

BIP

Ratgeber zur Pflegebegutachtung



2. Auflage
Mit Einlage – Dokumentation zum Pflegeratgeber



**KREIS
RECKLINGHAUSEN**
DER VESTISCHE KREIS

BIP-Kreishaus

Stand Oktober 2019, 2. Auflage.

Kurt-Schumacher-Allee 1

45657 Recklinghausen

Kontakt:

(02361) 53-2639 oder -2026

E-Mail: bip@kreis-recklinghausen.de

Internet: www.kreis-recklinghausen.de

Vorwort

Durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz gibt es seit dem 1. Januar 2017 erhebliche Änderungen in der Pflegeversicherung.

Ab dem 1. Januar 2017 ist nicht nur der Pflegebedürftigkeitsbegriff neu definiert, sondern es wurde auch ein neues Begutachtungsverfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit eingeführt. Das neue Begutachtungsinstrument (BI).

Im Vordergrund steht bei der Begutachtung die Selbstständigkeit als Maß für die Pflegebedürftigkeit eines Menschen.

Wie selbstständig kann ein Mensch seinen Alltag bewältigen? Welche Unterstützungen benötigt er oder sie?

Bei der Begutachtung wird nicht mehr der Zeitaufwand für den Unterstützungsbedarf zusammengerechnet. Stattdessen wird in sechs verschiedenen Lebensbereichen untersucht, was der Mensch noch alleine kann und was nicht.

Wird dann ein hoher Unterstützungsbedarf in den verschiedenen Lebensbereichen festgestellt ist der Mensch pflegebedürftig und wird in einen der fünf Pflegegrade eingestuft.

Um festzustellen, ob jemand pflegebedürftig ist, wird der **Medizinische Dienst** der **Krankenkassen (MDK)** von den Pflegekassen beauftragt, ein Gutachten zu erstellen.

Zu prüfen, ob die Voraussetzungen einer Pflegebedürftigkeit vorliegen, ist nicht immer eine leichte Aufgabe des Gutachters. Auf der Basis einer Begutachtung entscheidet die Pflegekasse anschließend über Art und Höhe der Leistungen.

Betroffene und Angehörige sollten sich daher gründlich auf diesen "entscheidenden" Termin vorbereiten. Dazu gehört es, zu wissen, wie eine Begutachtung abläuft, welche Bereiche beurteilt werden und wie der Pflegegrad berechnet wird.

Dieser Ratgeber zur Pflegebegutachtung soll Ihnen helfen, sich auf eine Begutachtung vorzubereiten und nötige Hintergrundinformationen zu erhalten.

Auch erhalten Sie einen Überblick der einzelnen Pflegegrade und welche Leistungen der Pflegeversicherung Ihnen zustehen.

Der Ratgeber soll Ihnen eine wertvolle Hilfe sein, die Begutachtung zu verstehen.

Im Widerspruchsverfahren kann dieser Ratgeber Ihnen eine Hilfe sein. Sie können vergleichen, ob die im Gutachten beurteilte Selbstständigkeit in den verschiedenen Lebensbereichen Ihren selbstkritischen Einschätzungen entspricht.

Es werden vermutlich nicht alle Ihre Fragen in diesem Ratgeber beantwortet. Aber wir hoffen, dass er Sie bei Ihren Bemühungen eine gerechte und faire Begutachtung zu erreichen, ein Stück weit unterstützt.

Haben Sie weitere Fragen zur Begutachtung oder zu anderen Pflegefragen, dann sind wir Beraterinnen und Berater vom Beratungs- Infocenter Pflege (BIP) gerne für Sie da.

Im Kreis Recklinghausen sind wir an 11 Standorten vertreten. Die Ansprechpartner finden Sie auf der Rückseite des Ratgebers.

Ihre BIP-Berater/-innen im Kreis Recklinghausen
Recklinghausen, im Januar 2017

1 Bei der Bundesknappschaft wird die Begutachtung durch den **Sozialmedizinischen Dienst (SMD)**, durchgeführt / Als neutraler Dienstleister für alle privaten Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen übernimmt das Unternehmen „Medicproof“ diese Aufgabe.

2. Auflage

Ihre BIP-Berater-/innen im Kreis Recklinghausen
Recklinghausen, im Oktober 2019



INHALTSVERZEICHNIS

<i>Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff.....</i>	<i>4</i>
<i>Die neuen Begutachtungsrichtlinien.....</i>	<i>5</i>
<i>Was heißt denn hier selbstständig?.....</i>	<i>6</i>
Die Module	
<i>1. Mobilität.....</i>	<i>7</i>
<i>2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten.....</i>	<i>8</i>
<i>3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen.....</i>	<i>10</i>
<i>4. Selbstversorgung.....</i>	<i>12</i>
<i>5. Bewältigung und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen.....</i>	<i>14</i>
<i>6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.....</i>	<i>15</i>
<i>7. Außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung.....</i>	<i>16</i>
<i>8. Haushaltsführung.....</i>	<i>17</i>
<i>Wie wird der Pflegegrad berechnet?.....</i>	<i>18</i>
<i>Beispiel Berechnung des Pflegegrades.....</i>	<i>19</i>
<i>Die Begutachtung.....</i>	<i>20</i>
<i>Empfehlungen zu Prävention, Rehabilitation und Hilfsmittel.....</i>	<i>23</i>
<i>Begutachtung bei Kindern.....</i>	<i>24</i>
<i>Was kommt nach der Begutachtung?.....</i>	<i>25</i>
<i>Pflegeleistungen auf einen Blick.....</i>	<i>28</i>
<i>Beratungseinsätze bei häuslicher Pflege.....</i>	<i>30</i>
<i>Anspruch auf Pflegezeit.....</i>	<i>31</i>
<i>Pflegezeitgesetz und Familienpflegezeit.....</i>	<i>31</i>
<i>Was fehlt?.....</i>	<i>33</i>
<i>Quellenachweis.....</i>	<i>33</i>

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff

Im § 14 Abs. 1 Sozialgesetzbuch (SGB XI) und den dazu geltenden Richtlinien wird genau definiert, wer pflegebedürftig ist und Leistungen der Pflegeversicherung erhält.

§ 14 SGB XI

„Pflegebedürftig im Sinne des Buches sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeit aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen.“

Personen, die für mindestens 6 Monate körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können.

Für das Vorliegen von gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten sind die folgenden sechs Bereiche maßgeblich:

- **Mobilität**
- **Kognitive und kommunikative Fähigkeiten**
- **Verhaltensweisen und psychische Problemlagen**
- **Selbstversorgung**
- **Bewältigung und selbstständiger Umgang von/mit Krankheit – oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen**
- **Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte**

Die Beeinträchtigung der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate bestehen.

Zum einen wird damit festgelegt, dass nur Zeiträume von mindestens sechs Monaten die Voraussetzung „auf Dauer“ erfüllen. Zum anderen wird deutlich, dass auch bereits vor Ablauf von sechs Monaten eine Entscheidung über eine vorliegende Pflegebedürftigkeit getroffen werden kann, wenn vorhersehbar ist, dass der Zustand der Pflegebedürftigkeit mindestens sechs Monate andauern wird.

Der Eintritt der Hilfebedürftigkeit ist hier entscheidend, nicht der Zeitpunkt der Begutachtung oder die Antragstellung.

Auch ist eine Pflegebedürftigkeit auf Dauer gegeben, wenn die verbleibende Lebensdauer des Pflegebedürftigen voraussichtlich weniger als sechs Monate beträgt.

Ob eine Pflegebedürftigkeit vorliegt, wird durch eine Gutachterin/einen Gutachter des *Medizinischen Dienst der Kassen (MDK)* festgestellt. Dieser wird von der Pflegekasse beauftragt, wenn ein Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung gestellt wurde.

Die neuen Begutachtungsrichtlinien

Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff sind seit dem 01.01.2017 auch neue Begutachtungsrichtlinien (BI) eingeführt worden.

Dadurch wurde die Begutachtung zur Feststellung einer Pflegebedürftigkeit grundlegend verändert. Bisher war die Höhe des Zeitaufwandes des Hilfebedarfs entscheidend. Es wurden also bei den geleisteten Hilfen (z.B. Waschen, Anziehen usw.) Minutenwerte addiert. Zukünftig steht die Beurteilung der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten eines Menschen in sechs Lebensbereichen (Module) im Mittelpunkt.

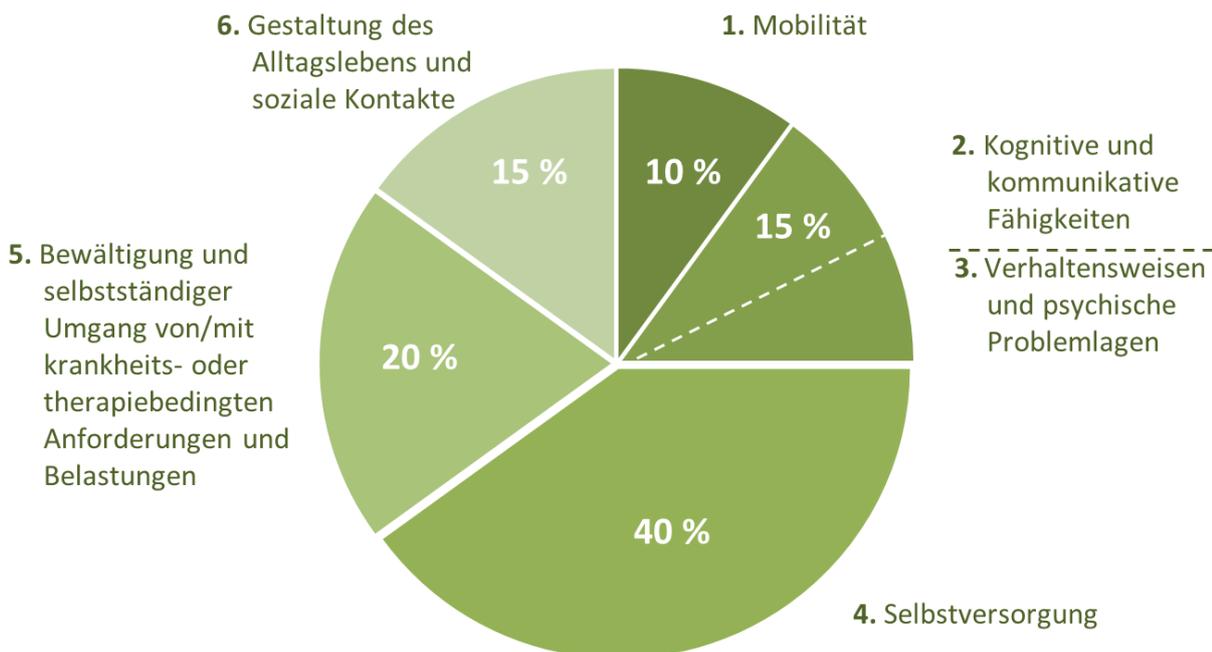
Bei der Begutachtung ist zu berücksichtigen, dass nicht die Schwere einer Erkrankung oder Behinderung, sondern allein die Schwere der gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeit als Grundlage der Bestimmung der Pflegebedürftigkeit ist. Eine Blindheit allein begründet demnach noch nicht die Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI. Auch das Vorliegen einer Erwerbsunfähigkeit oder der Grad einer Behinderung sagen nichts darüber aus, ob die Voraussetzungen einer Pflegebedürftigkeit vorliegen.

Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad 1 bis 5).

Die Gutachterin/der Gutachter des *Medizinischen Dienst der Kassen (MDK)* wird den Pflegegrad anhand des neuen Begutachtungsinstruments gem. §15 SGB XI ermitteln.

Das Begutachtungsinstrument ist in sechs Module gegliedert. In den sechs Modulen werden bestimmte Kriterien mit Einzelpunkten bewertet und nach festgelegten Berechnungsregeln zusammengeführt, wobei die einzelnen Module unterschiedlich gewichtet werden.

Darüber hinaus werden in zwei weiteren Modulen die Bereiche der außerhäuslichen Aktivitäten und der Haushaltsführung betrachtet. Allerdings haben die Ergebnisse keinerlei Auswirkungen auf die Bewertung des Pflegegrades. Stattdessen sind sie eine wichtige Grundlage für die Pflege – und Hilfeplanung.



Was heißt denn hier selbstständig?

Eine Pflegebedürftigkeit ist von dem Grad der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten abhängig. Aber was heißt selbstständig? Wie wird beurteilt, ob eine Person Handlungen und Aktivitäten selbstständig durchführen kann?

Nach den geltenden Begutachtungsrichtlinien (BRi 4-2016) ist eine Person selbstständig, die eine Handlung bzw. Aktivität alleine, d.h. ohne Unterstützung durch andere Personen durchführen kann.

Eine Beeinträchtigung der Selbstständigkeit liegt daher nur vor, wenn personelle Hilfe erforderlich ist. Unter personeller Hilfe versteht man alle unterstützenden Handlungen, die eine Person benötigt, um die betreffenden Aktivitäten durchzuführen.

Die Selbstständigkeit wird in den Modulen 1,4 und 6 in vier Stufen von einer Gutachterin/ einem Gutachter bewertet.

Zu jedem Modul werden verschiedene Fragestellungen zusammen mit dem Betroffenen und wenn möglich, den Angehörigen besprochen und bewertet.

Die Fragebögen zu jedem Modell sind in den Begutachtungsrichtlinien vorgeschrieben und daher für die Begutachtung zwingend anwendbar (Formulargutachten).

In diesem Ratgeber finden Sie Informationen zu den einzelnen Modulen und einzelnen Fragestellungen und auf Wunsch händigen wir Ihnen gern eines unserer Exemplare zur Selbsteinschätzung aus, in dem die Kriterien der Selbstständigkeit/Fähigkeiten in den einzelnen Modulen genau beschrieben sind.

0 = selbstständig	Handlung/Aktivität kann in der Regel ohne personelle Unterstützung durchgeführt werden. Evtl. mit Unterstützung von Hilfsmitteln.
1 = überwiegend selbstständig	Handlung/Aktivität kann zum größten Teil selbstständig durchgeführt werden. Pflegeperson muss geringfügig unterstützen.
2 = überwiegend unselbstständig	Handlung/Aktivität kann nur zu einem geringen Anteil selbstständig durchgeführt werden. Ständige Anleitung/Motivation und Beaufsichtigung erforderlich.
3 = unselbstständig	Handlung/Aktivität kann in der Regel nicht selbstständig durchgeführt werden. Pflegeperson muss überwiegend unterstützen/ durchführen.

In den Modulen 2,3 und 5 werden Fähigkeiten beurteilt. Bei der Beurteilung werden auch die Punktwerte 0 bis 3 vergeben. Der Grad der Beeinträchtigung steigt mit der Punktzahl. Bei einem Punktwert von „0“ heißt es, dass keine Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten vorliegt oder sonstige Probleme bestehen.

Die Module

1. Mobilität

In diesem Modul geht es um die motorischen Fähigkeiten eines Menschen in seinem Wohnbereich (Wohnung/Pflegeeinrichtung). Beurteilt werden die Körperkraft, Balance, Bewegungskoordination usw. Nicht zu bewerten ist, ob die motorische Fähigkeit aufgrund von kognitiven Beeinträchtigungen eingeschränkt ist.

		selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
1.1	Positionswechsel im Bett	0	1	2	3
1.2	Halten einer stabilen Sitzposition	0	1	2	3
1.3	Umsetzen	0	1	2	3
1.4	Fortbewegen innerhalb eines Wohnbereiches	0	1	2	3
1.5	Treppensteigen	0	1	2	3
1.6	Besondere Bedarfskonstellation: Gebrauchsfähigkeit beider Arme und Beine	ja	nein		

1.1 Positionswechsel im Bett

= Einnehmen von verschiedenen Positionen im Bett, Drehen um die Längsachse, Aufrichten aus dem Liegen

1.2 Halten einer stabilen Sitzposition

= Sich auf einem Bett, Stuhl oder Sessel aufrecht halten

1.3 Umsetzen

= Von einer erhöhten Sitzfläche, Bettkante, Stuhl, Sessel, Bank, Toilette etc., aufstehen und sich auf einen Rollstuhl, Toilettenstuhl, Sessel o.ä. umsetzen

1.4 Fortbewegen innerhalb eines Wohnbereiches

= Sich innerhalb einer Wohnung oder im Wohnbereich einer Einrichtung zwischen den Zimmern sicher bewegen

1.5 Treppensteigen

= Überwinden von Treppen zwischen zwei Etagen

1.6 Besondere Bedarfskonstellation

= Kann ein pflegebedürftiger Mensch weder Arme oder Beine einsetzen, dann wird er automatisch in den Pflegegrad 5 eingestuft. Dies gilt jedoch nur beim vollständigen Verlust der Greif-, Steh- und Gehfunktionen

2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Im zweiten Modul werden die kognitiven Funktionen und Aktivitäten eingeschätzt. Es wird nicht die Selbstständigkeit eingeschätzt, sondern in welchem Ausmaß die jeweilige geistige Fähigkeit vorhanden ist oder fehlt. Zu beurteilen sind hier lediglich Aspekte wie Erkennen, Entscheiden oder Steuern etc. und nicht die motorische Umsetzung.

	Fähigkeit	vorhanden/ unbeeinträchtigt	größtenteils vorhanden	in geringem Maße vorhan- den	nicht vorhan- den
2.1	Erkennen von Personen	0	1	2	3
2.2	Örtliche Orientierung	0	1	2	3
2.3	Zeitliche Orientierung	0	1	2	3
2.4	Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	0	1	2	3
2.5	Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen	0	1	2	3
2.6	Treffen von Entscheidungen im Alltagshandlungen	0	1	2	3
2.7	Verstehen von Sachverhalten und Informationen	0	1	2	3
2.8	Erkennen von Risiken und Gefahren	0	1	2	3
2.9	Mitteilen von elementaren Bedürfnissen	0	1	2	3
2.10	Verstehen von Aufforderun- gen	0	1	2	3
2.11	Beteiligen an einem Gespräch	0	1	2	3

2.1 Erkennen von Personen

= Fähigkeit, Personen aus dem näheren Umfeld wiederzuerkennen, d.h. Menschen, zu denen im Alltag regelmäßig ein direkter Kontakt besteht

2.2 Örtliche Orientierung

= Fähigkeit, sich in der räumlichen Umgebung zurechtzufinden, andere Orte gezielt anzusteuern und zu wissen, wo man sich befindet

2.3 Zeitliche Orientierung

= Fähigkeit, zeitliche Strukturen zu erkennen

2.4 Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen

= Fähigkeit sich an kurz und auch länger zurückliegende Ereignisse oder Beobachtungen zu erinnern

- 2.5 Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen**
= Fähigkeit, zielgerichtete Handlungen des Lebensalltags, die eine Abfolge von Teilschritten umfassen, zu steuern
- 2.6 Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben**
= Fähigkeit, folgerichtige und geeignete Entscheidungen im Alltagsleben zu treffen
- 2.7 Verstehen von Sachverhalten und Informationen**
= Fähigkeit, Sachverhalte zu verstehen und Informationen inhaltlich einordnen zu können
- 2.8 Erkennen von Risiken und Gefahren**
= Fähigkeit, Risiken und Gefahren zu erkennen
- 2.9 Mitteilen von elementaren Bedürfnissen**
= Fähigkeit, elementare Bedürfnisse verbal oder nonverbal mitzuteilen
- 2.10 Verstehen von Aufforderungen**
= Fähigkeit, Aufforderungen in Hinblick auf alltägliche Grundbedürfnisse zu verstehen
- 2.11 Beteiligen an einem Gespräch**
= Fähigkeit, in einem Gespräch Gesprächsinhalte aufzunehmen, sinngerecht zu antworten und zur Weiterführung des Gesprächs Inhalte einzubringen

3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

In diesem Modul geht es um Verhaltensweisen und psychische Problemlagen als Folge von Gesundheitsproblemen, die immer wieder auftreten und personelle Unterstützung erforderlich machen. Im Mittelpunkt steht hier die Frage, wie die Person ihr Verhalten selbstständig steuern kann.

Eine Person kann auch dann nicht ihr Verhalten selbst steuern, wenn sie ein Verhalten nach Aufforderung abstellt, aber dieses Verhalten danach wiederholt, weil sie das Verbot nicht verstanden hat oder sie sich nicht erinnern kann.

Anders als in den anderen Modulen sind die Kriterien nicht abschließend definiert, sondern beispielhaft erläutert. Manche Verhaltensweisen lassen sich nicht eindeutig nur einem Kriterium zuordnen. Ausschlaggebend ist, ob und wie oft die Verhaltensweisen eine personelle Unterstützung notwendig machen. Falls eine Verhaltensweise zwei verschiedenen Bereichen zuzuordnen ist, so wird sie vom Gutachter nur einmal erfasst.

		Wie oft muss eine Pflegeperson eingreifen/unterstützen?			
	Verhaltensweisen	nie oder selten	selten ein- bis dreimal innerhalb von zwei Wochen	häufig zweimal bis mehrmals wöchentlich, nicht täglich	täglich
3.1	Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten	0	1	3	5
3.2	Nächtliche Unruhe	0	1	3	5
3.3	Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten	0	1	3	5
3.4	Beschädigen von Gegenständen	0	1	3	5
3.5	Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen	0	1	3	5
3.6	Verbale Aggression	0	1	3	5
3.7	Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten	0	1	3	5
3.8	Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen	0	1	3	5
3.9	Wahnvorstellungen	0	1	3	5
3.10	Ängste	0	1	3	5
3.11	Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage	0	1	3	5
3.12	Sozial inadäquate Verhaltensweisen	0	1	3	5
3.13	Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen	0	1	3	5

- 3.1 Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten**
= Dieses Kriterium fasst mehrere Verhaltensweisen zusammen.
Ziellose Umhergehen in der Wohnung/Einrichtung, desorientiert ohne Begleitperson die Wohnung oder die Einrichtung verlassen, Rastlosigkeit, ständiges Aufstehen und Hinsetzen oder Hin- und Herrutschen auf dem Sitzplatz oder im und aus dem Bett
- 3.2 Nächtliche Unruhe**
= nächtliches Umherirren, Unruhephasen, Umkehr des Tag- und Nachtrythmus
- 3.3 Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten**
= sich selbst durch Gegenstände verletzen, ungenießbare Substanzen zu essen und zu trinken, sich selbst schlagen/verletzen
- 3.4 Beschädigen von Gegenständen**
= Gegenstände wegstoßen/wegschieben, gegen Gegenstände schlagen/treten, Zerstören von Dingen
- 3.5 Physisch aggressives Verhalten gegenüber Personen**
= Personen schlagen/treten/verletzen, andere wegstoßen oder wegdrängen
- 3.6 Verbale Aggressionen**
= Beschimpfungen/Bedrohungen
- 3.7 Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten**
= lautes Rufen, Schreien, grundloses Klagen, seltsame Laute von sich geben, Ständiges Wiederholen von Fragen und Sätzen
- 3.8 Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen**
= Abwehr von notwendiger Unterstützung z.B. Körperpflege, Medikamenteneinnahme
- 3.9 Wahnvorstellungen**
= Vorstellung mit imaginären oder verstorbenen Personen in Kontakt zu stehen. Verfolgt, bedroht oder bestohlen zu werden
- 3.10 Ängste**
= Angstattacken, starke Sorgen
- 3.11 Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage**
= depressive Stimmungslage
- 3.12 Sozial inadäquate Verhaltensweisen**
= distanzloses Verhalten, auffälliges Einfordern von Aufmerksamkeit, unangemessene körperliche oder verbale sexuelle Annäherungsversuche
- 3.13 Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen**
= Wiederholen der gleichen Handlungen, Verstecken von Gegenständen, Urinieren in der Wohnung

4. Selbstversorgung

Zu diesem Modul zählen viele Verrichtungen der bisherigen sogenannten Grundpflege. Der Gutachter schätzt auch hier die Selbstständigkeit ein. Bestimmte Kriterien werden aufgrund der besonderen Bedeutung im Alltag besonders hoch gewichtet (z.B. unselbstständiges Essen).

In diesem Modul werden durch den Gutachter zunächst noch besondere Bedarfsaspekte erfasst. Dazu gehören die parenterale Ernährung oder die Ernährung über eine Sonde, die Kontrolle über die Blase/Harnkontinenz und die Darmkontrolle und Stuhlinkontinenz.

		Selbstständig	überwiegend selbstständig	Überwiegend unselbstständig	unselbstständig
4.1	Waschen des Oberkörpers	0	1	2	3
4.2	Körperpflege im Bereich des Kopfes	0	1	2	3
4.3	Waschen des Intimbereichs	0	1	2	3
4.4	Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare	0	1	2	3
4.5	An- und Auskleiden des Oberkörpers	0	1	2	3
4.6	An- und Auskleiden des Unterkörpers	0	1	2	3
4.7	Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken	0	1	2	3
4.8	Essen	0	3	6	9
4.9	Trinken	0	2	4	6
4.10	Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls	0	2	4	6
4.11	Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma	0	1	2	3
4.12	Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz	0	1	2	3

		Versorgung mit Hilfe			
		Versorgung selbstständig	Nicht täglich, auf Dauer	Täglich zusätzlich zu oraler Ernährung	Ausschließlich oder nahezu ausschließlich
4.13	Ernährung parenteral oder über Sonde	0	0	6	3

- 4.1 Waschen des Oberkörpers**
= sich die Hände, das Gesicht, den Hals, die Arme, die Achselhöhlen und den vorderen Brustbereich waschen und abtrocknen
- 4.2 Körperpflege im Bereich des Kopfes**
= Kämmen, Zahnpflege, Prothesenreinigung, Rasieren
- 4.3 Waschen des Intimbereiches**
= Den Intimbereich waschen und abtrocknen
- 4.4 Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare**
= Durchführung des Dusch- oder Wannenbades einschließlich des Waschens der Haare
- 4.5 An- und Auskleiden des Oberkörpers**
= Bereitliegende Kleidungsstücke, z.B. Unterhemd, T-Shirt, Hemd, Bluse, Pullover, Jacke, BH, Schlafanzugoberteil oder Nachthemd, an- und ausziehen.
- 4.6 An- und Auskleiden des Unterkörpers**
= Bereitliegende Kleidungsstücke, z.B. Unterwäsche, Hose, Rock, Strümpfe, und Schuhe, an und ausziehen
- 4.7. Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken**
- 4.8. Essen**
= bereit gestellte, mundgerecht zubereitete Speisen essen
- 4.9 Trinken**
= bereitstehende Getränke aufnehmen, ggf. mit Gegenständen wie Strohalm, Spezialbecher mit Trinkaufsatz
- 4.10 Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls**
= Gehen zur Toilette, Hinsetzen und Aufstehen, Sitzen während der Blasen- oder Darmentleerung Intimhygiene und Richten der Kleidung
- 4.11 Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urstoma**
= Inkontinenz- und Stomasysteme sachgerecht verwenden, nach Bedarf wechseln und entsorgen
- 4.12 Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma**
= Inkontinenz- und Stomasysteme sachgerecht verwenden, nach Bedarf wechseln
- 4.13 Ernährung parenteral oder über Sonde**
= Ernährung über einen parenteralen Zugang (z.B. einen Port) oder über einen Zugang in den Magen oder Dünndarm (PEG/PEJ)

5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

In diesem Modul geht es um die Durchführung ärztlich angeordneter Maßnahmen, die gezielt auf eine bestehende Erkrankung ausgerichtet und für voraussichtlich mindestens sechs Monate erforderlich sind. Zu bewerten ist, ob die Person die jeweilige Aktivität praktisch durchführen kann. Es ist unerheblich, ob die Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit aufgrund von Schädigungen somatischer oder mentaler Funktionen bestehen.

= die Häufigkeit der Unterstützung wird immer nur in EINE Zeiteinheit umgerechnet, also entweder Tag, Woche oder Monat

				Häufigkeit der Hilfe (Anzahl eintragen)		
	Umgang/Bewältigung mit:	entfällt	selbständig	Pro Tag	Pro Woche	pro Monat
5.1	Medikation					
5.2	Injektion					
5.3	Versorgung intravenöser Zugänge (Port)					
5.4	Absaugen und Sauerstoffgabe					
5.5	Einreibungen oder Kälte- und Wärmeanwendungen					
5.6	Messung und Deutung von Körperzuständen					
5.7	Körpernahe Hilfsmittel					
5.8	Verbandwechsel und Wundversorgung					
5.9	Versorgung mit Stoma					
5.10	Regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abfuhrmethoden					
5.11	Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung					
5.12	Zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung					
5.13	Arztbesuche					
5.14	Besuch anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (bis zu 3 Std.)					
5.15	Zeitlich ausgedehnte Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (länger als 3Std)					
5.16	Einhaltung einer Diät und anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften, und zwar:	0 = entfällt oder selbstständig	1 = überwiegend selbstständig	2 = überwiegend unselbstständig	3 = unselbstständig	

6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

In diesem Modul wird bewertet, ob die Person die jeweilige Aktivität praktisch durchführen kann. Hierbei ist es unerheblich, ob die Beeinträchtigung der Selbstständigkeit aufgrund von Schädigungen somatischer oder mentaler Funktionen bestehen oder ob Teilaspekte bereits in anderen Modulen berücksichtigt worden sind. Der Gutachter stellt fest, ob der Pflegebedürftige individuell und bewusst seinen Tagesablauf gestalten kann und ob er in der Lage ist, mit Menschen in seinem unmittelbaren Umfeld Kontakt aufzunehmen.

		selbstständig	überwiegend selbstständig	Überwiegend unselbstständig	unselbstständig
6.1	Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen	0	1	2	3
6.2	Ruhen und Schlafen	0	1	2	3
6.3	Sich beschäftigen	0	1	2	3
6.4	Vornehmen von in die Zukunft gerichtete Planungen	0	1	2	3
6.5	Interaktion mit Personen im direkten Kontakt	0	1	2	3
6.6	Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes	0	1	2	3

6.1 Gestaltung des Tagesablaufes und Anpassung a Veränderungen
= den Tagesablauf nach individuellen Gewohnheiten und Vorlieben einteilen und bewusst gestalten, ggf. an äußere Veränderungen anpassen.

6.2 Ruhen und Schlafen
= nach individuellen Gewohnheiten einen Tag-Nacht-Rhythmus einhalten und für ausreichende Ruhe- und Schlafphasen sorgen

6.3 Sich beschäftigen
= die verfügbare Zeit nutzen, um Aktivitäten durchzuführen, die den eigenen Vorlieben und Interessen entsprechen

6.4 Vornehmen von in die Zukunft gerichtete Planungen
= längere Zeitabschnitte überschauend über den Tag hinaus planen

6.5 Interaktion mit Personen im direkten Kontakt
= im direkten Kontakt mit Angehörigen, Pflegepersonen, Mitbewohnern oder Besuchern umgehen, Kontakt aufnehmen, Personen ansprechen, auf Ansprache reagieren.

6.6 Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes
= bestehende Kontakte zu Freunden, Bekannten, Nachbarn aufrechterhalten, beenden oder zeitweise ablehnen

7. Außerhäusliche Aktivitäten

Die Beurteilungen der Selbstständigkeit in den Modulen 7 und 8 werden bei der Berechnung des Pflegegrades **nicht** berücksichtigt. Jedoch sind sie wichtig für die Erstellung eines individuellen Versorgungsplans und die Beratung.

Wenn Pflegebedürftige an keinen oder sehr wenigen außerhäuslichen Aktivitäten teilnehmen, kann dies Auswirkungen auf die Bewältigung der Pflegesituation haben.

Bewertet wird wie in den Modulen 4, 5 und 6, wie selbstständig eine Person Aktivitäten praktisch durchführen kann. Auch hier ist es unerheblich, ob die Selbstständigkeit aufgrund von kognitiven oder körperlichen Beeinträchtigungen reduziert ist.

Bei der Bewertung der außerhäuslichen Aktivitäten sind auch die örtliche Orientierungsfähigkeit sowie Sicherheitsaspekte zu berücksichtigen.

7.1 Verlassen des Bereiches der Wohnung oder der Einrichtung

= Fähigkeit, den konkreten individuellen Wohnbereich verlassen zu können, also von den Wohnräumen bis vor das Haus zu gelangen

7.2 Fortbewegen außerhalb der Wohnung oder Einrichtung

= Fähigkeit, sich in einem Bewegungsradius von ca. 500 m sicher und zielgerichtet zu bewegen

7.3 Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel im Nahverkehr

= Fähigkeit, in einem Bus oder eine Straßenbahn einzusteigen und an der richtigen Haltestelle wieder auszusteigen

7.4 Mitfahren in einem Kraftfahrzeug

= Fähigkeit, in einem PKW ein- und auszusteigen und Selbstständigkeit während der Fahrt

7.5 Teilnahme an kulturellen, religiösen oder sportlichen Veranstaltungen

= Teilnahme an Veranstaltungen mit mehreren Personen
(z.B. Theater, Konzert, Gottesdienst)

7.6 Besuch von Arbeitsplatz, einer Werkstatt für behinderte Menschen oder einer Einrichtung der Tages- und Nachtpflege oder eines Tagesbetreuungsangebotes

= diese Aktivität wird nur von bestimmten Personen in Anspruch genommen.
Wenn eine Person daran teilnimmt, wird hier die Teilnahmefähigkeit bewertet.

7.7 Teilnahme an sonstigen Aktivitäten mit anderen Menschen

= soziale Aktivitäten mit anderen Menschen außerhalb des engeren Familienkreises

8. Haushaltsführung

Mit zunehmendem Alter oder bei einer Pflegebedürftigkeit können viele Dinge in der Haushaltsführung nicht ohne Hilfe durchgeführt werden. Vielleicht sind Sie in der Mobilität eingeschränkt oder Ihnen fehlt einfach die Kraft.

Auch in diesem Modul wird zwar der Grad der Selbstständigkeit eingeschätzt, die Ergebnisse werden aber bei der Berechnung des Pflegegrades **nicht** berücksichtigt.

Hier wird lediglich der Hilfebedarf eingeschätzt.

8.1 Einkaufen für den täglichen Bedarf

= Einkaufen für den täglichen Bedarf z.B. Lebensmittel, Hygieneartikel, Zeitung tätigen

8.2 Zubereitung einfacher Mahlzeiten

= vorbereitete Speisen erwärmen (Backofen, Herd, Mikrowelle)

8.3 Einfache Aufräum- und Reinigungsarbeiten

= Einfache und körperlich leichte Haushaltstätigkeiten ausführen

8.4 Aufwändige Aufräum- und Reinigungsarbeiten einschließlich Wäschepflege

= Aufwändige und körperlich schwere Haushaltstätigkeiten ausführen

8.5 Nutzung von Dienstleistungen

= Pflegerische oder haushaltsnahe Dienstleistungen organisieren und steuern

8.6 Umgang mit finanziellen Angelegenheiten

= Alltägliche finanzielle Angelegenheiten erledigen

8.7 Umgang mit Behördenangelegenheiten

= Umgang mit staatlichen und kommunalen Behörden sowie Sozialversicherungsträgern

Wie wird der Pflegegrad berechnet?

Der Pflegegrad eines Antragstellers ergibt sich, indem die Bewertungen des Gutachters in den sechs Modulen anhand von genau festgelegten Berechnungsregeln zusammengeführt werden.

1. Der Gutachter/die Gutachterin bewertet jede Fragestellung oder Kriterium in den einzelnen Modulen mit einem vorgegebenen **Punktwert**.
2. Die Einzelpunkte werden in jedem Modul zu einem **Gesamtwert** zusammengezählt.
3. Nun wird jede Summe der Einzelpunkte pro Modul nach einer festgelegten Berechnungsregel in einen sogenannten **gewichteten Punktwert** umgerechnet.
4. Anschließend werden die sechs **gewichteten Punktwerte** zusammengezählt.
5. Das Ergebnis ist ein Gesamtpunktwert der zwischen 0 und 100 Punkten liegen kann.
6. Aus dem Gesamtpunktwert ergibt sich der entsprechende Pflegegrad.

Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn der Gesamtpunktwert mindestens 12,5 Punkte beträgt. Der Grad der Pflegebedürftigkeit bestimmt sich daher wie folgt:

Pflegegrad 1	12,5 bis unter 27 Punkte (geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten)
Pflegegrad 2	27 bis unter 47,5 Punkte (erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit und Fähigkeiten)
Pflegegrad 3	47,5 bis unter 70 Punkten (schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten)
Pflegegrad 4	70 bis unter 90 Punkte (schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten)
Pflegegrad 5	90 bis 100 Punkte (schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerischen Versorgung)

Besondere Bedarfskostellation

Bei vollständigem Verlust der Greif-, Steh- und Gehfunktion wird der Pflegebedürftige unabhängig vom Erreichen des Schwellenwertes von 90 Punkten, dem Pflegegrad 5 zugeordnet.

Diese umfasst nicht zwingend die Bewegungsunfähigkeit. Dies kann bei verschiedenen Krankheiten der Fall sein (Lähmungen, rheumatischen Versteifungen oder Morbus Parkinson).

Beispiel Berechnung des Pflegegrades

Frau Müller ist 75 Jahre alt und lebt alleine in ihrer Wohnung. Sie ist leicht dement und ist harninkontinent. Darüber hinaus benötigt Sie Unterstützung beim An- und Ausziehen ihrer Kompressionsstrümpfe und der Medikamenteneinnahme. Sie ist motorisch nicht eingeschränkt. Sie ist sehr vergesslich und der Tages- Nachtrhythmus ist gestört. Während der Begutachtung wird jedes Modul mit einem Punktwert bewertet. In der folgenden Tabelle sind die *Punktwerte* und *gewichtete Punkte* von Frau Müller jeweils rot gekennzeichnet.

				Beeinträchtigung der Selbstständigkeit/Fähigkeit				
				keine	geringe	erhebliche	schwere	vollständige
Module		Punktwert		0	1	2	3	4
Modul 1	Mobilität	0	Einzelpunkte im Modul 1	0 – 1	2 – 3	4 – 5	6 – 9	10 – 15
			Gewichtete Punkte	0	2,5	5	7,5	10
Modul 2	kognitive und kommunikative Fähigkeiten	11	Einzelpunkte im Modul 2	0 – 1	2 – 5	6 – 10	11 – 16	17 – 33
Modul 3	Verhaltensweise und psychische Problemlagen	3	Einzelpunkte im Modul 3	0	1 – 2	3 – 4	5 – 6	7 - 65
Höchster Wert aus Modul 2 oder 3			Gewichtete Punkte	0	3,75	7,5	11,25	15
Modul 4	Selbstversorgung	mit /ohne Sondenernährung	Einzelpunkte im Modul 4	0 – 2	3 – 7	8 – 18	19 – 36	37 - 54
		15	Gewichtete Punkte	0	10	20	30	40
Modul 5	Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	2	Einzelpunkte im Modul 5	0	1	2 – 3	4 – 5	6 – 15
			Gewichtete Punkte	0	5	10	15	20
Modul 6	Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	6	Einzelpunkte im Modul 6	0	1 – 3	4 – 6	7 – 11	12 - 18
			Gewichtete Punkte	0	3,75	7,5	11,25	15

Die gewichteten Punkte werden nun zusammengezählt. Im Fall Frau Müller ergibt sich Ein Gesamtpunktwert von 48,75. Eine besondere Bedarfskonstellation im Modul 1.6 (vollständiger Verlust der Greif-, Steh- und Gehfunktion) liegt nicht vor. Frau Müller erhält mit dem Gesamtpunktwert von 48,75 Pflegegrad 3.

Modulbewertungen	Gewichtete Punkte
1 Mobilität	0
2 Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	11,25
3 Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	
4 Selbstversorgung	20
5 Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen	10
6 Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	7,5
Summe der gewichteten Punkte	48,75
Besondere Bedarfskonstellation Modul 1.6	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein

Pflegegrad					
unter 12,5 Pkt.	12,5 - <27 Pkt.	27 - <47,5 Pkt.	47,5 - <70 Pkt. X	70 - <90 Pkt.	90 - 100 Pkt.
kein Pflegegrad	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5

Die Begutachtung

Wenn Sie oder Ihr Angehöriger einige Dinge des Alltags nicht mehr alleine bewältigen können und erhöhten Unterstützungsbedarf haben, sollten Sie überlegen einen Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung zu stellen, um je nach festgestelltem Pflegegrad finanzielle Unterstützungen zu erhalten.

Alles beginnt mit einem Antrag auf Leistungen nach dem elften Sozialgesetzbuch (SGB XI) - z.B. Pflegegeld - bei Ihrer Pflegekasse, denn die Pflegekasse entscheidet darüber, ob Sie einen Pflegegrad erhalten oder nicht. Der Antrag wird von dem Betroffenen selbst oder von dem gesetzlichen Vertreter gestellt.

Die Pflegekasse beauftragt eine/n Gutachter/in, der die Selbstständigkeit und die Fähigkeiten von Ihnen oder Ihrem Angehörigen zuhause oder in einer stationären Einrichtung überprüft. Bei gesetzlich versicherten Personen wird der *MDK* (Medizinische Dienst der Kassen) beauftragt, dieses Gutachten zu erstellen. Bei privat versicherten Personen ist es die Firma *Medicproof*.

Ist der Antrag gestellt, werden an den Gutachter verschiedene Informationen weitergegeben, wie z.B. Angaben zur Person, zum Aufenthalt und zur medizinischen Vorgeschichte.

Im Regelfall muss die Pflegekasse spätestens **25 Arbeitstagen** nach Eingang des Antrages darüber entscheiden, ob ein Pflegegrad vorliegt.

Befindet sich die antragstellende Person im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitation, muss innerhalb **einer Woche** entschieden werden. Innerhalb von **zwei Wochen** muss eine Entscheidung vorliegen, wenn die Pflegeperson die Pflegezeit beim Arbeitgeber angekündigt hat.

Wenn nach 20 Arbeitstagen noch keine Begutachtung stattgefunden hat, so muss die Pflegekasse drei unabhängige Gutachter zur Auswahl benennen.

Entscheidet die Pflegekasse nicht innerhalb der 25 Arbeitstage nach Eingang des Antrages oder findet die Begutachtung nicht innerhalb der verkürzten Fristen in besonderen Fälle statt, so muss die Pflegekasse für jede angefangene Woche der Fristüberschreitung unverzüglich 70 € an den Antragsteller zu zahlen.

Diese Zahlungspflicht entfällt, wenn die Verzögerung nicht von der Pflegekasse zu vertreten ist (z.B. bei Krankenhausaufenthalt des Pflegebedürftigen). Die Zahlung wegen Fristüberschreitung ist keine Pflegeleistung.

Diese Frist ist allerdings vom 01.01. - 31.12.2017 ausgesetzt.

Der Begutachtungstermin steht fest - was nun?

Die Begutachtung muss rechtzeitig angekündigt werden. Dem Pflegebedürftigen ist das Datum der Begutachtung mit max. Zeitfenster von zwei Stunden, die voraussichtliche Dauer, der Name und die berufliche Qualifikation der/des Gutachterin/Gutachters mitzuteilen. Darüber hinaus muss der Grund und die Art der Begutachtung mitgeteilt werden.

Wenn der Termin der Begutachtung nun angekündigt wurde, fragen Sie sich bestimmt was Sie vorbereiten müssen, vielleicht sind Sie auch aufgeregt, dass eine fremde Person vom MDK nun über Ihre Pflegebedürftigkeit entscheiden soll und Ihre Selbstständigkeit überprüft. Da ist es wichtig, zu wissen, wie Sie sich vorbereiten können und was auf Sie zukommt.

Die Begutachtung findet gewöhnlich in der Wohnung des Antragstellers statt. Wenn sich jedoch der Pflegebedürftige in einer Pflegeeinrichtung oder im Krankenhaus aufhält wird die Begutachtung dort durchgeführt.

Legen Sie für die Begutachtung vorhandene Berichte von betreuenden Diensten, ärztliche Gutachten, Medikamentenpläne sowie die persönlichen Aufzeichnungen des Pflegeratgebers bereit. Diese Unterlagen sind wichtig für die Einschätzungen und die Anamnese während der Begutachtung.

Haben Sie kurzfristig einen Termin für die Begutachtung erhalten und Sie haben nicht genug Zeit sich alle notwendigen Unterlagen zu beschaffen, dann bitten Sie den MDK, den Termin zu verschieben.

Nutzen Sie unbedingt die Dokumentation zur Pflegebegutachtung und nehmen Sie eine Selbsteinschätzung vor! Diese liegt diesem Ratgeber bei oder Sie erhalten diese bei Ihrem Beratungs- und Infocenter Pflege im Kreis Recklinghausen.

Während der Begutachtung hat der Pflegebedürftige das Recht eine dritte Person als Beistand hinzuzuziehen. Es ist daher ratsam, dass ein Angehöriger oder eine andere vertraute Person bei der Begutachtung dabei ist und der Gutachter/die Gutachterin sich ein umfassendes Bild von der häuslichen Situation machen kann. Oftmals wird von den Betroffenen die häusliche Situation aus Scham beschönigt oder ganz anders dargestellt. Dies ist oft bei einer vorliegenden Demenz der Fall, daher sollte eine vertraute Person unbedingt bei der Begutachtung anwesend sein.

Auch bei nicht ausreichenden Sprachkenntnissen sollte unbedingt eine Person anwesend sein, welche während der Begutachtung übersetzen kann, denn die Begutachtung wird in deutscher Sprache erfolgen.

Der Gutachter oder die Gutachterin wird am Tag der Begutachtung die einzelnen beschriebenen Module mit Ihnen anhand eines Formulargutachtens besprechen und bewerten.

Bei der neuen Begutachtung wird bewertet, was eine Person noch selbstständig kann und bei welchen Dingen sie Hilfe benötigt. Umso mehr Hilfe durch eine dritte Person nötig ist, umso höher ist hinterher der Pflegegrad.

Daher seien Sie bitte ehrlich! Wenn Sie Unterstützung in den einzelnen abgefragten Situationen brauchen, dann sagen Sie es auch. Sagen Sie nicht, dass etwas „einigermaßen“ geht. Entweder können Sie etwas problemlos alleine oder Sie brauchen Unterstützung.

Es ist keine Prüfung, die Sie erfolgreich bestehen müssen!

Auch wird nicht bewertet ob Sie etwas tatsächlich tun oder nicht. Wenn z.B. bewertet wird, ob Sie Treppen zwischen zwei Etagen selbständig überwinden können, wird nicht berücksichtigt, ob Sie Treppen im Haus haben oder nicht. Es muss bewertet werden, ob Sie Treppen zwischen zwei Etagen überwinden *könnten*. Genauso muss in der Begutachtung bewertet werden, ob Sie in der Lage sind selbstständig zu duschen oder zu baden. Dabei wird nur beurteilt, ob Sie beides *könnten*, selbst wenn Sie nur eine Dusche in Ihrem Bad haben.

Wenn Sie sich nicht mehr die Haare kämmen können, dann sollte Sie auch nicht zur Begutachtung perfekt frisiert sein. Es wird die tatsächliche Situation bewertet. Auch sollte der Angehörige Sie nicht „herausputzen“, um eine aufwendige, perfekte Pflegesituation darzustellen, normale Kleidung reicht aus.

Oftmals fordert der Gutachter die Person auf, bestimmte Bewegungsabläufe zu zeigen, wie z.B. die Arme zu strecken oder hinter dem Rücken zu verschränken.

Diese Bewegungen sollen dann zeigen, ob man noch in der Lage ist die Haare zu kämmen oder sich im Intimbereich zu waschen.

Dies sind aber keine zuverlässigen Einschätzungen. Wenn Sie sich nicht oder nur unter starken Schmerzen die Haare alleine kämmen können (auch den Hinterkopf), dann sagen Sie es und machen Sie es vor.

Der/die Gutachter/in darf keine Bewegungen vormachen! Denn Pflegebedürftige, besonders demente Personen, neigen dazu Bewegungen zu spiegeln auch unter Schmerzen.

Lassen Sie sich auch nicht zeitlich unter Druck setzen. Pflege ist zeitintensiv und Kleinigkeiten sind bei der Bewertung wichtig.

Falls es vorkommt und der/die Gutachter/in ist im Einzelfall sehr unfreundlich und verhält sich in der Situation sehr unangemessen, dann haben Sie das Recht die Begutachtung abzubrechen. Notieren Sie sich die Vorkommnisse und teilen Sie diese der Pflegekasse mit. Veranlassen Sie dann einen neuen Termin zur Begutachtung.

CHECKLISTE

Wie bereite ich mich auf die Begutachtung vor?

Füllen Sie oder die pflegende Person zur Selbsteinschätzung der Pflegesituation - **die Dokumentation zu diesem Ratgeber** aus.
Wobei brauchen Sie im Alltag Unterstützung?

Legen Sie - falls vorhanden- zum Begutachtungstermin **alle relevanten Unterlagen** und Berichte von Ärzten sowie Bescheinigungen anderer Sozialleistungsträger bereit

Bitte halten Sie ihren aktuellen **Medikamentenplan** zur Hand

Falls ein Pflegedienst zu Ihnen kommt, legen Sie auch die **Pflegedokumentation** bereit.

Bitten Sie die **pflegende Person oder eine vertraute Person** während des Besuchs anwesend zu sein

Falls Sie einen **gesetzlichen Betreuer** haben, informieren Sie ihn bitte über den Hausbesuch.

Wenn der Pflegebedürftige **Demenz** hat, kann er oft keine korrekten Angaben zu dem Hilfebedarf machen. Dies kann nur die pflegende Person oder der Pflegedienst. Dann kann die Pflegeperson auch allein befragt werden.

Bitte seien Sie **ehrlich!** Wenn Sie Unterstützung in den einzelnen Bereichen brauchen, dann sagen Sie es auch - Sie müssen keine Prüfung erfolgreich bestehen!

Wenn nach **20 Arbeitstagen** noch keine Begutachtung stattgefunden hat, so muss die Pflegekasse drei unabhängige Gutachter zur Auswahl benennen.

Empfehlungen zu Prävention, Rehabilitation und Hilfsmittel

Nach der Einschätzung in den einzelnen Modulen muss die Gutachterin/der Gutachter auch einschätzen, ob über die derzeitige Versorgungssituation hinaus

- **Leistungen zur medizinischen Rehabilitation**
 - *Rehabilitation vor Pflege*, eine Rehabilitation, die Pflege verhindert, beseitigt oder mindert
- **Hilfsmittel/Pflegehilfsmittel**
 - die für die Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen wichtig oder pflegeerleichternd sind
- **Heilmittel und andere therapeutische Maßnahmen**
 - z.B. Logopädie, Ergotherapie oder Physiotherapie
- **Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen**
 - barrierearme Gestaltung der Wohnräume
- **Edukative Maßnahmen/Beratung/Anleitungen**
 - Informationen, Schulungen und Beratungen zu bestimmten Erkrankungen
- **Präventive Maßnahmen**
 - Vermeidung und Minderung von Pflegebedürftigkeit, z.B. Sturzprävention

erforderlich sind.

Durch diese verschiedenen Maßnahmen kann der Zustand der Pflegebedürftigkeit beeinflusst werden. Sie können dem Pflegebedürftigen helfen, ihre Fähigkeiten zu erhalten wiederherzustellen oder zu verbessern. Auch sind Vorschläge zur Verbesserung/Veränderung der Pflegesituation zu dokumentieren und eine Pflegeberatung zu empfehlen, falls dies erforderlich scheint.

Die Beratungs- und Empfehlungsergebnisse müssen im Gutachten dokumentiert werden.



Achtung:

Wenn der Gutachter/die Gutachterin Pflege- und Hilfsmittel empfiehlt, muss kein neuer Antrag gestellt werden.

Wenn der Pflegebedürftige einverstanden ist, gilt dies als Antrag und wird automatisch an die Pflegekasse weitergeleitet.

Eine ärztliche Verordnung ist dann **nicht** mehr erforderlich.

Begutachtung bei Kindern

Bei Kindern bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres werden die gleichen Begutachtungsrichtlinien angewandt wie bei Erwachsenen. Die Kriterien für Erwachsene treffen mit wenigen Anpassungen auch auf Kinder und Jugendliche zu.

Maßgeblich ist das Alter des Kindes am Tage der Begutachtung.

Bei der Beurteilung von Pflegebedürftigkeit bei Kindern werden die Selbstständigkeit bzw. die Fähigkeiten des pflegebedürftigen Kindes mit denen eines gesunden, gleichaltrigen Kindes verglichen.

Die Begutachtung bei Kindern wird bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres durchgeführt und gilt grundsätzlich für alle Altersgruppen.

Besonderheit bei Kindern bis zum 18. Lebensmonat

Eine Besonderheit besteht bei der Begutachtung von Kindern bis zu 18 Monaten.

Kinder in dieser Altersgruppe sind von Natur aus in allen Bereichen des Alltagslebens unselbstständig, so dass sie in der Regel keine oder eine nur niedrige Pflegegrade erreichen könnten. Zudem müssten sie aufgrund der häufigen Entwicklungsveränderungen, wie sie sich bei altersentsprechenden entwickelten Kindern in dieser Altersstufe vollziehen, in sehr kurzen Zeitabständen neu begutachtet werden.

Deshalb wurden für pflegebedürftige Kinder von 0 bis 18 Monaten hinsichtlich der Einstufung Sonderregelungen getroffen.

Bei diesen Kindern werden nur die altersunabhängigen Module 3 (Verhaltensweisen und psychische Problemlagen) und 5 (Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen) beurteilt.

Anstelle von Modul 4 „Selbstversorgung“ wird nur festgestellt, ob gravierende Probleme bei der Nahrungsaufnahme bestehen, welche einen pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen.

Kinder bis zum 18. Lebensmonat werden außerdem einen Pflegegrad höher eingestuft und verbleiben in diesem bis zum Erreichen des 19. Monats, falls keine Höherstufung beantragt wird. Ab dem 19. Lebensmonat wird das Kind in die regulären Pflegegrade eingestuft ohne dass eine erneute Begutachtung durchgeführt wird.

Ab einem Alter von elf Jahren kann ein Kind in allen Modulen des Begutachtungsinstruments, die in die Berechnung des Pflegegrads eingehen, selbstständig sein, sofern es altersentsprechend entwickelt ist.

Für Kinder ab elf Jahren gelten daher dieselben pflegerelevanten Berechnungsvorschriften wie bei Erwachsenen.

Da aber die körperliche und geistige Entwicklung noch nicht abgeschlossen ist, wird das Begutachtungsformular für Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres verwendet.

Auch gibt der Gutachter ebenfalls Empfehlungen zur Hilfeplanung zu Maßnahmen der Prävention und zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation ab.

In der Einlage zu diesem Ratgeber finden Sie die Abbildung der maßgeblichen Tabelle, welche die Kriterien der altersentsprechenden Selbstständigkeit der Module 1,2,4 und 6 abbildet. Für Kinder ab elf Jahren wird die Punkteberechnung für Erwachsene angewandt.

Was kommt nach der Begutachtung?

Sind Sie mit der Einstufung der Pflegekasse nicht einverstanden oder wurde Ihr Antrag abgelehnt besteht die Möglichkeit, **innerhalb eines Monats** bei der zuständigen Pflegekasse **schriftlich** Widerspruch einzulegen. Fehlt eine Rechtsbehelfsbelehrung unter dem Bescheid verlängert sich die Widerspruchsfrist **auf ein Jahr**.

Dazu sollte Ihnen **eine Durchschrift des Gutachtens** des Medizinischen Dienstes vorliegen. Falls es Ihnen nicht bereits mit dem Bescheid übersandt wurde, fordern Sie es bei Ihrer Pflegekasse telefonisch an.

Sobald dieses vorliegt, können Sie daran gehen, den von der Pflegekasse anerkannten Hilfebedarf mit Ihren Einschätzungen der Selbstständigkeit zu vergleichen. Diesen haben Sie ja mit dem Ausfüllen des vorliegenden Ratgebers dokumentiert.

Haben Sie bisher noch keine Selbsteinschätzung vorgenommen?

Dann können Sie dies auch noch zu diesem Zeitpunkt nachholen und es als Beleg Ihrem Widerspruch beifügen.

Das Gutachten ist immer nur eine Momentaufnahme! Vielleicht hat der Pflegebedürftige sich an dem Tag der Begutachtung besonders gut präsentiert und dies entspricht nicht dem Zustand im Alltag.

Sobald Ihnen das Gutachten vorliegt sollten Sie die folgenden Dinge überprüfen:

- 1.** Prüfen Sie den Inhalt des Gutachtens.
Wurden alle Sachverhalte korrekt erfasst oder wurde ein Modul/der Hilfebedarf nicht berücksichtigt?
- 2.** Wurden alle medizinischen Berichte berücksichtigt?
Wenn nicht, dann legen Sie alle relevanten Berichte, wie Entlassungsberichte des Krankenhauses, Arztbriefe und Therapieberichte für eine mögliche neue Begutachtung bereit oder fordern Sie diese schnellstmöglich an.
- 3.** Benötigen Sie Hilfe bei der Formulierung des Widerspruches oder verstehen das Gutachten nicht?
Wenden Sie sich an die Beratungs- und Infocenter Pflege (BIP) in Ihrer Stadt.
- 4.** Den Widerspruch können lediglich der Versicherte selbst, sein Bevollmächtigter, eine Pflegeperson (in häuslicher Pflege) sowie der gesetzlich bestellte Betreuer des Versicherten bei der Pflegekasse einreichen.
- 5.** Auf Nummer sicher gehen - Wenn Sie den Widerspruch mit der Post verschicken, dann verwenden Sie ein Einschreiben mit Rückschein oder geben Sie den Widerspruch persönlich in der Geschäftsstelle ab und lassen sich den Empfang quittieren.

Wertvolle Hinweise zur Prüfung des Gutachtens erhalten Sie auch durch die "Begutachtungsrichtlinien" des MDK, die Sie beim MDK kostenlos anfordern können.

Die *Richtlinien zum Verfahren der Feststellung von Pflegebedürftigkeit sowie zur pflegefachlichen Konkretisierung der Inhalte des Begutachtungsinstruments nach dem SGB XI (Begutachtungs-Richtlinien – BRi)* können Sie unter www.pflegebegutachtung.de herunterladen oder beim MDK Westfalen Lippe (Tel.: 0251 - 53 54 0) anfordern.

Vor Einlegung eines Widerspruches sollten Sie jedoch auch erst einmal selbstkritisch prüfen, ob die Voraussetzungen für einen Pflegegrad wirklich gegeben sind.

Sie können davon ausgehen, dass dies nicht der Fall ist, wenn der im Gutachten festgestellte Gesamtpunktwert weit unter 12,5 liegt und damit keine Pflegebedürftigkeit vorliegt.

Oder prüfen Sie, ob Ihre Einschätzung der Einzelpunkte und gewichteten Punkte es nur knapp zu einem anderen Ergebnis kommt. Wenn es um Einzelpunkte geht, die aber zu keinem anderen Ergebnis führen, ist es eventuell unnötig das Gutachten anzuzweifeln.

Vielleicht haben Sie aber auch gute Chancen durch ärztliche Bescheinigungen/Dokumente in manchen Bereichen höhere Einzelpunkte und damit auch einen höheren Punktwert zu erreichen.

Ihr gutes Recht!

Kommen Sie nach Abschluss all dieser Überlegungen zu dem Ergebnis, dass die Einschätzung des Medizinischen Dienstes stark von Ihren eigenen Aufzeichnungen abweicht und besteht der Eindruck, dass die Pflegebedürftigkeit falsch beurteilt worden ist, sollten Sie sich keinesfalls scheuen Widerspruch einzulegen. Das ist Ihr gutes Recht!

Wichtig ist, dass Sie Ihren Widerspruch so ausführlich wie möglich begründen, indem Sie sich konkret auf die Feststellungen des Gutachtens beziehen und erklären, warum diese Einschätzungen Ihrer Meinung nach nicht stimmen oder den Umfang der Pflege nicht realistisch wiedergeben.

Der zuständige Sachbearbeiter der Pflegekasse prüft nach Eingang der Widerspruchsbegründung die vorgetragene Argumente.

Wird im Rahmen eines Widerspruchsverfahrens nach Auffassung der Pflegekasse eine erneute Begutachtung erforderlich, erhält der MDK den Begutachtungsauftrag zusammen mit einer Kopie des Widerspruchsschreibens. Aufgrund dieser Unterlagen hat zunächst der Erstgutachter zu beurteilen, ob er aufgrund neuer Aspekte in seinem Gutachten zu einem anderen Ergebnis kommt. Revidiert der Erstgutachter seine Entscheidung nicht, ist das Zweitgutachten von einem anderen Gutachter zu erstellen.

Beachten Sie aber bitte, dass es oft nur dann zu einer Neubegutachtung kommt, wenn begründete Zweifel an der Richtigkeit des ersten Gutachtens bestehen, z.B. wenn das Erstgutachten in sich nicht stimmig ist.

Die zweite Begutachtung hat ebenfalls in häuslicher Umgebung zu erfolgen. Die Argumente zur Entscheidungsfindung müssen in dem erneuten Gutachten ebenso nachvollziehbar sein. Auf die neuerliche Begutachtung können Sie sich wiederum mit Hilfe eines Pflegetagebuches vorbereiten.

Auf der Basis der neuen gutachterlichen Stellungnahme ergeht ein Widerspruchsbescheid, der formal die gleichen Voraussetzungen erfüllen muss wie der ursprüngliche Bescheid. Er muss zum Beispiel **schriftlich** ergehen.

Sind Sie mit dem Widerspruchsbescheid wieder nicht einverstanden?

Auch gegen den Widerspruchsbescheid kann ein Rechtsmittel eingelegt werden, wenn Sie mit der Entscheidung der Pflegekasse nicht einverstanden sind.

Innerhalb der gesetzlichen Frist von einem Monat nach Zugang des Bescheides kann Klage vor dem zuständigen Sozialgericht erhoben werden. Für den Bereich des Kreises Recklinghausen ist das Sozialgericht in Gelsenkirchen, Ahstr. 22, 45879 Gelsenkirchen/Hamburg-Mannheimer-Gebäude zuständig.

Dies kann mündlich zu Protokoll bei der dortigen Geschäftsstelle oder schriftlich geschehen.

Zwischenzeitlich sind bei den Sozialgerichten des Landes NRW "Pflegekammern" eingerichtet worden, die ausschließlich Streitigkeiten im Rahmen des Pflegeversicherungsgesetzes bearbeiten.

Das Gericht veranlasst dann alles Weitere. Es ist zur Aufklärung des Sachverhaltes verpflichtet, kann aber von sich aus nicht alles wissen. Es ist deshalb auf die Mithilfe der Beteiligten angewiesen. Häufig wird nach Aktenlage entschieden.

Das Verfahren vor dem Sozialgericht einschließlich aller erforderlichen Gutachten ist grundsätzlich kostenlos. Ein Rechtsbeistand ist nicht vorgeschrieben.

Sie brauchen die Kosten des Gerichtsverfahrens und die der Gegenseite auch dann nicht zu tragen, wenn Sie im Verfahren unterliegen.

In diesem Fall sind allenfalls die Kosten des eigenen beauftragten Rechtsbeistands zu leisten.

Aber auch hier besteht die Möglichkeit, bei geringem Einkommen einen Antrag auf Prozesskostenhilfe zu stellen.

Allerdings kann das Gericht bei mutwilliger Prozessführung Kosten auferlegen.

Das Urteil wird Ihnen in ca. 3 – 6 Wochen nach Verkündung schriftlich zugestellt.

Pflegeleistungen auf einen Blick

Pflegegeld

= wenn eine **Pflegeperson** den Pflegebedürftigen **zu Hause** pflegt

Pflegegrad	monatlich in Euro
PG 1	-
PG 2	316
PG 3	545
PG 4	728
PG 5	901

Pflegesachleistungen

= wenn der **Pflegedienst** den Pflegebedürftigen **zu Hause** pflegt

Pflegegrad	monatlich in Euro
PG 1	-
PG 2	689
PG 3	1.298
PG 4	1.612
PG 5	1.995

Das Pflegegeld und die Pflegesachleistungen können auch kombiniert werden.

Dann werden die Leistungen anteilig ausbezahlt.

Pflegebedürftige der PG 2 – 5 können 40% der Leistungen auch für anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag verwenden, wenn in einem Monat keine Pflegesachleistungen in Anspruch genommen wurden.

Tages- und Nachtpflege

Pflegegrad	monatlich in Euro
PG 1	-
PG 2	689
PG 3	1.298
PG 4	1.612
PG 5	1.995

Die Leistungen der Tages- und Nachtpflege können neben dem Pflegegeld und den Pflegesachleistungen in vollem Umfang in Anspruch genommen werden.

Entlastungsbetrag

(alle Pflegegrade)

Pflegebedürftige in häuslicher Pflege haben Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125,- € monatlich.

Der Betrag ist zweckgebunden für bestimmte Leistungen. Der Entlastungsbetrag muss bei der Pflegekasse beantragt werden.

Für Inanspruchnahme folgender Leistungen:

- Tages- oder Nachtpflege
- Kurzzeitpflege
- Leistungen zugelassener Pflegedienste *soweit nicht Selbstversorgung in PG 2 - 5*
- anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag
- Verhinderungspflege

Verhinderungspflege

Leistungen bei Verhinderung der Pflegeperson (Pflegegrad 2 - 5)

- Pro Kalenderjahr für längstens **6 Wochen**
- Voraussetzung: Pflegebedürftige müssen bereits mindestens 6 Monate zu Hause gepflegt worden sein.
- Für die Ersatzpflege durch eine Pflegeperson können von der Pflegekasse bis zu **1.612,- €** gewährt werden, sofern die Ersatzpflegeperson nicht bis zum 2. Grade mit dem Pflegebedürftigen verwandt oder verschwägert ist oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft zusammenlebt.
- Für die Ersatzpflege durch Verwandte, bzw. in häuslicher Gemeinschaft mit dem Pflegebedürftigen Lebenden wird der 1,5 fache Satz des u. a. Pflegegeldes anerkannt. Zusätzliche notwendige Aufwendungen (Fahrtkosten etc.) werden ergänzend bis zu einer Höhe von 1.612 € übernommen.
- 50% der Leistungen für Kurzzeitpflege können für die Verhinderungspflege eingesetzt werden (zusätzlich bis zu 806,- €); der in Anspruch genommene Betrag wird dann bei den Leistungen der Kurzzeitpflege angerechnet.

Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

(alle Pflegegrade)

Bis zu **4.000,00 €** je Maßnahme (z.B. Badumbau), höchstens bis zu 16.000 € wenn mehrere Anspruchsberechtigte zusammen wohnen.

Kurzzeitpflege

(Pflegegrad 2 - 5)

Pro Kalenderjahr werden bis zu **8 Wochen** bis zu einem Betrag i.H.v. **1.612,- €** für Kosten einer notwendigen Ersatzpflege in stationären Einrichtungen geleistet.

Nicht verbrauchte Leistungen der Verhinderungspflege können auch für Leistungen der Kurzzeitpflege eingesetzt werden, Leistungsbetrag maximal 3224,-€.

Anspruch auf Pflegehilfsmittel

(alle Pflegegrade)

Pflegebedürftige haben Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die

- zur Erleichterung der Pflege oder
- zur Linderung der Beschwerden beitragen oder
- eine selbständige Lebensführung ermöglichen.

Pflegehilfsmittel werden formlos bei der Pflegekasse beantragt. Die Notwendigkeit wird durch Beteiligung des MDK geprüft.

Zuzahlungen zu Pflegehilfsmitteln

Pflegebedürftige, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben zu den Kosten der technischen Hilfsmittel eine Zuzahlung von 10%, höchstens jedoch 25,- € je Pflegehilfsmittel, zu leisten. Technische Hilfsmittel werden primär leihweise überlassen.

Zum Verbrauch bestimmter Hilfsmittel

(z. B. Betteinlagen, Händedesinfektion oder Einmalhandschuhe) werden monatlich bis zu **40,- €** (in allen Pflegegraden) übernommen.

Vollstationäre Pflege (Pflegeheim)

Für pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und Leistungen der medizinischen Behandlungspflege

Pflegegrad	monatlich in Euro
PG 1	125
PG 2	770
PG 3	1.262
PG 4	1.775
PG 5	2.005

Hinweis: Seit dem 01.01.2017 gibt es den einrichtungseinheitlichen Eigenanteil, dieser Betrag bleibt in den Pflegegraden 2 bis 5 innerhalb einer Einrichtung gleich. Hinzu kommen dann noch die Investitions-, Unterkunfts- und Verpflegungskosten der Einrichtung.

In vollstationären **Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen**, übernimmt die Pflegekasse 10% der Heimaufwendungen in den PG 2 bis 5.

Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen

(alle Pflegegrade)

Pflegebedürftige, die z.B. in einer Senioren- Wohngemeinschaften oder Pflege-Wohngemeinschaft wohnen, erhalten **214,- €** monatlich.

NEU: Übergangspflege

Personen, die **nicht pflegebedürftig** sind und gesetzlich krankenversichert sind, haben wegen schwerer Krankheit (z.B. nach einem Krankenhausaufenthalt, ambulanter OP) Anspruch auf

- häusliche Grundpflege
- hauswirtschaftliche Versorgung
- Kurzzeitpflege

Der Anspruch besteht für vier Wochen je Krankheitsfall und muss vom Krankenhaus oder vom Arzt verordnet werden.



Leistungen der Pflegeversicherung können Sie nur bekommen, wenn die Voraussetzungen für die Mitgliedschaft in der gesetzlichen wie privaten Pflegeversicherung vorliegt.

Die Pflegeversicherung ist keine Vollversicherung!

In vielen Fällen ist ein Teil selbst zu finanzieren, wobei unter bestimmten Voraussetzungen (geringes Einkommen/Vermögen) dieser Teil vom Sozialamt übernommen werden kann.

Beratungseinsätze bei häuslicher Pflege

Wenn Sie zuhause gepflegt werden und dafür Pflegegeld nach § 37 SGB XI bekommen muss der Pflegebedürftige regelmäßig so genannte Beratungseinsätze durch professionelle Pflegedienste in Anspruch nehmen.

Diese Beratungseinsätze dienen einerseits der Qualitätssicherung der häuslichen Pflege, andererseits bieten sie den Pflegenden eine Hilfestellung und praktische Unterstützung bei der Pflege, denn sie werden bei den Beratungseinsätzen von einer Pflegefachkraft umfassend beraten.

Diese Beratungseinsätze müssen

- bei Pflegegrad 2 und 3 einmal im Halbjahr
- bei Pflegegrad 4 und 5 einmal im Quartal

erfolgen. Auch wenn Sie Pflegesachleistungen erhalten, also wenn Sie ein professioneller Pflegedienst zuhause pflegt, können Sie diese Beratung einmal im Halbjahr in Anspruch nehmen.

Die Vergütung für die Beratungseinsätze wird von der zuständigen Pflegekasse getragen.

Die Pflegedienste müssen anschließend die Beratungssätze bei Ihrer Pflegekasse bestätigen. Wenn Sie damit einverstanden sind, werden auch die Ergebnisse mitgeteilt. Z.B. was an der Pflegesituation verbessert werden kann?

Achtung: Wenn Sie diese Beratung nicht in Anspruch nehmen, muss die Pflegekasse das Pflegegeld kürzen oder bei nochmaliger Nichtinanspruchnahme sogar entziehen.

Anspruch auf Pflegezeit

Angehörige von Pflegebedürftigen haben einen Anspruch auf Pflegezeit. Beschäftigte in Betrieben mit mindestens 15 Beschäftigten können sich für die Dauer von bis zu sechs Monaten von der Arbeit freistellen lassen. In dieser Zeit beziehen sie kein Gehalt, bleiben aber sozialversichert.

In dieser Pflegezeit wird die Beitragszahlung zur Rentenversicherung von der Pflegekasse übernommen, wenn die Pflegeperson mindestens 10 Stunden in der Woche an mindestens 2 Tagen verteilt pflegt, ein Pflegegrad 2 bis 5 vorliegt und die Pflegeperson nicht mehr als 30 Stunden in der Woche erwerbstätig ist.

Die Höhe des Rentenbeitrages ist abhängig vom Umfang der geleisteten Stunden und dem Pflegegrad, in welchem der Pflegebedürftige eingestuft ist.

Der Kranken- und Pflegeversicherungsschutz bleibt in der Regel während der Pflegezeit erhalten, da dort regelmäßig eine Familienversicherung besteht. Sollte keine Familienversicherung möglich sein, muss sich der pflegende Angehörige freiwillig in der Krankenversicherung weiterversichern und entrichtet dafür einen Mindestbeitrag. Die Krankversicherung führt automatisch auch zur Absicherung in der Pflegeversicherung ab. Auf Antrag erstattet die Pflegeversicherung den Beitrag für die Kranken- und Pflegeversicherung bis zur Höhe des Mindestbeitrages.

Der Versicherungsschutz in der Arbeitslosenversicherung bleibt erhalten. Die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung werden von der Pflegekasse übernommen.

Pflegezeitgesetz und Familienpflegezeitgesetz

Mit dem Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf werden die bestehenden Regelungen im Pflegezeitgesetz (PflegeZG) und Familienpflegezeitgesetz (FPfZG) weiterentwickelt. PflegeZG und FPfZG bleiben nebeneinander bestehen, aber miteinander verbunden. Die Gesamtdauer der verschiedenen Freistellungsansprüche nach beiden Gesetzen beträgt maximal 24 Monate.

Kurzfristige Freistellung von der Arbeit (§ 2 PflegeZG, §§ 44 aSGB XI)

Wird ein Angehöriger pflegebedürftig, muss schnell Hilfe organisiert werden. Neben dem Anspruch auf Pflegezeit haben Beschäftigte daher das Recht, unbezahlt *bis zu zehn Arbeitstage* der Arbeit fernzubleiben. Für diese Zeit ist eine Lohnersatzleistung – das Pflegeunterstützungsgeld (Lohnersatzleistung) – vorgesehen. Die Höhe des Pflegeunterstützungsgeldes richtet sich nach der gesetzlichen Neuregelung zur Berechnung des Kinderkrankengeldes.

Das Recht auf kurzfristige Freistellung von der Arbeit gilt gegenüber allen Arbeitgebern unabhängig von der Größe des Unternehmens und ohne Ankündigungsfrist.

Die Inanspruchnahme der kurzfristigen bis zu 10-tägigen Freistellung aufgrund einer akuten Pflegesituation ist pro Pflegebedürftigen **nur einmal** möglich.

Ganz oder teilweise Freistellung von der Arbeit bis zu sechs Monaten (§ 3 PflegeZG):

Beschäftigte haben einen Rechtsanspruch auf vollständige oder teilweise Freistellung von bis zu *sechs Monaten* für die häusliche Pflege und die Betreuung eines pflegebedürftigen oder eines pflegebedürftigen minderjährigen nahen Angehörigen. Ein Anspruch auf vollständige oder teilweise Freistellung von bis zu *drei Monaten* besteht für die Begleitung in der letzten Lebensphase.

Das Recht auf vollständige oder teilweise Freistellung von der Arbeit gilt nicht gegenüber Arbeitgebern mit in der Regel 15 oder weniger Beschäftigten und einer Ankündigungsfrist von zehn Tagen.

Teilweise Freistellung von der Arbeit bis zu 24 Monaten (§§ 2 und 3 FPfZG):

Beschäftigte haben einen Rechtsanspruch auf teilweise Freistellung von bis zu *24 Monaten* bei einer wöchentlichen Mindestarbeitszeit von 15 Stunden, wenn sie eine pflegebedürftige nahe Angehörige oder einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegen und für die Betreuung einer oder eines pflegebedürftigen minderjährigen nahen Angehörigen.

Die Regelung gilt nicht gegenüber Arbeitgebern mit in der Regel 25 oder weniger Beschäftigten, wobei zur Berufsbildung Beschäftigte nicht mitgezählt werden. Die Ankündigungsfrist beträgt acht Wochen.

Beschäftigte, die eine ganze oder teilweise Freistellung nach dem PflegeZG oder FPfZG in Anspruch nehmen, haben einen Rechtsanspruch auf Förderung durch ein *zinsloses* Darlehen des Bundesamtes für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA). Das Darlehen wird in monatlichen Raten ausgezahlt und deckt maximal die Hälfte des durch die Arbeitszeitreduzierung fehlenden Nettogehalts ab.

Dies gilt *nicht* für die kurzfristige Freistellung. Hier gibt es das Pflegeunterstützungsgeld von der Pflegekasse.

Für alle Rechtsansprüche nach dem PflegeZG und dem FPfZG gilt *Kündigungsschutz*. Außerdem wurde der Begriff „*der nahen Angehörigen*“ zeitgemäß erweitert. Zu diesen gehören künftig auch die Stiefeltern, lebenspartnerschaftsähnliche Gemeinschaften, Schwägerinnen und Schwäger.

Was fehlt?

Sie halten die erste Ausführung des neuen Ratgebers zur Pflegebedürftigkeit und Begutachtung in den Händen. Wir haben uns bemüht, Ihnen wertvolle und praxisnahe Hinweise rund um das Thema Begutachtung zu geben. Es bleibt jedoch nicht aus, dass bestimmte Punkte vielleicht nicht ganz Ihre Erwartungen erfüllt haben.

Was haben Sie vermisst?

Wir können diese Punkte nur verbessern, wenn Sie uns Ihre Meinung mitteilen. Für Anregungen und Verbesserungsvorschläge haben wir jederzeit ein offenes Ohr. Denn nur so können wir uns auf Ihre Bedürfnisse einstellen!

Ihre Vorschläge richten Sie bitte an:

Kreisverwaltung Recklinghausen
Fachdienst 57
Beratungs- und Infocenter Pflege (BIP)
Kurt-Schumacher-Allee 1
45657 Recklinghausen

Kontakt:

☎ (02361) 53-2639 oder -2026

E-Mail: bip@kreis-recklinghausen.de

Internet: www.kreis-recklinghausen.de

Quellennachweis

Zur Erstellung des vorliegenden Pfl egetagebuches wurden folgende Schriften herangezogen:

Richtlinien zum Verfahren der Feststellung von Pflegebedürftigkeit sowie zur pflegefachlichen Konkretisierung der Inhalte des Begutachtungsinstruments nach dem SGB XI (Begutachtungs-Richtlinien – BRi) vom 15.04.2016 - gültig ab 01.01.2017

Broschüre des MDS : Die Selbstständigkeit als Maß der Pflegebedürftigkeit

WALHALLA Fachverlag - Arbeitshilfe zum Beraterbrief Pflege

Noch Fragen?

Die Berater der Beratungs- und Infocenter Pflege (BIP) sind Ihnen gerne behilflich.
Und so sind wir zu erreichen:

BIP – 10 x im Kreis !

44575 Castrop-Rauxel
Europaplatz 1
Fax: 106-28 14
bip@castrop-rauxel.de

45711 Datteln
Genthiner Str. 8 (Rathaus)
0 23 63/107-392
Fax: 107-441
bip@datteln.de

46284 Dorsten
Bismarckstr. 1A
0 23 62/66-4420
0 23 62/66-42 99
Fax: 66-57 52
bip@dorsten.de

45964 Gladbeck
Friedrichstr. 7 (Fritz-Lange-Haus)
0 20 43/99-27 73
0 20 43/99-27 74
Fax: 99-15 05
bip@stadt-gladebeck.de

45721 Haltern am See
Dr. Conrads-Str. 1
0 23 64/933-231
Fax: 02364 /933-6-218
bip@haltern.de

45699 Herten
Kurt-Schumacher-Str. 2
0 23 66/303-586
0 23 66/303-270
Fax: 303-226
bip@herten.de

45768 Marl
Riegelhaus
Bergstr. 228 – 230
0 23 65/99-22 96
0 23 65/99-22 85
Fax: 99-24 66
bip@marl.de

45739 Oer- Erkenschwick
Rathausplatz 1
0 23 68/691-326
Fax: 691-328
bip@oer-erkenschwick.de

45657 Recklinghausen
Rathausplatz 3
0 23 61/50-21 34
0 23 61/50-21 24
Fax: 0 23 61/50-9-21 34
und 0 23 61/50-9-21 24
bip@recklinghausen.de

45731 Waltrop
Münsterstraße 1
0 23 09/930-334
Fax: 0 23 09/930-345
bip@waltrop.de