

# 1.Vorgehensweise bei der Einstufung in der Pflegeversicherung

## Antragstellung

Die Antragstellung kann in den folgenden Schritten ablaufen:

- Anruf bei der Pflegekasse „Ich stelle hiermit einen formlosen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung. Bitte halten sie das heutige Datum als Antragstellungstermin fest“.
- Anfordern des Antrags bei der Pflegekassen, Ausfüllen des Antrags und zurücksenden an die Pflegekasse (ein ärztliches Attest ist nicht erforderlich).
- Die Pflegekasse beauftragt den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK), das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit abzuschätzen. Ein Gutachter vereinbart einen Termin für einen Hausbesuch.
- Der Gutachter schlägt der Pflegekasse die Einstufung in Pflegestufe I, II oder III vor oder den Antrag abzulehnen. Unabhängig von einer Pflegestufe stellt der Gutachter auch das eventuelle Vorliegen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz (z.B. bei dementieller Erkrankung) fest.
- Die Pflegekasse soll spätestens fünf Wochen nach Antragsstellung ihre Entscheidung dem Antragsteller schriftlich mitteilen d.h. die Bearbeitungsfrist soll vom Antragseingang bei der zuständigen Pflegekasse bis zur Zustellung des Leistungsbescheides an den Antragsteller eine Dauer von fünf Wochen nicht überschreiten
- Befindet sich der Antragsteller in einem Krankenhaus, in einem Hospiz oder einer stationären Rehabilitationseinrichtung, ist die Begutachtung innerhalb einer Woche nach Antragstellung durchzuführen und der Antragsteller muss erfahren, ob er pflegebedürftig ist oder nicht. Für den Leistungsbescheid mit der konkreten Festlegung der Pflegestufe gilt die Fünf-Wochen-Frist
- Wird die In-Anspruchnahme von Pflegezeit durch eine pflegende Person angezeigt, gelten gesonderte Fristen: Befindet sich der Antragsteller in der Häuslichkeit, muss der MDK innerhalb von zwei Wochen begutachten, befindet sich der Antragsteller in einem Krankenhaus oder einer stationären Rehabilitationseinrichtung, muss die Begutachtung innerhalb von einer Woche erfolgen. Der Antragsteller muss hier innerhalb einer bzw. von zwei Wochen erfahren, ob er pflegebedürftig oder nicht ist. Für den Leistungsbescheid mit der konkreten Festlegung der Pflegestufe gilt die Fünf Wochen-Frist.
- Ein Widerspruch gegen den Bescheid kann innerhalb eines Monats eingelegt werden. Dieser führt in der Regel zu einem Zweitgutachten. Ein Zweitgutachten muss in jedem Fall von einem anderen Gutachter gestellt werden.
- Führt auch das Zweitgutachten zu keiner Einstufung und wird an dem Widerspruch festgehalten prüft der Widerspruchsausschuss der Pflegekasse den Widerspruch. Hat der Widerspruch keinen Erfolg, dann erhält man einen Widerspruchsbescheid, gegen den Widerspruchsbescheid kann eine Klage beim Sozialgericht erhoben werden.
- Zudem ist es zu jedem Zeitpunkt der Antragstellung möglich, einen Neuantrag oder einen Antrag auf Höherstufung zu stellen.

## Die Begutachtung

- Es ist ausreichend, bestehende Krankenberichte des behandelnden Arztes oder einen Bericht von zurückliegenden Krankenhausaufenthalten sowie ggf. von Aufenthalten in Rehabilitationseinrichtungen für den Gutachter zu fotokopieren.
- Falls ein Pflegedienst an der Versorgung beteiligt ist, wird die Pflegedokumentation zusätzlich eingesehen und sollte bereitliegen.
- Für die Einstufung in eine Pflegestufe ist entscheidend wie viel Zeit täglich für bestimmte Hilfeleistungen aufgewandt wird. Solche „Gewöhnliche und wiederkehrende Verrichtungen des täglichen Lebens“ sind im Bereich
  - der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
  - der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
  - der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,

- der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.
- Zur Feststellung der Pflegestufe ist für die Bemessung des zeitlichen Mindestpflegeaufwandes bezüglich des festgestellten Hilfebedarfs durch Laienpfleger von einer durchschnittlichen häuslichen Wohnsituation auszugehen, auch wenn sich der Antragssteller zum Zeitpunkt der Begutachtung im Krankenhaus oder in einer anderen stationären Einrichtung befindet.
- Zur Pflegezeitbemessung wurden Orientierungswerte entwickelt. Doch auch bei der Anwendung der Orientierungswerte bleibt die individuelle Pflegesituation und Pflegezeit für die Feststellung des zeitlichen Umfangs des Hilfebedarfs maßgeblich und sie kann durchaus höher als der Orientierungswert liegen. Außerdem gibt es nicht für alle Hilfebedarfe Orientierungswerte.

## **Orientierungswerte zur Pflegezeitbemessung**

### **Körperpflege**

- Ganzkörperwäsche: 20 - 25 Minuten
- Waschen Oberkörper: 8 - 10 Minuten
- Waschen Unterkörper: 12 - 15 Minuten
- Waschen Hände/Gesicht: 1 - 2 Minuten
- Duschen: 15 - 20 Minuten
- Baden: 20 - 25 Minuten
- Zahnpflege: 5 Minuten
- Kämmen: 1 - 3 Minuten
- Rasieren: 5 -10 Minuten

### **Ausscheidungen**

- Wasserlassen: 2 - 3 Minuten
- Stuhlgang: 3 - 6 Minuten
- Richten der Bekleidung: insgesamt 2 Minuten
- Wechseln von Inkontinenzvorlagen/-slips nach Wasserlassen: 4 - 6 Minuten
- Wechseln von Inkontinenzvorlagen/-slips nach Stuhlgang: 7 - 10 Minuten
- Wechsel kleiner Vorlagen: 1 - 2 Minuten
- Wechseln/Entleeren des Urinbeutels: 2 - 3 Minuten
- Wechseln/Entleeren des Stomabeutels: 3 - 4 Minuten

### **Ernährung**

- Mundgerechte Zubereitung: 2-3 Minuten
- Nahrung reichen/ 3 Hauptmahlzeiten: je 15-20 Minuten
- Sondenkost: 15-20 Minuten pro Tag

### **Mobilität**

- einfache Hilfe zum Aufstehen/zu Bett gehen: je 1 - 2 Minuten
- Umlagern: 2 - 3 Minuten
- Ankleiden gesamt: 8 - 10 Minuten
- Ankleiden Oberkörper: 5 - 6 Minuten
- Ankleiden Unterkörper: 5 - 6 Minuten
- Entkleiden gesamt: 4 - 6 Minuten
- Entkleiden Oberkörper: 2 - 3 Minuten
- Entkleiden Unterkörper: 2 - 3 Minuten
- Gehen: Zeiten sind individuell zu erheben
- Treppensteigen: Zeiten sind individuell zu erheben
- Stehen/ Transfer: 1 Minute
- Verlassen/ Wiederaufsuchen der Wohnung/ Zeiten sind individuell zu erheben, Bei Wartezeiten im Zusammenhang mit dem Aufsuchen von Ärzten und Therapeuten können bis zu 45 Minuten angesetzt werden.

## **Hauswirtschaft**

Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung, Beheizen

- Der Hilfebedarf beim Gehen, Stehen und Treppensteigen wird nur berücksichtigt, wenn er im Zusammenhang mit Verrichtungen der Körperpflege, der Ernährung oder der hauswirtschaftlichen Versorgung entsteht. Beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung werden nur Gänge berücksichtigt, die zur konkreten Lebensführung notwendig sind z.B. Arztbesuche; Spaziergänge oder Theaterbesuch werden nicht angerechnet.
- Wenn für eine Pflegeverrichtung zwei Pflegepersonen erforderlich sind (z.B. Baden), muss die doppelte Pflegezeit berechnet werden.
- Bei jeder Pflegestufe müssen auch hauswirtschaftliche Hilfebedarfe erforderlich sein. Dafür sollten je nach Pflegestufe 45 Minuten bis eine Stunde täglich aufgebracht werden. Diese Hilfe muss mehrfach in der Woche geleistet werden, aber nicht jeden Tag.

Die angegebenen Minutenwerte unterscheiden sich je nachdem ob die Pflegeperson die Leistung übernimmt, ob sie Unterstützung gibt oder lediglich Anleitung gibt. Die Addition der einzelnen Leistungen an einem Tag ergibt einen Minutenwert, der je nach Höhe eine bestimmte Pflegestufe ergibt. Anhand dieser Zeitwerte kann der Pflegeberater eine ungefähre Einschätzung abgeben, ob eine Einstufung Erfolg haben könnte bzw. welche Pflegestufe erwartet werden kann.

## **Pflegestufen**

### **Pflegestufe I:**

- Verrichtungen des täglichen Lebens (Pflege): Im Tagesdurchschnitt über 45 Minuten und wenigstens 2 Verrichtungen am Tag.
- Hauswirtschaftliche Hilfe: Im Tagesdurchschnitt 45 Minuten bei mehrfachem Bedarf in der Woche.

### **Pflegestufe II:**

- Verrichtungen des täglichen Lebens (Pflege): Im Tagesdurchschnitt 120 Minuten und wenigstens 3 mal täglich zu verschiedenen Tageszeiten
- Hauswirtschaftliche Hilfe: Im Tagesdurchschnitt 60 Minuten bei mehrfachem Bedarf in der Woche.

### **Pflegestufe III:**

- Verrichtungen des täglichen Lebens (Pflege): Im Tagesdurchschnitt über 240 Minuten bei einem Bedarf „rund um die Uhr“.
- Hauswirtschaftliche Hilfe: Im Tagesdurchschnitt 60 Minuten bei mehrfachem Bedarf in der Woche.

## **Härtefallregelung**

- Die Grundpflege kann auch in der Nacht nur von mehreren Pflegekräften gleichzeitig erbracht werden.
- Hilfe bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität, die Mindestens 7 Stunden täglich, davon 2 Stunden in der Nacht erforderlich ist.

Zu dem berücksichtigungsfähigen Hilfebedarf gehören auch verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen, die aus medizinisch-pflegerischen Gründen regelmäßig und auf Dauer untrennbarer Bestandteil der oben genannten Verrichtungen der Grundpflege sind oder objektiv notwendig im unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit diesen Verrichtungen vorgenommen werden müssen.

## **Einstufungsverfahren für Antragsteller mit erheblich allgemeinem Betreuungsbedarf**

Unabhängig des Vorliegens einer Pflegestufe erhebt der MDK den Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung, die aufgrund einer demenzbedingten Fähigkeitsstörung, einer geistigen Behinderung oder einer psychischen Erkrankung dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz führt. Dies gilt auch, wenn der Anspruch auf Pflegestufe I nicht erfüllt wird.

Für die Bewertung, ob die Einschränkung der Alltagskompetenz auf Dauer erheblich ist, sind folgende Schädigungen und Fähigkeitsstörungen maßgeblich:

1. unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauftendenz);
2. Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen;
5. unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen;
4. tätlich 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, Verzagttheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression.

Die Alltagskompetenz ist **erheblich eingeschränkt**, wenn der MDK bei dem Versicherten wenigstens in **zwei** Bereichen, davon mindestens einmal aus einem der Bereiche 1 bis 9, dauerhafte und regelmäßige Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen feststellt (siehe § 45a Abs. 2 SGB XI). Dann besteht ein Anspruch auf den Grundbetrag von 100 € monatlich.

Die Alltagskompetenz ist in **erhöhtem Maße eingeschränkt**, wenn die für die erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz maßgeblichen Voraussetzungen erfüllt sind und **zusätzlich** bei mindestens einem weiteren Bereich aus einem der Bereiche 1, 2, 3, 4, 5, 9 oder 11 dauerhafte und regelmäßige Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen festgestellt werden (Anspruch auf erhöhten Betrag von 200 € monatlich).

( → 2.6 Leistungen bei erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf)

#### **Übergangsregelungen bis zum 31.12.2009 für Menschen, die bereits vor dem 01.07.2008 zum Personenkreis nach § 45a SGB XI zählten:**

- Personen, die bisher bis zu 460 € jährlich erhielten, gelten ab dem 01.07.2008 als in ihrer Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt. Sie haben automatisch einen Anspruch auf den Grundbetrag von bis zu 100 € monatlich ab dem 01.07.2008 ohne weitere Antragstellung. Personen, die gerne den erhöhten Betrag von bis zu 200 € monatlich hätten, müssen einen Antrag auf das Vorliegen einer in erhöhtem Maße eingeschränkten Alltagskompetenz stellen. In der Regel erfolgt die Entscheidung per Aktenlage.

#### **Wichtige Informationen**

- Durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wurde der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ gestärkt. Der MDK prüft nun auch ob und ggf. welche Maßnahmen der Prävention und der medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind. Er prüft deshalb in jedem Einzelfall im Rahmen der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit, ob eine Indikation für diese Leistung besteht, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, eine bestehende Pflegebedürftigkeit zu beseitigen oder zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten.
- Eine Empfehlung des Medizinischen Dienstes für eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation führt unmittelbar zu einem Rehabilitationsantrag gemäß § 14 SGB IX, sofern dazu die Einwilligung des Antragsstellers vorliegt.
- Im Rahmen der Begutachtung auf Pflegebedürftigkeit hat der MDK auch das Vorliegen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI zu ermitteln. Daneben kann

es isolierte Anträge von Versicherten auf das Vorliegen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI geben.

- Hat ein Antragsteller nur einen isolierten Antrag auf Vorliegen einer eingeschränkten Alltagskompetenz gestellt, dann haben sowohl die Pflegekasse als auch der MDK diesen über die Voraussetzungen für das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit bzw. die Pflegestufenzuordnung zu informieren und individuell zu beraten.

### **Tipps für das Gespräch mit dem Gutachter**

- Vor dem Besuch sollte man über ein paar Tage hinweg die notwendigen Pflegeverrichtungen in ein Pfl egetagebuch notieren (siehe unten).
- Der Besuch des Gutachters muss rechtzeitig angekündigt werden. Ein Ausweichtermin muss falls nötig angeboten werden.
- Der Gutachter sollte den pflegebedürftigen Menschen in einer normalen Alltagssituation vorfinden.
- Wichtige Angaben sollte man von sich aus machen, auch wenn der Gutachter nicht danach fragt.
- Liegt eine Demenz vor, ist der Gutachter verpflichtet, die Pflegeperson auch ohne Beisein des Pflegebedürftigen anzuhören, damit offen über den Hilfebedarf gesprochen werden kann.
- Der Gutachter wird sich unter Umständen und mit Einverständnis des Antragsstellers in der Wohnung umsehen, um sich ein Bild von der Pflegesituation zu machen.
- Die so genannten krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen werden bei der Einstufung immer berücksichtigt, selbst dann wenn diese Leistungen hinterher nach § 37 SGB V abgerechnet werden.

### **Widerspruch**

Der Widerspruch des Versicherten muss innerhalb eines Monats erfolgen. Wird die Widerspruchsfrist versäumt, kann er/sie einen Neuantrag stellen. Den Neuantrag sollte man damit begründen, dass sich seit dem letzten Besuch des Gutachters die Pflegesituation verändert hat.

Der Widerspruch des Versicherten muss nicht näher begründet sein, folgende Formulierung ist möglich:

*„Ich lege hiermit Widerspruch ein gegen den Bescheid der Pflegekasse vom... Ich bin der Auffassung, dass die Einstufung in die Pflegestufe nicht richtig erfolgt ist. Aufgrund der erbrachten notwendigen Hilfeleistungen bei den Verrichtungen des täglichen Lebens komme ich zu einer höheren Einschätzung der Pflegestufe. Ich bitte Sie deshalb, Ihre Entscheidung zu überprüfen.“*

Zusätzlich kann man angeben, eine nähere Begründung des Widerspruchs nachzureichen. Hierzu kann man bei der Pflegekasse das Gutachten des MDK anfordern, um vergleichen zu können, welche Hilfeleistungen berücksichtigt würden.