflegekasse stehen den Pflegeangehörigen zur Verfügung.

Sachleistungen übernehmen vollstationäre oder ambulante Einrichtungen zur besten Versorgung eines Pflegefalles.

Wird der Patient von einem Angehörigen gepflegt, so kann die Geldleistung, also Pflegegeld, beantragt werden. Oft wird auch eine Kombinationsleistung Sach- und Geldleistung gefordert, wenn ein Pflegefall von Angehörigen und einem Pflegedienst betreut wird. (vgl. Klein, 2008, S. 27f.)

Die Geldleistungen der Pflegeversicherung reichen im Durchschnitt nur zur Hälfte für die benötigten Gesamtmittel aus. Je höher die Pflegestufe, umso höher auch die Kostenunterdeckung der Gesamtausgaben. In diesem Fall muss die Sozialhilfe wiederum den Pflegepersonen finanziell unter die Arme greifen. (vgl. Bäcker & Naegle & Bispinck & Hofemann & Neubauer, 2010, S. 195)

10.2 Beitragssatz der Pflegeversicherung

Die deutsche Pflegeversicherung wird von Beiträgen und sonstigen Einnahmen finanziert. (vgl. Schmidt, o. J., S. 2) Von 01.07.1996 bis 30.06.2008 betrug der Beitragssatz 1,7% des Bruttoeinkommens. (Klein, 2008, S. 15f.) Derzeit beträgt der Beitragssatz 1,95% vom Lohn bzw. Gehalt der Versicherten. 0,79% werden vom Arbeitnehmer übernommen. Außer in Sachsen beträgt der Beitragssatz 1,475%, und die Unterstützung des Arbeitgebers nur 0,475%, da zur Finanzierung der Pflegeversicherung ein Feiertag abgeschafft wurde. Kinderlose, die mindestens 23 Jahre alt und nach dem 31.12.1939 geboren sind, müssen eine Beitragszahlung von 0,25% tätigen. Der Anstieg durch den Beitragssatz bringt pro Jahr ca. 2,5 Mrd. Euro mehr ein. Mit diesen Geldmitteln sollen die Leistungen verbessert und die Ausgaben ausgeglichen werden. (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2011, S. 16)

Arbeitnehmer mit einem Monatsgehalt, welches sich unter einer bestimmten Grenze befindet, werden automatisch in der Pflegeversicherung pflichtversichert. Arbeitnehmer mit einem sehr hohen Monatsgehalt haben die Möglichkeit, sich freiwillig versichern zu lassen.

Rentner sind für die Pflegeversicherung selbst verantwortlich. Als Berechnungsgrundlage dient die gesetzlich festgelegte Rente inklusive zusätzlichen Einkünften bis zur Grenze der Beitragsmessung.

Studenten, mit mindestens 23 Jahren alt sind pflichtversichert und müssen als Kinderlose 11,26 € und mit Kindern 9,98 € jährlich zahlen. Diese Beitragszahlungen werden durch die Pflegekassen in Rechnung gestellt.

Die Arbeitslosenagentur übernimmt die Beitragssätze der Arbeitslosen, sofern diese in der Arbeitslosendatenbank registriert sind. (vgl. Deutsche Sozialversicherung, o.J.)

10.3 Wer ist berechtigt einen Antrag für Leistungen aus der Pflegeversicherung zu stellen?

Jeder Patient kann für sich selbst (bzw. durch den gesetzlich bestellten Betreuer) einen formlosen Antrag stellen oder Formulare der Pflegekassen ausfüllen. Verwandte und Angehörige, der ambulante Dienst oder Altenheime können im Auftrag des Pflegebedürftigen ebenfalls einen Pflegeantrag anfordern. Wenn dieser nach der Antragsstellung bei der Pflegekasse eingetroffen ist, wird er an die zuständige MDK-Stelle weitergeleitet, die eine Begutachtung in der häuslichen Umgebung bzw. im Alten- oder Pflegeheim durchführt. Nach diesem „Hausbesuch“ leitet der MDK die Einstufungsempfehlung an die zuständige Pflegekasse weiter. Das Ergebnis wird dem Versicherten mitgeteilt. Ist der Patient privat versichert, so muss ein Begutachtungsdienst beauftragt werden.

Ist bei einem Patienten häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder kommen diese beiden Verpflegungsmaßnahmen nicht in Frage, haben die Pflegebedürftigen die Möglichkeit, in einer vollstationären Einrichtung betreut zu werden. Jedoch gilt in der Pflegeversicherung v.a. der Grundsatz: „Ambulante Pflege vor stationärer Pflege“. (vgl. Schmidt, o.J., S. 9) Dies bedeutet eine Vorreihung der häuslichen Pflege vor einer Unterbringung in ein Pflegeheim. Im Bereich der stationären Versorgung haben die Kurzzeit- und die Teilzeitpflege Vorrang gegenüber der vollstationären Pflege. Im SGB XI §3 wird deutlich erläutert, dass die Pflegeversicherung v.a. durch die Verwandten und

Bekannten, die ihre Pflegebedürftigen zuhause pflegen, gefördert und unterstützt werden sollen, um die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihren eigenen vier Wänden wohnen zu lassen.

10.4 Leistungsempfänger der Sozialen Pflegeversicherung nach Leistungsarten 2005

Betrachtet man Abb. 12 ist deutlich zu erkennen, dass das Pflegegeld, gefolgt von vollstationären Pflegeeinrichtungen, die meist benötigte Leistungsart ist.

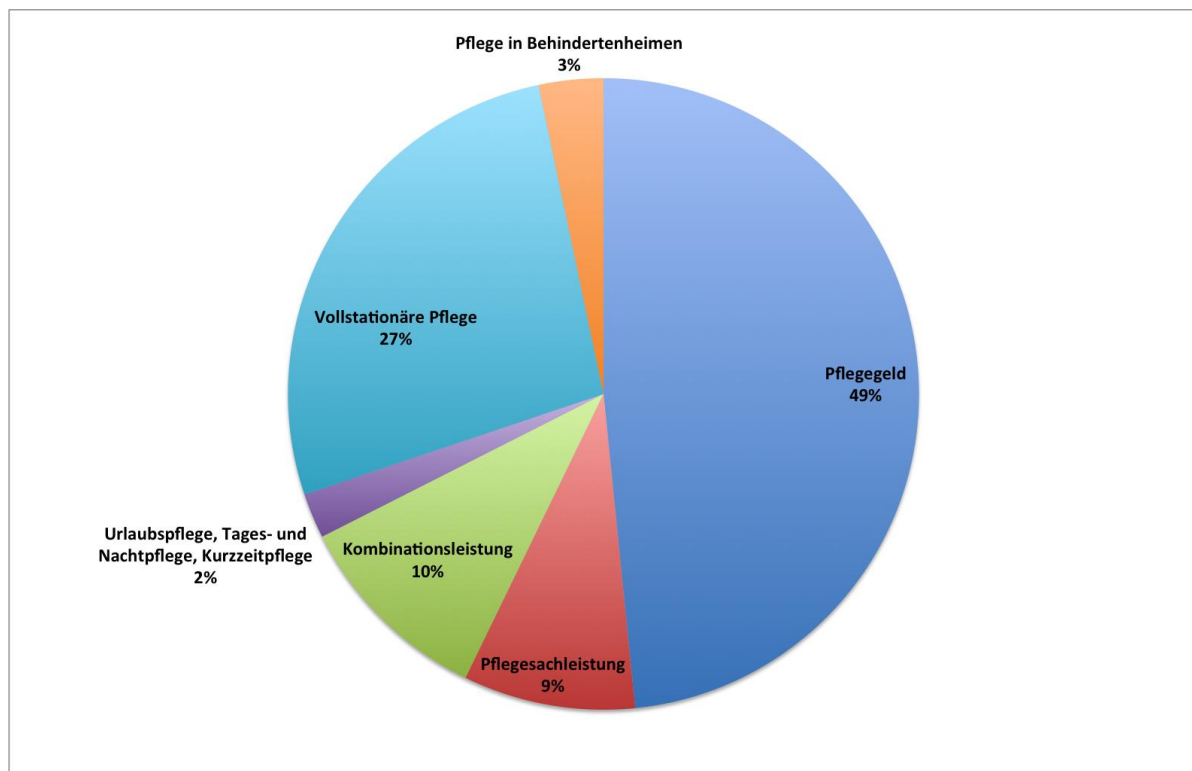


Abb. 12: Leistungsempfänger der Sozialen Pflegeversicherung nach Leistungsarten 2005
Quelle: Bäcker et al., 2010, S. 192 (eigene Darstellung)

10.5 Leistungs- und Vertragsbeziehungen in der pflegerischen Versorgung in Deutschland

In Abb. 13 sollen die Leistungs- und Vertragsbeziehungen näher gebracht werden.

Die Beitragszahler zahlen ihre Beiträge in die Pflegekassen ein. Diese sind für die pflegerische Versorgung der Menschen verantwortlich. Vergütungsvereinbarungen und Versorgungsbeiträge werden durch die Landesverbände der Pflegekassen mit den Leistungsanbietern, wie Pflegeheimen und Pflegediensten, abgeschlossen.

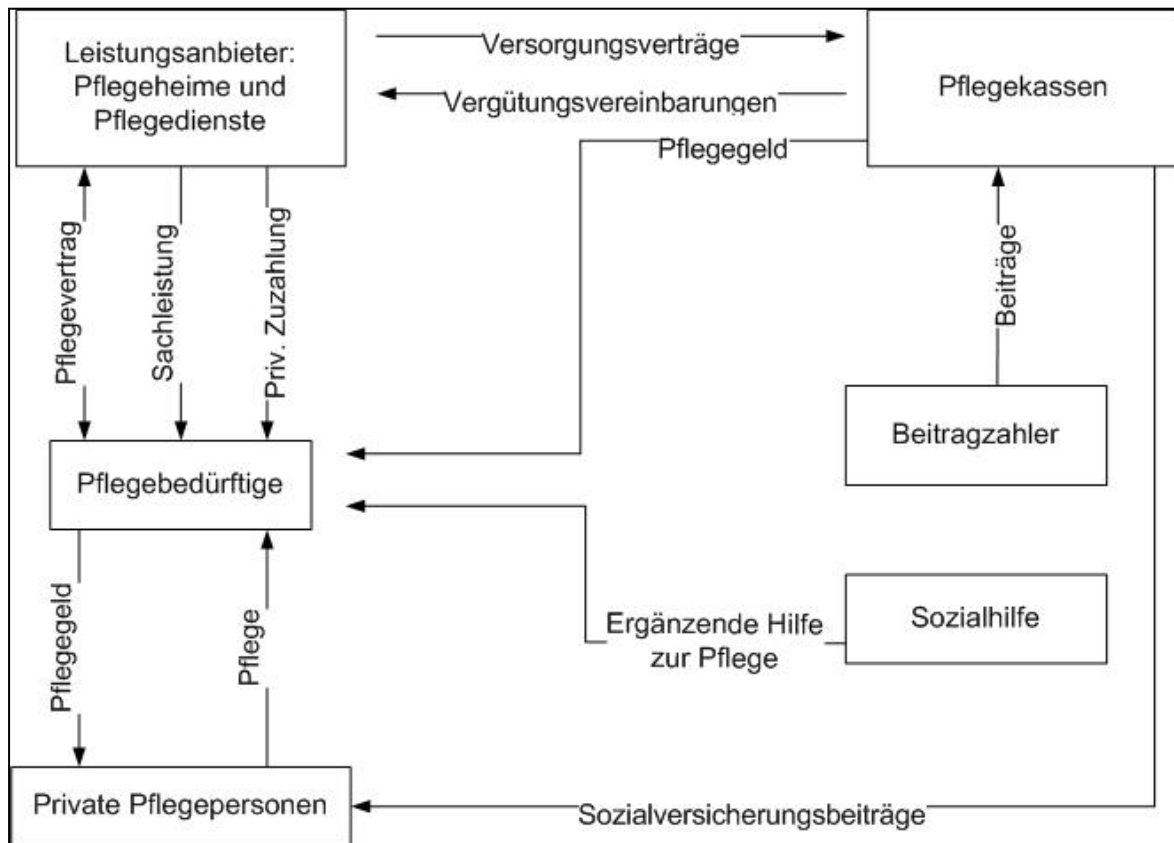


Abb. 13: Leistungs- und Vertragsbeziehungen in der pflegerischen Versorgung
Quelle: Bäcker et al., 2010, S. 188 (eigene Darstellung)

10.6 Finanzentwicklung der Pflegeversicherung

In den ersten vier Jahren der Pflegeversicherung wurde ein Überschuss von fast 5,5 Mrd. € erwirtschaftet. Nach diesem Gewinn herrschte von 1999 bis 2005 ein gewaltiges Defizit von fast 2,5 Mrd. €. 2008 und 2009 konnte wieder von einem Überschuss über 2,5 Mrd. € berichtet werden.

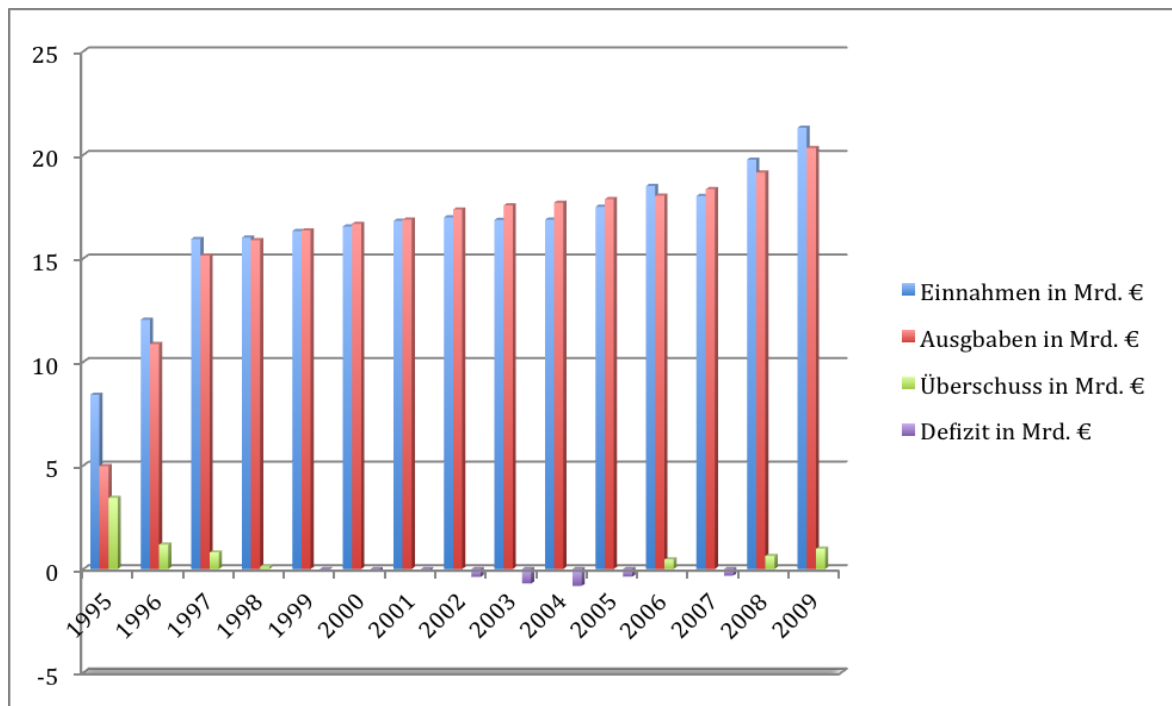


Abb. 14: Finanzentwicklung der Pflegeversicherung in Deutschland 1995-2009
 Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, 2011

11 Pflegebegutachtung in Deutschland

Laut den gesetzlichen Voraussetzungen geht es bei der Pflegegeldbegutachtung um

„Feststellungen über den pflegerischen Zustand von Personen oder um Feststellungen über die sachgemäße Ausführung von Pflegedienstleistungen.“ (Gültekin, 2003, S. 12)

Ein Pflegesachverständiger ist im Regelfall

„[...]ein Gutachter, der sich mit der Begutachtung von Objekten in der Pflege, wie z.B. Materialien, Instrumenten und Gerätschaften usw. beschäftigt.“ (Gültekin, 2003, S. 12)

Unter einem Pflegegutachter versteht man eine neutrale Person, die sich vor allem auf ein *„[...]Subjekt (Patient, Bewohner, Klient usw.), welches Pflege direkt oder indirekt empfängt“*, orientiert. (Gültekin, 2003, S. 12)

Äußerst wichtig ist, dass der Pflegesachverständige bzw. Pflegegutachter ein breitgefächertes Know-how im pflegerischen Expertenwissen vorweisen kann. Weiters hilfreich sind zusätzliche Qualifikationen in Medizin, Psychologie, Jus, Mathematik und Betriebswirtschaft. Da nur wenige bis gar keine der Pflegesachverständigen bzw. Pflegegeldbegutachter alle diese Qualifikationen nachweisen können, besteht die Möglichkeit einen ausreichend qualifizierten Dritten für gewisse Bereiche hinzuzuziehen. (vgl. Gültekin, 2003, S. 13)

Auch der Österreichische Rechnungshof fordert eine intensive(re) Schulung der Gutachter sowie den Besuch von Pflichtveranstaltungen über Informationen im Bereich der Pflegebegutachtung. (vgl. Der Rechnungshof, 2010)

Eine Pflegebegutachtung mit Hilfe des MDK-Formulars (siehe Anhang B) läuft immer nach den gleichen Punkten ab:

1. *„Feststellen der Schädigung/Fähigkeitsstörung/Ressourcen*
2. *Diagnose nach ICD-10 (internationale Klassifikation der Krankheiten)*
3. *Feststellen der Pflegebedürftigkeit (Art, Häufigkeit, Dauer)*
4. *Festlegen der Pflegestufe/Pflegebedürftigkeit“*

(Diegmann-Hornig et al., 2009, S. 15)

Nicht jede Begutachtung kann systematisch und vergleichbar gehandhabt werden. Wichtig ist es, dass der Bedarf an Pflege bedürfnisorientiert und wissenschaftlich fundiert erhoben wird.

Auch die persönlichen Anforderungen an Pflegesachverständige bzw. Pflegegeldbegutachter sind nicht außer Acht zu lassen.

Folgenden Anforderungen sollten nachgekommen werden (Gültekin, 2003, S. 14):

- *„keine relevanten Vorstrafen*
- *geordnete finanzielle Verhältnisse*
- *eine gewisse Lebenserfahrung, jedoch sollte der Betreffende das Alter 68 nicht überschreiten*
- *allgemeine persönliche und soziale Voraussetzungen“*

Die individuelle subjektive Sicht des Gutachters der Pflegesituation sollte nicht relevant sein. Auch der Hilfsbedarf des Patienten, vor allem bei demenziellen Patienten ist tagesabhängig. Vor allem im Wissensstand und in den Qualifikationen der einzelnen Gutachter und dem Pflegefachpersonal sind große Unterschiede zu bemerken. Umso wichtiger ist die Handhabung einer standardisierten Pflegefachsprache und standardisierter Instrumente im Rahmen des Begutachtungsprozesses. Eine Vereinheitlichung der Begutachtungsergebnisse kann durch Assessmentinstrumente herbeigeführt werden. Pflegebedarf und Pflegeaufwand sind nicht nur von den medizinischen Befunden und Diagnosen abzuleiten. Auch Pflegediagnosen müssen erhoben und im Rahmen der Pflegebegutachtung ausgewertet werden. (vgl. Reschmeier & Tackenberg, 2008, S. 155)

11.1 Activities of Daily Living (ADL)

Es gibt eine Menge von ADL-Skalen, wobei sich die meisten davon auf das Modell des Katz-Index anlehnen. In den 1960er Jahren wurde dieses epidemiologische Instrument von Katz et al. entwickelt. Von den Entwicklern selbst wird es als psychobiologisches Evaluationsmodell gesehen, erfunden, um den Status von Patienten nach einer Oberschenkelhalsfraktur einstufen zu können. Der ADL-Index beinhaltet einen Evaluationsteil, sowie einen Selbstständigkeits-Index, mit dem folgende Aktivitäten erfasst werden können (Diegmann-Hornig et al., 2009, S. 20):

- *„Körperpflege*

- *Ankleiden*
- *Toilettengang*
- *Transfer*
- *Kontinenz*
- *Essen“*

Im Evaluationsteil werden die benötigten Daten für die dreistufige Gradeinteilung gesammelt und nach Erhebung der Daten in den Index übertragen. Mit Hilfe des Index kann die Funktionsfähigkeit aufgezeigt werden, durch die wiederum der Grad der Durchführungsfähigkeit auf einer siebenstufigen Skala gezeigt werden kann. (vgl. Diegmann-Hornig et al., 2009, S. 20)

Grundsätzlich soll durch diese Methode der *„tatsächliche Zustand einer Person und nicht die geleistete Hilfe“* erhoben werden. (Diegmann-Hornig et al., 2009, S.20) Diese Methode soll kritisch durchleuchtet und befragt werden, da nur wenige wissenschaftlich fundierte Arbeiten die Reliabilität und Validität überprüft haben. (vgl. Diegmann-Hornig et al., 2009, S. 20)

11.2 ATL (Aktivitäten des täglichen Lebens)

Bekannt wurden die Aktivitäten des täglichen Lebens, die auch psychosoziale Bereiche integriert haben, in Deutschland in den 70er Jahren mit Hilfe des Lehrbuchs von Liliane Juchli. Durch die ATL - Bedürfnisse soll der Pflege- und Handlungsbedarf dargestellt werden. Um Transparenz zu erlangen, sollen Einschränkungen des Menschen erkannt und aufgezeigt werden. Mit ihrer Grobstrukturierung sollen die ATL bei der Anamnese helfen, was nur ansatzweise möglich ist, da die Interpretationsmöglichkeiten eingeschränkt sind. (vgl. Diegmann-Hornig et al., 2009, S. 20) Die ATL des MDK fragt 11 Gebiete ab. Kritik an den ATLs besteht darin, dass sie zu häufig vieldeutige Items zusammenfasst, wie z.B. Kommunikationsdefizite, basale und soziale Unfähigkeiten. Durch die Vieldeutigkeit der einzelnen Bereiche ist eine korrekte Operationalisierung der Skala nicht möglich. (vgl. Zintl-Wiegand et al., 2003, S. 571f.)

11.3 Wer stuft nun endgültig ein?

Nicht der Pflegebegutachter stuft in die jeweilige Pflegestufe ein, sondern ein Sachbearbeiter von der Pflegekasse. Der Pflegebegutachter ermittelt die benötigten Pflegeminuten für den

Patienten und legt den Pflegebedarf fest. Nach Überprüfung auf Plausibilität des Gutachtens der Kasse, erlässt dieser den Bescheid. (vgl. König, 2004, S. 103)

12. Wohnort bzw. Entfernung der privaten Hauptpflegepersonen zu pflegebedürftigen Person

(Hauptpflegeperson von Leistungsbeziehern der Pflegeversicherung in Privathaushalten zum Jahresende 2002 in %)

92% der Pflegebedürftigen werden von ihren nächsten Familienangehörigen gepflegt. Häufig sind die privaten Helfer Ehepartner, die eigenen Kinder oder Eltern. Betrachtet man Abb. 15, kann man erkennen, dass einige Pflegebedürftige nicht von Familienangehörigen, sondern von Nachbarn, die sich im selben Haus bzw. in der näheren Umgebung befinden, gepflegt werden. (vgl. Schneekloth, 2008, S. 77f.)

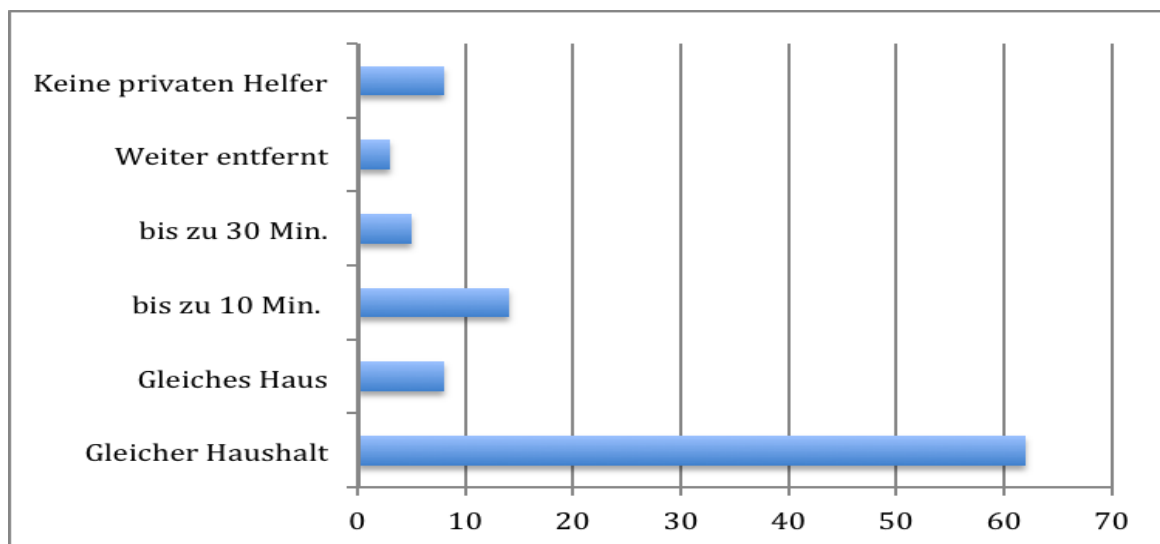


Abb. 15: Wohnort/Entfernung der privaten Hauptpflegepersonen zur in Summe aller pflegebedürftigen Personen 2002
Quelle: Schneekloth, 2008, S. 79 (eigene Darstellung)

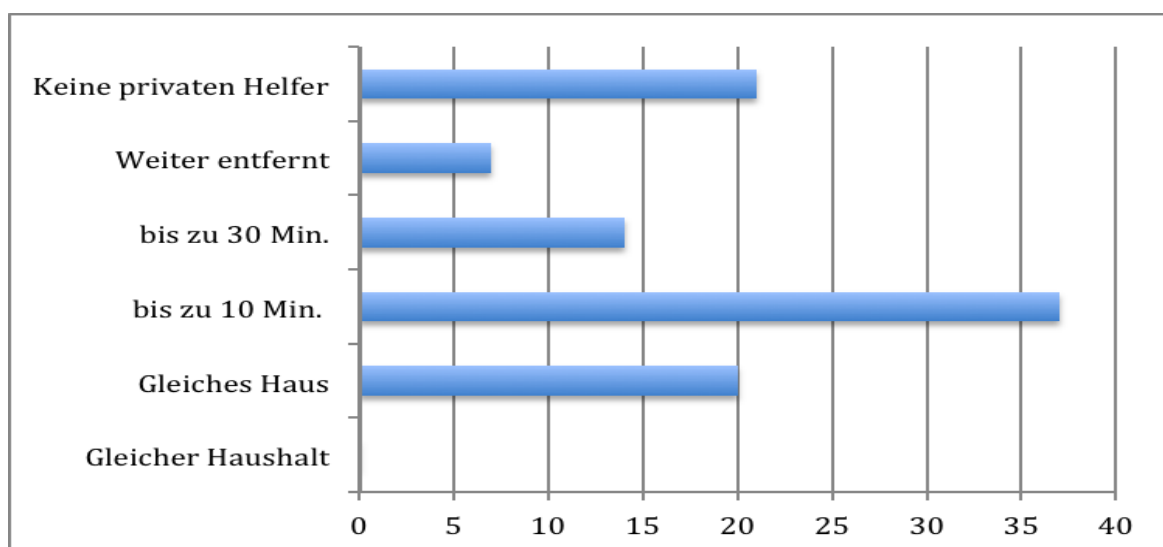


Abb. 16: Wohnort/Entfernung der privaten Hauptpflegeperson im Bezug der alleinlebenden Pflegebedürftigen 2002
Quelle: Schneekloth, 2008, S. 79 (eigene Darstellung)

Informelle Pflege bedeutet einen Full-Time-Job zu haben. Nach Berechnungen beträgt der Aufwand für helferische Tätigkeiten und der Betreuung eines Pflegenden 36,7 Stunden pro Woche. Die Stundenanzahl erhöht sich auch mit der Höhe der Pflegestufe. Sind es bei der Pflegestufe I 29,4 und in der Stufe II bereits 42,2 Stunden, so benötigt ein Pflegebedürftiger im Durchschnitt 54,2 Stunden in der Woche an Pflege und Betreuung. Bei kognitiven Einschränkungen kann ebenso ein erhöhter Pflegebedarf festgestellt werden. Auch wenn die Anzahl der „Rund-um-die-Uhr-Betreuung“ ein wenig zurückgegangen ist, (was höchstwahrscheinlich durch die eingeführte Pflegeversicherung zu erklären ist), muss die Erwerbstätigkeit oft (v.a. am Beginn der Pflege) eingeschränkt oder aufgegeben werden. (vgl. Schneekloth, 2008, S. 78f.)

In Abb. 16 wird deutlich, dass auch die alleinlebenden Pflegebedürftigen größtenteils von Verwandten, Bekannten oder Nachbarn gepflegt werden, die nur maximal zehn Minuten weit entfernt oder sogar im gleichen Haus wohnen. Allerdings ist die Anzahl der privaten Helfer im Vergleich aller allein lebenden Pflegebedürftigen zurück gegangen.

Durch die Ergebnisse einer Repräsentativerhebung aus dem Jahr 2003 konnte gezeigt werden, dass sich in Deutschland 42% der pflegenden Angehörigen eher stark und 41% sogar sehr stark überbelastet fühlen. (vgl. Schneekloth, 2008, S. 88) Nach der Infratest - Repräsentativerhebung aus dem Jahr 2002 werden signifikante und nicht signifikante Faktoren, die hochbelastete Pflegearrangements charakterisieren, untersucht. (Anm.: Angaben beziehen sich auf Deutschland aus dem Jahr 2002)

Signifikante Prädikatoren

- *„Betreuung von kognitiv beeinträchtigten Pflegebedürftigen mit nächtlichem Hilfebedarf*
- *Hohe Pflegestufe (Stufe 3)*
- *Defizite in der Hilfsmittelversorgung „Rund um die Uhr“-Verfügbarkeit der Hauptpflegeperson*
- *Fortsetzung einer Erwerbstätigkeit bei der Hauptpflegeperson (insb. bei männlichen Hauptpflegepersonen)“ (Schneekloth, 2008)*

Nicht signifikante Prädikatoren

- *„Alter und Geschlecht der pflegebedürftigen Person*
- *Haushaltseinkommen, soziale Schicht und „Bildungsmilieu“*
- *Regionale Faktoren (Ost/West bzw. Stadt/Land)“ (Schneekloth, 2008)*

13. Begriffe und Definitionen

13.1 Pflegebedürftigkeit

Oft werden die Begriffe Alter, Hilfsbedürftigkeit und Pflegebedürftigkeit in unserer Gesellschaft als Synonym verwendet. (vgl. Schneekloth, 2008, S. 19) Im Gegensatz zu Österreich, wurde in Deutschland der sozialrechtliche, und nicht medizinische Begriff der „Pflegebedürftigkeit“ präzise im Sozialgesetzbuch (SGB) XI, als §14 für die Soziale Pflegeversicherung definiert und festgesetzt. Demzufolge sind:

„Personen pflegebedürftig, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit bzw. Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer voraussichtlich mindestens sechs Monate in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.“ (Sozialgesetzbuch XI, §14, o.J.a)

Kritiker klagen an, dass dies ein „wirklichkeitsfremdes Konstrukt“ (Skuban, 2004) ist, womit die Möglichkeit geschaffen wird, Pflegebedürftige von Leistungen auszugrenzen, die im Regelfall in den Handlungsbedarf der Krankenversicherung klassifiziert werden. Sie sind überzeugt, dass Pflegebedürftigkeit und Krankheit keineswegs als getrennte Begriffe gesehen werden sollen. (vgl. Skuban, 2004, S. 66) Die häufigste Beeinträchtigung liegt in der Mobilität, sodass hauswirtschaftliche Tätigkeiten, oder Tätigkeiten in der Hygiene (fast) nicht mehr ohne Hilfe möglich sind. Auch die psychischen Beeinträchtigungen auf Grund der Pflegebedürftigkeit sind auch nicht außer Acht zu lassen. In den Pflegeheimen, der „Einbahnstraße“ sind meistens nur Schwer- und Schwerstpflegebedürftige zu finden. Oft ist das Pflegeheim die letzte Station vor dem Tod. (vgl. Bäcker et al., 2010, S. 178ff.) 2005 wurde nur von jedem dritten Pflegehaushalt professionelle Unterstützung durch Pflegedienste beansprucht. (vgl. Bäcker et al., 2010, S. 180)

Die Bedeutung der Pflegebedürftigkeit ist in der Öffentlichkeit erst sehr langsam und noch nicht lange zu einem wichtigen Thema geworden. In diesem Zusammenhang kann die Frage gestellt werden, ob die Wichtigkeit und Aktualität des Pflegebedürftigkeitsbegriffs oder doch die prekäre finanzielle Lage in den Pflegekosten das Thema „Pflegebedürftigkeit“ in vieler Munde brachte. Auch wenn sich international gesehen die Forschungstätigkeit in Bezug auf Pflege- und Hilfsbedürftigkeit erweitert hat, ist es notwendig, Forschung und Befunde zu aktualisieren und zu erweitern. (vgl. Schneekloth, 2008, S. 32) Die

„Bedürftigkeit, der Bedarf an Pflege“ wird noch heute hauptsächlich vom engsten familiären Umfeld getätigt. Brisant bricht in der heutigen Zeit die familiäre Pflegeinitiative immer schneller und intensiver auseinander. (vgl. Skuban, 2004, S. 70f.) Pflegebedürftig zu werden ist und bleibt ein Lebensrisiko und muss (v.a. von den Politikern) ernst genommen werden! Nach Rothgang (2010, S.9) wird jeder zweite Deutsche in Zukunft pflegebedürftig werden.

Somit kann zusammengefasst werden, dass im Sinne des Elften Sozialgesetzbuchs, Soziale Pflegeversicherung, eine Person pflegebedürftig ist, die aufgrund einer Krankheit oder Behinderung für alltägliche und wiederkehrende Aufgaben tägliche Hilfe benötigt.

21 Verrichtungen aus dem Bereich der Körperpflege, Hauswirtschaft, Ernährung und Mobilität stellen die Grundlage für die Einstufung der Pflegebedürftigkeit dar (Activities of daily living, ADL). (vgl. Diegmann-Hornig et al., 2009, S.14)

Kann nicht nachgewiesen werden, dass der zu Pflegende mindestens 6 Monate auf tägliche Fremdhilfe angewiesen ist, ist es nicht möglich, Anspruch aus der Pflegeversicherung zu erheben.

Auch die Mindesteinstufung des Anspruches auf Fremdhilfe von 6 Monaten ist nicht gerechtfertigt. Betrachten wir folgendes Beispiel: Frau XY zieht sich beim Schifahren eine Fraktur beider Oberarme zu und kann sich weder waschen, anziehen, kochen, usw. Da die Heilung voraussichtlich nach 12 Wochen eingetreten ist, besteht im Sinne der SGB XI KEINE Pflegebedürftigkeit, da die Fremdhilfe nicht länger als 6 Monate gefordert wird. Die Patientin, Frau XY hat nur Anspruch auf Leistungen der Krankenversicherung. (vgl. Beul, 2005, S. 11)

Der Begriff der Pflegebedürftigkeit ist ein sehr undifferenzierter Begriff, der unterschiedlich interpretiert werden kann. Kann sich der Pflegebedürftige mit Hilfe eines Rollators weiterbewegen, so stellt dies keinen Hilfsbedarf nach dem Pflegeversicherungsgesetz dar. (vgl. Döbele, 2008, S. 20) Negativ zu beurteilen ist, dass der Pflegebedürftigkeitsbegriff rein körperorientiert ist. Geistige und seelische Bedürfnisse sind nicht inbegriffen. Neue Begriffe, wie Kommunikation, soziale Betreuung, sollten in den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff aufgenommen werden. Der tatsächliche Unterstützungsbedarf, und keine Minutenpflege soll angestrebt werden. (vgl. Hasseler, o.J.)

Was ist aber mit den Demenzkranken? Haben demenziell Erkrankte keinen Anspruch auf Pflege wie somatisch erkrankte Personen? Glaubt man an die Vorausagen von

Bartholomeyczik am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke, wird es in nächster Zukunft zwei Gruppen an pflegebedürftigen Menschen geben: Jene Menschen, die an Demenz leiden, und solche, die es nicht haben. (vgl. „Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff“, 2010, S. 42) Laut Beul (2005) liegen die Defizite nach 15 Jahren Pflegeversicherung noch immer an der fehlenden Kompetenz von Pflegefachkräften, unqualifizierten Begutachtern des MDK, oder an zu wenig oder falschen Informationen von anderen Organisationen und Bereichen. Retrospektive Untersuchungen aus Deutschland zeigen, dass bei Stichproben von 1.100 Verstorbenen der über 65-Jährigen der Anteil der Demenzkranken, die in ihren eigenen vier Wänden gepflegt wurden, 66,6% beträgt. (vgl. Schneekloth, 2008, S. 41) Vor allem bei kognitiven Erkrankungen sind Betroffene oft überfordert und brauchen professionelle Unterstützung. Auch bei erkrankten Demenzpatienten ist die Prävention wichtig. Die Lebensqualität ist für Demenzerkrankte genauso verbesserungswürdig. Nach Schneekloth (2008) ist die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden, vor allem ab dem 80. Lebensjahr gegeben. Lediglich 1% der unter 64-jährigen Menschen, die in Privathaushalten leben, weisen eine Pflegebedürftigkeit nach SGB XI auf. Bei den 65- bis 79-Jährigen sind es bereits 4%, bei den 65- bis 79-Jährigen, die v.a. hauswirtschaftliche Pflege benötigen, 11%. 85% der allein lebenden Menschen, die noch nicht in eine stationäre Einrichtung gewechselt sind, leben unbeeinträchtigt und ohne Hilfsanspruch in ihren eigenen vier Wänden. (vgl. Schneekloth, 2008, S. 69)

14. Pflegestufen

Der pflegerische Aufwand bei der Körperpflege, Mobilität oder Ernährung muss immer im Vergleich zu den hauswirtschaftlichen Bedürfnissen stehen, wenn der Mindestpflegeaufwand ermittelt werden soll. Hilfeleistungen in der häuslichen Pflege können Sach- oder Geldleistungen darstellen. Ist der Bedarf an der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Pflege gegeben, so wird Hilfe durch ambulante Pflegedienste gewährt (Sachleistungen). Geldleistungen werden zur Verfügung gestellt, wenn pflegende Angehörige die benötigten Pflegehilfen selbst besorgt haben. (vgl. v. Renteln-Kruse, 2009, S. 206)

14.1 Pflegestufe 1 – Erhebliche Pflegebedürftige

Patienten, die in die Pflegestufe I eingestuft werden, benötigen mindestens einmal täglich Hilfe bei den Verrichtungen der hauswirtschaftlichen Versorgung, vor allem in der Grundpflege in einem massiven Umfang und einem täglichen Zeitaufwand von mindestens 1,5 Stunden. Mehr als 45 Minuten müssen von der Zeitangabe auf die Grundpflege entfallen, jedoch ohne Hauswirtschaft.

14.2 Pflegestufe 2 – Schwerpflegebedürftige

Schwerpflegebedürftige sind auf mindestens drei Mal tägliche Hilfeleistungen zu unterschiedlichen Zeiten und einer mehrmaligen hauswirtschaftlichen Versorgung angewiesen. Der Zeitaufwand der Pflegestufe 2 beträgt im Tagesdurchschnitt mindestens 180 Minuten, diese entsprechen 120 Minuten Grundpflege ohne Hauswirtschaft.

14.3 Pflegestufe 3 – Schwerstpflegebedürftige

Kriterien für die Einstufung in die Pflegestufe III sind die Rund-um-die-Uhr-Betreuung und der Bedarf der nächtlichen Betreuung. Der Betreuungsbedarf erstreckt sich täglich auf mindestens 300 Minuten, wobei davon mindestens 240 Minuten für Grundpflege ohne Hauswirtschaft benötigt werden.

14.4 Härtefälle

In §36 Abs 4 (vgl. Sozialgesetzbuch XI, o.J.b) wird die Härtefallregelung beschrieben, die besagt, dass der Zeitaufwand eines Härtefalls für die Grundpflege täglich mindestens 420

Minuten erfordert. Von diesen 420 Pflegeminuten müssen 120 Minuten in der Nacht erforderlich sein, oder der Pflegebedarf wird von mehreren Menschen in der Nacht gefordert. (vgl. König, 2004, S. 24f.) Weiters muss in jedem Pflegefall eine ständige Hilfeleistung bei den hauswirtschaftlichen Tätigkeiten möglich sein. (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2010) Es ist jedoch zu erwähnen, dass von 100 Einstufungen nur 3 davon als Härtefall eingestuft werden. (vgl. Diegmann-Hornig et al., 2009, S. 178)

Krankheiten, die häufig phasenweise mit einem enormen Pflegeaufwand assoziiert werden, sind zum Beispiel *„Chorea Huntington („Veitstanz“), schwerste Demenz, hohe Querschnittlähmung, schwerste neurologische Defektsyndrome, auch im Säuglings- und Kindesalter“*. (Beul, 2005, S. 26)

In dieser außergewöhnlich hohen Pflegestufe, die die Pflegestufe III überschreitet, gibt es die Möglichkeit, einen Zuschuss von 1918 € bei Bedarf monatlich zu erhalten. Voraussetzung ist, dass Hilfe bei der Grundpflege, also Körperpflege, Mobilisation und Ernährung, mindestens 6 Stunden täglich, davon wenigstens dreimal in der Nacht Hilfe für die Pflegeperson erforderlich ist. (vgl. v. Renteln-Kruse, 2009, S. 206)

Durch ein fiktives Beispiel sollen die Pflegesätze aus Tab. 10 verdeutlicht werden: Herr xy wird in die Pflegestufe I eingestuft. Für die Unterstützung eines ambulanten Pflegedienstes benötigt er 220 € der zustehenden 440 €, also 50%. Da er 50% der Sachleistung aufgebraucht hat, stehen ihm vom Pflegegeld, welches in der Stufe I 225 € beträgt auch 50%, also nur noch 112,50 € zur Verfügung. (Bundesministerium für Gesundheit, 2008)

	2007	2008	2010	2012
ambulant				
Stufe I	384	420	440	450
Stufe II	921	980	1.040	1.100
Stufe III	1.432	1.470	1.510	1.550
Härtefall	1.918		keine Veränderungen	keine Veränderungen
stationär				
Stufe I	1.023		keine Veränderungen	
Stufe II	1.279		keine Veränderungen	
Stufe III	1.432	1.470	1.510	1.550
Härtefall	1.688	1.750	1.825	1.918
Pflegegeld				
Stufe I	205	215	225	235
Stufe II	410	420	430	440
Stufe III	665	675	685	700

Tab. 10: Deutschland und seine Pflegesätze (2007-2012)
Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, 2011 (eigene Darstellung)

Nach §43 Abs 2 des SGB XI dürfen die Ausgaben bei den jeweiligen Pflegekassen pro Jahr den Durchschnittsbetrag in der stationären Pflege von 15.339 € nicht überschreiten. (vgl. Schmidt, o.J., S. 9)

Die Vergütung der Pflegesätze wird durch ein duales Finanzierungssystem gehandhabt. Die laufenden Versorgungs- und Betriebskosten werden von den Kassen übernommen. Länder sind verantwortlich für Kosten der Investitionen und Vorhaltungen. Auf Grund dieser Dualität werden Leistungen für pflegerische Tätigkeiten zusammengefasst und in Euro Beträgen angegeben. Eine regionale Differenz ist nicht auszuschließen und die weiteren Vorgehensweisen basieren zwischen Arbeitsverbänden und Kassen auf der Ebene des Landes. Es werden dann von den derzeit 20 bestehenden Leistungspaketen, die benötigten „packages“ vergütet. (vgl. Institut für Demoskopie, 2009)

14.5 Pflegestufen insgesamt (ambulant und stationär) 1996 bis 2008

Bei ambulanten und stationären Aufenthalten werden die Kosten fast ausschließlich von den Pflegebedürftigen selbst übernommen (=Subsidiaritätsprinzip). Reicht das Einkommen für diese Kosten nicht aus, springt die Sozialhilfe für die Kosten ein, die v.a. durch Steuereinnahmen erwirtschaftet werden. Existieren Erben oder unterhaltspflichtige

Personen, so können diese auch als Zahler fungieren. In den Bundesländern gibt es jedoch unterschiedliche Regelungen in den Gesetzen.

Viele Pflegebedürftige werden sozialhilfebedürftig, weil sie die „Hotelkosten“ der stationären Versorgung nicht mehr mit ihrer Rente bezahlen können. (vgl. Schmid, 2010, S. 410) Die Sozialhilfeträger tragen in solchen Fällen die jeweiligen Kosten. Bezieht die Pflegeperson ein Pflegegeld, so fließt ein großer Teil dessen direkt an die Sozialhilfeträger. Aus diesem Grund greifen diese im ersten Schritt auf das Vermögen der Patienten und das Erbe zurück, um die Pflegeausgaben decken zu können. Lediglich 10% des Pflegegeldes und 20% der Pension (mind. 41,35 €) dürfen als „Taschengeld“ von den Patienten behalten werden. (vgl. Grillberger, 2008, S. 131) Diese Unterstützung wäre in Österreich nicht wegzudenken, da drei von vier Bewohnern eines öffentlichen Pflegeheimes, also 3/4, auf Unterstützung von Sozialhilfe angewiesen sind. Zusätzliche Förderungen können im Bedarfsfall für die 24-Stunden-Betreuung angefordert werden. (vgl. Grillberger, 2008, S. 131)

Betrachtet man Abb. 17, so kann gezeigt werden, dass von Jahr zu Jahr immer mehr Pflegebedürftige in die Pflegestufe 1 eingestuft werden und immer weniger in die Pflegestufe 3. Auch die Einstufungen in die Pflegestufe zwei sinken von Jahr zu Jahr tiefer. (vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2010)

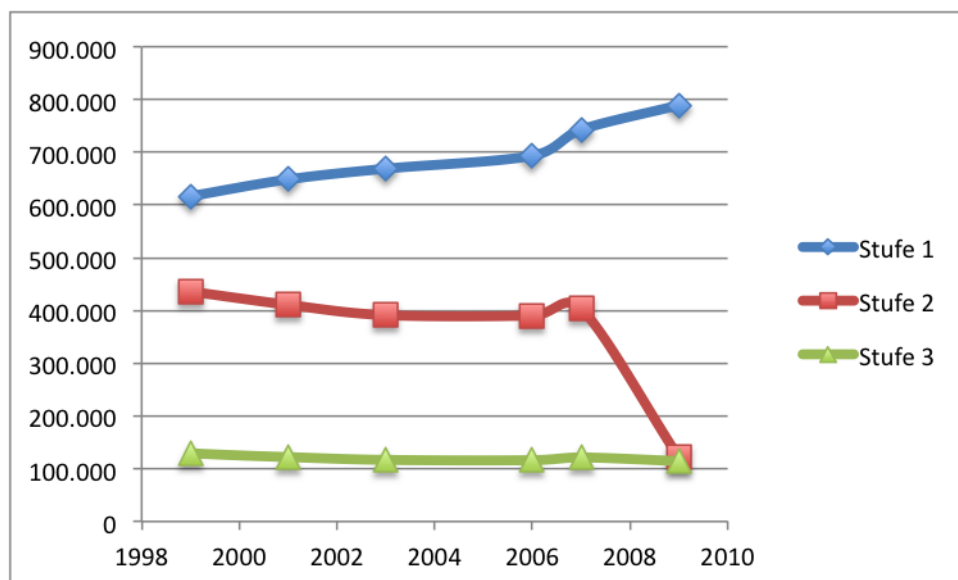


Abb.17: Pflegegeldbezieher der Stufen eins bis drei von 1998-2010
Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2010 (eigene Darstellung)

Beul (2005) ist der Meinung, dass dies leider nicht bedeutet, dass es weniger schwer pflegebedürftige Menschen gibt, sondern, dass dies eine „Entschärfung“ der Gesamtsituation

bedeutet. Leistungen der Pflegeversicherung sollen minimiert werden und das leider auf Kosten der Betroffenen. (vgl. Beul, 2005, S. 13)

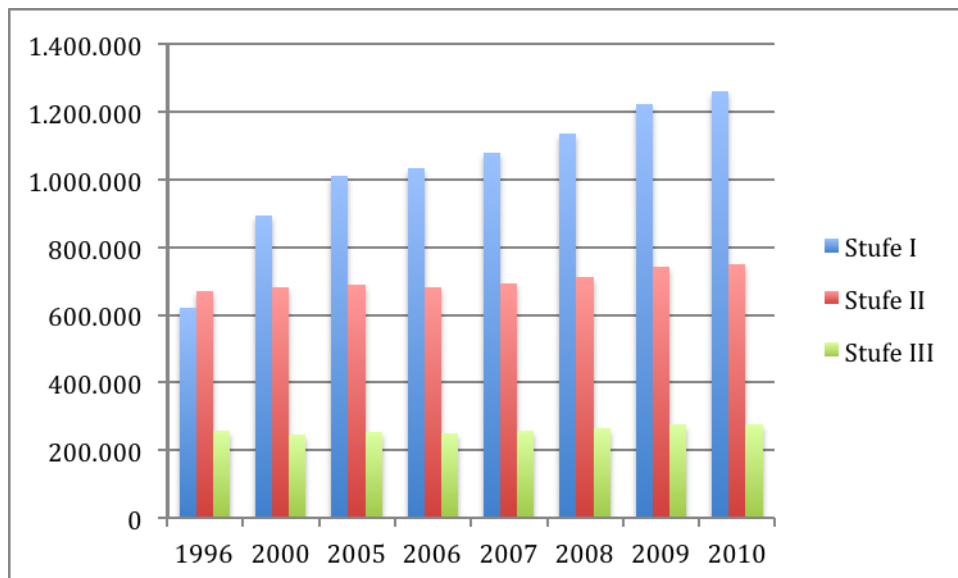


Abb.18: Anteil der Pflegegeldbezieher in Deutschland 1996-2010 (Stufen 1-3)
Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, erstellt am 30.10.2011a-c (eigene Darstellung)

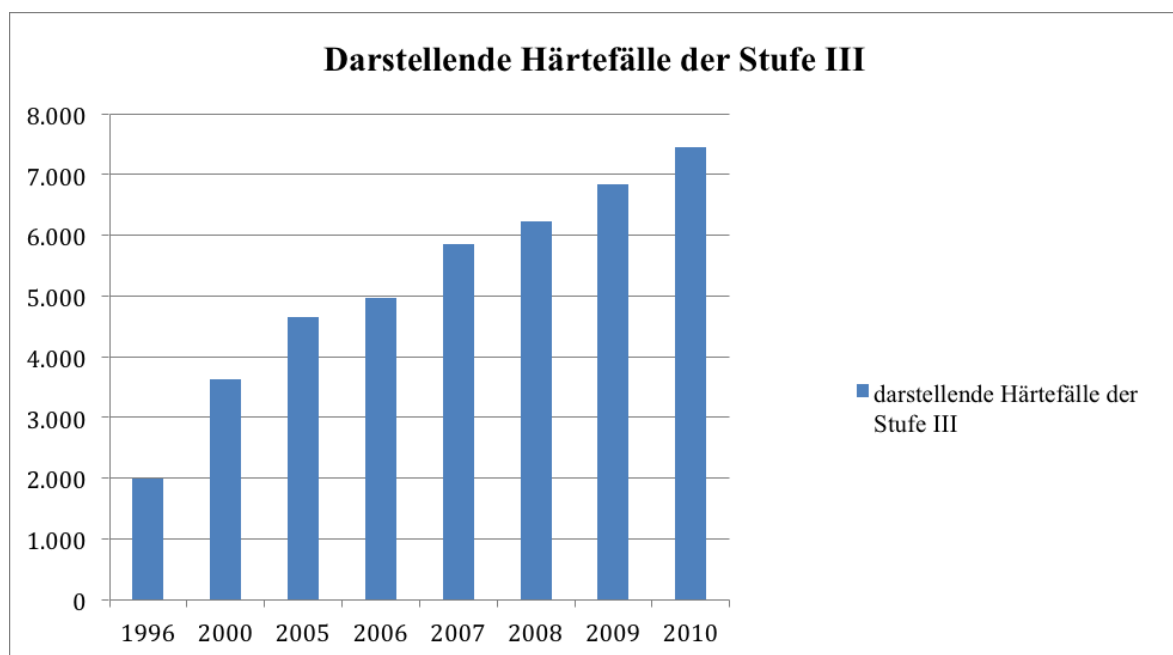


Abb. 19: Darstellende Härtefälle der Stufe III in Deutschland 1996-2010
Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, erstellt am 30.10.2011c-d (eigene Darstellung)

15. Das Begutachtungsverfahren in Deutschland

15.1 Grundriss über qualitative und quantitative Methoden der Datenerhebung des Pflegegutachtens

Ziel der Datenerhebungsmethoden ist es, alltägliche relevante Situationen von Pflegebedürftigen so gut wie möglich zu beschreiben und anschließend mit bestehenden Bezugsgrößen zu interpretieren. Meistens reicht nicht nur eine Befragungstechnik aus, und eine Kombination von qualitativer und quantitativer Datenerhebung ist erforderlich. (vgl. Gültekin, 2003, S. 16) Der Gutachter bringt bei seinem Zusammentreffen mit der Pflegeperson das MDK-Gutachten mit und entscheidet für sich selbst, welche Form der Datenerhebung er anwenden will. (vgl. König, 2004, S. 55) Seit 1. Juni 1997 herrschen in Deutschland allgemeine bundesgesetzliche Begutachtungsrichtlinien. Personen, die eine Privatversicherung abgeschlossen haben, müssen sich bei der Pflegekasse selbstständig melden. Die Begutachtung erfolgt dann über „MEDICPROOF“, den Medizinischen Dienst der Privatversicherung. (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2010)

Der Besuch des Pflegegeldbegutachters wird nach Ankündigung immer im gewohnten Wohnumfeld von einem Arzt oder einer Pflegeperson durchgeführt (Ausnahme: Rehabilitationseinrichtung und Krankenhaus). Besonders in den Ausnahmefällen ist es notwendig, dass eine Pflegefachkraft, die am intensivsten mit der Pflegesituation des Patienten vertraut ist, anwesend ist. Jeder Versicherte hat das Recht, eine dritte Person im Rahmen der Begutachtung hinzuzuziehen. (vgl. König, 2004, S. 65)

Der Zeitraum zwischen Antragstellung und Begutachtung beträgt ca. 4 Wochen. Im Rahmen der Pflegereform 2008 dürfen gesetzlich zwischen Beantragung von Pflegeleistungen und deren Erhalt maximal 5 Wochen vergehen. (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2010) Kommt es anschließend zur Begutachtung, befragt der Gutachter zunächst die beteiligten Pflegefachkräfte und anschließend den Patienten über den aktuellen Gesundheitszustand. Es hat sich erwiesen, dass der Pflegebedürftige seinen Gesundheitszustand besser einstuft als das befragte Pflegefachpersonal. Oft blendet sich der Patient selbst, sammelt seine letzten Reserven, um seine aktuelle Situation gegenüber der öffentlichen und fremden Stelle, den Gutachtern, positiver „vorzuspielen“. (König, 2004, S. 66)

Auch König (2004) betont, dass die meisten Pflegebegutachter zu wenig und ein zu unqualifiziertes Know-how über Begutachtungen besitzen. Ein Einführungsseminar und Praxisstunden mit einem Kollegen und das sture „Fragenkatalog - System“ sind für sie nicht ausreichend, um eine optimale Begutachtungssituation zu erzielen. Umso wichtiger sind daher gute Vorbereitungen vor jeder Begutachtungssituation. Ein Pflegebedürftiger, der zwar mobil erscheint, aber nicht im Stande ist, sich die eigene Weste anzuziehen, kann in dieser Situation seinen Hilfsbedarf nicht mehr kaschieren. Es ist auch wichtig, dass das Pflegepersonal keine Gewohnheiten und typische Merkmale im Alltag der pflegebedürftigen Person verändert. Wenn der Patient sich jeden Tag vier Schichten Kleidung anzieht, Lebensmittel für „schlechtere Zeiten“ in der Handtasche verstaut, so wird er dies möglicherweise auch in der Begutachtung tun. (vgl. König, 2004)

15.2 Die qualitative Befragung

Charakterisiert wird die qualitative Befragung dadurch, dass eher der Befragte die Konversation mit dem Pflegesachverständiger bzw. Pflegegeldbegutachter führt und leitet. Zu den qualitativen Befragungen lassen sich die „*offene* oder *halbstandardisierte Befragung*“, die *halbstandardisierte schriftliche Befragung* und die *offene schriftliche Befragung* zählen“. (Gültekin, 2003, S. 16)

Im Rahmen der **offenen Befragung** gibt der Pflegegeldbegutachter (fast) keine Strukturierung eines Gesprächsverlaufs vor. Der Begutachter übermittelt ein Rahmenthema und der Befragte soll ohne Einfluss über das Thema sprechen.

Die Methode der offenen Fragen oder die Technik der Satzergänzung werden in **halbstandardisierten schriftlichen Befragungen** benützt.

Im Rahmen einer **offenen schriftlichen Befragung** kann der Pflegegeldbegutachter den Befragten über ein gewisses Thema in Form eines Tagebuches schreiben lassen. (Zum Beispiel: Welche Einschränkungen erleben Sie durch Ihre Pflegebedürftigkeit? Bitte notieren Sie sich in den nächsten 7 Tagen Ihren Tagesablauf! Was bereitet Ihnen Schwierigkeiten?)

Der Verlauf einer qualitativen Befragung lässt sich in folgende sieben Durchführungsschritte eingliedern:

1. *„Inhaltliche Vorbereitung*
2. *Organisatorische Vorbereitung*
3. *Gesprächsbeginn*
4. *Durchführung und Aufzeichnung der Befragung*
5. *Gesprächsende*
6. *Verabschiedung*
7. *Gesprächsnotizen.“*

(Gültekin, 2003, S. 17)

15.3 Der Pflegeprozess im Rahmen der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit

15.4 Informationssammlung

Durch Aktenanalyse, Gespräche mit den Betroffenen, Angehörigen, Pflegenden, Betreuern und dem behandelnden Arzt, körperliche Untersuchungen, sowie ggf. Assessmentinstrumente sollen Informationen über den Patienten gesammelt werden. (s. Anhang B)

Laut den Begutachtungslinien müssen der Allgemeinbefund, funktionelle Einschränkungen bezogen auf die Organsysteme, die Pflegediagnose und die Fähigkeiten in Bezug auf die ATL dargestellt werden. (vgl. Diegmann-Hornig et al., 2008, S. 30)

Ziel ist es, dass sich der Begutachter ein erstes Bild vom Patienten machen kann. In den Begutachtungsrichtlinien steht, dass entdeckte Einschränkungen oder Schädigungen nach Grad, Lokalisation und Art genau zu beschreiben sind. (vgl. Diegmann-Hornig et al., 2008, S. 30)

Erkennen von Problemen und Ressourcen/Pflegediagnose

Der Gutachter soll im Rahmen des Hausbesuches mit Hilfe verschiedener Methoden den Pflegebedarf des Patienten erheben. Die Pflegeprobleme werden nach den Komponenten Bereich, Art, Umfang und Ursache formuliert. 16 Items müssen bei der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit beachtet und in die Begutachtung miteinbezogen werden. (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, 2009, S. 67ff.)

15.4.1 Informationssammlung

- Sich waschen: Die benötigte Waschschüssel wurde bereits zum Arbeitsplatz gestellt und wiederum entsorgt. Das Zähneputzen, Rasieren oder ähnliche Zusatzhilfestellungen sind hier nicht zuzuordnen.
 - Ganzkörperwäsche (GK): 30 bis 25 Minuten
 - Teilwäsche Oberkörper (OK): 8 bis 10 Minuten
 - Teilwäsche Unterkörper (UK): 12 bis 15 Minuten
 - Teilwäsche Hände/Gesicht (H/G): 1 bis 2 Minuten
- Duschen (15 bis 20 Minuten): Der Weg in die Dusche wird hier nicht berücksichtigt und fällt in die Kategorie „Stehen“. Lediglich das Waschen, das Abtrocknen, das Eincremen und die Vor- und Nachbereitungen für das Duschen werden hier miteinbezogen. (vgl. Beul, 2005, S. 39)
- Baden (20 bis 25 Minuten): Beim Baden wird die Zeit für Entspannung nicht mit einberechnet. (vgl. Beul, 2005, S. 40)
- Zahnpflege (5 Minuten): Der Zeitwert für die Pflege der Zähne umfasst 5 Minuten. In dieser Zeit sind folgende Hilfestellungen inbegriffen: abends die Zahnprothese in den Becher mit Reinigungsmittel legen, morgens abspülen und reinigen und anschließend wieder einsetzen. (vgl. Beul, 2005, S. 40)
- Sich kämmen (ein bis drei Minuten): Für das Kämmen werden 1 bis 3 Minuten für eine individuelle Frisur gewertet. (vgl. Beul, 2005, S. 41)
- Sich rasieren (Fünf bis 10 Minuten): Bewertet wird hier der Zeitaufwand für eine „normale“ Rasur bei Mann oder Frau mit anschließender Nachtpflege. Jede Betrachtung muss differenziert beurteilt werden und es ist wichtig bei der Wahrheit zu bleiben. Pflegepersonal, welches weiblichen Pflegeheimbewohnern männliche Hormone absichtlich verabreicht und diese somit einen stärkeren Bartwuchs bekommen, nur um einen erhöhten Zeitaufwand für die Rasur zu erlangen, begehen einen Rechtsbruch mit fatalen Folgen.
- Darm- und Blasenentleerung (drei bis sechs Minuten bzw. zwei bis drei Minuten): In dieser Verrichtung herrscht oft Unverständnis und Empörung der Angehörigen. Begleitet der Gutachter den Patienten zur Toilette, wo dieser ohne Hilfe selbstständig seine Verrichtung

ausführen kann, und wird er dann wieder in das Bett begleitet, so besteht für den Gutachter kein Hilfsbedarf bei der Darm- und Blasenentleerung. Ein erfahrener Begutachter muss dann auch die Angehörigen aufklären, dass der Hilfsbedarf im Bereich „Gehen“ angeführt ist. (vgl. Beul, 2005)

- Richten der Bekleidung: insgesamt 2 Minuten
- Wechseln von Windeln (Intimhygiene, Entsorgung)
 - ❖ Nach Wasserlassen: 4 bis 6 Minuten
 - ❖ Nach Stuhlgang; 7 bis 10 Minuten
- Wechseln kleiner Vorlagen: 1 bis 2 Minuten
- Wechseln/Entleeren des Urinbeutels: 2 bis 3 Minuten
- Wechseln/Entleeren des Stomabeutels

(vgl. Beul, 2005)

15.4.2 Ernährung

- Mundgerechte Zubereitung der Nahrung (zwei bis drei Minuten): Eine hauswirtschaftliche Tätigkeit wird durchgeführt, wenn das Brot mit Butter bestrichen und Wurst darauf gelegt wird. Wird es allerdings in Stückchen geschnitten, so fällt diese Hilfeleistung schon in eine zu wertende grundpflegerische Handlung. Auch eine Suppe auf die richtige Temperatur zu erwärmen bzw. zu kühlen, sie auf einen Löffel zu geben, fällt in diesen Bereich.
- Aufnahme der Nahrung (max. drei Hauptmahlzeiten pro Tag): je 15 bis 20 Minuten
- Es ist zu werten, Nahrung zuzubereiten, den Patienten zum Essen ermutigen, die Bereitstellung von Hilfsmitteln (z.B: ergotherapeutisches Besteck), bei Sondenkost, usw.
- Verabreichung von Sondenkost mittels Schwerkraft/Pumpe inklusive das Reinigen des verwendeten Mehrfachsystems bei Kompletternährung (da hier nicht portionsweise verabreicht wird): 15 bis 20 Minuten (vgl. Beul, 2005)

15.4.3 Mobilität

- Selbstständiges Aufstehen und Zubettgehen (je eine bis zwei Minuten): Die Hilfestellung und der Wille für das Aufstehen bzw. Zubettgehen sind hier zu werten.
- Umlagern (zwei bis drei Minuten)
- Sich an- und auskleiden: In diesen Teilhilfebereich fällt das Herausholen der Kleidungsstücke aus dem Schrank, das tatsächliche An- und Ausziehen der Pflegeperson, und Hilfeleistungen für Prothesen, Stützmidler, etc. Wichtig hierbei ist, dass auch Handgriffe die so „nebenbei“ durchgeführt werden, immer in der Pflegedokumentation angeführt werden.
 - Ankleiden gesamt (GK): 8 bis 10 Minuten
 - Ankleiden Oberkörper/Unterkörper (TK): 5 bis 6 Minuten
 - Entkleiden gesamt (GE): 4 bis 6 Minuten
 - Entkleiden Oberkörper/Unterkörper (TE): 2 bis 3 Minuten (vgl. Beul, 2005)
- Gehen: Das Gehen soll hier als Hilfsbedarf gewertet werden im Rahmen der zweimal täglichen Grundpflege, den Wegen zur Toilette oder zu den Mahlzeiten, usw. Gehtrainings, Mobilisationsübungen oder kleine Spaziergänge in Begleitung finden hier keine Berücksichtigung. (vgl. Beul, 2005, S. 47)

Beispiel für eine Wertung nach Beul (2005):

- Morgens und abends waschen: 2x hin und 2x zurück
 - Zu den Mahlzeiten: 4x hin und 4x zurück
 - Zu den Toilettengängen: 7x hin und 7x zurück
- Dies ergibt einen Hilfsbedarf von insgesamt 26x Gehen. (vgl. Beul, 2005, S. 47)
- Ein Orientierungswert ist nicht festgelegt worden
 - Stehen: Der Pflegebedürftige benötigt zum Beispiel Hilfe beim Stehen am Weg zur Toilette, wenn er sich die Mahlzeit zubereitet oder auf den Toilettenstuhl muss.
 - Ein Orientierungswert ist nicht festgelegt worden

- Treppensteigen: Sind in einem Haus der Schlaf- und Wohnbereich in einem anderen Stockwerk, so müssen Hilfeleistungen beim Gehen und Treppensteigen beachtet werden.

➤ Ein Orientierungswert ist nicht festgelegt worden

- Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung: Hier benötigt die Pflegeperson Hilfe beim Verlassen der Wohnung (zum Beispiel Treppen steigen), um Besuche bei Ärzten oder Therapeuten abstatten zu können.

➤ Ein Orientierungswert ist nicht festgelegt worden

Die vorgestellten 15 Punkte ergeben nun einen Zeitwert, der gegebenenfalls in eine Pflegestufe eingeordnet werden kann. (vgl. Beul, 2005)

15.5 Veränderung der Orientierungswerte

Die vorgestellten Orientierungswerte können durch einige Faktoren verändert werden. Wenn eine Pfl egetätigkeit nur mit zwei Pflegepersonen durchgeführt werden kann, muss der tatsächliche Zeitaufwand verdoppelt werden. Auch die Umgebungsunterschiede sind wichtige Faktoren zur Veränderung der Orientierungswerte (z.B. enges Bad). Durch Hilfestellungen bei einer teilweisen Übernahme besteht die Möglichkeit Patienten zu helfen, in denen zum Beispiel nur ihre Fü ße gewaschen werden müssen, weil sie sich die übrigen Körperteile alle selbstständig säubern können.

Erschwerende Faktoren, die Orientierungswerte verändern können sind zum Beispiel Adipositas, starke Sehbehinderungen, Abwehrverhalten, Schwerhörigkeit, usw.

Erleichternde Faktoren wären im vorgestellten Beispiel eine hohe Compliance des Pflegebedürftigen.

Krankheitsspezifische Maßnahmen müssen ebenfalls als Erschweriszuschlag beim Festlegen des temporalen Zeitaufwandes gewertet werden. (Beul, 2005, S. 50f.)

15.5.1 Planung

Die wichtigsten Kriterien bei der Pflege sind die Planung und die Nachvollziehbarkeit. Der Hilfsbedarf wird nach den MDS Richtlinien (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, 2009, 44ff.) in fünf Aspekte eingeteilt.

I. Unterstützung (Ü): Erhalten der Fähigkeiten und Unterstützung des Patienten, um diese wieder zu entwickeln und nützen zu können.

II. Teilweise Übernahme (TÜ): Ein Teil wird von dem Pflegebedürftigen selbst, der andere, für den Patienten nicht durchführbare Teil, wird durch die Hilfe der Pflegeperson erreicht. (z.B.: das Waschen des Rückens oder der Zehen). Bei einer TÜ kann der MDK nur teilweise die Zeitvorgaben anrechnen! Ist der Patient fähig mit einem Hilfsmittel (z.B. einem Rollator) zu gehen, ist kein Bedarf an Hilfe nach dem Pflegeversicherungsgesetz nachzuweisen!

III. Vollständige Übernahme (VÜ): Ist der Pflegebedürftige nicht fähig eine Tätigkeit, wie z.B. die gesamte Körperpflege zu erledigen, hilft die Pflegeperson bei der Verrichtung.

IV. Anleitung

V. Beaufsichtigung

(vgl. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, 2009, S. 44ff; Döbele, 2008, S. 20)

15.5.2 Durchführung der Begutachtung

Die Begutachtung wird von einem Arzt bzw. einem entsprechend qualifiziertem Fachpersonal des gehobenen medizinischen Dienstes durchgeführt.

15.5.3 Evaluation

Das Gutachten sollte von einer unabhängigen Distanz auf Nachvollziehbarkeit, Lesbarkeit, Verständlichkeit und Nachprüfbarkeit sowie auf Kompetenz (Verständlichkeit der Sprache) und Transparenz (Nachvollziehbarkeit) überprüft werden.

Die Fragestellungen müssen mit der Eindeutigkeit der Aussagen übereinstimmen. Verständlich und lesbar sollte das Gutachten sein, damit der Text eine genaue Satzgliederung und Textorganisation besitzt. Die Informationsquellen und den Untersuchungsablauf sollten dokumentiert werden, um dies gegebenenfalls nachprüfen zu können. (vgl. Diegmann-Hornig et al., 2009, S. 34f.)

15.6 Kritik an dem Begutachtungsverfahren

Viele Kritiker des Begutachtungssystems sind sich einig, dass das aktuelle Verfahren zu kosten- bzw. zeitintensiv und unangemessen ist. Oft werden Validitäts- und

Reliabilitätsüberprüfungen nicht vorgenommen und auch die „Zeitkorridore“ zur Orientierung des Pflegebedarfs sind nicht wissenschaftlich überprüft worden. (vgl. Böhler et al., 2006, S. 549) Die gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen des Patienten werden bei der Pflegebegutachtung erst bei den Auswirkungen der Verrichtungen berücksichtigt. (vgl. SGB XI, Pflegebedürftigkeitsbegriff) Menschen, die an einer gerontopsychiatrischen Erkrankung leiden, werden im Hinblick auf den Pflegebedürftigkeitsbegriff vernachlässigt. Alltagskompetenzen werden im Hinblick auf somatische Beeinträchtigungen verglichen und im Pflegebedürftigkeitsbegriff festgesetzt.

Beindet sich zum Beispiel ein Demenzkranker mit seiner Behinderung in einem sehr unausgereiften und frühen Stadium, wird darauf keine Rücksicht genommen und der Erhalt von Pflegegeld wird für den Patienten erst zu einem späteren Zeitpunkt möglich. Eine Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs wäre daher essentiell und notwendig

Eine Möglichkeit zur Verbesserung der Begutachtungsrichtlinien wäre eine Erweiterung der vorgeschriebenen Module der Begutachtung. Zu den gewohnten Modulen wie „Mobilität“ und „Haushaltsführung“ könnten noch Bereiche wie zum Beispiel „kognitive und kommunikative Fähigkeiten“, „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“ oder der „Umgang mit therapie- und krankheitsbedingten Anforderungen“ untersucht und bearbeitet werden.

16. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK)

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung ist der autonome Beratungs- und Begutachtungsdienst der gesetzlichen Pflege- und Krankenkassen. (vgl. Gültekin, 2003, S. 27) Der MDK, der gleichzeitig Kostenträger ist, hat im Auftrag der Krankenkassen die wichtigen Aufgaben, die Prämissen der Pflegebedürftigkeit, die Einstufung des Pflegeaufwandes und des Pflegegeldes zu kontrollieren. Bei Personen einer knappschaftlichen Versicherung ist der Sozialmedizinische Dienst (SMD) für die Begutachtung zuständig. (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2010)

Die Aufgaben des MDK lauten folgend (Gültekin, 2003, S. 26):

- *„Gutachtenerstellung bei Kuranträgen*
- *Gutachtenerstellung bei Arbeitsunfähigkeit, Feststellung der Pflegebedürftigkeit mit Hilfe der Richtlinie zur Einstufung*
- *Prüfung bei Beschwerden*
- *Überprüfung der Qualität der Pflege bei Pflegebedürftigen*
- *Überprüfung von Beschwerden Pflegebedürftiger*
- *Überprüfung der Pflegedokumentation, z.B. zur Bewilligung von Leistung“*

Der MDK musste sich häufig negativer Kritik stellen, da laut Simon (2004) die Einstufungen in die Pflegestufe oft nicht dem tatsächlichen Pflegebedarf entsprachen. Auch eine Verschiebung im Spektrum der Pflegestufen konnte in den Jahren von 1997 bis 2001 aufgezeigt werden: Immer mehr Pflegebedürftige wurden in eine niedrigere Stufe eingestuft. Diese Veränderung erklärte keinen steigenden Pflegebedarf. (vgl. Simon, 2004, S. 218f.)

Nach dem Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (2002) wurde festgestellt, dass professionelle Pflegekräfte den Einfluss besitzen, wie die Begutachtung ausgeht. Oft stellen Gespräche zwischen dem Begutachter und der Pflegeperson (bzw. Angehörigen) ein Problem dar, da das Expertenwissen einfach nicht vorhanden ist. Lebensumstände und der Gesundheitszustand werden oft von „Laien“ weniger schlecht beurteilt, im Gegensatz dazu wird die Fähigkeit zur Selbstständigkeit oft überbewertet. Betrachtet man die Unzufriedenheit der Einstufung in Zahlen, so kann gezeigt werden, dass laut Medizinischem Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (2009) nur 7,4%

der Pflegefälle (bzw. deren Angehörige) Widerspruch gegen den Leistungsbescheid eingereicht haben, aber 27% der Pflegefälle nicht mit den Leistungen im ambulanten Bereich zufrieden waren. In Betreuungseinrichtungen mit einem geschulten Fachpersonal (wie z.B. in Heimen) finden mehr Folgebegutachtungen statt. Denn viele Pflegebedürftige bzw. ihre Angehörigen wissen nicht, wann die Möglichkeit einer Erhöhung des Pflegegeldes bestünde. (vgl. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, 2009)

17. Zwei Pilotprojekte in Österreich werden vorgestellt

Professionelle Pflegebegutachter werden immer wichtiger und unerlässlicher in der demographischen Entwicklung unserer Gesellschaft. In unserer heutigen Gesellschaft soll alles schnell und unkompliziert geschehen, das ist nicht immer möglich. Die Zeit, die für eine Pflegebegutachtung benötigt wird, soll genommen werden! Gerade wenn es um Menschen geht, vor allem um solche, die oft nicht mehr in der Lage sind sich selbst zu äußern oder nicht den Mut besitzen, ihre Bedürfnisse zu artikulieren. Zeit und Vertrauen sind eine wichtige Basis zwischen Patient und Begutachter.

Dabei stellen sich jedoch einige Fragen: Kann dieses Vertrauen durch die Pflegefachkräfte oder durch Ärzte im Rahmen der Pflegebegutachtung herbeigeführt und bestärkt werden? Welche Berufsgruppe ist für welchen Bereich der Pflegebegutachtung am besten einzusetzen?

Wer bietet eine bessere Qualität im Rahmen der Pflegebegutachtung? Das Pflegepersonal? Das ärztliche Personal? Beide Berufsgruppen?

Oder bedarf es für eine bessere Qualität der Pflegebegutachtung nur mehr Zeit für die Begutachtung?

Laut BPGG und der EinstV wird die Pflegegeldeinstufung durch ein ärztliches Gutachten bestimmt. In bisher einem einjährigen Pilotprojekt (2004/2005) und seit 01.01.2011 wird in Österreich der Frage nachgegangen, ob es Unterschiede in der Beurteilungsweise der verschiedenen Berufsgruppen gibt, und wie man durch Einsetzen dieser zwei sozialen Berufsgruppen die Qualität im Bereich der Pflegebegutachtung und der daraus resultierenden Pflegegeldeinstufung am effizientesten erreichen kann.

17.1 Pilotprojekt I „Einbeziehung von Pflegefachkräften in die Pflegegeldebegutachtung“ 2004/2005

Derzeit gibt es für die aktuelle Pilotstudie 2010 noch keine veröffentlichten Ergebnisse. Allerdings wurde im Jahr 2004/2005 ein ähnliches Pilotprojekt im Auftrag des Bundesministeriums in Zusammenarbeit mit dem ÖGKV durchgeführt. Im Gegensatz zu dem aktuellen Projekt wurden die Erhebungen in zwei Bundesländern, der ländlichen Steiermark und dem städtischen Wien, durchgeführt.

Der Ablauf der Begutachtung erfolgte in über 400 temporal getrennten Doppelbegutachtungen durch eine der 20 in pflegerechtlichen Belangen geschulten Pflegefachkräfte, einem sachverständigen Gutachterarzt und schlussendlich durch die ärztliche Oberbegutachtung. (vgl. Ecker, 2005a)

17.1.1 Ergebnisse des Pilotprojektes I

Die Patienten standen dem Versuch der Doppelbegutachtung größtenteils sehr positiv entgegen, nur zwei Patienten lehnten diese ab.

Zu erwähnen ist, dass beide Begutachtungsgruppen, Ärzte und Pflegefachkräfte die gleichen Unterlagen und Befunde zur Verfügung gestellt bekamen. Die Einschulungen der Pflegefachkräfte fand im Juni 2004 statt.

In einigen Fällen stuft das diplomierte Pflegepersonal die Patienten in eine niedrigere Stufe ein als der Gutachterarzt. Im Schnitt war der Unterschied der Einstufung zwischen 1 und 2 Stufen, in manchen Fällen sogar zwischen 3 Stufen.

Die Auswertungen ergaben, dass von den 73 Doppelbegutachtungen von dem Arzt und dem Pflegefachpersonal 33 Begutachtungen ident eingestuft wurden. 22 Mal wurde vom Arzt ein höherer Pflegebedarf als von der Pflegefachkraft gefordert. 19 Mal erhob die Oberbegutachtung einen niedrigeren, 22 Mal einen höheren Pflegebedarf als das Pflegefachpersonal.

Besonders war ein Unterscheid der Begutachtungen zu bemerken, wenn zu einer genauen Beurteilung des Pflegebedarfs Begutachtungen bzw. Diagnosen notwendig waren. Ein Grund dafür ist, dass einige Fälle erst durch einen konkreten klinischen Befund, zu dem nur Ärzten befugt sind, eingestuft werden konnten. (vgl. Ärztegesetz) Oft wurden auf Grund von fehlender Nachvollziehbarkeit der Befunde keine Einschränkungen der Belastbarkeit beschrieben. Besonders bei orthopädischen, internen und psychiatrischen Befunden ist eine exakte Beurteilung wichtig.

Als stark positiv empfunden wurden die Tipps und Ratschläge für die Pflege und die essentielle Beratung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege für die Angehörigen. Außerdem haben die Pflegefachkräfte sehr präzise die soziale Lebenssituation der Patienten dokumentiert.

Die Erfahrungen aus dem Blickwinkel des ÖGKV zeigten, dass die Pflegefachkräfte die Begutachtung als interessante und wertvolle Erfahrung erlebt hatten, da sie am eigenen Leib die oft auftretenden Schwierigkeiten der Pflegegeldeinstufung verfolgten.

Informationen zum Thema Pflege und Betreuung wurden am hilfreichsten von den Pflegefachkräften empfunden. (vgl. Ecker, 2005b)

17.1.2 Veränderungen seit dem Pilotprojekt I

Die Doppelbegutachtung hat sich nicht durchgesetzt. Allerdings wird die Arbeit der „Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege“ weiter ausgebaut. Pflegefachkräfte sollen bei Neuantragsstellern, die in die Pflegestufe 3 bis 7 eingestuft wurden, standardisierte Besuche bei den Patienten in den eigenen vier Wänden durchführen und mit ihren Erfahrungen und Tipps in Sachen Pflege den Betroffenen zur Seite stehen. Dieses Qualitätsangebot wurde in das BPGG (BGBl. I Nr. 69/2001 §33a) aufgenommen und wird seit 2002 für alle Träger der Sozialversicherung angeboten.

Mit Hilfe solcher Pilotprojekte soll vor allem eine Verbesserung der Qualität der Pflegegeldeinstufungen erreicht werden.

17.1.2.1 Pflegetelefon

Durch diese Studien konnte gezeigt werden, welchen hohen Stellenwert pflegende Angehörige auf Informationen und Beratungsmöglichkeiten legen. Um dieses Defizit zu minimieren, setzte das Sozialministerium im Jahr 1996 das Pflegetelefon in die Welt. Unter der Telefonnummer 0800 20 16 22 (Fax: 0800 22 04 90, Mail: pflegetelefon@bmask.gv.at) steht das Pflegetelefon von Montag bis Freitag von 08.00 bis 16.00 gebührenfrei zur Verfügung. Es besteht auch neben der telefonischen, schriftlichen oder elektronischen Beratung die Möglichkeit einer persönlichen Beratung für die hilfesuchenden Menschen. Die Beratung wird nach Terminvereinbarung im Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz vollzogen.

Ratsuchende können unter anderem über folgende Themen informiert werden:

- *„Pflegegeld,*
- *Betreuungsmöglichkeiten in der eigenen Wohnung,*
- *Finanzielle Hilfen und Förderungen,*
- *Sozialversicherungsrechtliche Absicherung von Pflegepersonen,*

- *Kurzzeitpflege, stationäre Weiterpflege, Urlaubspflege,*
- *Familienhospizkarenz und*
- *Hilfsmittel, Heilbehelfe oder Adaptierungen“*

(Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2010)

Von den 9.263 persönlichen Beratungsgesprächen und den 11.705 Gesprächen am Pflegetelefon im Jahre 2009, erfolgten in 5.126 Fällen Beratungen mit privaten Pflegepersonen, in 1.823 Fällen durch pflegebedürftige Personen, in 682 Fällen durch professionelle Dienste und in 1.632 Fällen durch andere Institutionen (z.B. Gemeinden).

Es werden von den Ratsuchenden aber nicht nur Informationen gefordert, sondern auch oft Probleme im Versorgungssystem angesprochen:

- Unzureichendes oder kein vorhandenes Entlassungsmanagement nach einem Krankenhausaufenthalt,
- Unflexible soziale ambulante Dienste, zum Beispiel kommen häufig verschiedene Heimhilfen, die immer wieder neu informiert werden müssen, was für alte pflegebedürftige Menschen eine starke Belastung darstellt.
- Zu wenig Angebot von Nachtbetreuung und keine durchgehende Wochenbetreuung,
- Einsparungen der Krankenkassen bei Hilfsmitteln (z.B. Krankbetten oder Einlagen bei Inkontinenz)
- Bei der Pflegegeldbegutachtung wird der Hausbesuch nicht angekündigt.

17.1.2.2 Internetplattform für pflegende Angehörige

Weiters wurde im Jahr 2006 eine eigens für pflegende Angehörige Internetplattform, die auf der Homepage www.pflegedaheim.at abzurufen ist, erstellt. Vor allem Fragen über die häusliche Pflege und die Absicherung für pflegende Angehörige werden auf dieser Seite beantwortet.

Ratsuchende können auch Antworten auf folgenden Gebieten finden:

- Pflegegeld
- Sozial- und arbeitsrechtliche Absicherung von Pflegepersonen
- 24-Stunden-Betreuung
- mobile soziale Dienste
- Hilfsmittel für die Pflege

- Therapien bei Hausbesuch
- Kurse und Selbsthilfegruppen
- Finanzielle Begünstigungen
- Stationäre Weiterpflege
- Urlaub für pflegende Angehörige
- Kurzzeitpflege und Zuwendungen zur Unterstützung pflegender Angehöriger
- Informationen über die Beratungsangebote des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
- Hilfsmittelinfo
- Studien und Publikationen des Ressorts
- Formulare
- einschlägige Fachzeitschriften um das Thema Pflege sind abrufbar.

(Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2009b)

89.321 Abrufe konnten vom 01.01.2009 bis 31.12.2009 gezählt werden, diese Anzahl entspricht 7.443 Besuchern der Homepage pro Monat.

17.1.2.3 Interessensgemeinschaft (IPA)

Ebenso wurde eine Interessensgemeinschaft (IPA) für pflegende Angehörige in Österreich gegründet. Diese ist auf der Webseite www.ig-pflege.at abrufbar.

Die IPA sieht sich als Sprachrohr und Vertretung der pflegenden Angehörigen und will diese in folgenden Gebieten unterstützen:

- Im öffentlichen Eintreten für die Bedürfnisse pflegender Angehöriger zur Verbesserung der Lebenssituation durch Lobbying und Advocacy bei Entscheidungsträgern in Politik, Verwaltung und Wirtschaft.
- In der breiten Öffentlichkeitsarbeit zur Wertschätzung und Bewusstseinsbildung über gesellschaftliche Relevanz, Belastungen und Herausforderungen pflegender Angehöriger.
- In der Stärkung pflegender Angehöriger, für sich selbst einzutreten, zum Beispiel durch Veranstaltungen.
- In der Bereitstellung von Informationen und Beratung zu Angeboten und von Vernetzungsstrukturen. (vgl. Grasser, 2010, S. 43f.)

17.2 Pilotstudie II: Pflegegeldbegutachtung 2010

Anfang Oktober 2010 wurde im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit Soziales und Konsumentenschutz (BMAK), der Pensionsversicherungsanstalt (PVA) und dem Österreichischen Gesundheits- und Krankenverband (ÖGKV) in Wien, Niederösterreich, Salzburg, Tirol und Burgenland der Pilotversuch „*Pflegegeldbegutachtung nach dem BPGG unter Einbeziehung von 80 Pflegefachkräften*“ gestartet. (Grasser, 2010, S. 140) In Österreich erhebt, im Gegensatz zu Deutschland „nur“ ein ärztlicher Gutachter den Pflege(geld)bedarf. (vgl. Grasser, 2010) Jedoch steht bereits in §8 Abs 1 in der Einstufungsverordnung (EinstV) geschrieben, dass im Rahmen einer Pflegegeldbegutachtung:

„[...]erforderlichenfalls zur ganzheitlichen Beurteilung der Pflegesituation Personen aus anderen Bereichen, beispielsweise dem gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege[...]beizuziehen“ (EinstV §8. Kodex, 2006) sind. Von dieser Möglichkeit wird jedoch nur sehr selten Gebrauch gemacht.

Vor Beginn der sechs monatigen Pilotstudie bekamen die vom ÖGKV gewählten Pflegefachkräfte eine genaue Einschulung über das Pflegegeldrecht vom Unternehmens- und Bürgerlichen Rechtsexperten Dr. Martin Greifeneder. Ziel war es die Pflegefachkräfte genauest zu schulen, um eine qualitätssichere Einstufung in Zukunft vollziehen zu können.

Die Projektgruppe umfasst ungefähr 1000 Antragsteller, die nicht nach der Ursache ihres Pflegebedarfs, dem Alter oder der Umgebung in der sie gepflegt werden, (häuslich oder stationär) unterschieden werden.

Im Rahmen der Studie werden drei Begutachtungstermine fokussiert. Die erste Begutachtung erfolgt gemeinsam durch den Arzt und eine Pflegefachkraft. Ziel ist es, einen ersten Eindruck über die Pflegeperson und eine Befundaufnahme zu erlangen, die mit Hilfe des Pflegebedürftigen, einem Angehörigen oder der Hauptpflegeperson erreicht werden soll.

Weiters wird jeweils separat durch den Arzt und die Pflegefachkraft eine Begutachtung der Pflegeperson vollzogen.

Die wissenschaftliche Begleitung erfolgt durch den FH Campus Wien.

Vor allem soll durch diese Studien die Qualität der Einstufung verbessert und eine Brücke zwischen dem medizinischen und pflegerischen Know-how entwickelt werden.

Ziel der Studie ist es auf folgende Fragestellungen Antworten zu finden:

1. Welche Abweichungen der Ergebnisse des Gutachtens gibt es zwischen Arzt und DGKS/P?
2. Wenn Abweichungen aufgetreten sind, was sind die Ursachen dafür?
3. Wie wird eine Begutachtung von zwei Experten, sowohl vom Arzt als auch von der Pflegefachkraft und den Patienten aufgenommen und empfunden?

Die Ergebnisse dieser Studie sollen eine Weiterentwicklung in der Zukunft der Pflegegeldbegutachtung bewirken. In Folge könnten die Pflegekräfte ihre Zuständigkeit in der Höherstufung des Pflegegeldes sehen. (vgl. „500 Mio. Euro“, erstellt am 10.08.2010)

Interessant werden die Unterschiedlichkeiten der Beurteilungen und das Verhältnis zwischen DGKS/P und pflegenden Angehörigen sein. Jedoch soll das Wissen der zwei Expertengruppen eine langfristige Verbesserung der Pflegegeldbeurteilung mit sich bringen.

Ein Endbericht liegt bereits seit Oktober 2011 vor, ob dieser veröffentlicht wird ist noch unklar.

17.2.1 Kritische Bemerkungen über den Pilotversuch

Die Überlegung, ob die Erstbegutachtung ein Arzt und weiters eine Pflegefachkraft ausüben soll, wird nicht von allen Experten für gut geheißen. Der ÖAK - Präsident Dr. Walter Dörner kommentiert, dass im Begriff der „Pflegebegutachtung“ fälschlicherweise pflegerische, und keine medizinischen Aspekte verstanden werden. Pflegefachkräfte dürfen gesetzlich keine medizinischen Diagnosen, jedoch pflegerische Diagnosen stellen und Ärzte können wie gehabt die Pflegedokumentation in die ärztliche Begutachtung hineinfließen lassen. (vgl. Mayrhofer, 2010)

Die Basis der Pflegegeldeinstufung ist das ärztliche Gutachten. Dies spiegelt sich auch in den Gesetzen wider, wo ausdrücklich in den Bestimmungen des BPGG von „*ärztlichen Begutachtungen*“ (§1 3. Teil Abs 1 Z4 BPGG. Kodex, 2006) geschrieben wird. Auch ist immer wieder die Rede von „*ärztlichen Feststellungen*“ (§9 Abs 5 Z2 BPGG. Kodex 2006), „*ärztlichen Untersuchungen*“ (§26 Abs 1 Z1 und Z2, §§30, 40 Abs 2, §48 Abs 3, §48a Abs 2 BPGG. Kodex 2006), und von „*ärztlichen Sachverständigengutachten*“. (§§32f BPGG. Kodex, 2006)

18. Case- und Care Management

Dieses entwickelte sich in den USA in den 1970er Jahren in der ambulanten Sozialarbeit und hatte die Koordination der Fachkräfte zum Ziel, um die Sorgearbeit (care) „zu organisieren“. (vgl. Aner & Karl, 2010, S. 215) Onder (2007) beschreibt, dass die Begleitung der häuslichen Pflege das Risiko für eine Unterbringung in einem Heim drastisch verringert. Besteht eine „*intensive und gut organisierte Begleitung*“, kann die Lebensqualität somit erhöht werden. (vgl. Aner et al., 2010, S. 216) Das Szenario erinnert an die 50er und 60er Jahre, als der Hausarzt noch seine Patienten (v.a. in Kleinstädten) persönlich kannte, auch die Familiengeschichte und oftmals auch über die Ängste und Befürchtungen mit Patienten sprach. (vgl. Laimböck, 2009, S. 75) Der Case-Manager hat die Aufgabe komplexe Aufgabenstellungen zu ordnen, gezielt Angehörige zu schulen und in ihrer Pflegeaufgabe zu begleiten. Auch das „managen“ der Erwerbstätigkeit und die pflegerischen Aufgaben sollen durch den Case-Manager gelöst und vereinfacht werden. (vgl. Aner et al., 2010, S. 221f.) Personen, die mit einer Menge an Problemen in komplexen Situationen kämpfen, sollen durch Unterstützungsmaßnahmen Hilfe erfahren. (vgl. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung, 2008, S. 157) Eine große Unterstützung für pflegende Angehörige stellt die Verbindung zwischen dem Sozial- und Gesundheitssystem dar.

Der Case-Manager soll die Brücke für Klienten, Patienten und pflegenden Angehörigen darstellen. (vgl. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung, 2008, S. 125) Durch die Hilfe des Case-Managers soll das formelle Hilfesystem mit dem informellen Hilfesystem verknüpft werden, um hilfreiche Unterstützungsmethoden zu schnüren. (vgl. Evers et al., 1996, S. 347f.) Fakt ist, dass die deutsche Pflegeversicherung nur einen Teil des Gesamtbedarfs abdecken kann, und in diesem Punkt spielen die Case-Manager als zentrale Welfare-Mix-Akteure eine Rolle. Ihre wichtigste Aufgabe ist es, die Ressourcen der Pflegeversicherung richtig zu nützen und zu versuchen, die Lebens- und Pflegequalität des Klienten zu erhöhen. Die Kunst liegt darin, die verschiedensten Sektoren, wie Unterstützung durch Familie, freiwillige Hilfe, Dienstleistungen auf dem Markt, usw. zu verknüpfen bzw. zu mixen und als Miteinander zu realisieren. (vgl. Olk, 2010, S. 579f.)



Abb. 20: Das Bindeglied „Case-Manager“
 Quelle: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung, 2008, S. 125 (eigene Darstellung)

Die wichtigsten Ziele eines Case-Managers sind die „*Sicherung der Behandlungskontinuität und die anwaltschaftliche Funktion für den Patienten.*“ (Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung, 2008, S. 120) Die Kunst des Case-Managements liegt im „managen“ der Schnittstellen. (Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung, 2008, S. 120). Ein „package of care“ soll für die Betroffenen geplant werden. (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 1999, S. 96)

Doch auch mit dem kompetentesten Case-Manager, der klinische, organisatorische, ökonomische, politische und kommunikative Fähigkeiten besitzen muss (vgl. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung, 2008, S. 160), ist die Zusammenarbeit mit der Hauptpflegeperson unausweichlich. Gemeinsam sollen auf Unklarheiten und Fragen Antworten gefunden werden. Der Case-Manager fungiert als Unterstützer der Hauptpflegeangehörigen und nach einiger Zeit begleitet er diese wie einen „Schatten“. Vergleicht man dieses System mit dem Selbstpflegemodell von Dorothea Orem, so können Parallelen entdeckt werden. Das Case Management soll den pflegenden Angehörigen unterstützen, um „Brücken“ (vgl. Wendt, 1995, S. 176) zu bauen, um den Einstieg der Hilfsangebote zu erleichtern:

- „*Welche Möglichkeiten ergeben sich für den pflegenden Angehörigen, wenn Hilfen sinnvoller strukturiert werden?*
- *Welche Unterstützungsangebote bieten sich im vorliegenden Fall an?*
- *Welche Maßnahmen sind erforderlich, um die gesundheitsfördernden Angebote in Anspruch zu nehmen?*“ (Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung, 2008, S. 157)

Orem ist auch der Meinung, dass als erster Schritt das eigene Selbstpotential erkannt und gefördert werden muss, um anderen Personen zu helfen und diese zu versorgen.

„Selbstpflege meint die reflektierte Ausübung von Förderung des Wohlbefindens“.

(Cavanagh, 1997, S. 18f.)

Genauso wie bei Orem sollen auch die Menschen, um selbstpflegend handeln zu können, über sich selbst und über das Phänomen Gesundheit Bescheid wissen. (vgl. Cavanagh, 1997, S. 37) Eine weitere effektive Kooperationsmaßnahme in der Pflegearbeit stellt das „Poolen“ dar. Insbesondere in Senioren-WGs, Wohngruppen in geteilter Verantwortung v.a. für Demenzkranke und der ambulanten Betreuung können durch das „Poolen“ mehrere Pflegebedürftige betreut werden und somit können Geld und Zeit eingespart werden. Diese Faktoren können effektiv für zusätzliche Betreuungsdienste verwendet werden, wie zum Beispiel gemeinsame Spiele, gemeinsames Lesen, etc. (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2011, S. 48; Olk, 2010, S. 579) Mit Hilfe des Case Management, welches als „Überleitungspflege“ betrachtet wird, kann durch den Case-Manager eine Verbindung zwischen ambulanter und stationärer oder nur ambulanter Versorgung getroffen werden. Ist es möglich, den Patienten den Aufenthalt in einer ambulanten Einrichtung zu ersparen, so soll dies vermieden werden. Laut Wendt (2010) werden in Krankenhäusern auch immer öfters sog. „Brückenschwestern“ im Bereich der „Überleitungspflege“ eingestellt, um die Patienten in hauswirtschaftlichen, wohnungs- und behandlungsmäßigen Tätigkeiten zu unterstützen. (vgl. Wendt, 2010, S. 205f.)

19. Umlageverfahren versus Kapitaldeckungsverfahren

Ergänzend zu den Kapiteln 3 und 9, in denen u.a über die demographische Entwicklung in Österreich und Deutschland informiert wird, soll in diesem Teil der Arbeit noch genauer über die zukünftigen Bevölkerungsprognosen bzw. Erwerbs- und Pensionsprognosen eingegangen werden.

Zur Veranschaulichung sind die Daten der Statistik Austria (2010) für die vorausberechnete österreichische Bevölkerungsstruktur 2010-2075 laut Hauptszenario verwendet, in dem die Fertilität, die Lebenserwartung und die Zuwanderung mit einem Mittelwert berechnet sind.

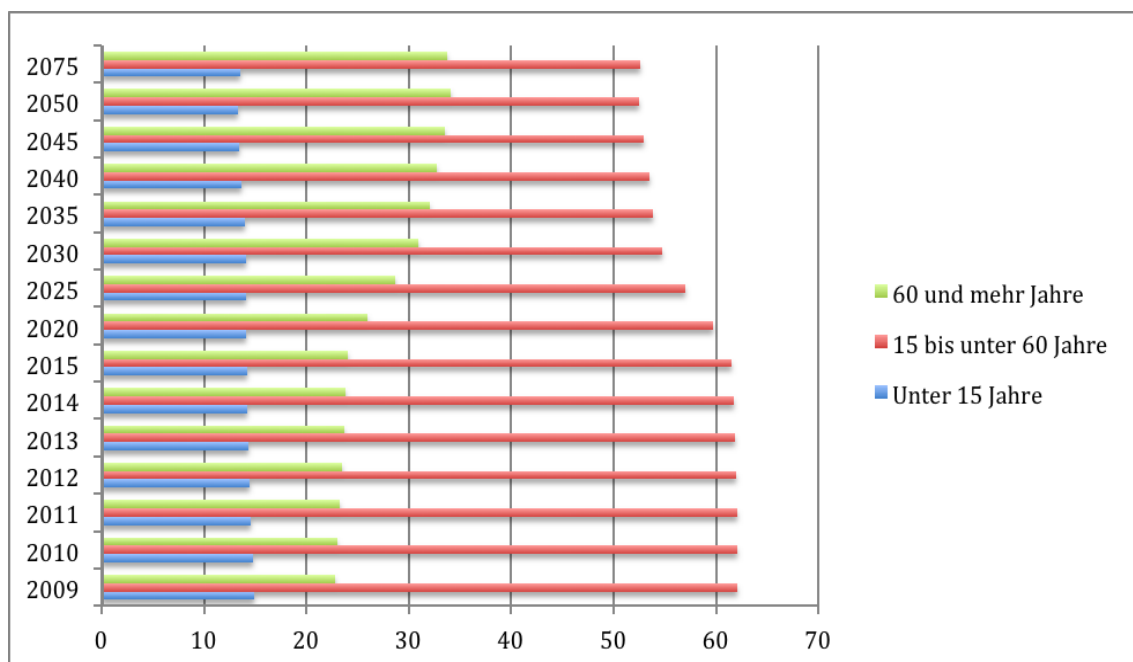


Abb. 21: Vorausberechnete Bevölkerungsstruktur für Österreich (2010-2075)
Quelle: Statistik Austria, erstellt am 23.08.2011 (eigene Darstellung)

In Abb. 21 ist deutlich erkennbar, dass die Gruppe der 15- bis 60-Jährigen, also jene, die derzeit maßgeblich für den Erhalt des Versicherungssystems verantwortlich sind, drastisch abnimmt. Die Gesellschaft 60 Plus nimmt im Gegenzug von Jahr zu Jahr zu. 2075 werden laut Statistik Austria (erstellt am 23.08.2011) 52,7% der Bevölkerung zwischen 15 und 60 Jahre, und 33,8% über 60 Jahre alt sein.

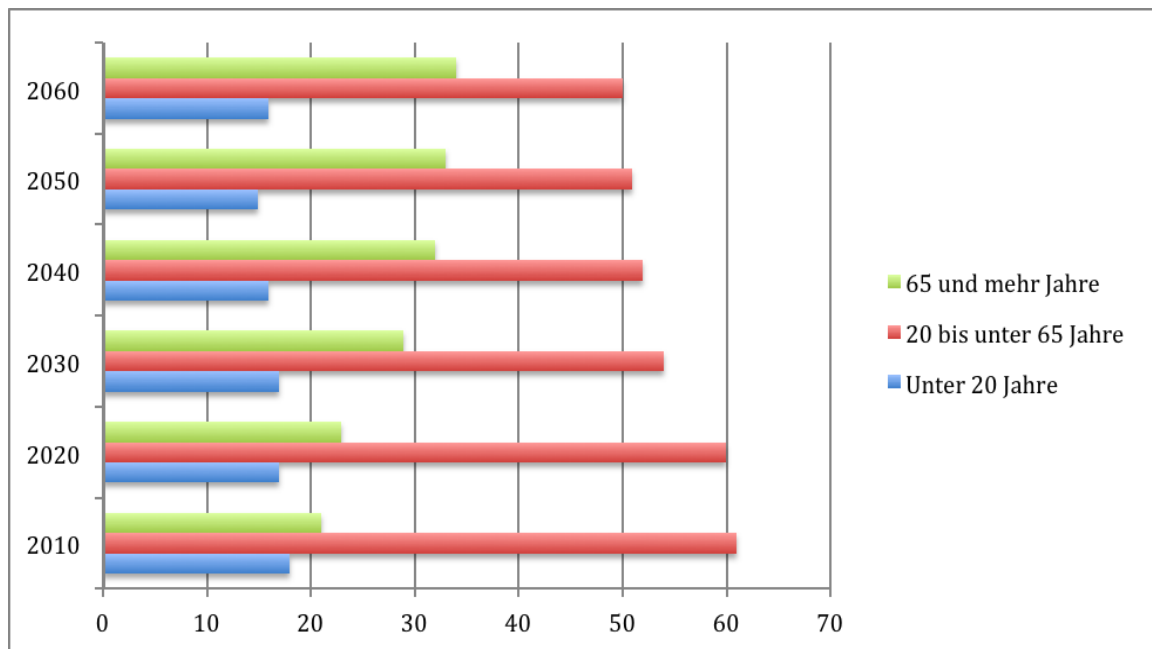


Abb. 22: Vorausberechnete Bevölkerungsstruktur für Deutschland (2010-2060)
Quelle: Statistisches Bundesamt Deutschland, erstellt 2009 (eigene Darstellung)

Auch in Deutschland stößt man auf dasselbe demographische Bild wie in Österreich. Wie in Abb. 22 gezeigt wird, nimmt die Gruppe der 20 bis unter 65-Jährigen jährlich ab, die Gesellschaft der 65-jährigen hingegen zu. In anderen Worten ausgedrückt: Die Beitragszahler werden von Jahr zu Jahr weniger, die Beitragsnehmer jedoch immer mehr. Im Jahr 2060 werden laut dem Statistischen Bundesamt Deutschland (2009) 16% unter 20 Jahren, 50% zwischen 20 und 64 Jahren und 34% über 65 Jahre alt sein.

Die demographische Entwicklung bringt die Versicherungssysteme, egal ob Pflege- oder Pensionsversicherung, in den nächsten Jahren in eine finanzielle Misere. In diesem Kapitel soll auf die zwei verschiedenen Finanzierungsverfahren, das Umlage- und das Kapitaldeckungsverfahren eingegangen werden. Diese zwei Finanzierungsformen sind die zwei häufigsten in der Altersvorsorge.

19.1 Status quo in Österreich

Gemessen an der österreichischen Bevölkerung waren im Jahr 2010 71,7% erwerbstätig. (vgl. Statistik Austria, o.J.a) Dieser Anteil wird sich bis zum Jahr 2035 bzw. 2050 auf 45% vermindern. (vgl. Statistik Austria, o.J.b; Statistik Austria, o.J.c [eigene Berechnungen])

19.1.1 Finanzierungsform in Österreich

Da es in Österreich keine obligatorische Pflegeversicherung gibt, werden die Sozialversicherungsleistungen verglichen. Alle vier Säulen der Sozialversicherung

(Kranken-, Unfall-, Pensions- und Arbeitslosenversicherung) unterliegen dem Umlageverfahren. Der Konsum wird also von einer Bevölkerungsgruppe zur anderen transferiert.

19.2 Status quo in Deutschland

Unter der Prämisse, dass alle 20 bis unter 65-jährigen deutschen Bürger erwerbstätig, und alle über 65-jährigen sich in der Pension befinden, nimmt auch in Deutschland die Erwerbstätigenquote drastisch ab. Sind es im Jahr 2010 noch 61%, 2020 50%, 2030 54%, 2040 52%, 2050 51%, so werden im Jahr 2060 nur noch 50% der Bevölkerung erwerbstätig sein. (Statistisches Bundesamt Deutschland, 2009; Statistisches Bundesamt Deutschland, o.J.b [eigene Berechnungen])

19.2.1 Finanzierungsform in Deutschland

In Deutschland wird die fünfte Säule der Sozialversicherung, also die obligatorische Pflegeversicherung, durch das Umlagevermögen finanziert.

19.3 Umlageverfahren

In diesem System werden die Pensionen von den laufenden Beitragszahlungen der Erwerbstätigen (bzw. durch Steuereinnahmen bei fehlenden Mitteln) finanziert. Die eingenommenen Beträge werden somit gleich für die Pensionsauszahlungen der derzeitigen Ruheständler genutzt. Dieses Finanzierungssystem wird in der Sozialversicherung bzw. in der obligatorischen Pflegeversicherung angewendet. (vgl. Eichenhofer, 2007, S. 32)

Eine große Rolle im Umlageverfahren spielen die Geburtenrate und die Altersstruktur. Von Jahr zu Jahr wird es immer mehr Beitragsnehmer als Beitragszahler geben. Das Umlageverfahren beruht auf einem Generationenvertrag. (vgl. Oberender & Hebborn & Zerth, 2006) Dieser Vertrag beschreibt folgende Verpflichtungen:

- 1.) Die Erwerbstätigen müssen die im Ruhestand befindliche Gesellschaft mit Zahlungen finanzieren.
- 2.) Eine neue erwerbstätige Generation für die nächsten Pensionierungen muss geschaffen werden. (vgl. Wigger, 2006, S. 221)

19.3.1 Probleme des Umlageverfahrens

Beim Umlageverfahren sowie beim Kapitaldeckungsverfahren können demographische Hürden aufgezeigt werden: Ein geringer Teil der jungen Generation, der in den nächsten Jahrzehnten noch mehr sinken wird, muss für Leistungen, (Pflegeleistungen und Pensionen) für eine immer größer werdende, alternde Gesellschaft aufkommen. Durch diesen demographischen Wandel entstehen zwei Handlungsmöglichkeiten:

- 1.) Die Versicherungsbeiträge werden erhöht oder
- 2.) die Leistungen werden gekürzt.

Weitere Einflussfaktoren:

- Das Wachstum der Wirtschaft und gegebenenfalls Veränderungen des BIPs
- Die Anzahl der Erwerbstätigen bzw. der Beitragszahler
- Die Entwicklung der Produktivität des privaten Sektors und die Entwicklung des Reallohnes

Entwickeln sich diese aufgezählten Einflussfaktoren positiv, so kann eine Senkung des Umlagevermögens erzielt und Leistungen könnten weiter finanziert werden. (vgl. Mühlberger et al., 2008, S. 19ff.)

19.4 Kapitaldeckungsverfahren

Das Kapitaldeckungsverfahren ist abhängig von zwei großen Distanzen: den „*Sparern*“ und den „*Entsparern*“. (Mühlberger et al., 2008, S. 20) In diesem System werden eingezahlte Beiträge der jungen Generation, also dem Versicherten oder einer Versichertengemeinschaft in einem Kapitalfonds angelegt und verzinst. Durch dieses Verfahren wird über mehrere Jahrzehnte ein eigener Kapitalstock angespart. Dieses System wird in den Privatversicherungen angewendet. (vgl. Eichenhofer, 2007, S. 32) Mit diesem Finanzierungsverfahren deckt jeder Einzelne seine eigene Pension im Laufe der Jahre mit seinem Kapitalstock ab. Jeder zahlt somit seine Leistungen selbst. (vgl. Wigger, 2006, S. 221)

19.4.1 Mögliche Probleme bei der Einführung eines Kapitaldeckungsverfahrens

Vor allem für die junge Bevölkerung wäre eine Einführung der Kapitaldeckung doppelt belastend.

- 1.) Die junge Generation muss für sich selbst damit anfangen, einen Finanzierungsstock anzusparen.
- 2.) Zeitgleich muss sie für die bereits pflegebedürftige Generation finanzielle Mittel, also Steuern, einzahlen.

Wird der Zeitraum in der Umstrukturierung möglichst lang gehalten, könnten die finanziellen Mittel gering gehalten und auf mehrere Kohorten verteilt werden. (vgl. Mühlberger et al., 2008, S. 18ff.)

Am Beginn einer Einführung dieses Systems würden sich laut Mühlberger et al. (2008) keine groben demographischen Auswirkungen ergeben. Durch das Anlegen von Vermögen in Wertpapieren oder Anleihen der Versicherungsnehmer entwickelt sich Geldfluss. Eine daraus sich entwickelnde Angebotserhöhung bringt vice versa höhere Renditen und Preise. Diese verlockende Situation wird sich jedoch laut Mühlberger et al. (2008) ändern, sobald eine geburtenstarke Generation ihren Anspruch auf ihren Kapitalstock nimmt, und diesen somit entwertet. Diese wird jedoch immer einen geringeren Kapitalstock entnehmen können. Denn nach einer geburtenstarken Generation folgen anzahlsschwächere Generationen bzw. eine niedrigere Anzahl von potentiellen Anlegern.

Eine Lösung könnte laut Mühlberger et al. (2008) auch sein, dass Kapital auch am internationalen Markt angelegt wird. Anlagen im Ausland könnten den Verfall durch unterschiedliche Prozesse des Alters bremsen. (vgl. Rasche, 2008, S. 4) Diese Lösung ist jedoch wieder mit Risiken, wie z.B. Kursverlusten, falschen Spekulationen und Krisen am Finanzmarkt verbunden. Eine Entwertung der Versicherungserlöse ist in diesem Fall möglicherweise zu erwarten. Neben Risiken, wie einer Entwertung, kommen auch die allgemeinen Anlagerisiken hinzu. Das Risiko eines Verlustes ist vermindert bei geringeren Renditen. Wenig Wagnis bedeutet sicherer aber geringer Gewinn. Im Gegensatz zum Kapitaldeckungsverfahren besitzt das Umlageverfahren „kalkulierbarere“ Risiken, nämlich die gesellschaftliche Altersstruktur. (vgl. Mühlberger et al., 2008, S. 20ff.).

Zusammengefasst kann gesagt werden, dass beide Finanzierungssysteme ihre Vor- und Nachteile aufweisen. Das Kapitaldeckungsverfahren ist individueller und robuster

gegenüber demographischen Veränderungen. Es stellt jedoch für die junge Generation eine zu große und unmachbare finanzielle Belastung mit vielen Kapitalmarktrisiken (z.B. Renditen) dar.

20. Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Wesentliche Unterschiede der zwei vorgestellten Pflegesysteme

Ein wesentlicher Unterschied im Bezug der Einstufung des Pflegegeldes der beiden Länder liegt darin, dass in Österreich der Bedarf an Pflege mehrmals wöchentlich, in Deutschland sogar täglich gegeben sein muss. Auch die Einstufung des Pflegegeldes weist enorme Unterschiede auf: Während in Deutschland 3 Pflegestufen bestehen, existieren in Österreich sogar sieben. Meiner Meinung nach ist das Sieben-Stufensystem in Österreich vorteilhafter. Je mehr Stufen es gibt, desto genauer und differenzierter kann eingestuft werden. Diese Mindesteinstufung wäre in Deutschland sicher auch umsetzbar und erforderlich.

Ein weiterer Unterschied zwischen dem österreichischen und deutschen Pflegesystem besteht in der Abrechnung der erbrachten Pflegeleistung. In Deutschland hat der Pflegebedürftige die Möglichkeit, als Pflegesachleistung das Pflegegeld oder Sachleistungen zu beantragen. In diesem demokratisch-parlamentarischen Bundesstaat ist das Pflegegeld niedriger als die Sachleistungen. In Deutschland kommt der Pflegebedürftige mit den Abrechnungen der Pflegesachleistungen nicht in Kontakt. Die Pflegekasse rechnet mit dem Leistungserbringer die jeweiligen Kosten ab. In Österreich besitzen die Pflegebedürftigen auch die Möglichkeit, einen ambulanten Dienst zur Pflegesicherung zu beauftragen. Die erbrachten Leistungen müssen allerdings mit Hilfe des Pflegegeldes oder mit dem übrigen Einkommen des Pflegebedürftigen bezahlt werden. Häufig reicht aber das Pflegegeld nicht aus, um sich eine qualifizierte Pflegefachkraft nachhause zu holen. Deutschland hat mit der Kombinationsleistung von höheren Sachleistungen bzw. niedrigem Pflegegeld entgegen gewirkt. Der Pflegebedürftige kann sich entscheiden, ob er sich für das niedrigere Pflegegeld bzw. die höheren Sachleistungen entscheidet. (vgl. Schmidt, o.J., S. 13f.)

Verhinderungspflege/Leistungen für pflegende Angehörige

Ein weiterer Unterschied liegt in der Verhinderungspflege bzw. in den Leistungen für pflegende Angehörige. Die Verhinderungspflege darf den Höchstzeitraum von 28 Tagen pro Jahr nicht überschreiten. Kann in Deutschland ab Pflegestufe I Verhinderungspflege angefordert werden, so kann dies in Österreich bei einer nachweislich demenziellen Erkrankung ab der Stufe 1 bis 2, und ohne Nachweis erst ab Stufe 3 beantragt werden. Pflegende Angehörige von minderjährigen oder pflegebedürftigen Personen können ab Pflegestufe 1 eine Verhinderungspflege anfordern. In Deutschland beträgt der jährliche

Höchstbetrag 1.510 € (ab 2012 1550 €), in Österreich in der Stufe 1-3 1.200 €, in der Stufe 4 1.400 €, in Stufe 5 1.600 €, in der Stufe 6 2000 € und in der höchsten Pflegestufe 2.200 €. In Österreich darf jedoch auch das monatliche Nettoeinkommen mit dem Bezug des Pflegegeldes in den Stufen 1-5 2.000 € und in den Stufen 6 und 7 2.500 € nicht überschreiten. In Deutschland sind die Pflegekassen für dieses Service zuständig, in Österreich ist das Bundessozialamt bzw. die Bezirksverwaltungsbehörde für diesen Support verantwortlich. Hier ist positiv zu beachten, dass Deutschland schon ab Stufe 1 die Möglichkeit zur Verhinderungspflege anbietet, Österreich hingegen erst ab Pflegestufe 3, wenn der Pflegebedürftige kein Kind ist oder keine demenzielle Krankheit vorweist. (vgl. Das Land Niederösterreich, 2011; Pflegeverantwortung, 2010; Schmidt, o.J., S. 14)

Pflegescheck

Das Kärntner Projektmodell des Pflegeschecks wurde im Jahr 2004 als Pilotprojekt gestartet. Ziel war es, mit einem Gutschein im Wert von 1000 € eine weitere finanzielle Entlastungsmöglichkeit für pflegende Angehörige zu schaffen. Zusätzliche mobile Hilfen, Pflegebehelfe und andere Hilfsmittel sollten mit diesem Geld beschaffen werden können. Dieser Gutschein führte zu keinen Auswirkungen auf das Pflegegeld. Ab Stufe 3 waren Pflegebedürftige berechtigt, einen Pflegescheck anzufordern. Die Finanzierung wurde durch das Sozialministerium gefördert. In Fürstenfeld, Steiermark, wurden 250 potentielle Bezieher in das Pilotprojekt einbezogen. Lediglich 79 Personen nützten einen Pflegescheck. Gründe dafür könnten zum Beispiel die Ausgrenzung der Pflegebedürftigen unter der Pflegestufe 3 oder Informationsdefizite sein. Von den 79 Personen gaben jedoch 61% an, dass ihnen die Unterstützung durch den Pflegescheck eine psychische Entlastung beschert hatte, eine nachhaltige Entlastung konnte allerdings nicht erzielt werden. (vgl. Institut für Höhere Studien und wissenschaftliche Forschung, 2010) Solche Arten von Modellprojekten und auch andere interessante Modelle sind auch in Zukunft essentiell, um neue Leistungsansätze zu finden, zu entwickeln und bestenfalls zu verwirklichen.

Der Begriff „Pflegeversicherung“ löst bei vielen Menschen beim Hören ein positives Gefühl aus. Laut Wikipedia (2011) kann das „*Grundprinzip einer kollektiven Risikoübernahme*“ als Versicherung bezeichnet werden. Viele Versicherer zahlen einen Beitrag in einen Topf ein, um bei einem Schadensfall aus diesem ausschöpfen zu können. Somit sollte eine Versicherung bei Schadensfällen garantiert sein. Aber beim genaueren Betrachten dieser, bin ich zu der Meinung gekommen, dass die Pflegeversicherung eine Teilkaskoversicherung ist, die leider im Ernstfall, wenn überhaupt, nur einen Teil der Kosten übernimmt. Und

verständlicherweise verlangen die deutschen Steuerzahler auch eine Gegenleistung des Beitragssatzes für die Pflegeversicherung.

In einer deutschen Studie aus dem Jahr 2009 des Instituts für Demoskopie Allensbach wurde u.a. der Frage nachgegangen, ob nach Meinungen der deutschen Bürger in der Situation eines Pflegefalles der Staat oder der Patient selbst für die Absicherung verantwortlich gemacht werden soll. Die Ergebnisse zeichnen sehr deutlich auf, dass die Bevölkerung zu 39% die Meinung vertritt, dass jeder für die Pflegeversorgung selbst verantwortlich ist. 34% sehen diese Aufgabe in den Händen des Staates. Betrachtet man noch näher die Antworten mit dem monatlichen Einkommen, fallen große Unterschiede in der Meinung der Pflegevorsorge und der wirtschaftlichen Situation auf. Mehr als die Hälfte, nämlich 55% der Personen, die für eine private Pflegeversorgung abstimmten, verdienten über 3.000 €. Personen, die ein monatliches Einkommen unter 2.000 € bezogen, sahen im Staat den Verantwortlichen für die Pflegevorsorge. Daraus ist zu erkennen, dass die wirtschaftliche Situation und die Möglichkeiten der finanziellen Spielräume einen großen Einflussfaktor für die Verantwortung der Pflegeversorgung darstellen. (vgl. Institut für Demoskopie Allensbach, 2009)

Deutschland hat 3 Pflegestufen, Österreich hat sieben Pflegestufen. Auch die Beiträge zur Finanzierung der Krankenversicherung sind in Österreich um etliches geringer als in Deutschland. In Österreich liegt der Beitragssatz bei 7,65%, bei den Deutschen bei 15,5% bzw. 14,9% (ermäßigt). Vor allem auf Grund der Steigerung der finanziellen Mitteln für die Pflege und einer Verminderung der informellen Pflege, sind Beitragserhöhungen im Falle eines Versicherungssystems auf Grund der niedrigen Aufkommenselastizität der gehalts- und lohnbasierten Beiträge unumgänglich. (vgl. Mühlberger et al., 2008, S. 17)

Es ist ein Appell an die Politiker, dass in Österreich mehr Geld für Leistungen der Pflegevorsorge investiert wird. Lediglich 1% des BIPs werden in der österreichischen Republik für die Pflege und Betreuung aus öffentlicher Hand investiert. Vor allem eine Valorisierung des Pflegegeldes, oder ein generell neues Einstufungsverfahren wären von Vorteil. Eine Weiterentwicklung von pflegerelevanten Assessmentinstrumenten ist gewünscht. Begutachtungsverfahren sollen qualitätsorientiert überprüft werden. Schulungen sollten von den Begutachtern regelmäßig besucht werden, um so den neuesten Stand zu erlangen und das vorhandene Wissen aufzufrischen.

Ende 2010 wurde der Plan für den Angriff gegen das Pflegeproblem in Österreich genannt: Ein Pflegefonds. Mit 685 Mio. sollen die Mehrkosten von Bund und Ländern gedeckt werden. Die Pflegestufen sollen wie gehabt gleich bleiben. (Die Presse, erstellt am 09.07.2006) Der Pflegefonds, der ein „*Ordnungsmodell*“ und keine „*neugeschaffene Behörde*“ sein soll, soll aus Steuermitteln finanziert werden. (Bundesgemeinschaft Freie Wohlfahrt, 2010) Wichtig ist, dass dieses Geld auch zu den Menschen gelangt, die es brauchen. Das Pflegesystem darf zu keinem unstrukturierten und brüchigen System werden, in dem viel Geld in einem ineffizienten System verloren geht. Umso wichtiger ist es, dass ein einheitliches Pflegesystem geschaffen werden muss, und das Geld aus dem Pflegefonds „intelligent“ verteilt wird. Die Gefahr wird darin bestehen, dass viel Geld einfach v.a. in die Länder „hinausgeworfen“ wird. Eine langfristige Finanzierung des Pflegesystems soll als Ziel gesehen werden, denn jeder Mensch, egal wie alt, kann unerwartet zum Pflegefall werden. Es soll die Sicherheit gegeben werden, dass man trotz Behinderung ein würdiges Leben führen kann.

Begutachtung

Nach Döbele (2008) werden von Grund auf einige Faktoren bei den Begutachtungsrichtlinien nicht beachtet.

- Die Betreuung von Menschen, die an Demenz leiden und auf ständige Anwesenheit einer Person angewiesen sind
- Die Unterstützung in sozialen Bereichen des Lebens
- Die Hilfe zur Bewältigung von Krisen und Vereinsamung
- Der Umgang mit Sterben und Tod (Döbele, 2008, S. 22)

Denn durch die Begutachtungen kann endlich der Pflegeaufwand ermittelt und Hilfeleistungen können dadurch angeboten werden. Das Wichtigste in den Begutachtungen ist jedoch, dass die Experten miteinander kommunizieren können. Nach den Ergebnissen des Pilotprojektes, bei dem Ärzte gemeinsam mit dem Krankenpersonal Pflegebegutachtungen durchführten, ist ersichtlich, dass einige Aspekte daraus genommen werden konnten. Vor allem die Beratung, Aufklärung und Unterstützung der Pflegenden und deren Angehörigen muss verstärkt werden. Die gesetzlich möglichen Kriterien der deutschen Pflegeversicherung für die Begutachtung decken nur den Grundbedarf im Bereich der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung und Mobilität). Psychosoziale Aspekte, wie auch Trauer, Angst und die Zeit zum Verarbeiten der Lebenssituation werden nicht in den

Kriterien berücksichtigt. Vor allem Menschen mit einer demenziellen Erkrankung, die keinen hohen Bedarf an Grundpflege benötigen, haben das Recht auf erhöhten Betreuungsbedarf. (vgl. Röttger-Liepmann, 2007, S. 164)

Aus diesem Grund sollte eine Valorisierung zu einer Weiterentwicklung der Begutachtung geschehen. Prinzipiell ist es wichtig, dass die Gutachter eine „gemeinsame Sprache“ sprechen. Es ist notwendig, dass Begutachter ein breit gefächertes Wissen über medizinische, pflegerische, aber auch rechtliche Felder besitzen. Ein Mix aus Praxiswissen und wissenschaftlicher Evidenz ist die Basis zu einer professionellen Unterstützung und Versorgung von Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen. (Schneekloth, 2008, S. 33)

Mit Hilfe des Pilotprojektes aus dem Jahr 2004/2005 zeigte man, dass einige Unterschiede im Beurteilen der Pflegestufe existieren. Viele Pflegefachkräfte stufen Patienten in eine niedrigere Stufe als Ärzte ein. Da die Empfehlungen und die Tipps der Pflegekräfte an die pflegenden Angehörigen als sehr positiv und hilfreich aufgenommen wurden, wäre es eine Empfehlung, eine übergreifende Pflegebegutachtung durchzuführen. Die Ersteinstufung könnte durch Ärzte, jede weitere Folgeinstufung könnte durch eine Pflegefachkraft als Begutachter erfolgen.

Ich bin der Meinung, dass die Form der Doppelbegutachtung leider in nächster Zeit nicht durchführbar sein wird. Hier einige Gründe dafür:

- Eine methodische Implementierung der speziell qualifizierten Pflegefachkräfte scheint organisatorisch nicht möglich, da ein Mangel an allgemeinen so wie spezialisierten Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege herrscht.
- Zeitlich beachtet, würde sich im Rahmen einer Doppelbegutachtung die Dauer der Pflegegeldbegutachtung deutlich verlängern.
- Eine finanzielle Erhöhung der Doppelbegutachtung würde zu Stande kommen.

Planung der Pflege

Auch in der Bearbeitungszeit zwischen Begutachtung und Bewilligung der Pflegestufen ist eine Verkürzung des Zeitfaktors wünschenswert. Innerhalb von 2 Monaten sollte der Bescheid bewilligt, oder ggf. abgelehnt werden.

Auch in Sachen stationärer bzw. ambulanter Ebene könnte mehr auf das Thema Pflegegeld(erhöhung) aufmerksam gemacht werden. Nicht nur das Entlassungsmanagement sollte sich über die derzeitige Pflegestufe des Patienten informieren, sondern schon bei der Anamnese müsste dieses Thema besprochen werden. Viele Patienten wissen nicht, dass sie in eine höhere Pflegestufe eingestuft werden können. Der Grund dafür könnte Unwissenheit, aber auch Schamgefühl sein.

Finanzierung der Pflege

Das wichtigste Ziel zeigt die Finanzierung der Pflege. Vor allem der Mehraufwand wegen der Demographie stellt eine Hürde dar. Pflegebedürftigkeit darf kein Zeichen von Armutsrisiko werden. Und vor allem muss auf die Patienten und Angehörigen ein Augenmerk gelegt werden. Eine Vereinfachung und eine Erweiterung der Transparenz der bürokratischen Abläufe sollen ebenfalls als Erleichterung für die Betroffenen gegeben werden. Auch eine einheitliche und zentrale Datenerfassung, und –speicherung, neue Instrumente für Assessment und Evaluierung sollen die Steuerbarkeit und Planung in der Pflege erleichtern.

Die neue Finanzierungsform, die 2012 in Kraft treten wird, möchte die Länder und Gemeinden finanziell entlasten. Die bislang 303 Einrichtungen für die Pflegegeldabwicklungen werden auf acht minimiert. Der Bund übernimmt nach dem Beschluss im Nationalrat die Pflegegeldleistungen der knapp 67.000 Landespflegegeldbezieher. (vgl. Oberösterreichische Nachrichten, erstellt am 20.04.2011)

Der informelle Pflegesektor

Viele Pflegende werden von Familienmitgliedern gepflegt, in 80% der Fälle von den Frauen. Vor allem für die Frauen ist dies eine große psychische und physische Belastung. Sie geben häufig ihre sozialen Kontakte auf, ihre berufliche Laufbahn geht meist zu Ende, und ein Wiedereinstieg in den Beruf ist schier unmöglich. Was die Pflegevorsorge in Österreich benötigt ist eine Weiterentwicklung und Valorisierung des Pflegesystems. Besonders die betroffenen Angehörigen, die die Patienten pflegen, sollten mehr entlastet und unterstützt werden. Den Aufgaben der pflegenden Familienmitglieder, vor allem den weiblichen, muss mehr Achtung und Unterstützung gezollt werden. Der „*Pflegedienst der Nation*“, (Beul, 2005, S. 61) die Familie, soll unterstützt und begleitet werden.

In der heutigen Zeit spielt die informelle Pflege, im Falle eines Pflegefalles eine wichtige Rolle. Eine Studie der Vereinten Lebensversicherungs AG zeigte, dass nur 6% der Befragten eine private Pflegeversicherung abschließen würden. Nicht ganz die Hälfte der Personen nannten als Grund, dass sie nur „hin und wieder“ Befürchtungen besitzen, dass sie ein Pflegefall werden. 70% der Befragten meinten, dass sie im Falle einer Pflegebedürftigkeit auf ihre Familie hoffen, dass diese sie pflegt. (vgl. Krieglmeier, 1996, S. 47) Eine besondere Unterstützung sollte der häuslichen Pflege von Familienmitgliedern, v.a. den Frauen entgegengebracht werden. Besonders diese müssen im Rahmen der informellen Pflege ihren Beruf und somit die Erwerbstätigkeit aufgeben. Fehlender oder geringer Pensionsanspruch sind nur einige der Folgen. Durch die informelle Pflege werden viele Tätigkeiten von Angehörigen unbezahlt verrichtet. Besonders Frauen befinden sich häufig in einer „Sandwich-Position“, wenn sie die Doppelaufgabe, Familie und pflegende Angehörige, unterstützen müssen. (vgl. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung, 2008, S. 143) Ansätze zur Unterstützung der pflegenden Angehörigen können Kursangebote sein oder Freistellungen von ihrem eigentlichen Berufsleben. Die eigenen Ehepartner, Familienangehörige oder Bekannte zu pflegen wird von einigen Österreichern auch als eine „soziale Pflicht“ (Folkes, 2006, S. 155) verstanden. Emotionale, finanzielle, psychische und physische Belastungen sind für die pflegenden Angehörigen leider oft ein stummer Wegbegleiter ihrer Wohltat. Auch die sozialen Kontakte und die eigene Privatsphäre kommen häufig viel zu kurz. (vgl. Folkes, 2006, S. 156) Grundvoraussetzung für die informelle Pflege ist gewiss ein starkes Familiennetz mit einer Hauptpflegeperson, die vorrangig die Hilfeleistungen für den Betroffenen durchführt und überblickt. Egal ob in Österreich oder Deutschland, es werden über 80% der Pflegebedürftigen von den nächststehenden Angehörigen gepflegt. Bei verheirateten Pflegebedürftigen ist es der Ehepartner, bei verwitweten Menschen sind es die Kinder, oder bei jüngeren Pflegefällen die eigenen Eltern. Vor allem für diese Angehörigen sollen verstärkt Unterstützungsangebote realisiert werden. In Deutschland herrscht im Rahmen der Pflegeversicherung eine verpflichtende Beratungsmöglichkeit (Sozialgesetzbuch XI §37 Abs 3, o.J.c), wenn nur Geldleistungen von dem Patienten in Anspruch genommen werden. In der Stufe III werden halbjährlich bzw. vierteljährlich mit einem Pflegefachpersonal auftretende Probleme, der gesundheitliche Zustand, etc. analysiert. Diese Besuche werden jedoch häufig von den Angehörigen als „Pflege-TÜV“ bzw. „Zwangsberatung“ verstanden. (vgl. Büscher & Holle & Emmert & Fringer, 2010, S. 103) Deutschland ist im Rahmen der Pflegeversicherung verpflichtet, informell Pflegenden kostenlose Beratungen und Pflegekurse zur Verfügung zu

stellen. In Österreich stellt das Bundesministerium für Gesundheit das Pflegetelefon und Beratungen zur Verfügung. Der systematische Einsatz der Unterstützung der informellen Pflegenden wie in Deutschland findet jedoch nicht statt.

Professionelle Fachkräfte, wie z.B. Pflegefachkräfte, sollten mit den pflegenden Angehörigen über ihre Ängste sprechen und Fragen beantworten. Im Rahmen dieser Informationsgespräche ist eine Analyse über die Ziele der Betreuung sicher hilfreich. Das Pflegepersonal kann mit den Angehörigen über die umfangreiche Betreuung sprechen, um ein Gleichgewicht der fürsorglichen Pflege für die Patienten zu erhalten, denn viele pflegende Angehörige sind mit der Betreuung eines Pflegefalles überfordert. Keine Übervorsorge aber auch keine Unterversorgung, ein Gleichgewicht der Versorgung ist das Ziel der informellen Pflege. Und dieses kann mit viel Verständnis, Vertrauen und Beratung erreicht werden. (vgl. Folkes, 2006, S. 157ff.)

In Sachen Entlastung der Familienangehörigen hat Österreich im Jahr 2002 das Freistellungsmodell im Rahmen der Familienhospizkarenz errichtet. Die Angehörigen sollen in der letzten Lebensphase die Möglichkeit bekommen, ihren Patienten zu begleiten. Arbeitszeitkürzungen, der Wechsel des Arbeitsplatzes oder eine Freistellung von drei bis maximal sechs Monaten ist ebenfalls möglich. In dieser Zeit besteht ein kranken- und pensionsversicherungsrechtlicher Schutz für den pflegenden Angehörigen. Diese Art von Karenz wird jedoch nicht häufig genutzt.

In Österreich bieten die verschiedensten sozialen Dienste Hilfestellungen für pflegende Angehörige an. Eine einheitliche landesweite systematische Regelung gibt es aber nicht. Pflegeberatungen sollen verstärkt und ausgeweitet werden. Die Beratungen sollten auf freiwilliger Basis passieren, da die Freiwilligkeit eine angenehme und vertraute Basis zwischen den Pflegenden und den Fachkräften bringen kann. Diese können den pflegenden Angehörigen bei Pflegetätigkeiten unterstützen und Klarheit schaffen. Wichtigste Voraussetzung neben der Vertrauensbasis sind qualifizierte Pflegepersonen, die ggf. Zusatzqualifikationen zu gewissen Teilgebieten besitzen. (vgl. Österle & Hammer, 2004, S. 75f.) In diesem Sinne könnte durch Care-Management der Beratungsaspekt verstärkt werden, um den Angehörigen mehr Informationen und somit Unterstützung weiterleiten zu können.

Auch Schulungen können pflegenden Angehörigen helfen ihr fachliches Know-how, aber auch soziale Kontakte aufzufrischen. In Deutschland gibt es seit 01.01.2009 den gesetzlich

geregelten Anspruch auf Pflegeberatung. Die Mitarbeiter der Pflegeberatung kommen von der Pflegekasse und haben ein breit gefächertes Wissen in den Themen Pflege, Sozialrecht und Sozialarbeit vorzuweisen. (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2011, S. 73) Gesprächsgruppen, Informationsseminare, Spezialseminare und Einzelveranstaltungen oder Selbsthilfegruppen für pflegende Angehörige können Unklarheiten beseitigen und Ängste nehmen. Unter diesem Aspekt soll auch der Begriff der „Angehörigenorientierung“ kurz erwähnt werden. Pflegende Angehörige sollen von professionellen Pflegefachkräften nicht als Last, sondern als „*Partner im Gesamtpflegesystem*“ angesehen werden. (vgl. Herold, 2002, S. 162) Eine Idee kann sein, dass Urlaube für pflegende Angehörige und ihren Pflegepersonen angeboten werden. Gemeinsam in einem (für diese zwei Gruppen) ausgerichteten Hotel könnte Erholung und Kraft getankt werden. Ein bewährtes Beispiel zeigt z. B. der Kirchenkreis in Charlottenburg/Berlin. Am Vormittag gibt es Unterhaltungsprogramme für die Pflegepersonen und die pflegenden Angehörigen können somit einen Kurzurlaub machen. (vgl. Herold, 2002, S. 183)

Nach Schneekloth (2008, S. 76) wird in Deutschland jedoch nur von 16% der Hauptpflegepersonen der Anspruch auf Hilfe- und Unterstützungsangeboten wahrgenommen. Nur 37% der privaten Pflegepersonen gaben an, dass sie ab und zu Angebote zur Unterstützung fordern. Die Unterstützungsprogramme für pflegende Angehörige werden v.a. von den Personen genutzt, die einen schwerbedürftigen Pflegefall betreuen müssen. Jeder zweite pflegende Angehörige nimmt somit keine Beratungsmöglichkeiten wahr. Doch v.a. Pflegepersonen, die Pflegefälle mit kognitiven Beeinträchtigungen versorgen, (wie z.B. Demenz) sollten intensiver in die Beratungsstrukturen einbezogen werden. Der „Sektor pflegende Angehörige“ stellt den größten Pflegedienst dar, egal ob in der Republik Österreich oder in Deutschland. Patienten und die Hauptpflegepersonen sollten ganzheitlich betrachtet werden und im Zentrum stehen. Oft sind die pflegenden Angehörigen zu überlastet und mit einer Informationswelle von Hilfsmaßnahmen überschüttet. Ein Prozess des Aufklärens für die pflegenden Angehörigen ist wichtig. (vgl. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung, 2008, S. 144)

Vor allem die Hauptpflegeperson soll mit hochqualitativen Informationen über Hilfsangebote, medizinische Hilfestellungen, usw. bestärkt werden. (vgl. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung, 2008, S. 154). Um diese Hürden zu meistern, sehe ich die pflegerische Zukunft in der informellen Pflege vom Case Management unterstützt. Nach einer qualitativen Studie von Nickel & Born & Hanns & Brähler (2010) sollte der Frage

nachgegangen werden, welche Informationsbedürfnisse pflegebedürftige ältere Menschen und pflegende Angehörige besitzen. Beide Gruppen wünschen sich Unterstützung durch professionelle (z.B. Ärzte) und nicht professionelle Hände (z.B. freiwillige Helfer). Wichtig sind den pflegenden Angehörigen Angebote zur Schulung, um ihre eigene Pflegekompetenz verbessern zu können. Mehr Information und Hilfsangebote könnten entlasten und ein wenig Freiraum schaffen. Diese Informationsmaßnahmen von Beratern könnten die Variationen der Leistungen von Pflegediensten, Kosten für Pflegeheime oder Tagesheime, usw. beinhalten.

Abkürzungsverzeichnis

%	Prozent
s.	siehe
S.	Seite
€	Euro
Abb.	Abbildung
Abs	Absatz
ABV	Alternatives Begutachtungsverfahren
ADL	Activities of daily living
AG	Aktiengesellschaft
Anm.	Anmerkung
Art.	Artikel
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
ATL	Aktivitäten des täglichen Lebens
B – KUVG	Beamten- Kranken- und Unfallversicherungsgesetz
BAG	Bundesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrt
BGBI	Bundesgesetzblatt
BMASK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BPG	Bundespflegegeld
BPGG	Bundespflegegeldgesetz
BSVG	Bauernsozialversicherungsgesetz

bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
DGKP	Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger
DGKS	Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester
Dr.	Doktor
dr.	durch
EinstV	Einstufungsverordnung
FH	Fachhochschule
FSVG	Freiberufliches Sozialversicherungsgesetz
GE	Entkleiden gesamt
ggf.	gegebenenfalls
GK	Ankleiden gesamt
GSVG	Gewerbliches Sozialversicherungsgesetz
HPP	Hauptpflegeperson
Hrsg.	Herausgeber
IADL	Instrumental Activities of Daily Living
ICD – 10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
incl.	inklusive
insb.	insbesondere
Kj.	Kalenderjahr
LPG	Landespflegegeld
LPGG	Landespflegegeldgesetz
max.	maximal

MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen
mind.	mindestens
Mio.	Million(en)
Mrd.	Milliard(en)
MW	Mittelwert
n	Häufigkeit
Nr.	Nummer
NVG	Notarversicherungsgesetz
ÖAK	Österreichische Ärztekammer
ÖGKV	Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband
ÖZPR	Österreichische Zeitschrift für Pflegerecht
P.	Personen
PKV	Verband der privaten Krankenversicherung
PVA	Pensionsversicherungsanstalt
PVG	Pflegeversicherungsgesetz
RAI	Ressident Assessment instrumental
SD	Standardabweichung
SGB IX	Soziale Pflegeversicherung – Sozialgesetzbuch 11
SMD	Sozial Medizinischer Dienst
sog.	sogenannt(e, r, s)
StVG	Strafvollzugsgesetz

Tab.	Tabelle
TE	Entkleiden Oberkörper/Unterkörper
TK	Ankleiden Oberkörper/Unterkörper
TÜ	Teilweise Übernahme
U	Unterstützung
u.	und
u.a.	unter anderem
usw.	und so weiter
vgl.	vergleiche
VSTr	Versicherungsträger
VÜ	Vollständige Übernahme von Verrichtungen
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WIFO	Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung
WIP	Wissenschaftliches Institut der PKV
Z.	Zeile
z.B.	zum Beispiel

Literaturverzeichnis

Aiginger, K. (2011). Herausforderungen einer alternden Gesellschaft: Schwerpunkt Reformbedarf im österreichischen Gesundheitssystem. WIFO – Vorträge 111.

Arbeiterkammer Wien (2005). Studie Private Pflegegeldversicherung. Wien.

Aner, K. & Karl, U. (Hrsg.). (2010). Handbuch soziale Arbeit und Alter. 1. Auflage. Wiesbaden: Sozialwissenschaften.

Bäcker, G. & Naegle, G. & Bispinck, R. & Hofemann, K. & Neubauer, J. (2010). Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland. Band 2: Gesundheit, Familie, Alter und soziale Dienste. 5. Auflage. Wiesbaden: Sozialwissenschaften.

Barazon, R. (2011). Die Reform der Pflege pflegt Länder und Gemeinden. Zugriff am 19.08.2011 unter <http://mein.salzburg.com/blog/wirtschaft/2011/06/die-reform-der-pflege-pflegt-l.html>

Bartholomeyczik S. & Halek M. (Hrsg.). (2009). Assessmentinstrumente in der Pflege. Möglichkeiten und Grenzen. 2. Auflage. Hannover: Schlütersche.

Beul, U. (2005). Die Begutachtung im Rahmen der Pflegeversicherung – oder: Wie erreiche ich eine gerechte Pflegestufe. 4. Auflage. Hannover: Brigitte Kunz.

Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung (2011). Demenz-Report. Wie sich die Regionen in Deutschland, Österreich und der Schweiz auf die Alterung der Gesellschaft vorbereiten können. Zugriff am 27.10.2011 unter http://www.berlin-institut.org/fileadmin/user_upload/Demenz/Demenz_online.pdf

Bogner, A. & Littig, B. & Menz, W. (Hrsg.) (2005). Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. 2. Auflage. Wiesbaden: Sozialwissenschaften.

Böhler, T. & Bruckner, T. & Hannes, W. & Diepgen, T. & Mohrmann, M. (2007). Pflegebedürftigkeit von Kindern und Jugendlichen nach SGB XI. Qualität der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 6 (155), S. 549-555.

Brandenburg, H. (2004). Das Resident Assessment Instrument (RAI). Eine Chance für die Pflege in Deutschland. In Bartholomeyczik, S. & Halek, M. (Hrsg.). Assessmentinstrumente in der Pflege, Methoden und Grenzen. Hannover: Schlütersche.

Brömme, N. (1999). Eine neue Kultur des Helfens und der mitmenschlichen Zuwendung? Über die sozialen Auswirkungen des Pflegeversicherungsgesetzes. Zugriff am 31.10.2011 unter <http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/ipw-106.pdf>

Brunner, J. & Mühlbock, V. (2007). Wer soll für die Pflege zahlen?. Institut für Volkswirtschaftslehre. Zugriff am 31.10.2011 unter <http://www.econ.jku.at/papers/2007/wp0708.pdf>

Bundesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrt (27.09.2010). Pflegefonds. Fakten und Vorschläge aus Sicht der BAG für die zukünftige Pflegefinanzierung in Österreich 2010. Zugriff am 12.02.2011 unter www.freiewohlfahrt.at/download.php?id=39

Bundeskanzleramt Rechtsinformationssystem (16.12.2008). Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich. BGBl. II Nr. 469/2008. Zugriff am 31.10.2011 unter http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2008_II_469/BGBLA_2008_II_469.pdf

Bundeskanzleramt Rechtsinformationssystem (27.10.2011). Einstufungsverordnung, BGBl. II, Nr. 37/1999. Zugriff am 27.10.2011 unter <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10009142>

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (o.J.). Zustehender Betrag für jeweilige Pflegestufe. Zugriff am 31.10.2011 unter [http://www.google.at/url?sa=t&rct=j&q=virausberechnete bevölkerungsstruktur statistik austria&source=web&cd=2&sqi=2&ved=0CCcQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.statistik.at%2Fweb_de%2Fstatic%2Fergebnisse_im_ueberblick_bevoelkerungsprognose_-_oesterreich_0273](http://www.google.at/url?sa=t&rct=j&q=virausberechnete%20bevölkerungsstruktur%20statistik%20austria&source=web&cd=2&sqi=2&ved=0CCcQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.statistik.at%2Fweb_de%2Fstatic%2Fergebnisse_im_ueberblick_bevoelkerungsprognose_-_oesterreich_0273)

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2008). Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2008. Zugriff am 31.10.2011 unter http://www.bmask.gv.at/cms/site2/attachments/5/0/4/CH2094/CMS1313493260454/pflegevorsorgebericht_2009.pdf

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2009a). Pflegegeld-Erschwerungszuschlag 2009. Zugriff am 27.07.2011 unter <http://www.pflegedaheim.at/cms/pflege/dokument.html?channel=CH1864&document=CMS1296751087448>

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2009b). Themenbereiche. Zugriff am 04.11.2011 unter <http://www.pflegedaheim.at/cms/pflege/thema.html?channel=CH1681>

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.). (1993). Pflegegeld in Europa. Schriftenreihe „Soziales Europa“, Band 1. Wien.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (1999). Case Management in Various National Elderly Assistance Systems, Schriftenreihe Band 189.2. Stuttgart: W. Kohlhammer.

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2010). Pflegebedürftig. Was nun? Die ersten Schritte zur schnellen Hilfe. 3. Auflage. Berlin. Zugriff am 26.01.2011 unter http://www.bmg.bund.de/fileadmin/redaktion/pdf_broschueren/BMG-P-07053-Pflegebeduerftig-Was-Nun.pdf

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2011). Ratgeber zur Pflege. Alles, was Sie zur Pflege wissen müssen. Zugriff am 31.10.2011 unter http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Broschueren/BMG_Ratgeber_Pflege_Internet_110812.pdf

Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (Hrsg.). (2007). Österreichischer Pflegebericht. Wien. Zugriff am 30.10.2011 unter http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/8/5/8/CH1108/CMS1201006886045/endbericht_publicationsfassung_aktuell.pdf

Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz (Hrsg.). (2008). 1993 bis 2008, 15 Jahre Pflegevorsorge, Bilanz und Ausblick. 1. Auflage. Wien. Zugriff am 13.5.2011 unter http://www.bmask.gv.at/cms/site/attachments/7/6/7/CH2222/CMS1218114744041/bmask_15_jahre_pflegevorsorge_rz_web.pdf

Bundesministerium für Soziale Sicherheit Generationen und Konsumentenschutz (Hrsg.). (2005). Pflegevorsorge in Österreich. 6. Auflage. Wien.

Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz (Hrsg.). (2009). Pflege,

Orientierungshilfe zum Thema Behinderungen. Schriftenreihe „Einblick“, Band 5. 5. Auflage. Wien. Zugriff am 31.08.2011 unter http://www.pflegedaheim.at/cms/pflege/attachments/7/8/3/CH1690/CMS1308577521270/einblick_heft5_2010_pflege%5B1%5D.pdf

Büscher, A. & Holle, B. & Emmert, S. & Fringer, A. (2010). Häusliche Pflegeberatung für Geldleistungsbezieher in der Pflegeversicherung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 2 (43), S. 103-110.

Caritas (17.09.2007). Pflege. Zugriff am 04.10.2011 unter http://www.caritas.at/aktuell/news/news/raw/artikel/31/386/?tx_ttnews%5BpS%5D=1188597600&tx_ttnews%5BpL%5D=2591999&tx_ttnews%5Barc%5D=1&cHash=aecf317826

Cavanagh, S. J. (1997). Pflege nach Orem. Nursing Models in Action Series. Band 1. 2. Auflage. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Das Land Niederösterreich (2011). Zugriff am 19.02.2011 unter noel.gv.at

Der große Brockhaus (1986). Enzyklopädie in 24 Bänden. Band 1 (A-APT). 19. Auflage. Mannheim, S. 571.

Der Rechnungshof (2010). Vollzug des Pflegegeldes. Zugriff am 02.11.2011 unter http://www.rechnungshof.gv.at/fileadmin/downloads/2010/berichte/teilberichte/bund/bund_2010_03/Bund_2010_03_1.pdf

Deufert, D. (2010). MITTEL-LOS? Wer will nochmal, wer hat noch nicht: Die Pflegegeld-Einstufung am finanziellen Tropf des einstufenden Arztes. Zugriff am 02.11.2011 unter http://www.umat.at/dataarchive/data70/microsoft_powerpoint_rumer_pflegeexperten_30_04_10.pdf

Deufert, D. & Fritz, E. & Them, C. (27.03.2009). Entwicklung eines neuen Begutachtungsverfahrens zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit bei der Pflegegeldeinstufung in Österreich. Zugriff am 20.06.2011 unter http://pw.umat.at/upload/presentation_halle_deufert_032009.pdf

Deufert, D. & Fritz, E. & Schulc, E. & Them, C. (2010a). Einflussfaktoren auf das Entstehen von Pflegebedürftigkeit und die Pflegebegutachtung in Österreich. In *Procare*, 13 (9), S. 4-9.

Deufert, D. & Lechleitner, M. & Fritz, E. (2010b). Einschätzung der Pflegebedürftigkeit von Pflegeheimbewohnern in Tirol mit dem Alternativen Begutachtungsverfahren (ABV)

und ein Vergleich zur Pflegegeldeinstufung in Österreich. In *Procare*, 15(4), S. 9-15

Deutsche Sozialversicherung (o.J.). Pflegeversicherung – Finanzierung. Zugriff am 23.03.2011 unter <http://www.deutsche-sozialversicherung.de/de/pflegeversicherung/finanzierung.html>

Deutscher Bundestag (1993). Gesetzesentwurf. Drucksache 12/5262. 12. Wahlperiode. Zugriff am 27.10.2011 unter <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/12/052/1205262.pdf>

Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (Hrsg.). (2008). Überleitung und Case Management in der Pflege, Hannover: Schlütersche.

Diegmann-Hornig K & Jurgschat-Geer H. & Beine M. & Neufeld G. (2009). Pflegebegutachtung. Lehrbuch für Sachverständiger und Gutachter in der Pflege. 1. Auflage. Bern: Hans Huber.

Die Presse (09.07.2011). Pflegefonds: 685 Millionen Euro bis 2014. Zugriff am 27.10.2011 unter http://diepresse.com/home/politik/innenpolitik/676402/Pflegefonds_685-Millionen-Euro-bis-2014

Dietz, B. (2002). Die Pflegeversicherung: Ansprüche, Wirklichkeiten und Zukunft einer Sozialreform. 1. Auflage. Wiesbaden: Westdeutscher.

Döbele, M. (2008). Angehörige pflegen - Ein Ratgeber für die Hauskrankenpflege, Heidelberg: Springer.

Döhner, H. & Rothgang, H. (2006). Pflegebedürftigkeit: Zur Bedeutung der familialen Pflege für die Sicherung der Langzeitpflege. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 6 (49), S. 583-594.

Donabauer, K. (06.10.2011). Bericht des Ausschusses für Arbeit und Soziales. Wien. Zugriff am 02.11.2011 unter http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXIV/I/I_01442/fnameorig_232729.html

Doralt, W. (Hrsg.). (2000). Kodex des österreichischen Rechts, Pflegegeldgesetze, 2. Auflage. Wien: Linde.

Ecker, C. (2005). Pflegegeldeinstufung durch Pflegefachkräfte. *Österreichische Pflegezeitschrift* 01.

Ecker, C. (2005). Pflegegeldeinstufung durch Pflegefachkräfte Teil II. *Österreichische Pflegezeitschrift* 02.

Eichenhofer, E. (2007). Sozialrecht. Tübingen: Mohr Siebeck.

Eisen, R. & Mager H.C. (Hrsg.) (1999). Pflegebedürftigkeit und Pflegesicherung in ausgewählten Ländern, Opladen: Leske und Budrich.

El-Sharif, Y. (2011). Demographischer Wandel. Pflegefall Deutschland 2011. Zugriff am 19.09.2011 unter <http://www.spiegel.de/wirtschaft/soziales/0,1518,738340,00.html>

Esselborn-Krumbiegel H. (2002). Von der Idee zum Text. Eine Anleitung zum wissenschaftlichen Schreiben. 3. Auflage. Paderborn: Ferdinand Schöningh.

Evers, A. & Olk, T. (Hrsg.). (1996). Wohlfahrtspluralismus. Vom Wohlfahrtsstaat zur Wohlfahrtsgesellschaft. Opladen: Westdeutscher.

Evers, A. & Svetlik, I. (Hrsg.). (1993). Balancing pluralism: New welfare mixes in care for the elderly Public and Social Welfare. Vol. 13, Aldershot, Brookfield, Hong Kong, Singapore, Sydney: Avebury

Ewers, M. & Schaeffer, D. (Hrsg.). (2000). Case Management in Theorie und Praxis. 1. Auflage. Bern: Hans Huber.

Flick, U. & v. Kardorff, E. & Keupp, H. & v. Rosenstiel, L. & Wolff, S. (Hrsg.). (1995). Handbuch Qualitative Sozialforschung, Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. 2. Auflage. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Folkes, E. & Gatterer, G. (2006). Generation 50 plus. Ratgeber für Menschen in den besten Jahren. Wien: Springer.

Frohwitter, I. (1999). Die gesetzliche Pflegeversicherung unter dem Einfluss der Altersstrukturverschiebung. In Wille, E. (Hrsg.): Entwicklungen und Perspektiven der Sozialversicherung, ZEW Wirtschaftsanalysen, Band 33; Beiträge zum ZEW-Symposium: Ansätze zur Reform des Steuer- und Sozialversicherungssystems am 10. und 11. März in Mannheim, 1. Auflage, Baden-Baden: Nomos, S. 199-230.

Gaertner T. & Gansweid B. & Gerber H. & Schwegler F. & Mittelstaedt v. G. (Hrsg.). Die Pflegeversicherung, Handbuch zur Begutachtung, Qualitätsprüfung, Beratung und Fortbildung. 2. Auflage. Berlin: de Gruyter.

Gerlinger T. & Röber M. (2009). Die Pflegeversicherung. 1. Auflage. Bern: Hans Huber.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (30.10.2011a). Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen der sozialen Pflegeversicherung am Jahresende. Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Alter, Geschlecht, Pflegestufe, Leistungsart. Pflegestufe I. Zugriff am 30.10.2011 unter <http://www.gbe-bund.de/oowa921->

[install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_FORMPROC?TARGET=&PAGE=_XWD_2&OPINDEX=5&HANDLER=_XWD_CUBE.SETPGS&DATACUBE=_XWD_28&D.003=1000004&D.100=10103&D.756=5551](http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_FORMPROC?TARGET=&PAGE=_XWD_2&OPINDEX=5&HANDLER=_XWD_CUBE.SETPGS&DATACUBE=_XWD_28&D.003=1000004&D.100=10103&D.756=5551)

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (30.10.2011b). Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen der sozialen Pflegeversicherung am Jahresende. Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Alter, Geschlecht, Pflegestufe, Leistungsart. Pflegestufe II. Zugriff am 30.10.2011 unter http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_FORMPROC?TARGET=&PAGE=_XWD_2&OPINDEX=6&HANDLER=_XWD_CUBE.SETPGS&DATACUBE=_XWD_28&D.003=1000004&D.100=10103&D.756=5552

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (30.10.2011c). Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen der sozialen Pflegeversicherung am Jahresende. Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Alter, Geschlecht, Pflegestufe, Leistungsart. Pflegestufe III. Zugriff am 30.10.2011 unter http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_FORMPROC?TARGET=&PAGE=_XWD_2&OPINDEX=7&HANDLER=_XWD_CUBE.SETPGS&DATACUBE=_XWD_28&D.003=1000004&D.100=10103&D.756=5553

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (30.10.2011d). Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen der sozialen Pflegeversicherung am Jahresende. Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Alter, Geschlecht, Pflegestufe, Leistungsart. Härtefälle. Zugriff am 30.10.2011 unter http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_FORMPROC?TARGET=&PAGE=_XWD_2&OPINDEX=8&HANDLER=_XWD_CUBE.SETPGS&DATACUBE=_XWD_28&D.003=1000004&D.100=10103&D.756=28555

Gläser, J. & Laudel, G. (2009). Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. 3.Auflage. Wiesbaden: Sozialwissenschaften.

Grasser, M. (2010). Wichtige Maßnahmen zur Stärkung der Position pflegender Angehöriger – Aktuelle Entwicklungen. ÖZPR 2.

Greifeneder, M. & Liebhart G. (2008). Pflegegeld, Grundsätze, Einstufung und Verfahren Absicherung pflegender Angehöriger Pflegeverträge und Heimaufenthaltsgesetz. 2. Auflage. Wien: Manzsche.

Greifeneder, M. & Rudda, J. (2010). Pflegegeld & Sozialrecht. ÖZPR 5.

Grillberger, K. (2008). Springers Kurzlehrbücher der Rechtswissenschaft, Part 3 Pflegevorsorge. Wien: Springer.

Guger, A. (o.J.). Die Zukunft der Finanzierung von Pflegeleistungen. Wien. Zugriff am 13.10.2011 unter <http://oe2020.at/home/blog/127>

Gültekin J.E. & Liebchen A. (2003). Pflegerische Begutachtung: Datenerhebungsmethoden, Pflegebedarfs- und Pflegequalitätsermittlung. 1. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.

Halek, M. (2003). Wie misst man die Pflegebedürftigkeit? Eine Analyse der deutschsprachigen Assessmentverfahren zur Erhebung der Pflegebedürftigkeit. Hannover: Schlütersche.

Hasseler, M. (o.J.). Der Begriff Pflegebedürftigkeit in der Diskussion – eine pflegewissenschaftliche Perspektive. Zugriff am 12.10.2011 unter http://www.b-b-e.de/uploads/media/nl0712_hasseler.pdf

Häseler I. (2000). Pflegerische Begutachtung nach dem sozialen Pflegeversicherungsgesetz, Grundlagen, Analysen, Empfehlungen. Hannover: Schlütersche.

Hasseler, M. (2004). Gesellschaftliche Rahmenbedingungen und Veränderungen. In Hassler M., Meyer M. (Hrsg). Ambulante Pflege: Neue Wege und Konzepte für die Zukunft. Professionalität erhöhen – Wettbewerbsvorteile sichern. Hannover: Schlütersche.

Heigl, A. (2011). Ein Dschungel mit vielen zarten Pflänzchen. Zugriff am 28.06.2011 unter <http://derstandard.at/1304552644052/Reformagenda-Ein-Dschungel-mit-vielen-zarten-Pflaenzchen>

Herold, E. E. (Hrsg.). (2002). Ambulante Pflege: Die Pflege gesunder und kranker Menschen. Band 3: Familienpflege – Management – Bildung. 2. Auflage. Hannover: Schlütersche.

Hofer, K. (1997). Pflegebedürftig. Von der Betreuung zu Hause und im Pflegeheim. Wien: Verlag des österreichischen Gewerkschaftsbundes.

Hofmarcher M. M. & Rack M. H. (2006). Gesundheitssystem im Wandel. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Hunziker W. A. (2008). Spaß am wissenschaftlichen Arbeiten; So schreiben Sie eine gute Semester-, Bachelor-, oder Masterarbeit. 3. Auflage. Zürich: SKV.

Igel, C. (2008). Zur Finanzierung von Kranken- und Pflegeversicherung; Entwicklung, Probleme und Reformmodelle. Frankfurt am Main: Peter Lang.

Institut für Demoskopie Allensbach (2009). Pflege in Deutschland: Ansichten der Bevölkerung über Pflegequalität und Pflegesituation. Ergebnisse einer Repräsentativbefragung im Auftrag der Marseille – Kliniken AG. Zugriff am 31.10.2011 unter <http://www.marseille-kliniken.de/global/downloads/pdf/Allensbach-Studie.pdf>

Institut für Höhere Studien und wissenschaftliche Forschung (o.J.). Zugriff am 04.03.2011 unter <http://www.carinthia.ihs.ac.at/>

Klein S. (2008). Praxis der Pflegeversicherung. 1. Auflage. München: Urban & Fischer.

Klie, T. (1998). Pflege im sozialen Wandel. Wirkungen der Pflegeversicherung auf die Situation Pflegebedürftiger. *Zeitschrift für Gerontologische Geriatrie* 31, S. 387-391.

Kodex des österreichischen Rechts (2006). Pflegegeldgesetze. 3. Auflage. Wien: Linde.

König J. (2004). Der MDK – Mit dem Gutachter eine Sprache sprechen; Alles über die Einstufungspraktiken und die Qualitätsprüfung nach § 80 SGB XI des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen sowie anhängende Prozesse der Qualitätssicherung, 5. Auflage. Hannover: Schlütersche.

Krieglmeier, R. (1996). Effizienz und Verteilungswirkungen in der deutschen Pflegeversicherung. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag.

Lamnek, S. (2010). Qualitative Sozialforschung. 5. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz.

Laimböck, M. (2009). Die Zukunft des österreichischen Gesundheitssystem: Wettbewerbsorientierte Patientenversorgung im internationalen Vergleich. Wien: Springer.

Mayer, H. (2002). Einführung in die Pflegeforschung. 1. Auflage. Wien: UTB.

Mayrhofer, R. (2010). Pflegegeld zwischen den Fronten. *Österreichische Ärztezeitung* Nr. 18.

Mayring, P. (2007). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 9. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz.

Mayring, P. & Gläser-Zikuda, M. (Hrsg.). (2005). Die Praxis der Qualitativen

Inhaltsanalyse. Weinheim: Beltz.

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (Hrsg.). (08.06.2009). Richtlinien. Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches. Essen. Zugriff am 02.11.2011 unter http://www.mds-ev.de/media/pdf/BRi_Pflege_090608.pdf

Mühlberger U. & Guger A. & Knittler K. & Schratzenstaller M. (2008). Alternative Finanzierungsformen der Pflegevorsorge, Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung. Wien. Zugriff am 02.11.2011 unter http://www.bmask.gv.at/cms/site/attachments/9/0/6/CH0184/CMS1229093595174/alternative_finanzierungsformen_-_kurzfassung.pdf

Nickel, W & Born, A. & Hanns, S. & Brähler, E. (2010). Welche Informationsbedürfnisse haben pflegebedürftige ältere Menschen und pflegende Angehörige. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 44(2), S. 109-114.

Oberender, P.O. & Hebborn, A. & Zerth, J. (2006). Wachstumsmarkt Gesundheit. 2. Auflage. Stuttgart: Lucius & Lucius.

Oberösterreichische Nachrichten (20.04.2011). Pflegegeld: Ab 2012 zahlt nur noch der Bund. Zugriff am 27.10.2011 unter <http://www.nachrichten.at/nachrichten/politik/landespolitik/art383,602867>

Olk, T. & Klein, A. & Hartnuß, B. (Hrsg.). (2010). Engagementpolitik: Die Entwicklung der Zivilgesellschaft als politische Aufgabe. 1. Auflage. Wiesbaden: Sozialwissenschaften.

Österle A. & Hammer E. (2004). Zur zukünftigen Betreuung und Pflege älterer Menschen – Rahmenbedingungen-Politikansätze-Entwicklungsperspektiven. Wien: Kardinal König Akademie.

Österreichische Volkspartei (2004). Gesundheitsreform 2005. Info Dossier. Wien. Zugriff am 02.11.2011 unter <http://www.oevp.at/download/1071.pdf>

Österreichisches Komitee für soziale Arbeit (2008). Finanzierung der Pflege in Österreich: Bedarf – Modelle – Perspektiven. Dokument der Jahreskonferenz 2008. Wien. Zugriff am 02.11.2011 unter http://www.oeksa.at/files/publikationen/OEKSA_BUCH_09_Online.pdf

Ottad, A. (2003). Die Pflegeversicherung: Ein Pflegefall. Wege zu einer solidarischen und tragfähigen Absicherung des Pflegerisikos. München: Olzog.

Pensionsversicherungsanstalt (o.J.). Gutachterfibel 2009. Zugriff am 12.05.2011 unter http://esv-sva.sozvers.at/mediaDB/555806_Gutachterfibel_alle%20Seiten.pdf

Pfaff, H. (07.11.2008). Pflegebedürftige heute und in Zukunft 2008. Zugriff am 20.09.2011 unter http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/STATmagazin/Sozialleistungen/2008_11/2008_11Pflegebeduerftige,templateId=renderPrint.psml

Pflegeverantwortung (o.J.). Zugriff am 22.12.2010 unter noel.gv.at

Plute, G. (2002). Vorrang der Rehabilitation vor Pflege? Eine Studie zur Rolle der medizinischen Rehabilitation in der Pflegeversicherung. Dissertation. Kassel.

Rennen-Allhoff & Schaffer, D. (Hrsg.) (2000). Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim und München: Juventa.

Renteln-Kruse, W. v. (Hrsg.) (2009). Medizin des Alterns und des alten Menschen. 2. Auflage. Heidelberg: Steinkopff.

Reschmeier, B. & Tackenberg, P. (2008). Standardisierte Pflegediagnosen bestimmen die Zukunft der Pflegebegutachtung. *Die Schwester Der Pfleger*, 47 (02).

Rothgang, H. (1997). Ziele und Wirkungen der Pflegeversicherung; Eine ökonomische Analyse. Frankfurt/Main: Campus.

Rothgang, H. (2010). Die Bedeutung von Pflegebedürftigkeit – im Spiegel des GEK – Pflegereports: Vortrag im Rahmen der Ausstellung „Ein neuer Blick auf die Pflege“ in Bremen.

Röttger-Liepmann, B. (2007). Pflegebedürftigkeit im Alter: Aktuelle Befunde und Konsequenzen für künftige Versorgungsstrukturen. Weinheim und München: Juventa.

Rudda, J. (2010). Neue Richtlinien zur einheitlichen Anwendung des Bundespflegegeldgesetzes. *ÖZPR* 4, S. 111ff.

Rudda, J. & Greifeneder, M. (2010). Pflegegeld & Sozialrecht. *ÖZPR* 2, S. 41.

Savarino J. (2008). Praxishandbuch MDK Management. 1. Auflage. Mannheim: Medizificon.

Schmid, J. (2010). Wohlfahrtsstaaten im Vergleich. Soziale Sicherung in Europa: Organisation, Finanzierung, Leistungen und Probleme. 3. Auflage. Wiesbaden: Sozialwissenschaften.

Schmidt, M. (o.J.). Die Versorgung Pflegebedürftiger in Deutschland: Ein kritischer Vergleich unter Berücksichtigung der wesentlichen Rechtsvorschriften, Österreichische Sozialversicherung, Bonn. Zugriff am 17.06.2011 unter http://www.noegkk.at/mediaDB/MMDB120927_Die%20Versorgung%20Pflegebedürftiger%20in%20Deutschland.pdf

Schneekloth, U. & Wahl, H-W. (2008). Selbstständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten; Pflegearrangements, Demenz, Versorgungsangebote. 2. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.

Schneider, U. & Österle, A. & Schober, D. & Schober C. (2006). Die Kosten der Pflege in Österreich. Aufgabenstrukturen und Finanzierung. Forschungsbericht 02. Institut für Sozialpolitik. Wien. Zugriff am 10.09.2011 unter http://www.wu.ac.at/sozialpolitik/pub/fbn02_06

Schnell, M.W. (2008). Ethik als Schutzbereich, Kurzlehrbuch für Pflege, Medizin und Philosophie. 1. Auflage. Bern: Hans Huber.

Schräder, J. (2008). Bürgerversicherung und Grundgesetz; Verfassungsrechtliche Grenzen der Ausweitung von Versicherungspflicht und Beitragsbemessungsgrundlage in der gesetzlichen Krankenversicherung. 1. Auflage. Baden – Baden: Nomos.

Schrank, S. (2004). Fragen Sie Ihre Patienten – bevor es der MDK tut, Kundenbefragung als Element der Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege. Hannover: Schlütersche.

Schroeter, K. (2006). Das soziale Feld der Pflege. Eine Einführung in Strukturen, Deutungen und Handlungen. Weinheim und München: Juventa.

Simon, M. (2004). Die Begutachtung im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung; Kritische Anmerkungen zur Validität der Ergebnisse. *Journal of Public Health*, 12, S. 218-228.

Skuban R. (2004). Pflegesicherung in Europa. Sozialpolitik im Binnenmarkt. 1. Auflage. Wiesbaden: Sozialwissenschaften.

Sozialgesetzbuch XI (o.J.a). §14 SGB XI. Begriff der Pflegebedürftigkeit. Zugriff am 30.10.2011 unter <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxi/14.html>

Sozialgesetzbuch XI (o.J.b). §36 SGB XI. Pflegesachleistung. Zugriff am 30.10.2011 unter <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxi/36.html>

Sozialgesetzbuch XI (o.J.c). §37 SGB XI. Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen. Zugriff am 30.10.2011 unter <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxi/37.html>

Sozialgesetzbuch XI (o.J.d). §44 SGB XI. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen. Zugriff am 27.10.2011 unter <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxi/44.html>

Sozialgesetzbuch XI (o.J.e). §45 SGB XI. Berechtigter Personenkreis. Zugriff am 27.10.2011 unter <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxi/45a.html>

Statistik Austria (o.J.a). Eckdaten Bundesländer; Stand 2011-09. Zugriff am 30.10.2010 unter <http://sdb.statistik.at/superwebguest/login.do?guest=guest&db=dewatlas2>

Statistik Austria (o.J.b). Bevölkerung zum Jahresdurchschnitt 1952 bis 1975. Zugriff am 30.10.2011 unter <http://sdb.statistik.at/superwebguest/login.do?guest=guest&db=debevstprog>

Statistik Austria (o.J.c). Bevölkerung zum Jahresdurchschnitt. Zugriff am 30.10.2011 unter <http://sdb.statistik.at/superwebguest/login.do?guest=guest&db=debevstprog>

Statistik Austria (17.09.2007). Pflege. Zugriff am 04.10.2011 unter http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/sozialleistungen_auf_bundesebene/bundespflegegeld/index.html

Statistik Austria (03.08.2010). Bevölkerungsprognosen. Zugriff am 07.09.2010 unter http://statistik.gv.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html

Statistik Austria (07.03.2011). Gesundheitsausgaben in Österreich laut System of Health Accounts (OECD) 1990-2009. Zugriff am 16.08.2011 unter http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsausgaben/index.html

Statistik Austria (19.05.2011a). Bevölkerungspyramide am 1.1.2011 nach Staatsangehörigkeit Österreich. Zugriff am 30.10.2011 unter http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_staatsangehoerigkeit_geburtsland/index.html

Statistik Austria (19.05.2011b). Indikatoren zu Sterblichkeit und Lebenserwartung (inkl. Säuglingssterblichkeit) seit 1961. Zugriff am 23.06.2011 unter

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_masszahlen/demographische_indikatoren/023576.html

Statistik Austria (14.07.2011). Höhe der Durchschnittspensionen in der gesetzlichen Pensionsversicherung 2010. Zugriff am 20.10.2011 unter http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/sozialleistungen_auf_bundesebene/pensionen_und_renten/041214.html

Statistik Austria (05.08.2011). Demographische Indikatoren. Zugriff am 20.10.2011 unter http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_masszahlen/demographische_indikatoren/index.html

Statistik Austria (23.08.2011). Vorräusberechnete Bevölkerungsstruktur für Österreich (2011-2075). Zugriff am 30.10.2011 unter [ergebnisse_im_ueberblick_bevoelkerungsprognose_-_oesterreich-027308-3.pdf](#)

Statistik Austria (12.09.2011). Landespflegegeld. Zugriff am 12.10.2011 unter http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsausgaben/019701.html

Statistik Austria (15.09.2011). Bundespflegegeld. Zugriff am 17.10.2011 unter http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/sozialleistungen_auf_landesebene/landespflegegeld/index.html

Statistik Austria (21.09.2011). Vorausberechnete Bevölkerungsstruktur für Österreich 2011-2075 laut Hauptszenario. Zugriff am 22.09.2011 unter http://statistik.gv.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/027308.html

Statistik Austria (06.10.2011). Haushaltsprognosen. Zugriff am 09.10.2011 unter http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/haushalts_und_familienprognosen/index.html

Statistik Austria (14.10.2011). Österreich und seine Bundesländer. Zugriff am 01.10.2011 unter http://www.statistik.at/web_de/services/wirtschaftsatlas_oesterreich/oesterreich_und_seine_bundeslaender/index.html

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hrsg.). (2010). Demographischer Wandel in Deutschland, Heft 2. Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige

im Bund und in den Ländern. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt Deutschland (o.J.a). Bevölkerung. Zugriff am 20.10.2011 unter <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Navigation/Statistiken/Bevoelkerung/Bevoelkerung.psml>

Statistisches Bundesamt Deutschland (o.J.b). Entwicklung der Bevölkerung in Deutschland bis 2060. Zugriff am 30.10.2011 unter <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Navigation/Statistiken/Bevoelkerung/Bevoelkerung.psml>

Statistisches Bundesamt Deutschland (07.11.2008). Pflegebedürftige 2005 nach Versorgungsart. Zugriff am 30.10.2011 unter http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Navigation/Publikationen/STATmagazin/2008/Sozialleistungen2008_11,templateId=renderPrint.psml_nnn=true

Statistisches Bundesamt Deutschland (17.12.2008). Pflegestatistik 2007. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden. Zugriff am 20.10.2010 unter <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Sozialleistungen/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001079004,property=file.pdf>

Statistisches Bundesamt Deutschland (2009). Vorausberechnete Bevölkerungsstruktur für Österreich (2010-2075). Zugriff am 31.10.2011 unter <http://www.destatis.de/bevoelkerungspyramide/>

Statistisches Bundesamt Deutschland (12.05.2011a). Lebenserwartung von Frauen bei Geburt. Zugriff am 20.09.2011 unter http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Internationales/InternationaleStatistik/Thema/Tabellen/Basistabelle__Lebenserwartungw,templateId=renderPrint.psml

Statistisches Bundesamt Deutschland (12.05.2011b). Lebenserwartung von Männern bei Geburt. Zugriff am 20.09.2011 unter http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Internationales/InternationaleStatistik/Thema/Tabellen/Basistabelle__Lebenserwartungm,templateId=renderPrint.psml

Technische Universität Dortmund (o.J.). Themenblock II: Die Pflegeversicherung –

Geschichte und Stationen, Leistungen und Erfolg. Zugriff am 02.11.2011 unter http://www.fb12.uni-dortmund.de/lehrstuehle/iso/gerontologie/lehrrangebot/Folienskript_in_Pflegebedarf_Sitzung_7.pdf

Volkshilfe (Hrsg.) (2010). Pflege und Betreuung. Positionen. Zugriff am 02.11.2011 unter [http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=volkshilfe \(hrsg.\) \(2010\). pflege und betreuung. positionen.&source=web&cd=2&ved=0CCEQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.stmk.volkshilfe.at%2Fcms%2Fdownload.php%3FdownloadId=146%26languageId=1&ei=BJ6xTrLT_M4zbs](http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=volkshilfe+(hrsg.)+(2010).+pflege+und+betreuung.+positionen.&source=web&cd=2&ved=0CCEQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.stmk.volkshilfe.at%2Fcms%2Fdownload.php%3FdownloadId=146%26languageId=1&ei=BJ6xTrLT_M4zbs)

Unterthurner, M. (2009). Gesundheitsprävention in Österreich am Beispiel der Gesundheitsvorsorge, Linz. Zugriff am 02.11.2011 unter http://www.isw-linz.at/themen/dbdocs/LF_Unterthurner_01_09.pdf

Wendt, W. R. (1995). Unterstützung fallweise. Case Management in der Sozialarbeit, 2. Auflage. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Wendt, W.R. (2010). Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen: Eine Einführung, 5. Auflage. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Widder, B. & Gaidzik, W.P. (Hrsg.) (2007). Begutachtung in der Neurologie. Stuttgart: Thieme.

Wiesemann, C. & Erichsen, N. & Behrendt, H. & Biller-Andorno, N. & Frewer (Hrsg.) (2003). Pflege und Ethik. Leitfaden für Wissenschaft und Praxis. Stuttgart: Kohlhammer.

Wigger, B. U. (2006). Grundzüge der Finanzwissenschaft. Berlin Heidelberg: Springer.

Wikipedia (2011). Pflegeversicherung Deutschland. Zugriff am 10.09.2011 unter [http://de.wikipedia.org/wiki/Pflegeversicherung_\(Deutschland\)](http://de.wikipedia.org/wiki/Pflegeversicherung_(Deutschland))

Wild, F. (2010). Die Pflegefinanzierung und die Pflegeausgaben im internationalen Vergleich. WIP-Diskussionspapier. Köln. Zugriff am 02.11.2011 unter http://www.wip-pkv.de/uploads/tx_nppresscenter/Pflegeausgaben_im_internationalen_Vergleich.pdf

Wingenfeld, K. (1998). Maßstäbe zur Bemessung von Pflegebedürftigkeit nach dem Pflegeversicherungsgesetz. In Gerlinger, T.; Hinricher, L.; Hungeling, G.; Isenberg, T.; Kühn, H.; Lenhardt, U.; Malzahn, J.; Simon, M.; Stegmüller, K.; Wolf, N. (Hrsg.): Standardisierungen in der Medizin, Jahrbuch für Kritische Medizin Band 29. 1. Auflage. Hamburg: Argument, S. 95-111.

Wingenfeld, K. & Büscher, A. & Schaeffer, D. (2007). Recherche und Analyse von

Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten. Bielefeld. Zugriff am 02.11.2011 unter <http://www.dbfk.de/download/download/GutachtenPflegebeduerftigkeitsbericht2007-03-31final.pdf>

Zintl-Wiegand, A. & Krumm, B. (2003). Werden Demenzkranke bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem Pflegerversicherungsgesetz benachteiligt? Die Erfassung von kognitiven Einschränkungen im Pflegegutachten (MDK) und mit standardisierten Instrumenten. *Der Nervenarzt*, 74, S. 571-580.

Anonym (o.J.). „500 Mio. Euro für Pflegefonds. Auch sollen Pflegefachkräfte künftig Einstufung gemeinsam mit Ärzten bestimmen.“ Zugriff am 10.08.2011 unter <http://www.oe24.at/oesterreich/politik/500-Mio-Euro-fuer-Pflegefonds/1507488>

Anonym (2011). „Hundstorfer für Pflegefonds statt –versicherung.“ Zugriff am 30.05.2011 unter <http://www.salzburg.com/online/nachrichten/innenpolitik/Hundstorfer-fuer-Pflegefonds-statt-versicherung.html?article=eGMmOI8VewXALfnuH0wDqk6dHcAUcBB6hEPpGpa&img=&text=&mode=>

Anonym (2010). „Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff. Pflegeleistung bedarf in mehrfacher Hinsicht höherer Anerkennung“. *Procure*, 15 (6-7), S. 42-44.

Anonym (o.J.). „Pflegefonds: Einigung positiv aufgenommen“. Zugriff am 05.07.2011 unter http://diepresse.com/home/politik/innenpolitik/675469/Pflegefonds_Einigung-positiv-aufgenommen

Abbildungsverzeichnis

- Abb. 1** Bevölkerungspyramide am 1.1. 2011 nach Staatsangehörigkeit Österreich
Quelle: Statistik Austria, erstellt am 19.05.2011a
- Abb. 2** Betreuungssituation in Österreich im Jahr 2008
Quelle: Bundesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrt, erstellt am 27.09.2011 (eigene Darstellung)
- Abb. 3** Aufteilung der Pflegegeldbezieher 2010
Quelle: Ruddy, 2010, S. 112 (eigene Darstellung)
- Abb. 4** Aufteilung der Pflegegeldbezieher 2008 (nach Trägern)
Quelle: Ruddy, 2010, S. 14 (eigene Darstellung)
- Abb. 5** Schematische Darstellung der Zahlungsströme im Pflegesystem
Quelle: Schneider, 2006, S. 5 (eigene Darstellung)
- Abb. 6** Anteil der Pflegeausgaben am BIP 2007
Quelle: Wild, 2010, S. 41 (eigene Darstellung)
- Abb. 7** Vergleich Pflegeausgaben und Anteil der über 65-Jährigen im Jahr 2007
Quelle: Wild, 2010, S. 43 (eigene Darstellung)
- Abb. 8** Vergleich Pflegeausgaben und Anteil der über 80-Jährigen im Jahr 2007
Quelle: Wild, 2010, S. 44 (eigene Darstellung)
- Abb. 9** OECD Werte (in %) der gesamten Gesundheitsausgaben für Präventionsprogramme aus dem Jahr 2003
Quelle: Unterthurner, 2009
- Abb. 10** Pflegebedürftige 2005 nach Versorgungsart
Quelle: Statistisches Bundesamt Deutschland, erstellt am 07.11.2008

- Abb. 11** Anteil der Pflegebedürftigen an den Verstorbenen eines Jahres in Prozent
Quelle: El-Sharif, 2011 (eigene Darstellung)
- Abb. 12** Leistungsempfänger der Sozialen Pflegeversicherung nach Leistungsarten 2005
Quelle: Bäcker et al., 2010, S. 192 (eigene Darstellung)
- Abb. 13** Leistungs- und Vertragsbeziehungen in der pflegerischen Versorgung
Quelle: Bäcker et al., 2010, S. 188 (eigene Darstellung)
- Abb. 14** Finanzentwicklung der Pflegeversicherung in Deutschland 1995-2009
Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, 2011
- Abb. 15** Wohnort/Entfernung der privaten Hauptpflegepersonen zur Summe in aller pflegebedürftigen Personen 2002
Quelle: Schneekloth, 2008, S. 79 (eigene Darstellung)
- Abb. 16** Wohnort/Entfernung der privaten Hauptpflegeperson im Bezug der alleinlebenden Pflegebedürftigen 2002
Quelle: Schneekloth, 2008, S. 79 (eigene Darstellung)
- Abb. 17** Pflegegeldbezieher der Stufe eins bis drei von 1998-2010
Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2010
- Abb. 18** Anteil der Pflegegeldbezieher in Deutschland 1996-2010 (Stufen 1-3)
Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, erstellt am 30.10.2011a-c (eigene Darstellung)
- Abb. 19** Darstellende Härtefälle der Stufe III in Deutschland 1996-2010
Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, erstellt am 30.10.2011c-d (eigene Darstellung)
- Abb. 20** Das Bindeglied „Case-Manager“
Quelle: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung, 2008, S. 125 (eigene Darstellung)

Abb. 21 Vorausberechnete Bevölkerungsstruktur für Österreich (2010-2075)

Quelle: Statistik Austria, erstellt am 23.08.2011 (eigene Darstellung)

Abb. 22 Vorausberechnete Bevölkerungsstruktur für Deutschland (2010-2060)

Quelle: Statistisches Bundesamt Deutschland, erstellt 2009 (eigene Darstellung)

Tabellenverzeichnis

- Tab. 1** Zustehender Betrag für die jeweilige Pflegestufe
- Quelle: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, o.J.
(eigene Darstellung)
- Tab. 2** Betreuungssituation pflegebedürftiger Österreicher
- Quelle: Guger, o.J. (eigene Darstellung)
- Tab. 3** Beurteilung der Pflegebedürftigkeit (ab 01.01.1999)
- Quelle: Bundeskanzleramt Rechtsinformationssystem, (BGBl. II Nr. 469/2008 Z1), erstellt am 16.12.2008 (eigene Darstellung)
- Tab. 4** Bereiche des Begutachtungsverfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit
- Quelle: Deufert et al., 2010a, S. 5 (eigene Darstellung)
- Tab. 5** Einschätzung der Aktivitäten der Pflegeperson
- Quelle: Deufert et al., 2010a, S. 6 (eigene Darstellung)
- Tab. 6** Gesamtpunkte der ABV-Einschätzung
- Quelle: Deufert et al., 2010a, S. 9ff. (eigene Darstellung)
- Tab. 7** Pflegebedürftige Frauen und Männer in Deutschland (1999-2009)
- Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, erstellt am 30.11.2011
(eigene Darstellung)
- Tab. 8** Anzahl der Pflegebedürftigen in Deutschland (2010-2030)
- Quelle: Pfaff, erstellt am 07.11.2008 (eigene Darstellung)
- Tab. 9** Leistungen der Pflegeversicherungsgesetze
- Quelle: Institut für Demoskopie, 2009 (eigene Darstellung)

Tab. 10 Deutschland und seine Pflegesätze (2007-2012)

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, 2011 (eigene Darstellung)

Anhang A

Gutachtungsbogen auf Zuerkennung des Pflegegeldes in Österreich



PENSIONSVERSICHERUNGSANSTALT

Hauptstelle

Friedrich-Hilkegeist-Straße 1
1021 Wien / Österreich
www.pensionsversicherung.at

Telefon: 050303
Telefax: +43(0)50303-28850
Ausland: +43/50303
pva@pva.sozvers.at



Beilage 1

HCHB

Untersuchender Arzt:

Schriftzeichen:

Ärztliches Gutachten

Zum Antrag auf Zuerkennung des Pflegegeldes

Versicherungsnummer:

Zu- und Vorname:

geb. am:

Adresse:

Tel.Nr.:

Antrag gestellt am:

Untersuchung am:

Legitimation durch:

1. Persönliche Angaben

Behandelnde Ärztinnen/Ärzte:

Frühere Erkrankungen:

--

Beschwerden und Angaben zur Antragstellung:

--

Betreuung/Pflege erfolgt durch:

(mit Angabe der Häufigkeit)

--

Vorhandene technische Hilfsmittel/Orthopädische Behelfe:

--

Derzeitige Therapie:

--

2. Außenanamnese mit Pflegeperson / Vertrauensperson
(mit Bezug zu Pflegebedarf und Alltagsablauf)

--

3. Relevantes aus der Pflegedokumentation

--

4. Vorliegende Befunde

--

5. Soziales Umfeld

Infrastruktur:

--

Wohnsituation:

--

6. Status

Gesamteindruck:

Klinischer Untersuchungsbefund:

7. Diagnose(n)

(in allgemein verständlicher Formulierung)

--

8. Gesamtbeurteilung

(Medizinisch schlüssige, allgemein nachvollziehbare Ableitung des Pflegebedarfes, Begründungen: bei Abweichung einzelner Zeitwerte, für Stufen 5, 6 und 7, bei diagnosebezogenen Mindesteinstufungen; Stellungnahme zu Vorgutachten)

--

9. Prognose

(Stellungnahme zu Besserung, Rehabilitationsmaßnahmen)

--

10. Sonstiges

--

11. Stellungnahme

(zu weiterer Veranlassung)

Zusätzlich erforderliche Begutachtungen:

Ja

☐

Nein

☐

Fachrichtung: --

Grund: --

Pflegebedarf voraussichtlich mindestens 6 Monate bestehend:

Ja

☐

Nein

☐

(Pflegebedarf von mehr als 50 Stunden pro Monat unabhängig vom Zeitpunkt der Antragstellung)

Eine wesentliche, pflegegeldstufenrelevante Besserung ist zu erwarten:

Ja

☐

Nein

☐

in -- Monat(en)

Der festgestellte Pflegebedarf wird mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit zur Gänze wegfallen:

Ja

☐

Nein

☐

in -- Monat(en)

12. Hinweis auf Unterversorgung/Verwahrlosung

Ja

☐

Nein

☐

Zustand der/des Pflegebedürftigen: --

Zustand der Wohnung: --

Datum, Stempel, Unterschrift

Verrechnungsblatt

Zu verrechnen als: ☐ Gutachten - Pflegegeld

Datum, Stempel, Unterschrift

Laut Monatsausweis
der Buchhaltung aufgegeben

EUR angewiesen.

Bearbeitet:

Überprüft:



PENSIONSVERSICHERUNGSANSTALT

Hauptstelle

Friedrich-Hillegeist-Straße 1
1021 Wien / Österreich
www.pensionsversicherung.at

Telefon: 050303
Telefax: +43(0)50303-28850
Ausland: +43/50303
pva@pva.sozvers.at



Gutachterarzt:

Schriftzeichen:

ERMITTLUNG DES PFLEGEBEDARFES IN ERGÄNZUNG DES ÄRZTLICHEN GUTACHTENS VOM

Name:

VSNR:

1. FUNKTIONSBEZOGENER PFLEGEBEDARF			Minuten/Tag	Stunden/Monat	Stunden/Monat
Betreuung erforderlich:	ja	nein	Mindestwert *)		festgestellter Zeitaufwand
1. Tägliche Körperpflege	☐	☐	2x25	25	
2. Zubereitung von Mahlzeiten	☐	☐	60	30	
3. Einnehmen von Mahlzeiten	☐	☐	60	30	
4. Verrichtung der Notdurft	☐	☐	4x15	30	
			Richtwert *)		
5. An- und Auskleiden	☐	☐	2x20	20	
6. Reinigung bei Inkontinenz	☐	☐	4x10	20	
7. Anus praeter-Pflege	☐	☐	15	7,5	
8. Kanülen-Pflege	☐	☐	10	5	
9. Katheter-Pflege	☐	☐	10	5	
10. Einläufe	☐	☐	30	15	
11. Einnahme von Medikamenten	☐	☐	6	3	
12. Mobilitätshilfe im engeren Sinn	☐	☐	30	15	
13. Motivationsgespräche	☐	☐		10	
14. Entleerung/Reinigung des Leibstuhls	☐	☐	4x5	10	
			Betreuungsleistung ohne Richt-/Mindestwert		
15. Sonstige Körperpflege	☐	☐		4	
16. Hilfestellung beim Kochen	☐	☐		10	
17. Sonstiges	☐	☐			
Hilfe erforderlich:			Fixwert *)		
18. Herbeischaffung von Nahrungs- mitteln und Medikamenten	☐	☐		10	
19. Reinigung der Wohnung und der persönlichen Gebrauchsgegenstände	☐	☐		10	
20. Pflege der Leib- und Bettwäsche	☐	☐		10	
21. Beheizung des Wohnraumes ein- schließlich Herbeischaffung von Heizmaterial	☐	☐		10	
22. Mobilitätshilfe im weiteren Sinn	☐	☐		10	
Erschwerenispauschale			Pauschalwert		
23. für Kinder bis zum 7. Lebensjahr	☐	☐		50	
24. für Kinder/Jugendliche v. 7.-15. Lj.	☐	☐		75	
25. für Personen ab dem 15. Lj.	☐	☐		25	
Pflegebedarf insgesamt in Stunden pro Monat					0

*) Keine Gültigkeit von Mindest-, Richt- und Fixwerten für Kinder und Jugendliche bis zum 15. Lebensjahr

Beurteilung der Punkte 26 - 28 nur bei einem funktionsbezogenen Pflegebedarf von **mehr** als 180 Stunden/Monat.

26. Außergewöhnlicher Pflegeaufwand liegt vor, weil: die dauernde Bereitschaft, nicht jedoch die dauernde Anwesenheit einer Pflegeperson erforderlich ist o d e r die regelmäßige Nachschau durch eine Pflegeperson in relativ kurzen jedoch planbaren Zeitabständen erforderlich ist, davon zumindest eine einmalige Nachschau auch in den Nachtstunden o d e r mehr als 5 Pflegeeinheiten, davon eine auch in den Nachtstunden, erforderlich sind	☐ ja	☐ nein	Stufe 5
27. Zeitlich unkoordinierbare Betreuungsmaßnahmen sind über 24 Stunden erforderlich o d e r dauernde Anwesenheit einer Pflegeperson über 24 Stunden ist wegen wahrscheinlicher Eigen- oder Fremdgefährdung erforderlich	☐ ja	☐ nein	Stufe 6
28. Es sind keine zielgerichteten Bewegungen der vier Extremitäten mit funktioneller Umsetzung möglich o d e r es besteht ein gleichzuachtender Zustand	☐ ja	☐ nein	Stufe 7

2. DIAGNOSEBEZOGENER PFLEGEBEDARF

29. Hochgradige Sehbehinderung	☐ ja	☐ nein	Stufe 3
30. Blindheit	☐ ja	☐ nein	Stufe 4
31. Taubblindheit	☐ ja	☐ nein	Stufe 5
32. Überwiegend auf den selbstständigen Gebrauch eines Rollstuhles zur eigenständigen Lebensführung angewiesen wegen:	☐ ja	☐ nein	
Querschnittlähmung	☐ Stufe 3	☐ Stufe 4	☐ Stufe 5
Beidseitiger Beinamputation	☐ Stufe 3	☐ Stufe 4	☐ Stufe 5
Genetischer Muskeldystrophie	☐ Stufe 3	☐ Stufe 4	☐ Stufe 5
Encephalitis disseminata	☐ Stufe 3	☐ Stufe 4	☐ Stufe 5
Infantiler Cerebralparese	☐ Stufe 3	☐ Stufe 4	☐ Stufe 5

	Kein ausreichender Pflegebedarf	☐
Datum / Stempel / Unterschrift Gutachterarzt	Festgestellte Pflegegeldstufe	

Nicht vom begutachtenden Arzt auszufüllen:

AUSSCHLIESSLICH ADMINISTRATIVE ERLEDIGUNG

Datum / Stempel / Unterschrift SB:

STELLUNGNAHME DES CHEFÄRZTLICHEN DIENSTES

Festgestellter Pflegebedarf: schlüssig ☐ Pflegegeldstufe:
korrigiert ☐ zusammengefasst ☐ siehe Beilage F 703-26

Einstufung funktionsbezogen ☐ Zusatz: diagnosebezogen ☐ Zusatz:
Befristung ☐ bis
Nachuntersuchung ☐ Monat/Jahr Fachrichtung:

Datum / Stempel / Unterschrift Chefärztlicher Dienst / Oberbegutachtung

Anhang B

Gutachtungsbogen der Pflegebedürftigkeit in Deutschland

G Formulargutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI



Gutachten zur Feststellung
der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI

MDK:

Gutachten vom:

Versicherter:

Geb.-Datum:

Pflegekasse: (Name)

(Adresse)

(IK)

Versicherte(r):	☐ männl. ☐ weibl.	Untersuchungsort
Name, Vorname:		☐ Privatwohnung
Geburtsdatum: □□ □□ □□□□		☐ vollstationäre Pflegeeinrichtung
		☐ Krankenhaus
		☐ Sonstiges
		Adresse (falls abweichend)
Straße:		Straße:
PLZ, Ort:		PLZ, Ort:
Telefon:		Telefon:
		wohnhaf bei:

Behandelnde(r) Arzt/Ärztin:

Name:

Straße:

PLZ, Ort:

Telefon:

Untersuchung am: □□ □□ □□□□

Uhrzeit: □□ □□

Durch Gutachter(in)

MDK - Beratungsstelle:

Antrags-/Gutachtenart

	Erstgutachten	Höherstufungs- gutachten	Wiederholungs- gutachten	Widerspruchs- gutachten
Geldleistung (§ 37 SGB XI)				
Sachleistung (§ 36 SGB XI)				
Kombi-Leistung (§ 38 SGB XI)				
Vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI)				
Hilfe für behinderte Menschen (§ 43a SGB XI)				

Derzeitige Pflege- stufe:	☐ keine	☐ Stufe I	☐ Stufe II	☐ Stufe III	☐ Härtefall
------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------

**Gutachten zur Feststellung
der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI**

MDK:

Gutachten vom:

Versicherter:

Geb.-Datum:

1 Derzeitige Versorgungs- und Betreuungssituation

Nach Angaben von

.....

.....

1.1 Ärztliche/medikamentöse Versorgung

Arztbesuche

☐ Keine

Hausbesuche

.....

.....

.....

Praxisbesuche

.....

.....

.....

Medikamente

☐ Keine

☐ Selbständige Einnahme

☐ Hilfestellung erforderlich bei/durch:

.....

.....

.....

1.2 Verordnete Heilmittel

☐ Keine

☐ Physikalische Therapien ☐ Ergotherapie ☐ Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie

.....

.....

.....

☐ Sonstiges:

.....

.....

.....

1.3 Hilfsmittel/Nutzung

☐ Keine

.....

.....

.....

**Gutachten zur Feststellung
der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI**

MDK:

Gutachten vom:

Versicherter:

Geb.-Datum:

1.4 Umfang der pflegerischen Versorgung und Betreuung

☐ Keine

☐ Häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V)

.....

.....

☐ Pflege durch Pflegeeinrichtung(en) im Sinne des SGB XI

☐ ambulant ☐ Tages-/Nachtpflege ☐ Kurzzeitpflege ☐ stationär

.....

.....

☐ Pflege durch Angehörige/Bekannte

.....

.....

☐ Betreuung durch sonstige Einrichtungen

.....

.....

Versicherte(r) alleinlebend

☐ Ja

☐ Nein

Pflege durch	Name (Vorname)	Straße	PLZ	Ort	Geburtsdatum	Telefon	Pflegezeit pro Woche in Stunden
A							
B							
C							
D							

2 Pflegerelevante Vorgeschichte und Befunde

2.1 Pflegerelevante Aspekte der ambulanten Wohnsituation

.....

.....

2.2 Fremdbefunde

.....

.....

Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI

MDK:

Gutachten vom:

Versicherter:

Geb.-Datum:

2.3 Pflegerelevante Vorgeschichte (Anamnese)

.....

..... |

.....

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
innerhalb der letzten vier Jahre

☐ Ja

☐ Nein

Form:

☐ ambulant

☐ stationär

Art:

☐ geriatrische Rehabilitation

☐ Indikationsspezifisch (z. B. neurologische, orthopädische, kardiologische Rehabilitation)

.....

.....

.....

3 Gutachterlicher Befund

3.1 Allgemeinzustand/Befund

(Ernährungs-, Kräfte- und Pflegezustand)

.....

.....

.....

3.2 Beschreibung von Schädigungen/Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Ressourcen in Bezug auf den Stütz- und Bewegungsapparat, die Inneren Organe, die Sinnesorgane und Nervensystem/ Psyche

.....

.....

.....

.....

.....

3.3 Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens*)

☐ Bewegen

☐ Waschen/Kleiden

☐ Ernähren

☐ Ausscheiden

*) Graduierung:

0 = Keine pflegerelevante Beeinträchtigung der Aktivität

1 = Keine Fremdhilfe, selbständige Ausführung verlängert oder Hilfsmiteinsatz erforderlich

2 = Fremdhilfe bei abhängiger Pflegeaktivität erforderlich

3 = Unfähigkeit zur selbständigen Aktivität

**Gutachten zur Feststellung
der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI**

MDK:

Gutachten vom:

Versicherter:

Geb.-Datum:

3.4 Pflegebegründende Diagnose(n)

..... ICD-10

..... ICD-10

weitere Diagnosen:

.....

.....

.....

3.5 Screening und Assessment zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz

Erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz wurde bereits festgestellt und besteht weiterhin

☐ Ja

☐ Nein

Liegt eine demenzbedingte Fähigkeitsstörung, geistige Behinderung oder psychische Erkrankung vor?

☐ Ja

☐ Nein

	unauffällig	auffällig
Orientierung	☐	☐
Antrieb/Beschäftigung	☐	☐
Stimmung	☐	☐
Gedächtnis	☐	☐
Tag-/Nachtrhythmus	☐	☐
Wahrnehmung und Denken	☐	☐
Kommunikation/Sprache	☐	☐
Situatives Anpassen	☐	☐
Soziale Bereiche des Lebens wahrnehmen	☐	☐

Resultiert aus mindestens einer der in der Tabelle festgestellten Auffälligkeit regelmäßig und auf Dauer ein Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf?

☐ Ja

☐ Nein

Wenn "Nein" Begründung:

.....

.....

.....

**Gutachten zur Feststellung
der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI**

MDK:

Gutachten vom:

Versicherter:

Geb.-Datum:

Assessment

	Für die Bewertung, ob die Einschränkung der Alltagskompetenz auf Dauer erheblich ist, sind folgende Schädigungen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten maßgebend:		
		Ja	Nein
1.	Unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauftendenz)	☐	☐
2.	Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen	☐	☐
3.	Unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen	☐	☐
4.	Tätlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation	☐	☐
5.	Im situativen Kontext inadäquates Verhalten	☐	☐
6.	Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen	☐	☐
7.	Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung	☐	☐
8.	Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben	☐	☐
9.	Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus	☐	☐
10.	Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren	☐	☐
11.	Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen	☐	☐
12.	Ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten	☐	☐
13.	Zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagtheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression	☐	☐

"Ja" in den Bereichen 1 bis 9

☐

"Ja" in den Bereichen 10 bis 13

☐

Die Alltagskompetenz ist erheblich eingeschränkt, wenn in wenigstens 2 Bereichen, davon mindestens einmal aus dem Bereich 1 bis 9, dauerhafte und regelmäßige Schädigungen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten festgestellt werden.

Ergebnis:

Die Alltagskompetenz des Antragstellers im Sinne § 45a SGB XI ist erheblich eingeschränkt

☐ Ja

☐ Nein

Seit wann?

**Gutachten zur Feststellung
der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI**

MDK:

Gutachten vom:

Versicherter:

Geb.-Datum:

4 Pflegebedürftigkeit

4.1 Körperpflege

Hilfebedarf bei(m)	Nein	Form der Hilfe					Häufigkeit pro		Zeitaufwand pro Tag (Min.)
Waschen							Tag	Woche	
Ganzkörperwäsche (GK)		U	TÜ	VÜ	B	A			
Teilwäsche Oberkörper (OK)		U	TÜ	VÜ	B	A			
Teilwäsche Unterkörper (UK)		U	TÜ	VÜ	B	A			
Teilwäsche Hände/Gesicht (HG)		U	TÜ	VÜ	B	A			
Duschen		U	TÜ	VÜ	B	A			
Baden		U	TÜ	VÜ	B	A			
Zahnpflege		U	TÜ	VÜ	B	A			
Kämmen		U	TÜ	VÜ	B	A			
Rasieren		U	TÜ	VÜ	B	A			
Darm- und Blasenentleerung									
Wasserlassen		U	TÜ	VÜ	B	A			
Stuhlgang		U	TÜ	VÜ	B	A			
Richten der Bekleidung		U	TÜ	VÜ	B	A			
Windelwechsel nach Wasserlassen		U	TÜ	VÜ	B	A			
Windelwechsel nach Stuhlgang		U	TÜ	VÜ	B	A			
Wechseln kleiner Vorla- gen		U	TÜ	VÜ	B	A			
Wechsel/Entleerung Urin- beutel		U	TÜ	VÜ	B	A			
Wechsel/Entleerung Stomabeutel		U	TÜ	VÜ	B	A			
Summe Zeitbedarf Körperpflege									

Legende:

U = Unterstützung

VÜ = vollständige Übernahme

TÜ = teilweise Übernahme

B = Beaufsichtigung

A = Anleitung

**Gutachten zur Feststellung
der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI**

MDK:

Gutachten vom:

Versicherter:

Geb.-Datum:

Im vorstehend genannten Gesamtzeitaufwand für die Verrichtung(en) ist enthalten				
bei der Verrichtung	verrichtungsbezogene krankheits- spezifische Pflegemaßnahme	Häufigkeit pro		Zeitaufwand pro Tag (Min.)
		Tag	Woche	
Waschen/Duschen/Baden	oro/tracheale Sekretabsaugung			
	Einreiben mit Dermatika			
Darm- und Blasenentleerung	Klistier/Einlauf			
	Einmalkatheterisieren			

Erläuterung(en).....
.....
.....

4.2 Ernährung

Hilfebedarf bei	Nein	Form der Hilfe					Häufigkeit pro		Zeitaufwand pro Tag (Min.)
							Tag	Woche	
Mundgerechte Zubereitung der Nahrung		U	TÜ	VÜ	B	A			
Aufnahme der Nahrung									
Oral		U	TÜ	VÜ	B	A			
Sondenkost		U	TÜ	VÜ	B	A			
Summe Zeitbedarf Ernährung									

Im vorstehend genannten Gesamtzeitaufwand für die Verrichtung(en) ist enthalten				
bei der Verrichtung	verrichtungsbezogene krankheits- spezifische Pflegemaßnahme	Häufigkeit pro		Zeitaufwand pro Tag (Min.)
		Tag	Woche	
Aufnahme der Nahrung	oro/tracheale Sekretabsaugung			
	Wechseln einer Sprechkanüle gegen eine Dauerkanüle bei Tracheostoma			

Erläuterung(en).....
.....
.....

Legende:

U = Unterstützung

VÜ = vollständige Übernahme

TÜ = teilweise Übernahme

B = Beaufsichtigung

A = Anleitung

**Gutachten zur Feststellung
der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI**

MDK:

Gutachten vom:

Versicherter:

Geb.-Datum:

4.3 Mobilität

Hilfebedarf beim	Nein	Form der Hilfe					Häufigkeit pro		Zeitaufwand pro Tag (Min.)
							Tag	Woche	
Aufstehen/Zu-Bett- Gehen		U	TÜ	VÜ	B	A			
Umlagern		U	TÜ	VÜ	B	A			
An- und Auskleiden									
Ankleiden Gesamt (GK)		U	TÜ	VÜ	B	A			
Ankleiden Ober-/Unterkörper (TK)		U	TÜ	VÜ	B	A			
Entkleiden Gesamt (GE)		U	TÜ	VÜ	B	A			
Entkleiden Ober-/Unterkörper (TE)		U	TÜ	VÜ	B	A			
Gehen		U	TÜ	VÜ	B	A			
Stehen (Transfer)		U	TÜ	VÜ	B	A			
Treppensteigen		U	TÜ	VÜ	B	A			
Verlassen/Wiederauf- suchen der Wohnung/ Pflegeeinrichtung		U	TÜ	VÜ	B	A			
Summe Zeitbedarf Mobilität									

Im vorstehend genannten Gesamtzeitaufwand für die Verrichtung(en) ist enthalten				
bei der Verrichtung	verrichtungsbezogene krankheits- spezifische Pflegemaßnahme	Häufigkeit pro		Zeitaufwand pro Tag (Min.)
		Tag	Woche	
Aufstehen/Zu-Bett-Gehen	Maßnahmen zur Sekretelimination bei Mukoviszidose oder Erkrankungen mit vergleichbarem Hilfebedarf			
An- und Auskleiden	Anziehen von Kompressionsstrümpfen ab Kompressionsklasse 2			
	Ausziehen von Kompressionsstrümp- fen ab Kompressionsklasse 2			

Erläuterung(en).....
.....
.....

Legende:

U = Unterstützung
VÜ = vollständige Übernahme

TÜ = teilweise Übernahme
B = Beaufsichtigung

A = Anleitung

**Gutachten zur Feststellung
der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI**

MDK:

Gutachten vom:

Versicherter:

Geb.-Datum:

Die Pflege erschwerende oder erleichternde Faktoren

☐ Nein

Nächtlicher Grundpflegebedarf

☐ Nein

Medizinische Behandlungspflege
(nur bei Pflegestufe III in stationärer Pflege)

Zeitaufwand ☐ Stunden ☐ Minuten pro Tag

4.4 Hauswirtschaftliche Versorgung

Hilfebedarf beim	Nein	Häufigkeit wöchentlich	Hinweis/Bemerkung(en)
Einkaufen	☐	☐	
Kochen	☐	☐	
Reinigen der Wohnung	☐	☐	
Spülen	☐	☐	
Wechseln/Waschen der Wäsche/Kleidung	☐	☐	
Beheizen der Wohnung	☐	☐	
Zeitaufwand in Std. pro Woche			

Zeitaufwand Grundpflege

☐ Stunden ☐ Minuten pro Tag

Zeitaufwand Hauswirtschaft (im Wochendurchschnitt)

☐ Stunden ☐ Minuten pro Tag

4.5 Zusätzliche Erläuterungen zum Hilfebedarf

☐ Keine

**Gutachten zur Feststellung
der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI**

MDK:

Gutachten vom:

Versicherter:

Geb.-Datum:

5 Ergebnis

5.1 Stimmt der unter 1.4 angegebene Pflegeaufwand mit dem gutachterlich festgestellten Hilfebedarf überein?

Gesamtaufwand aus Punkt 4.1 bis 4.4 ☐ Stunden ☐ Minuten pro Woche

☐ Ja

☐ Nein

Pflege durch	Name (Vorname)	Pflegezeit ^{*)} pro Woche (gemäß Ziffer 4.1 bis 4.4)
A		
B		
C		
D		

*) Schlüssel

1 = unter 14 Stunden

2 = 14 bis unter 21 Stunden

3 = 21 bis unter 28 Stunden

4 = 28 Stunden und mehr

5.2 Liegt Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI vor?

☐ Nein

☐ Pflegestufe I

☐ Pflegestufe II

☐ Pflegestufe III

☐ außergewöhnl. hoher
Hilfebedarf

Seit wann?

Begründung/Erläuterung:

Im Gesamtaufwand der Grundpflege für die Feststellung der Pflegestufe ist enthalten				
bei der Verrichtung	verrichtungsbezogene krankheits-spezifische Pflegemaßnahme	Häufigkeit pro		Zeitaufwand pro Tag (Min.)
		Tag	Woche	
Waschen/Duschen/Baden	oro/tracheale Sekretabsaugung			
	Einreiben mit Dermatika			
Darm- und Blasenentleerung	Klistier/Einlauf			
	Einmalkatheterisieren			

**Gutachten zur Feststellung
der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI**

MDK:

Gutachten vom:

Versicherter:

Geb.-Datum:

Im Gesamtzeitaufwand der Grundpflege für die Feststellung der Pflegestufe ist enthalten				
bei der Verrichtung	verrichtungsbezogene krankheits- spezifische Pflegemaßnahme	Häufigkeit pro		Zeitaufwand pro Tag (Min.)
		Tag	Woche	
Aufnahme der Nahrung	oro/tracheale Sekretabsaugung			
	Wechseln einer Sprechkanüle gegen eine Dauerkanüle bei Tracheostoma			
Aufstehen/Zu-Bett-Gehen	Maßnahmen zur Sekretelimination bei Mukoviszidose oder Erkrankungen mit vergleichbarem Hilfebedarf			
An- und Auskleiden	Anziehen von Kompressionsstrümpfen ab Kompressionsklasse 2			
	Ausziehen von Kompressionsstrümp- fen ab Kompressionsklasse 2			

5.3 Liegen Hinweise auf folgende Ursachen der Pflegebedürftigkeit vor?

☐ Keine

☐ Unfall

☐ Berufserkrankung/Arbeitsunfall

☐ Versorgungsleiden

5.4 Ist die häusliche Pflege in geeigneter Weise sichergestellt?

☐ Ja

☐ Nein

5.5 Ist vollstationäre Pflege erforderlich?

☐ Ja

☐ Nein

6 Empfehlungen an die Pflegekasse/Individueller Pflegeplan:

6.1 Präventive Maßnahmen/Therapie/Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

☐ Keine

☐ Physikalische Therapien

**Gutachten zur Feststellung
der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI**

MDK:

Gutachten vom:

Versicherter:

Geb.-Datum:

☐ Ergotherapie

.....

.....

☐ Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie

.....

.....

☐ Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

☐ ambulant ☐ stationär

☐ geriatrisch

☐ Indikationsspezifisch (z. B. neurologisch, orthopädisch, kardiologisch)

.....

.....

☐ Sonstiges

.....

.....

6.2 Hilfsmittel-/Pflegehilfsmittelversorgung

☐ Keine

.....

.....

6.3 Technische Hilfen und bauliche Maßnahmen (Wohnumfeld)

☐ Keine

.....

.....

6.4 Verbesserung/Veränderung der Pflegesituation

☐ Keine

.....

.....

**Gutachten zur Feststellung
der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI**

MDK:

Gutachten vom:

Versicherter:

Geb.-Datum:

7 Zusätzliche Empfehlungen/Erläuterungen für die Pflegekasse

.....

.....

.....

8 Prognose/Wiederholungsbegutachtung

Prognose:

.....

.....

.....

Termin für Wiederholungsbegutachtung: □□ □□□□

9 Beteiligte Gutachter

MDK - Arzt

☐

MDK - Pflegefachkraft

☐

Externer Gutachter

☐

Tabellarischer Lebenslauf

Katharina Feigl

Sebastian Kneippgasse 5-7/1

Tel.: +43 676 71 686 72

2380 Perchtoldsdorf

katharina.anna.feigl@gmail.com

Persönliche Daten

Staatsbürgerschaft: Österreich

Geburtsdatum: 14.05.1987

Geschlecht: weiblich



Ausbildungsweg

Volksschule Perchtoldsdorf

Perchtoldsdorf, Österreich

1993 – 1997

Gymnasium Perchtoldsdorf

Perchtoldsdorf, Österreich

Allgemeine Hochschulreife

1997 – 2005

Medizinische Universität Wien

Wien, Österreich

Humanmedizin

2005-2006

Universität Wien

Wien, Österreich

Diplomstudium der Pflegewissenschaft

2006-2011

Berufserfahrung

Sparkasse Horn	Horn, Österreich
Assistentin in der Kreditabteilung	Juli, 2004
Altersheim Perchtoldsdorf	Perchtoldsdorf, Österreich
Pflegepraktikantin	Juli, 2005
SPL Powerlines	Wien, Österreich
Assistentin in der Buchhaltung und im Personalwesen	Juli, 2006
Heurigen Nagl	Königstetten, Österreich
Kellnerin, Zuständig für Planung und Koordinierung	September, 2006 - heute
Ferienspiel	Perchtoldsdorf, Österreich
Kinderbetreuerin	Juli, 2007
SPL Powerlines	Perchtoldsdorf, Österreich
Assistentin im Qualitätsmanagement	August, 2007
Krankenhaus „Göttlicher Heiland“	Wien, Österreich
Assistentin der stellv. Pflegedirektorin	Juli, 2008
Krankenhaushygiene Fortbildungstage	Wien, Österreich
Assistentin für den Aufbau (Anmeldungen, Betreuung)	September, 2008
Marktforschung Dr. Karmasin	Wien, Österreich
Persönliche Interviews und Befragungen	Juni, 2009 - heute
Krankenhaus „Haus der Barmherzigkeit“	Wien, Österreich
Praktikum im Bereich Qualitätsmanagement und Pflegeentwicklung	Juli, 2009
Ferienspiel	Perchtoldsdorf, Österreich
Kinderbetreuerin	Juli, 2010
Heurigen Schmid	Perchtoldsdorf, Österreich
Kellnerin	November, 2010 – heute
Pflegekongress	Wien, Österreich
Assistentin für den Aufbau (Anmeldungen, Betreuung)	November, 2010

Heurigen Breitenecker-Lindic

Kellnerin

Ferienspiel

Kinderbetreuerin

Perchtoldsdorf, Österreich

März, 2011 - heute

Perchtoldsdorf, Österreich

Juli, 2011

Curriculum Résumé

Katharina Feigl

Sebastian Kneippgasse 5-7/1

Tel.: +43 676 71 686 72

2380 Perchtoldsdorf

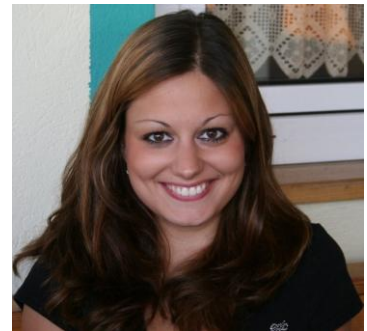
katharina.anna.feigl@gmail.com

Personal Details

Nationality: Austria

Date of Birth: 14th of May, 1987

Gender: Female



Education

Basic School Perchtoldsdorf

Perchtoldsdorf, Austria
1993-1997

Gymnasium Perchtoldsdorf

Austrian university entrance qualification

Perchtoldsdorf, Austria

1997-2005

Medical University of Vienna

Human medicine

Vienna, Austria

2005-2006

University of Vienna

Nursing Science Studies

Vienna, Austria

2006 – 2011

Work Experience

Sparkasse Horn	Horn, Austria
Assistant in the Credit Department	July, 2004
Nursing Home	Perchtoldsdorf, Austria
Caring Trainee	July, 2005
SPL Powerlines	Vienna, Austria
Assistant in Accounting and Human Resources	July, 2006
Heurigen Nagl	Königstetten, Österreich
Waitress, responsible for planning and coordination	September, 2006 – at present
Ferienspiel	Perchtoldsdorf, Austria
Advisor for children	July, 2007
SPL Powerlines	Vienna, Austria
Assistant in Quality Management	August, 2007
Hospital “Göttlicher Heiland”	Vienna, Austria
Assistant of deputy head of nursing	July, 2008
Hospital hygiene advanced training	Vienna, Austria
Assistant in organization (registration, supporting)	September, 2008
Market Research “Dr. Karmasin”	Vienna, Austria
Personal Interviews and surveys	June, 2009 – at present
Hospital “Haus der Barmherzigkeit“	Vienna, Austria
Trainee in Quality Management and Care Development	July, 2009
Ferienspiel	Perchtoldsdorf, Austria
Advisor for children	July, 2010
Heurigen Schmid	Perchtoldsdorf, Austria
Waitress	November, 2010 – at present
Care Congress	Vienna, Austria
Assistant in organization (registration, supporting)	November 2010
Heurigen Breitenecker-Lindic	Perchtoldsdorf, Austria
Waitress	March, 2011 – at present

Ferienspiel

Advisor for children

Perchtoldsdorf, Austria

July, 2011