

Fragen und Antworten zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und zur Pflegebegutachtung

Warum ist der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff erforderlich?

Der Pflegebedürftigkeitsbegriff, der dem Begutachtungsverfahren bis Ende 2016 zugrunde lag, war vor allem auf körperliche Einschränkungen bezogen. Gerontopsychiatrische und psychische Beeinträchtigungen wurden dagegen nur eingeschränkt berücksichtigt. Deshalb bekamen Menschen mit demenziellen Erkrankungen vergleichsweise geringe Leistungen von der Pflegeversicherung. Das wurde mit der Pflegereform 2017 grundlegend geändert. Körperliche, kognitive und psychische Beeinträchtigungen werden nun gleichermaßen und umfassend berücksichtigt. Dadurch erhalten die Menschen, die bisher benachteiligt waren, einen besseren Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung.

Was ändert sich ab wann?

Mit dem Pflegestärkungsgesetz II wurde zum 1. Januar 2017 der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff in die Pflegeversicherung eingeführt. Dadurch hat sich das Begutachtungsverfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit grundlegend verändert – Maßstab ist der Grad der Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen. Bei der Begutachtung kommt es nicht mehr darauf an festzustellen, wie viele Minuten Hilfebedarf ein Mensch beim Waschen und Anziehen oder bei der Nahrungsaufnahme hat. Im Mittelpunkt steht jetzt die Frage, wie selbstständig der Mensch bei der Bewältigung seines Alltags ist – was kann er und was kann er nicht mehr? Dazu werden seine Fähigkeiten umfassend in allen Lebensbereichen begutachtet: Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Umgang mit krankheitsbedingten Anforderungen und Belastungen, Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte.

Was wird aus den bisherigen Pflegestufen?

Bis zum 31. Dezember 2016 galten die drei Pflegestufen in der Pflegeversicherung. Seit dem 1. Januar 2017 gibt es fünf Pflegegrade, was eine differenzierte Einschätzung des benötigten Pflegeaufwandes ermöglicht. Die bisherigen Pflegestufen wurden in die jeweiligen Pflegegrade übergeleitet.

Wonach wird beurteilt, ob ein Mensch pflegebedürftig ist?

Maßgeblich für das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit sind die gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten in den nachfolgenden sechs Bereichen:

1. Mobilität
(Wie selbstständig kann der Mensch sich fortbewegen und seine Körperhaltung ändern?)

2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
(Wie findet sich der Mensch in seinem Alltag örtlich und zeitlich zurecht? Kann er für sich selbst Entscheidungen treffen? Kann die Person Gespräche führen und Bedürfnisse mitteilen?)
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
(Wie häufig benötigt der Mensch Hilfe aufgrund von psychischen Problemen, wie etwa aggressives oder ängstliches Verhalten?)
4. Selbstversorgung
(Wie selbstständig kann sich der Mensch im Alltag selbst versorgen bei der Körperpflege, beim Essen und Trinken?)
5. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
(Welche Unterstützung benötigt der Mensch beim Umgang mit der Krankheit und bei Behandlungen? Zum Beispiel Medikamentengabe, Verbandswechsel, Dialyse, Beatmung)
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte
(Wie selbstständig kann der Mensch noch den Tagesablauf planen oder Kontakte pflegen?)

Aufgrund einer Gesamtbewertung aller Fähigkeiten und Beeinträchtigungen erfolgt die Zuordnung zu einem der fünf Pflegegrade.

Wie errechnet sich der jeweilige Pflegegrad?

Die Zuordnung zu einem Pflegegrad erfolgt anhand eines Punktesystems. Dazu werden in den sechs Bereichen Mobilität (1), kognitive und kommunikative Fähigkeiten (2), Verhaltensweisen und psychische Problemlagen (3), Selbstversorgung (4), Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen oder Belastungen (5), Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (6), die jeweils mehrere Einzelkriterien enthalten (zum Beispiel: Essen oder Trinken), für jedes erhobene Kriterium Punkte vergeben. Die Höhe der Punkte orientiert sich daran, wie sehr die Selbstständigkeit eingeschränkt ist oder die Fähigkeiten nicht mehr vorhanden sind. Grundsätzlich gilt: Je höher die Punktzahl, desto schwerwiegender die Beeinträchtigung.

Die innerhalb eines Bereiches für die verschiedenen Kriterien vergebenen Punkte werden zusammengezählt und gewichtet. Denn entsprechend ihrer Bedeutung für den Alltag fließen die Ergebnisse aus den einzelnen Bereichen unterschiedlich stark in die Berechnung des Pflegegrades ein. Beispielsweise der Bereich „Selbstversorgung“ mit 40 Prozent oder der Bereich „Mobilität“ mit 10 Prozent. Die Gewichtung bewirkt, dass die Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten von Personen mit körperlichen Defiziten einerseits und kognitiven oder psychischen Defiziten andererseits sachgerecht und angemessen bei der Berechnung des Gesamtpunktwertes berücksichtigt werden. Aus dem Gesamtpunktwert wird das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit bestimmt und der Pflegegrad abgeleitet.

Eine Besonderheit besteht darin, dass entweder der Bereich 2 (Kognitive und kommunikative Fähigkeiten) oder der Bereich 3 (Verhaltensweisen und psychische Problemlagen), in die

Berechnung des Gesamtpunktwertes eingeht. Gewertet wird der Bereich mit den höheren gewichteten Punkten.

Wann liegt Pflegebedürftigkeit vor?

Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn der Gesamtpunktwert mindestens 12,5 Punkte beträgt. Der Grad der Pflegebedürftigkeit bestimmt sich 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 oder der Fähigkeiten)
- Pflegegrad 3: 47,5 bis unter 70 Punkte
(schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten)
- Pflegegrad 4: 70 bis unter 90 Punkte
(schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten)
- Pflegegrad 5: 90 bis 100 Punkte
(schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung)

Pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monaten werden pauschal einen Pflegegrad höher eingestuft.

Pflegebedürftige, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen personellen Unterstützungsbedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, werden unabhängig vom Erreichen des Schwellenwertes von 90 Punkten dem Pflegegrad 5 zugeordnet. Diese sogenannte besondere Bedarfskonstellation liegt nur bei der Gebrauchsunfähigkeit beider Arme und beider Beine, also beim vollständigen Verlust der Greif-, Steh- und Gehfunktionen vor.

Wie erfolgte der Übergang vom alten auf das neue System?

Alle Personen, die bereits 2016 Leistungen aus der Pflegeversicherung bezogen, wurden durch ihre Pflegekasse automatisch von ihrer Pflegestufe in den jeweiligen Pflegegrad übergeleitet. Und zwar nach folgender Grundregel:

Versicherte mit körperlichen Einschränkungen wurden in den nächsthöheren Pflegegrad übergeleitet: Also von Pflegestufe I in Pflegegrad 2, von Pflegestufe II in Pflegegrad 3 und von Pflegestufe III in Pflegegrad 4.

Menschen mit einer Beeinträchtigung der Alltagskompetenz wurden in den übernächsten Pflegegrad übergeleitet: Also von Pflegestufe 0 in Pflegegrad 2, von Pflegestufe I in Pflegegrad 3, von Pflegestufe II in Pflegegrad 4 und von Pflegestufe III in Pflegegrad 5.

Müssen sich Pflegebedürftige neu begutachten lassen und einen neuen Antrag bei der Pflegekasse stellen?

Nein, niemand, bei dem eine Pflegestufe festgestellt wurde, muss einen neuen Antrag stellen oder sich noch einmal begutachten lassen. Die Überleitung von den bisherigen drei Pflegestufen in die fünf Pflegegrade erfolgte automatisch. Die Versicherten mussten dafür nichts tun. Dies gilt auch für Pflegebedürftige mit sogenannter Pflegestufe 0 – das heißt für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz. Die Pflegekassen haben im vergangenen Jahr jedem Pflegebedürftigen mitgeteilt, in welchen Pflegegrad er ab 2017 kommt.

Muss ich mit Nachteilen durch die Überleitung rechnen?

Nein, für die Überleitung gilt ein umfassender Bestandsschutz – niemand, der bereits 2016 eingestuft wurde, ist durch das neue System schlechter gestellt worden. Die allermeisten Versicherten erhalten seit dem 1. Januar sogar deutlich bessere Leistungen als bisher.

Wie hoch sind die Leistungen in den einzelnen Pflegegraden ab 1. Januar 2017?

Hauptleistungsbeträge in Euro

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Geldleistung ambulant	*	316	545	728	901
Sachleistung ambulant	*	689	1.298	1612	1.995
Entlastungsbetrag ambulant (zweckgebunden)	125	125	125	125	125
Leistungsbetrag vollstationär	125	770	1.262	1.775	2.005

*Pflegebedürftige in PG 1 erhalten u.a. Pflegeberatung, Beratung in eigener Häuslichkeit, Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, Zuschüsse zur Verbesserung des Wohnumfeldes.

Wer kann einen Antrag auf Pflegeleistungen stellen?

Einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung kann man selbst als betroffene Person oder als Bevollmächtigter bzw. gesetzlicher Betreuer eines Pflegebedürftigen stellen. Bei pflegebedürftigen Kindern und Jugendlichen kann der gesetzliche Vertreter den Antrag stellen.

Wo kann man den Antrag stellen?

Der Antrag muss bei der zuständigen Pflegekasse gestellt werden. Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse sind automatisch Mitglied der entsprechenden Pflegekasse. Jede Mitteilung an die zuständige Pflegekasse mit dem Wunsch nach einer geregelten Pflegeleistung wird als Antrag gewertet. Dieser kann auch telefonisch gestellt werden. Im Anschluss an das Telefonat sendet die Pflegekasse dem Antragsteller das Formular zu. Der Zeitpunkt des Antrags ist für den Leistungsbeginn entscheidend. Der Leistungsbescheid wird von der Pflegekasse erstellt.

Wie lange dauert es von der Antragstellung bis zum Bescheid?

In der Regel dauert dies bis zu 25 Arbeitstage. Da 2017 das Jahr der Umstellung ist, wurde diese Frist für nicht eilige Fälle bis Jahresende ausgesetzt, sodass die Bearbeitung länger dauern kann. Für dringliche Fälle gelten weiterhin gesetzliche Fristen – so gilt die 25-Arbeitstagefrist, wenn ein Erstantrag auf Heimpflege oder auf Pflege durch einen ambulanten Dienst gestellt wurde.

Wo findet die Begutachtung statt?

Für die Begutachtung kommt ein Gutachter des MDK (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung) zu dem pflegebedürftigen Menschen nach Hause, das kann auch ein Alten- oder Pflegeheim sein. Beim Hausbesuch stellt der Gutachter fest, wie selbstständig der Versicherte seinen Alltag gestalten kann und wobei Hilfe benötigt wird.

Wie erfolgt die Terminvereinbarung?

Der Termin für den Hausbesuch wird vom MDK rechtzeitig schriftlich und/ oder telefonisch mit dem Versicherten bzw. mit dem gesetzlichen Betreuer vereinbart.

Wie lange dauert eine Begutachtung und wie läuft diese ab?

Die MDK-Gutachter sind speziell ausgebildete Pflegefachkräfte oder Ärzte. Sie wollen einen Eindruck von der persönlichen Pflegesituation gewinnen. Daher sollte im Gespräch mit dem Gutachter geschildert werden, mit welchen Einschränkungen und Problemen der pflegebedürftige Mensch zurechtkommen muss und was genau im Alltag Schwierigkeiten macht. Daher sollte eine vertraute Person beim Hausbesuch des MDK anwesend sein, damit sich der Gutachter ein umfassendes Bild machen kann. Der Hausbesuch kann bis zu einer Stunde dauern.

Wer darf an der Begutachtung teilnehmen?

Wünschenswert ist, dass diejenigen teilnehmen, die pflegerische Leistungen bei dem Betroffenen erbringen – das können auch Angehörige oder Nachbarn sein. Sofern es einen gesetzlichen Betreuer gibt, so sollte auch dieser anwesend sein.

Was ist während der Begutachtung von Menschen mit Demenz zu beachten?

Beim Hausbesuch spricht der Gutachter zunächst die pflegebedürftige Person an und zwar auch dann, wenn die Unterhaltung aufgrund einer Demenzerkrankung beeinträchtigt ist. Die Informationen wird der Gutachter aber noch einmal mit den anwesenden Angehörigen besprechen.

Von wem erhält man den Bescheid über den Pflegegrad?

Der Gutachter des Medizinischen Dienstes fasst die Ergebnisse des Hausbesuchs in einem standardisierten Gutachten zusammen und sendet es an die Pflegekasse. Von dort erhält der Versicherte dann den Bescheid über den Pflegegrad und die Leistungen. Ist der Versicherte einverstanden, schickt die Pflegekasse auch das MDK-Gutachten mit.

Was ist, wenn der Versicherte mit der Entscheidung der Pflegekasse nicht einverstanden ist?

Wenn man Einwände gegen die Entscheidung der Pflegekasse hat, dann kann man innerhalb einer Frist von einem Monat nach Erhalt des Bescheids Widerspruch bei der Pflegekasse einlegen.

An wen kann man sich mit Beschwerden wenden?

Die MDK arbeiten im Auftrag der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherungen. Die MDK-Gutachten stellen eine Grundlage für die Entscheidung der Kassen dar, ob und in welcher Höhe Leistungen erbracht werden. Bei einer Begutachtung sind oft Angehörige, Betreuer oder Mitarbeiter von Pflegediensten beteiligt. Dabei kann nicht nur Unzufriedenheit mit dem Ergebnis aufkommen, sondern auch mit den Abläufen vor und während der Begutachtung durch den MDK. Bei Beschwerden sollte man sich an die Beschwerdestelle des jeweiligen MDK wenden. Dort wird jeder einzelnen Beschwerde sorgfältig nachgegangen.

Wonach beurteilt sich die Pflegebedürftigkeit von Kindern?

Die Feststellung von Pflegebedürftigkeit bei Kindern folgt grundsätzlich den gleichen Prinzipien wie bei Erwachsenen. Auch bei Kindern beurteilt sich die Pflegebedürftigkeit danach, wie selbstständig ein Kind ist und in welchem Umfang Fähigkeiten vorhanden sind. Der wesentliche Unterschied liegt darin, dass Erwachsene im Laufe ihres Lebens durch Krankheit und Behinderung Fähigkeiten und Selbstständigkeit verlieren, Kinder hingegen müssen Fähigkeiten und Selbstständigkeit erst schrittweise entwickeln.

Bei der Beurteilung von Pflegebedürftigkeit von Kindern werden die Selbstständigkeit bzw. die Fähigkeiten des pflegebedürftigen Kindes mit denen eines gesunden, gleichaltrigen Kindes verglichen. Dieser Beurteilungsgrundsatz gilt grundsätzlich für Kinder aller Altersgruppen.

Eine Ausnahme bilden pflegebedürftige Kinder im Alter von bis zu 18 Monaten. Kinder dieser Altersgruppe sind von Natur aus in allen Bereichen des Alltagslebens unselbstständig, so dass sie in der Regel keine oder nur niedrige Pflegegrade erreichen könnten. Um sicherzustellen, dass auch diese Kinder einen fachlich angemessenen Pflegegrad erlangen können, werden zur Beurteilung der Pflegebedürftigkeit die altersunabhängigen Bereiche 3 (Verhaltensweisen und psychische Problemlagen) und 5 (Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen) herangezogen. Außerdem ist die Frage zu beantworten, ob gravierende Probleme bei der Nahrungsaufnahme bestehen, die einen außergewöhnlichen pflegeintensiven Hilfebedarf im Bereich der Ernährung auslösen. Darüber hinaus sieht eine Sonderregelung vor, Kinder im Alter von bis zu 18 Monaten pauschal einen Pflegegrad höher einzustufen, als bei der Begutachtung festgestellt. In diesem Pflegegrad können sie ohne weitere Begutachtung bis zum 18. Lebensmonat verbleiben. Nach dem 18. Lebensmonat werden diese Kinder älteren Kindern und Erwachsenen in der Bewertung gleichgestellt.

Ab einem Alter von elf Jahren kann ein Kind in allen Bereichen, die in die Berechnung des Pflegegrads eingehen, selbstständig sein. Für Kinder in diesem Alter gelten dann dieselben pflegegradrelevanten Berechnungsvorschriften wie bei Erwachsenen.

Was hat sich beim Zugang zur medizinischen Rehabilitation geändert?

Der Vorrang von Prävention und Rehabilitation vor Pflege wurde bereits zum 1. Januar 2016 nochmals gestärkt. Bis dahin sprachen die Gutachter bei der Pflegebegutachtung Empfehlungen zur medizinischen Rehabilitation aus. Dies wurde um Empfehlungen zur Prävention erweitert. Das bedeutet für das Begutachtungsverfahren, dass die Gutachter eine Aussage darüber zu treffen haben, ob in der häuslichen Umgebung oder in der Einrichtung, in der der Pflegebedürftige lebt, präventive Maßnahmen empfohlen werden können. Sie müssen auch klären, ob Beratungsbedarf zu primärpräventiven Maßnahmen besteht. Primärpräventive Maßnahmen sind z.B. Gruppenangebote zur Sturzprävention oder zur Beseitigung von Mangel- oder Fehlernährung. Die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs erfolgt bei der Pflegebegutachtung in allen MDK auf der Grundlage eines bundeseinheitlichen, strukturierten Verfahrens, dem sogenannten optimierten Begutachtungsstandard.

Was hat sich bei der Beratung geändert?

Der Stellenwert der Pflegeberatung wurde ebenfalls zum Januar 2016 gestärkt. Damit werden Pflegebedürftige und ihre Angehörigen besser darin unterstützt, die Leistungen aus der Pflegeversicherung nach ihren Bedürfnissen und Wünschen zusammenzustellen. Hierfür bieten die Pflegekassen jedem, der einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung stellt, innerhalb von zwei Wochen eine Pflegeberatung an. Die Pflegekassen benennen feste Ansprechpartner für die Pflegeberatung vor Ort. Ebenfalls seit 2016 haben nicht nur die Pflegebedürftigen sondern auch die Angehörigen einen Anspruch auf Pflegeberatung durch die Pflegekassen und erhalten damit mehr Unterstützung wenn es um die Organisation der Pflege geht. Außerdem sollen die verschiedenen

Beratungsangebote, die es regional für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen gibt, besser aufeinander abgestimmt werden.