

Selbständigkeit entscheidet über Pflegegrade

Im Januar 2017 ist das Pflegestärkungsgesetz 2 (PSG II) vollständig in Kraft getreten. Damit erfolgte eine Neu-Definition der Pflegebedürftigkeit. Fünf Pflegegrade ersetzen die bisherigen drei Pflegestufen. Die Zuordnung zu einem Pflegegrad wird nicht mehr ausschließlich nach dem zeitlichen Pflegeaufwand berechnet, sie erfolgt zusätzlich anhand der (noch) vorhandenen Selbständigkeit des Pflegebedürftigen. Damit sollen psychische und kognitive Defizite, insbesondere Demenz, stärker in den Fokus rücken und gleichwertig mit physischen Beeinträchtigungen behandelt werden.

	Beschreibung
Pflegegrad 1 12,5 bis 26,9 Punkte	Pflegegrad 1 ist die niedrigste Stufe der Pflegebedürftigkeit und kommt für Menschen in Betracht, die leichte Einschränkungen im Alltag vorweisen können, sodass eine geringe Beeinträchtigung der Selbständigkeit gegeben ist.
Pflegegrad 2 27 bis 47,4 Punkte	Dem zweiten Pflegegrad wird zugeordnet, wer eine erheblich beeinträchtigte Selbständigkeit vorweisen kann.
Pflegegrad 3 47,5 bis 69,9 Punkte	Per Definition erhält diesen Grad der Pflege, wer eine schwer beeinträchtigte Selbständigkeit hat.
Pflegegrad 4 70 bis 89,9 Punkte	Den vierten Pflegegrad erhält vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen, kurz: MDK, wer in seiner Selbständigkeit bzw. seinen Fähigkeiten schwerst beeinträchtigt ist. Pflegegrad 4 ersetzt seit Januar 2017 die bis dahin geltende Pflegestufe 5. Der Betroffene kann sich in der Regel kaum selbständig versorgen.
Pflegegrad 5 - 90 bis 100 Punkte	In den letzten Grad werden Bedürftige eingestuft, die in höchstem Maße unselbständig sind und rund um die Uhr eine besonders intensive pflegerische Versorgung benötigen. Man spricht auch von einem Härtefall. Zwischen 90 und 100 Punkten wird, hinsichtlich der Pflegeleistungen, kein Unterschied zwischen Menschen mit oder ohne eingeschränkte kognitive Fähigkeiten gemacht.

□ Wer steht bei Unklarheiten zur Seite?

Bei eventuell benötigten Hilfestellungen zu den Neuerungen seit 2017 oder dem Wunsch nach weiterführenden Informationen rund ums Thema Pflegegrade empfiehlt sich der Blick in einen [Ratgeber zur Pflegeversicherung](#). Weitere Unterstützung können die Landesverbände des Sozialverbands VdK mit umfangreicher Rechtsberatung und das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) bieten.

Auswirkungen der Pflegegrade

Die Pflegegrade sollen die individuelle Einstufung der Pflegebedürftigen garantieren. Laut Bundesgesundheitsministerium (BMG) haben Betroffene durch die Reform eine wesentliche Verbesserung ihrer finanziellen Lage erfahren. Künftig wird nicht nur darauf geachtet, ob der Patient den Alltag theoretisch, sondern auch tatsächlich praktisch meistern kann. Die „Minutenpflege“, die bisher den Pflegebedarf daran fest machte, wie lange die

Pflegehandlungen dauern, ist damit ebenfalls abgeschafft. Weitere Vorteile sind die neuen Kriterien zur Begutachtung, die Angleichung der Gelder an die Preisentwicklung sowie das Mehr an verfügbaren Pflegegeldern.

Mit dem PSG II ist der Pflegegrad 1 neu hinzugekommen. Dieser ist für Menschen gedacht, die nur sehr leichte Einschränkungen in der Bewältigung ihres Alltags aufweisen und im alten System keiner Pflegestufe zugeordnet werden konnten. Mit Einführung des ersten Pflegegrades soll erreicht werden, dass Betroffene möglichst lange zu Hause wohnen können. So beinhaltet er zum Beispiel Zuschüsse für betreutes Wohnen oder für den barrierefreien Umbau der Wohnung.

Einstufung in einen Pflegegrad

Anhand des zugeordneten Pflegegrades entscheidet sich, welche Leistungen der Betroffene von der Pflegeversicherung beziehen kann. Wichtig ist in jedem Fall, dass die Gelder aus der Pflegeversicherung erst ab dem Monat der Antragstellung erbracht werden. Es empfiehlt sich also, ihn frühzeitig einzureichen.

Um Leistungen erhalten zu können, muss zunächst ein Antrag bei der Krankenkasse gestellt werden, anschließend fertigt der (MDK) ein Gutachten an. Der Pflegebedürftige wird ganzheitlich in Bezug auf seine Selbständigkeit bewertet. Dies geschieht mit Hilfe eines Begutachtungsinstrumentes. Der Gutachter des MDK vergibt für die folgenden Bereiche Punkte, deren Gesamtheit dann die Einteilung in die fünf Pflegegrade ermöglichen:

Kriterium (Gewichtung)	Erklärung
Mobilität (10 %)	Inwiefern ist eine freie Bewegung möglich? (aufrechtes Sitzen, Gehen, Positionsveränderungen im Bett)
Selbstversorgung (40 %)	Inwiefern liegt die Fähigkeit vor, die Körperpflege, das An- und Auskleiden, die Ernährung etc. (noch) selbständig zu vollziehen?
Verhaltensweisen & psychische Problemlagen (7,5 %)	Gibt es motorische, (auto-) aggressive Auffälligkeit im Verhalten? Bestehen (irrationale) Ängste, Wahnvorstellungen, Depressionen?
Kognitive & kommunikative Fähigkeiten (7,5 %)	Können noch eigenmächtig Entscheidungen gefällt, komplexe Handlungen durchgeführt und Personen sowie Orte erkannt werden?
Umgang mit krankheits-/ therapiebedingten Anforderungen (20%)	Wieviel Unterstützung ist im Bereich der krankheitsbedingten Anforderungen (z.B. bei der Einnahme von Medikamenten oder dem Wechseln von Verbandsmaterial) nötig?
Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte (15 %)	Kann der Tagesablauf noch selbständig gestaltet werden und an eventuelle Veränderungen angepasst werden? Wird mit anderen Individuen normal interagiert?

Um dem MDK bei der Begutachtung präzise Angaben über den Pflegebedarf machen zu können, empfiehlt es sich, vorher ein sogenanntes Pflageagebuch zu führen. Darin sollte für mindestens zwei Wochen festgehalten werden, wie lange einzelne Tätigkeiten dauern und wann sie am Tag verrichtet werden. Außerdem wird notiert, ob die betroffene Person bei den Tätigkeiten Unterstützung, Anleitung oder Beaufsichtigung benötigt bzw. ob sie teilweise bis vollständig von einer Pflegeperson übernommen werden müssen.

Generell liegt bei Kindern die gleiche Methodik zugrunde wie bei Erwachsenen. Allerdings verläuft die Einschätzung anders. Um eine kindgerechte Einschätzung vornehmen zu können, gibt es speziell für diese Altersgruppe geschulte Beauftragte. Bei den Jüngsten wird außerdem nur darauf geachtet, in welchem Grad die Selbständigkeit von der gleichaltriger Kinder abweicht.

Was tun bei falscher Einstufung?

Wer eine falsche Einstufung vermutet, kann innerhalb von vier Wochen nach Eingang des Resultats Widerspruch gegen die Entscheidung der Pflegekasse einlegen. Eine Begründung darf bis zu acht Wochen nach Antragstellung erfolgen. Zeitgleich mit dem Widerspruch sollte um Akteneinsicht in das Gutachten des MDK (bzw. der Firma Medicproof GmbH bei privat Versicherten) gebeten werden. Im Idealfall können dann die Feststellungen im Gutachten mit den detaillierten Notizen im Pflageagebuch abgeglichen werden. Anschließend entscheidet die Pflegekasse, ob erneut ein Gutachten in Auftrag gegeben wird. In diesem Fall wird der MDK dem Pflegebedürftigen nochmals einen Besuch abstatten.