

Protokoll der Mitgliederkonferenz der AANB e. V. am 19. August 2017 in Göttingen

**Tagungsort: Gemeindezentrum der Kirche "St. Michael", Kurze Straße 13,
37073 Göttingen**

Zeit: 11.00 – 14.00 Uhr

**Thema: Das Pflegestärkungsgesetz –
Alltagsbewältigung - Hilfe im häuslichen Umfeld**

Referentin: Frau Susann Bierwirth, AOK

Frau Seelhorst, die 1. Vorsitzende der AANB e. V., begrüßt Mitglieder und Gäste und stellt das Thema vor: "Das Pflegestärkungsgesetz – Alltagsbewältigung - Hilfe im häuslichen Umfeld". Es geht um das Zweite Pflegestärkungsgesetz, das am 1. Januar 2017 in Kraft getreten ist. Jetzt haben sehr viel mehr Menschen als bisher Anspruch auf Leistungen.

Referentin ist Frau Susann Bierwirth, ausgebildete Pflegefachkraft und inzwischen bei der AOK als Pflegeberaterin beschäftigt. Unterstützt wird sie von ihrem Kollegen, Herrn Neumann, der ihre Ausführungen zum Teil ergänzt.

In diesem Protokoll werden lediglich bestimmte Kernpunkte und Änderungen sowie hilfreiche Hinweise und Beispiele wiedergegeben. Detaillierte Angaben findet man in der Präsentation. Ausführliche Informationen über die häusliche Pflege, über Anspruchsberechtigte und Möglichkeiten der Hilfe bietet zudem die AOK-Broschüre "Die Pflege zu Hause" – Leistungen der häuslichen Pflege, Angebote für Pflegende", Stand: Januar 2017. Diese Broschüre kann man bei der AOK abholen oder anfordern. Andere Kassen bieten sicher ähnliches Informationsmaterial.

Wurden pflegebedürftige Menschen bis Ende des Jahres 2016 in ein System aus drei Pflegestufen eingegliedert, erfolgt am 1. Januar 2017 der Umstieg auf das neue System: die drei Pflegestufen werden zu fünf Pflegegraden. Körperliche und geistige Beeinträchtigungen bekommen jetzt den gleichen Stellenwert zugesprochen. Jetzt geht es nicht mehr darum, wie viel Hilfe ein Pflegebedürftiger täglich benötigt, sondern darum, wie selbstständig er noch im Alltag ist.

Für Menschen, die vor 2017 schon einer Pflegestufe zugeordnet waren, erfolgt automatisch die Überleitung in einen Pflegegrad. Es gibt einen Bestandsschutz, das heißt, dass eine Rückstufung nicht möglich ist, sofern schon eine Pflegestufe zugeordnet war. Allerdings gibt es auch Ausnahmen – Frau Bierwirth erwähnt, dass es leider viele Betrugsfälle gebe.

Was ist zu tun, wenn Pflegebedürftigkeit neu eintritt? Der Versicherte beziehungsweise eine von ihm bevollmächtigte Person stellt bei der zuständigen Pflegekasse den Antrag auf Pflegeleistung. Die Kasse beauftragt daraufhin den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (im Folgenden: MDK), der für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit zuständig ist. Eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter des MDK besuchen den pflegebedürftigen Menschen zu Hause, empfehlen nach der Begutachtung einen Pflegegrad und anschließend erstellt die Pflegekasse einen Leistungsbescheid.

Bei der pflegefachlichen Begutachtung prüft der MDK in sechs Bereichen, wie selbstständig eine Person ist und in welchen Fällen sie Hilfe benötigt. Diese sechs Bereiche sind im Einzelnen:

Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen sowie Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.

Ein wichtiger Hinweis: Um eine gute Grundlage für das Gespräch mit dem MDK zu haben, sollte vor der Begutachtung von den jeweiligen Pflegepersonen ein Tagebuch geführt werden. Der komplette Tagesablauf und jeder Handgriff sollte aufgeschrieben werden, um nichts zu vergessen.

Ein Beispiel: Eine pflegebedürftige Person kann keine Treppen mehr steigen. Da im Haus inzwischen ein Treppenlift eingebaut wurde, ist das hier kein Problem, außerhalb des Wohnbereiches jedoch schon.

Einige Beispiele für Veränderungen, die sich mit Inkrafttreten des Zweiten Pflegeversicherungsgesetzes ergeben haben:

Früher wurden eine Demenz oder eine kognitive Störung bei der Pflegebegutachtung nicht berücksichtigt. Seit 2017 jedoch werden auffällige Verhaltensweisen und psychische Problemlagen gewichtet (wie häufig tritt ein Verhalten auf?) und fließen in die Begutachtung ein.

Ein Beispiel: Ein an Demenz erkrankter Mensch geht ins Bad, ist also nicht in seiner Mobilität eingeschränkt. Im Bad jedoch kann er es dann nicht umsetzen, sich zu waschen und die Zähne zu putzen – er benötigt also Hilfe.

Gewichtet wird auch der Grad der Selbstversorgung. Inzwischen wird gewertet, ob sich jemand allein die Kompressionsstrümpfe an- und ausziehen kann, vorher war das nicht so. Leistungen eines Pflegedienstes werden bei der Begutachtung ebenfalls berücksichtigt.

Die Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte wird mit 15 % gewichtet. Dies ist bedeutsam gerade für Menschen, die psychisch erkrankt sind.

Während früher der hauswirtschaftliche Hilfebedarf berücksichtigt wurde, spielt er heute keine Rolle mehr. Unterstützung im Haushalt sowie bei außerhäuslichen Aktivitäten, die durch pflegende Angehörige erfolgt, zählt nur noch für Letztere als Anrechnungszeit bei der späteren Rente. Die Pflegekasse zahlt für pflegende Angehörige, die nicht mehr als 30 Wochenstunden arbeiten und an mindestens 2 Tagen pro Woche für insgesamt 10 Stunden Pflegeleistungen erbringen, in die Rentenkasse ein.

Liegt der Bescheid der Pflegekasse vor, sollte man ihn genau prüfen und innerhalb von vier Wochen schriftlich Widerspruch einlegen, wenn man nicht damit einverstanden ist. Wichtig: Sobald der Widerspruch abgelehnt wurde, ist die Pflegekasse nicht mehr zuständig. Dann wird der Fall vor dem Sozialgericht verhandelt, die Bearbeitungszeit des Widerspruches beträgt zurzeit sechs bis neun Monate. Da im Widerspruchsverfahren kein

Antrag gestellt werden kann, empfiehlt es sich, den Widerspruch zurückzuziehen und einen neuen Antrag zu stellen.

Es gibt verschiedene Möglichkeiten der finanziellen Unterstützung durch die Pflegekasse:

1. Pflegegeld, das der Pflegebedürftige erhält und über das er frei verfügen kann. Das Pflegegeld kann auch zur Bezahlung von 24-Stunden-Kräften eingesetzt werden, die Mehrkosten trägt der Versicherte dann allerdings selbst.
2. Pflegesachleistung durch einen Pflegedienst, der dann direkt mit der Kasse abrechnet. So dürfen zum Beispiel polnische Pflegekräfte oft keine Spritzen geben. In diesen Fällen muss zusätzlich der Pflegedienst kommen.
3. Kombinationspflege: Bei dieser Leistung werden Pflegegeld und Sachleistung kombiniert. Der pflegende Angehörige erhält weniger, der Pflegedienst mehr Geld. Der Versicherte kann den Pflegedienst frei wählen und sollte nach einem Vorgespräch auf einem Kostenvoranschlag bestehen.
4. Wohnraumanpassung, Umbaumaßnahmen:
Nehmen Angehörige die notwendigen Umbaumaßnahmen selbst vor, wird nur das Material bezahlt, nicht jedoch die Arbeitszeit. Werden Fachleute beauftragt, kann der Zuschuss bis zu 4.000 € betragen. Falls sich der Pflegegrad verschlechtert, kann erneut Geld ausgezahlt werden. Es handelt sich immer um Einzelfallentscheidungen. Ist ein Umzug in eine behindertengerechte Wohnung notwendig, werden auch anteilig Umzugskosten von der Kasse übernommen.
5. Teilstationäre Pflege
6. Verhinderungspflege:
Hat eine Privatperson die Pflege übernommen und ist dann einmal verhindert, erhält die pflegebedürftige Person die sogenannte Verhinderungspflege, die zu Hause geleistet wird. Ein Anspruch darauf besteht aber erst nach 6-monatiger Pflege Tätigkeit. Das Pflegegeld wird für den Zeitraum der Verhinderungspflege nur teilweise gezahlt. Ist der Gesamtbetrag für die Verhinderungspflege verbraucht, kann er bei Bedarf durch den Leistungsbetrag der Kurzzeitpflege aufgestockt werden – vorausgesetzt, dass die Kurzzeitpflege vorher noch nicht oder nur teilweise in Anspruch genommen wurde.
7. Kurzzeitpflege:
Die Kurzzeitpflege kann nur in einer Pflegeeinrichtung durchgeführt werden und ist zu Hause nicht möglich. Ist das Geld für die Kurzzeitpflege aufgebraucht, kann man bis zu 100 % des Betrages, der für die Verhinderungspflege vorgesehen ist, für die Kurzzeitpflege verwenden – vorausgesetzt, dass die Verhinderungspflege noch nicht oder nur teilweise in Anspruch genommen wurde.
8. Angebote zur Unterstützung im Alltag
9. Pflegehilfsmittel:
Pflegehilfsmittel werden bei der Kranken- oder der Pflegeversicherung beantragt und anschließend vom Arzt verordnet. Vielen ist nicht bekannt, dass auch für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel, wie zum Beispiel für Desinfektionsmittel und Einmalhandschuhe, bis zu 40 € monatlich gezahlt werden.

Die Leistungen "Verhinderungspflege" und "Kurzzeitpflege" gelten nicht für Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1. Es besteht allerdings ein Anspruch auf den monatlichen Entlastungsbetrag von 125 €, der in Sachleistungen umgewandelt werden kann.

Tritt eine Pflegesituation plötzlich ein, so hat der berufstätige, pflegende Angehörige unter bestimmten Voraussetzungen einmalig für 10 Tage Anspruch auf Leistungen der Pflegekasse. Falls der Arbeitgeber einverstanden ist und der Betrieb mindestens 4 Mitarbeiter hat, kann sich der pflegende Angehörige kurzfristig bis zu 10 Tage von der Arbeit freistellen lassen. Er erhält dann als Lohnersatzleistung bis zu 90 % des Nettoeinkommens. Diese 10 Tage können gesplittet werden, auch zwischen mehreren Personen.

Nach Frau Bierwirths Präsentation kommen folgende Wortmeldungen aus dem Publikum:

- Die Menschen, die Betreuungs- und Pflegeleistungen für psychisch erkrankte Menschen erbringen, haben oft keine entsprechende Qualifikation.
- Es besteht Einigkeit darüber (mehrere Wortmeldungen), dass Pflegekräfte zu schlecht bezahlt werden und zu wenig Anerkennung für ihre Arbeit erhalten. Die Referentin dazu: Hier sei die Politik gefragt, die Pflegekassen könnten an der Situation nichts ändern.
- Ein Vorschlag: die Pflege müsste verstaatlicht werden wie in den skandinavischen Ländern.

Gegen 14.00 Uhr schließt Frau Seelhorst die Konferenz und dankt Frau Bierwirth und Herrn Neumann für den interessanten Vortrag.

Protokollantin: Sigrid Kloss