

Hausausbau bei der Pflegeversicherung

Von **FR** - 21.08.2016 -

Kreis Diepholz. Hilke Specht vom Verein Zukunfts-Werkstatt Gesundheit und Pflege in Weyhe hat einen Artikel zu den neuen Pflegegesetzen verfasst, aus dem wir nachfolgend wesentliche Teile abdrucken.



Pflegeberaterin Hilke Specht kennt sich mit den am 1. Januar 2017 in Kraft tretenden Änderungen der Pflegeversicherung aus.

Seit 1995 besteht die Pflegeversicherung als fünfte Säule der Sozialversicherung neben der Kranken-, der Arbeitslosen-, der Renten- und der gesetzlichen Unfallversicherung. Die Sozialversicherung bietet Schutz vor den großen Lebensrisiken und deren Folgen. Durch den Anstieg der Lebenserwartung, niedrige Geburtenraten, Veränderungen in der Familienstruktur und weitere Auswirkungen des demografischen Wandels wird die Pflegeversicherung 20 Jahre nach ihrer Entstehung in wesentlichen Teilen erneuert.

Um die Idee der Pflegestärkungsgesetze zu verdeutlichen, bietet sich die Metapher eines Hauses an: Der Zugang zum Haus der Pflegeversicherung erfolgt über drei Stufen, die drei bisherigen Pflegestufen. Das Fundament des Hauses bildet der

Pflegebedürftigkeitsbegriff, er ist die Grundlage für die Begutachtung und findet sich im §14 SGB XI wieder. Der Pflegebedürftigkeitsbegriff, der bisher die Grundlage für die Pflegebedürftigkeit darstellt, erfasste hauptsächlich körperliche Beeinträchtigungen – Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen erhielten nach dem alten Pflegebedürftigkeitsbegriff keinen Zugang zum Haus der Pflegeversicherung.

Neuerungen in mehreren Etappen

Nach und nach wurde das Haus verändert: 2001 wurde ein Behelfsgebäude mit eigenem Eingangsbereich gebaut. Erst 2008 wurde aus diesem Behelfsgebäude ein kleines Nebenhaus, dass vor allem Demenzerkrankten über die Pflegestufe null einen Zugang zum Haus der Pflegeversicherung verschaffte. Einen gleichberechtigten Zugang zum Haus der Pflegeversicherung erhielten die Menschen mit kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen trotzdem nicht.

Das Haus der Pflegeversicherung gliedert sich in drei Stockwerke und verschiedene Zimmer, die für die unterschiedlichen Leistungen der Pflegeversicherung stehen. Nach und nach wurde das Haus verändert. Es wurde ein Erker für die Menschen mit Pflegestufe III, die unter die Härtefallregelung fallen, angebaut. Verbindungen zwischen dem Nebengebäude und dem Haupthaus sorgten dafür, dass auch Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz Leistungen aus dem Haupthaus in Anspruch nehmen konnten. So wurde das Haus der Pflegeversicherung durch die vergangenen Reformen zwar besser, aber nicht übersichtlicher oder effizienter. Die Pflegestärkungsgesetze I, II und III sind somit drei große Bauphasen, die aus dem verbauten Haus ein großzügiges Haus schaffen, das für alle Pflegebedürftigen gleichrangig zugänglich ist.

Das Fundament des neuen Hauses bildet der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff, der zum 1. Januar 2017 in Kraft treten wird und dessen Ziel es ist, die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz, Menschen mit geistigen oder psychischen Einschränkungen und die Bedürfnisse von Menschen mit

körperlichen Einschränkungen gleichrangig zu berücksichtigen. Pflegebedürftig ist nach dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff, wer körperliche, kognitive, psychische oder gesundheitliche Belastungen nicht selbstständig kompensieren kann. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate und mit der in §15 SGB XI festgelegten Schwere bestehen.

Das Haus der Pflegeversicherung hat ab dem 1. Januar fünf Stufen, wobei die Stufen abgesenkt wurden, um den Zutritt zum Haus zu erleichtern. Die fünf Stufen stellen die fünf Pflegegrade dar, die die bisherigen drei Pflegestufen ablösen werden. Um in einen dieser fünf Pflegegrade eingeteilt zu werden, muss sich der Pflegebedürftige Mensch – wie bisher auch – einer Begutachtung unterziehen. Weil sich der Pflegebedürftigkeitsbegriff ändert, der die Grundlage für die Begutachtung darstellt, haben sich auch die Kriterien, die einer Begutachtung zugrunde liegen, geändert. Deshalb wurden neue Begutachtungsrichtlinien entwickelt, die bereits in zwei Studien praktisch und wissenschaftlich erprobt wurden.

Das neue Begutachtungsinstrument

Am Anfang steht der Mensch. Er hat einen Antrag auf Leistungen der Pflegekasse gestellt, und ein Gutachter vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen oder von Medic-Proof ist zur Begutachtung im Hause. Es geht ab dem 1. Januar 2017 nicht mehr darum, den Pflegeaufwand zeitlich nach Minuten abzuschätzen, sondern zentraler Maßstab des neuen Instruments ist der Grad der Selbstständigkeit des Menschen und das Angewiesensein auf personelle Unterstützung durch andere. Unter Selbstständigkeit versteht man die Fähigkeit eines Menschen, eine Aktivität alleine, also ohne Hilfe eines anderen, ausführen zu können. Selbstständig ist auch, wer eine Handlung mit einem Hilfsmittel umsetzen kann.

Die Einschätzung der Selbstständigkeit des Antragstellers basiert auf sechs Modulen: Mobilität, Kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen sowie Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte. Modul sieben, die außerhäuslichen Aktivitäten und Modul acht, die Haushaltsführung, fließen nicht unmittelbar in die Begutachtung mit ein, sind jedoch wichtig für die Pflegeplanung und Beratung.

Im zweiten Schritt vergibt der Gutachter Punkte in den Unterkategorien der Module. Bei dem Modul Selbstversorgung ist beispielsweise das An- und Auskleiden oder die Körperpflege eine Unterkategorie, die bewertet wird. Der Pflegegrad des Antragstellers ergibt sich, indem die Bewertung des Gutachters in den sechs Modulen anhand von genau festgelegten Berechnungsregeln zusammengeführt werden. Ab 12,5 Gesamtpunkten liegt eine Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI vor und die Voraussetzungen für den Pflegegrad Eins sind erfüllt. Der Pflegegrad Fünf wird ab 90 Gesamtpunkten erreicht, aber auch wenn Greif-, Steh- und Gehfunktionen vollständig verloren sind – unabhängig vom erzielten sonstigen Punktwert in den sechs Modulen.

Durch die Einschätzung der Selbstständigkeit des Antragstellers in den Modulen bekommt der Gutachter einen fundierten Gesamtüberblick über die Beeinträchtigungen und die Ressourcen des Antragstellers. Dadurch kann er bewerten und empfehlen, ob sich realistische Möglichkeiten zur Verbesserung oder den Erhalt der Selbstständigkeit ergeben, zum Beispiel durch Rehabilitation oder Hilfsmittel. Hilfs- und Pflegehilfsmittel, die für die Selbstständigkeit besonders wichtig und pflegeerleichternd sind, kann der Gutachter künftig empfehlen. Diese Empfehlung führt automatisch zu einem Antrag bei der Pflegekasse, die diese Hilfsmittel dann organisiert. Auch das Gutachten zur Einschätzung der Pflegebedürftigkeit muss vom Antragsteller nicht mehr gesondert angefordert werden, sondern geht dem Antragsteller automatisch zu. So soll Bürokratie abgebaut und die Versorgung des Pflegebedürftigen sichergestellt werden.

Mit den neuen Begutachtungsrichtlinien kann der persönliche Unterstützungsbedarf eines Menschen angemessen und vergleichbar abgebildet werden. Auswirkungen psychischer und körperlicher

Einschränkungen werden gleichermaßen berücksichtigt. Auf dieser Grundlage soll jeder pflegebedürftige Mensch Zugang zu passgenauen Leistungen erhalten.

Übergang Pflegestufen – Pflegegrade

Wenn bereits eine Pflegestufe vorliegt, passiert der Übergang in den Pflegegrad ganz automatisch zum 1. Januar 2017. Eine erneute Antragstellung ist nicht notwendig. Alle, die bereits Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, erhalten diese auch weiterhin mindestens in gleichem Umfang.

Die Pflegestufen orientierten sich am Zeitaufwand, während sich die Pflegegrade am Grad der Selbstständigkeit orientieren werden. Bei der Umgruppierung von Menschen mit ausschließlich körperlichen Einschränkungen gilt die Grundregel plus eins. Aus der Pflegestufe zwei wird beispielsweise der Pflegegrad drei. Bei der Umgruppierung der Menschen mit beeinträchtigter Alltagskompetenz gilt die Grundregel plus zwei. Aus der Pflegestufe null wird beispielsweise der Pflegegrad zwei. Bei der Einstufung von Kindern besteht eine Sonderregelung: Kinder bis 18 Monate werden bei gleicher Einschränkung um einen Pflegegrad höher eingestuft als ältere Kinder oder Erwachsene. So sollen häufige Begutachtungen in den ersten Lebensmonaten vermieden, die Eltern entlastet und natürliche Entwicklungsschwankungen aufgefangen werden.

Auch der Leistungsanspruch ist ein anderer. Fast alle Leistungen der Pflegegrade sind höher als bisher, schlechter gestellt wird keiner. Neu eingeführt wird der Entlastungsbetrag von 125 Euro, der bei Pflegegrad eins bis fünf jedem Pflegebedürftigen zweckgebunden zur Verfügung steht. Die 125 Euro können beispielsweise für Leistungen der Tagespflege oder auch für andere anerkannte Bewegungs- oder Beschäftigungsangebote genutzt werden. Der Entlastungsbetrag löst ab 1. Januar 2017 die bisherigen Betreuungsleistungen von 104 bzw. 208 Euro ab. Das macht die Nutzung der Betreuungsleistungen übersichtlicher und einfacher.

Ebenfalls eine große Veränderung im vollstationären Bereich stellt der bundeseinheitliche pflegebedingte Eigenanteil dar. Bisher ist der Eigenanteil mit der Höhe der Pflegestufe ebenfalls angestiegen. In Zukunft enthalten die Pflegesätze einer Pflegeeinrichtung den Leistungsbetrag der Pflegeversicherung für die Pflegegrade zwei bis fünf und immer gleich hohe statt wie bisher unterschiedliche, pflegebedingte Eigenanteile. Dies hat zur Folge, dass der pflegebedingte Eigenanteil nicht mehr steigt, wenn der Pflegegrad erhöht wird.

Weitere Informationen zum Thema gibt es bei Hilke Specht unter der Telefonnummer 0421/24443952 oder der E-Mail-Adresse info@specht-pflegeberatung.de.
