

Pflegeversichert? Ja.. und wie steht's mit Anspruch auf Pflegegeld?

Martin Hölscher – Pflegefachkraft beim MDK der KK Nordrhein

Freitagsgespräch am 2.7.04

Pflege ist trotz ihrer zunehmenden Bedeutung in der Gesellschaft leider nicht das Thema, das die Leute hinter dem Herd hervorlockt- oder vielleicht erst, wenn es sie selbst betrifft. Das stellen wir ja immer wieder fest. Aber nichts desto trotz ist es wichtig, immer wieder darüber zu sprechen und es ist gut, dass hier das Forum geboten wird, darüber zu sprechen.

Mein persönlicher Werdegang: ich bin von Beruf Krankenpfleger, habe schon mit 19 im Krankenhaus Zivildienst gemacht, da hatte ich auch die Möglichkeit, die Krankenpflegehelfer-Ausbildung zu machen, anschließend die Kinderpflegeausbildung angefangen, nicht zuende gemacht. Ich bin der Pflege einige Jahre untreu geworden, habe Soziologie studiert, war mehrere Jahre im Ausland in Norwegen. Als wir dann mit 2 kleinen Kindern zurück nach Deutschland kamen, habe ich 87 die große Krankenpflegeausbildung begonnen in Merheim in der Psychiatrie und den anderen Bereichen, von 90 – 92 im städt. Krankenhaus Köln Merheim auf verschiedenen Intensivstationen gearbeitet, bin dann 92 in die ambulante Pflege gewechselt, zunächst auf eine Diakoniestation der Johanniter in Marienburg, dort schnell in die Leitung mit aufgestiegen und meinen späteren Partner und Freund Martin Schmitz kennengelernt. Anfang 95 bin ich zu ihm in seinen privaten Pflegedienst als Pflegedienstleiter gewechselt. Zuletzt hatten wir 100 Menschen, die wir versorgt haben mit 30 Mitarbeitern. Vor 2 Jahren habe ich diesen Pflegedienst verlassen, weil es Zeit war, etwas anderes zu tun. Alle, die einmal selbst gepflegt haben, wissen, dass das sehr erschöpfend ist, weil es eine Tätigkeit rund um die Uhr ist.

Seither arbeite ich beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung. Dort habe ich in den ersten 1,5 Jahren in der Einzelfallbegutachtung – unserem heutigen Thema- gearbeitet. Es ging darum, Menschen zu besuchen, die einen Pflegegeldantrag gestellt haben und sie zu begutachten und einzustufen, soweit das möglich ist oder zu begründen, wenn es nicht möglich ist. Jetzt habe ich innerhalb des MDK gewechselt zur Hauptverwaltung nach Düsseldorf, dort arbeite ich im Referat Pflege. Da geht es um die Qualitätssicherung in der Pflege, wo ja 2002 das Qualitätssicherungsgesetz für die Pflege geschaffen worden ist. Ich bin jetzt 2-3 x /Woche unterwegs in ambulanten Pflegediensten, Pflegeheimen, oder den sogenannten teilstationären Einrichtungen wie Kurzzeitpflegeeinrichtungen oder Tages/Nacht-Pflege-Einrichtungen. Da machen wir Qualitätsprüfungen nach SGB XI, §§ 80, 112, 114 ff. Beauftragt werden wir von den Landespflegekassen. Ein Teil ist Stichprobe, ein Teil ist anlassbezogen. Wenn es da schwerwiegende Anlässe gibt, stehen wir auch schon mal unangemeldet morgens vor der Tür. Die

Heimaufsicht kommt in der Regel mit uns mit. Wir sind vom Gesetz verpflichtet, Hand in Hand zu arbeiten. Wenn wir zur Prüfung fahren, ist oft jemand von der Heimaufsicht, vom Gesundheitsamt oder auch von den Kassen dabei. Die dürfen jedoch nicht in die Pflegedokumentation Einblick nehmen wie wir – es sei denn, sie werden expressis verbis von den Versicherten dazu ermächtigt. Der Medizinische Dienst ist ein eigenständiger Träger, i.d. Regel als eingetragener Verein. Finanziert wird er im Umlageverfahren, d.h. die Kassen müssen je Versicherten einen bestimmten Betrag an die Med. Dienste abführen. Wir beziehen unsere Aufträge zwar von den Kassen, aber sie müssen sie uns auch geben laut SGB V und XI. Wir sind schon relativ unabhängig.

Die Bundesknappschaft hat einen eigenen Dienst, die privaten Kassen haben einen eigenen Prüfdienst, wo einige meiner Kollegen nebenberuflich arbeiten. Die nehmen nicht so gern Festangestellte, wie es halt in der Privatwirtschaft so ist. Nebenbei muss ich schon sagen, jetzt habe ich wieder mehr Luft, die Arbeit ist begrenzt unter der Woche bis 16 Uhr, wie es bei den Pflegediensten eben nicht möglich ist. Seit 1 Jahr studiere ich in Köln an der Rheinischen Fachhochschule Medizinökonomie, das ist ein neuer Studiengang, der die Schnittstelle zwischen den Medizinern auf der einen Seite und den Bürokraten, Verwaltungsfachleuten und Ökonomen auf der anderen Seite schließen soll. Da ist ein steigender Bedarf, es ist ja auch unser Gesundheitssystem krank. Das ist ja der eigentliche Patient. Dazu soll dieser Studiengang beitragen.

Soviel zu mir. Bezug zur Anthroposophie und zum Haus: Ich habe einmal ganz kurz in der Praxis Dr. Krahn /Frau Dr.Karutz mitgeholfen. Meine Kinder gehen zur Waldorfschule, wir haben mal auf einem Demeterhof in Norwegen gelebt für 2 Jahre. Aber beruflich bin ich nie in eine entsprechende Einrichtung eingestiegen, obwohl Herdecke auch immer mal wieder eine Frage war.

Ein kurzer Überblick:

Erst einmal einen kurzen Überblick über die Pflegeversicherung, die Leistungen und die Rolle des MDK.

Ich wollte kurz den Ablauf einer Einzelfallbegutachtung schildern. Dazu werden wir später ein kurzes Rollenspiel machen.

Seit dem 1.1.95 zahlen wir alle Beiträge zur Pflegeversicherung, 1,7 % vom Bruttogehalt. Auch die Privaten zahlen Beiträge und wurden nicht von der Versicherung befreit. Die Gründe zur Einführung waren vielfältig: Die demographische Entwicklung, das zunehmende Altern der Gesellschaft, die gesellschaftlichen Veränderungen. In Köln sind inzwischen etwa 50% der Haushalte Single-Haushalte, d.h. der Familienverband hat das zunehmende Problem der Pflege auch nicht mehr getragen. Nicht nur das hat die Politiker veranlasst für die Versicherung, sondern auch ein starker Druck von den Kommunen, die sich eine Entlastung ihres Sozialhilfeeats versprochen – was so letztlich nicht eingetreten ist. Sie stehen nach wie vor in der Pflicht als Kostenträger, wenn auch nicht mehr in dem Ausmaß wie zuvor. Diese sind bei den Einrichtungen übrigens die beliebtesten, da das Geld am sichersten kommt. Auch Renten- und Krankenversicherung sind deutlich entlastet worden durch die

Pflegeversicherung. Für meine Begriffe hat unsere Pflegeversicherung ein großes Konstruktionsproblem. Es war gedacht für die ältere Bevölkerung, für die zunehmend alternde Bevölkerung. Aufgrund des deutschen Versicherungsprinzips, dass man immer alle mit einbeziehen muss, hat man bei der Abfassung des Gesetzes vollkommen die Kinder vergessen. Das wurde erst ganz spät im Gesetzgebungsverfahren klar, dass es auch leistungsberechtigte Kinder geben würde. Daran krankt das System noch bis heute. Die gefundenen Antworten auf das Problem sind allesamt nicht befriedigend.

Ein zweites großes Feld, das mit der Pflegeversicherung beackert worden ist, ist der Aufbau der pflegerischen Infrastruktur. Die war dürrig vor 10 J. Die Heime hatten allesamt einen ganz schlechten Ruf, ambulante Dienste gab es nicht in ausreichendem Mass. Über das Pflegeversicherungsgesetz wurde dann geregelt, wie es mit den Investivkosten ist und – ganz wichtig- auch schon 1995 die Qualitätssicherung. Die ist dann 2002 nochmals nachgebessert worden durch das Qualitätssicherungsgesetz, war aber schon von Anfang an im Gesetz angelegt. Ich behaupte, dass der Bereich der Pflege, zumindest in den Einrichtungen, die über den § SGB XI finanziert werden, derjenige ist im Gesundheitswesen, der hinsichtlich Qualitätssicherung am Weitesten voran ist. Das was oft erst als Nachteil erlebt wurde, ist heute ein großer Vorteil, dass in allen Einrichtungen Qualitätsmanagementsysteme aufgebaut und vorgehalten werden, dass intensiv an dem Thema gearbeitet wird. SGB XI ist das Pflegeversicherungsgesetz. Einige Grundprinzipien, die man sich klarmachen muss zur Pflegeversicherung, die immer wieder auch in der öffentlichen Diskussion vergessen werden : die Pflegeversicherung ist eine Teilkaskoversicherung. Sie war von vorneherein nicht dazu konzipiert, das gesamte Risiko der Pflegebedürftigkeit abzupuffern, sondern zum einen ist ein Teil der Pflegebedürftigkeit, wenn er ein bestimmtes Ausmaß nicht übersteigt, ausgenommen von Leistungen und es war auch von vorneherein klar, dass dort, wo schwere Pflegebedürftigkeit vorliegt, mit den Geldern der Pflegeversicherung, die dann zur Verfügung gestellt werden, nicht die komplette Pflege bezahlt werden kann. Das kam daher, dass man den Beitrag, den man Arbeitnehmern und Arbeitgebern aufgebürdet hat mit der Pflegeversicherung, auf 1,7% festschreiben wollte. Da wollte man keine neue Baustelle aufmachen mit massiv steigenden Sozialversicherungsabgaben.

Zweites Prinzip: Vorrang der häuslichen Pflege. In allen Fällen soll zunächst geprüft werden, kann der Mensch nicht zuhause bleiben und durch Unterstützung der Pflegeversicherung und einem aufzubauenden System nicht zuhause versorgt werden. Natürlich auch vor dem Kostenhintergrund, weil man weiß, dass stationäre Pflege viel teurer ist. Auch bei Pflegestufe I fließen wesentlich höhere Beiträge in die Heime als in die ambulante Pflege. Und es ist auch gefordert Vorrang der Prävention und medizinischen Rehabilitation vor Pflegegeld. Wir haben immer zu prüfen bei unserer Begutachtung, ob nicht durch eine ambulante oder stationäre Rehamassnahme die Pflegebedürftigkeit nicht abzuwenden ist , was für einen Großteil der Menschen, die wir sehen, allerdings nicht zutrifft. Das ist ein hehres Ziel, ist aber in 95% der Fälle nicht realistisch.

Die Pflegeversicherung wurde zum 1.1.95 eingeführt in dem Sinne, dass Beiträge abzuführen waren. Zum 1.4.95 konnten die Leistungen in Anspruch genommen werden bei häuslicher Pflege und erst ab dem 1.7.96 konnten Leistungen bei stationärer Pflege in Anspruch genommen werden. Dies hat zur Folge gehabt, dass die Pflegeversicherung die Möglichkeit hatte, einen Kapitalstock zu bilden, von der sie heute noch zehrt. Ich glaube, zu Spitzenzeiten waren knapp 10 Mrd. angesammelt in der Pflegeversicherung. Jetzt, wo zunehmend Leistungen, auch Sachleistungen in Anspruch genommen werden, hören wir immer wieder davon, dass die Versicherung ein Minus macht. Im Moment machen die bei den jährlichen Ausgaben ein Minus, haben aber immer noch einen Sockelbetrag von 4,3 Mrd. in der Kasse. Aber es ist natürlich allen Verantwortlichen klar, dass Änderungen in den nächsten 2-3 Jahren eintreten müssen, damit nicht dieses Geld dann aufgebraucht ist und wir nicht mehr wissen, wie wir das Ganze finanzieren können. Es war ja schon Anfang d.J. in der Diskussion, dass Änderungen erfolgen sollten, die wurden dann wieder zurückgestellt, denn es waren Wahlen und sind auch demnächst wieder Wahlen... trotzdem müssen die Politiker dran, ganz dringend, so geht es nicht mehr lange gut. Aber statt die Einnahmeseite zu verbessern, hat man in den letzten Jahren durch zusätzliche Leistungen für Demente sowie eine Reduzierung der Beitragsbemessungsgrenze für Arbeitslose zusätzliche Ausgaben bzw. Mindereinnahmen zulasten der Pflegeversicherung eingeführt.

Definition Pflegebedürftigkeit:

Der Gesetzgeber definiert die Pflegebedürftigkeit für Personen, die wegen einer körperlichen, seelischen oder geistigen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich, mindestens für 6 Monate, in erheblichem oder höherem Masse der Hilfe bedarf. Diese 6-Monatsregel wird oft vergessen auch von Krankenhaussozialarbeitern, die z.B. beim Oberschenkelhalsbruch, einem typischen Beispiel bei älteren Menschen, ins Krankenhaus rufen. Da müssen wir dann sagen, ja, im Moment hat der Patient einen Hilfebedarf von einer Stunde, aber ich gebe dem keine Pflegestufe, der geht in die Reha, wartet erst mal ab, wie es danach aussieht. Dann erst sollen sie den MDK holen. Es muss also absehbar sein, dass es dauerhaft ist. Krankheit oder Behinderung definiert der Gesetzgeber in erster Linie durch Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat. Da hab ich ein ganz plastisches Beispiel vor Augen: ich war vor einem halben Jahr bei einer Dame in Lindenthal, die vor 35 J einen schweren Verkehrsunfall hatte, wo der Mann tödlich verunglückt war und die Frau beide Beine amputiert bekam. Die fuhr da mit so einem kleinen Wagen, wie man es in den Geschäften zum Warentransportieren hat, durch ihre Wohnung. Sie hat eine Selbstständigkeit aufgebaut mit dieser Behinderung, die konnte sich selbst waschen, anziehen, zog sich selbst auf die Couch hoch, bereitete sich ihre Mahlzeiten selbst zu, die fuhr mit diesem Wägelchen in den Garten und machte dort ihre Gartenarbeit. Jetzt hatte sie wegen einer hinzugekommenen internistischen Erkrankung Pflegegeld beantragt. Wenn man jetzt in eine Stammtischdiskussion geht, wird man dafür

gesteinigt. Aber, ich konnte sie tatsächlich nicht einstufen. Sie war weitgehend selbstständig.

Funktionsstörungen der inneren Organe können Anlass geben, Funktionsstörungen der Sinnesorgane, Störungen des ZNS wie Antriebs- Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen und auch der Bereich Psychosen und Neurosen kann Anlass geben. Die Verrichtungen, die wir vom Gesetz her berücksichtigen dürfen, sind sehr eingeschränkt. Das kommt dann halt auch ganz häufig bei Psychosen oder Gedächtnisstörungen zum Tragen. Körperpflege können wir berücksichtigen, Waschen, Duschen, Baden, Zahnpflege, Kämmen, rasieren, Hilfe bei Darm- und Blasenentleerung. Im Bereich der Ernährung : bei Anträgen, die ich oft von Patienten selbst ausgefüllt zugeschickt bekommen, steht dann oft: Mittagessenzubereitung, 45 min. Kochen kann ich nicht berücksichtigen. Berücksichtigt werden kann seitens des Gesetzgebers, wenn ein Versicherter sich z.B. das Essen nicht mehr klein schneiden kann, wenn ihm dabei jemand helfen muss oder wenn ihm die Mahlzeit angereicht werden muss, wenn man ihm das Glas zum Mund führen muss. Im Bereich der Dementen wäre ein Grund, dass er vergisst selbst zu trinken, dass er mehrfach aufgefordert werden muss zu trinken und auch die Dokumentation, also das Führen eines Trinkprotokolls.

Im Bereich der Mobilität kann berücksichtigt werden Aufstehen und zu Bett gehen, bei älteren Menschen nicht das Ritual wie bei Kindern, die Bettgeschichte oder morgens das behutsame aus dem Bett holen, das geht beim Älteren natürlich nicht, da gilt nur die körperliche Hilfe. Umlagern bei Patienten, die gelagert werden müssen, das aber nicht selbstständig durchführen können, An- und Auskleiden, Hilfe dabei, dazu gehört auch das Bereitlegen von Wäsche und das Entsorgen von Schmutzwäsche. Stehen und Gehen, v .a. bei Transferleistungen von Rollstuhl auf Toilettenstuhl. Hilfe beim Treppensteigen innerhalb der Wohnung. Das wird häufig missverstanden. Es geht nur um Niveauunterschiede innerhalb der Wohnung, nicht außerhalb des Hauses, zum Krankengymnasten etc. Auch ein Punkt, der zu Diskussionen führt: das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung. Da ist nicht der Spaziergang gemeint, der Gang um den Block. Hier kann von uns nur berücksichtigt werden, wenn eine ärztliche Verordnung vorliegt z.B. zur Krankengymnastik oder Ergotherapie, wo die Begleitung des Pflegebedürftigen erforderlich ist oder ein Arztbesuch oder Behördengang. Und dies mussregelmäßig stattfinden über einen Zeitraum von mind. 6 Monaten Jemand, der das notfalls noch alleine machen kann oder nur ins Taxi gesetzt werden muss, kann nur berücksichtigt werden hinsichtlich der Zeit, die man braucht, um ihn bis zum Taxi zu bringen. Ich erwähne das, weil das genau die Punkte sind, um die immer wieder gestritten wird.

Bei den Arten der Hilfe unterscheiden wir zwischen voller Übernahme einer Versorgung, teilweiser Übernahme, Beaufsichtigung oder Anleitung . Man muss da immer wieder darauf hinweisen bei der Begutachtung, dass die aktivierende Pflege im Gesetz festgeschrieben ist. Ich habe einen Menschen wesentlich schneller gewaschen und angezogen, wenn ich ihm das alles abnehme, als wenn ich ihn aktivierend nur bei diesen Vorgängen begleite und unterstütze. Darauf sollte man immer wieder hinweisen bei der Begutachtung. Darauf hat man Anspruch. Vollständige Übernahme oder teilweise Übernahme, aber auch die Beaufsichtigung bei der Durchführung, das ist insbesondere wichtig bei Personen

mit einem Eigengefährdungspotenzial oder aber auch die Anleitung, insbesondere bei Menschen mit Gedächtnisstörungen. Geh schon mal ins Bad, denk aber daran, die Zahnprothese zu säubern und herauszunehmen oder auch, denk daran, Dich unten herum zu säubern. Das können wir schon berücksichtigen und tun es auch.

Das ist so der Begriff der Pflegebedürftigkeit und der Dinge, die wir in der Begutachtung berücksichtigen können.

Nun noch allgemein zu den Pflegestufen:

Um in die **Pflegestufe 1** eingestuft werden zu können, bedarf es auf Dauer – absehbar für mindestens 6 Monate – eines täglichen Hilfebedarfes von 90 min. Hiervon müssen 46 min in den Bereich der Grundpflege fallen – Darauf wird schon geachtet. Um Minuten geht es dann auch bei Gerichtsverfahren. Die Sache ist natürlich, man muss irgendwo eine Grenze setzen. Das kann ich auch gut vertreten. Sonst hat man die Situation, dass der Kreis zu groß wird und die Sache nicht mehr finanziert werden kann. Wenn man aber eine Grenze festsetzt, muss man Kriterien schaffen. Von 5 Begutachtungen, die ich täglich hatte, hatte ich 3 soziale Indikationen. Damit fährt man vor die Wand, gesellschaftlich und in der Begutachtungssituation. Darüber kann man es nicht lösen. Der Gesetzgeber hat es eben so gelöst. Es ist sicher nicht optimal, aber die einzige Möglichkeit zunächst.

Des Weiteren ist für die Pflegestufe 1 noch erforderlich, dass der Versicherte mindestens 1x am Tag Hilfe benötigt, also die Dame oder der Herr, die 2x/Woche Hilfe beim Duschen benötigen, ansonsten aber noch ganz gut zurecht kommen, fallen raus. Der Versicherte muss in 2 der geschilderten Bereiche Hilfe benötigen. Es reicht also die Körperpflege alleine nicht aus, es muss ein anderer Bereich noch hinzukommen. Nur hauswirtschaftlicher Hilfebedarf, und sei er noch so hoch, reicht nicht. Das ist zwar in einzelnen Fällen eine Katastrophe, aber es ist die Pflegeversicherung hier nicht zuständig. Betreuen heißt Spazieren gehen, Vorlesen, Einkaufen, Begleitung zum Arzt. All das ist Betreuung, aber nicht Pflege im engeren Sinne.

Pflegestufe 2: Schwerpflegebedürftigkeit. Mindestens 3x tgl. zu verschiedenen Zeiten Hilfebedarf, zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei Hauswirtschaftlicher Versorgung. Wöchentlicher Aufwand für die Laienpflege - das ist auch ein häufiges Vorurteil, dass wir uns an den professionellen Helfern orientieren, wie schnell die die Arbeit machen - Hier stellt sich jetzt die Frage, was benötigt nicht die 90 jährige Ehefrau an Hilfezeit, sondern ein gesunder Erwachsener an Zeit für die Hilfe, um den Versicherten zu pflegen. Erforderlich bei Pflegestufe 2 sind 2 Stunden täglicher Hilfebedarf in der Grundpflege sowie zusätzlich 1 Stunde Hauswirtschaft.

Um die **Pflegestufe 3** zu bekommen, benötigt man 4 h täglichen Hilfebedarf in der Körperpflege und zusätzlich 1 h hauswirtschaftlichen Hilfebedarf sowie Hilfestellung bei den Verrichtungen des täglichen Lebens rund um die Uhr, auch

nachts. Da müssen wir immer nachfragen, sind da auch nachts Hilfestellungen erforderlich. Lagern, Getränke anreichen, Inkontinenzversorgung. Muss man den Leuten oft erst rauskitzeln. Auch Menschen, die nach unserer Ansicht schwer pflegebedürftig sind und nächtliche Hilfe bräuchten, werden oft nachts nicht versorgt. Man kann das natürlich nachvollziehen, wenn die Angehörigen den ganzen Tag über gewuselt sind, dass die Nachts die Tür zu machen, wenn der Patient gut schläft. Wer die nächtliche Hilfe erbringt, ist uns als MDK egal, ob das ein Angehöriger ist oder eine Profi-Hilfskraft. Wir bestimmen nur den individuellen Hilfebedarf.

Das ist sehr viel, wirklich ein langer Zeitraum. Da steht man oft im Konflikt, möchte gern hochstufen, sieht die Not. Da ist es ja bei den schwer- und schwerst pflegebedürftigen oft so, dass Hilfsmittel eingesetzt werden, z.B. der Blasenverweilkatheter. Der macht viel weniger Aufwand mit 3x täglich den Beutel entleeren und bisschen Katheterpflege als wenn man zweistündlich einen Wechsel der Höschenwindel vollzieht mit einer Intimpflege. Häufig heiß diskutiert im Bereich der Ernährung: die Versicherten erhalten häufig, wenn sie große Schwierigkeiten haben im Bereich der Nahrungsaufnahme eine PEG, eine perkutane Ernährungssonde. Da können wir maximal nach der Vorgabe 20 min für den Bereich der Ernährung anrechnen. Damit bekommen Sie niemand mehr in die Pflegestufe 3. Dabei ist es natürlich schon so, dass wir jemand, der schon eine Pflegestufe 3 hatte und zu dem wir dann im Rahmen der Wiederholungsuntersuchung kommen, nicht zwangsweise runterstufen.

Leistungen:

Welche Leistungen kann man bekommen. Nur wenige sind davon bekannt, viele in der öffentlichen Diskussion unbekannt. Im ambulanten Bereich gibt es da den Unterschied zwischen Geld- Kombinations- und Sachleistung.

Geldleistung ist das, was an den Versicherten ausbezahlt wird. In der Pflegestufe 1 : 205 €, in der Pflegestufe 2 : 410 € , in der Pflegestufe 3 : 665 € . Das heißt aber: dann müssen auch die Angehörigen komplett die Versorgung sicherstellen. Bei PS 1 und 2 kommt dann halbjährlich einmal eine professionelle Pflegekraft von einem zugelassenen Pflegedienst vorbei und schaut, ob tatsächlich auch die Pflege so geleistet wird, wie sie geleistet werden soll. Bei PS 3 kommt vierteljährlich jemand vorbei.

Dann gibt es die sog. Sachleistung in der ambulanten Pflege. D.h. man beauftragt einen Pflegedienst. Der kann höhere Sätze anrechnen, bei PS 1 : 384 €, bei PS 2: 921 €, bei PS 3 bis 1432 € . Das hat man gemacht, weil da ja sozialversicherungspflichtige Beschäftigte zum Einsatz kommen, was höhere Kosten verursacht, als wenn man es selber macht. Natürlich kommt man bei einer Rundumpflege auch mit diesen Sätzen, wenn man einen Pflegedienst beauftragt, nicht klar. Da, wo kein Geld ist – alle sagen natürlich, sie haben kein Geld – besteht nach wie vor über das Bundessozialhilfegesetz die Möglichkeit, einen Antrag beim Sozialamt zu stellen und den Rest der Kosten zu decken. Beim Sozialamt in Köln wird das dann nochmals überprüft. Die haben eine eigene Stelle dafür eingerichtet, soziale Dienste, da kommt dann jemand mit einer

Doppelqualifikation Krankenschwester/Sozialpädagogin raus und überprüft den Hilfsbedarf. Die Zusammenarbeit mit den ambulanten Diensten hier in Köln hat jahrelang sehr gut geklappt, inzwischen wird das da nach Kassenlage gemacht, die gehen da ganz ganz restriktiv vor, jetzt ist es ganz schlimm, die schlagen sich vor Gericht um die Übernahme der Kosten. Eine andere Geschichte ist die vollstationäre Pflege. Da übernimmt die Kasse bei der PS 1 deutlich höhere Kosten, ich glaube es sind 1023 €, die ans Pflegeheim gezahlt werden, 1279 € bei PS 2 und den gleichen Satz wie bei ambulanter Pflege, 1432 € bei PS 3. Da muss dann der Rest sowieso zugezahlt werden oder auch von den Sozialämtern. Bei der stationären Pflege- ich mache hier jetzt einen kleinen Exkurs – haben wir in der letzten Zeit häufiger erlebt, dass nach Höherstufung auf Initiative des Pflegeheims, nach einigen Monaten der Widerspruch von den Kindern kommt und der Wunsch, wieder herunterzustufen. Der Hintergrund ist, dass die mehr zuzahlen müssen. Das Pflegeheim kann dann insgesamt einen höheren Betrag nehmen. Das ist ein richtiger Trend. Da merkt man dann, worum es den Leuten wirklich geht....

Die Pflegeversicherung hält aber noch einige stiefmütterlich behandelte Leistungen vorrätig. Da ist einmal gerade im Bereich der dementiellen Erkrankungen die **Tagespflegeeinrichtung**, in der die Versicherte bis 5 Tage der Woche von 8 – 16 Uhr betreut werden, die werden von zuhause abgeholt, können dort das Frühstück bekommen, dort findet eine Tagedstrukturierung statt – in Rodenkirchen gibt es z.B. eine gute Einrichtung, die von den Alexianern betrieben wird – da gibt es auch pflegerische Leistungen, Bäder etc. das ist in dem Tagessatz drin. Ist teuer, Kosten werden bei voller Inanspruchnahme ebenfalls nicht vollständig von der Pflegekasse gedeckt, man kann aber, wenn man es nicht bezahlen kann, nur an einigen Tage in Anspruch nehmen, damit man mal Luft schnappen kann. Das gleiche gibt es als **Nachtpflegeeinrichtung**, wenn man zwar tags den Angehörigen gern betreut, aber nachts seine Ruhe haben möchte. Davon gibt es nur wenige. In Köln kann ich Ihnen auf Anhieb keine Stelle nennen. Auch das wird zu den gleichen Sätzen wie die ambulante Pflege bezuschusst. Die **Kurzzeitpflege**, gern nach Krankenhausaufenthalt oder als Urlaubsvertretung genommen, da kann man bis zu 4 Wochen pro Jahr zusätzlich zu den anderen Leistungen, die man bekommt, die Kurzzeitpflege in Anspruch nehmen. Dafür zahlt die Versicherung 1432 €, einmalig pro Jahr. Damit kommt man in der Regel nicht hin, das reicht in der Regel für 2-3 Wochen für die Pflege. Was dann noch zusätzlich bezahlt werden muss, sind die Logis-Kosten, Unterbringung und Verpflegung. Davon gibt es eine Menge auch guter Einrichtungen, auch hier in Köln. Die Kurzzeitpflege kann sofort, sobald der Anspruch auf Pflegegeld besteht, in Anspruch genommen werden. Was erst nach 1 Jahr in Anspruch genommen werden kann ist die häusliche Ersatzpflege. Das bedeutet, dass während meinesurlaubes eine Ersatzpflegekraft die häusliche Versorgung übernimmt. Dafür stellt die Versicherung auch einmalig pro Jahr 1432 € zur Verfügung. Das kann man auch parallel machen.

Weitere Leistung: **Wohnraumanpassung**. Gezahlt wird bis zu 2.557 € für den Umbau im Bereich der Bäder, aber auch bei Schwellen z.B. zur Terrasse, Treppenlifte – die sind ja wahnsinnig teuer, da sind 2557 € nur ein Tropfen auf den

heißen Stein – sodass z.B. Menschen noch ihr Bad oder Schlafzimmer im Obergeschoss erreichen können.

Es folgt noch kurzes Rollenspiel zur Begutachtungssituation bei einem Versicherten mit Anzeichen einer beginnenden Altersdemenz sowie eine Abschlussdiskussion.