

Pflegeversicherung

Zum 1.7.2008 trat das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz in Kraft – als erste gravierende Änderung seit 1995. Leistungen wurden verbessert und unter anderem soll dadurch die ambulante Pflege gefördert werden. Eine „Pflegezeit“ (unbezahlt) soll die Übernahme von Pflege durch Angehörige erleichtern. Neue Strukturen sollen durch „Pflegestützpunkte“ und „Pflegeberater“ geschaffen werden.

1. Zusammenfassung zu den Leistungsänderungen der Pflegereform ab 1.7.2008

Stärkung der ambulanten Versorgung

1.1. Pflegestützpunkte und Pflegeberatung

In den Pflegestützpunkten soll Auskunft, Beratung, individuelles Fallmanagement und möglichst großer Service unter einem Dach geboten werden. In den ursprünglichen Planungen war vorgesehen, dass bundesweit flächendeckend Stützpunkte eingerichtet werden sollten. Nach vielen Diskussionen haben sich die Koalitionsfraktionen darauf verständigt, den Ländern ein Entscheidungsrecht einzuräumen. Pflegestützpunkte werden nur dann eingerichtet, wenn ein Bundesland dies ausdrücklich wünscht. Dabei wird auf vorhandene vernetzte Beratungsstrukturen zurückgegriffen. Im Pflegestützpunkt tätige Pflegeberater können einen individuellen Versorgungsplan erarbeiten, wenn dies vom Ratsuchenden gewünscht wird.

Pflegeberatung

Die Beratung Pflegebedürftiger und deren Angehöriger wird maßgeblich gestärkt. Ab dem 1. Januar 2009 wird es einen gesetzlichen Anspruch auf einen Pflegeberater geben. Die Pflegekassen setzen für die persönliche Beratung und Betreuung entsprechend qualifiziertes Personal ein, insbesondere Pflegefachkräfte, Sozialversicherungsfachangestellte oder Sozialarbeiter mit der jeweils erforderlichen Zusatzqualifikation. Zu den Aufgaben der Fallmanager in den Pflegestützpunkten zählt, Betroffene und deren Angehörige von der Organisation der Pflege, der Vermittlung von Pflegediensten, Haushaltshilfen bis hin zur Auswahl geeigneter Pflegeheime oder von anderen Betreuungseinrichtungen zu unterstützen. Sie kümmern sich um die Formalien, beraten die Betroffenen und deren Angehörige über Leistungen, erarbeiten entscheidungsreife Anträge und leiten diese an die Pflegekasse weiter.

Einzelverträge

Die Pflegekassen sollen leichter Verträge mit selbständigen Einzelpflegekräften schließen können. Das war bisher nur zulässig, wenn die Versorgung nicht durch ambulante Pflegedienste sicherzustellen war. In Zukunft kann zum Beispiel eine Kranken- oder Altenpflegerin bzw. Kranken- oder Altenpfleger, die/der sich selbstständig machen möchte, Verträge mit den Pflegekassen zur Versorgung eines oder von mehreren Pflegebedürftigen abschließen.

1.2. Beitragssatzerhöhung

Der Beitragssatz zur Pflegeversicherung wird zum 1. Juli 2008 um 0,25 Prozent angehoben. Personen unter 23 Jahren sowie Eltern zahlen 1,95 Prozent ihres Monatseinkommens, Kinderlose ab 23 Jahren zahlen 2,2 Prozent.

Für behinderte Menschen, die in der WfbM tätig sind, wird diese Beitragserhöhung um 0,25 % vom Kostenträger übernommen.

1.3. Begutachtung durch den medizinischen Dienst

Zwischen Antragstellung auf Pflegeleistungen und Bescheid durch die Pflegekasse dürfen nur noch **max. 5 Wochen** Zeit liegen. In den Fällen, in denen von den Pflegepersonen auf die

Inanspruchnahme von Pflegezeit verwiesen wird, muss die Begutachtung innerhalb einer Woche nach Antragseingang stattfinden.

Grundsätzlich muss jetzt bei jeder Begutachtung das **Assessmentverfahren** zur Feststellung der Leistungsvoraussetzungen der **zusätzlichen Betreuungsleistungen** durchgeführt werden.

Der Gutachter hat ebenfalls festzustellen, ob evtl. **Leistungen zur med. Rehabilitation** erforderlich sind und dies entsprechend im Gutachten zu vermerken. Mit Einwilligung der pflegebedürftigen Person (oder Betreuer) wird die Pflegekasse den entsprechenden Antrag an den behandelnden Arzt und den zuständigen Rehaträger weiterleiten. Eine erneute Begutachtung ist somit nicht erforderlich. Die Fristen nach § 14 SGB IX (3 Wochen zwischen Antrag und Bewilligung) sind einzuhalten. Ob die Maßnahme ambulant oder stationär durchgeführt wird, entscheidet allerdings der Rehaträger. Somit kommt erforderliche Rehabilitation auch den Personen zugute, die die Voraussetzungen zur Anerkennung einer Pflegestufe (noch) nicht erfüllen.

Eine **Neubegutachtung nach Durchführung der Rehabilitationsmaßnahme** darf nur mit besonderer Begründung zu einer **Herabsetzung der Pflegestufe** führen. In der Praxis wird nämlich in vielen Fällen von den Gutachtern ohne hinreichende sachliche Grundlage unterstellt, dass eine Rehabilitationsmaßnahme automatisch den Hilfebedarf reduziert. Dabei wird verkannt, dass gerade bei pflegebedürftigen Menschen vor allem die Verhinderung der Verschlimmerung als maßgeblicher Rehabilitationserfolg an zu sehen ist.

Die Zuerkennung einer Pflegestufe kann **befristet** werden. Dies wird immer dann der Fall sein, wenn sich entweder durch entsprechende Rehabilitationsmaßnahmen der Pflegebedarf auf Dauer reduzieren lässt oder durch Einsatz geeigneter Hilfsmittel (z.B. Verordnung eines Rollators um die Wege innerhalb der Wohnung eigenständig und ohne Hilfe zu bewältigen). Die Befristung variiert zwischen 6 und 12 Monaten und darf insgesamt die Dauer von **3 Jahren** nicht überschreiten.

Für die Begutachtung von **Kindern** sollen ausschließlich Kinderärzte oder Kinderpfleger /Innen eingesetzt werden.

1.3. Vorversicherungszeit

Bei Leistungen und Antrag **ab 1. Juli 2008** muss der Versicherte **in den letzten zehn Jahren vor der Antragstellung mindestens zwei Jahre** als Mitglied versichert oder familienversichert gewesen sein.

1.4. Leistungsverbesserungen

1.4.1. Pflegesachleistung

Der Pflegedienst kann ab 1.7.2008 monatlich Sachleistungen bis zu maximal in

- | | |
|---------------------------------|-------------------|
| ➤ Pflegestufe I | 420,-- € |
| ➤ Pflegestufe II | 980,-- € |
| ➤ Pflegestufe III | 1.470,-- € |
| ➤ Stufe III / Härtefälle | 1.918,-- € |

in Rechnung stellen.

Reichen diese Leistungen zur Deckung des tatsächlichen Pflegebedarfs nicht aus, besteht die Möglichkeit im Rahmen der Sozialhilfe die einkommensabhängige **Hilfe zur Pflege** zu beantragen. Bei Inanspruchnahme dieser ergänzenden Hilfe zur Pflege hat der Pflegebedürftige immer einen Anspruch auf 1/3 des ihm seiner Pflegestufe entsprechend zustehenden Pflegegeldes durch die Sozialhilfe (z.B. in Pflegestufe III: 1/3 von 675 € = 225 €).

Beim Bezug von **häuslicher Krankenpflege** nach § 37 Abs. 1 SGB V ruht der Anspruch auf Pflegegeld für die ersten 4 Wochen nicht.

1.4.2. Förderung betreuter Wohnformen/Wohngemeinschaften

Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohneinrichtungen sollen die dort erbrachten Betreuungsleistungen flexibler als bisher in Anspruch nehmen und diese Leistungen allein oder mit anderen Pflegebedürftigen gemeinsam abrufen ("poolen") können.

Neu ist hier auch die Einbeziehung von Betreuungsleistungen, die jedoch nur dann erbracht werden dürfen, wenn die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung bei jedem der beteiligten Leistungsberechtigten sichergestellt ist.

Allerdings werden hierfür noch neue „poolfähige“ Leistungsmodul benötigt.

Beispiel Poolen:

3 Pflegebedürftige leben in einer WG zusammen. Der Pflegedienst erbringt bei jedem Bewohner an 25 Tagen im Monat eine kleine Grundpflege Modul 221 und an 5 Tagen im Monat die große Grundpflege Modul 219.

Weiterhin findet 4 x pro Monat eine große hauswirtschaftliche Versorgung statt Modul 222 und zwar für alle 3 gemeinsam.

25 Tage (221) x 11,83 €	295,75 €
5 Tage (219) x 18,36 €	91,80 €
4 x (222) x 31,01 €- 124,04 €	3 x 41,35 € = Poolleistung
30 x (215) x 1,59 €- 47,70 €	3 x 15,90 € (Hausbesuchspauschale = Poolleistung)
	444,80 €

Die poolfähige Ersparnis beträgt pro Bewohner 52,47 €

1.4.3. Pflegegeld

Das Pflegegeld beträgt in

➤ Pflegestufe I	215 €/ Monat
➤ Pflegestufe II	420 €/ Monat
➤ Pflegestufe III	675 €/ Monat

Beratungseinsätze

Die **Vergütung** des Pflegeeinsatzes beträgt in den Pflegestufen I und II bis zu 21 € und in der Pflegestufe III bis zu 31 € Die Kosten trägt die Pflegekasse.

Pflegebedürftige, die zum anspruchsberechtigten Personenkreis nach § 45a SGB XI zählen, sind berechtigt, den Beratungseinsatz innerhalb der entsprechenden Zeiträume der jeweiligen Pflegestufe **zweimal** in Anspruch zu nehmen.

Personen, bei denen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung nach § 45a festgestellt ist, und die **noch nicht die Voraussetzungen der Pflegestufe I** erfüllen, können **halbjährlich einmal** einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen.

Insbesondere für diesen Personenkreis stehen pflegefachliche Beratungsfragen nicht im Vordergrund. Der wesentliche Beratungsgegenstand ist die Bewältigung der häuslichen und familiären Situation sowie die Unterstützung und Entlastung durch (niedrigschwellige) Hilfeangebote.

1.4.4. Kombination von Geld- und Sachleistung (Kombinationsleistung)

Durch die erhöhten Leistungen ändern sich auch die Tabellen über die Kombinationsleistung wie folgt:

Pflegestufe I :					
Wert der Sachleistung			Restwert der Geldleistung		
Grundbetrag	Verbrauch in %	Wert der Sachleistung	Grundbetrag	Restwert in %	anteilige Geldleistung
420,-- €	100 %	420,-- €	215,-- €	0 %	0,00 €
420,-- €	90 %	378,00€	215,-- €	10 %	21,50 €
420,-- €	80 %	336,00 €	215,-- €	20 %	43,00 €
420,-- €	70 %	294,00 €	215,-- €	30 %	64,50 €
420,-- €	60 %	252,00 €	215,-- €	40 %	86,00 €
420,-- €	50 %	210,00 €	215,-- €	50 %	107,50 €
420,-- €	40 %	168,00 €	215,-- €	60 %	129,00 €
420,-- €	30 %	126,00 €	215,-- €	70 %	150,50 €
420,-- €	20 %	84,00 €	215,-- €	80 %	172,00 €
420,-- €	10 %	42,00 €	215,-- €	90 %	193,50 €
420,-- €	0 %	0,00 €	215,-- €	100 %	215,-- €

Pflegestufe II :					
Wert der Sachleistung			Restwert der Geldleistung		
Grundbetrag	Verbrauch in %	Wert der Sachleistung	Grundbetrag	Restwert in %	anteilige Geldleistung
980,00 €	100 %	980,00 €	420,00 €	0 %	0,00 €
980,00 €	90 %	882,00 €	420,00 €	10 %	42,00 €
980,00 €	80 %	784,00 €	420,00 €	20 %	84,00 €
980,00 €	70 %	686,00 €	420,00 €	30 %	126,00 €
980,00 €	60 %	588,00 €	420,00 €	40 %	168,00 €
980,00 €	50 %	490,00 €	420,00 €	50 %	210,00 €
980,00 €	40 %	392,00 €	420,00 €	60 %	252,00 €
980,00 €	30 %	294,00 €	420,00 €	70 %	294,00 €
980,00 €	20 %	196,00 €	420,00 €	80 %	336,00 €
980,00 €	10 %	98,00 €	420,00 €	90 %	378,00 €
980,00 €	0 %	0,00 €	420,00 €	100 %	420,00 €

Pflegestufe III :					
Wert der Sachleistung			Restwert der Geldleistung		
Grundbetrag	Verbrauch in %	Wert der Sachleistung	Grundbetrag	Restwert in %	anteilige Geldleistung
1.470,00 €	100 %	1.470,00 €	675,00 €	0 %	0,00 €
1.470,00 €	90 %	1.323,00 €	675,00 €	10 %	67,50 €
1.470,00 €	80 %	1.176,00 €	675,00 €	20 %	135,00 €
1.470,00 €	70 %	1.029,00 €	675,00 €	30 %	202,50 €
1.470,00 €	60 %	882,00 €	675,00 €	40 %	270,00 €
1.470,00 €	50 %	735,00 €	675,00 €	50 %	337,50 €
1.470,00 €	40 %	588,00 €	675,00 €	60 %	405,00 €
1.470,00 €	30 %	441,00 €	675,00 €	70 %	472,50 €
1.470,00 €	20 %	294,00 €	675,00 €	80 %	540,00 €
1.470,00 €	10 %	147,00 €	675,00 €	90 %	607,50 €
1.470,00 €	0 %	0,00 €	675,00 €	100 %	675,00 €

die jeweils bei Tages- und Nachtpflege und der Pflegesachleistung (ohne Kombination nach § 38) vorgesehen sind. Nimmt der Pflegebedürftige nicht mehr als 50 vom Hundert der vorgesehenen Leistungsbeträge in Anspruch, besteht daneben der Anspruch auf Pflegesachleistungen bei häuslicher Pflege in voller Höhe der in § 36 geregelten Leistungsbeträge. Nimmt der Pflegebedürftige umgekehrt bis zu 50 vom Hundert der nach § 36 vorgesehenen Leistungsbeträge in Anspruch, besteht daneben Anspruch auf Tages- und Nachtpflege in voller Höhe der vorgesehenen Leistungsbeträge.

Beispiel I

Ein Pflegebedürftiger der Pflegestufe II hat ab 1. Juli 2008 Anspruch auf Pflegesachleistungen in Höhe von bis zu 980 Euro monatlich (wenn er nur Pflegesachleistungen nach § 36 in Anspruch nimmt) oder Anspruch auf Tagespflege in Höhe von bis zu 980 Euro monatlich (wenn er nur Tagespflege in Anspruch nimmt). Kombiniert er beide Ansprüche, beläuft sich der Gesamtleistungsanspruch auf bis zu 1 470 Euro (= 980 Euro \times 1,5). Er kann zum Beispiel Tagespflege in Höhe von 980 Euro (= 100 vom Hundert) mit Pflegesachleistungen in Höhe von 490 Euro (= 50 vom Hundert) kombinieren.

Nimmt der Pflegebedürftige neben der Tages- und Nachtpflege das Pflegegeld nach § 37 in Anspruch, besteht neben dem vollen Anspruch auf Tages- und Nachtpflege noch ein hälftiger Anspruch auf Pflegegeld für die weiterhin zu Hause notwendige und selbst sichergestellte Pflege. Ebenso wird es – wie auch bei der Pflegesachleistung – umgekehrt ermöglicht, neben der halben Ausschöpfung des Anspruchs auf Tages- und Nachtpflege ein ungekürztes Pflegegeld nach § 37 zu erhalten. Bei einer höheren Inanspruchnahme der Tages- und Nachtpflege als 50 vom Hundert wird durch eine analoge Anwendung des § 38 sichergestellt, dass auch Pflegegeldbezieher von der Leistungsverbesserung adäquat profitieren.

Beispiel I

Ein Pflegebedürftiger der Pflegestufe II hat ab 1. Juli 2008 Anspruch auf Pflegegeld in Höhe von 420 Euro monatlich (wenn er nur Pflegegeld in Anspruch nimmt) oder Anspruch auf Tagespflege in Höhe von bis zu 980 Euro monatlich (wenn er nur Tagespflege in Anspruch nimmt). Kombiniert er beide Ansprüche und nimmt er die Tagespflegeleistung zu 100 vom Hundert in Anspruch, beläuft sich der Gesamtanspruch auf 980 Euro Tagespflege plus das halbe Pflegegeld in Höhe von 210 Euro (= 420 Euro \times 0,5).

Die erhöhte Gesamtleistung wirkt sich auch auf die Berechnung des **anteiligen Pflegegeldes** nach § 38 aus. Die Regelung stellt sicher, dass bei einer zusätzlichen Inanspruchnahme der Leistung der Tages- und Nachtpflege bis zu einer Höhe von 50 vom Hundert des Gesamtanspruchs der Anspruch auf ein anteiliges Pflegegeld weder gekürzt noch gegenüber solchen Pflegebedürftigen, die lediglich die Kombinationsleistung nach § 38 und keine Tages- und Nachtpflege – aus welchen Gründen auch immer – in Anspruch nehmen, angehoben wird. Näheres ergibt sich aus den nachfolgenden Beispielen (die Leistungsbeträge entsprechen der Pflegestufe II in der ab 1. Juli 2008 vorgesehenen Höhe von 980 Euro monatlich):

Beispiel I

Leistungsart	Leistungshöhe (Beträge ab 1. Juli 2008)
Leistung der Tages- und Nachtpflege	196 Euro = 20 vom Hundert
Pflegesachleistung	490 Euro = 50 vom Hundert
Anteiliges Pflegegeld	210 Euro = 50 vom Hundert

In Beispiel I ergibt sich nicht etwa ein Anspruch auf anteiliges Pflegegeld in Höhe von 80 vom Hundert, der Gesamtanspruch beläuft sich auf 120 vom Hundert; der Pflegebedürftige

könnte aber die Tages- bzw. Nachtpflege von 20 auf 50 vom Hundert aufstocken und somit den Gesamtanspruch von 150 vom Hundert ausschöpfen. Durch die geringfügige Inanspruchnahme der Leistung der Tages- und Nachtpflege ergibt sich keine Erhöhung der Kombinationsleistung nach § 38 im Verhältnis zu Pflegebedürftigen, die die Leistungen der Tages- und Nachtpflege nicht in Anspruch nehmen können bzw. wollen. Pflegesachleistung und Pflegegeld bleiben zusammen auf 100 vom Hundert begrenzt.

Beispiel II

Leistungsart	Leistungshöhe (Beträge ab 1. Juli 2008)
Leistung der Tages- und Nachtpflege	588 Euro = 60 vom Hundert
Pflegesachleistung	490 Euro = 50 vom Hundert
Anteiliges Pflegegeld	168 Euro = 40 vom Hundert

Bei einer Inanspruchnahme der Leistung der Tages- und Nachtpflege von über 50 vom Hundert wird hierdurch sichergestellt, dass Pflegebedürftige ihre Leistungsansprüche nach ihrer Wahl miteinander kombinieren und uneingeschränkt von dem Ausbau der Leistung profitieren können.

1.4.7. Kurzzeitpflege

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf vier Wochen im Kalenderjahr begrenzt, wobei die pflegebedingten Aufwendungen der Pflegekasse hierfür **1.470 €** im Kalenderjahr nicht übersteigen dürfen.

Wegen fehlender Kurzzeitpflegeeinrichtungen für Kinder **unter 18 Jahren** kann die Kurzzeitpflege künftig auch in anderen geeigneten Einrichtungen (z.B. Behinderteneinrichtung) als den zugelassenen Pflegeeinrichtungen durchgeführt werden. Der Anspruch auf Verhinderungspflege wird nicht angerechnet und steht zusätzlich zur Verfügung.

1.4.8. Anrechnung von Blindengeld auf Leistungen der Pflegeversicherung

Durch die Erhöhung der Pflegeleistungen erhöht sich auch die Anrechnung des Pflegegeldes auf das Blindengeld.

Pflegestufe	Betrag	Kürzung in %	Kürzungsbetrag
I	205,--- €	70 %	150,50 €
II	420,-- €	50 %	210,-- €
III	675,-- €	50 % von 420,-- €	210,-- €

Allerdings darf die Kürzung nicht mehr als 50 % des Blindengeldes betragen.

1.4.9. Vollstationäre Pflege in Pflegeheimen

Die Pflegekassen übernehmen die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege und der sozialen Betreuung monatlich pauschal für Pflegebedürftige:

- der Pflegestufe I in Höhe von **1.023 €**
- der Pflegestufe II in Höhe von **1.279 €**
- der Pflegestufe III in Höhe von **1.470 €**
- für Härtefälle in Höhe von **1.750 €**

Pflegeheime, denen es durch verstärkte aktivierende und rehabilitative Bemühungen gelingt, Pflegebedürftige in eine **niedrigere Pflegestufe** einzustufen, erhalten einen einmaligen Geldbetrag in Höhe von einheitlich **1.536 €**. Der Betrag entspricht der Differenz zwischen den Leistungsbeträgen der Pflegestufe II und der Pflegestufe I, der sich innerhalb eines halben Jahres ergibt.

Die Krankenversicherung erstattet der Pflegeversicherung den Betrag in Höhe von **1.536 €** für diejenigen pflegebedürftigen Menschen, für die innerhalb von 6 Monaten nach Begutachtung und Antragstellung keine notwendigen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht worden sind.

Das Pflegeheim hat für eine **Abwesenheit** des Pflegebedürftigen aus dem Pflegeheim für **bis zu 42 Tage** den Pflegeplatz freizuhalten. Dies gilt auch für einen 42 Tage überschreitenden Zeitraum bei einem Aufenthalt des Pflegebedürftigen in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung.

Betreuung demenzkranker Menschen

Die Betreuung demenziell erkrankter Pflegeheimbewohner wird deutlich verbessert. Für deren zusätzliche Betreuung werden von der Pflegeversicherung mittels eines Vergütungszuschlags zusätzliche Pflegekräfte voll finanziert, wobei das Gesetz als Orientierungsgröße **eine zusätzliche Pflegekraft** je 25 demenziell erkrankter Heimbewohner vorgibt. Mit der Zahlung des Vergütungszuschlags erwächst auch ein ausdrücklicher Anspruch des Pflegebedürftigen auf Erbringung der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung.

1.4.10. Pflege in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe

Hier ändert sich lediglich die Höhe des tageweisen Pflegegeldanspruchs bei Aufenthalt im Elternhaus oder während des Urlaubs außerhalb der Einrichtung.

Tageweiser Pflegegeldanspruch für Behinderte in Wohnstätten mit gleichzeitigem Werkstattbesuch bei Besuchstagen im Elternhaus

Pflegestufe	Anspruch Pflegegeld	Anspruch Sachleistung	Anteil für Kosten-Träger max.	Pflegegeld pro Tag/Elternhaus	Höchstbetrag für Pflege i. Elternhaus
I	215,-- €	420,-- €	256,-- €	7,17 €	164,-- €
II	420,-- €	980,-- €	256,-- €	14,00 €	420,-- €
III	675,-- €	1.470,-- €	256,-- €	22,50 €	675,-- €

1.4.11. Einführung einer Pflegezeit für Beschäftigte

Bei Pflege durch Angehörige in der häuslichen Umgebung wird für die Dauer von bis zu sechs Monaten ein Anspruch auf **unbezahlte Freistellung** von der Arbeit mit Rückkehrmöglichkeit (Pflegezeit) eingeführt. Der Anspruch besteht nicht gegenüber Arbeitgebern mit 15 oder weniger Beschäftigten.

Die notwendige soziale Absicherung in der Rentenversicherung ist nach Maßgabe des geltenden Rechts gewährleistet. Wo keine anderweitige Absicherung (insbesondere Familienmitversicherung) besteht, gewährt die Pflegeversicherung einen Beitragszuschuss in Höhe des **Mindestbeitrages** zur Kranken- und Pflegeversicherung. In der Arbeitslosenversicherung gilt für die Pflegezeit eine vergleichbare Rechtslage wie bei der Inanspruchnahme von Elternzeit. Bei der Pflegezeit zahlt die Pflegeversicherung Beiträge zur Fortführung der Versicherung.

Da Pflegebedürftigkeit auch sehr kurzfristig auftreten kann, wird für nahe Angehörige die Möglichkeit geschaffen, bis zu **zehn Arbeitstage** der Arbeit fernzubleiben.

Für Beamte, die sich für die Pflege eines Angehörigen freistellen lassen wollen, gelten die arbeitsrechtlichen Regelungen des Pflegezeitgesetzes nicht. Die Regelungen zur sozialen Flankierung der Pflegezeit, also die Ansprüche auf Zuschüsse zur Kranken- und Pflege-

versicherung, setzen ebenfalls eine Pflegezeit von Beschäftigten im Sinne des Pflegezeitgesetzes voraus. Für Beamte gelten unverändert die beamtenrechtlichen Vorschriften. Während Beschäftigte nach dem Pflegezeitgesetz eine Pflegezeit von bis zu sechs Monaten nehmen können, können sich Beamte nach den beamtenrechtlichen Vorschriften für bis zu zwölf Jahre zur Pflege eines Angehörigen von der Dienstleistung befreien lassen. Es wird in einem weiteren Schritt zu prüfen sein, ob und wie die für Beschäftigte geltenden Regelungen nach dem Pflegezeitgesetz und die flankierenden Vorschriften im Rahmen der Pflegeversicherung auf Beamte übertragen werden können.

Kündigungsverbot

Abgesichert wird dieser Anspruch auf Pflegezeit durch einen besonderen Kündigungsschutz des Arbeitnehmers. Gemäß § 5 Abs. 1 PflegeZG darf der Arbeitgeber das Arbeitsverhältnis von der Ankündigung bis zur Beendigung der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung nach § 2 oder der Pflegezeit nach § 3 grundsätzlich nicht kündigen. Nur in Ausnahmefällen kann die für den Arbeitsschutz zuständige oberste Landesbehörde eine Kündigung für zulässig erklären.

Nahe Angehörige im Sinne dieses Gesetzes sind

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

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.

1.4.12. Pflegeleistungsergänzungsgesetz – zusätzliche Betreuungsleistungen

Voraussetzungen für die Gewährung zusätzlicher Betreuungsleistungen ist, dass ein **erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung** im Sinne des § 45 a SGB XI vorliegt. Die Anerkennung als Pflegebedürftiger im Sinne des SGB XI ist nicht erforderlich. Somit können Versicherte, die die Voraussetzungen der Pflegestufe I nicht oder noch nicht erfüllen, die zusätzlichen Betreuungsleistungen ab 1.7.08 auch beanspruchen.

Der bisherige Leistungsanspruch in Höhe von 460 € pro Jahr wird zum 1.7.08 erhöht. Hinsichtlich des Betreuungsbetrags für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (§ 45b SGB XI) differenziert das Gesetz nunmehr zwischen **Grundbetrag (100 Euro/Monat)** und **erhöhtem Grundbetrag (200 Euro/Monat)**. Die Höhe des jeweiligen Anspruchs wird auf Empfehlung des MDK einzelfallbezogen festgelegt und dem Versicherten mitgeteilt. Wird die Leistung in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, so kann der nicht verbrauchte Betrag in das **folgende Kalenderhalbjahr** übertragen werden.

Grundlage für die Feststellung eines **erheblichen Bedarfs** an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung wegen erheblicher Einschränkung der Alltagskompetenz sind allein die im Gesetz genannten Kriterien:

1. unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauftendenz);
2. Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen;
3. unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen;
4. tötlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation;

5. im situativen Kontext inadäquates Verhalten;
6. Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen;
7. Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung;
8. Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben;
9. Störung des Tag-/Nacht Rhythmus;
10. Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren;
11. Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen;
12. ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten;
13. zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagtheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression.

Eine **erhebliche eingeschränkte Alltagskompetenz** (= 100 €/ Monat) liegt vor, wenn im Assessment wenigstens bei **zwei Items "Ja"** angegeben wird, davon mindestens einmal bei einem Item aus einem der Bereiche 1 bis 9.

Eine in **erhöhtem Maße eingeschränkte Alltagskompetenz** (= 200 €/ Monat) liegt vor, wenn die für die erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz **maßgeblichen Voraussetzungen** (siehe vorherigen Absatz) erfüllt sind und **zusätzlich bei mindestens einem weiteren Item** aus den Bereichen 1,2,3,4,5,9, und 11 ein „Ja“ angegeben wird.

Die Pflegekasse wird ab 1.7.2008 bei den Personen, die schon Anspruch auf die 460 € hatten zunächst auf die Leistungen bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (Anspruch auf 100 €/Monat) umstellen. Um die erhöhten Leistungen von 200 € pro Monat zu bekommen sollten Sie einen formlosen Antrag bei Ihrer Pflegekasse stellen.

Zusätzliche Betreuungsleistungen

- Zugelassene Pflegedienste mit besonderen Angeboten der allgemeinen Anleitung und Betreuung
Dieses Angebot erstreckt sich auf spezielle Hilfen der allgemeinen Anleitung und Beaufsichtigung mit den zentralen Inhalten der sozialen Betreuung bzw. tagesstrukturierender Maßnahmen. Ausgeschlossen sind von vornherein Leistungen der **Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung**. Damit ist klargestellt, dass die Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI ungeachtet des Leistungsumfanges der Pflegekasse nicht zu den erstattungsfähigen Eigenbelastungen gehören. Der zugelassene Pflegedienst erstellt über das Angebot an spezielle Hilfen der allgemeinen Anleitung und Beaufsichtigung ein Konzept, auf dessen Grundlage die Pflegekassen auf Landesebene über die Anerkennung als erstattungsfähige Betreuungsleistung entscheiden. Aus dem Konzept müssen insbesondere die Abgrenzung zu dem Regelangebot nach § 36 SGB XI, die Leistungen sowie die Qualität erkennbar werden.

Niedrigschwellige Betreuungsangebote

Zu den niedrigschwelligen Betreuungsangeboten zählen insbesondere Leistungen von/der

- Betreuungsgruppen für Menschen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (z. B. Alzheimergruppen),
- Helferinnenkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger/Lebenspartner bzw. Pflegepersonen im häuslichen Bereich,

- Agenturen zur Vermittlung von Betreuungsleistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf,
- Tagesbetreuung in Kleingruppen (Tagesmuttermodell) oder Einzelbetreuung,
- Familienentlastenden Dienste.

Voraussetzung für die Leistungserbringung ist, dass es sich um geförderte bzw. förderungsfähige Angebote nach § 45c SGB XI handelt. Um welche niedrigschwelligen Betreuungsangebote es sich im Einzelnen handelt, bestimmt das jeweilige Land auf der Grundlage einer Rechtsverordnung. Die anerkannten Betreuungsangebote werden vom Land bzw. einer vom Land bestimmten Stelle den Landesverbänden der Pflegekassen mitgeteilt.

Die Pflegekasse hat dem Pflegebedürftigen auf Wunsch eine Liste über die in seinem Einzugsbereich vorhandenen qualitätsgesicherten Betreuungsleistungen auszuhändigen. Dies ermöglicht dem Pflegebedürftigen und seinen Pflegepersonen eine Übersicht darüber zu erhalten, welche konkreten Leistungsangebote mit dem zusätzlichen Betreuungsbetrag in Anspruch genommen werden können.

2. Begutachtung durch den MDK – Medizinischen Dienst der Krankenversicherung

Der MdK untersucht den Versicherten in seinem **Wohnbereich**, wenn nicht aufgrund einer eindeutigen Aktenlage das Ergebnis der med. Untersuchung bereits feststeht. Es sollen bei der Untersuchung sowohl der medizinische Aspekt als auch die häusliche Pflege - und Versorgungssituation berücksichtigt werden.

der MdK prüft

- ob und in welchem Umfang Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit einschl. der med. Rehabilitation geeignet und zumutbar sind
- die Notwendigkeit der Versorgung der beantragten Pflegehilfsmittel

der MdK **soll einbeziehen** - soweit der Versicherte einwilligt -

- die behandelnden Ärzte des Versicherten, insbesondere die Hausärzte, in die Begutachtung
- die Angaben der Pflegeperson
- die Angaben des gesetzlichen Betreuers

der MdK holt ein

- ärztl. Auskünfte und Unterlagen über die für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit wichtigen Vorerkrankungen sowie Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit.

(Damit sollen Doppeluntersuchungen vermieden werden - die schriftl. Einwilligung des Versicherten ist erforderlich).

der MdK stellt fest

- ob und in welchem Umfang Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit geeignet, notwendig und zumutbar sind; hierzu zählen auch med. Rehabilitationsmaßnahmen.
- Alle Hilfsmittel/Pflegehilfsmittel/technischen Hilfen des Antragstellers, ungeachtet der Kostenträgerschaft, einschließlich Verbrauchsgüter sind aufzuführen. Aufzunehmen ist, ob die Hilfsmittel benutzt werden oder nicht und in welchem Umfang durch ihre Anwendung/Nichtanwendung die Pflege bei den im Gesetz definierten täglich wiederkehrenden Verrichtungen beeinflusst wird. Im Laufe der Begutachtung ist zu prüfen, ob durch den Hilfsmiteleinsatz der Hilfebedarf beeinflusst oder kompensiert wird. Kann durch

Schulung/Training des Hilfsmittelgebrauchs dieser pflegerelevant verbessert werden, hat der Gutachter dies im individuellen Pflegeplan anzugeben.

Die Pflegekassen sind ausdrücklich verpflichtet, die Versicherten und mit Einwilligung der Versicherten den behandelnden Arzt sowie den zuständigen Rehabilitationsträger über das Vorliegen einer Feststellung, dass im Einzelfall Leistungen zur **medizinischen Rehabilitation** angezeigt sind, unverzüglich in Kenntnis zu setzen. Diese Feststellung kann sowohl aufgrund der nach § 18 verbindlich zu erstellenden Empfehlung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung als auch aufgrund anderer der Pflegekasse vorliegender Informationen getroffen werden, wenn Leistungen zur Rehabilitation **erfolgversprechend** und **zumutbar** sind, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten.

Mit der **Zuleitung einer Mitteilung über den Rehabilitationsbedarf** eines Versicherten an den **zuständigen Rehabilitationsträger** wird ein **Antragsverfahren auf Leistungen** zur medizinischen Rehabilitation entsprechend den Vorschriften des Neunten Buches ausgelöst, sofern der Versicherte dem zugestimmt hat. Dadurch werden die in § 14 des Neunten Buches geregelten **Entscheidungsfristen** (drei Wochen, da in der Regel der zuständige Reha-Träger bekannt und eine weitere Begutachtung nicht erforderlich ist) in Gang gesetzt und dementsprechend zügig und transparent wird über den Anspruch und die Leistungserbringung entschieden.

Allerdings muss auch klargestellt werden, dass eine **Neubegutachtung nach Durchführung der Rehabilitationsmaßnahme** nur mit besonderer Begründung zu einer **Herabsetzung der Pflegestufe** führen darf. In der Praxis wird nämlich in vielen Fällen von den Gutachtern ohne hinreichende sachliche Grundlage unterstellt, dass eine Rehabilitationsmaßnahme automatisch den Hilfebedarf reduziert. Dabei wird verkannt, dass gerade bei pflegebedürftigen Menschen vor allem die Verhinderung der Verschlimmerung als maßgeblicher Rehabilitationserfolg anzusehen ist.

Für die Begutachtung von Kindern sollen Kinderärzte bzw. Fachkräfte eingesetzt werden.

Ergebnis der Prüfung

Der MDK teilt das Ergebnis seiner Prüfung der Pflegekasse in dem verbindlichen Formulargutachten (Punkt G "Formulargutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI") mit. Darin ist differenziert zu folgenden Sachverhalten Stellung zu nehmen:

- Vorliegen der Voraussetzungen für Pflegebedürftigkeit und Beginn der
- Pflegebedürftigkeit/Höherstufung,
- Pflegestufe,
- Prüfung, ob und inwieweit ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vorliegt,
- Vorliegen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz,
- Umfang der Pflegetätigkeit der jeweiligen Pflegeperson(en).

Darüber hinaus hat der MDK in einem Empfehlungsteil (individueller Pflegeplan)

- Aussagen über die im Bereich der pflegerischen Leistungen im Einzelfall erforderlichen Hilfen,
- Aussagen über notwendige Hilfs-/Pflegehilfsmittel und technische Hilfen,
- Vorschläge für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
- Vorschläge für Leistungen zur Prävention,
- Aussagen zur Prognose über die weitere Entwicklung der Pflegebedürftigkeit und zur Notwendigkeit der Wiederholungsbegutachtung sowie zum Zeitpunkt der

Wiederholungsbegutachtung
zu machen.

Ferner hat sich die Stellungnahme auch darauf zu erstrecken, ob die häusliche Pflege in geeigneter Weise sichergestellt ist. Der Gutachter ist aufgefordert ggf. Vorschläge zur Verbesserung/Veränderung der Pflegesituation abzugeben.

➤ **Hinweis:**

Bei der Untersuchung durch den MdK sollte nach Möglichkeit immer die Pflegeperson anwesend sein, da diese am besten Auskunft über die Pflegesituation erteilen kann. Der Pflegebedürftige muß nicht während der gesamten Begutachtung anwesend sein, was auch nicht unbedingt sinnvoll ist, da während der Begutachtung alle Defizite der pflegebedürftigen Person aufgezählt werden. Der Gutachter kann jedoch anbieten, den Pflegebedürftigen und die Pflegeperson getrennt zu befragen.

Bei Pflegebedürftigen, die unter gesetzlicher Betreuung stehen, ist der Betreuer zu der Begutachtung einzuladen, soweit dies in seinen Aufgabenkreis gehört.

Die Entscheidung über das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit und die Pflegestufe trifft die Pflegekasse unter maßgeblicher Berücksichtigung des MDK-Gutachtens.

Das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist in den Pflegebedürftigkeits-Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen und den Begutachtungs – Richtlinien vom 11.05.2006 (in Kraft getreten am 01.09.2006) verbindlich geregelt.

Die Begutachtung:

Die Erst- und Wiederholungsbegutachtung hat der MDK in der Regel im Wohnbereich des Antragstellers vorzunehmen. Dies gilt für Anträge auf häusliche und vollstationäre Pflege gleichermaßen. Der Antragsteller hat das Recht, sich während des Besuchs des Beistandes einer **dritten Person** zu bedienen.

Auswertung des Besuchs

Die an der Begutachtung beteiligten **Ärzte und Pflegefachkräfte** werten gemeinsam die beim o. g. Besuch erhobenen Befunde und die sonstigen Informationen aus.

Sollte ausnahmsweise im Rahmen dieser Auswertung eine abschließende Beurteilung nicht möglich sein, muss der Sachverhalt weiter aufgeklärt werden. Dazu ist zu entscheiden, ob ein zusätzlicher Besuch oder das Hinzuziehen von weiteren sachdienlichen Informationen erforderlich sind. Auch dieser Besuch muss schriftlich oder mündlich angekündigt oder vereinbart werden - unter Hinweis darauf, dass es sinnvoll sein kann, die an der Versorgung Beteiligten hinzuzuziehen.

Auch bei der Auswertung des Besuchs, insbesondere bei der Beurteilung von Behinderten oder psychisch Kranken und deren Hilfebedarf, kann die Beteiligung anderer Fachkräfte erforderlich sein, z. B. aus dem Bereich der Behindertenhilfe oder der Psychiatrie.

Verfahren bei bereits vorliegenden MDK-Gutachten zur Pflegebedürftigkeit

Bei einer **Wiederholungsbegutachtung** und bei Widerspruchsverfahren sind die beim MDK vorliegenden Gutachten beizuziehen. In dem neuen Gutachten ist die zwischenzeitliche Entwicklung zu würdigen und eingehend zu dokumentieren.

Die Empfehlung der Pflegestufe erfolgt anhand des festgestellten Hilfebedarfs. Wird eine niedrigere Pflegestufe empfohlen, so ist zusätzlich darzulegen, inwiefern sich der individuelle Hilfebedarf verringert hat.

Höherstufung

Bei einem Antrag auf Höherstufung (bei bereits anerkannter Pflegebedürftigkeit) entspricht das Verfahren dem eines Neuantrags.

Eine Höherstufung in eine andere Pflegestufe ist nur dann möglich, wenn der erhöhte Pflegebedarf auf Dauer, d.h. voraussichtlich für mindestens sechs Monate – gerechnet ab Eintritt des erhöhten Pflegebedarfs der höheren Pflegestufe – besteht.

Wiederholungsbegutachtung

Eine Wiederholungsbegutachtung erfolgt in angemessenen Abständen. Arzt und Pflegefachkraft empfehlen den Termin und begründen eine Wiederholungsbegutachtung nach Lage des jeweiligen Einzelfalls (Pos. 8 und 9 des Gutachtens).

Aufgrund der Rechtsprechung des BSG vom 13.03.2001 hat das Bundesversicherungsamt zu Wiederholungsbegutachtungen Grundsätze zu Intervallen der Begutachtungen aufgestellt:

- Als angemessenen Abstand für Wiederholungsbegutachtungen bei Kindern werden 2 Jahre angesehen. Es sei denn der Gutachter hat eine Empfehlung in Form eines geringeren Abstandes abgegeben.
- Bei den übrigen Pflegebedürftigen ist der Zeitpunkt der Wiederholungsbegutachtung, die im Regelfall in häuslicher Umgebung zu erfolgen hat, einzelfallbezogen unter Einbeziehung der pflegebegründeten Diagnosen, der Prognose und des Alters festzulegen, spätestens jedoch nach 5 Jahren. Eine Ausnahme von der grundsätzlichen Verpflichtung der Pflegekasse eine Wiederholungsbegutachtung zu veranlassen, ist nur dann anzunehmen, wenn im Gutachten eindeutig und nachvollziehbar dokumentiert ist, dass eine Änderung des Gesundheitszustandes nicht zu erwarten ist. Diese Ausnahmen seien dann möglich, wenn im Gutachten eindeutig und nachvollziehbar dokumentiert ist, dass eine Änderung des Gesundheitszustandes nicht zu erwarten ist. Das gilt insbesondere bei Härtefällen und hochbetagten Pflegebedürftigen der Pflegestufe III.

Widerspruch

Wird im Rahmen eines Widerspruchsverfahrens nach Auffassung der Pflegekasse eine erneute Begutachtung erforderlich, ist der entsprechende Auftrag zusammen mit der von der Pflegekasse zur Verfügung gestellten Kopie des Widerspruchsschreibens den Erstgutachtern vorzulegen. Diese prüfen, ob sie aufgrund neuer Aspekte zu einem anderen Ergebnis als im Erstgutachten kommen.

Revidieren die Erstgutachter ihre Entscheidung nicht, ist das Zweitgutachten von einem anderen Arzt und/oder einer anderen Pflegefachkraft zu erstellen. Die Zweitbegutachtung hat ebenfalls in häuslicher Umgebung bzw. in der vollstationären Pflegeeinrichtung stattzufinden, es sei denn, dass in dem Erstgutachten die Pflegesituation ausreichend dargestellt wurde. Dies ist im Zweitgutachten unter Würdigung des Widerspruchs detailliert zu begründen. Bei der Zweitbegutachtung ist die zwischenzeitliche Entwicklung zu würdigen, der Zeitpunkt eventueller Änderungen der Pflegesituation gegenüber dem Erstgutachten zu benennen und ggf. auf die jeweilige Begründung des Widerspruchs einzugehen. Bei der Bearbeitung von Widersprüchen Behinderter oder psychisch Kranker kann es zur ganzheitlichen Beurteilung der Pflegesituation erforderlich sein, andere Fachkräfte, z. B. aus dem Bereich der Behindertenhilfe oder der Psychiatrie, zu beteiligen.

Rückstufung

Ist ein Pflegebedürftiger nach Zuordnung in die Pflegestufe II oder III in eine geringere Pflegestufe einzustufen, weil beispielsweise die Pflegebedürftigkeit durch eine Leistung zur Rehabilitation gemindert werden konnte, sind die Leistungen nach den §§ 36 bis 44 SGB XI für die Zukunft zu vermindern. Fällt die Pflegebedürftigkeit weg bzw. sinkt sie unter die Pflegestufe I, ist die Leistungszusage für die Zukunft aufzuheben.

Formen der Hilfeleistungen

Der Bedarf an Hilfe beruht darauf, dass die Fähigkeit, bestimmte Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auszuüben, eingeschränkt oder nicht vorhanden ist.

Bei den Formen der Hilfe werden die **Unterstützung**, die **teilweise oder vollständige Übernahme** der Verrichtung sowie die **Beaufsichtigung** und **Anleitung** unterschieden.

Individuelle Hilfeleistungen können dabei aus einer Kombination einzelner Hilfeformen zusammengesetzt sein oder im Tagesverlauf wechselnde Hilfeformen bedingen. Sie sind dann in ihrer Gesamtheit zu werten. Ziel der Hilfe ist, so weit wie möglich, die eigenständige Übernahme der Verrichtungen durch die pflegebedürftige Person.

Unterstützung bedeutet, den Antragsteller durch die Bereitstellung sächlicher Hilfen in die Lage zu versetzen eine Verrichtung selbständig durchzuführen. Dazu gehört z. B. beim Gehen die Bereitstellung eines Rollators. Eine Unterstützung z. B. beim Waschen liegt dann vor, wenn eine Person sich zwar selbst waschen kann, aber das Waschwasser bereitgestellt, nach dem Waschen beseitigt oder ein Waschlappen gereicht werden muss. Ein weiteres Beispiel ist das Bereitlegen geeigneter Kleidungsstücke im Rahmen des An- und Auskleidens.

Bei der **teilweisen Übernahme** werden in Abgrenzung zur Unterstützung unmittelbare personelle Hilfen bei der Durchführung einer Verrichtung berücksichtigt. Teilweise Übernahme bedeutet, dass die Pflegeperson den Teil der Verrichtungen des täglichen Lebens übernimmt, den der Antragsteller selbst nicht ausführen kann. Eine teilweise Übernahme der Verrichtung liegt dann vor, wenn eine personelle Hilfe zur Vollendung einer teilweise selbständig erledigten Verrichtung benötigt wird. Eine teilweise Übernahme des Waschens liegt z. B. dann vor, wenn Gesicht und Teile des Körpers selbständig gewaschen werden, für das Waschen der Füße und Beine aber die Hilfe einer Pflegeperson benötigt wird. Auch wenn eine Verrichtung begonnen, aber z. B. wegen Erschöpfung abgebrochen wird, kann eine teilweise Übernahme der Verrichtung notwendig werden. Bei geistig behinderten, gerontopsychiatrisch veränderten oder psychisch kranken Menschen kann eine teilweise Übernahme dann erforderlich werden, wenn der Antragsteller von der eigentlichen Verrichtung wiederholt abschweift oder die Verrichtung trotz Anleitung zu langsam und umständlich ausführt. In einem solchen Fall muss z. B. das Waschen wegen der Gefahr des Auskühlens von der Pflegeperson durch eine teilweise Übernahme zu Ende gebracht werden.

Vollständige Übernahme bedeutet, dass die Pflegeperson alle Verrichtungen ausführt, die der Antragsteller selbst nicht ausführen kann. Eine vollständige Übernahme liegt dann vor, wenn die Pflegeperson die Verrichtung ausführt und der Antragsteller dabei keinen eigenen Beitrag zur Vornahme der Verrichtung leisten kann. Die Hilfeform der vollständigen Übernahme greift erst dann, wenn alle anderen Hilfeformen nicht in Betracht kommen.

Bei der **Beaufsichtigung** steht zum einen die Sicherheit beim konkreten Handlungsablauf der Verrichtungen im Vordergrund. Z. B. ist Beaufsichtigung beim Rasieren erforderlich, wenn durch unsachgemäße Benutzung der Klinge oder des Stroms eine Selbstgefährdung gegeben ist. Zum anderen kann es um die Kontrolle darüber gehen, ob die betreffenden Verrichtungen

in der erforderlichen Art und Weise durchgeführt werden. Eine Aufsicht, die darin besteht zu überwachen, ob die erforderlichen Verrichtungen des täglichen Lebens überhaupt ausgeführt werden, und lediglich dazu führt, dass gelegentlich zu bestimmten Handlungen aufgefordert werden muss, reicht nicht aus. Nur konkrete Beaufsichtigung, Überwachung und/oder Erledigungskontrollen sind zu berücksichtigen, die die Pflegeperson in zeitlicher und örtlicher Hinsicht in gleicher Weise binden wie bei unmittelbarer personeller Hilfe. Eine allgemeine Beaufsichtigung zählt nicht dazu.

Anleitung bedeutet, dass die Pflegeperson bei einer konkreten Verrichtung den Ablauf der einzelnen Handlungsschritte oder den ganzen Handlungsablauf anregen, lenken oder demonstrieren muss. Dies kann insbesondere dann erforderlich sein, wenn der Antragsteller trotz vorhandener motorischer Fähigkeiten eine konkrete Verrichtung nicht in einem sinnvollen Ablauf durchführen kann. Zur Anleitung gehört auch die **Motivierung** des Antragstellers zur selbständigen Übernahme der regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens.

Beaufsichtigung und Anleitung zielen darauf, dass die regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in sinnvoller Weise vom Antragsteller selbst durchgeführt werden. Beaufsichtigung und Anleitung bei diesen Verrichtungen richten sich auch darauf,

- körperliche, psychische und geistige Fähigkeiten zu fördern und zu erhalten (z. B. Orientierung zur eigenen Person und in der Umgebung),
- Selbst- oder Fremdgefährdung zu vermeiden (z. B. durch unsachgemäßen Umgang mit Strom, Wasser oder offenem Feuer),
- Ängste, Reizbarkeit oder Aggressionen beim Antragsteller abzubauen.

Ein unabhängig von den in § 14 Abs. 4 SGB XI genannten Verrichtungen erforderlicher allgemeiner Aufsichts- und Betreuungsbedarf (z. B. eines geistig behinderten Menschen) ist bei der Feststellung des Hilfebedarfs nicht zu berücksichtigen. Dies gilt auch für die allgemeine Beaufsichtigung und Betreuung zur Vermeidung einer Selbst- oder Fremdgefährdung.

Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens

Die Verrichtungen des tägl. Lebens sind in 4 Gruppen unterteilt:

im Bereich der Körperpflege:

1. das Waschen
2. das Duschen
3. das Baden
4. die Zahnpflege
5. das Kämmen
6. das Rasieren
7. die Darm - und Blasenentleerung

im Bereich der Körperpflege:

1. das Waschen
2. das Duschen
3. das Baden
4. die Zahnpflege
5. das Kämmen
6. das Rasieren
7. die Darm - und Blasenentleerung

im Bereich der Mobilität :

10. das Aufstehen und Zu-Bett-Gehen
11. das An - und Auskleiden
12. das Gehen
13. das Stehen
14. das Treppensteigen
15. das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung

im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung:

16. das Einkaufen
17. das Kochen
18. das Reinigen der Wohnung
19. das Spülen
20. das Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung
21. das Beheizen

Pflegestufen

Die Leistungen der Pflegeversicherung für Pflegebedürftige (und auch für eine Pflegeperson) sind nach Pflegestufen gestaffelt. Maßgeblich dafür ist der Umfang und die Häufigkeit der benötigten Hilfen bei der Körperpflege, der Ernährung, der Mobilität und der hauswirtschaftlichen Versorgung. Die jeweils zutreffende Pflegestufe wird bei Feststellung der Pflegebedürftigkeit bestimmt.

Es gibt drei Pflegestufen:**Pflegestufe I****Erheblich Pflegebedürftige:**

- Hilfebedarf besteht einmal täglich bei wenigstens zwei Verrichtungen aus den Bereichen Körperpflege, Ernährung oder Mobilität und zusätzlich mehrfach in der Woche bei der hauswirtschaftlichen Versorgung.

Der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt mindestens 90 Minuten betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen.

Pflegestufe II**Schwerpflegebedürftige:**

- Hilfebedarf besteht dreimal täglich zu verschiedenen Zeiten für Verrichtungen aus den Bereichen Körperpflege, Ernährung oder Mobilität und zusätzlich mehrfach in der Woche bei der hauswirtschaftlichen Versorgung.

Der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt mindestens drei Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen.

Pflegestufe III

Schwerstpflegebedürftige:

- Hilfebedarf besteht rund um die Uhr – auch nachts - bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität und zusätzlich mehrfach in der Woche bei der hauswirtschaftlichen Versorgung.

Der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt mindestens fünf Stunden betragen. Auf die Grundpflege müssen mindestens vier Stunden entfallen.

➤ Hinweis:

Nachtpflege findet in der Zeit von 22.00 – 06.00 Uhr statt und beinhaltet eine zeitlich **unvorhersehbare regelmäßige Pflege**.

Besonderheiten der Ermittlung des Hilfebedarfs bei Kindern einschließlich Zeitbemessung

Das zu begutachtende Kind ist zur Feststellung des Hilfebedarfs mit einem gesunden Kind gleichen Alters zu vergleichen. Maßgebend für die Beurteilung des Hilfebedarfs bei einem Säugling oder Kleinkind ist nicht der natürliche altersbedingte Pflegeaufwand, sondern nur der darüber hinausgehende Hilfebedarf. Bei kranken oder behinderten Kindern ist der zusätzliche Hilfebedarf zu berücksichtigen, der sich z. B. als Langzeitfolge einer angeborenen Erkrankung oder Behinderung, einer intensivmedizinischen Behandlung oder einer Operation im Bereich der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität ergibt und u. a. in häufigen Mahlzeiten oder zusätzlicher Körperpflege bzw. Lagerungsmaßnahmen bestehen kann. **Im ersten Lebensjahr liegt Pflegebedürftigkeit nur ausnahmsweise vor; die Feststellung bedarf einer besonderen Begründung.**

Ein solcher Ausnahmefall liegt z. B. bei Säuglingen mit schweren Fehlbildungen sowie angeborenen oder früh erworbenen schweren Erkrankungen eines oder mehrerer Organsysteme vor, wodurch bei der häuslichen Pflege in der Regel die Nahrungsaufnahme erheblich erschwert und um Stunden zeitaufwendiger wird, im Ausnahmefall auch die Körperpflege um ein Vielfaches umfangreicher und zeitaufwendiger erfolgen muss.

Bei der Beurteilung des Hilfebedarfs kranker oder behinderter Kinder ist davon auszugehen, dass der Hilfebedarf (inklusive Beaufsichtigungs- und Anleitungsbedarf) zeitaufwendiger sein kann als bei einem gesunden Kind. So kann die Nahrungsaufnahme z. B. bei einigen seltenen Syndromen oder schweren Cerebralpareesen, die mit ausgeprägten Störungen der Mundmotorik einhergehen, erheblich erschwert sein. Der Hilfebedarf bei den einzelnen Verrichtungen ist konkret bezüglich des Zeitaufwandes, der Häufigkeit und der Hilfeform zu erfassen und zu dokumentieren. Die Angaben eines Pflegetagebuches sind im Hinblick auf die Erfassung der geleisteten Hilfe zu berücksichtigen.

Bei kranken oder behinderten Kindern erfolgt im Bereich der Grundpflege und der Hauswirtschaft nur die Erfassung und Dokumentation des krankheits- bzw. behinderungsbedingten Mehrbedarfes für die jeweiligen Verrichtungen. Gesunde und altersentsprechend entwickelte Kinder erlernen im Laufe ihrer Entwicklung die einzelnen Verrichtungen in unterschiedlichem Alter und mit einer teils sehr großen Variationsbreite. Gleichwohl ist aus Gründen der Begutachtung nach einheitlichen Maßstäben eine Pauschalierung notwendig. Deshalb wird in der nachfolgenden Tabelle für die einzelnen Verrichtungen (§ 14 SGB XI) der Hilfebedarf angegeben, den erfahrungsgemäß fast alle der altersentsprechend entwickelten und gesunden

Kinder bei diesen Verrichtungen benötigen. Insofern handelt es sich um eine Hilfebedarfstabelle und nicht um eine "Entwicklungstabelle" eines gesunden Kindes.

Erläuterungen zum Pflegeaufwand eines gesunden Kindes:

Körperpflege

Es wird eine Ganzkörperwäsche täglich zugrunde gelegt, die alternativ mit gleichem Zeitaufwand in der Dusche, Badewanne oder am Waschbecken stattfinden kann. Dies ist in der Tabelle unter Duschen/Waschen = GK dargestellt. Zusätzlich zur GK wird täglich eine Teilkörperwäsche (Hände, Gesicht, Achselhöhlen ggf. Intimbereich) berücksichtigt. Die zusätzliche Reinigung von Händen und Gesicht in Zusammenhang mit den Mahlzeiten ist der Teilwäsche H/G zugeordnet.

Ernährung

Ab einem Lebensalter von 1½ Jahren werden 3 Hauptmahlzeiten und eine Zwischenmahlzeit zugrunde gelegt. Zusätzlich zweimaliges Bereitstellen bzw. Reichen von Getränken in der Zwischenzeit.

Mobilität

Beim Aufstehen/Zubettgehen, Stehen (= Transfer) und beim Treppensteigen wird jede Handlung einzeln gezählt (z. B. Hin- und Rückweg).

Beim An- und Auskleiden wird das Auskleiden der Nachtwäsche und das Ankleiden der Tagesbekleidung als ein Vorgang gewertet wie das zwischenzeitliche Wechseln verschmutzter Oberbekleidung.

Zum Transfer (Verrichtung "Stehen") zählt das Hochnehmen oder das Ablegen des Kindes (z. B. von der Wickelkommode, aus dem Laufstall/Kinderwagen) sowie der Transfer in die Dusche oder Badewanne. Diese Transferleistungen nehmen nur Sekunden in Anspruch, so dass trotz hoher Häufigkeit der Durchführung nur ein Zeitwert von 2 Minuten im Tagesdurchschnitt angesetzt wird.

Beim Gehen werden die Wege zum Wickeln, zum Essen, zur Toilette und zurück berücksichtigt. Ab 1½ Jahren ist ein Kind zwar gehfähig, es benötigt aber weiterhin eine Anleitung zum zielgerichteten Gehen zu den Verrichtungen.

Der Hilfebedarf beim Treppensteigen ist abhängig von der individuellen Wohnsituation zu bewerten. Nur wenn tatsächlich Treppensteigen zur Durchführung der Verrichtungen erforderlich ist, kann ein Zeitwert für ein gesundes Kind berücksichtigt werden.

Da bei gesunden Kindern regelmäßige (mindestens einmal wöchentlich) Arzt- und Therapeutenbesuche nicht erforderlich sind, wird kein Zeitwert für die Verrichtung Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung angegeben.

Der Hilfebedarf bei Kindern in der Hauswirtschaft ist individuell festzustellen. Hierbei kann es sich um die hauswirtschaftlichen Leistungen handeln, die unmittelbar aus der Krankheit/Behinderung resultieren (häufigeres Waschen der Kleidung). Es kann sich auch um Leistungen handeln, die üblicherweise ein gesundes Kind im Haushalt leisten könnte, durch das kranke oder behinderte Kind aber nicht erbracht werden können (z. B. Abtrocknen des Geschirrs, Müllentsorgung).

Im Allgemeinen ist davon auszugehen, dass gesunde Kinder bis zur Vollendung des 8. Lebensjahres keine nennenswerten hauswirtschaftlichen Leistungen erbringen. Dennoch zeigen die Erfahrungen bei der Begutachtung, dass ein Mehrbedarf in der Hauswirtschaft in aller Regel erfüllt ist. Dies rechtfertigt es, bei bestehendem Mehrbedarf mit Hinweis auf das Alter des Kindes (unter 8 Jahre) nicht im Einzelnen den Mehrbedarf im Gutachten zu dokumentieren. In diesem Fall kann bei bestehendem Grundpflegemehrbedarf, der die Kriterien der

Pflegestufe I erfüllt, ein hauswirtschaftlicher Mehrbedarf von wenigstens 45 Minuten zugrunde gelegt werden. Bei einem Grundpflegemehrbedarf, der die Kriterien der Pflegestufen II oder III erfüllt, kann ein hauswirtschaftlicher Mehrbedarf von wenigstens 60 Minuten zugrunde gelegt werden.

Bei Kindern nach vollendetem 8. Lebensjahr ist dem gegenüber der hauswirtschaftliche Mehrbedarf spezifiziert zu dokumentieren. Ist der bestehende Mehrbedarf jedoch nicht quantitativ spezifiziert darstellbar, ist dies zu begründen. In diesen Fällen kann im Hinblick auf die Erfahrungswerte bei bestehendem Grundpflegemehrbedarf, der die Kriterien der Pflegestufe I erfüllt, ein hauswirtschaftlicher Mehrbedarf von wenigstens 45 Minuten zugrunde gelegt werden. Bei einem Grundpflegemehrbedarf, der die Kriterien der Pflegestufen II oder III erfüllt, kann ein hauswirtschaftlicher Mehrbedarf von wenigstens 60 Minuten zugrunde gelegt werden.

Pflegeaufwand eines gesunden Kindes in Minuten

Bedarf des Kindes	Säugling		Kleinkind			Kindergarten			Grundschule				Weiterführende Schule	
	0 - ½	½ - 1	1-1½	1½-2	2 - 3	3 - 4	4 - 5	5 - 6	6 - 7	7 - 8	8 - 9	9 - 10	10- 11	11-12
Zeit in Minuten / täglich	Zeit in Minuten		Zeit in Minuten			Zeit in Minuten			Zeit in Minuten				Zeit in Minuten	
Körperpflege														
Waschen = Teilwäsche + H/G	10	10	12	12	10	10	8	6	4	2	-	-	-	-
Duschen/Baden = GK	15	18	18	18	15	15	12	12	10	6	4	2	-	-
Zahnpflege	0	2	5	6	12	12	9	6	3	3	-	-	-	-
Kämmen	1	2	3	3	4	4	3	3	2	-	-	-	-	-
Darm-Blasenentleerung	35	30	28	32	40	35	15	5	3	-	-	-	-	-
Summe Körperpflege	61	62	66	71	81	76	47	32	22	11	4	2	-	-
Ernährung														
mundgerechte Zubereitung	5	5	8	8	8	6	4	3	2	2	-	-	-	-
Nahrungsaufnahme	140	120	100	80	20	15	6	-	-	-	-	-	-	-
Summe Ernährung	145	125	108	88	28	21	10	3	2	2	-	-	-	-
Mobilität														
Aufstehen / Zubettgehen	10	10	12	15	15	15	10	5	5	4	2	2	-	-
An-/Auskleiden	10	16	20	20	15	15	10	5	5	4	2	2	-	-
Gehen	10	10	10	12	8	4	-	-	-	-	-	-	-	-
Stehen / Transfer	2	2	2	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Verlassen/Wiederaufsuchen der Wohnung *														
Summe Mobilität	32	38	44	49	40	34	20	10	10	8	4	4	-	-
Gesamtsumme	238 - 225	225 - 218	218 - 208	208- 169	169- 138	138- 88	88-52	52-35	35-21	21-10	10-6	6-0	-	-
Treppensteigen	4	4	4	8	6	4	-	-	-	-	-	-	-	-
Gesamtsumme m. Treppensteigen	242 bis 229	229 bis 222	222- 216	216- 175	175- 142	142- 88	88-52	52-35	35-21	21-10	10-6	6-0	-	-

*Regelmäßige Arzt- oder Therapeutenbesuche fallen bei einem gesunden Kind nicht an.

Leistungen für die Pflegeperson

Pflegepersonen sind nach der Definition des § 19 SGB XI Personen, die nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen im Sinne des § 14 SGB XI regelmäßig wenigstens **14 Stunden** wöchentlich in seiner häuslichen Umgebung pflegen. Zu den Pflegepersonen in diesem Sinne gehören in erster Linie Familienangehörige, Verwandte, aber auch Nachbarn, Freunde und sonstige ehrenamtliche Helfer. Darüber hinaus können auch Berufstätige bzw. Selbstständige ehrenamtliche Pflegepersonen sein, wenn trotz der Berufstätigkeit bzw. selbstständigen Tätigkeit eine angemessene Versorgung und Betreuung des Pflegebedürftigen sichergestellt wird. Eine Absicherung dieser Personen in der gesetzlichen Rentenversicherung erfolgt allerdings nur dann, wenn die parallel zur Pflege ausgeübte Erwerbstätigkeit **30 Stunden** in der Woche nicht übersteigt; auf die Art der anderweitigen Erwerbstätigkeit kommt es dabei nicht an.

Die Versicherungspflicht in der Rentenversicherung tritt nicht ein, wenn die Pflegeperson neben der Pflege mehr als 30 Stunden in der Woche erwerbstätig ist.

Die Höhe der Beiträge richtet sich nach dem Schweregrad der Pflegebedürftigkeit und dem sich daraus ergebenden Umfang notwendiger Pflegetätigkeit.

Unfallversicherung

Über die Alterssicherung hinaus sind die Pflegepersonen während der pflegerischen Tätigkeit auch in den Schutz der Unfallversicherung einbezogen. Es ist nicht mehr Voraussetzung, dass diese Pflegeperson den Pflegebedürftigen mind. 14 Stunden in der Woche pflegt.

Bei Pflegeunfällen gehen die Leistungen der Unfallversicherung sehr viel weiter als in der Krankenversicherung.

Bei einem Pflegeunfall bitte sofort den Unfallarzt auf den **bei der Pflege erlittenen Unfall** hinweisen.