

BIP

PFLEGETAGEBUCH

6. Auflage
– mit Einlage Tagebuchseiten –



**KREIS
RECKLINGHAUSEN**
DER VESTISCHE KREIS

BIP-Kreishaus

Stand 01.01.2015, 6. Auflage.

Kurt-Schumacher-Allee 1

45657 Recklinghausen

Kontakt:

(02361) 53-2639 oder -2026

E-Mail: bip@kreis-recklinghausen.de

Internet: www.kreis-recklinghausen.de

Vorwort

Wer **pflegebedürftig** ist, hat einen Rechtsanspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung. Unmittelbar nach Eingang eines erstmaligen Antrags auf Leistungen ist die zuständige Pflegekasse innerhalb von zwei Wochen verpflichtet, dem Antragsteller unter Nennung einer Kontaktperson einen konkreten Beratungstermin anzubieten. Eine Terminabsprache ist dabei möglich, auch kann auf Wunsch des Antragstellers der Beratungstermin außerhalb der zwei Wochenfrist liegen.

Zu prüfen, ob die Voraussetzungen einer Pflegebedürftigkeit vorliegen, das ist die nicht immer leichte Aufgabe des **Medizinischen Dienstes** der **Krankenkassen (MDK)**¹. Im Auftrag der Pflegekasse nimmt er die Begutachtung in der häuslichen Umgebung vor. Sie bildet die Grundlage für die Einstufung in eine der drei Pflegestufen. Auf der Basis dieser Begutachtung entscheidet die Pflegekasse letztendlich über Art und Höhe der Leistungen. Betroffene und Angehörige sollten sich dessen bewusst sein und sich gründlich auf diesen "entscheidenden" Ortstermin vorbereiten. Denn oft ist es leichter, sich gezielt auf die Begutachtung vorzubereiten, als eine negative Entscheidung aufgrund einer "ungünstig" verlaufenen Begutachtung mit Erfolg anzufechten.

Einen wichtigen Stellenwert nimmt hierbei das **Pflegetagebuch** ein. Mit seiner Hilfe kann der tatsächliche Pflegeumfang glaubhaft nachgewiesen werden. Die Aufzeichnungen dienen damit sowohl dem Antragsteller als auch der Pflegeperson. Für den Gutachter, der das Gutachten in der Regel auf Grund eines einzigen Hausbesuches erstellt und der bei seinem Besuch nur eine "Momentaufnahme" aus dem Alltag des / der Betroffenen erlebt, sind die Aufzeichnungen eine wertvolle Hilfe bei der Entscheidungsfindung. Aus gutem Grunde verpflichten die Begutachtungsrichtlinien den Gutachter, vorhandene längerfristige Aufzeichnungen über den Pflegeverlauf, also auch das **Pflegetagebuch**, zu berücksichtigen.

Auch im Widerspruchsverfahren kann das **Pflegetagebuch** weitere wertvolle Hilfe leisten. Der Vergleich der im Gutachten angegebenen Zeitwerte mit den Aufzeichnungen des **Pflegetagebuches** verhilft zu einer Beurteilung des Gutachtens und einer selbstkritischen Einschätzung, ob der tägliche Bedarf tatsächlich den Anforderungen für die Einstufung in eine der drei Pflegestufen entspricht.

Neben den eigentlichen **Pflegetagebuchseiten**, in denen Sie Ihre Eintragungen vornehmen und die Sie bequem an den Gutachter weitergeben können, erhalten Sie weitere Informationen rund um das Thema Begutachtung. Sie erfahren, auf welche Hilfestellungen es ankommt, welche zeitlichen Voraussetzungen erfüllt sein müssen, an welchen Vorgaben sich der Gutachter bei der Begutachtung orientiert, wie Sie sich auf die Begutachtung ansonsten vorbereiten können, welche Leistungen die Pflegeversicherung gewährt und anderes mehr.

Das vorliegende **Pflegetagebuch** wird erfahrungsgemäß nicht all Ihre Fragen beantworten können. Aber wir hoffen, dass es Sie bei Ihren Bemühungen, eine gerechte und faire Begutachtung zu erreichen, ein Stück weit unterstützt. Für eine persönliche qualifizierte Beratung stehen wir darüber hinaus in den jeweiligen kreisangehörigen Städten jederzeit zur Verfügung. Die Ansprechpartner finden Sie auf der Rückseite des **Pflegetagebuches**.

Ihre BIP-Berater/-innen im Kreis Recklinghausen
Recklinghausen, im Januar 2015

¹ 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.

Vorwort zur 6. Auflage:

Aufgrund der zum 01.01.2015 in Kraft getretenen Änderungen in der sozialen Pflegeversicherung haben wir die 6. Auflage unseres Pfl egetagebuches inhaltlich überarbeitet

Ihre BIP-Berater/-innen im Kreis Recklinghausen
Recklinghausen, im Januar 2015

INHALTSVERZEICHNIS

Wer erhält Leistungen zur Pflegeversicherung?.....	1
Erläuterung / Abgrenzung der Verrichtungen.....	2
Formen der Hilfeleistungen.....	9
Häufigkeit und Zeitaufwand der Verrichtungen	11
Zeitkorridore.....	12
Die Zeitkorridore (Orientierungswerte) im Einzelnen.....	15
Wie bereite ich mich ansonsten auf die Begutachtung vor?	17
Was kommt nach der Begutachtung?	18
Leistungen der Pflegeleistungen ab 01.01.2015.....	21
Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen für Pflege- bedürftige mit und ohne eingeschränkter Alltagskompetenz	23
Weitere Leistungen der Pflegeversicherung.....	24
Pflegepflichteneinsätze.....	25
Anspruch auf Pflegezeit – Das neue Pflegezeitgesetz ab 01.01.2015 -.....	26
Pflegezeit, Pflegevertretung (Verhinderungs- oder Ersatzpflege)	27
Was fehlt?.....	29
Quellenachweis.....	30
Noch Fragen?.....	Rückseite
Einlage: Tagebuchseiten	

Wer erhält Leistungen der Pflegeversicherung?

Im Pflegeversicherungsgesetz und den Richtlinien zur Ausführung des Gesetzes ist genau vorgeschrieben, wer pflegebedürftig ist und somit Leistungen erhält.

Danach erhalten Leistungen nur Personen, bei denen auf Dauer, d. h. mindestens für einen Zeitraum von 6 Monaten, Hilfe in den Bereichen

- Körperpflege
- Ernährung **Grundpflege**
- Mobilität
- Hauswirtschaftliche Versorgung

erforderlich ist.

Hierbei ist zu beachten, dass es nicht ausreicht, lediglich im Haushalt Hilfe zu benötigen. **Die tägliche Hilfe im Bereich Körperpflege, Ernährung und Mobilität muss überwiegen.**

Zur besseren Orientierung sind die einzelnen Bereiche durchgehend (auch in der Einlage) farblich gekennzeichnet.

Bis zur Leistungsgewährung aufgrund eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes liegt bei der Bestimmung der Pflegebedürftigkeit das Augenmerk des Begutachtenden auf **Funktionseinschränkungen und Fähigkeiten des Antragstellers** in Bezug auf ganz bestimmte Verrichtungen des täglichen Lebens aus den o. a. Bereichen. Diese werden auch als "gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen" bezeichnet.

Im Einzelnen sind dies

im Bereich der Körperpflege:

Waschen Kämmen Blasen- und
Duschen Rasieren Darmentleerung
Baden Zahnpflege

im Bereich der Ernährung:

Mundgerechte Zubereitung der Nahrung
Aufnahme der Nahrung

im Bereich der Mobilität:

Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen innerhalb der Wohnung, Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung, z.B. für Arztbesuche (Spaziergänge werden nicht gewertet)

im Bereich der Hauswirtschaftlichen Versorgung:

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

In diesem Bereich genügt es, wenn die Hilfe nur mehrmals wöchentlich benötigt wird, die Zeit wird anteilig bei der täglichen Pflegezeit hinzugerechnet.

Das bedeutet aber auch, dass nicht das Krankheitsbild oder der Grad der Behinderung (z.B. nach dem Schwerbehindertengesetz) über eine Pflegebedürftigkeit entscheiden, sondern allein der aus den Einschränkungen resultierende individuelle **Hilfebedarf bei den gesetzlich definierten Verrichtungen** maßgeblich ist.

Die Defizite können hierbei auch geistiger Natur sein. Pflegebedürftigkeit liegt auch dann vor, wenn der Pflegebedürftige die Verrichtungen zwar körperlich ausüben kann, jedoch deren Notwendigkeit nicht erkennt oder nicht in sinnvolles zweckgerichtetes Handeln umsetzen kann (z.B. bei Antriebs- und Gedächtnisstörungen, verminderter Orientierung und Verwechsellern oder Nichterkennen vertrauter Personen oder Gegenständen). Das wird bei geistig verwirrten (dementen) Personen regelmäßig der Fall sein.

Beachte:

Geistig verwirrte Pflegebedürftige, die zu Hause einen "erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung" haben, erhalten **auf Antrag** zusätzliche Leistungen nach dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz. Für die Gewährung der zusätzlichen Leistungen ist nicht maßgeblich, ob die Pflegestufe I, II; III oder ein Hilfebedarf unterhalb der Stufe I anerkannt wurde (siehe hierzu Abschnitt "Zusätzliche Entlastungs- und Betreuungsleistungen für Pflegebedürftige", Seite 23).

Seit der Einführung des Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (PNG) zu Beginn des Jahres 2013 gibt es für den vorgenannten Personenkreis zusätzlich ein deutlich erweitertes Leistungsspektrum. Bis zur Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes, der sich künftig stärker an dem betreuenden Bedarf von Demenzerkrankten orientieren soll und weniger an dem grundpflegerischen, gelten diese Leistungsverbesserungen der Pflegeversicherung (siehe hierzu S. 21 und 22).

Erläuterung / Abgrenzung der Verrichtungen

Da oft Unklarheit darüber herrscht, was alles unter die einzelnen Verrichtungen fällt, diese Abgrenzung aber für eine umfassende und genaue Dokumentation entscheidend ist, werden diese nachfolgend noch einmal erläutert.

Vor- und Nachbereitungsarbeiten zu den Verrichtungen sind Hilfen im Sinne der Pflegeversicherung und damit berücksichtigungsfähig.

Körperpflege

Lt. Rechtsprechung des Bundessozialgerichts umfassen die Verrichtungen Waschen, Duscheln oder Baden auch das Haarewaschen einschließlich der Haartrocknung. Alleiniges Haarewaschen ist der Verrichtung "Waschen" zuzuordnen.

Ein ein- bis zweimaliges Haarewaschen pro Woche entspricht dem heutigen Hygienestandard. Maßgebend ist die medizinische bzw. pflegerische Notwendigkeit.

Das Schneiden von Finger- und Fußnägeln sind regelmäßig keine täglich anfallenden Verrichtungen.

Die Hautpflege ist integraler Bestandteil der Körperpflege (siehe auch lfd. **Nr. 6**).

1. Das Waschen

Das Waschen umfasst das Waschen des ganzen Körpers, aber auch von Teilbereichen des Körpers, hauptsächlich am Waschbecken bzw. im Bett mit einer Waschschiüssel. Es

gehören unter anderem zum Waschvorgang: die Vor- und Nachbereitung sowie das Waschen des ganzen Körpers bzw. einzelner Körperteile und das Abtrocknen.

Wenn im unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit dem Waschen /Duschen oder Baden ein Schmerzmittel gezielt zur Durchführung des Waschens / Duschens oder Badens (z.B. bei Kontrakturen, Tumorschmerzen) verabreicht werden muss oder eine Sekretabsaugung notwendig ist, handelt es sich jeweils um eine **krankheitsspezifische Pflegemaßnahme**. Diese ist zusätzlich zu dem beim Waschen / Duschen oder Baden bestehenden Hilfebedarf zu berücksichtigen und als Erschwernisfaktor zu werten (zu den Erschwernisfaktoren siehe auch Abschnitt "Zeitkorridore", Seite 18). Im Gegensatz dazu ist eine alleinige regelmäßige Gabe von Schmerzmedikamenten keine Maßnahme in diesem Sinne, weil sie nicht im unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit einer Verrichtung steht. Sie ist dann nicht berücksichtigungsfähig.

(Die Durchführung einer Intimhygiene zum Beispiel nach dem Toilettengang ist im Rahmen der Blasen- und Darmentleerung entsprechend zu berücksichtigen und anzuführen.)

2. Das Duschen

Das Duschen des Körpers umfasst eine Ganzkörperwäsche unter der Dusche, wobei die Vor- und Nachbereitung, die Ganzkörperwäsche selbst und das Abtrocknen des ganzen Körpers zu berücksichtigen sind.

(Hilfestellung beim Betreten der Duschtasse, bzw. beim Umsetzen des Pflegebedürftigen zum Beispiel auf einen Duschstuhl, ist im Bereich der Mobilität "Stehen" zu berücksichtigen.)

3. Das Baden

Das Baden umfasst eine Ganzkörperwäsche in einer Badewanne, wobei der Pflegebedürftige entweder sitzen oder liegen kann. Zum eigentlichen Waschvorgang gehören sowohl die Vor- und Nachbereitung, das Waschen des ganzen Körpers selbst sowie das Abtrocknen des Körpers.

Wenn im unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang nach dem Duschen, Baden oder Waschen aufgrund einer Hauterkrankung das Einreiben mit Dermatika notwendig ist, handelt es sich um eine **krankheitsspezifische Pflegemaßnahme**. Diese ist zusätzlich zu dem beim Duschen, Baden oder Waschen bestehenden Hilfebedarf zu berücksichtigen und als Erschwernisfaktor zu werten (zu den Erschwernisfaktoren siehe auch Abschnitt "Zeitkorridore", Seite 18).

(Eine Hilfestellung beim Einsteigen in die Badewanne ist im Bereich der Mobilität "Stehen" zu berücksichtigen).

4. Die Zahnpflege

Die Zahnpflege umfasst sowohl die Vorbereitung wie zum Beispiel Zahnpasta-auf-die-Bürste-Geben und/oder das Aufschrauben von Behältnissen (Zahnpaste/Mundwasser) als auch den eigentlichen Putzvorgang und die Nachbereitung, aber auch die Reinigung von Zahnersatz und die Mundpflege, dass heißt das Spülen der Mundhöhle mit Mundwasser und die mechanische Reinigung der Mundhöhle.

5. Das Kämmen

Dies umfasst das Kämmen oder Bürsten der Haare entsprechend der individuellen Frisur. Das Legen von Frisuren (z.B. Dauerwellen) oder das Haarschneiden sind nicht zu berücksichtigen. Trägt der Pflegebedürftige ein Toupet oder eine Perücke, ist das Kämmen oder Aufsetzen dieses Haarteils beim Hilfebedarf zu werten.

6. Das Rasieren

Das Rasieren beinhaltet wahlweise die Trocken- oder Nassrasur und deren sichere Durchführung sowie die damit zusammenhängende Haut- und Gesichtspflege. Bei Frauen kann auch ohne notwendige Gesichtsraser (Damenbart) die Gesichtspflege berücksichtigt werden. Das Schminken kann nicht als Gesichtspflege gewertet werden.

7. Die Darm- und Blasenentleerung

Hierzu gehören die Kontrolle des Wasserlassens und des Stuhlganges, sowie die Reinigung und Versorgung von künstlich geschaffenen Ausgängen (Urostoma, Anuspraeter). Maßnahmen der Behandlungspflege, wie zum Beispiel das Katheterisieren, werden nicht berücksichtigt.

Die notwendigen Handgriffe bei diesem Hygienevorgang, das Richten der Kleidung vor und nach dem Gang zur Toilette, die Intimhygiene wie das Säubern nach dem Wasserlassen und dem Stuhlgang sind zu berücksichtigen, ebenso das Entleeren und Säubern eines Toilettenstuhls bzw. eines Steckbeckens. Bei Fehlhandlungen des zu Pflegenden, wie zum Beispiel Kotschmieren, ist der Säuberungsbedarf hier mit einzuordnen und nicht bei der hauswirtschaftlichen Versorgung zu berücksichtigen. Nicht zu berücksichtigen ist unter diesen Verrichtungen die eventuell

eingeschränkte Gehfähigkeit beim Aufsuchen und Verlassen der Toilette. Kann der Pflegebedürftige die Toilette nur deshalb nicht alleine aufsuchen, ist dies unter "Gehen" im Bereich der Mobilität festzustellen und zeitlich zu bewerten.

Wenn im unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang bei der Darm- und Blasenentleerung die Verabreichung eines Klistiers, eines Einlaufs oder die Einmalkatheterisierung notwendig ist, handelt es sich um eine **krankheitsspezifische Pflegemaßnahme**. Diese ist zusätzlich zu dem bei der Darm- und Blasenentleerung bestehenden Hilfebedarf zu berücksichtigen und als Erschwernisfaktor zu werten (zu den Erschwernisfaktoren siehe auch Abschnitt "Zeitkorridore", Seite 18). Im Gegensatz dazu ist die Laxantiengabe oder das Legen eines Blasendauerkatheters keine solche Maßnahme, weil sie nicht zwangsläufig im unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit der Darm- und Blasenentleerung vorgenommen werden muss.

Aufgrund der Vielfältigkeit der bei der Blasen- und Darmentleerung notwendigen verschiedenen Hilfeleistungen ist es häufig erforderlich, den Hilfebedarf differenziert darzustellen.

Ernährung

8. Das mundgerechte Zubereiten der Nahrung

Hierzu zählen alle Tätigkeiten, die zur unmittelbaren Vorbereitung dienen und die die Aufnahme von fester und flüssiger Nahrung ermöglichen, wie die portionsgerechte Vorgabe, der Umgang mit Besteck, das Zerkleinern der zubereiteten Nahrungsmittel, z.B. das mundgerechte Zubereiten bereits belegter Brote, ebenso die notwendige Kontrolle der richtigen Essenstemperatur. Hierzu zählen nicht das Kochen oder das Eindecken des Tisches. Die Zubereitung von Diäten, einschließlich des anhand der Diätvorschriften vorzu-

nehmenden Bemessens und Zuteilens der zubereiteten Nahrung bzw. einzelner Nahrungsbestandteile ist nicht hier, sondern unter der lfd. **Nr.17 "Kochen"** zu berücksichtigen. Die regelmäßige Insulingabe sowie die Blutzuckermessungen sind keine krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen, da sie nicht zwangsläufig im unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit dieser Verrichtung vorgenommen werden müssen.

Zur "mundgerechten" Zubereitung der Nahrung gehört allein die letzte Maßnahme vor der Nahrungsaufnahme. Notwendige Aufforderungen zur vollständigen Aufnahme der Nahrung in fester und flüssiger Form (Essen und Trinken) sind beim Hilfebedarf zu berücksichtigen, wenn der Pflegebedürftige aufgrund fehlender Einsichtsfähigkeit dazu nicht in der Lage ist.

9. Die Aufnahme der Nahrung

Zur Nahrungszufuhr gehören die Nahrungsaufnahme in jeder Form (fest, flüssig) wie auch die Verabreichung von Sondennahrung mittels Nährsonde einschließlich der Pflege der Sonde und die Verwendung von Besteck oder anderer geeigneter Geräte (ggf. das Bereithalten behindertengerechten Geschirrs oder Essbestecks), um Nahrung zum Mund zu führen. Notwendige Aufforderungen zur vollständigen

Aufnahme der Nahrung in fester und flüssiger Form (Essen und Trinken) sind beim Hilfebedarf zu berücksichtigen, wenn der Pflegebedürftige aufgrund fehlender Einsichtsfähigkeit dazu nicht in der Lage ist (z. B. bei geistig verwirrten Menschen).

Wenn im unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit der Aufnahme der Nahrung das Wechseln der Sprechkanüle gegen eine Dauerkanüle zur Ermöglichung des Schluckens oder vor oder während dieser Verrichtung eine Sekretabsaugung notwendig ist, handelt es sich um eine **krankheitsspezifische Pflegemaßnahme**. Diese ist zusätzlich zu dem bei der Aufnahme bestehenden Hilfebedarf zu berücksichtigen und als Erschwernisfaktor zu werten (zu den Erschwernisfaktoren siehe auch Abschnitt "Zeitkorridore", Seite 18). Im Gegensatz dazu ist das Legen einer Dauerernährungssonde keine solche Maßnahme, weil sie nicht zwangsläufig im unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit dieser Verrichtung vorgenommen werden muss.

Mobilität

10. Das selbständige Aufstehen und Zubettgehen

Dies umfasst neben der Mobilität auch die eigenständige Entscheidung, zeitgerecht das Bett aufzusuchen bzw. zu verlassen. Bei dementen Personen kann, wenn sie hierzu selbst nicht mehr in der Lage sind, eine Aufforderung zum Schlafengehen erforderlich sein. "Zeitgerecht" meint "nicht zur Unzeit", wobei allerdings gewachsene Gewohnheiten des Pflegebedürftigen zu abweichenden berücksichtigungsfähigen Ruhezeiten führen können.

Umlagern

Der durch das Umlagern anfallende Pflegeaufwand wird als Grundpflege betrachtet und entsprechend berücksichtigt. Alleiniges Umlagern (ohne Zusammenhang mit anderen Verrichtungen der Grundpflege) wird der Verrichtung "Aufstehen und Zu-Bett-Gehen" zugeordnet und entsprechend dort berücksichtigt (s. lfd. **Nr. 10 "Das selbständige Aufstehen und Zubettgehen"**). Fällt das Umlagern in Verbindung mit den Verrichtungen an, so erfolgt die Zuordnung und Dokumentation sowie die zeitliche Berücksichtigung bei der jeweiligen Verrichtung.

Der Transfer auf einen Rollstuhl / Toilettenstuhl ist nicht beim Aufstehen und Zubettgehen mit zu berücksichtigen, sondern beim Hilfebedarf des "Stehens".

11. Das An- und Auskleiden

Das An- und Auskleiden beinhaltet neben den notwendigen Handgriffen, zum Beispiel Öffnen und Schließen von Verschlüssen, Auf- und Zuknöpfen, Aus- und Anziehen von Schuhen, die Auswahl der Kleidungsstücke (Jahreszeit, Witterung), deren Entnahme aus ihrem normalen Aufbewahrungsort wie Kommoden und Schränken. Hierzu zählt auch das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen der Kompressionsklasse 1. Bei der Feststellung des Zeitaufwandes für das An- und Ablegen von Prothesen, Korsetts und Stützstrümpfen ist der Zeitaufwand individuell zu messen.

Das komplette An- und Auskleiden betrifft sowohl den Ober- als auch den Unterkörper. Daneben kommen aber auch Teilbekleidungen und Teilkleidungen sowohl des Ober- als auch des Unterkörpers vor und müssen gesondert berücksichtigt werden. Wenn im unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit dem An- und Auskleiden das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen ab Kompressionsklasse 2 notwendig ist, handelt es sich um eine **krankheitsspezifische Pflegemaßnahme**. Diese ist zusätzlich zu dem beim An- und Auskleiden bestehenden Hilfebedarf zu berücksichtigen und als Erschwernisfaktor zu werten (zu den Erschwernisfaktoren siehe auch Abschnitt "Zeitkorridore", Seite 18).

12. Das Gehen

Unter Gehen ist das Bewegen **innerhalb der Wohnung** zu verstehen (s. aber auch lfd. Nr. 15). Fortbewegung beinhaltet bei Rollstuhlfahrern auch die Benutzung des Rollstuhls. **Das Gehen ist nur im Zusammenhang mit den gesetzlich definierten Verrichtungen der Grundpflege zu werten. Auf die Auflistung der in Frage stehenden Verrichtungen der Grundpflege auf Seite 6 unten wird verwiesen.** Das Gehen im Zusammenhang mit der hauswirtschaftlichen Versorgung ist als hauswirtschaftlicher Hilfebedarf zu werten. Die Verrichtungen aus diesem Bereich finden Sie ebenfalls auf Seite 6. Damit sind grundsätzlich die (Geh)-zeiten berücksichtigungsfähig, die notwendig sind, um die hauswirtschaftlichen Tätigkeiten überhaupt durchführen zu können. Das Wegräumen des Bügelbrettes oder das Einräumen der gereinigten Wäsche seien hier beispielhaft genannt.

Der Zeitaufwand für das "Gehen" ist unter Berücksichtigung der in der Wohnung zurückzulegenden Wegstrecken und unter Berücksichtigung der Bewegungsfähigkeit des Pflegebedürftigen abzuschätzen. Als Maß für die Gehstrecke bei der einzelnen Verrichtung in der "durchschnittlichen häuslichen Wohnsituation" ist eine einfache Gehstrecke von acht Metern anzunehmen.

13. Das Stehen

Das Stehen innerhalb der Wohnung ist nur im Zusammenhang mit den gesetzlich definierten Verrichtungen der Grundpflege zu werten. Auf die Auflistung der in Frage stehenden Verrichtungen der Grundpflege auf Seite 6 unten wird verwiesen.

Notwendige Hilfestellungen beim Stehen sind im Hinblick auf die Durchführung der gesetzlich vorgegebenen Verrichtungen im Rahmen aller anfallenden notwendigen Handlungen zeitlich berücksichtigt (s. aber auch lfd. Nr. 15).

Das Stehen im Zusammenhang mit der hauswirtschaftlichen Versorgung wird bei der Hauswirtschaft berücksichtigt.

Zu werten im Bereich des "Stehens" sind jedoch notwendige Transfers, z. B. auf einen Rollstuhl und/oder einen Toilettenstuhl, in eine Badewanne oder Duschtasse.

14. Das Treppensteigen

Das Treppensteigen innerhalb der Wohnung ist nur im Zusammenhang mit den gesetzlich definierten Verrichtungen zu werten. Das Treppensteigen im Zusammenhang mit der hauswirtschaftlichen Versorgung ist als hauswirtschaftlicher Hilfebedarf zu werten.

Das Treppensteigen beinhaltet das Überwinden von Stufen innerhalb der Wohnung. Keine andere Verrichtung im Bereich der Grundpflege ist so abhängig vom individuellen Wohnbereich des Antragstellers wie das Treppensteigen. Besonders ist zu prüfen, ob die Notwendigkeit besteht, für die Verrichtungen des täglichen Lebens eine Treppe zu benutzen. Ist dies nicht erforderlich, kann diese Verrichtung beim Pflegeumfang nicht berücksichtigt werden.

15. Das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung

Es sind nur solche Verrichtungen außerhalb der Wohnung berücksichtigungsfähig, die unmittelbar für die Aufrechterhaltung der Lebensführung zu Hause notwendig sind und regelmäßig und auf Dauer anfallen und das persönliche Erscheinen des Pflegebedürftigen erfordern, wie das Aufsuchen von Ärzten, die Inanspruchnahme ärztlich verordneter Therapien, das Aufsuchen von Apotheken oder Behörden. Die Verkehrssicherheit ist zu berücksichtigen. Bei den anzuerkennenden Maßnahmen sind das Gehen, Stehen und Treppensteigen außerhalb der Wohnung zu berücksichtigen, sofern es den oben genannten Zielen dient.

Die Möglichkeit der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel und von Taxen ist einzubeziehen. Ist eine Begleitung erforderlich, ist die Fahrtzeit zu berücksichtigen. Bei dementen Menschen ist in der Regel von einem Hilfebedarf während der Fahrt auszugehen. Neben den Fahrtzeiten sind die zwangsläufig anfallenden Wartezeiten der Begleitperson anzurechnen, wenn sie dadurch zeitlich und örtlich gebunden ist. Generell kann hierfür eine Wartezeit von 30 bis 45 Minuten anerkannt werden. Bei Kindern kann die Notwendigkeit der Begleitung zum Arzt zur Durchführung therapeutischer Zwecke oder der Begleitung zur Inanspruchnahme ärztlich verordneter Therapien vorausgesetzt und einschließlich der Wartezeit als Hilfebedarf berücksichtigt werden.

Weiterer Hilfebedarf, z.B. die Begleitung zur Bushaltestelle auf dem Weg zu Behindertenwerkstätten, Schulen, Kindergärten oder im Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit sowie bei Spaziergängen oder Besuchen von kulturellen Veranstaltungen, bleibt unberücksichtigt. Der Hilfebedarf beim Einkaufen ist unter der lfd. **Nr. 16 "Einkaufen"** mit zu berücksichtigen.

Das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung gilt als regelmäßig notwendig, wenn es mindestens einmal pro Woche anfällt. Notwendige Fahr- und Wartezeiten, die nicht täglich anfallen, sind für die Bemessung des zeitlichen Gesamtpflegeaufwandes auf den Tag umzurechnen.

Hauswirtschaftliche Versorgung

Es sind nur **die Tätigkeiten bei den folgenden Verrichtungen zu berücksichtigen, die sich auf die Versorgung des Antragstellers selbst beziehen**. Die Versorgung möglicher weiterer Familienmitglieder bleibt unberücksichtigt. Ein möglicher Mehraufwand im Mehrpersonenhaushalt beim Einkaufen, Kochen und bei den übrigen genannten hauswirtschaftlichen Verrichtungen, soweit er für den Antragsteller anfällt, ist zu berücksichtigen.

Wenn ein krankheits- und/oder behinderungsbedingter Hilfebedarf im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung besteht, ist er zu berücksichtigen, auch wenn die Versorgung durch Dritte (z. B. Putzfrau, Mahlzeitendienst, Angehörige) erfolgt.

16. Das Einkaufen

Dies beinhaltet auch das Planen und Informieren bei der Beschaffung von Lebens-, Reinigungs- sowie Körperpflegemitteln, den Überblick zu haben, welche Lebensmittel wo eingekauft werden müssen, unter Berücksichtigung der Jahreszeit und Menge, die Kenntnis des Wertes von Geldmünzen und Banknoten (preisbewusst) sowie die Kenntnis der Geiß- und Haltbarkeit von Lebensmitteln und die richtige Lagerung.

17. Das Kochen

Es umfasst die gesamte Zubereitung der Nahrung, wie Aufstellen eines Speiseplans (z.B. Zusammenstellung der Diätahrung sowie Berücksichtigung einer konkreten Kalorienzufuhr) für die richtige Ernährung unter Berücksichtigung von Alter und Lebensumständen. Auch die Bedienung der technischen Geräte sowie die Einschätzung der Mengenverhältnisse und Garzeiten unter Beachtung von Hygieneregeln sind zu werten.

18. Das Reinigen der Wohnung

Hierzu gehört das Reinigen von Fußböden, Möbeln, Fenstern und Haushaltsgeräten im allgemein üblichen Lebensbereich des Pflegebedürftigen. Auch die Kenntnis von Reinigungsmitteln und -geräten sowie das Bettenmachen sind hier zu berücksichtigen.

19. Das Spülen

Je nach den Gegebenheiten des Haushalts ist Hand- bzw. maschinelles Spülen zu werten.

20. Das Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung

Hierzu gehören das Einteilen und Sortieren der Textilien, das Waschen, Aufhängen, Bügeln, Ausbessern und Einsortieren der Kleidung in den Schrank sowie das Bettenbeziehen.

21. Das Beheizen

Das Beheizen umfasst auch die Beschaffung und Entsorgung des Heizmaterials.

Formen der Hilfeleistung

Auch der Grad der Hilfestellung ist im Pfl egetagebuch zu dokumentieren, da er eine Aussage zum zeitlichen Umfang der Pfl egetätigkeit erlaubt.

Bei den Formen der Hilfe werden die **Unterstützung (U)**, die **teilweise oder vollständige Übernahme (TÜ/VÜ)** der Verrichtung sowie die **Beaufsichtigung und Anleitung** unterschieden.

Eine **Unterstützung (U)** liegt dann vor, wenn der Pflegebedürftige grundsätzlich zur selbständigen Erledigung einer Verrichtung in der Lage ist, jedoch zur Vorbereitung, Durchführung oder Nachbereitung ergänzende Hilfeleistungen der Pflegeperson benötigt. Die Unterstützung kann Teil der aktivierenden Pflege sein. Eine Unterstützung z. B. beim Waschen liegt dann vor, wenn eine bettlägerige Person sich zwar selbst waschen kann, aber das Waschwasser bereitgestellt, nach dem Waschen beseitigt oder ein Waschlappen an gereicht werden muss. Weitere Beispiele sind die Auswahl geeigneter Kleidungsstücke im Rahmen des An- und Auskleidens, insbesondere bei Menschen mit geistiger Behinderung oder die Hilfe bei der Überwindung von Hindernissen (Treppenstufen, Bordsteinschwellen) bei einem hinsichtlich der Fortbewegung ansonsten selbständigen Rollstuhlfahrer.

Zur Unterstützung können ferner **bei kranken oder behinderten Kindern** auch sonstige pflegerische Maßnahmen durch Pflegepersonen (pflegeunterstützende Maßnahmen) gehören. Sie stellen für sich allein gesehen keine Verrichtungen des täglichen Lebens dar und können deshalb nur dann berücksichtigt werden, wenn sie zusätzlich zu dem Hilfebedarf bei den gesetzlich vorgeschriebenen Verrichtungen des täglichen Lebens notwendig sind. Hierzu zählt zum Beispiel das Abklopfen des Kindes bei vorliegender Mukoviszidose.

Eine **teilweise Übernahme (TÜ)** der Verrichtung liegt dann vor, wenn eine Hilfe zur Vollendung einer teilweise selbständig erledigten Verrichtung benötigt wird. Eine teilweise Übernahme des Waschens liegt z. B. dann vor, wenn Gesicht und Körper selbständig gewaschen werden, für das Waschen der Füße und Beine aber die Hilfe einer Pflegeperson benötigt wird. Auch wenn eine Verrichtung begonnen, aber z. B. wegen Erschöpfung abgebrochen wird, kann eine teilweise Übernahme der Verrichtung notwendig werden. Bei geistig Verwirrten oder psychisch Kranken kann eine teilweise Übernahme dann erforderlich werden, wenn der Pflegebedürftige von der eigentlichen Verrichtung wiederholt abschweift oder die Verrichtung trotz Anleitung zu langsam und umständlich ausführt. In einem solchen Fall muss z. B. das Waschen wegen der Gefahr des Auskühlens von der Pflegeperson durch eine teilweise Übernahme zu Ende gebracht werden.

Die teilweise Übernahme kann Bestandteil der aktivierenden Pflege sein. Sie ist dann darauf gerichtet, verloren gegangene Fähigkeiten wieder zu erlernen oder nicht vorhandene Fähigkeiten zu entwickeln. Auch wenn diese Ziele z. B. bei rasch fortschreitenden Erkrankungen nicht mehr oder nur noch eingeschränkt zu verwirklichen sind, soll der Pflegebedürftige die Verrichtungen des täglichen Lebens so weit wie möglich selbständig übernehmen.

Eine **vollständige Übernahme (VÜ)** liegt dann vor, wenn die Pflegeperson die Verrichtung selbst ausführt und der Pflegebedürftige sich dabei passiv verhält, ohne einen eigenen Beitrag zur Vornahme der Verrichtung zu leisten. Die vollständige Übernahme mehrerer Verrichtungen ist bei der Mehrzahl der Pflegebedürftigen nicht erforderlich. Sie kommt vor allem bei bewusstseinsingeschränkten oder gelähmten Menschen in Betracht.

Hilfen in Form von Unterstützung und (teilweiser) Übernahme können in wechselseitiger Ergänzung bei einer Verrichtung erforderlich werden. So kann beim Waschen im Bett das Bereitstellen des Waschwassers (Unterstützung) notwendig sein. Der Pflegebedürftige wäscht sich dann Gesicht und Oberkörper selbst, benötigt dann aber z. B. für den Rücken, den Intimbereich und die Beine wieder Hilfen der Pflegeperson (teilweise Übernahme).

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

Eine allgemeine Beaufsichtigung, die über die Sicherung der definierten Verrichtungen (auch zur Vermeidung von Eigen- und Fremdgefährdung bei diesen) hinausgeht, z.B. bei umtriebigen Dementen oder geistig Behinderten, **ist bei der Feststellung des Hilfebedarfs nicht zu berücksichtigen.**

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

Häufigkeit und Zeitaufwand der Verrichtungen

Neben einer Prüfung der Art der Verrichtungen, hängt die Bewilligung einer Pflegestufe zudem von Mindestzeitwerten ab, die wöchentlich im Tagesdurchschnitt erreicht werden müssen. Die nachfolgende Tabelle gibt die notwendigen Häufigkeiten und Zeitaufwände in den jeweiligen Pflegestufen wieder:

Voraussetzungen für die Pflegestufen I - III

Pflegestufen	Benötigter Hilfebedarf	
	wie oft	wie lange ¹
Stufe I (Erheblich Pflegebedürftige)	<ul style="list-style-type: none"> • mindestens einmal täglich bei wenigstens zwei Verrichtungen der Körperpflege, Ernährung oder Mobilität • mehrfach wöchentlich bei der hauswirtschaftlichen Versorgung 	mindestens 90 Minuten , davon mehr als 45 Minuten für die "Grundpflege"
Stufe II (Schwerpflegebedürftige)	<ul style="list-style-type: none"> • mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Zeiten bei der Körperpflege, Ernährung oder Mobilität mehrfach wöchentlich bei der hauswirtschaftlichen Versorgung 	mindestens drei Stunden , davon mindestens zwei Stunden für die "Grundpflege"
Stufe III (Schwerstpflegebedürftige)	<ul style="list-style-type: none"> • rund um die Uhr (auch nachts) bei der Körperpflege, Ernährung oder Mobilität • mehrfach wöchentlich bei der hauswirtschaftlichen Versorgung 	mindestens fünf Stunden , davon mindestens 4 Stunden für die "Grundpflege"
Stufe III+ (Härtefälle) ²	<ul style="list-style-type: none"> • rund um die Uhr (auch nachts) bei der Körperpflege, Ernährung oder Mobilität • ständig bei der hauswirtschaftlichen Versorgung 	zeitgleicher Einsatz von mehreren Pflegekräften bei der Körperpflege, Ernährung oder Mobilität (auch nachts) o d e r mindestens sechs Stunden Grundpflege , davon mindestens dreimal in der Nacht

¹= Zeitwerte für Laienpflege im wöchentlichen Tagesdurchschnitt

²= Im ambulanten Bereich werden maximal drei Prozent, im stationären Bereich maximal fünf Prozent der Pflegebedürftigen einer Pflegekasse als Härtefall anerkannt

Beachte: Bis zur Leistungsgewährung durch einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff haben **Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz auch ohne Pflegestufe** neben den Betreuungsleistungen Anspruch auf weitere Leistungen der Pflegeversicherung (z. B. **Pflegegeld bzw. Kombileistung, Tages-, Kurzzeit- und Verhinderungspflege sowie Wohnumfeldverbesserungen**) (siehe Seite 23).

Zeitkorridore

Die Zeitkorridore sind für den Gutachter ein Hilfsmittel zur Feststellung des individuellen Hilfebedarfs. Sie wurden auf der Grundlage bisheriger Gutachten erarbeitet und geben die Zeitspanne an, die **im Durchschnitt** von den Pflegepersonen für die jeweiligen Hilfeleistungen aufgewendet wurde.

Für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu einer Pflegestufe ist jedoch **allein der im Einzelfall bestehende individuelle Hilfebedarf des Versicherten** maßgeblich. Insofern können und sollen die Zeitkorridore für die Begutachtung nach dem SGB XI nur Anhaltsgrößen im Sinne eines Orientierungsrahmens liefern. **Abweichungen von den Zeitkorridoren sind somit möglich.**

Die Zeitkorridore entbinden den Gutachter auch nicht davon, in jedem Einzelfall den Zeitaufwand für den Hilfebedarf bei der Grundpflege des Versicherten entsprechend der individuellen Situation des Einzelfalles festzustellen. **Unzulässig wäre beispielsweise eine schematische und von den Besonderheiten des Einzelfalles losgelöste Festsetzung stets des unteren oder des oberen oder eines durchschnittlichen Zeitwertes.**

Die Höhe des Zeitaufwandes für die geleisteten Hilfen kann unabhängig von den o. a. Hilfeformen unterschiedlich ausfallen. So können die Hilfen im Sinne einer aktivierenden Pflege bei den Verrichtungen einen höheren Zeitaufwand erfordern als die teilweise oder vollständige Übernahme der Verrichtung durch die Pflegeperson. Bei der Festlegung der Zeitkorridore wurde von einer vollständigen Übernahme der Verrichtungen durch eine **Laienpflegekraft** ausgegangen. Liegt ein bei der Begutachtung des Einzelfalles festgestellter Zeitaufwand für eine Verrichtung der Grundpflege innerhalb des dafür maßgeblichen Zeitkorridors, bedarf diese Feststellung keiner Begründung im Einzelnen. Es reicht aus, wenn der Gutachter bei der abschließenden Bewertung des Hilfebedarfs die Gründe für seine Feststellung zusammenfassend beschreibt.

Soweit sich im Rahmen der Begutachtungen Abweichungen von den Zeitkorridoren ergeben, sind diese im Einzelnen zu begründen. Die Individualität der einzelnen Pflegesituation hat zur Folge, dass insbesondere der vom Gutachter festgestellte Zeitaufwand häufig nur durch eine Begründung transparent und für die Pflegekasse nachvollziehbar wird.

Die maßgebliche Bedeutung der individuellen Pflegesituation bleibt auch bei der Einführung von Zeitkorridoren uneingeschränkt erhalten. Die Besonderheiten des jeweils zu begutachtenden Einzelfalles müssen von den Gutachtern herausgearbeitet und dokumentiert werden, damit die Individualität der Pflegesituation für die Qualitätssicherung der Begutachtung selbst, für die Bescheiderteilung des Versichertenantrages und eine eventuelle gerichtliche Überprüfung deutlich werden.

Ein **höherer oder geringerer Zeitaufwand** kann sich zum einen durch die Form der Hilfe (Beaufsichtigung, Anleitung, teilweise Übernahme, volle Übernahme usw., siehe oben) ergeben.

Zum anderen führen die Begutachtungsrichtlinien **beispielhaft** einige allgemeine Faktoren auf, die die Durchführung der Pflege **bei der Mehrzahl der Verrichtungen** erschweren bzw. verlängern oder erleichtern bzw. verkürzen können.

Hierzu zählen:

Allgemeine Erschwernisfaktoren:

- Körpergewicht über 80 kg
- Kontrakturen / Einsteifung großer Gelenke
- hochgradige Spastik
- Hemiplegien oder Paraparesen (Lähmungen)
- einschießende unkontrollierte Bewegungen
- Fehlstellungen der Extremitäten
- eingeschränkte Belastbarkeit infolge schwerer kardiopulmonaler Dekompensation mit Orthopnoe und ausgeprägter zentraler und peripherer Zyanose sowie peripheren Ödemen
- Abwehrverhalten mit Behinderung der Übernahme (z. B. bei geistigen Behinderungen / psychischen Erkrankungen)
- stark eingeschränkte Sinneswahrnehmung (Hören, Sehen)
- starke therapieresistente Schmerzen
- pflegebehindernde räumliche Verhältnisse
- zeitaufwendiger Hilfsmiteleininsatz (z. B. bei fahrbaren Liftern / Decken-, Wandliftern)
- Erforderlichkeit der mechanischen Harnlösung oder der digitalen Enddarmleerung
- Schluckstörungen, Störungen der Mundmotorik, Atemstörungen
- Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen, die aus medizinisch-pflegerischen Gründen regelmäßig und auf Dauer
 - untrennbarer Bestandteil der Hilfe bei den genannten Verrichtungen der Grundpflege sind *oder*
 - objektiv notwendig im unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit diesen Verrichtungen vorgenommen werden müssen.

Es handelt sich hierbei beispielsweise um Pflegemaßnahmen wie eine Medikamentengabe, um das Waschen / Duschen oder Baden des Pflegebedürftigen überhaupt durchführen zu können, das Einreiben des Pflegebedürftigen nach dem Duschen, das Baden oder Waschen aufgrund einer Hauterkrankung, die Verabreichung eines Klistiers bei der Darm- und Blasenentleerung usw. Die krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen sind bei den einzelnen Verrichtungen genannt (siehe Abschnitt Erläuterung / Abgrenzung der Verrichtungen, Seite 7ff.).

Allgemeine erleichternde Faktoren

- pflegeerleichternde räumliche Verhältnisse
- Hilfsmiteleininsatz

Daneben wird vom Gutachter geprüft, ob bei den einzelnen **Verrichtungen spezielle Faktoren** vorliegen, die wiederum zu Abweichungen von den Zeitkorridoren führen können. Beispielhaft seien Schluckstörungen/Störungen bei der Mundmotorik, Atemstörungen bei der Aufnahme der Nahrung (Ziffer 9) oder ein Dekubitus beim selbständigen Aufstehen und Zubettgehen (Ziffer 10) genannt.

Der Zeitaufwand für die Grundpflege und die krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen sind vom Gutachter als Summenwert für die jeweiligen Verrichtungen darzustellen.

Hinweis: Bei den allgemeinen Erschwernis- oder erleichternden Faktoren ist davon auszugehen, dass diese auf den überwiegenden Teil der Verrichtungen Einfluss haben, während sich spezielle Erschwernis- bzw. erleichternde Faktoren auf eine bestimmte Verrichtung beziehen.

Bei psychisch kranken und geistig behinderten Menschen kommen vorrangig die Hilfeleistungen **Beaufsichtigung** und **Anleitung** zur Anwendung, die jedoch bei der Festlegung der Zeitkorridore nicht zugrunde gelegt worden sind. Häufig sind diese Personen in der Lage, die Verrichtungen des täglichen Lebens ganz oder teilweise auszuführen. Krankheits- und behinderungsbedingt kann jedoch die **Motivation** zur Erledigung der Verrichtung fehlen. **Abweichungen von den Zeitkorridoren, hin zu einem höheren Zeitaufwand für die Beaufsichtigung und Anleitung sind deshalb zu erwarten und müssen entsprechend begründet werden.** Dennoch kann der in jedem Einzelfall jeweils individuell festzustellende Zeitaufwand für Beaufsichtigung und Anleitung zumindest bei einzelnen Verrichtungen innerhalb der Zeitkorridore liegen.

Der Hilfebedarf ist für jede Verrichtung der **Grundpflege stets in vollen Minutenwerten anzugeben.**

Fallen bestimmte, in der Regel täglich erforderliche Verrichtungen der Körperpflege, im Einzelfall nicht jeden Tag an, so muss dennoch bei der Bemessung des zeitlichen Gesamtpflegeaufwandes durch den Gutachter der wöchentliche Zeitaufwand z. B. für Duschen/Baden auf den Durchschnittswert pro Tag umgerechnet (d. h. wöchentlicher Zeitaufwand dividiert durch 7) und berücksichtigt werden.

Gleiches gilt für das Haarewaschen als Bestandteil der Körperpflege.

***Beispiel:** Lt. Gutachter ist 2 x in der Woche eine Hilfe beim Baden erforderlich. Dafür ist ein Zeitaufwand von jeweils 25 Minuten, also insgesamt 50 Minuten (2 x 25 Minuten) erforderlich. Geteilt durch 7 ergibt sich ein täglicher Zeitaufwand von 7 Minuten.*

In der Regel nicht täglich anfallende Maßnahmen, z. B. im Bereich der Körperpflege das Fuß- und Fingernagelschneiden, bleiben außer Betracht.

Bei der **Feststellung des Hilfebedarfs bei Kindern** wird das zu begutachtende Kind mit einem gesunden Kind gleichen Alters verglichen. Maßgebend für die Beurteilung des Hilfebedarfs bei einem Säugling oder Kleinkind ist nicht der natürliche altersbedingte Pflegeaufwand, sondern lediglich der darüber hinausgehende Hilfebedarf. Bei kranken oder behinderten Kindern ist der zusätzliche Hilfebedarf zu berücksichtigen, der sich im Bereich der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität ergibt und u.a. in häufigen Mahlzeiten oder zusätzlicher Körperpflege bzw. Lagerungsmaßnahmen bestehen kann.

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

Die Zeitkorridore (Orientierungswerte) im Einzelnen

Verrichtung	durchschnittliche Zeitwerte in Minuten
Körperpflege	
Ganzkörperwäsche	20 – 25
Teilwäsche Oberkörper	8 – 10
Teilwäsche Unterkörper	12 – 15
Teilwäsche Hände/Gesicht	1 – 2
Duschen	15 – 20
Baden	20 – 25
Zahnpflege	5
Kämmen	1 – 3
Rasieren	5 – 10
Wasserlassen (mit anschließender Intimhygiene, Reinigen der Toilette bzw. des Umfeldes)	2 – 3
Stuhlgang (mit anschließender Intimhygiene, Reinigen der Toilette bzw. des Umfeldes)	3 – 6
Richten der Kleidung	2
Wechseln von Windeln nach Wasserlassen (mit Intimhygiene und Entsorgung)	4 – 6
Wechseln von Windeln nach Stuhlgang (mit Intimhygiene und Entsorgung)	7 – 10
Wechseln kleiner Vorlagen	1 – 2
Wechseln oder Entleeren des Urinbeutels bzw. Nachtstuhls oder Bettschüssel	2 – 3
Wechseln oder Entleeren des Stomabeutels	3 – 4

Die Vor- und Nachbereitung zu den Verrichtungen, wie z. B. beim Zähneputzen das Auftragen der Zahnpasta und Bereitstellen des Wasserglases, ist in den Zeitkorridoren bereits berücksichtigt.

Bei den nicht täglich anfallenden Verrichtungen wird der gesamte wöchentliche Bedarf auf einen Tag umgerechnet (wöchentlicher Bedarf durch 7 Wochentage geteilt gleich täglich zu berücksichtigender Bedarf).

Ernährung	
Mundgerechte Zubereitung einer Hauptmahlzeit (einschließlich des Bereitstellens eines Getränkes)	2 – 3
Essen von Hauptmahlzeiten einschließlich Trinken (max. 3 Hauptmahlzeiten pro Tag)	je 15 – 20
Verabreichen von Sondenkost	15 – 20 pro Tag

Verrichtung	durchschnittliche Zeitwerte in Minuten
Mobilität	
Einfache Hilfe zum Aufstehen/Zubettgehen	je 1 - 2
Umlagern	2 - 3
Ankleiden gesamt	8 - 10
Ankleiden Unter-/Oberkörper	5 - 6
Entkleiden gesamt	4 - 6
Entkleiden Ober-/Unterkörper	2 - 3
Gehen (bezüglich einer Verrichtung)	abhängig von der Wohnsituation
Stehen (z. B. Transfer auf den bzw. vom Toilettenstuhl, Rollstuhl, Toilette in die bzw. aus der Badewanne oder Dusche)	je 1
Treppensteigen (innerhalb der Wohnung)	abhängig von der Wohnsituation
Verlassen/Wiederaufsuchen der Wohnung (z. B. Arztbesuch, Ämter etc.)	keine Zeitvorgaben

Hauswirtschaftliche Versorgung	
Einkaufen	Keine Zeitvorgaben – wesentlich ist hier die Häufigkeit und Notwendigkeit
Kochen	
Reinigen der Wohnung	
Spülen der Hilfe.	
Wechseln/Waschen der Wäsche und Kleidung Beheizen der Wohnung	

Wie bereite ich mich ansonsten auf die Begutachtung vor?

Das Pflegetagebuch ist zwar ein unverzichtbares Hilfsmittel, daneben gibt es aber auch noch andere Möglichkeiten, sich auf die Begutachtung vorzubereiten:

Hier einige Tipps:

Tipp 1: Führen Sie über einen Zeitraum von mindestens einer Woche Pflegetagebuch und tragen Sie die Pflegetätigkeit und die dafür benötigte Zeit in das Tagebuch ein. Sie erhalten dadurch einen Überblick über die für die Pflege aufgewendete Zeit.

Tipp 2: Legen Sie zum Begutachtungstermin des MDK alle relevanten Unterlagen und Berichte von Ärzten und Pflegediensten sowie Bescheinigungen anderer Sozialleistungsträger und die vom Pflegebedürftigen benötigten Medikamente bereit.

Tipp 3: Beim Begutachtungstermin sollte die Pflegeperson anwesend sein. Wenn bereits ein Pflegedienst tätig ist, sollte möglichst auch ein Mitarbeiter des Dienstes anwesend sein. Zumindest sollten die Pflegenachweise des Dienstes zur Einsicht bereit liegen.

Tipp 4: Sie sollten darauf vorbereitet sein, dass bei der Begutachtung sehr intime Dinge, z. B. zur Körperpflege, gefragt werden. Beantworten Sie diese Fragen wahrheitsgemäß auch wenn es Ihnen peinlich ist, darüber Auskunft zu geben. Sonst besteht die Gefahr, dass sich der Pflegebedürftige um Leistungen bringt, die ihm laut Gesetz zustehen.

Tipp 5: Bei verwirrten Pflegepersonen können korrekte Angaben zum Hilfebedarf nur von der Pflegeperson gemacht werden. Wenn es Ihnen als Pflegeperson schwer fällt, in Gegenwart des Pflegebedürftigen Auskunft zu geben, muss der Gutachter die Pflegeperson auch alleine anhören. Wenn dazu zu Hause keine Möglichkeit besteht, kann ein zusätzliches Gespräch, z.B. in der MDK-Geschäftsstelle, vereinbart werden.

Tipp 6: Sollten Sie merken, dass der Gutachter nicht nach allen relevanten Pflegetätigkeiten fragt, werden Sie selbst aktiv und weisen Sie auf diese Tätigkeiten hin. Der Gutachter muss auch feststellen, "ob und in welchem Umfang Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung einschließlich der medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig oder zumutbar sind". Ansprüche auf Leistungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation müssen gegenüber der Krankenkasse (nicht Pflegekasse) geltend gemacht werden.

Tipp 7: Wenn der Gutachter bei der zeitlichen Einschätzung des Hilfebedarfs von ihrer Berechnung abweicht, ist er verpflichtet, die Gründe dafür zu nennen.

WICHTIG – bitte beachten!

Ab 01.06.2013 sind die Pflegekassen nach dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) verpflichtet, innerhalb von vier Wochen nach Eingang des Antrages bei der Pflegekasse die Begutachtung vorzunehmen. Wird die Frist nicht eingehalten, sind dem Versicherten mindestens drei Gutachter zur Auswahl zu benennen.

Was kommt nach der Begutachtung?

Dem Antragsteller soll spätestens fünf Wochen nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitgeteilt werden. In besonderen Fällen gelten **verkürzte Begutachtungsfristen**. Über die verkürzten Fristen in besonderen Fällen können die zuständigen Pflegeberater Auskunft geben. Erteilt die Pflegekasse nach Eingang des Antrags nicht innerhalb der fünf -Wochen – Frist oder werden verkürzte Begutachtungsfristen nicht eingehalten, hat die Pflegekasse nach Fristablauf dem Antragsteller für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung 70 Euro zu zahlen. Wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat, entfällt die Zahlungspflicht (z.B. Krankenhausaufenthalt des Pflegebedürftigen). Die Zahlung wegen Fristüberschreitung ist keine „Pflegeleistung“.

Sind Sie mit der Einstufung der Pflegekasse nicht einverstanden oder wurde Ihr Antrag abgelehnt und enthält der Bescheid eine Rechtsmittelbelehrung, besteht die Möglichkeit, **innerhalb eines Monats** bei der zuständigen Pflegekasse **schriftlich** Widerspruch einzulegen.

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 daran gehen, den von der Pflegekasse anerkannten Hilfebedarf mit dem tatsächlichen Zeitaufwand zu vergleichen. Diesen haben Sie ja mit dem Ausfüllen des vorliegenden Pfl egetagebuches (Sie haben doch noch die Kopie der Pfl egetagebuchseiten?) dokumentiert. Haben Sie bisher noch kein Pfl egetagebuch geführt, können Sie dieses auch noch zu diesem Zeitpunkt nachholen und es als Beleg Ihrem Widerspruch beifügen.

Wie Sie ja nun wissen, ist die Einstufung in eine Pflegestufe neben festgelegten Häufigkeiten der Hilfe auch von unterschiedlichen Mindestzeitwerten in den jeweiligen Pflegestufen abhängig (siehe Kapitel “Häufigkeit und Zeitaufwand der Verrichtungen”). Da sich diese auf die Grundpflege, also auf sämtliche Verrichtungen aus den Bereichen Körperpflege, Ernährung und Mobilität beziehen, sollte sich Ihr ganz besonderes Augenmerk auf die Minutenwerte in diesen Bereichen konzentrieren. Hier beispielhaft ein paar Leitfragen, die es sich immer zu prüfen lohnt:

- Wurden alle Verrichtungen, bei denen der Pflegebedürftige Hilfe benötigt, auch berücksichtigt?
- Wurde der von Ihnen im Pfl egetagebuch aufgeführte Zeitaufwand für die Verrichtungen im Gutachten anerkannt?
- Wurde im Gutachten von den Zeitkorridoren – nach oben oder nach unten - abgewichen? Wurden die Abweichungen im Einzelnen überhaupt bzw. plausibel begründet?
- Wurden eventuell vorliegende spezielle oder allgemeine Erschwernisfaktoren zeitlich berücksichtigt?
- Wurde der Zeitaufwand entsprechend den unterschiedlichen Formen der Hilfeleistung (Unterstützung, teilweise oder vollständige Übernahme sowie Beaufsichtigung und Anleitung) festgesetzt? Eine teilweise Übernahme kann z.B. im Rahmen der aktivierenden Pflege zeitaufwendiger sein als die vollständige Übernahme der Verrichtung.

- Für Demenzkranke sind die Hilfeleistungen Beaufsichtigung und Anleitung von besonderer Bedeutung. Bei der Anleitung kommt der Pflegeperson oft die Aufgabe zu, den Pflegebedürftigen zur Erledigung der Verrichtungen anzuhalten. Die Aufforderung kann einmalig sein, kann aber auch mehrmalig und ständig im Sinne einer Motivierung zur Vornahme auch kleinster Einzelhandlungen erforderlich sein, was zu einem erhöhten Aufwand führt.
- Würden, wie bei einer eventuell vorliegenden Demenz notwendig, die Hilfen, die im unmittelbaren Zusammenhang mit den regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen stehen, berücksichtigt?

Daneben sollte das Gutachten insgesamt auf seine Plausibilität geprüft werden. Sind z.B. sämtliche Fremdbefunde, die bedeutsame Angaben über die Funktionsstörungen und die Art und den Umfang des Pflegebedarfs enthalten, berücksichtigt worden? Wertvolle Hinweise zur Prüfung des Gutachtens erhalten Sie auch durch die "Begutachtungsrichtlinien" des MDK, die Sie mit Hilfe des Vordruckes auf Seite 32 anfordern können.

Für den Fall, dass Sie bei der Beurteilung dieser Fragen Hilfestellung benötigen, sind Ihnen Ihre BIP-Berater vor Ort gerne behilflich.

Vor Einlegung eines Widerspruches sollten Sie jedoch auch erst einmal selbstkritisch prüfen, ob die Voraussetzungen für eine Pflegestufe wirklich gegeben sind. Sie können davon ausgehen, dass dies nicht der Fall ist, wenn der im Gutachten festgestellte Gesamtaufwand in der Grundpflege weit unter den gesetzlich festgelegten Mindestzeitwerten liegt! Beachten Sie bitte, dass Leistungen der Pflegeversicherung nur dann beansprucht werden können, wenn die Voraussetzungen für die Mitgliedschaft in der gesetzlichen wie privaten Pflegeversicherung vorliegen. Die Pflegeversicherung ist keine Vollversicherung! Immer ist ein Teil der Hilfeleistungen selbst zu finanzieren, wobei unter bestimmten Voraussetzungen (geringes Einkommen/Vermögen) dieser Teil vom Sozialamt übernommen werden kann.

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 MDK 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.

Auf der Basis der neuen gutachterlichen Stellungnahme ergeht ein Widerspruchsbescheid, der formal die gleichen Voraussetzungen erfüllen muss wie der ursprüngliche Bescheid. Er muss zum Beispiel **schriftlich** ergehen.

Auch gegen den Widerspruchsbescheid kann ein Rechtsmittel eingelegt werden, wenn Sie mit der Entscheidung der Pflegekasse nicht einverstanden sind.

Innerhalb der gesetzlichen Frist von einem Monat nach Zugang des Bescheides kann Klage vor dem zuständigen Sozialgericht erhoben werden. Für den Bereich des Kreises Recklinghausen ist das Sozialgericht in Gelsenkirchen, Ahstr. 22, 45879 Gelsenkirchen/Hamburg-Mannheimer-Gebäude zuständig.

Dies kann mündlich zu Protokoll der dortigen Geschäftsstelle oder schriftlich geschehen.

Zwischenzeitlich sind bei den Sozialgerichten des Landes NRW "Pflegekammern" eingerichtet worden, die ausschließlich Streitigkeiten im Rahmen des Pflegeversicherungsgesetzes bearbeiten.

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 brauchen die Kosten des Gerichtsverfahrens und die der Gegenseite auch dann nicht zu tragen, wenn Sie im Verfahren unterliegen.

In diesem Fall sind allenfalls die Kosten des eigenen beauftragten Rechtsbeistands zu leisten.

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 in ca. 3 – 6 Wochen nach Verkündung schriftlich zugestellt.

Leistungen der Pflegeversicherung ab 01.01.2015 für Personen mit erheblicher oder in erhöhtem Maße eingeschränkter Alltagskompetenz

	Häusliche Pflege 1)		Pflegevertretung / Verhinderungspflege 2)	Kurzzeit- Pflege 2)	Teilstationäre Tages- u. Nachtpflege 3)	Vollstationäre Pflege	Vollstationäre Pflegeeinrichtungen der Behindertenhilfe
	Pflegesachleistung	Pflegegeld					
			max. 42 Tage pro Jahr (50% des Pflegegeldes werden bis zu 4 Wochen pro Kalenderjahr weiter gezahlt)	max. 28 Tage pro Jahr (50% des Pflegegeldes werden weiter gezahlt)	monatliche Pflegeaufwendungen)	Pflegeaufwendungen monatl. pauschal	Pflegeaufwendungen in Höhe von
Keine Pflegestufe	231 €	123 €	a) 123 € b) 1.612 €	1.612 €	231 €		10% des Heimentgelts höchstens 266 € monatlich
Pflegestufe I Erheblich Pflegebedürftig	689 €	316€	a) 316 € b) 1.612 €	1.612 €	689 €	1.064 €	
Pflegestufe II Schwerpflegebedürftig	1.298 €	545 €	a) 545 € b) 1.612 €	1.612 €	1.298 €	1.330 €	
Pflegestufe III Schwerstpflegebedürftig	1.612 €	728 €	a) 728 € b) 1.612 €	1.612 €	1.612 €	1.612 €	
Härtefälle	1.995 €					1.995 €	

- a) für Pflege durch nahe Angehörige und Personen, die mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft leben
b) für entfernte Verwandte und Nachbarn sowie erwerbstätige Pflegekräfte

- 1) Bei Kindern ist für die Zuordnung zu einer Pflegestufe der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber dem gesunden Kind maßgebend.
2) Der Leistungsbetrag der Verhinderungspflege kann unter Anrechnung auf den für die Kurzzeitpflege zustehenden Leistungsbetrag um bis zu 806 EUR (50 % der Kurzzeitpflege) auf insgesamt 2.418 EUR erhöht werden kann. Diese Möglichkeit besteht, soweit für diesen Betrag noch keine Kurzzeitpflege in Anspruch genommen wurde und die Verhinderungspflege nicht durch Personen erbracht wird, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert sind bzw. mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben. Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege können also miteinander kombiniert werden, da eine ähnliche Wahlmöglichkeit auch bei der Kurzzeitpflege eingeräumt wird.
3) Die Leistungen der Tages- und Nachtpflege können ab dem 01.01.2015 neben der ambulanten Pflegesachleistung / dem Pflegegeld in vollem Umfang in Anspruch genommen werden.

Leistungen der Pflegeversicherung ab 01.01.2015 für Personen ohne erheblicher oder in erhöhtem Maße eingeschränkter Alltagskompetenz

	Häusliche Pflege 1)		Pflegevertretung / Verhinderungspflege 2)	Kurzzeit- Pflege 2)	Teilstationäre Tages- u. Nachtpflege 3)	Vollstationäre Pflege	Vollstationäre Pflegeeinrichtungen der Behindertenhilfe
	Pflegesachleistung	Pflegegeld					
			max. 42 Tage pro Jahr (50% des Pflegegeldes werden bis zu 4 Wochen pro Kalenderjahr weiter gezahlt)	max. 28 Tage pro Jahr (50% des Pflegegeldes werden weiter gezahlt)	monatliche Pflegeaufwendungen)	Pflegeaufwendungen monatlich pauschal	Pflegeaufwendungen in Höhe von
Pflegestufe I Erheblich Pflegebedürftig	468 €	244 €	a) 244 € b) 1.612 €	1.612 €	468 €	1.064 €	10% des Heimentgelts höchstens 266 € monatlich
Pflegestufe II Schwerpflegebedürftig	1.144 €	458 €	a) 458 € b) 1.612 €	1.612 €	1.144 €	1.330 €	
Pflegestufe III Schwerstpflegebedürftig	1.612 €	728 €	a) 728 € b) 1.612 €	1.612 €	1.612 €	1.612 €	
Härtefälle	1.995 €					1.995 €	

- a) für Pflege durch nahe Angehörige und Personen, die mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft leben
- b) für entfernte Verwandte und Nachbarn sowie erwerbstätige Pflegekräfte

- 1) Bei Kindern ist für die Zuordnung zu einer Pflegestufe der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber dem gesunden Kind maßgebend.
- 2) Der Leistungsbetrag der Verhinderungspflege kann unter Anrechnung auf den für die Kurzzeitpflege zustehenden Leistungsbetrag um bis zu 806 EUR (50 % der Kurzzeitpflege) auf insgesamt 2.418 EUR erhöht werden kann. Diese Möglichkeit besteht, soweit für diesen Betrag noch keine Kurzzeitpflege in Anspruch genommen wurde und die Verhinderungspflege nicht durch Personen erbracht wird, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert sind bzw. mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben. Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege können also miteinander kombiniert werden, da eine ähnliche Wahlmöglichkeit auch bei der Kurzzeitpflege eingeräumt wird.
- 3) Die Leistungen der Tages- und Nachtpflege können ab dem 01.01.2015 neben der ambulanten Pflegesachleistung / dem Pflegegeld in vollem Umfang in Anspruch genommen werden.

Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen

Für viele Pflegebedürftige reichen die Hilfen bei der Körperpflege, der Ernährung, der Mobilität und der hauswirtschaftlichen Versorgung allein nicht aus. Hinzu kommt bedingt durch Alzheimer oder andere Demenzerkrankungen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung (§ 45 a SGB XI).

Die Bundesregierung hat die Leistungsbeträge der zusätzlichen Betreuungsleistungen zum 01.01.2015 auf monatlich 104 € bzw. 208 € angehoben (§ 45 b SGB XI). Ziel dieses Gesetzes ist neben der Verbesserung der Versorgungssituation von „dementen“ Pflegebedürftigen die Entlastung der pflegenden Angehörigen und die Schaffung neuer Angebote für diesen Personenkreis. Pflegebedürftige mit und ohne Pflegestufe und erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (z. B. altersverwirrte, demenzkranke, geistig behinderte und psychisch kranke Pflegebedürftige) haben, wenn sie zu Hause gepflegt werden, auf Antrag Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen.

Die Pflegekasse gewährt diese zusätzlichen finanziellen Mittel zweckgebunden für bestimmte im Gesetz aufgelistete Betreuungsangebote. Zu diesen Leistungen zählt u. a. auch die Tages- und Nachtpflege. Die Höhe des Kostenersatzes beträgt je nach Umfang des erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarfs bis zu 104 € bzw. 208 € monatlich. Die Leistung kann innerhalb des jeweiligen Kalenderjahres in Anspruch genommen werden. Nicht verbrauchte Beträge können in das folgende Halbjahr übertragen werden. Eine Erstattung von zusätzlichen Betreuungsleistungen im Sinne des § 45 Abs. 1 SGB XI erfolgt auch, wenn für deren Finanzierung Mittel der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI eingesetzt werden.

Die letztendliche Feststellung, ob ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung vorliegt, obliegt wiederum dem Medizinischen Dienst. Dieser prüft anhand eines Kriterienkataloges, ob erhebliche Einschränkungen der Alltagskompetenz dauerhaft vorliegen.

Neu ist darüber hinaus, dass Pflegebedürftige mit Pflegestufe I, II oder III, die keine Einschränkung in der Alltagskompetenz haben, ebenfalls zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen in Anspruch nehmen können. Die Kosten hierfür übernimmt die Pflegekasse bis zu einem Betrag in Höhe von 104 € monatlich.

Außerdem wurde seit 2015 eine neue **Kombinationsleistung** eingeführt. Soweit für die entsprechenden Leistungsbeträge nach den §§ 36 und 123 in dem jeweiligen Kalendermonat keine ambulanten Pflegesachleistungen bezogen wurden, können unter Anrechnung der ambulanten Pflegesachleistungen Leistungen niedrighschwelliger Betreuungs- und Entlastungsangebote zusätzlich in Anspruch genommen werden – und zwar zusätzlich zu den ohnehin bestehenden Ansprüchen von 104 € bzw. 208 €. Der für niedrighschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistungen verwendete Betrag darf **je Kalendermonat 40 %** des für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrags für ambulante Pflegesachleistungen nicht überschreiten. Die Vergütungen für ambulante Pflegesachleistungen sind vorrangig abzurechnen. Insofern werden Sachleistungen und die weitergehenden niedrighschwelligigen Betreuungsangebote bei der Kombinationsleistung gemeinsam dem Pflegegeld gegenübergestellt. Das bedeutet, dass das Pflegegeld um den prozentualen Betrag der in Anspruch genommenen Pflegesachleistungen gekürzt wird.

Zu beachten ist, dass die niedrighschwelligen Betreuungs- und Entlastungsleistungen vorrangig aus dem Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen (104 € / 208 €) zu finanzieren sind.

Der Betrag für die zusätzlichen Betreuungsleistungen ist von den Pflegebedürftigen zweckgebunden einzusetzen für bestimmte, im Gesetz aufgelistete qualitätsgesicherte Sachleistungsangebote, die nach allgemeiner Auffassung zur Entlastung der pflegenden Angehörigen besonders geeignet sind, wie Leistungen

- **der Tages- und Nachtpflege**
- **der Kurzzeitpflege**
- **der zugelassenen Pflegedienste**, sofern es sich um besondere Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung oder Angebote der hauswirtschaftlichen Versorgung und nicht um Leistungen der Grundpflege handelt, oder
- **der nach Landesrecht anerkannten zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsangebote gem. § 45 b SGB XI**. Hierzu zählen Betreuungsgruppen für Demenzzranke, Helferinnenkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger im häuslichen Bereich, die Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung durch anerkannte Helfer, Agenturen zur Vermittlung von Betreuungsleistungen für Pflegebedürftige mit mindestens Pflegestufe I sowie für Pflegebedürftige ohne Pflegestufe mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45 a sowie familienentlastende Dienste.
- **der niedrighschwelligen Entlastungsangebote gem. §§ 45 b, 45 c SGB XI**. Dies sind Angebote für Pflegebedürftige mit erheblichem Bedarf an Beaufsichtigung und Betreuung im Sinne des § 45 a sowie Pflegebedürftige mit mindestens Pflegestufe I. Hierzu zählen insbesondere Agenturen für haushaltsnahe Dienst- und Serviceleistungen, Alltagsbegleiter sowie Pflegebegleiter.

Auch bei **Kindern** kann eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz vorliegen. Grundlage für die Feststellung einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz bilden die in § 45a Absatz 2 SGB XI gesetzlich beschriebenen 13 Kriterien (Items) im Vergleich zu einem gleichaltrigen, altersentsprechend entwickelten gesunden Kind.

Weitere Leistungen der Pflegeversicherung

Seit 01.01.2015 gibt es in der ambulanten Versorgung höhere Leistungen für Demenzzranke:

- Versicherte mit eingeschränkter oder erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz ohne Pflegestufe erhalten ein höheres Pflegegeld (123 €/Monat) Pflegegeld oder erhöhte Pflegesachleistungen (231 €/Monat). Auch haben sie Anspruch auf Verhinderungs-, Kurzzeit- sowie Tages- oder Nachtpflege. Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen. In den Pflegestufen 0 (mit Demenz) bis III wird der bisherige Betrag bei Pflegegeld und Pflegesachleistungen aufgestockt.

- Neben Leistungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung können nun auch zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen im Rahmen der Kombinationsleistung bzw. Sachleistung abgerufen werden. Zum berechtigten Personenkreis gehören alle Pflegebedürftige der Pflegestufen I–III und Versicherte ohne Pflegestufe mit eingeschränkter Alltagskompetenz.
- Der Zuschuss zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes beträgt 4.000 €, bei bis zu vier Anspruchsberechtigten maximal 16.000 €. Bei mehr als vier Anspruchsberechtigten wird der Gesamtbetrag anteilig auf die Versicherungsträger der Anspruchsberechtigten aufgeteilt.
- Für Pflegepersonen, die regelmäßig nicht mehr als dreißig Stunden wöchentlich erwerbstätig sind und nicht erwerbsmäßig eine oder mehrere pflegebedürftige Personen wenigstens 14 Stunden wöchentlich in der häuslichen Umgebung pflegen, entrichtet die Pflegekasse Beiträge an die gesetzliche Rentenversicherung.

Pflege-Pflichteinsätze (Beratungseinsätze)

Wenn für die häusliche Pflege nur das Pflegegeld beansprucht wird, somit also keine Unterstützung durch professionelle Pflegekräfte besteht, muss der Pflegebedürftige regelmäßig so genannte Beratungseinsätze durch professionelle Pflegedienste abrufen.

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.

Um den mit den hohen physischen und psychischen Belastungen der pflegenden Angehörigen einhergehenden Beratungsbedarf zu befriedigen, wird der in § 37 Abs.3 SGB XI festgeschriebene Pflege-Pflichteinsatz stärker als Beratungsbesuch durch gerontopsychiatrisch qualifizierte Fachkräfte ausgestaltet und bundeseinheitlich standardisiert.

Bei Pflegestufe I und II müssen die Beratungseinsätze mindestens einmal halbjährlich und bei Pflegestufe III mindestens einmal vierteljährlich von den Pflegebedürftigen abgerufen werden. Pflegebedürftige, bei denen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung (45a SGB XI) festgestellt ist, sind berechtigt, den Beratungseinsatz innerhalb der genannten Zeiträume zweimal in Anspruch zu nehmen. Personen, bei denen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung nach § 45 a festgelegt ist und die noch nicht die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllen, können einmal halbjährlich einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen.

Die Vergütung für die Beratungseinsätze wird von der zuständigen Pflegekasse getragen.

Anspruch auf Pflegezeit

Angehörige von Pflegebedürftigen haben einen Anspruch auf Pflegezeit. Beschäftigte in Betrieben mit mindestens 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 wie bisher von der Pflegekasse übernommen, wenn die Pflegeperson mindestens 14 Stunden in der Woche pflegt. 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 Krankenversicherung 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 aSGB XI)

Wird ein Angehöriger pflegebedürftig, muss schnell Hilfe organisiert werden. Neben dem Anspruch auf Pflegezeit haben Beschäftigte daher das Recht, unbezahlt *bis zu zehn Arbeitstage* der Arbeit fernzubleiben. Seit dem 01.01.2015 ist für diese Zeit eine Lohnersatzleistung – das Pflegeunterstützungsgeld (Lohnersatzleistung) – vorgesehen. Die Höhe des Pflegeunterstützungsgeldes richtet sich nach der gesetzlichen Neuregelung zur Berechnung des Kinderkrankengeldes.

Das Recht auf kurzfristige Freistellung von der Arbeit gilt gegenüber allen Arbeitgebern unabhängig von der Größe des Unternehmens und ohne Ankündigungsfrist.

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

Beschäftigte haben seit dem 1. Januar 2015 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 seit dem 1. Januar 2015 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, können ein *zinsloses Darlehen* beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA) beantragen, um den Lohnausfall abzufedern. 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.

Die Pflegevertretung (Verhinderungs- oder Ersatzpflege)

Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse die nachgewiesenen Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens sechs Wochen je Kalenderjahr. Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat. Die Aufwendungen der Pflegekassen können sich im Kalenderjahr ab 1. Januar 2015 auf bis zu 1.612 € erhöhen, wenn die Ersatzpflege durch Pflegepersonen sichergestellt wird, die mit dem Pflegebedürftigen *nicht bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind und nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben oder erwerbsmäßige Pflegepersonen sind*.

Bei einer Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen *bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben*, dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse regelmäßig den Betrag des Pflegegeldes für bis zu sechs Wochen nicht überschreiten.

Bei einer Ersatzpflege kann der Leistungsbetrag um bis zu 806 € aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege auf insgesamt bis zu 2.418 € im Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege angerechnet.

Eigene
Adressdaten
einfügen

Datum:

MDK Westfalen-Lippe
Roddestr. 12.
48153 Münster

**Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung
von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches**

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich habe durch das Beratungs- und Infocenter Pflege (BIP) in _____
von Ihrer kostenlosen Broschüre erfahren und bitte hiermit um Übersendung
eines Exemplars der o. g. Begutachtungsrichtlinien.
Einen an mich adressierten und ausreichend frankierten DIN-A4-Briefumschlag
habe ich beigelegt.

Für Ihre Mühe bedanke ich mich im Voraus.

Mit freundlichen Grüßen

Was fehlt?

Sie halten die fünfte überarbeitete Ausgabe des BIP-Pflegetagebuches in Händen. Wir haben uns bemüht, Ihnen wertvolle und praxisnahe Hinweise rund um das Thema Begutachtung zu geben. Es bleibt jedoch nicht aus, dass bestimmte Punkte vielleicht nicht ganz Ihre Erwartungen erfüllt haben.

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) 53-2639 oder -2026

E-Mail: bip@kreis-recklinghausen.de

Internet: www.kreis-recklinghausen.de

Quellennachweis

Zur Erstellung des vorliegenden Pflegetagebuches wurden folgende Schriften herangezogen:

Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches (Begutachtungs-Richtlinien – BRi) vom 21.03.1997 in der Fassung vom 11.05.2006. Hrsg.: Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. Essen. Überarbeitete Auflage, August 2009.

Neue gesetzliche Regelungen seit dem 01.01.2015 des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

<http://www.wege-zur-pflege.de/neu-seit-112015.html>

Noch Fragen?

Die Berater der Beratungs- und Infocenter Pflege (BIP) sind Ihnen gerne behilflich.
Und so sind wir zu erreichen:

BIP – 10 x im Kreis !

44575 Castrop-Rauxel

Europaplatz 1
0 23 05/106-24 62
Fax: 106-28 14
bip@castrop-rauxel.de

45711 Datteln

Genthiner Str. 8 (Rathaus)
0 23 63/107-392
Fax: 107-441
bip@datteln.de

46284 Dorsten

Bismarckstr. 1
0 23 62/66-42 99
Fax: 66-57 52
bip@dorsten.de

45964 Gladbeck

Friedrichstr. 7 (Fritz-Lange-Haus)
0 20 43/99-27 73
0 20 43/99-27 74
Fax: 99-15 05
bip@stadt-gladebeck.de

45721 Haltern am See

Dr. Conrads-Str. 1
0 23 64/933-218
Fax: 933-6-218
0 23 64/933-231
Fax: 933-270
bip@haltern.de

45699 Herten

Kurt-Schumacher-Str. 2
0 23 66/303-585
0 23 66/303-586
Fax: 303-226
bip@herten.de

45768 Marl

Creiler Platz 1
0 23 65/99-22 96
0 23 65/99-22 85
Fax: 99-24 66
bip@marl.de

45739 Oer- Erkenschwick

Rathausplatz 1
0 23 68/691-326
Fax: 691-328
bip@oer-erkenschwick.de

45657 Recklinghausen

Rathausplatz 3
0 23 61/50-21 34
0 23 61/50-21 24
Fax: 50-20 52
bip@recklinghausen.de

45731 Waltrop

Münsterstraße 1
0 23 09/930-310
0 23 09/930-309
Fax: 930-307
bip@waltrop.de