

DER WEG ZUM PFLEGEGRAD

VORAUSSETZUNGEN & LEISTUNGEN DER PFLEGEVERSICHERUNG



Wir helfen
hier und jetzt.



Arbeiter-Samariter-Bund
Ambulante Pflege GmbH

VORWORT

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

seit guten zwanzig Jahren leistet die Pflegeversicherung für pflegebedürftige Menschen und ihre Pflegebezugspersonen gute Unterstützungsleistungen. Pflege kann nur gemeinsam, solidarisch sinnvoll und für alle Beteiligten gesund erbracht werden.

Ein wesentlicher Kritikpunkt an der Pflegeversicherung war der eher enge, somatisch geprägte und auf Verrichtungen bezogene Pflegebedürftigkeitsbegriff. Zehn Jahre wurde an einer pflegewissenschaftlich tragbaren Alternative gearbeitet.

Zum 01.01.2017 wurde dieser neue Ansatz umgesetzt. Das ist mit sehr vielen Veränderungen und neuen Denkansätzen verbunden. Die Vielfalt der zu berücksichtigenden Bedarfe macht eine umfassende Beratung und Begleitung notwendig und sinnvoll. Wir begleiten Sie gerne auf dem Weg zu einem Pflegegrad.

Diese Broschüre zeigt Ihnen den Rahmen auf und beschreibt die Abläufe auf dem Weg zu einer Einstufung in einen Pflegegrad sowie die Leistungen der Pflegeversicherung zu Ihrer Unterstützung.

Unsere seit 1973 gewachsene Kultur der ambulanten Pflege und Unterstützung in Bremen hat uns viel Erfahrung und Kompetenz aufbauen lassen ... scheuen Sie sich nicht Kontakt zu uns auf zu nehmen.

„Wir sind für Sie da!“



**Ihr
Stefan Block
Geschäftsführer**

Leistungen:

Beratung und individuelle Pflegeanleitung
in allen Pflege- und Hilfefragen

Spezielle Behandlungspflege
(z.B. PEG, Tracheostoma, Wundversorgung, etc.)

Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung
inkl. Beratungsbesuche

Pflegerische Betreuungsmaßnahmen

Entlastungsleistungen für pflegende Angehörige

Hilfen bei der Haushaltsführung

Nachtpflege

Seniorenberatung / Seniorengruppen

Hilfsmittelberatung

Das häusliche Unterstützungssystem

Pflegebedürftigkeit entsteht meistens nicht plötzlich. Oftmals verändert sich der Allgemeinzustand eines Menschen schleichend. Die Angehörigen nehmen der betroffenen Person zunächst Tätigkeiten des täglichen Lebens ab. Sie unterstützen sie beim Einkaufen oder bei der Garten- und Hausarbeit. In einer späteren Phase kommen beispielsweise kleine Hilfestellungen beim Aufstehen, Haare waschen, Rasieren oder bei der Medikamenteneinnahme hinzu.

Somit entsteht ein häusliches Unterstützungssystem, das oft unbemerkt von Monat zu Monat weiter wächst.

Ehe die Angehörigen oder betroffenen Personen selbst richtig bemerken, dass eine Pflegebedürftigkeit vorliegt, haben sie schon ein Netzwerk an Hilfen aufgebaut.

Antrag auf einen Pflegegrad

Bevor Versicherte Leistungen von der Pflegeversicherung beziehen können, muss die Pflegekasse überprüfen, ob überhaupt ein Anspruch darauf besteht (§ 33 SGB XI; Leistungsvoraussetzungen). Voraussetzung dafür ist, dass die betroffene Person oder deren Angehörige bei der Pflegekasse des bzw. der Pflegebedürftigen einen Antrag auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit stellen. Dazu genügt ein formloser Antrag. Ein vorgefertigtes Antragsformular kann jedoch auch bei der Pflegekasse angefordert werden.

Die Pflegekasse beauftragt dann den Medizinischen (MDS) oder einen anderen unabhängigen Gutachter bzw. eine andere unabhängige Gutachterin um zu prüfen, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind.

Der Besuchstermin durch den MD wird entweder schriftlich oder telefonisch mitgeteilt.

Spätestens 25 Arbeitstage nach Eingang des Antrags bei der Pflegekasse muss die Pflegeversicherung ihre Entscheidung schriftlich mitgeteilt haben.

Geschieht dies nicht, besteht gegebenenfalls Anspruch auf eine „Entschädigung“ von 70 Euro pro begonnener Woche Verzögerung seitens der Pflegekasse (§18 Absatz 3b SGB XI).

Was ist Pflegebedürftigkeit und wie wird diese festgestellt?

Pflegebedürftigkeit und die damit verbundene Aufteilung in Pflegegrade sind im Pflegeversicherungsgesetz genau definiert.

Pflegebedürftig sind demnach Personen, „(...) die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate (...) bestehen“ (§14 Abs.1 SGB XI).

Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sind sechs Bereiche, die im Gesetz festgelegt sind.

Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad; §15 Abs.1 SGBXI).

Die Schwere der Beeinträchtigung der Selbständigkeit wird im Rahmen einer Begutachtung durch den Medizinischen Dienst ermittelt.

Die Begutachtung zur Einstufung in einen Pflegegrad

Die Begutachtung durch die Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes (MD) bzw. durch andere unabhängige Gutachter*innen erfolgt nach schriftlicher oder telefonischer Terminbekanntgabe in der Regel bei der antragstellenden Person zuhause. Hierbei achten die Gutachtenden besonders darauf, welche Kompetenzen bei der Antragstellerin bzw. dem Antragssteller noch gut erhalten sind und welche Dinge die pflegebedürftige Person nicht mehr so gut kann. Diese Einschätzung erfolgt mit Hilfe eines pflegfachlich begründeten Begutachtungsinstruments. Folgende sechs Bereiche (sogenannte Module) werden für die Einschätzung der Pflegebedürftigkeit erhoben und mit Punkten bewertet:

- ✚ Mobilität (Modul 1),
- ✚ Kognitive und kommunikative Fähigkeiten (Modul 2),
- ✚ Verhaltensweisen und psychische Problemlagen (Modul 3),
- ✚ Selbstversorgung (Modul 4),
- ✚ Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen (Modul 5),
- ✚ Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (Modul 6).



Foto: ASB / F. Zanettini

Grundsätzlich ist hierbei nicht entscheidend ob zum Zeitpunkt der Begutachtung schon personelle Hilfe z.B. durch den Partner bzw. die Partnerin oder andere Angehörige und Zugehörige in Anspruch genommen wird, sondern ob diese Hilfe erforderlich ist.

Wichtig für die Begutachtung ist es, auf die gestellten Fragen ehrlich zu antworten und sich auch Schwächen einzugehen. Nur so kann die gutachtende Person den Grad der Selbständigkeit korrekt einschätzen und es kann eine Einstufung in den richtigen Pflegegrad stattfinden.

Hilfreich ist es auch, wenn bei der Begutachtung eine nahestehende Person sowie bei Wunsch auch ein Mitarbeiter bzw. eine Mitarbeiterin des ggf. betreuenden Pflegedienstes anwesend ist, um die antragstellende Person zu unterstützen und ggf. bei der Beantwortung der Fragen behilflich zu sein. Außerdem ist es günstig, wenn folgende Unterlagen am Begutachtungstermin vorliegen:

- Name, Geburtstag und Adresse aller pflegenden Angehörigen mit Angabe der Pfl egetage und Pflegestunden pro Woche,
- Rezepte über Medikamente, Hilfsmittel etc.,
- Verordnungen über häusliche Krankenpflege, Logotherapie, Ergotherapie, Physiotherapie, Podologie etc. (es sollte nachvollziehbar sein, dass diese Maßnahmen voraussichtlich für mindestens 6 Monate notwendig sind),
- ärztliche Anordnung von Einreibungen, Anwendungen oder Bewegungsübungen etc., die regelmäßig durch die Pflegeperson / Angehörigen durchgeführt werden (auch hier sollte nachvollziehbar sein, dass diese Maßnahmen voraussicht-

lich für mindestens 6 Monate notwendig sind),

- Arztberichte, Bescheinigungen, Entlassungsberichte aus dem Krankenhaus / der Reha,
- ggf. Vertrag mit dem Pflegedienst und die Pflegedokumentation,
- Liste der behandelnden Ärzt*innen und Therapeut*innen (Wer behandelt wie oft? Hausbesuche oder wird die Praxis / Einrichtung aufgesucht?),
- Liste der Vorerkrankungen.

Die Module im Einzelnen

Bei der Bewertung der Selbständigkeit wird in den Modulen 1, 4 und 6 zwischen *selbständig* | *überwiegend selbständig* | *überwiegend unselbständig* | *unselbständig* unterschieden.

Selbstständig ist eine Person dann, wenn sie eine Handlung oder Aktivität alleine – also ohne Unterstützung einer anderen Person – ausführen kann. Dabei ist es unerheblich, ob sie dafür ein Hilfsmittel benötigt (beispielsweise: mit dem Rollator fortbewegen). Nur wenn sie Unterstützung bei der Nutzung des Hilfsmittels benötigt gilt dies als *überwiegend selbständig* (bspw.: der Rollator muss bereitgestellt werden und kann nicht selbständig genommen werden).

In einzelnen Modulen wird nicht die Selbstständigkeit erfasst. So wird zum Beispiel im Modul 2 bewertet, ob und in welchem Ausmaß eine Fähigkeit vorhanden ist; In den Modulen 3 und 5 wird festgehalten, wie häufig eine Verhaltensweise vorkommt bzw. eine Maßnahme notwendig ist.

Wie im Folgenden zu sehen ist, wird dem Grad der Selbständigkeit bzw. dem Vorhandensein von Fähigkeiten jeweils ein Punktwert zugeordnet, welcher dann pro Modul zusammengerechnet wird.

Modul 1: Mobilität

Bei der Einschätzung in diesem Modul werden zentrale Aspekte der Mobilität einer Person beurteilt. Dabei wird die Mobilität im Wohnbereich des Antragstellers/ der Antragsstellerin – also in der eigenen Wohnung oder dem Heim bewertet.

Die Einschätzung richtet sich ausschließlich danach, ob die Person die bewerteten Kriterien aufgrund ihrer motorischen Fähigkeiten ohne personelle Unterstützung durchführen kann. Es werden also die Körperkraft, Balance oder auch Bewegungskoordination berücksichtigt. Eine Einschränkung der Fähigkeiten aufgrund kognitiver Beeinträchtigungen wird in diesem Modul nicht angerechnet. Dies erfolgt im Modul 2 „kognitive und kommunikative Möglichkeiten“.



	Kriterien	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
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 des Wohnbereichs	0	1	2	3
1.5	Treppensteigen	0	1	2	3
1.6	besondere Bedarfskonstellation*	O ja	O nein		

* kann eine pflegebedürftige Person weder die Arme noch die Beine einsetzen, dann wird sie automatisch in den höchsten Pflegegrad eingestuft, auch wenn die Punktzahl nicht dem höchsten Pflegegrad entspricht. Dies gilt jedoch nur beim vollständigen Verlust der Greif-, Steh- und Gehfunktion, die nicht durch Einsatz von Hilfsmitteln kompensiert werden kann.

Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

In diesem Modul werden die vorhandenen geistigen und kommunikativen Funktionen und Fähigkeiten einer Person anhand der festgelegten Kriterien in einer vierstufigen Skala eingeschätzt. Beurteilt werden hier die Fähigkeiten in den Bereichen Erkennen, Entscheiden, Steuern etc. (Kognition) und Hör-, Sprech- und Sprachfähigkeiten (Kommunikation).



Foto: ASB / B. Bechtloff

	Kriterien	Fähigkeit			
		vorhanden / unbeeinträchtigt	größtenteils vorhanden	in geringem Maße vorhanden	nicht vorhanden
2.1	Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld	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 Alltagsleben	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 Aufforderungen	0	1	2	3
2.11	Beteiligen an einem Gespräch	0	1	2	3

Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Im Mittelpunkt dieses Moduls steht die Frage danach, inwieweit eine Person bestimmte immer wieder auftretende Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, die eine Folge von Gesundheitsproblemen sind, selbständig steuern kann.

So wird hier erhoben, in welchen Bereichen der Antragssteller bzw. die Antragstellerin wie häufig personelle Unterstützung benötigt.



Foto: Fotolia © bilderstoeckchen

	Kriterien	Wie oft muss eingegriffen oder unterstützt werden?			
		nie oder selten	selten (1-3x innerhalb von 2 Wochen)	häufig (zwei bis mehrmals in der Woche, aber nicht täglich)	täglich
3.1	motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten	0	1	3	5
3.2	nächtliche Unruhe	0	1	3	5
3.3	selbstbeschädigendes 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 Verhaltensweise	0	1	3	5
3.13	sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen	0	1	3	5

Modul 4: Selbstversorgung

Das Modul Selbstversorgung umfasst die Verrichtungsbereiche Waschen, das An- und Auskleiden, die Ernährung (z. B. Trinken) und das Ausscheiden. Dabei wird der Grad der Selbständigkeit in den unten genannten Kriterien eingeschätzt. Hierbei ist der Grund für die Einschränkung der Selbständigkeit – also ob es eine körperlicher oder geistige Einschränkung gibt - irrelevant.



	Kriterien	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
4.1	Waschen des vorderen 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 und Umgang mit Stoma	0	1	2	3

Zusätzlich zu den oben genannten Kriterien wird außerdem erhoben ob, und in welchem Anteil eine künstliche Ernährung über Sonde oder parenteral (in der Regel über einen Venenzugang) erfolgt und ob dies selbständig durchgeführt werden kann:

	Kriterien	keine, nicht täglich, nicht auf Dauer	täglich zusätzlich zur oralen Ernährung	ausschließlich oder nahezu ausschließlich
4.13	Ernährung parenteral oder über Sonde	0	6	3



Modul 5: Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

In diesem Modul wird der Unterstützungsbedarf im Bereich der Durchführung therapeutischer Maßnahmen erhoben.

Voraussetzung für die Berücksichtigung von Therapien und anderen krankheitsbedingten Anforderungen ist es, dass diese Maßnahmen für voraussichtlich mindestens 6 Monate erforderlich sind und durch einen Arzt bzw. eine Ärztin angeordnet wurden. Das gilt auch für nicht verschreibungspflichtige Medikamente sowie äußerliche Anwendungen oder Übungsbehandlungen, die durch die Pflegeperson regelmäßig nach Rücksprache und Anordnung durch den Arzt bzw. eine Ärztin erbracht werden. In das Gesamtergebnis dieses Moduls gehen die einzelnen Maßnahmen je nach Komplexität und Aufwand unterschiedlich gewichtet ein.

Foto: Bobo



Foto: ASB / A. Franke



	Kriterien	Anzahl der Maßnahme (Häufigkeit)			
		entfällt oder selbständig	pro Tag	pro Woche	pro Monat
5.1	Medikation	0			
5.2	Injektionen	0			
5.3	Versorgung intravenöser Zugänge (z.B. Port)	0			
5.4	Absaugen & Sauerstoffgabe	0			
5.5	Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen	0			
5.6	Messung & Deutung von Körperzuständen	0			
5.7	körpernahe Hilfsmittel	0			
5.8	Verbandswechsel & Wundversorgung	0			
5.9	Versorgung mit Stoma	0			
5.10	regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden	0			
5.11	Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung	0			
5.12	zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung (z.B. Beatmung)	0			
5.13	Arztbesuche	0			
5.14	Besuch anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen bis zu 3 Stunden; inkl. Fahrzeit (z.B. Besuch von Physio-/ Ergotherapiepraxis, ambulante Therapie in Kliniken etc.; in Begleitung)	0			
5.15	zeitlich ausgedehnte Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen länger als 3 Stunden; inkl. Fahrzeit (z.B. Dialyse; in Begleitung)	0			
	Kriterien	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
5.16	Einhaltung einer Diät* und anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften	0	1	2	3

* (z.B. Diät oder Langzeit-Sauerstoff-Therapie; Es geht nicht um die Fähigkeit, die notwendigen Handlungen durchzuführen, sondern um die vorhandene Einsichtsfähigkeit für diese Maßnahme)

Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

In diesem Modul wird eingeschätzt, wie selbständig die pflegebedürftige Person individuell und bewusst ihren Tagesablauf gestalten kann. Außerdem wird bewertet, wie selbständig sie in der Lage ist, mit Menschen in ihrem unmittelbaren Umfeld Kontakt aufzunehmen.



	Kriterien	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
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 gerichteten 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

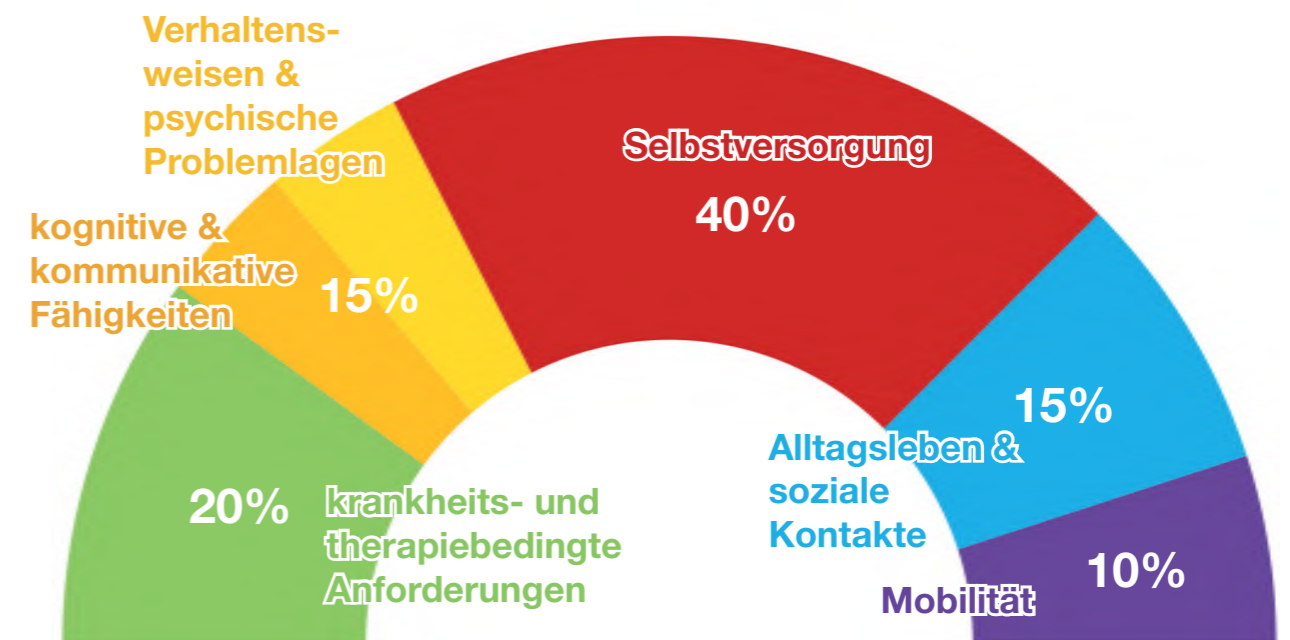
Zusätzlich zu den beschriebenen Kriterien in den sechs Modulen wird der Grad der Selbständigkeit in den Bereichen *Außerhäusliche Aktivitäten* und *Haushaltsführung* ermittelt.

Diese Bereiche fließen jedoch nicht in die Bewertung für einen Pflegegrad ein. Sie dienen jedoch als zusätzliche Grundlage für die weitere Information und Beratung durch den bzw. die Gutachter*in.

Woraus ergibt sich der Pflegegrad?

Bei der Beurteilung der einzelnen Kriterien ist der Gutachter bzw. die Gutachterin an genau festgelegte Vorgaben gebunden. Anhand dieser bewertet er bzw. sie die einzelnen Kriterien der Module und errechnet daraus dann die entsprechende Punktzahl des jeweiligen Moduls (Gesamtwert).

Da die Selbständigkeit in einzelnen Modulen für die Bewältigung des Alltags unterschiedlich wichtig ist, werden die einzelnen Module unterschiedlich gewichtet. Das bedeutet, dass die Gesamtwerte der einzelnen Punkte in folgendes Verhältnis zueinander gesetzt werden:



Aus dieser Gewichtung errechnet sich dann der sogenannte „gewichtete Punktwert“, wobei von den Modulen 2 und 3 nur das Modul mit der höheren Punktzahl (also der größeren Beeinträchtigung) mit 15% gewertet wird.

Zum besseren Verständnis hier ein Beispiel aus dem Modul Mobilität¹:

Wenn zum Beispiel die Summe der Einzelpunkte im Modul Mobilität zwischen 10 und 15 Punkten liegt, dann bedeutet das, dass die Person in allen Kriterien unselbständig bzw. nahezu unselbständig ist. Daher erhält die Person einen gewichteten Punktwert von 10.

Beträgt dagegen die Summe 6, 7, 8 oder 9 Punkte, so entspricht das einem gewichteten Punktwert von 7,5. Bei einer Summe von 4 oder 5 Punkten werden 5 gewichtete Punkte vergeben.

Bei einer Summe von 2 oder 3 beträgt der gewichtete Punktwert 2,5 Punkte. Bei einer Summe von 0 oder 1, das heißt, die Selbständigkeit in der Mobilität ist gar nicht oder nur unwesentlich beeinträchtigt, beträgt der gewichtete Punktwert 0 Punkte. Die Abstufung dieser Grenzen ist pflegfachlich begründet. Ähnliche Unterstützungsbedarfe sind jeweils in einer Gruppe zusammengefasst.

¹ MDS 2016; S. 12

Um den Pflegegrad zu ermitteln werden abschließend die gewichteten Punktwerte summiert und ergeben dann den Gesamtpunktwert, der den Pflegegrad festlegt:

Punkte	0 - unter 12,5	12,5 - unter 27	27 - unter 47,5	47,5 - unter 70	70 - unter 90	90 - 100
Beschreibung	Kein Pflegegrad	Geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	Erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	Schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	Schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	Schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung
		Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5

Die Begutachtungsrichtlinie für die Einstufung in einen Pflegegrad erhalten Sie über den Medizinischen Dienst Bund unter:
www.medizinischerdienst.de → Versicherte → Pflegebegutachtung → weitere Informationen

Die Begutachtung in der Praxis – zwei Fallbeispiele²

Ingrid Müller, 72 Jahre

Frau Müller ist verwitwet. Sie lebt seit zwei Jahren alleine in ihrer Wohnung. Im Haus wohnen seit einigen Jahren ihre beiden Kinder zu denen sie einen guten Kontakt pflegt. Der Allgemein- und Kräftezustand von Frau Müller ist altersentsprechend gut. Sie ist freundlich und zugewandt.

Allmählich macht sich eine beginnende Demenz bemerkbar. Sie versteht jedoch einfache Aussagen und Fragen. Sie leidet zudem unter zunehmender Harninkontinenz und benötigt aufsaugende Hilfsmittel. Darüber hinaus leidet sie unter chronischer Venenschwäche und benötigt drei Mal täglich Medikamente.

Wir helfen hier und jetzt.

² MDS 2016; S.18ff.

Da Frau Müller Hilfe beim Waschen und Anziehen benötigt – vor allem das Anziehen der Kompressionsstrümpfe fällt ihr sehr schwer – kommt morgens und abends der Pflegedienst. Weitere Unterstützung erhält Frau Müller von ihrer Tochter: Sie versorgt sie mit den Mahlzeiten, hilft ihr im Haushalt und achtet darauf, dass sie mittags ihre Medikamente nimmt. Zwei Mal im Monat begleitet sie ihre Mutter zum Arzt.

Nachdem die Tochter Leistungen aus der Pflegeversicherung beantragt hat, kommt ein Gutachter des MDK zur Begutachtung von Frau Müller. Die Tochter nimmt an der Begutachtung teil und schildert, bei welchen Dingen des Alltags ihre Mutter Hilfe benötigt und welche sie noch selbst erledigen kann.

Frau Müller ist nicht in ihrer Motorik eingeschränkt. Sie kann gehen und Treppen steigen. Dabei hält sie sich am Geländer selbstständig fest. Ihre Feinmotorik ist intakt.

Im Modul Mobilität stellt der Gutachter daher keine Einschränkung fest.

Im Gespräch erfährt der Gutachter, dass Frau Müller sehr vergesslich ist. Die Tochter schildert, dass ihre Mutter etwa zwei Mal in der Woche nachts unruhig ist und den Tag- und Nachtrhythmus durcheinanderbringt. Frau Müller geht dann in der Wohnung umher und sucht ihren verstorbenen Mann. Ihre Tochter muss sie dann beruhigen.

Im Anschluss bewertet der Gutachter, wie selbstständig Frau Müller in der Selbstversorgung, also zum Beispiel beim Waschen und beim Toilettengang ist. Zudem wird festgestellt, wie selbstständig Frau Müller beim Essen und Trinken ist. Frau Müller kann die Körperpflege zwar überwiegend selbstständig ausführen, aber sie muss dazu aufgefordert werden. Ab und zu muss die Tochter

auch mithelfen. Probleme bereitet auch die Harninkontinenz. Frau Müller benötigt zudem Unterstützung bei der Gabe von Medikamenten und bei Arztbesuchen. Frau Müller kann sich in der eigenen Wohnung gut orientieren, außerhalb fällt ihr dies jedoch schwer. In neuen Situationen findet sie sich nicht zurecht. Vertraute Personen erkennt sie jedoch.

Gesamtbewertung

Frau Müller hat keine Beeinträchtigungen in der Mobilität und erhält deshalb in Modul 1 keine Punkte.

Im Modul 2, in dem es um die Einschätzung der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten geht, erhält sie 11 Einzelpunkte; dies entspricht einem gewichteten Punktwert von 11,25 Punkten.

Modul 3 Verhaltensweisen und psychische Problemlagen ergibt wegen der nächtlichen Unruhe 3 Einzelpunkte; dies entspricht einem gewichteten Punktwert von 7,5. Damit fließt Modul 2 mit dem höchsten gewichteten Punktwert in die Bewertung ein.

Im Modul 4 Selbstversorgung erhält Frau Müller in der Summe 15 Einzelpunkte; das entspricht einem gewichteten Punktwert von 20 Punkten.

In Modul 5 besteht bei Frau Müller Hilfebedarf bei der Medikamentengabe, dem An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen und den Arztbesuchen. Daraus ergeben sich gewichtet 10 Punkte.

Modul 6 Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte ergibt bei den Kriterien überwiegend selbstständig. Daraus entstehen 6 Einzelpunkte (gewichtet 7,5 Punkte).

Frau Müller erhält mit einem Gesamtwert von 48,75 gewichteten Punkten den Pflegegrad 3.

Begutachtungsergebnisse Frau Müller

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

Ergebnis der Begutachtung

Modulwertungen		Gewichtete Punkte
1	Mobilität	0
2	Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	11,25
3	Verhaltensweise und psychische Problemlagen	7,5
4	Selbstversorgung	20
5	Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen	10
6	Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	7,5
Summe der gewichteten Punkte		48,75

Besondere Bedarfskonstellation 1.6

Ja Nein

Pflegegrad

< 12,5 Pkt.	12,5 - <27 Pkt.	27 - <47,5 Pkt.	47,5 - <70 Pkt.	70 - <90 Pkt.	90-100 Pkt.*
<input type="checkbox"/> Kein Pflegegrad	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 1	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 2	<input checked="" type="checkbox"/> Pflegegrad 3	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 4	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 5

* oder Vorliegen der besonderen Bedarfskonstellation

Otto Krämer, 75 Jahre

Herr Krämer leidet seit vielen Jahren an Bluthochdruck. Vor einigen Monaten hat er einen Schlaganfall erlitten. Nach der Akutbehandlung im Krankenhaus hat er an einer Anschlussrehabilitation teilgenommen – vor zwei Wochen wurde er entlassen. Herr Krämer ist halbseitig gelähmt. Weitere Therapien sind geplant. Mit seiner Ehefrau wohnt er in einer Etagenwohnung im ersten Stock.

Elisabeth Krämer ist sehr rüstig. Sie kann ihren Mann bei allen notwendigen Hilfestellungen unterstützen und übernimmt die hauswirtschaftliche Versorgung.

Bei der Begutachtung erzählt Herr Krämer dem Gutachter seine Krankheitsgeschichte. Er kennt seinen Medikamentenplan. Aber er kann die Tabletten nicht aus den Blisterverpackungen drücken. Daher richtet seine Frau ihm die Medikamente jeden Tag her. Herr Krämer ist deutlich gehbehindert. Er hat wenig Kraft im rechten Bein, kann den Fuß kaum heben. Auch in der rechten Hand ist er schwach, seine Feinmotorik ist dort gestört. Ab und zu hat er Schwierigkeiten, das richtige Wort zu finden, kognitiv hat er aber keine Einschränkungen. Der Gutachter stellt keine Beeinträchtigung der Selbstständigkeit bei Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen fest.

Anschließend bewertet der Gutachter, wie selbstständig Herr Krämer bei der Selbstversorgung ist. Da Herr Krämer nicht frei stehen kann, benötigt er zum Teil Unterstützung beim Waschen und Duschen sowie beim Anziehen.

Da er Probleme mit der rechten Hand hat, hilft seine Frau ihm beim Zähneputzen und beim Rasieren. Sie knöpft sein Hemd zu und hilft beim Reißverschluss und den Schnürsenkeln. Das Essen schneidet sie ihm in mundgerechte Stücke.

Beim Richten der Medikamente benötigt Herr Krämer ebenfalls die Hilfe seiner Frau. Aufgrund seiner Halbseitenlähmung ist sie ihm auch beim Zubettgehen behilflich.

Gesamtbewertung

Herr Krämer braucht Hilfe beim Aufstehen und muss sich beim Stehen festhalten. Beim Gehen benötigt er einen Stock. Beim Treppensteigen braucht Herr Krämer Begleitung.

Im Modul 1 Mobilität erhält Herr Krämer 3 Einzelpunkte; das entspricht 2,5 gewichteten Punkten.

Im Modul 2 Kognitive und kommunikative Fähigkeiten und 3 Verhaltensweise und psychische Problemlage ist Herr Krämer nicht beeinträchtigt und erhält daher 0 Punkte.

Da er im Modul 4 Selbstversorgung bei einigen Tätigkeiten die Hilfe seiner Frau benötigt, weil er in seiner Mobilität beeinträchtigt ist, stellt der Gutachter 10 Einzelpunkte und 20 gewichtete Punkte fest.

Es kommen 5 gewichtete Punkte aus Modul 5 für das Richten der Medikamente und 3,75 gewichtete Punkte aus Modul 6 für die Unterstützung beim Ruhen und Schlafen hinzu.

Im Ergebnis stellt der Gutachter insgesamt 31,25 gewichtete Punkte fest. Herr Krämer erhält daher eine Empfehlung für Pflegegrad 2.

Begutachtungsergebnisse Otto Krämer

Bewertete Module		Punktwert	Zuordnung der Punkte Beeinträchtigung der Selbstständigkeit / Fähigkeit					
			0	1	2	3	4	
Modul 1	Mobilität	3	Einzelpunkte im Modul	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	0	Einzelpunkte im Modul	0-1	2-5	6-10	11-16	17-33
Modul 3	Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	0	Einzelpunkte im Modul	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	10 <small>Mit Sondenernährung</small>	Einzelpunkte im Modul	0-2	3-7	8-18	19-36	37-54
			Gewichtete Punkte	0	10	20	30	40
Modul 5	Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	1	Einzelpunkte im Modul	0	1	2-3	4-5	6-15
Modul 6	Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	1	Einzelpunkte im Modul	0	1-3	4-6	7-11	12-18
			Gewichtete Punkte	0	3,75	7,5	11,25	15

Ergebnis der Begutachtung

Modulwertungen	Gewichtete Punkte
1 Mobilität	2,5
2 Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	0
3 Verhaltensweise und psychische Problemlagen	0
4 Selbstversorgung	20
5 Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen	5
6 Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	3,75
Summe der gewichteten Punkte	31,25

Besondere Bedarfskonstellation 1.6

Ja Nein

Pflegegrad

< 12,5 Pkt.	12,5 - <27 Pkt.	27 - <47,5 Pkt.	47,5 - <70 Pkt.	70 - <90 Pkt.	90-100 Pkt.*
<input type="checkbox"/> Kein Pflegegrad	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 1	<input checked="" type="checkbox"/> Pflegegrad 2	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 3	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 4	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 5

* oder Vorliegen der besonderen Bedarfskonstellation

Widerspruch

Wird der beantragte Pflegegrad abgelehnt oder fällt die Einstufung zu niedrig aus, haben Betroffene das Recht, innerhalb von vier Wochen nach Eingang des Bescheides Widerspruch einzulegen. Dazu genügt zunächst ein formloses Schreiben an die Pflegekasse. Dabei sollte darauf hingewiesen werden, dass eine ausführliche Begründung des Widerspruchs nachgereicht wird.

Sollte der Widerspruch auch nach dem Zweitgutachten nicht anerkannt werden, bleibt als letzter Schritt die Klage vor dem Sozialgericht.

Auch wenn sich das Verfahren einige Monate hinziehen kann, so stehen die Chancen für einen Erfolg vor Gericht erfahrungsgemäß gut.

Gesetzliche Grundlagen Die Leistungen der Pflegeversicherung

Vielfach wurden in dieser Broschüre die Leistungen des SGB XI genannt. Doch um welche Leistungen handelt es sich genau, und wie viel Geld erhalten Versicherte dafür? Der folgende Auszug aus dem Gesetz zeigt die wichtigsten Inhalte. Die Tabellen geben einen Überblick über die Leistungen und deren Leistungshöhe für den jeweiligen Pflegegrad.

Ergänzend dazu werden diese erklärt und weitere Angebote, die Pflegebedürftige und ihre Angehörigen nutzen können, aufgeführt.

Pflegeversicherung (SGB XI)

§ 1 Soziale Pflegeversicherung

(1) Zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit wird als neuer eigenständiger Zweig der Sozialversicherung eine soziale Pflegeversicherung geschaffen.

(2) In den Schutz der sozialen Pflegeversicherung sind kraft Gesetzes alle einbezogen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. Wer gegen Krankheit bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert ist, muss eine private Pflegeversicherung abschließen. (...)

§ 2 Selbstbestimmung

(1) Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen den Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht. Die Hilfen sind darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen, auch in Form der aktivierenden Pflege wiederzugewinnen oder zu erhalten.

(2) Die Pflegebedürftigen können zwischen Einrichtungen und Diensten verschiedener Träger wählen. Ihren Wünschen zur Gestaltung der Hilfe soll, soweit sie angemessen sind, im Rahmen des Leistungsrechts entsprochen werden. (...)

§ 3 Vorrang der häuslichen Pflege

Die Pflegeversicherung soll mit ihren Leistungen vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn unterstützen, damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können (...).

§ 4 Art und Umfang der Leistungen

(1) Die Leistungen der Pflegeversicherung sind Dienst-, Sach- und Geldleistungen für den Bedarf an körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung sowie Kostenerstattung, soweit es dieses Buch vorsieht. Art und Umfang der Leistungen richten sich nach der Schwere der Pflegebedürftigkeit und danach, ob häusliche, teilstationäre oder vollstationäre Pflege in Anspruch genommen wird.

§ 7 Aufklärung, Auskunft

(1) Die Pflegekassen haben die Eigenverantwortung der Versicherten durch Aufklärung und Auskunft über eine gesunde, der Pflegebedürftigkeit vorbeugende Lebensführung zu unterstützen und auf die Teilnahme an gesundheitsfördernden Maßnahmen hinzuwirken.

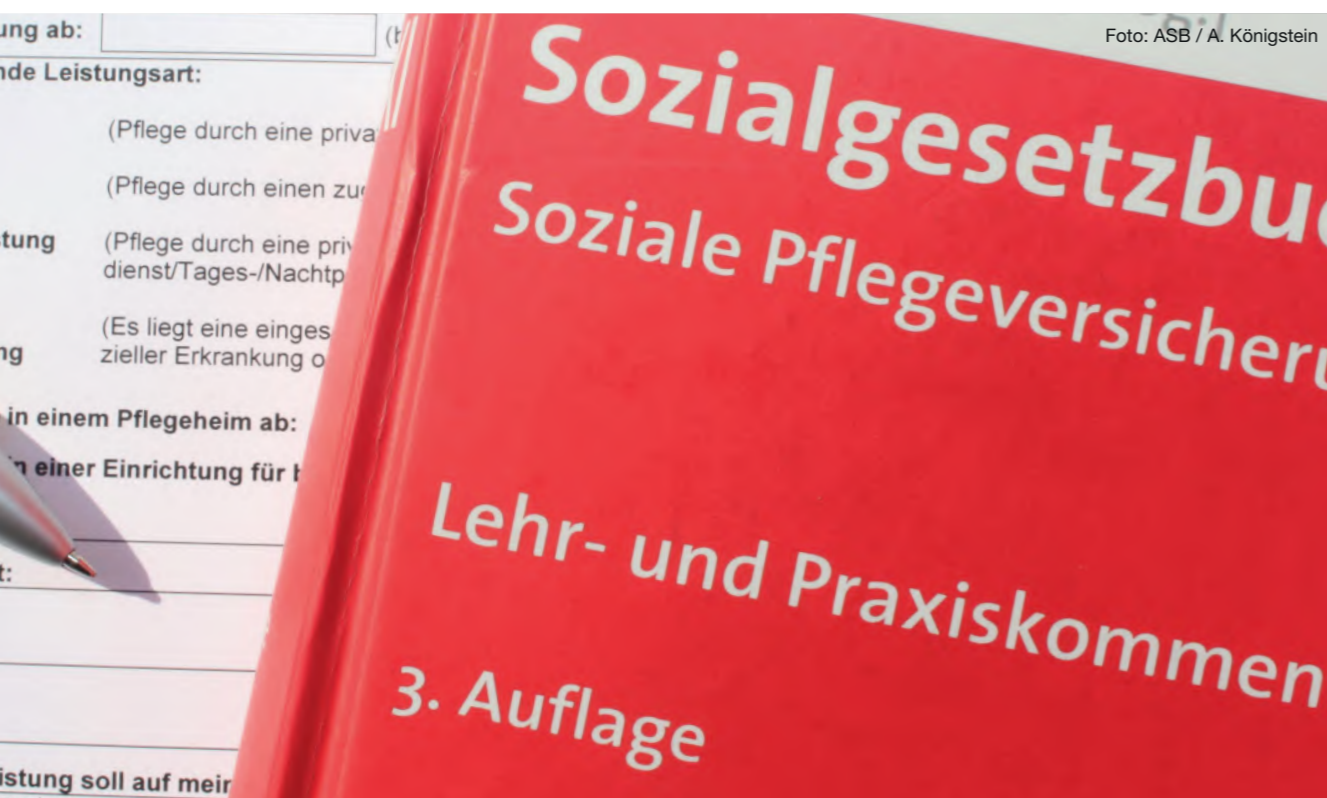
(2) Die Pflegekassen haben die Versicherten und ihre Angehörigen und Lebenspartner in den mit der Pflegebedürftigkeit zusammenhängenden Fragen, insbesondere über die Leistungen der Pflegekassen sowie über die Leistungen und Hilfen anderer Träger, in für sie verständlicher Weise zu informieren und darüber aufzuklären, dass ein Anspruch besteht auf die Übermittlung

1. des Gutachtens des Medizinischen Dienstes oder eines anderen von der Pflegekasse beauftragten Gutachters sowie
2. der gesonderten Präventions- und Rehabilitationsempfehlung gemäß § 18a Absatz 1. (...)

Die zuständige Pflegekasse informiert die Versicherten unverzüglich nach Eingang eines Antrags auf Leistungen nach diesem Buch insbesondere über ihren Anspruch auf die unentgeltliche Pflegeberatung nach § 7a, den nächstgelegenen Pflegestützpunkt nach § 7c sowie die Leistungs- und Preisvergleichsliste nach Absatz 3. (...)

(3) Zur Unterstützung der pflegebedürftigen Person bei der Ausübung ihres Wahlrechts nach § 2 Absatz 2 sowie zur Förderung des Wettbewerbs und der Überschaubarkeit des vorhandenen Angebotes hat die zuständige Pflegekasse der antragstellenden Person auf Anforderung unverzüglich und in geeigneter Form eine Leistungs- und Preisvergleichsliste zu übermitteln; die Leistungs- und Preisvergleichsliste muss für den Einzugsbereich der antragstellenden Person, in dem die pflegerische Versorgung und Betreuung gewährleistet werden soll, die Leistungen und Vergütungen der zugelassenen Pflegeeinrichtungen, die Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a sowie Angaben zur Person des zugelassenen oder anerkannten Leistungserbringers enthalten.

Die Landesverbände der Pflegekassen erstellen eine Leistungs- und Preisver-



gleichsliste nach Satz 1, aktualisieren diese einmal im Quartal und veröffentlichen sie auf einer eigenen Internetseite. Die Liste hat zumindest die jeweils geltenden Festlegungen der Vergütungsvereinbarungen nach dem Achten Kapitel sowie die im Rahmen der Vereinbarungen nach Absatz 4 übermittelten Angaben zu Art, Inhalt und Umfang der Angebote sowie zu den Kosten in einer Form zu enthalten, die einen regionalen Vergleich von Angeboten und Kosten und der regionalen Verfügbarkeit ermöglicht. Auf der Internetseite nach Satz 2 sind auch die nach § 115 Absatz 1a veröffentlichten Ergebnisse der Qualitätsprüfungen und die nach § 115 Absatz 1b veröffentlichten Informationen zu berücksichtigen. (...)

§ 7a Pflegeberatung

(1) Personen, die Leistungen nach diesem Buch erhalten, haben Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch einen Pflegeberater oder eine Pflegeberaterin bei der Auswahl und Inanspruchnahme von bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind (Pflegeberatung); Anspruchsberechtigten soll durch die Pflegekassen vor der erstmaligen Beratung unverzüglich ein zuständiger Pflegeberater, eine zuständige Pflegeberaterin oder eine sonstige Beratungsstelle benannt werden. (...)

Aufgabe der Pflegeberatung ist es insbesondere,

1. den Hilfebedarf unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst sowie, wenn die nach Satz 1 anspruchsberechtigte Person zustimmt, die Ergebnisse der Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 systematisch zu erfassen und zu analysieren,

2. einen individuellen Versorgungsplan mit den im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen zu erstellen,
3. auf die für die Durchführung des Versorgungsplans erforderlichen Maßnahmen einschließlich deren Genehmigung durch den jeweiligen Leistungsträger hinzuwirken, insbesondere hinsichtlich einer Empfehlung zur medizinischen Rehabilitation gemäß § 18 Absatz 1 Satz 3,
4. die Durchführung des Versorgungsplans zu überwachen und erforderlichenfalls einer veränderten Bedarfslage anzupassen,
5. bei besonders komplexen Fallgestaltungen den Hilfeprozess auszuwerten und zu dokumentieren sowie
6. über Leistungen zur Entlastung der Pflegeperson zu informieren.

(...)

(2) Auf Wunsch einer anspruchsberechtigten Person nach Absatz 1 Satz 1 erfolgt die Pflegeberatung auch gegenüber ihren Angehörigen oder weiteren Personen oder unter deren Einbeziehung.

Sie erfolgt auf Wunsch einer anspruchsberechtigten Person nach Absatz 1 Satz 1 in der häuslichen Umgebung oder in der Einrichtung, in der diese Person lebt. (...)

Ein Versicherter kann einen Leistungsantrag nach diesem oder dem Fünften Buch auch gegenüber dem Pflegeberater oder der Pflegeberaterin stellen. Der Antrag ist unverzüglich der zuständigen Pflege- oder Krankenkasse zu übermitteln, die den Leistungsbescheid unverzüglich dem Antragsteller und zeitgleich dem Pflegeberater oder der Pflegeberaterin zuleitet. (...)

§ 7b Beratungsgutscheine

(1) Die Pflegekasse hat dem Versicherten unmittelbar nach Eingang eines erstmaligen Antrags auf Leistungen nach diesem Buch (...) entweder

1. unter Angabe einer Kontaktperson einen konkreten Beratungstermin anzubieten, der spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang durchzuführen ist, oder

2. einen Beratungsgutschein auszustellen, in dem Beratungsstellen benannt sind, bei denen er zu Lasten der Pflegekasse inner hab von zwei Wochen nach Antragseingang eingelöst werden kann.

(...) Auf Wunsch des Versicherten hat die Beratung in der häuslichen Umgebung stattzufinden und kann auch nach Ablauf der in Satz 1 genannten Frist durchgeführt werden; über diese Möglichkeiten hat ihn die Pflegekasse aufzuklären. (...)

§ 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit und § 15 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument (siehe Seite 5)

§ 19 Begriff der Pflegepersonen

Pflegepersonen im Sinne dieses Buches sind Personen, die nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen im Sinne des § 14 in seiner häuslichen Umgebung pflegen. Leistungen zur sozialen Sicherung nach § 44 erhält eine Pflegeperson nur dann, wenn sie eine oder mehrere pflegebedürftige Personen zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tagen in der Woche, pflegt.

§ 28 Leistungsarten, Grundsätze

(1) Die Pflegeversicherung gewährt folgende Leistungen:

1. **Pflegesachleistung** (§ 36),
2. **Pflegegeld** für selbst beschaffte Pflegehilfen (§ 37),
3. **Kombination** von Geldleistung und

Sachleistung (§ 38),

4. häusliche Pflege bei **Verhinderung der Pflegeperson** (§ 39),
 5. **Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen** (§ 40),
 6. **Tagespflege und Nachtpflege** (§ 41),
 7. **Kurzzeitpflege** (§ 42),
 8. **vollstationäre Pflege** (43),
 9. Pauschalleistung für die Pflege von Menschen mit Behinderungen (§ 43a),
 - 9a. **Zusätzliche Betreuung und Aktivierung** in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 43b),
 10. **Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen** (§ 44),
 11. zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung (§ 44a),
 12. **Pflegekurse** für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen (§ 45),
 - 12a. **Umwandlung** des ambulanten Sachleistungsbetrags (§ 45a),
 13. **Entlastungsbetrag** (§ 45b),
 14. Leistungen des **Persönlichen Budgets** nach § 29 des Neunten Buches,
 15. zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen (§ 38a).
- (1a) Versicherte haben gegenüber ihrer Pflegekasse oder ihrem Versicherungsunternehmen Anspruch auf Pflegeberatung (§ 7a).

§ 28a Leistungen bei Pflegegrad 1

(1) Abweichend von § 28 Absatz 1 und 1a gewährt die Pflegeversicherung bei Pflegegrad 1 folgende Leistungen:

1. **Pflegeberatung** gemäß der §§ 7a und 7b,
2. **Beratung in der eigenen Häuslichkeit** gemäß § 37 Absatz 3,
3. zusätzliche Leistungen für Pflege-

bedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen gemäß § 38a, ohne dass § 38a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 erfüllt sein muss,

4. Versorgung mit **Pflegehilfsmitteln** gemäß § 40 Absatz 1 bis 3 und 5,
5. finanzielle **Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung** des individuellen oder gemeinsamen **Wohnumfeldes** gemäß § 40 Absatz 4,
6. **zusätzliche Betreuung und Aktivierung** in stationären Pflegeeinrichtungen gemäß § 43b,
7. **zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit** und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung gemäß § 44a,
8. **Pflegekurse für Angehörige** und ehrenamtliche Pflegepersonen gemäß § 45.
9. **Ergänzende Unterstützung** bei Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen (...),
10. **Leistungsanspruch** beim Einsatz digitaler Pflegeanwendungen gemäß § 40b.

2) Zudem gewährt die Pflegeversicherung den Entlastungsbetrag gemäß § 45b Absatz 1 Satz 1 in Höhe von 125 Euro monatlich. Dieser kann gemäß § 45b im Wege der Erstattung von Kosten eingesetzt werden, die dem Versicherten im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen der Tages- und Nachtpflege sowie der Kurzzeitpflege, von Leistungen der ambulanten Pflegedienste im Sinne des § 36 sowie von Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a Absatz 1 und 2 entstehen.

(3) Wählen Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 vollstationäre Pflege, gewährt die Pflegeversicherung gemäß § 43 Absatz 3 einen Zuschuss in Höhe von 125 Euro monatlich.

§ 33 Leistungsvoraussetzungen

(1) Versicherte erhalten die Leistungen der Pflegeversicherung auf Antrag. Die Leistungen werden ab Antragstellung gewährt, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an, in dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen. Wird der Antrag nicht in dem Kalendermonat, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, sondern später gestellt, werden die Leistungen vom Beginn des Monats der Antragstellung an gewährt. Die Zuordnung zu einem Pflegegrad und die Bewilligung von Leistungen können befristet werden und enden mit Ablauf der Frist.

Die Befristung erfolgt, wenn und soweit eine Verringerung der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten nach der Einschätzung des Medizinischen Dienstes zu erwarten ist. Die Befristung kann wiederholt werden und schließt Änderungen bei der Zuordnung zu einem Pflegegrad und bei bewilligten Leistungen im Befristungszeitraum nicht aus, soweit dies durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuches angeordnet oder erlaubt ist. Der Befristungszeitraum darf insgesamt die Dauer von drei Jahren nicht überschreiten. Um eine nahtlose Leistungsgewährung sicherzustellen, hat die Pflegekasse vor Ablauf einer Befristung rechtzeitig zu prüfen und dem Pflegebedürftigen sowie der ihn betreuenden Pflegeeinrichtung mitzuteilen, ob Pflegeleistungen weiterhin bewilligt werden und welchem Pflegegrad der Pflegebedürftige zuzuordnen ist.

(2) Anspruch auf Leistungen besteht, wenn der Versicherte in den letzten zehn Jahren vor der Antragstellung mindestens zwei Jahre als Mitglied versichert oder nach § 25 familienversichert war. Zeiten der Weiterversicherung nach § 26 Abs. 2 werden bei der Ermittlung der nach Satz 1 erforderlichen Vorversicherungszeit mitberücksichtigt. Für versicherte Kinder gilt die Vorversicherungszeit nach Satz 1 als erfüllt, wenn ein Elternteil sie erfüllt.

Leistungen bei häuslicher Pflege

Pflege ausschließlich durch Angehörige - Pflegegeld (§ 37 SGB XI)

Pflegegeld erhalten Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die ihre Versorgung und Pflege selbst organisieren.

Ambulante Pflege - Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI)

Pflegesachleistungen erhalten Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die einen ambulanten Pflegedienst beauftragen.

Der ambulante Pflegedienst bietet Unterstützung in der eigenen Häuslichkeit. Zusammen mit der pflegebedürftigen Person und gegebenenfalls den pflegenden Angehörigen wird in einem Beratungsgespräch der individuelle Unterstützungsbedarf geklärt. Der Pflegedienst zeigt die Möglichkeiten der Unterstützung auf, und es wird dann möglicherweise der Umfang der Leistungen durch den Pflegedienst festgelegt.

Die Kosten für die Leistungen im Rahmen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen, der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und der Hilfen bei der Haushaltsführung trägt die Pflegeversicherung in Höhe der Pflegesachleistung des jeweiligen Pflegegrads. Weitere Leistungen können gegebenenfalls über die Krankenversicherung (Behandlungspflege) oder den Sozialhilfeträger (siehe Seite 31f.) sowie privat abgerechnet werden.

Professionelle Pflege plus Pflegegeld – Kombinationsleistungen (§ 38 SGB XI)

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, können einen Teil der Leistungen durch einen ambulanten Pflegedienst erbringen lassen und einen Teil selbst organisieren. Die Geldleistung wird dann um den Prozentsatz gekürzt, mit dem die Sachleistung in Anspruch genommen wurde.

Tagespflege (§ 41 SGB XI)

In Tagespflegeeinrichtungen werden pflegebedürftige Menschen an einem oder mehreren Tagen in der Woche tagsüber gepflegt und betreut. Den Abend und die Nacht verbringen sie in ihrer gewohnten häuslichen Umgebung. Die Betreuungsangebote umfassen unter anderem gemeinsames Kochen, Basteln, Singen, Bewegungsübungen und vieles mehr. Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 – 5 können die Leistungen der Tagespflege zusätzlich zu Pflegegeld bzw. Pflegesachleistungen / Kombinationsleistungen in Anspruch nehmen.

Entlastungsbetrag (§ 45b SGB XI)

Den Entlastungsbetrag erhalten Pflegebedürftige der Pflegegrade 1 bis 5, die in ihrer Häuslichkeit leben zur Entlastung der pflegenden Angehörigen sowie für Betreuungs- und weitere Entlastungsleistungen. Der Betrag ist zweckgebunden und darf bspw. für die Erstattung von Aufwendungen im Zusammenhang mit der Tages- und Nachtpflege, der Kurzzeitpflege und der Betreuung und hauswirtschaftlichen Unterstützung in der eigenen Häuslichkeit genutzt werden. Er darf nicht für Leistungen im Bereich der Selbstversorgung (s. Seite 10) genutzt werden. **Ausnahme:** Bei Pflegegrad 1 kann der Entlastungsbetrag auch zur Erstattung von Kosten von Leistungen im Bereich der Selbstversorgung (grundpflegerische Leistungen) genutzt werden.

Leistungen der Pflegeversicherung				
Pflegegrad	Pflegegeld (§37)	Pflegesachleistungen (§36)	Tages-/ Nachtpflege (§41)	Entlastungsbetrag (§45b)
1	-	-	-	125€*
2	316€	724€	689€	125€
3	545€	1.363€	1.298€	125€
4	728€	1.693€	1.612€	125€
5	901€	2.095€	1.995€	125€

*darf bei Pflegegrad 1 auch für Leistungen aus dem Bereich der Selbstversorgung sowie Tages-/ Nachtpflege genutzt werden

Leistung	Pflegegrade 2 bis 5	Pflegegrad 1
Verhinderungspflege (§ 39)	Ersatzpflege für höchstens 42 Kalendertage und / oder 1.612 € pro Kalenderjahr (es können zusätzlich bis zu 50% der Kurzzeitpflege genutzt werden). Voraussetzung: sechs Monate Vorauspflege durch Pflegeperson;	kein Anspruch
Pflegehilfsmittel (§ 40)	Technische Pflegehilfsmittel: vorrangig leihweise; Verbrauchsmittel bis 40 € monatlich (subsidiär); Wohnumfeldverbesserung bis max. 4.000€ pro Maßnahme;	
Kurzzeitpflege (§ 42)	Übernahme der pflegebedingten Aufwendungen in einer stationären Einrichtung für maximal 56 Tage: 1.774€ im Kalenderjahr (es können zusätzlich bis zu 100% der Verhinderungspflege genutzt werden);	kein Anspruch, aber: Entlastungsbetrag n. §45b nutzbar (125€ / Monat)
Vollstationäre Pflege	Pflegebedürftige haben Anspruch auf Pflege in vollstationären Einrichtungen, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt.	kein Anspruch, aber: Entlastungsbetrag n. §45b nutzbar (125€ / Monat)



Hausnotruf (§ 40 SGB XI)

Mit einem Hausnotruf haben nicht nur pflegebedürftige Personen, sondern alle alleinlebenden Menschen die Sicherheit, bei einem Notfall schnell kompetente Hilfe zu erhalten. Per Knopfdruck kann sofortige Unterstützung angefordert werden. Die Pflegekassen übernehmen bei Vorliegen der Leistungsvoraussetzungen und auf Antrag bei Einstufung in einen Pflegegrad die monatliche Grundgebühr sowie die Kosten für die Bereitstellung des Hausnotrufgerätes.

Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (§ 40 Abs.4 SGB XI)

Pflegebedürftigen steht pro Maßnahme ein Zuschuss von bis zu 4.000 Euro zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes zur Verfügung. Solche Maßnahmen sind zum Beispiel das Anbringen eines Treppenliftes, die Installation von Handläufen oder Haltegriffen, Umbaumaßnahmen im Bad zur Schaffung eines bodengleichen Zugangs zur Dusche oder das Entfernen von Türschwellen.

Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI)

Bei Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 - 5 übernimmt die Pflegekasse zusätzliche Kosten für die sogenannte Kurzzeitpflege. Sie übernimmt die Pflegekosten einer stationären Einrichtung für maximal 56 Kalendertage pro Jahr und maximal 1.774 Euro. In Verbindung mit den Mitteln der Verhinderungspflege nach § 39 können die Leistungen verdoppelt werden. Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 haben keinen Anspruch auf Leistungen der Kurzzeitpflege, können jedoch den Entlastungsbetrag nach § 45b für diese Leistung nutzen.

Kurse für pflegende Angehörige (§ 45 SGB XI)

Viele ambulante Pflegedienste bieten pflegenden Bezugspersonen in Kooperation mit den Pflegekassen Pflegekurse an, in denen bestimmte Pflegetechniken erlernt werden können. Fragen zur Pflege werden geklärt, ein Austausch mit Pflegefachkräften und anderen pflegenden Angehörigen wird ermöglicht. Außerdem können individuelle Schulungen

in der Häuslichkeit der pflegegebedürftigen Personen durchgeführt werden, damit die erlernten Techniken auch für den jeweiligen Fall sinnvoll sind. Diese Kurse werden durch die Pflegekassen finanziert.

Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI)

Pflegende Angehörige (Pflegerperson nach § 19 SGB XI) leisten erhebliches in der Versorgung pflegebedürftiger Menschen. Um die Gesundheit der Pflegerperson zu erhalten und im Krankheitsfall oder der Verhinderung eine problemlose Versorgung des pflegebedürftigen Menschen zu gewährleisten, übernimmt die Pflegeversicherung bei Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 - 5 die Kosten für diese Ersatzpflege im Rahmen der sogenannten „Verhinderungspflege“. Voraussetzung für die Leistung im Rahmen der Verhinderungspflege ist, dass die Pflegerperson den Pflegebedürftigen / die Pflegebedürftige vor der erstmaligen Verhinderung sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat.

Typische Leistungen im Rahmen der Verhinderungspflege sind:

- zeitweise Pflegeübernahme zur Entlastung,
- einfach da zu sein, um bei Bedarf umgehend und zeitnah Unterstützung leisten zu können,
- Freizeit für die Pflegerperson für Kulturbesuche oder Kulturveranstaltungen, Familienfeiern,
- Spaziergänge mit der pflegebedürftigen Person,
- Urlaubsvertretung für die Pflegerperson,
- Krankheitsvertretung für die Pflegerperson.



Foto: ASB / F. Zanettini
Verhinderungspflege: Nutzen Sie dieses Angebot, das in der Regel von den Pflegekassen finanziert wird.

Zwei Formen der Verhinderungspflege

stundenweise Verhinderungspflege:

Die stundenweise Verhinderungspflege beinhaltet, dass Pflege bis 1.612 € - in Verbindung mit max. 50% der Mittel der Kurzzeitpflege nach § 42 bis zu 2.418 € - im Kalenderjahr in Anspruch genommen werden kann.

Die Besonderheit dieser Leistung besteht darin, dass das Pflegegeld unangetastet bleibt (unter acht Stunden Pflege am Tag) und die pflegenden Angehörigen stundenweise Betreuung in Anspruch nehmen können, zum Beispiel für Arztbesuche, dringende eigene Termine, aber auch für Einkäufe, Theaterbesuche und mehr.

Verhinderungspflege als Ersatzpflege

Diese Ersatzpflege kann vor Beginn beantragt werden, wenn Sie als Angehöriger selber erkranken, eventuell ins Krankenhaus / zur Kur müssen oder in den Urlaub fahren möchten.

In diesem Fall können ebenfalls bis zu 1.612 € an maximal 42 Tagen in Anspruch genommen werden, allerdings wird das Pflegegeld bei Pflegegeldbeziehern um 50 Prozent reduziert. In Verbindung mit max. 50% der Mittel der Kurzzeitpflege nach § 42 können die Leistungen auf maximal 2.418 € erhöht werden.

Weitere Leistungen im Bereich Pflege

Krankenversicherung (SGB V)

§ 37 Krankenpflege

(1) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt,...) neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird. (...)

Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall. In begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum bewilligen, (...)

(1a) Versicherte erhalten an geeigneten Orten im Sinne von Absatz 1 Satz 1 wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, soweit keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des Elften Buches vorliegt, die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung. Absatz 1 Satz 4 und 5 gilt entsprechend.

(2) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, (...) als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist; (...)

(3) Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und

versorgen kann. (...)

(5) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 3 ergebenden Betrag, begrenzt auf die für die ersten 28 Kalendertage der Leistungsanspruchnahme je Kalenderjahr anfallenden Kosten an die Krankenkasse.

Sozialgesetzbuch (SGB XII)

§ 1 Aufgabe der Sozialhilfe

Aufgabe der Sozialhilfe ist es, den Leistungsberechtigten die Führung eines Lebens zu ermöglichen, das der Würde des Menschen entspricht. (...)

§ 2 Nachrang der Sozialhilfe

(1) Sozialhilfe erhält nicht, wer sich vor allem durch Einsatz seiner Arbeitskraft, seines Einkommens und seines Vermögens selbst helfen kann oder wer die erforderliche Leistung von anderen, insbesondere von Angehörigen oder von Trägern anderer Sozialleistungen, erhält. (...)

Hilfe zur Pflege

§ 61 Leistungsberechtigte

Personen, die pflegebedürftig im Sinne des § 61a sind, haben Anspruch auf Hilfe zur Pflege, soweit ihnen und ihren nicht getrennt lebenden Ehegatten oder Lebenspartnern nicht zuzumuten ist, dass sie die für die Hilfe zur Pflege benötigten Mittel aus dem Einkommen und Vermögen nach den Vorschriften des Elften Kapitels aufbringen. Sind die Personen minderjährig und unverheiratet, so sind auch das Einkommen und das Vermögen ihrer Eltern oder eines Elternteils zu berücksichtigen.

§ 61a Begriff der Pflegebedürftigkeit

(1) Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Pflegebedürftige Personen im Sinne des Satzes 1 können körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen. (...)

§ 62 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit

Die Ermittlung des Pflegegrades erfolgt durch ein Begutachtungsinstrument nach Maßgabe des § 15 des Elften Buches. Die auf Grund des § 16 des Elften Buches erlassene Verordnung sowie die auf Grund des § 17 des Elften Buches erlassenen Richtlinien der Pflegekassen finden entsprechende Anwendung.

§ 62a Bindungswirkung

Die Entscheidung der Pflegekasse über den Pflegegrad ist für den Träger der Sozialhilfe bindend, soweit sie auf Tatsachen beruht, die bei beiden Entscheidungen zu berücksichtigen sind. Bei seiner Entscheidung kann sich der Träger der Sozialhilfe der Hilfe sachverständiger Dritter bedienen. Auf Anforderung unterstützt der Medizinische Dienst gemäß § 278 des Fünften Buches den Träger der Sozialhilfe bei seiner Entscheidung und erhält hierfür Kostenersatz, der zu vereinbaren ist.

§ 63 Leistungen für Pflegebedürftige

(1) Die Hilfe zur Pflege umfasst für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2, 3, 4 oder 5

1. häusliche Pflege in Form von
 - a) Pflegegeld (§ 64a),
 - b) häuslicher Pflegehilfe (§ 64b),
 - c) Verhinderungspflege (§ 64c),
 - d) Pflegehilfsmitteln (§ 64d),
 - e) Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes (§ 64e),
 - f) anderen Leistungen (§ 64f),
 - g) digitalen Pflegeanwendungen (§64j),
 - h) ergänzender Unterstützung bei Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen (§ 64k),
2. teilstationäre Pflege (§ 64g),
3. Kurzzeitpflege (§ 64h),
4. einen Entlastungsbetrag (§ 64i) und
5. stationäre Pflege (§ 65).

Die Hilfe zur Pflege schließt Sterbebegleitung mit ein.

(2) Die Hilfe zur Pflege umfasst für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1

1. Pflegehilfsmittel (§ 64d),
2. Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes (§ 64e)
3. digitale Pflegeanwendungen (§ 64j),
4. ergänzende Unterstützung bei Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen (§ 64k) und
5. einen Entlastungsbetrag (§ 66).

§ 63a Notwendiger pflegerischer Bedarf

Die Träger der Sozialhilfe haben den notwendigen pflegerischen Bedarf zu ermitteln und festzustellen.

Pflegezeitgesetz (PflegeZG)

§ 1 Ziel des Gesetzes

Ziel des Gesetzes ist, Beschäftigten die Möglichkeit zu eröffnen, pflegebedürftige nahe Angehörige in häuslicher Umgebung zu pflegen und damit die Vereinbarkeit von Beruf und familiärer Pflege zu verbessern.

§ 2 Kurzzeitige Arbeitsverhinderung

(1) Beschäftigte haben das Recht, bis zu zehn Arbeitstage der Arbeit fernzubleiben, wenn dies erforderlich ist, um für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherzustellen. (...)

(3) Der Arbeitgeber ist zur Fortzahlung der Vergütung nur verpflichtet, soweit sich eine solche Verpflichtung aus anderen gesetzlichen Vorschriften oder aufgrund einer Vereinbarung ergibt. Ein Anspruch der Beschäftigten auf Zahlung von Pflegeunterstützungsgeld richtet sich nach §44a Absatz 3 des SGB XI: („§44a Absatz 3 des SGB XI Für kurzzeitige Arbeitsverhinderung nach § 2 des Pflegezeitgesetzes haben Beschäftigte (...) Anspruch auf einen Ausgleich für entgangenes Arbeitsentgelt (Pflegeunterstützungsgeld) für bis zu insgesamt zehn Arbeitstage. Wenn mehrere Beschäftigte den Anspruch nach § 2 Absatz 1 des Pflegezeitgesetzes für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen geltend machen, ist deren Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld auf insgesamt bis zu zehn Arbeitstage begrenzt. Das Pflegeunterstützungsgeld wird auf Antrag (...) von der Pflegekasse oder dem Versicherungsunternehmen des pflegebedürftigen nahen Angehörigen gewährt“)

§ 3 Pflegezeit und sonstige Freistellungen

(1) Beschäftigte sind von der Arbeitsleistung vollständig oder teilweise freizustellen, wenn sie einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegen (Pflegezeit). Der Anspruch nach Satz eins besteht nicht gegenüber Arbeitgebern mit in der Regel 15 oder weniger Beschäftigten. (...)

§ 4 Dauer der Inanspruchnahme

(1) Die Pflegezeit nach § 3 beträgt für jeden pflegebedürftigen nahen Angehörigen längstens sechs Monate (Höchstdauer). Für einen kürzeren Zeitraum in Anspruch genommene Pflegezeit kann bis zur Höchstdauer verlängert werden, wenn der Arbeitgeber zustimmt.

Eine Verlängerung bis zur Höchstdauer kann verlangt werden, wenn ein vorgesehener Wechsel in der Person des Pflegenden aus einem wichtigen Grund nicht erfolgen kann. Pflegezeit und Familienpflegezeit nach § 2 des Familienpflegezeitgesetzes dürfen gemeinsam die Gesamtdauer von 24 Monaten je pflegebedürftigem nahen Angehörigen nicht überschreiten. (...)

§ 5 Kündigungsschutz

(1) Der Arbeitgeber darf das Beschäftigungsverhältnis von der Ankündigung bis zur Beendigung, höchstens jedoch zwölf Wochen vor dem angekündigten Beginn, der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung nach § 2 oder der Freistellung nach § 3 nicht kündigen.

(2) In besonderen Fällen kann eine Kündigung von der für den Arbeitsschutz zuständigen obersten Landesbehörde oder der von ihr bestimmten Stelle ausnahmsweise für zulässig erklärt werden. (...)

§ 7 Begriffsbestimmungen

(...)

(3) Nahe Angehörige im Sinne dieses Gesetzes sind

1. Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Stiefeltern,
2. Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft, Geschwister, Ehegatten der Geschwister und Geschwister der Ehegatten, Lebenspartner der Geschwister und Geschwister der Lebenspartner,
3. Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder, die Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder des Ehegatten oder Lebenspartners, Schwiegerkinder und Enkelkinder.

(4) Pflegebedürftig im Sinne dieses Gesetzes sind Personen, die die Voraussetzungen nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen. Pflegebedürftig im Sinne von § 2 sind auch Personen, die die Voraussetzungen nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch voraussichtlich erfüllen.

Familienpflegezeitgesetz (FPfZG)

§ 2 Familienpflegezeit

(1) Beschäftigte sind von der Arbeitsleistung für längstens 24 Monate (Höchstdauer) teilweise freizustellen, wenn sie einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegen (Familienpflegezeit). Während der Familienpflegezeit muss die verringerte Arbeitszeit wöchentlich mindestens 15 Stunden betragen. (...) Der Anspruch nach Satz 1 besteht nicht gegenüber Arbeitgebern mit in der Regel 25 oder weniger Beschäftigten ausschließlich der zu ihrer Berufsbildung Beschäftigten.

(2) Pflegezeit und Familienpflegezeit dürfen gemeinsam 24 Monate je pflegebedürftigem nahen Angehörigen nicht überschreiten (Gesamtdauer).

§ 3 Förderung der pflegebedingten Freistellung von der Arbeitsleistung

(1) Für die Dauer der Freistellungen nach § 2 dieses Gesetzes oder nach § 3 des Pflegezeitgesetzes gewährt das Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben Beschäftigten auf Antrag ein in monatlichen Raten zu zahlendes zinsloses Darlehen (...).

§ 6 Rückzahlung des Darlehens

(1) Im Anschluss an die Freistellung nach § 3 Absatz 1 ist die Darlehensnehmerin oder der Darlehensnehmer verpflichtet, das Darlehen innerhalb von 48 Monaten nach Beginn der Freistellung nach § 3 Absatz 1 zurückzuzahlen.

Die Begutachtung in der Praxis – zwei Fallbeispiele - mit freundlicher Genehmigung. aus: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) (Hrsg.) (2016) Das neue Begutachtungsinstrument der sozialen Pflegeversicherung- Die Selbstständigkeit als Maß der Pflegebedürftigkeit. Seiten 18 bis 21. online: <https://www.mds-ev.de/richtlinienpublikationen/richtliniengrundlagen-der-begutachtung/pflegebeduerftigkeit.html> (Stand 05.09.2016).

Für die Erstellung der Texte und Tabellen im Kapitel „Was ist Pflegebedürftigkeit und wie wird diese festgestellt?“ hat sich die Redaktion an den Inhalten der Broschüre: Das neue Begutachtungsinstrument der sozialen Pflegeversicherung- Die Selbstständigkeit als Maß der Pflegebedürftigkeit, herausgegeben vom Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS) orientiert. Die Verantwortung für die Richtigkeit der Angaben in diesen Kapiteln liegt allein bei der ASB Ambulanten Pflege GmbH. Der MD übernimmt keine Gewähr für die Richtigkeit der von uns veränderten Teile der Fachinformation.

Stand der Erstellung der ausgewählten Rechtssammlung für die ambulante Pflege ist der 15.01.2022.

Die gesammelten Angaben dürfen Sie weder veräußern, noch in sonstiger Art und Weise „geldwert“ weiterverwenden. Diese Übersicht dient lediglich der unverbindlichen Information. Jegliche Gewähr für die Richtigkeit aller für Sie zusammengestellten Angaben schließen wir hiermit ausdrücklich aus.



Foto: ASB / F. Zanettini

**Arbeiter-Samariter-Bund
Ambulante Pflege GmbH
Geschäftsführung**
Elisabeth-Selbert-Straße 3
28307 Bremen

Ihr Ansprechpartner:

Stefan Block
Geschäftsführer

Telefon: 0421 4 17 87-16
Telefax: 0421 4 17 87-47

Stefan.Block@asb-bremen.de
www.asb-bremen.de/ambulante-pflege
www.asb-ambulante-pflege.de

Standorte

Pflegedienst Mitte (Bremen Süd & Bremen West)

Langemarckstraße 138
28199 Bremen

Telefon: 0421 59 80 104
Telefax: 0421 50 32 16
pflegedienst.mitte@asb-bremen.de

Pflegedienst Ost (Bremen Ost)

Elisabeth-Selbert Straße 3
28307 Bremen

Telefon: 0421 4 17 87 11
Telefax: 0421 4 17 87 47
pflegedienst.ost@asb-bremen.de

Pflegedienst West (östl. Vorstadt/ Peterswerder)

Hamburger Straße 154
28205 Bremen

Telefon: 0421 69 63 98 70
Telefax: 0421 69 63 98 72
pflegedienst.west@asb-bremen.de

Geschäftsführung: Stefan Block
Vorsitzender des Aufsichtsrates: Jürgen Lehmann
Amtsgericht Bremen
HRB 19744 HB: ASB ambulante Pflege GmbH

**Wir helfen
hier und jetzt.**



**Arbeiter-Samariter-Bund
Ambulante Pflege GmbH**