

BIP – 11 mal im Kreis Recklinghausen

Ratgeber zur Pflegerbegutachtung

Pflegegrad?

Module?

Selbstständig?

3. Auflage



**KREIS
RECKLINGHAUSEN**
DER VESTISCHE KREIS

BIP-Kreishaus

Stand: Januar 2023, 3. Auflage
Kurt-Schumacher-Allee 1
45657 Recklinghausen

Kontakt:

☎ 02361 53-26 39 oder 53-20 26
E-Mail: bip@kreis-recklinghausen.de
Internet: www.kreis-recklinghausen.de



Vorwort

Das Zweite Pflegestärkungsgesetzes ist am 1. Januar 2017 in Kraft getreten. Der Begriff der Pflegebedürftigkeit wurde neu definiert und ein Begutachtungsinstrument (BI) zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit eingeführt.

Der Maßstab für die Begutachtung ist der Grad der Selbstständigkeit des Menschen. Im Mittelpunkt steht die Frage, wie selbstständig jemand seinen Alltag bewältigen kann. Dazu gehört auch die Begutachtung seiner Fähigkeiten, selbstständig zu leben. Seitdem werden auch Menschen mit geistiger oder seelischer Veränderung - dazu zählen vor allem auch Menschen mit Demenz – stärker berücksichtigt. Am 22. März 2021 wurde eine überarbeitete Fassung der Richtlinien zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit beschlossen, die seit Sommer 2021 angewendet wird.

In die neuen Begutachtungsrichtlinien (BRi) sind deutschlandweite Erfahrungen und Erkenntnisse des **Medizinischen Dienstes** (MD, früher MDK) eingeflossen.

Wenn eine versicherte Person einen Antrag auf Pflegeleistungen bei ihrer Pflegekasse stellt, wird der regional zuständige Medizinische Dienst (MD) mit der Begutachtung beauftragt. Bei der Bundesknappschaft wird die Begutachtung durch den **Sozialmedizinischen Dienst** (SMD) durchgeführt, als neutraler Dienstleister für alle privaten Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen übernimmt das Unternehmen „Medicproof“ diese Aufgabe. Während der Begutachtung wird geprüft, ob die Voraussetzungen für eine Pflegebedürftigkeit gegeben sind und wenn ja, welcher Pflegegrad vorliegt. Weiterhin wird begutachtet, ob die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln oder die Wohnraumsituation angemessen ist, und welche Leistungen zur Prävention oder Rehabilitation empfohlen werden.

Bei der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst wird in verschiedenen Lebensbereichen (Module) untersucht, was der Mensch noch alleine kann und was nicht. Zentrale Fragen sind hier:

*Was kann die Person noch selbstständig/allein?
Wobei besteht Unterstützungsbedarf und wie viel/wie häufig?*

Wenn jemand als pflegebedürftig anerkannt wird, wird er - je nach Ausprägung des Hilfebedarfs – durch die Pflegekasse in einen der fünf Pflegegrade eingeordnet. Dazu dient das Gutachten, welches der Pflegekasse und der begutachteten Person zugeleitet wird. Die Pflegekasse entscheidet auf Basis der Begutachtung über die Art und Höhe der zu gewährenden Leistungen.

Ablauf: Wer gesetzlich versichert ist, hat automatisch auch eine Pflegekasse. Der Antrag auf Pflegeleistungen kann entweder telefonisch oder schriftlich bei der Krankenkasse gestellt werden. Nachdem der ausgefüllte Antrag bei der Pflegekasse eingeht wird der Medizinische Dienst beauftragt, eine Begutachtung vorzunehmen.



Für den Gutachter ist es nicht immer eine leichte Aufgabe ein Gutachten zu erstellen, da es sich um eine Momentaufnahme handelt.

Betroffene und Angehörige sollten sich daher gründlich auf diesen "entscheidenden" Termin vorbereiten. Dazu gehört zu wissen, wie eine Begutachtung abläuft, was genau begutachtet wird, und wie sich später der Pflegegrad errechnet.

Bei vorliegenden Entlassungsberichten aus dem Krankenhaus oder Attesten von Ärzten ist es sinnvoll, diese dem Gutachter vorzulegen. Auch wird erfragt, welche Medikamente wie häufig eingenommen werden oder welche Hilfsmittel bereits genutzt werden.

Dieser Ratgeber zur Pflegebegutachtung soll Ihnen helfen, sich auf die Begutachtung vorzubereiten und diese zu verstehen sowie die nötigen Hintergrundinformationen eröffnen.

Es werden die einzelnen Pflegegrade beschrieben, und welche Leistungen der Pflegeversicherung von Ihnen in Anspruch genommen werden können.

Sollten Sie mit dem Ergebnis der Begutachtung nicht einverstanden sein, steht Ihnen der Rechtsweg offen, d. h. Sie können einen Widerspruch einlegen. Auch dabei ist Ihnen dieser Ratgeber eine wertvolle Hilfe. Sie können vergleichen, ob die im Gutachten beurteilte Selbstständigkeit in den verschiedenen Lebensbereichen Ihren persönlichen Einschätzungen entspricht.

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

Haben Sie weitere Fragen zur Begutachtung oder zu anderen Pflegefragen, dann sind wir Berater*innen der Beratungs- und Infocenter Pflege (BIP) gerne für Sie da. Im Kreis Recklinghausen sind wir an 11 Standorten vertreten. **Die Ansprechpartner finden Sie auf der Rückseite dieses Ratgebers.**

Ihre BIP-Berater*innen im Kreis Recklinghausen
Recklinghausen, im Januar 2023

3. Auflage Stand: Januar 2023



INHALTSVERZEICHNIS

<i>Der Pflegebedürftigkeitsbegriff.....</i>	<i>5</i>
<i>Die Begutachtungsrichtlinien.....</i>	<i>6</i>
<i>Was heißt denn hier selbstständig?.....</i>	<i>7</i>
Die Module	
<i>1. Mobilität.....</i>	<i>9</i>
<i>2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten.....</i>	<i>10</i>
<i>3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen.....</i>	<i>12</i>
<i>4. Selbstversorgung.....</i>	<i>14</i>
<i>5. Bewältigung und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen.....</i>	<i>16</i>
<i>6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.....</i>	<i>18</i>
<i>7. Außerhäusliche Aktivitäten</i>	<i>19</i>
<i>8. Haushaltsführung.....</i>	<i>20</i>
<i>Wie wird der Pflegegrad berechnet?.....</i>	<i>20</i>
<i>Beispiel Berechnung des Pflegegrades.....</i>	<i>22</i>
<i>Die Begutachtung.....</i>	<i>23</i>
<i>Empfehlungen zu Prävention, Rehabilitation und Hilfsmittel.....</i>	<i>27</i>
<i>Begutachtung bei Kindern.....</i>	<i>28</i>
<i>Was kommt nach der Begutachtung?.....</i>	<i>29</i>
<i>Ihr gutes Recht.....</i>	<i>30</i>
<i>Beratungseinsätze bei häuslicher Pflege.....</i>	<i>32</i>
<i>Anspruch auf Pflegezeit.....</i>	<i>32</i>
<i>Pflegezeitgesetz und Familienpflegezeitgesetz.....</i>	<i>33</i>
<i>Pflegeleistungen auf einen Blick.....</i>	<i>35</i>
<i>Was fehlt?.....</i>	<i>37</i>
<i>Quellenachweis.....</i>	<i>37</i>

Der Pflegebedürftigkeitsbegriff

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

§ 14 (1) SGB XI

„Pflegebedürftig im Sinne des Buches sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeit aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate und mit mindestens der in § 15 SGB IX festgelegten Schwere bestehen

(2)

Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten sind die in den folgenden sechs Bereichen genannten pflegefachlich begründeten Kriterien (6 Module):

1. Mobilität

2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

4. Selbstversorgung

5. Umgang mit krankheitsbedingten Anforderungen und Belastungen

6. Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte.

Zur weiteren Erläuterung:

Eine Beeinträchtigung der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate bestehen, damit eine Pflegebedürftigkeit vorliegt.

Somit wird zum einen festgelegt, dass nur Zeiträume von mindestens sechs Monaten die Voraussetzung „auf Dauer“ erfüllen, zum anderen wird aber auch deutlich, dass bereits vor Ablauf von sechs Monaten eine Entscheidung über eine vorliegende Pflegebedürftigkeit getroffen werden kann, wenn vorhersehbar ist, dass der Zustand der Pflegebedürftigkeit mindestens sechs Monate dauern wird. Entscheidend ist hier der Eintritt der Hilfebedürftigkeit, nicht der Zeitpunkt der Begutachtung oder der Antragstellung.

Eine Pflegebedürftigkeit ist auch dann auf Dauer gegeben, wenn die verbleibende Lebensdauer des Pflegebedürftigen voraussichtlich weniger als sechs Monate beträgt.

Sobald sich eine Hilfebedürftigkeit abzeichnet und der Grad der Selbstständigkeit abnimmt, sollte ein Antrag auf Pflegeleistung gestellt werden.

Dann erfolgt die Begutachtung durch eine Gutachterin/einen Gutachter des *Medizinischen Dienstes (MD, früher MDK)*. Die Einordnung in den Pflegegrad ist maßgeblich für die Leistungen, welche der pflegebedürftigen Person gewährt werden.

Die Begutachtungsrichtlinien vom 15.04.2016, geändert durch Beschluss vom 22.03.2021:

Mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz wurde nicht nur der Begriff der Pflegebedürftigkeit neu definiert, sondern auch ein neues Begutachtungsinstrument auf eine neue pflegfachliche Grundlage gestellt. **Erstmals sollen damit alle für die Feststellung von Pflegebedürftigkeit relevanten Kriterien einheitlich für alle Pflegebedürftigen erfasst werden, unabhängig davon, ob diese auf körperlichen, psychischen oder kognitiven Beeinträchtigungen beruhen. Die Pflegebedürftigkeit orientiert sich allein daran, wie stark die Selbstständigkeit bzw. die Fähigkeit eines Menschen bei der Bewältigung des Alltags beeinträchtigt ist und er deshalb der Hilfe durch andere bedarf.**

Bei der Begutachtung ist zu berücksichtigen, wie sich die Schwere einer Erkrankung, einer Behinderung oder einer gesundheitlichen Beeinträchtigung **auf die selbstbestimmte Lebensführung der Person auswirkt**. Eine Blindheit allein begründet demnach noch nicht die Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI. Auch das Vorliegen einer Erwerbsunfähigkeit oder der Grad einer Behinderung sagen nichts darüber aus, ob die Voraussetzungen einer Pflegebedürftigkeit vorliegen. Vielmehr erhalten Pflegebedürftige aufgrund ihrer Beeinträchtigung, ihrem Unterstützungs-/Hilfebedarf oder ihren Einschränkungen eine Einordnung in den Pflegegrad 1 bis 5. Die Begutachtungsrichtlinien sind überarbeitet und im März 2021 aktualisiert worden. Der/die Gutachter*in des *Medizinischen Dienstes (MD)* ermittelt den Pflegegrad anhand des Begutachtungsinstruments gem. §15 SGB XI.

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

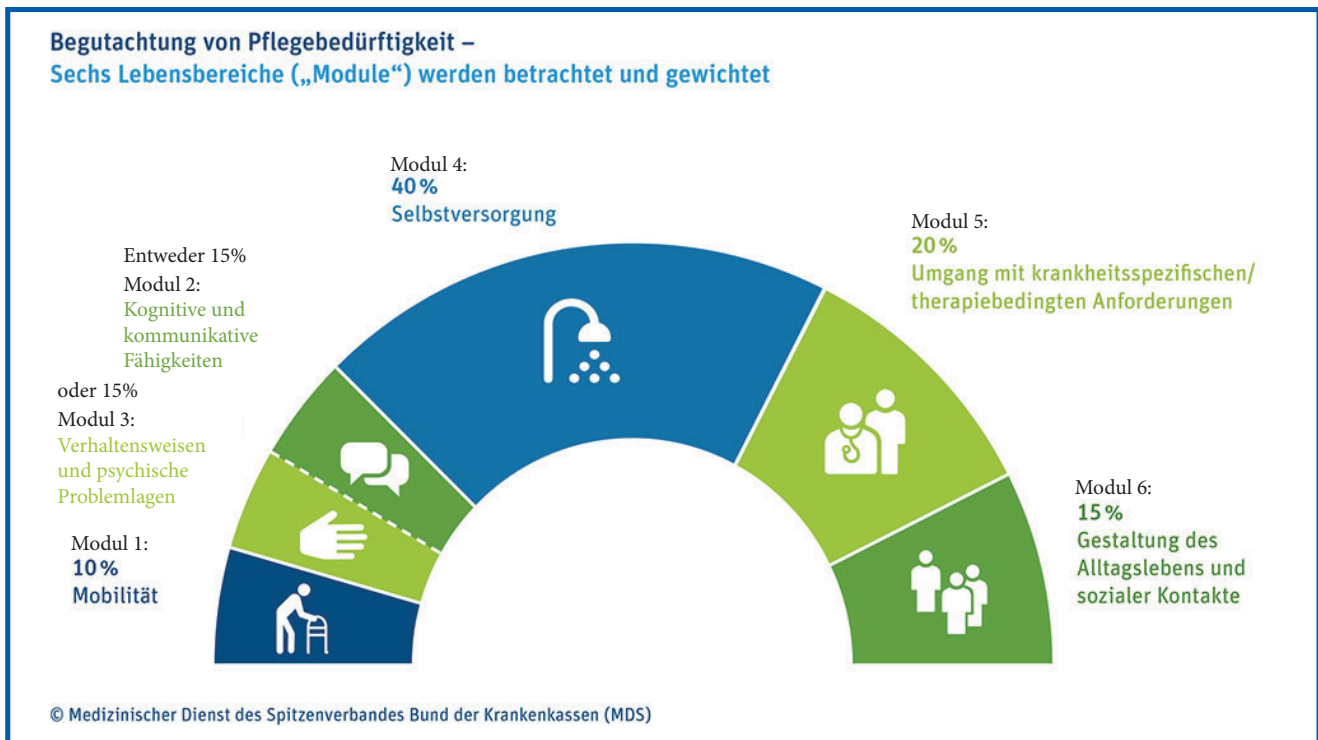
Module	Gewichtung
1. Mobilität	10 %
2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten oder*	15 %
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen*	15 %
4. Selbstversorgung	40 %
5. Umgang/selbstständige Bewältigung von krankheits-/therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	20 %
6. Gestaltung des Alltagslebens/soziale Kontakte	15 %

*Besonderheit bei den Modulen 2 bzw. 3: die Gewichtung in % wird nur einmal vergeben, entweder für das Modul 2 oder das Modul 3

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

Tipp: Nehmen Sie bei Fragen gerne Kontakt zu Ihrer Pflegekasse oder zu dem Beratungs- und Infocenter Pflege Ihrer Stadt bzw. der Koordinierungsstelle im Kreishaus auf.

Der Mensch mit seinen Ressourcen und Fähigkeiten steht im Mittelpunkt!



Quelle: Das Begutachtungsinstrument | Pflegebedürftigkeit und Pflegebegutachtung | MDS Medizinischer Dienst des GKV-Spitzenverbandes (mde-ev.de) (mit freundlicher Genehmigung des MDS) – Nutzung genehmigt durch den MDS

Was heißt denn hier selbstständig?

Im Mittelpunkt steht die Beurteilung der Selbstständigkeit eines Menschen in sechs Lebensbereichen (Module), die jeden Menschen jeden Tag betreffen. *Unter Selbstständigkeit versteht man die Fähigkeit eines Menschen, eine Aktivität alleine – also ohne Unterstützung eines anderen – ausführen zu können. Selbstständig ist auch, wer eine Handlung mit einem Hilfsmittel umsetzen kann. Wenn sich jemand innerhalb seiner Wohnung mit einem Rollator fortbewegen kann und dabei keine Unterstützung durch eine andere Person benötigt, dann ist er selbstständig.* Die Beurteilung der Selbstständigkeit erfolgt auch dann, wenn die Person die betreffende Handlung beziehungsweise Aktivität in ihrem Lebensalltag nicht (mehr) durchführt. So ist beispielsweise die Selbstständigkeit beim Treppensteigen auch dann zu beurteilen, wenn die Wohnung im Erdgeschoss liegt und in der Wohnung gar keine Treppen vorhanden sind. Ebenso ist die Selbstständigkeit beim Duschen und Baden zu beurteilen, auch wenn keine Dusche oder Badewanne vorhanden ist. Die Selbstständigkeit wird von einem/einer Gutachter*in bewertet. In *einzelnen Modulen* wird jedoch nicht die Selbstständigkeit erfasst. So wird zum Beispiel im Modul 2 bewertet, ob und in welchem Ausmaß eine Fähigkeit vorhanden ist, im Modul 3 wird festgehalten, wie häufig eine Pflegeperson bei bestimmten Verhaltensweisen eingreifen bzw. unterstützen muss.

Zu jedem Modul werden verschiedene Fragestellungen und Aufgaben mit dem Betroffenen erarbeitet und bewertet. Die Anwesenheit eines Angehörigen ist dabei gerne gesehen.

Der Gutachter füllt vor Ort ein Formular aus. Nutzen Sie den im Vorfeld zugesandten Fragebogen für Ihre Vorbereitung auf die Begutachtung. Der Gutachter macht sich Notizen zum Verhalten der begutachteten Person. Sie können später alles im Bericht nachlesen.

In diesem Ratgeber finden Sie Informationen zu den zuvor benannten einzelnen Modulen und den dazu gehörenden Fragen. Gerne füllen wir mit Ihnen eines unserer Exemplare zur Selbsteinschätzung / Dokumentation (vgl. Pflage tagebuch) bzw. händigen dieses aus, in dem die Kriterien der Selbstständigkeit/ Fähigkeiten in den einzelnen Modulen genau beschrieben sind.

0 = selbstständig	Handlung/Aktivität kann in der Regel selbstständig durchgeführt werden. Keine personelle Hilfe notwendig! Evtl. mit Unterstützung von Hilfsmitteln.
1 = überwiegend selbstständig	Handlung/Aktivität kann zum größten Teil selbstständig durchgeführt werden. Pflegeperson muss geringfügig/mäßig unterstützen.
2 = überwiegend unselbstständig	Handlung/Aktivität kann nur zu einem geringen Anteil selbstständig durchgeführt werden. Erheblicher Teil muss von der Pflegeperson übernommen werden. Umfassende Anleitung/aufwendige Motivation und ständige Beaufsichtigung sowie Kontrolle erforderlich.
3 = unselbstständig	Handlung/ Aktivität kann in der Regel nicht selbstständig durchgeführt werden. Pflegeperson muss nahezu alle Teilhandlungen übernehmen.

In den Modulen 2 und 3 werden Fähigkeiten bzw. Verhaltensauffälligkeiten abgefragt.

Die Verteilung der zu vergebenden Punkte in Modul 2 stellt sich wie folgt dar (Beispielhaft: Beteiligung an einem Gespräch):

0 = Fähigkeit vorhanden, unbeeinträchtigt	Person kommt sowohl in Einzel- als auch in Gesprächen kleiner Gruppen gut zurecht, zeigt Eigeninitiative, Interesse und beteiligt sich. Äußerungen passen zum Gespräch
1 = Fähigkeit größtenteils vorhanden	Person kommt in Gesprächen mit einer Person gut zurecht. In Gruppen ist sie jedoch meist überfordert und verliert den Faden, Wortfindungsstörungen treten regelmäßig auf und die Person ist häufig auf besonders deutliche Ansprache oder Wiederholungen von Worten, Sätzen angewiesen
2 = Fähigkeit in geringem Maße vorhanden	Person kann auch einem Gespräch mit nur einer Person kaum folgen oder sich nur wenig mit einzelnen Worten beteiligen. Wenig Eigeninitiative, Reaktion auf Ansprache oder Fragen ist vorhanden, jedoch nur mit wenigen Worten, wie z. B. ja oder nein. Gesprächsbeteiligung vorhanden, weicht aber

	in aller Regel vom Inhalt ab (eher wie ein Selbstgespräch) oder leichte Ablenkbarkeit gegeben.
3 = Fähigkeit nicht vorhanden	Ein Gespräch mit der Person das über einfache Mitteilungen hinausgeht ist auch unter Einsatz nonverbaler Kommunikation kaum oder nicht möglich

Im Modul 3 wird festgehalten, wie oft der zu Begutachtende Verhaltensweisen und psychische Problemlagen aufweist (Beispielhaft: nächtliche Unruhe)

0 = nie oder sehr selten
1 = selten, d. h. ein- bis dreimal innerhalb von zwei Wochen
3 = häufig, d. h. zweimal bis mehrmals wöchentlich, aber nicht täglich
5 = täglich

Der Grad der Beeinträchtigung steigt mit der Punktzahl!

Die Module

1. Mobilität

Die Einschätzung richtet sich ausschließlich danach, ob die Person in der Lage ist, ohne personelle Unterstützung eine Körperhaltung einzunehmen/zu wechseln und sich fortzubewegen. Zu beurteilen sind hier ausschließlich motorische Aspekte wie Körperkraft, Balance, Bewegungskoordination usw. Nicht zu bewerten sind hier die Folgen kognitiver Beeinträchtigung auf Planung, Steuerung und Durchführung motorischer Handlungen.

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

1.1 Positionswechsel im Bett

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

1.2 Halten einer stabilen Sitzposition

= Sich auf einem Bett, Stuhl oder Sessel aufrecht halten

1.3 Umsetzen

= Von einer üblich hohen Sitzgelegenheit aufstehen und sich auf eine andere umsetzen (übliche Sitzhöhe: ca. 45 cm)

1.4 Fortbewegen innerhalb eines Wohnbereiches

= Sich innerhalb einer Wohnung oder im Wohnbereich einer Einrichtung zwischen den Zimmern sicher bewegen (Anhaltsgröße für übliche Gehstrecken: mind. 8 Meter)

1.5 Treppensteigen

= Überwinden von Treppen zwischen zwei Etagen in aufrechter Position

1.6 Besondere Bedarfskonstellation

= ein pflegebedürftiger Mensch kann weder Arme oder Beine einsetzen, dann erhält er automatisch den Pflegegrad 5 (= nur beim vollständigen Verlust der Greif-, Steh- und Gehfunktionen, wenn diese nicht durch Hilfsmittel ausgeglichen werden).

2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Im zweiten Modul werden die kognitiven Funktionen und Aktivitäten eingeschätzt.

Es wird nicht die Selbstständigkeit eingeschätzt, sondern in welchem Ausmaß die jeweilige geistige Fähigkeit vorhanden ist oder fehlt. Zu beurteilen sind hier lediglich Aspekte wie Erkennen, Entscheiden oder Steuern als Denkprozesse etc. Die kognitiven Funktionen beinhalten die Verarbeitung von äußeren Reizen. Ausschließliche Beeinträchtigungen der Mobilität oder der Sinnesfunktionen z. B. des Sehens **sind hier somit nicht zu bewerten.**

	Fähigkeit	vorhanden/ unbeeinträchtigt	größtenteils vorhanden	in geringem Maße vorhan- den	nicht vorhan- den
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 Alltag	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

2.1 Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld

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

2.2 Örtliche Orientierung

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

2.3 Zeitliche Orientierung

= Fähigkeit, zeitliche Strukturen zu erkennen (Uhrzeit, Tagesabschnitte – morgens, mittags, Jahreszeiten etc.)

2.4 Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen

= Fähigkeit, sich an Ereignisse/ Beobachtungen zu erinnern, die kürzer oder länger zurückliegen

2.5 Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen

= Fähigkeit, zielgerichtete Handlungen des Lebensalltags, die eine Abfolge von Teilschritten umfassen, zielgerichtet zu steuern

2.6 Treffen von Entscheidungen im Alltag

= Fähigkeit, folgerichtige und geeignete Entscheidungen im Alltag zu treffen

2.7 Verstehen von Sachverhalten und Informationen

= Fähigkeit, Sachverhalte zu verstehen und Informationen inhaltlich einordnen zu können

2.8 Erkennen von Risiken und Gefahren

= Fähigkeit, Risiken und Gefahren zu erkennen (Gefahren des Alltagslebens wie Strom-/Feuerquellen, Barrieren und Hindernisse auf dem Fußboden, Glätte etc.)

2.9 Mitteilen von elementaren Bedürfnissen

= Fähigkeit, elementare Bedürfnisse verbal oder nonverbal mitzuteilen

2.10 Verstehen von Aufforderungen

= Fähigkeit, Aufforderungen in Hinblick auf alltägliche Grundbedürfnisse zu verstehen

2.11 Beteiligen an einem Gespräch

= Fähigkeit, in einem Gespräch Gesprächsinhalte aufzunehmen, sinngerecht zu antworten und zur Weiterführung des Gesprächs Inhalte einzubringen

3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

In diesem Modul geht es um Verhaltensweisen und psychische Problemlagen als Folge von Gesundheitsproblemen, häufig psychische Erkrankungen, die immer wieder auftreten und auf Dauer personelle Unterstützung erforderlich machen (z. B. Bewältigung von belastenden Emotionen wie Panikattacken), Abbau psychischer Spannungen, Förderung positiver Emotionen durch Ansprache etc. Im Mittelpunkt steht hier die Frage, wie die Person ihr Verhalten selbstständig steuern kann.

Von fehlender Selbststeuerung ist auch dann auszugehen, wenn ein Verhalten zwar nach Aufforderung abgestellt wird, aber danach immer wieder aufs Neue auftritt, weil das Verbot nicht verstanden wird oder die Person sich nicht erinnern kann.

In diesem Modul sind die Kriterien nicht abschließend definiert, sondern beispielhaft erläutert. Manche Verhaltensweisen sind individuell und nicht nur einem Kriterium zuzuordnen. Ausschlaggebend ist, ob und wie oft die Verhaltensweisen eine personelle Unterstützung oder andere Hilfen notwendig machen. Falls eine Verhaltensweise zwei verschiedenen Bereichen zuzuordnen ist, so wird sie vom Gutachter nur einmal erfasst.

Beispielsweise wird nächtliche Unruhe bei Angstzuständigen entweder unter Punkt 3.2 (Kriterium: nächtliche Unruhe) oder unter Punkt 3.10 (Kriterium: Ängste) erfasst!

Wie oft muss eine Pflegeperson eingreifen/unterstützen?

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

3.1 Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten

= Dieses Kriterium fasst mehrere Verhaltensweisen zusammen.

Zielloses Umhergehen in der Wohnung/Einrichtung, desorientiert ohne Begleitperson die Wohnung oder die Einrichtung zu verlassen, Rastlosigkeit, ständiges Aufstehen/Hinsetzen oder Hin- und Herrutschen auf dem Sitzplatz oder Bett

3.2 Nächtliche Unruhe

= nächtliches Umherirren, Unruhephasen, Umkehr des Tag- und Nachtrhythmus im Sinne von aktiv sein in der Nacht und schlafen während des Tages

3.3 Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten

= sich selbst durch Gegenstände verletzen, ungenießbare Substanzen zu essen und zu trinken, sich selbst schlagen oder mit den Fingernägeln oder Zähnen zu verletzen

3.4 Beschädigen von Gegenständen

= Gegenstände wegstoßen/wegschieben, gegen Gegenstände schlagen/treten, Zerstören von Dingen

- 3.5 Physisch aggressives Verhalten gegenüber Personen**
= Personen schlagen/treten/ mit Zähnen, Fingernägeln oder Gegenständen verletzen, andere zu stoßen oder wegdrängen, Verletzungsversuche gegenüber anderer Personen
- 3.6 Verbale Aggressionen**
= verbale Beschimpfungen/Bedrohungen
- 3.7 Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten**
= lautes Rufen, Schreien, grundloses Klagen, seltsame Laute von sich geben, Ständiges Wiederholen von Fragen und Sätzen
- 3.8 Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen**
= Abwehr von notwendiger Unterstützung z.B. Körperpflege, Medikamenteneinnahme Manipulation an Vorrichtungen, wie z. B. an Kathetern, Infusionen oder Sondenernährung (dazu gehört nicht die willentliche selbstbestimmte Ablehnung bestimmter Maßnahmen)
- 3.9 Wahnvorstellungen**
= Vorstellung mit imaginären oder verstorbenen Personen in Kontakt zu stehen, verfolgt, bedroht oder bestohlen zu werden
- 3.10 Ängste**
= ausgeprägte Ängste, die wiederkehrend sind und als bedrohlich erlebt werden, es besteht keine Möglichkeit/Strategie zur Bewältigung und Überwindung der Angst
- 3.11 Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage**
= kaum Interesse an der Umgebung, kaum Eigeninitiative, aufwendige Motivierung durch andere erforderlich, um etwas zu tun
- 3.12 Sozial inadäquate Verhaltensweisen**
= distanzloses Verhalten, auffälliges Einfordern von Aufmerksamkeit, vor anderen in unpassenden Situationen entkleiden, Greifen nach Personen, körperliche oder verbale sexuelle Annäherungsversuche
- 3.13 Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen**
= ständiges Wiederholen der gleichen Handlungen, Verstecken oder Horten von Gegenständen, Kotschmierern, Urinieren in der Wohnung

4. Selbstversorgung

Zu diesem Modul zählen viele Verrichtungen der bisherigen sogenannten Grundpflege. Der Gutachter schätzt auch hier die Selbstständigkeit ein. Bestimmte Kriterien werden aufgrund der besonderen Bedeutung im Alltag besonders hoch gewichtet (z.B. unselbstständiges Essen). In diesem Modul werden durch den Gutachter zunächst noch besondere Bedarfsaspekte erfasst. Dazu gehören die parenterale Ernährung (Umgehung des Magen-Darm-Traktes durch Energie- und Nährstoffzufuhr durch Infusionen direkt in die Blutbahn) oder die Ernährung über eine Sonde, die Kontrolle über die Blase (Harnkontinenz) und die Darmkontrolle (Stuhlinkontinenz).

		Selbstständig	überwiegend selbstständig	Überwiegend unselbstständig	unselbstständig
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

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

4.1 Waschen des vorderen Oberkörpers

= sich die Hände, das Gesicht, den Hals, die Arme, die Achselhöhlen und den vorderen Brustbereich waschen und abtrocknen

4.2 Körperpflege im Bereich des Kopfes

= kämmen, Zahnpflege, Prothesenreinigung, rasieren

4.3 Waschen des Intimbereiches

= den Intimbereich waschen und abtrocknen

4.4 Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare

= Durchführung des Dusch- oder Wannenbades einschließlich des Waschens der Haare

- 4.5 An- und Auskleiden des Oberkörpers**
= bereitliegende Kleidungsstücke, z.B. Unterhemd, T-Shirt, Hemd, Bluse, Pullover, Jacke, BH, Schlafanzugoberteil oder Nachthemd an- und ausziehen
- 4.6 An- und Auskleiden des Unterkörpers**
= bereitliegende Kleidungsstücke, z.B. Unterwäsche, Hose, Rock, Strümpfe, und Schuhe an- und ausziehen
- 4.7. Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken**
= Zerteilen von Nahrung in mundgerechte Stücke und Eingießen von Getränken
- 4.8. Essen**
= bereitgestellte, mundgerecht zubereitete Speisen essen
- 4.9 Trinken**
= bereitstehende Getränke aufnehmen, gegebenenfalls mit Gegenständen wie Trinkhalm, Spezialbecher mit Trinkaufsatz
- 4.10 Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls**
= zur Toilette gehen, Hinsetzen und Aufstehen, Sitzen während der Blasen- oder Darmentleerung Intimhygiene und Richten der Kleidung
- 4.11 Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma**
= Inkontinenz- und Stomasysteme sachgerecht verwenden, nach Bedarf wechseln und entsorgen
- 4.12 Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma**
= Inkontinenz- und Stomasysteme sachgerecht verwenden, nach Bedarf wechseln und entsorgen
- 4.13 Ernährung parenteral oder über Sonde**
= Ernährung über einen parenteralen Zugang (z.B. einen Port) oder über einen Zugang in den Magen oder Dünndarm (PEG/PEJ)

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

In diesem Modul geht es um die Durchführung ärztlich angeordneter Maßnahmen, die gezielt auf eine bestehende Erkrankung ausgerichtet und für voraussichtlich mindestens sechs Monate erforderlich sind. Zu bewerten ist, ob die Person die jeweilige Aktivität praktisch durchführen kann. Bei erforderlicher Hilfe durch andere Personen ist die Häufigkeit zu dokumentieren (Anzahl pro Tag/pro Woche/pro Monat). Es ist unerheblich, ob die Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit aufgrund von Schädigungen somatischer (körperlicher) oder mentaler (psychischer) Funktionen bestehen.

Nicht berücksichtigt werden Leistungen, die durch Ärzt*innen, Praxispersonal oder andere Therapeut*innen erbracht werden = die Häufigkeit der Unterstützung wird immer nur in EINE Zeiteinheit umgerechnet, also entweder Tag, Woche oder Monat

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

6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

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

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

6.1 Gestaltung des Tagesablaufes und Anpassung an Veränderungen

= den Tagesablauf nach individuellen Gewohnheiten und Vorlieben einteilen und bewusst gestalten, ggf. die Planung an Veränderungen anpassen

6.2 Ruhen und Schlafen

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

6.3 Sich beschäftigen

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

6.4 Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen

= längere Zeitabschnitte überschauend über den Tag hinaus planen

6.5 Interaktion mit Personen im direkten Kontakt

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

6.6 Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes

= bestehende Kontakte zu Freunden, Bekannten, Nachbarn aufrechterhalten, beenden oder zeitweise ablehnen

7. Außerhäusliche Aktivitäten

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

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

Bewertet wird, ob eine Person Aktivitäten selbstständig durchführen kann oder nicht. Auch hier ist es unerheblich, ob die Selbstständigkeit aufgrund von kognitiven oder körperlichen Beeinträchtigungen reduziert ist.

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

7.1 Verlassen des Bereiches der Wohnung oder der Einrichtung

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

7.2 Fortbewegen außerhalb der Wohnung oder Einrichtung

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

7.3 Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel im Nahverkehr

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

7.4 Mitfahren in einem Kraftfahrzeug

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

Teilnahme an Aktivitäten (Nicht berücksichtigt wird ggf. vorhandener Unterstützungsbedarf für den Hin- und Rückweg). Maßgeblich ist, ob zur Teilnahme während der Aktivität eine Begleitperson benötigt wird.

7.5 Teilnahme an kulturellen, religiösen oder sportlichen Veranstaltungen

= Teilnahme an Veranstaltungen mit mehreren Personen (z.B. Theater, Konzert, Gottesdienst oder Sportveranstaltungen). Hierzu gehört die Fähigkeit, sich über die Dauer der Veranstaltung selbstständig in einer größeren Ansammlung von Menschen aufhalten zu können

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

= Lebensbereiche, die der Bildung, Arbeit und Beschäftigung dienen. Bei einigen dieser Aktivitäten übernehmen i. d. R. andere Betreuungspersonen (geschultes Personal) in den entsprechenden Einrichtungen beaufsichtigende und ggf. steuernde Funktionen

7.7 Teilnahme an sonstigen Aktivitäten mit anderen Menschen

= soziale Aktivitäten außerhalb des engeren Familienkreises in kleineren Gruppen mit bekannten Personen (Besuche bei Freunden, Bekannten oder Verwandten, Teilnahme an Sitzungen in Vereinen oder Selbsthilfegruppen)

8. Haushaltsführung

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

Auch in diesem Modul wird eingeschätzt, ob Sie die Aktivitäten selbstständig bewältigen oder Sie die Hilfe anderer Personen brauchen. Die Ergebnisse werden bei der Berechnung des Pflegegrades **nicht** berücksichtigt. **Auch hier wird ggf. vorhandener Unterstützungsbedarf für den Hin- und Rückweg nicht berücksichtigt!**

8.1 Einkaufen für den täglichen Bedarf

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

8.2 Zubereitung einfacher Mahlzeiten

= vorbereitete Speisen erwärmen (Backofen, Herd, Mikrowelle) oder einfache Mahlzeiten zubereiten

8.3 Einfache Aufräum- und Reinigungsarbeiten

= Einfache und körperlich leichte Haushaltstätigkeiten ausführen

8.4 Aufwändige Aufräum- und Reinigungsarbeiten einschließlich Wäschepflege

= Aufwändige und körperlich schwere Haushaltstätigkeiten ausführen

8.5 Nutzung von Dienstleistungen

= Pflegerische oder haushaltsnahe Dienstleistungen organisieren und steuern

8.6 Umgang mit finanziellen Angelegenheiten

= Alltägliche finanzielle Angelegenheiten erledigen (z. B. Führen eines Girokontos, Überweisungen tätigen oder entscheiden, ob eine Rechnung gezahlt werden muss etc.)

8.7 Umgang mit Behördenangelegenheiten

= Umgang mit staatlichen und kommunalen Behörden sowie Sozialversicherungsträgern (Entscheidung, ob ein Antrag gestellt oder ein Behördenbrief beantwortet werden muss und ggf. die dazu notwendigen Schritte einleiten)

Wie wird der Pflegegrad berechnet?

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

1. Der/Die Gutachter*in bewertet jede Fragestellung/jedes Kriterium in den einzelnen Modulen mit einem vorgegebenen **Punktwert**.
2. Die Einzelpunkte werden in jedem Modul zu einem **Gesamtwert** zusammengezählt.
3. Nun wird der Gesamtwert pro Modul nach einer festgelegten Berechnungsregel in einen sogenannten **gewichteten Punktwert** umgerechnet.

4. Anschließend werden die **gewichteten Punktwerte** zusammengezählt. Dabei wird von den Modulen 2 und 3 nur der gewichtete Punktwert berücksichtigt der höher ist, also entweder der gewichtete Punktwert des Moduls 2 oder des Moduls 3.
5. Das Ergebnis ist ein Gesamtpunktwert der zwischen 0 und 100 Punkten liegen kann.
6. Aus dem Gesamtpunktwert ergibt sich der entsprechende Pflegegrad.

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

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

Besondere Bedarfskonstellation

Gemäß § 154 Absatz 4 SGB XI können Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, aus pflegfachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen.

In Betracht kommen Pflegebedürftige, die rein nach Punkten den Pflegegrad 5 nicht erreichen würden, dieser aber aufgrund der Schwere der Beeinträchtigung angemessen wäre. Als besondere Bedarfskonstellation ist nur die Gebrauchsunfähigkeit beider Arme und beider Beine festgelegt. Hintergrund ist, dass die jeweiligen gesundheitlichen Probleme sich einer pflegfachlichen Systematisierung im neuen Begutachtungsinstrument entziehen. Trotz vollständiger Abhängigkeit von personeller Hilfe ist es möglich, dass bei diesem Personenkreis im Bereich der Module 2 und 3 keine und im Bereich des Moduls 6 Beeinträchtigungen nur im geringen Maß vorliegen, so dass die Gesamtpunkte unter 90 liegen.

Gebrauchsunfähigkeit beider Arme und beider Beine mit vollständigem Verlust der Greif-, Steh- und Gehfunktionen, die nicht durch Einsatz von Hilfsmitteln kompensiert werden.

Das Kriterium erfasst in der Regel Personen mit einer Bewegungsunfähigkeit beider Arme und beider Beine unabhängig von der Ursache. Gebrauchsunfähigkeit beider Arme und beider Beine mit vollständigem Verlust der Greif-, Steh- und Gehfunktionen liegt zum Beispiel vor bei kompletten Lähmungen aller Extremitäten oder bei Menschen im Wachkoma. Auch bei hochgradigen Kontrakturen, Versteifungen, bei hochgradigem Tremor, Rigor oder Athetose kann die besondere Bedarfskonstellation vorliegen. Eine Gebrauchsunfähigkeit beider Arme und beider Beine liegt auch vor, wenn eine minimale Restbeweglichkeit der Arme vorhanden ist oder nur noch unkontrollierbare Greifreflexe bestehen.

Beispiel Berechnung des Pflegegrades:

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

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

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

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

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

Sofern bei Frau Müller doch die Bedarfskonstellation des Modul 1.6 und somit ein vollständiger Verlust der Greif-, Steh- und Gehfunktion vorliegt, würde sie in Pflegegrad 5 eingestuft, obwohl die gewichteten Punkte bei einem Wert von 48,75 liegen.

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

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

Die Begutachtung

Wenn Sie oder Ihr Angehöriger den Alltag nicht mehr alleine bzw. selbstständig bewältigen können und erhöhten Unterstützungsbedarf haben, können Sie einen Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung stellen, um je nach festgestelltem Pflegegrad finanzielle Unterstützungen zu erhalten.

Der Antrag auf Leistungen wird nach dem elften Sozialgesetzbuch (SGB XI) bei Ihrer Pflegekasse gestellt. Die Pflegekasse entscheidet nach Begutachtung darüber, ob Sie einen Pflegegrad erhalten oder nicht. Der Antrag wird von der/dem Betroffenen selbst oder von dem/der gesetzlichen Vertreter*in gestellt.

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

Ist der Antrag gestellt, klärt die Pflegekasse die antragstellende bzw. bevollmächtigte Person über die Mitwirkungspflichten sowie die Folgen fehlender Mitwirkung auf und fordert diese auf, dem zuständigen MD eine Einwilligung zur Einholung von Auskünften – soweit diese für die Beurteilung erforderlich sind - bei den behandelnden Ärzt*innen, den Pflegepersonen,

Pflegekräften und Pflegeeinrichtungen, die an der Pflege des Versicherten beteiligt sind, zu erteilen. Ebenso sollte die antragstellende Person die vorliegenden Befunde und Entlassungsberichte aus Krankenhäusern oder Reha-Einrichtungen sowie – soweit vorhanden – ein Pflegetagebuch für die Begutachtung bereithalten.

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

Befindet sich die antragstellende Person im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitation, muss innerhalb **einer Woche** eine Begutachtung erfolgen. **Die Wochenfrist gilt auch**, wenn sich die antragstellende Person in einem Hospiz befindet oder ambulant palliativ versorgt wird.

Innerhalb von **zwei Wochen** muss eine Begutachtung erfolgen, wenn sich die antragstellende Person in häuslicher Umgebung befindet, ohne palliativ versorgt zu werden und die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt wurde oder mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit vereinbart wurde.

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

Erteilt die Pflegekasse den schriftlichen Bescheid über den Antrag nicht innerhalb der 25 Arbeitstage nach Eingang des Antrages oder findet die Begutachtung nicht innerhalb der verkürzten Fristen in besonderen Fällen statt, so muss die Pflegekasse für jede angefangene Woche der Fristüberschreitung unverzüglich 70 € an den Antragsteller zahlen.

Diese Zahlungspflicht entfällt, wenn die Verzögerung nicht von der Pflegekasse zu vertreten ist (z.B. bei Krankenhausaufenthalt des Pflegebedürftigen) oder der Antragsteller in einer vollstationären Einrichtung lebt und bereits als mind. erheblich pflegebedürftig (mind. PG 1) anerkannt ist. Die Zahlung wegen Fristüberschreitung ist keine Pflegeleistung.

Der Begutachtungstermin steht fest - was nun?

Die Begutachtung muss rechtzeitig angekündigt werden. Das Datum der Begutachtung mit max. Zeitfenster von zwei Stunden, die voraussichtliche Dauer, der Name und die berufliche Qualifikation der begutachtenden Person sind mitzuteilen.

Ebenso werden Grund und Art der Begutachtung mitgeteilt. Dem Anschreiben liegt ein Fragebogen bei, der zur Begutachtung ausgefüllt sein sollte und der Vorbereitung auf den Termin dient.

Wenn der Termin der Begutachtung bekannt ist, fragen Sie sich bestimmt, was Sie vorbereiten müssen. Vielleicht sind Sie auch aufgeregt, weil eine fremde Person vom MD nun über Ihre Pflegebedürftigkeit entscheiden soll und Ihre Selbstständigkeit überprüft.

Dabei sind die folgenden Informationen wichtig, um sich gut vorbereiten zu können.

Die Begutachtung findet seit dem 01.06.2022 in der Regel wieder als Hausbesuch statt. Wenn sich der/die Pflegebedürftige in einer Pflegeeinrichtung oder im Krankenhaus aufhält, wird die Begutachtung dort durchgeführt.

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

Haben Sie kurzfristig einen Termin für die Begutachtung erhalten und die Zeit fehlte, alle notwendigen Unterlagen zu beschaffen, dann bitten Sie den MD um Terminverschiebung.

Nutzen Sie gerne die Dokumentation zur Pflegebegutachtung und nehmen Sie eine Selbsteinschätzung vor! Diese erhalten Sie bei Ihren Beratungs- und Infocentern Pflege im Kreis Recklinghausen. Das Führen eines Pfl egetagebuches für einen Zeitraum von ca. 2 Wochen vor der Begutachtung kann ebenfalls sehr hilfreich sein.

Während der Begutachtung hat der Pflegebedürftige das Recht, eine Person als Beistand hinzuzuziehen. Es ist ratsam, wenn eine angehörige oder vertraute Person bei der Begutachtung dabei ist. Dann kann sich die begutachtende Person ein umfassendes Bild von der häuslichen Situation machen. Oftmals wird von den Betroffenen die häusliche Situation aus Scham beschönigt oder ganz anders dargestellt. Dies kann bei einer vorliegenden Demenz der Fall sein. Eine vertraute Person kann beruhigend wirken und eigene Aussagen machen. Auch bei nicht ausreichenden Sprachkenntnissen sollte unbedingt eine Person anwesend sein, welche während der Begutachtung übersetzen kann, denn die Begutachtung wird in deutscher Sprache erfolgen.

Der/Die Gutachter*in wird am Tag der Begutachtung die einzelnen beschriebenen Module mit Ihnen anhand eines Formulargutachtens besprechen und bewerten.

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

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

Es ist keine Prüfung, die Sie erfolgreich bestehen müssen!



Es wird bewertet, ob Sie Treppen zwischen zwei Etagen selbstständig überwinden könnten, unabhängig davon, ob Sie Treppen im Haus haben oder nicht. Genauso muss in der Begutachtung bewertet werden, ob Sie in der Lage sind selbstständig zu duschen oder zu baden. Dabei wird nur beurteilt, ob Sie beides könnten, selbst wenn Sie nur eine Dusche in Ihrem Bad haben.

Wenn Sie sich nicht mehr die Haare kämmen können, dann sollten Sie zur Begutachtung auch nicht perfekt frisiert sein. Es wird die tatsächliche Situation bewertet. Auch sollte der Angehörige Sie für den Begutachtungstermin nicht besonders gut kleiden etc. um eine aufwendige, perfekte Pflegesituation darzustellen. Kleiden Sie sich, wie Sie normal im Alltag gekleidet sind. Oftmals fordert der Gutachter die Person auf, bestimmte Bewegungen zu machen, wie z.B. die Arme zu strecken oder hinter dem Rücken zu verschränken.

Diese Bewegungen sollen dann zeigen ob man noch in der Lage ist, die Haare zu kämmen oder sich im Intimbereich zu waschen. Dies sind aber keine zuverlässigen Einschätzungen. Wenn Sie sich nicht oder nur unter starken Schmerzen die Haare alleine kämmen können (auch am Hinterkopf), dann sagen Sie es und machen es auch vor.

Die begutachtende Person darf keine Bewegungen vormachen! Pflegebedürftige, besonders demenziell veränderte Personen, spiegeln oftmals Bewegungen, auch unter Schmerzen. Lassen Sie sich auch nicht zeitlich unter Druck setzen. Pflege ist zeitintensiv und auch scheinbare Kleinigkeiten sind bei der Bewertung wichtig.

CHECKLISTE

Wie bereite ich mich auf die Begutachtung vor?

Füllen Sie mit Hilfe der pflegenden Person oder der Mitarbeitenden in den Beratungs- und Infocentern Pflege zur Selbsteinschätzung der Pflegesituation - **die Dokumentation zu diesem Ratgeber** aus.

Wobei brauchen Sie im Alltag Unterstützung?

Legen Sie - falls vorhanden- zum Begutachtungstermin **alle relevanten Unterlagen** und Berichte von Ärzten sowie Bescheinigungen anderer Sozialleistungsträger sowie ein von Ihnen oder der pflegenden Person geführtes Pflegegebuch bereit.

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

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

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

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

Wenn der Pflegebedürftige **demenziell verändert ist**, kann er oft keine korrekten Angaben zu dem Hilfebedarf machen. Dies können dann nur die pflegende Person oder der Pflegedienst. In solchen Fällen ist eine alleinige Befragung der Pflegeperson möglich.

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

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

Sollten Sie auf Hilfsmittel angewiesen sein, so teilen Sie dies dem Gutachter ebenfalls mit und legen diese Hilfsmittel bereit.

Falls die Begutachtung im Einzelfall sehr unfreundlich oder auch unangemessen sein sollte haben Sie das Recht, die Begutachtung abubrechen. Notieren Sie sich die Vorkommnisse und teilen Sie diese dem Ombudsmann des Medizinischen Dienstes (MD) mit. Beim MD Westfalen-Lippe ist das Herr Garbrecht, Medizinischer Dienst Westfalen-Lippe, Roddestr. 12, 48153 Münster. Per E-Mail ist er zu erreichen unter: ombudsperson@md-wl.de. Veranlassen Sie dann einen neuen Termin zur Begutachtung.

Empfehlungen zu Prävention, Rehabilitation und Hilfsmitteln

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

- **Leistungen zur medizinischen Rehabilitation**
 - *Rehabilitation vor Pflege*, eine Rehabilitation die Pflege verhindert, beseitigt oder mindert
- **Hilfsmittel/Pflegehilfsmittel**
 - die für die Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen wichtig oder pflegetherleichternd sind
- **Heilmittel und andere therapeutische Maßnahmen**
 - z.B. Logopädie, Ergotherapie oder Physiotherapie
- **wohnumfeldverbessernde Maßnahmen**
 - barrierearme Gestaltung der Wohnräume
- **edukative Maßnahmen/Beratung/Anleitungen**
 - Informationen, Schulungen und Beratungen zu bestimmten Erkrankungen
- **Präventive Maßnahmen**
 - Vermeidung und Minderung von Pflegebedürftigkeit, z.B. Sturzprävention
- **eine Beratung zu Leistungen zur verhaltensbezogenen Primärprävention nach § 20 Abs. 4 SGB V und**
- **Sonstige Empfehlungen**

erforderlich und erfolgversprechend sind.

Durch diese verschiedenen Maßnahmen kann der Zustand der Pflegebedürftigkeit beeinflusst werden. Pflegebedürftigkeit ist in der Regel kein unveränderbarer Zustand, sondern ein Prozess, der durch bestimmte Maßnahmen beeinflussbar ist (Rehabilitation, Maßnahmen der Pflege, Krankenhausbehandlungen etc.).

Sie können dem Pflegebedürftigen helfen, ihre Fähigkeiten zu erhalten, wiederherzustellen oder zu verbessern. Auch sind Vorschläge zur Verbesserung/Veränderung der Pflegesituation zu dokumentieren und eine Pflegeberatung zu empfehlen, falls dies erforderlich scheint. Die Beratungs- und Empfehlungsergebnisse müssen im Gutachten dokumentiert werden.

Grundsätzlich gilt „Rehabilitation vor Pflege“!



Achtung:

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

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

Eine ärztliche Verordnung ist dann **nicht** mehr erforderlich. *Seit Januar 2022 können auch Pflegedienste Empfehlungen zu Hilfsmitteln aussprechen.*

Begutachtung bei Kindern

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

Maßgeblich ist das Alter des Kindes am Tage der Begutachtung.

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

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

Besonderheit bei Kindern bis zum 18. Lebensmonat

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

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

Deshalb wurden für pflegebedürftige Kinder von 0 bis 18 Monaten hinsichtlich der Einstufung Sonderregelungen getroffen. Bei diesen Kindern werden nur die altersunabhängigen Module 3 (Verhaltensweisen und psychische Problemlagen) und 5 (Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen) beurteilt. Ebenso ist das Kriterium hinsichtlich des Vorliegens der besonderen Bedarfskonstellation „Gebrauchsunfähigkeit beider Arme und beider Beine“ altersunabhängig immer zu bewerten! Dies würde – wie bei Erwachsenen auch – zu einer Einstufung in den Pflegegrad 5 führen.

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

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

Ab einem Alter von elf Jahren kann ein Kind in allen Modulen des Begutachtungsinstruments, die in die Berechnung des Pflegegrads eingehen, selbstständig sein, sofern es altersentsprechend entwickelt ist. Für Kinder ab elf Jahren gelten daher dieselben pflegegradrelevanten Berechnungsvorschriften wie bei Erwachsenen.

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

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

Was kommt nach der Begutachtung?

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

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

Sobald dieses vorliegt, können Sie, den von der Pflegekasse anerkannten Hilfebedarf mit Ihren Einschätzungen der Selbstständigkeit vergleichen, sofern Sie die Dokumentation zum Pflegeratgeber ausgefüllt bzw. ein Pflegetagebuch geführt haben.

Haben Sie bisher noch keine Selbsteinschätzung vorgenommen?

Dann können Sie dies auch noch zu diesem Zeitpunkt nachholen und als Beleg Ihrem Widerspruch beifügen. Das Gutachten ist immer nur eine Momentaufnahme! Vielleicht hat der Pflegebedürftige sich an dem Tag der Begutachtung besonders gut präsentiert und dies entspricht nicht dem Zustand im Alltag.

Sobald Ihnen das Gutachten vorliegt, sollten Sie den Inhalt gewissenhaft überprüfen:

1. Wurden alle Sachverhalte korrekt erfasst oder wurde ein Modul/der Hilfebedarf nicht berücksichtigt?
2. Wurden alle medizinischen Berichte berücksichtigt?
Wenn nicht, dann legen Sie alle relevanten Berichte, wie Entlassungsberichte des Krankenhauses, Arztbriefe und Therapieberichte für eine mögliche neue Begutachtung bereit oder fordern Sie diese schnellstmöglich an.

3. Benötigen Sie Hilfe bei der Formulierung des Widerspruches oder verstehen das Gutachten nicht?
Wenden Sie sich an die Beratungs- und Infocenter Pflege (BIP) in Ihrer Stadt.

4. Den Widerspruch können lediglich der Versicherte selbst, eine von ihm bevollmächtigte Person sowie der/die gesetzlich bestellte Betreuer*in des Versicherten bei der Pflegekasse einreichen.

5. Auf Nummer sicher gehen!

Wenn Sie den Widerspruch mit der Post verschicken, dann verwenden Sie ein Einschreiben mit Rückschein oder geben Sie den Widerspruch persönlich in der Geschäftsstelle ab und lassen sich den Empfang quittieren.

Wertvolle Hinweise zur Prüfung des Gutachtens erhalten Sie auch durch die "Begutachtungsrichtlinien" des Medizinischen Dienstes, die Sie bei diesem kostenlos anfordern können. Weiterführende Daten können Sie unter www.pflegebegutachtung.de herunterladen oder 21_05_17_BRi_Pflegebeduerftigkeit.pdf (medizinischerdienst.de) – (3. Aktualisierte Auflage, Mai 2021) - oder beim Medizinischen Dienst Westfalen Lippe (Tel.: 0251 - 53 54 0) anfordern.

Vor Einlegung eines Widerspruches sollten Sie jedoch auch erst einmal selbstkritisch prüfen, ob die Voraussetzungen für einen Pflegegrad wirklich gegeben sind. Sie können davon ausgehen, dass dies nicht der Fall ist, wenn der im Gutachten festgestellte Gesamtpunktwert weit unter 12,5 liegt und somit keine Pflegebedürftigkeit festgestellt wurde.

Prüfen Sie, ob Ihre Einschätzung der Einzelpunkte und gewichteten Punkte tatsächlich zu einem anderen Ergebnis führen würde. Wenn es um Einzelpunkte geht, die aber zu keinem anderen Ergebnis führen, ist es eventuell unnötig das Gutachten anzuzweifeln.

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

Ihr gutes Recht!

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

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

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

Wird im Rahmen eines Widerspruchsverfahrens nach Auffassung der Pflegekasse eine erneute Begutachtung erforderlich, erhält der Medizinische Dienst den Begutachtungsauftrag zusammen mit einer Kopie des Widerspruchsschreibens.

Aufgrund dieser Unterlagen hat zunächst der Erstgutachter zu beurteilen, ob er aufgrund neuer Aspekte in seinem Gutachten zu einem anderen Ergebnis kommt. Revidiert der Erstgutachter seine Entscheidung nicht, ist das Zweitgutachten von einem anderen Gutachter zu erstellen.

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

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

Wird der Einwand angenommen, erhalten Sie einen positiven Bescheid, die sogenannte Abhilfe. Bleibt die Pflegekasse bei ihrer Ablehnung, erlässt sie den Widerspruchsbescheid. Auch dieser muss **schriftlich** ergehen.

Sie sind mit dem Widerspruchsbescheid wieder nicht einverstanden?

Sind Sie mit der Entscheidung der Pflegekasse nicht einverstanden? Sie können innerhalb der gesetzlichen Frist von einem Monat nach Zugang des Bescheides Klage vor dem zuständigen Sozialgericht erheben. Für den Bereich des Kreises Recklinghausen ist das Sozialgericht in Gelsenkirchen, Bochumer Straße 79, 45886 Gelsenkirchen, Tel.: 0209/14899-0 zuständig.

Die Einlegung der Klage kann mündlich zu Protokoll bei der dortigen Geschäftsstelle oder schriftlich geschehen. Das Gericht veranlasst dann alles Weitere. Es ist zur Aufklärung des Sachverhaltes verpflichtet, kann aber von sich aus nicht alles wissen. Es ist deshalb auf die Mithilfe der Beteiligten angewiesen. Häufig wird nach Aktenlage entschieden.

Das Verfahren vor dem Sozialgericht, einschließlich aller erforderlichen Gutachten, ist grundsätzlich kostenlos. Ein Rechtsbeistand ist nicht vorgeschrieben. Sie haben die Kosten des Gerichtsverfahrens und die der Gegenseite auch dann nicht zu tragen, wenn Sie im Verfahren unterliegen. In diesem Fall haben Sie allenfalls die Kosten des eigenen beauftragten Rechtsbeistandes zu tragen. Aber auch hier besteht die Möglichkeit, bei geringem Einkommen einen Antrag auf Prozesskostenhilfe zu stellen. Allerdings kann das Gericht bei mutwilliger Prozessführung Kosten auferlegen.

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

Übergangspflege ohne Pflegegrad

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

Anspruch auf

- häusliche Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung, Kurzzeitpflege

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

Wichtig: Nehmen Sie Kontakt zu Ihrer Krankenkasse auf und besprechen Sie Ihre häusliche Situation. In vielen Fällen kann auch der Krankenhaussozialdienst unterstützen.



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

Die Pflegeversicherung ist keine Vollversicherung!

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

Beratungseinsätze bei häuslicher Pflege

Wenn Sie zuhause gepflegt werden und dafür Pflegegeld nach § 37 SGB XI bekommen **MÜSSEN** Sie regelmäßig sogenannte Beratungseinsätze durch professionelle Pflegedienste in Anspruch nehmen.

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

Diese Beratungseinsätze müssen

- bei Pflegegrad 2 und 3 einmal halbjährlich
- bei Pflegegrad 4 und 5 einmal vierteljährlich

Folgende Personengruppen **KÖNNEN** einmal halbjährlich einen Beratungseinsatz in Anspruch nehmen:

- Pflegebedürftige, die dem Pflegegrad 1 zugeordnet sind
- Pflegebedürftige, die Pflegesachleistungen beziehen (sie also ein professioneller Pflegedienst zuhause pflegt)

Die Kosten für die Beratungseinsätze werden von der zuständigen Pflegekasse übernommen bzw. sind bei privat Pflegeversicherten von dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen zu tragen, im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von dem zuständigen Beihilfeträger. Die Pflegedienste müssen anschließend die Beratungssätze bei Ihrer Pflegekasse bestätigen. Wenn Sie damit einverstanden sind, werden auch die Ergebnisse mitgeteilt, zum Beispiel was an der Pflegesituation verbessert werden kann!

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

Anspruch auf Pflegezeit

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

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

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

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

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

Pflegezeitgesetz und Familienpflegezeitgesetz

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

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

Wird ein Angehöriger pflegebedürftig, muss schnell Hilfe organisiert werden. Neben dem Anspruch auf Pflegezeit (unbezahlt für die Dauer von bis zu sechs Monaten) haben Beschäftigte daher das Recht, unbezahlt *bis zu zehn Arbeitstage* der Arbeit fernzubleiben. Für diese Zeit ist eine Lohnersatzleistung – das Pflegeunterstützungsgeld (Lohnersatzleistung) – vorgesehen. Als **Brutto**-Pflegeunterstützungsgeld werden 90 % des ausgefallenen **Netto**arbeitsentgelts gezahlt (bei Bezug beitragspflichtiger Einmalzahlungen in den letzten zwölf Monaten vor der Freistellung 100 %). Das Recht auf kurzfristige Freistellung von der Arbeit gilt gegenüber allen Arbeitgebern unabhängig von der Größe des Unternehmens und ohne Ankündigungsfrist.

Die Inanspruchnahme des Pflegeunterstützungsgeldes aufgrund einer akuten Pflegesituation ist **pro Pflegebedürftigem nur einmal** möglich.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Seit Januar 2022 dürfen Pflegefachkräfte **ausschließlich im Zusammenhang ihrer häuslichen Leistungserbringung (nicht für die teilstationäre Pflege, die vollstationäre Pflege oder die Kurzzeitpflege)** Empfehlungen zur Versorgung mit Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln abgeben. Einer ärztlichen Verordnung gemäß § 33 Absatz 5a SGB V bedarf es bei Vorliegen einer Empfehlung der Pflegefachkraft nicht (vgl. § 40 Absatz 6 Satz 4 und 6 SGB XI). Ziel der Neuregelung ist, dass Pflegebedürftige zügig für sie geeignete Pflegehilfsmittel oder Hilfsmittel erhalten, da die Pflegefachkräfte die häusliche Pflegesituation gut kennen.

Pflegeleistungen auf einen Blick

(Stand 01.11.2022)

Pflegegeld

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

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

Pflegesachleistungen ab 01.01.2022

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

Pflegegrad	monatlich in Euro
PG 1	-
PG 2	724
PG 3	1.363
PG 4	1.693
PG 5	2.095

Das Pflegegeld und die Pflegesachleistungen können auch kombiniert werden.

Dann werden die Leistungen anteilig ausbezahlt.

Pflegebedürftige der PG 2 – 5 können 40% der Leistungen auch für anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag verwenden, wenn die Pflegeleistungen in einem Monat nicht oder nur teilweise in Anspruch genommen wurden.

Tages- und Nachtpflege

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

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

Entlastungsbetrag (alle Pflegegrade)

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

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

Für Inanspruchnahme folgender Leistungen:

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

Verhinderungspflege

Leistungen bei Verhinderung der Pflegeperson (Pflegegrad 2 - 5)

- Pro Kalenderjahr für längstens **6 Wochen**
- Voraussetzung: Pflegebedürftige müssen bereits mindestens 6 Monate zu Hause gepflegt worden sein (sog. Vorpflegezeit).
- Für die Ersatzpflege durch eine Pflegeperson können von der Pflegekasse bis zu **1.612,- €** gewährt werden, sofern die Ersatzpflegeperson nicht bis zum 2. Grade mit dem Pflegebedürftigen verwandt oder verschwägert ist oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft zusammenlebt.
- Für die Ersatzpflege durch Verwandte, bzw. in häuslicher Gemeinschaft mit dem Pflegebedürftigen Lebenden wird der 1,5-fache Satz des o.a. Pflegegeldes anerkannt. Zusätzliche notwendige Aufwendungen (Fahrtkosten etc.) werden ergänzend bis zu einer Höhe von 1.612 € übernommen.
- Für die Verhinderungspflege können zusätzlich bis zu 806 Euro von der Kurzzeitpflege genutzt, auch wenn der Pflegebedürftige zu Hause gepflegt wird, wenn das Geld nicht für die Kurzzeitpflege genutzt wird.

Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen - (alle Pflegegrade)

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

Kurzzeitpflege - (Pflegegrad 2 - 5)

Pro Kalenderjahr werden bis zu **56 Tage** bis zu einem Betrag i.H.v. **1.774,- €** für Kosten einer notwendigen Ersatzpflege in stationären Einrichtungen geleistet.

Nicht verbrauchte Leistungen der Verhinderungspflege können auch für Leistungen der Kurzzeitpflege eingesetzt werden, Leistungsbetrag maximal 3386,-€.

Anspruch auf Pflegehilfsmittel (alle Pflegegrade)

Pflegebedürftige haben Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln,

- Zur Erleichterung der Pflege
- Zur Linderung von Beschwerden
- Für eine selbständige Lebensführung.

Pflegehilfsmittel werden formlos bei der Pflegekasse beantragt. Der MD prüft die Notwendigkeit. – Neu: Seit dem 01.01.2022 können Pflegedienste Empfehlungen aussprechen und somit den Prozess vereinfachen.

Zuzahlungen zu Pflegehilfsmitteln

Pflegebedürftige (Vollendung des 18. Lebensjahres) leisten zu den Kosten der technischen Hilfsmittel eine Zuzahlung von 10%, höchstens jedoch 25,- € je Pflegehilfsmittel. Technische Hilfsmittel werden vorrangig leihweise überlassen.

Zum Verbrauch bestimmter Hilfsmittel

(z. B. Bettelagen, Händedesinfektion oder Einmalhandschuhe, Schürzen) werden monatlich bis zu **40,- €** (alle Pflegegrade) übernommen.

Vollstationäre Pflege (Pflegeheim)

Für pflegebedingte Aufwendungen inklusive der Aufwendungen für Betreuung und Leistungen der medizinischen Behandlungspflege:

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

Hinweis: Seit 2017 gibt es den einrichtungseinheitlichen Eigenanteil (EEE), der für alle Bewohner mit den Pflegegraden 2 bis 5 gleich ist. - Hinzu kommen dann noch die Investitions-, Unterkunfts- und Verpflegungskosten der Einrichtung.

Seit dem 01.01.2022 erhalten Pflegeheimbewohner einen Zuschlag für den Eigenanteil, je nach Aufenthaltsdauer. Je länger der Aufenthalt, desto höher der Zuschlag zum Eigenanteil. Der Zuschuss beträgt:

- 5 % ab dem ersten Monat
- 25 % ab 12 Monaten
- 45 % ab 24 Monaten
- 70 % ab 36 Monaten

In vollstationären **Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen**, übernimmt die Pflegekasse 10% der Heimaufwendungen in den PG 2 bis 5 (max. 266,- € - § 43 a SGB XI).

Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen (alle Pflegegrade)

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

Übergangspflege im Krankenhaus (§ 39e SGB V - Krankenkassenleistung)

Kommen im unmittelbaren Anschluss an eine Krankenhausbehandlung erforderliche Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen nach dem SGB XI nicht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden, erbringt die **Krankenkasse** Leistungen der Übergangspflege in dem Krankenhaus, in dem die Behandlung erfolgt ist. Sie umfasst die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die Aktivierung der Versicherten, die Grund- und Behandlungspflege, ein Entlassmanagement, Unterkunft und Verpflegung sowie die im Einzelfall erforderliche ärztliche Behandlung.

Der Anspruch gilt für Menschen mit und ohne Pflegegrad. Er ist auf 10 Tage je Krankenhausbehandlung begrenzt. Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, zahlen vom Beginn der Leistung an innerhalb eines Kalenderjahres für max. 28 Tage eine Zuzahlung von 10,- € / Tag.

Was fehlt?

Sie halten die aktuelle Ausführung des neuen Ratgebers zur Pflegebedürftigkeit und Begutachtung in den Händen. Wir hoffen, Ihnen wertvolle und praxisnahe Hinweise rund um das Thema Begutachtung gegeben zu haben. Es bleibt jedoch nicht aus, dass evtl. bestimmte Punkte nicht ganz Ihre Erwartungen erfüllen.

Was haben Sie vermisst?

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

Ihre Vorschläge richten Sie bitte an:

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

Kontakt:

☎ (02361) 53-2026 oder -2639

E-Mail: bip@kreis-recklinghausen.de

Internet: www.kreis-recklinghausen.de

Quellennachweis

Zur Erstellung des vorliegenden Pflegetagebuches wurden folgende Schriften herangezogen:

Richtlinien zum Verfahren der Feststellung von Pflegebedürftigkeit sowie zur pflegefachlichen Konkretisierung der Inhalte des Begutachtungsinstruments nach dem SGB XI (Begutachtungs-Richtlinien – BRi) vom 15.04.2016 - gültig ab 01.01.2017 in der aktuellen Fassung vom 22.03.2022

Broschüren des Bundesministeriums für Gesundheit – Alles was Sie zum Thema Pflege wissen sollten. (Stand Januar 2022) sowie

Vereinbarkeit von Pflege und Beruf (Stand Juli 2022)

Broschüre des MDS : Die Selbstständigkeit als Maß der Pflegebedürftigkeit

Richtlinien der Pflegebegutachtung | Pflegebedürftigkeit und Pflegebegutachtung | MDS Medizinischer Dienst des GKV-Spitzenverbandes (mds-ev.de) (17.05.2021)

WALHALLA Fachverlag - Arbeitshilfe zum Beraterbrief Pflege

Ratgeber Pflege.de

Noch Fragen?

Die Berater und Beraterinnen der Beratungs- und Infocenter Pflege (BIP) sind Ihnen gerne behilflich.

Rufen Sie einfach an! Sie erreichen uns wie folgt:

44575 Castrop-Rauxel
Europaplatz 1
☎ 02305 106-2583
E-Mail: bip@castrop-rauxel.de

45711 Datteln
Genthiner Str. 8 (Rathaus)
☎ 02363 107-392
E-Mail: bip@datteln.de

46284 Dorsten
Bismarckstr. 1A
☎ 02362 66-4299
oder 02362 66-4420
E-Mail: bip@dorsten.de

45964 Gladbeck
Friedrichstr. 7 (Fritz-Lange-Haus)
☎ 02043 99-2773
oder 02043 99-2774
E-Mail: bip@stadt-gladbeck.de

45721 Haltern am See
Dr. Conrads-Str. 1
☎ 02364 933-231
E-Mail: bip@haltern.de

45699 Herten
Kurt-Schumacher-Str. 2
☎ 02366 303-270
oder 02366 303-586
E-Mail: bip@herten.de

45768 Marl
Bergstr. 228 – 230
(Riegelhaus)
☎ 02365 99-2296
oder 02365 99-2285
E-Mail: bip@marl.de

45739 Oer- Erkerschwick
Rathausplatz 1
☎ 02368 691-326
E-Mail: bip@oer-erkenschwick.de

45657 Recklinghausen
Rathausplatz 3
☎ 02361 50-2134
oder 02361 50-2124
E-Mail: bip@recklinghausen.de

45731 Waltrop
Münsterstraße 1
☎ 02309 930-334
E-Mail: bip@waltrop.de

Ihre Koordinierungsstelle im Kreishaus:

45657 Recklinghausen
Kurt-Schumacher-Allee 1
☎ 02361 53 – 2026
☎ 02361 53 – 2639
E-Mail: bip@kreis-re.de