

MDS

Fragen und Antworten zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff

Essen (25. Juli 2016) - Ab dem 1. Januar 2017 wird ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff in der Pflegeversicherung eingeführt. Ziel ist es, die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz und Menschen mit geistigen oder psychischen Einschränkungen ebenso zu berücksichtigen wie die Bedürfnisse von Menschen mit körperlichen Einschränkungen. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff ist Teil der Pflegereform, die die große Koalition 2015 mit den Pflegestärkungsgesetzen I und II auf den Weg gebracht hat.

Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff ist ein neues Begutachtungsverfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit verbunden. Maßstab soll nicht mehr der Hilfebedarf in Minuten, sondern der Grad der Selbstständigkeit eines Menschen sein. Denn das neue Verfahren stellt den Menschen, seine Ressourcen und Fähigkeiten in den Mittelpunkt. Es wird gefragt, wie seine Selbstständigkeit erhalten und gestärkt werden kann und wobei er Hilfe und Unterstützung benötigt. Der Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung, bei der Tagesgestaltung und Haushaltsführung sowie bei sozialen Kontakten und außerhäuslichen Aktivitäten werden im Begutachtungsverfahren festgestellt. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff geht daher von einer neuen Begutachtungsphilosophie aus.

An dieser Stelle möchten wir wichtige Fragen zu den Änderungen beantworten. Die Liste der Fragen und Antworten werden wir nach und

nach ergänzen.

Warum ist der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff erforderlich?

Der bis Ende 2016 gültige Pflegebedürftigkeitsbegriff, der dem Begutachtungsverfahren zugrunde liegt, ist vor allem auf körperliche Einschränkungen bezogen. Gerontopsychiatrische und psychische Beeinträchtigungen werden dagegen nur eingeschränkt berücksichtigt. Deshalb bekommen Menschen mit demenziellen Erkrankungen heute vergleichsweise geringe Leistungen von der Pflegeversicherung. Das ändert sich mit der Reform grundlegend. Körperliche, kognitive und psychische Beeinträchtigungen werden gleichermaßen und umfassend berücksichtigt. Dadurch erhalten die Menschen, die bisher benachteiligt waren, einen besseren Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung.

Was ändert sich ab wann?

Mit dem Pflegestärkungsgesetz II wird zum 1. Januar 2017 der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff in die Pflegeversicherung eingeführt. Dadurch verändert sich das Begutachtungsverfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit grundlegend – Maßstab ist künftig der Grad der Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen. Bei der Begutachtung kommt es dann nicht mehr darauf an festzustellen, wie viele Minuten Hilfebedarf ein Mensch beim Waschen und Anziehen oder bei der Nahrungsaufnahme hat. Im Mittelpunkt steht künftig die Frage, wie selbstständig der Mensch bei der Bewältigung seines Alltags ist – was kann er und was kann er nicht mehr? Dazu werden seine Fähigkeiten umfassend in allen Lebensbereichen begutachtet: Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Umgang mit krankheitsbedingten Anforderungen und Belastungen, Gestaltung des Alltagslebens und

soziale Kontakte.

Was wird aus den bisherigen Pflegestufen?

Bis zum 31. Dezember 2016 gelten die bisherigen drei Pflegestufen in der Pflegeversicherung. Ab dem 1. Januar 2017 wird es fünf Pflegegrade geben, was eine differenzierte Einschätzung des benötigten Pflegeaufwandes ermöglicht.

Wonach wird beurteilt, ob ein Mensch pflegebedürftig ist?

Maßgeblich für das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit sind die gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten in den nachfolgenden sechs Bereichen:

- **1. Mobilität**
(Wie selbstständig kann der Mensch sich fortbewegen und seine Körperhaltung ändern?)

- **2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten**
(Wie findet sich der Mensch in seinem Alltag örtlich und zeitlich zurecht? Kann er für sich selbst Entscheidungen treffen? Kann die Person Gespräche führen und Bedürfnisse mitteilen?)

- **3. Verhaltensweisen und psychische**

Problemlagen

(Wie häufig benötigt der Mensch Hilfe aufgrund von psychischen Problemen, wie etwa aggressives oder ängstliches Verhalten?)

- **4. Selbstversorgung**

(Wie selbstständig kann sich der Mensch im Alltag selbst versorgen bei der Körperpflege, beim Essen und Trinken?)

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

(Welche Unterstützung wird benötigt beim Umgang mit der Krankheit und bei Behandlungen? Zum Beispiel Medikamentengabe, Verbandswechsel, Dialyse, Beatmung?)

- **6. Gestaltung des Alltagslebens und**

sozialer Kontakte

(Wie selbstständig kann der Mensch noch den Tagesablauf planen oder Kontakte pflegen?)

Aufgrund einer Gesamtbewertung aller Fähigkeiten und Beeinträchtigungen erfolgt die Zuordnung zu einem der fünf Pflegegrade.

Wie errechnet sich der jeweilige Pflegegrad?

Die Zuordnung zu einem Pflegegrad erfolgt anhand eines Punktesystems. Dazu werden in den sechs Bereichen

Mobilität (1), kognitive und kommunikative Fähigkeiten (2), Verhaltensweisen und psychische Problemlagen (3), Selbstversorgung (4), Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen oder Belastungen (5), Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (6), die jeweils mehrere Einzelkriterien enthalten (zum Beispiel: Essen oder Trinken), für jedes erhobene Kriterium Punkte vergeben. Die Höhe der Punkte orientiert sich daran, wie sehr die Selbstständigkeit eingeschränkt ist oder die Fähigkeiten nicht mehr vorhanden sind. Grundsätzlich gilt: Je

höher die Punktzahl, desto schwerwiegender die Beeinträchtigung.

Die innerhalb eines Bereiches für die verschiedenen Kriterien vergebenen Punkte werden zusammengezählt und gewichtet. Denn entsprechend ihrer Bedeutung für den Alltag fließen die Ergebnisse aus den einzelnen Bereichen unterschiedlich stark in die Berechnung des Pflegegrades ein. Beispielsweise der Bereich „Selbstversorgung“ mit 40 Prozent oder der Bereich „Mobilität“ mit 10 Prozent. Die Gewichtung bewirkt, dass die Schwere der Beeinträchtigungen der

Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten von Personen mit körperlichen Defiziten einerseits und kognitiven oder psychischen Defiziten andererseits sachgerecht und angemessen bei der Bildung des Gesamtpunktes berücksichtigt werden. Aus dem Gesamtpunktwert wird das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit bestimmt und der Pflegegrad abgeleitet.

Eine Besonderheit besteht darin, dass nicht beide Werte der Bereiche 2 (Kognitive und kommunikative Fähigkeiten) und 3 (Verhaltensweisen

und psychische Problemlagen), sondern nur der höchste der beiden gewichteten Punktwerte in die Berechnung eingeht.

Wann liegt Pflegebedürftigkeit vor?

Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn der Gesamtpunktwert mindestens 12,5

Punkte beträgt. Der Grad der Pflegebedürftigkeit bestimmt sich wie folgt:

- **Pflegegrad 1:** 12,5 bis unter 27 Punkte

(geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten)

- **Pflegegrad 2:** 27 bis unter 47,5 Punkte

(erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten)

- **Pflegegrad 3:** 47,5 bis unter 70 Punkte

(schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten)

- **Pflegegrad 4:** 70 bis unter 90 Punkte

(schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten)

- **Pflegegrad 5: 90 bis 100 Punkte**
(schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung)

Pflegebedürftige Kinder im

Alter bis zu 18 Monaten
werden pauschal einen
Pflegegrad höher eingestuft.

Pflegebedürftige, die einen
spezifischen,
außergewöhnlich hohen
personellen
Unterstützungsbedarf mit
besonderen Anforderungen
an die pflegerische
Versorgung aufweisen,

werden unabhängig vom Erreichen des Schwellenwertes von 90 Punkten dem Pflegegrad 5 zugeordnet. Diese sogenannte besondere Bedarfskonstellation liegt nur beim vollständigen Verlust der Greif-, Steh- und Gehfunktionen vor.

Wie erfolgt der Übergang

vom alten auf das neue System?

Alle Personen, die bereits Leistungen der Pflegeversicherung beziehen, werden durch ihre Pflegekasse automatisch von ihrer Pflegestufe in den jeweiligen Pflegegrad übergeleitet. Dabei gilt die Grundregel:

Versicherte mit körperlichen Einschränkungen werden in den nächsthöheren Pflegegrad übergeleitet: Also von Pflegestufe I in Pflegegrad 2, von Pflegestufe II in Pflegegrad 3 und von Pflegestufe III in Pflegegrad 4.
Menschen, bei denen eine Beeinträchtigung der Alltagskompetenz

festgestellt wurde, werden von ihrer Pflegestufe in den übernächsten Pflegegrad übergeleitet: von Pflegestufe 0 in Pflegegrad 2, von Pflegestufe I in Pflegegrad 3, von Pflegestufe II in Pflegegrad 4 und von Pflegestufe III in Pflegegrad 5.

**Müssen sich
Pflegebedürftige neu
begutachten lassen und
einen neuen Antrag bei
der Pflegekasse stellen?**

Nein, niemand, bei dem
eine Pflegestufe
festgestellt wurde, muss
einen neuen Antrag stellen
oder sich noch einmal
begutachten lassen. Die

Überleitung von den bisherigen drei Pflegestufen in die fünf Pflegegrade erfolgt zum 1. Januar 2017 automatisch. Die Versicherten müssen dafür nichts tun. Dies gilt auch für Pflegebedürftige mit sogenannter Pflegestufe 0 – das heißt Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz. Die

Pflegekasse teilt jedem Pflegebedürftigen mit, in welchem Pflegegrad er kommt.

Muss ich mit Nachteilen durch die Überleitung rechnen?

Nein, für die Überleitung gilt ein umfassender Bestandsschutz –

niemand, der bereits eingestuft ist, wird durch das neue System schlechter gestellt. Die allermeisten Versicherten erhalten ab 2017 sogar deutlich bessere Leistungen als bisher.

Wie hoch sind die

Leistungen in den
einzelnen Pflegegraden
(PG) ab 1. Januar 2017?

**Hauptleistungsbeträge in
Euro:**

Leistung

PG 1

PG 2

PG 3

PG 4

PG 5

Geldleistung ambulant

*

316

545

728

901

Sachleistung ambulant

*

689

1.298

1.612

1.995

Entlastungsbetrag ambulant (

125

125

125

125

125

Leistungsbetrag vollstationär

125

770

1.262

1.775

2.005

*Pflegebedürftige in PG 1
erhalten u.a.

Pflegeberatung, Beratung
in eigener Häuslichkeit,

Versorgung mit

Pflegehilfsmitteln,

Zuschüsse zur

Verbesserung des

Wohnumfeldes.

Wonach beurteilt sich die Pflegebedürftigkeit von Kindern?

Die Feststellung von Pflegebedürftigkeit bei Kindern folgt grundsätzlich den gleichen Prinzipien wie bei Erwachsenen. Auch bei Kindern beurteilt sich

die Pflegebedürftigkeit danach, wie selbstständig ein Kind ist und in welchem Umfang Fähigkeiten vorhanden sind. Der wesentliche Unterschied liegt darin, dass Erwachsene im Laufe ihres Lebens durch Krankheit und Behinderung Fähigkeiten und Selbstständigkeit

verlieren, Kinder
hingegen müssen
Fähigkeiten und
Selbstständigkeit erst
schrittweise entwickeln.

Bei der Beurteilung von
Pflegebedürftigkeit von
Kindern werden die
Selbstständigkeit bzw. die

Fähigkeiten des pflegebedürftigen Kindes mit denen eines gesunden, gleichaltrigen Kindes verglichen. Dieser Beurteilungsgrundsatz gilt grundsätzlich für Kinder aller Altersgruppen.

Eine Ausnahme bilden

pflegebedürftige Kinder im Alter von bis zu 18 Monaten. Kinder dieser Altersgruppe sind von Natur aus in allen Bereichen des Alltagslebens unselbstständig, so dass sie in der Regel keine oder nur niedrige Pflegegrade erreichen könnten. Um

sicherzustellen, dass auch diese Kinder einen fachlich angemessenen Pflegegrad erlangen können, werden zur Beurteilung der Pflegebedürftigkeit die altersunabhängigen Bereiche 3 und 5 herangezogen. Außerdem ist die Frage zu beantworten, ob

gravierende Probleme bei der Nahrungsaufnahme, die einen außergewöhnlichen pflegeintensiven Hilfebedarf im Bereich der Ernährung auslösen, bestehen. Darüber hinaus sieht eine Sonderregelung vor, Kinder im Alter von bis zu 18 Monaten pauschal

einen Pflegegrad höher als bei der Begutachtung festgestellt, einzustufen. In diesem Pflegegrad können sie ohne weitere Begutachtung bis zum 18. Lebensmonat verbleiben. Nach dem 18. Lebensmonat werden diese Kinder älteren Kindern und Erwachsenen in der

Bewertung gleichgestellt.

Ab einem Alter von elf Jahren kann ein Kind in allen Bereichen, die in die Berechnung des Pflegegrads eingehen, selbstständig sein. Für Kinder in diesem Alter gelten dann dieselben

pflegegradrelevanten
Berechnungsvorschriften
wie bei Erwachsenen.

**Was ändert sich beim
Zugang zur
medizinischen
Rehabilitation?**

Der Vorrang von Prävention und Rehabilitation vor Pflege wird ab 1. Januar 2016 nochmals gestärkt. Bisher sprachen die Gutachter bei der Pflegebegutachtung Empfehlungen zur medizinischen

Rehabilitation aus. Dies wird nun um Empfehlungen zur Prävention erweitert. Das bedeutet für das Begutachtungsverfahren, dass die Gutachter eine Aussage darüber zu treffen haben, ob in der häuslichen Umgebung oder in der Einrichtung, in der der Pflegebedürftige

lebt, präventive
Maßnahmen empfohlen
werden können. Sie
müssen auch klären, ob
Beratungsbedarf zu
primärpräventiven
Maßnahmen besteht.
Primärpräventive
Maßnahmen sind z.B.
Gruppenangebote zur
Sturzprävention oder zur
Beseitigung von Mangel-

oder Fehlernährung. Die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs erfolgt bei der Pflegebegutachtung in allen MDK zukünftig auf der Grundlage eines bundeseinheitlichen, strukturierten Verfahrens, dem sogenannten optimierten Begutachtungsstandard.

Was ändert sich bei der Beratung?

Der Stellenwert der Pflegeberatung wird gestärkt. Damit werden Pflegebedürftige und ihre Angehörigen zukünftig besser darin unterstützt,

die Leistungen aus der Pflegeversicherung nach ihren Bedürfnissen und Wünschen zusammenzustellen. Hierfür werden die Pflegekassen zukünftig jedem, der einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung stellt, innerhalb von zwei Wochen eine

Pflegeberatung anbieten.
Die Pflegekassen
benennen feste
Ansprechpartner für die
Pflegeberatung vor Ort.
Ebenfalls ab 2016 haben
nicht nur die
Pflegebedürftigen
sondern auch die
Angehörigen einen
Anspruch auf
Pflegeberatung durch die

Pflegekassen und erhalten damit mehr Unterstützung wenn es um die Organisation der Pflege geht. Außerdem sollen die verschiedenen Beratungsangebote, die es regional für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen gibt, besser aufeinander abgestimmt werden.

*Quelle: Medizinischer
Dienst des
Spitzenverbandes der
Krankenkassen (MDS),
25.07.2016 (tB).*