

## **Der Fall der Fälle – Pflegefall**

Ratgeber für Pflegebedürftige und Angehörige

Antworten zur Pflege von Senioren sowie von  
Kindern und Erwachsenen mit Behinderungen

## Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser,

das Jahr 2017 bringt die bisher größten Änderungen seit Bestehen des Pflegesystems. Für uns ist das ein Grund mehr, den neuen Pflegeratgeber herauszugeben. Die vielen liebevollen und positiven Rückmeldungen unserer Leser freuen uns seit Jahren und motivieren uns täglich, unsere Arbeit fortzusetzen. Vielen Dank dafür!

In erster Linie soll dieser Pflegeratgeber auch im Jahr 2017 Betroffenen dabei helfen, sich im ungerechten Dschungel „Pflegesystem“ nicht allein gelassen zu fühlen.

Die Zahlen, die Daten, die Informationen sowie die Anleitungen aus der Praxis unserer unabhängigen Experten, sollen erneut als Hilfe zur Hilfe dienen.

### **Pflegestufen gibt es nicht mehr! Es gibt jetzt Pflegegrade.**

Das Pflegesystem selbst bleibt (leider) für die Betroffenen eine von den Kassenverbänden abhängige Angelegenheit. Auch seit 2017 erhalten die Gutachter (w/m) (meist MDK

oder Medicproof) die Aufträge von den Pflegekassen. Unabhängige Beurteilungen und Unterstützung sind nur bedingt zu erwarten. Selbst viele „freie“ Gutachterinnen und Gutachter unterliegen gegenüber dem großen Auftraggeber „Pflegekasse“ einer gewissen wirtschaftlichen Abhängigkeit.

Auch 2017 scheint im großen Interessenkonflikt zwischen Leistungsgeber (Pflegekassen) und Leistungsempfänger (Pflegebedürftige) der alte Grundsatz zu gelten „Wer zahlt hat Recht!“.

Läuft ein Einstufungsverfahren gerechtfertigt, ist alles prima, läuft es nicht, sind wir weiterhin für Sie da. Bundesweit und absolut unabhängig!

Ihr



Jörg Kröning



Reinhold Greitschus



# Bundesweites Pflegenetzwerk

Pflegeversicherung, Pflegegrad, Pflegegeld, Kurzzeitpflege, Verhinderungspflege, Tages- und Nachtpflege, vollstationäre Pflege, etc. – all dies sind Begriffe, die viele von Ihnen schon einmal gehört haben.

Was aber steckt dahinter? Was bedeuten diese Bezeichnungen im Einzelnen und wie erreichen Betroffene die genannten Leistungen? **Bundesweites Pflegenetzwerk** schließt seit Jahren die Wissenslücke(n) mit dem Pflegeratgeber. Ihr persönliches Exemplar halten Sie gerade in Ihren Händen. Benötigen Sie weitere, fragen Sie einfach in Ihrer Apotheke danach. Gut sortierte Apotheken stellen den Ratgeber für pflegende Angehörige bundesweit und kostenlos ihren Kunden zur Verfügung.

In verständlicher Sprache, unterstützt von Abbildungen und Grafiken, erklären Pflegeexperten die wichtigsten Begriffe. Erfahren Sie, welche finanziellen Mittel Ihnen zustehen, was der Unterschied zwischen ambulanter, teilstationärer und stationärer Pflege ist, wer den Pflegegrad festlegt, welche Möglichkeiten Sie haben, wenn der Pflegegrad ab-

gelehnt wird, sowie Wissenswertes über den Medizinischen Dienst der Krankenkassen, über die Begutachtung und vieles mehr...

In dieser Auflage des Pflegeratgebers geht es auch um die Änderungen, die das Jahr 2017 mit sich bringt. Plötzlich ist alles anders?! Plötzlich gibt es keine Pflegestufen und keine Minuten mehr. Dafür gibt es Pflegegrade und es müssen Punkte addiert werden...!

Ob das gerechter zugeht als bisher? Aber lesen Sie selbst und machen Sie sich ein eigenes Bild.

Haben Sie keine Zeit oder Lust alles zu lesen? Schlagen Sie einfach im Stichwortverzeichnis auf S. 51 und 52 gezielt Ihre Themen nach.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort</b> .....	02
<b>Die wichtigsten Änderungen 2017</b> .....	05
<b>Der Fall der Fälle – Pflegefall</b> .....	10
Widerspruchsverfahren .....	15
Klageverfahren .....	17
<b>Hilfe zur Hilfe – professionelle Unterstützung</b> .....	18
<b>Leistungsarten</b> .....	21
Geldleistungen .....	22
Sachleistungen .....	23
Kombinationsleistungen .....	24
Tages- oder Nachtpflege .....	25
Vollstationäre Pflege .....	26
Verhinderungspflege .....	28
Kurzzeitpflege .....	30
<b>Neue Pflegegrade</b> .....	32
<b>Neues Begutachtungsassessment (NBA)</b> .....	36
<b>Gewichtung der Bereiche (Module)</b> .....	41
<b>Bundeseinheitliche Notfallnummern</b> .....	43
<b>Neue Begutachtungsregeln für Kinder</b> .....	44
<b>Ambulanter Pflegedienst (Kosten)</b> .....	48
<b>Stichwortverzeichnis</b> .....	51
<b>Bundesweites Pflegenetzwerk</b> .....	54
<b>Impressum</b> .....	55

# Die wichtigsten Änderungen 2017

## Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff

Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen, und deshalb Hilfe von anderen benötigen. Dabei sind nur solche Personen pflegebedürftig, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen sowie gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, das heißt für mindestens sechs Monate bestehen. Es entscheidet der Grad der Selbstständigkeit bei der Durchführung von Aktivitäten und der Gestaltung von Lebensbereichen.

## Übergangsregelungen zum Begutachtungsverfahren

Die Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade lässt ein höheres Begutachtungsaufkommen erwarten. Deshalb wurden vom Gesetzgeber Übergangsregelungen festgelegt, die wir nachfolgend vorstellen. Wir haben absichtlich eine vereinfachte und zusammenfassende Schreibweise gewählt, die dem Sinn am Nächsten kommt, um die Lesbarkeit und das Verständnis, auch für Nicht-Juristen, zu erhöhen, bzw. zu gewährleisten.

- Keine Wiederholungsbegutachtung bis zum 01. Januar 2019 für Personen, die zu Anfang des Jahres 2017 in einen Pflegegrad übergeleitet wurden.
- Bis zum 31. Dezember 2017 müssen Pflegeanträge nicht mehr innerhalb von 25 Arbeitstage beschieden werden.

### **Es gelten bis 31. Dezember 2017 keine Bearbeitungsfristen für die Pflegekassen!**

- Bis 31. Dezember 2017 haben Antragsteller keinen Anspruch auf die Verzögerungsgebühr.
- Falls besonders dringender Entscheidungsbedarf vorliegt, muss im laufenden Jahr 2017 innerhalb von 20 Arbeitstagen begutachtet werden. Ist dies in der genannten Zeit nicht möglich, sind dem Antragsteller drei unabhängige<sup>1</sup> Gutachter (w/m) zu nennen.

## Überleitung bestehender Pflegestufen

- Menschen mit körperlichen Einschränkungen werden automatisch in den nächst höheren Pflegegrad übergeleitet.
- Menschen mit geistigen oder psychischen Einschränkungen (das schließt gleichzeitige körperliche Einschränkungen nicht aus) werden automatisch in den übernächsten Pflegegrad übergeleitet.

<sup>1</sup> Anm. der Redaktion: Mit unabhängig ist an dieser Stelle unabhängig vom MDK gemeint. Nicht etwa unabhängig vom Auftraggeber (Pflegekasse).

## Überblick der Überleitungen

bis 31.12.2016	seit 01.01.2017	
	Ohne eingeschränkte Alltagskompetenz	Mit eingeschränkter Alltagskompetenz
Pflegestufe 0	-	Pflegegrad 2
Pflegestufe 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3
Pflegestufe 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4
Pflegestufe 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Pflegestufe III - Härtefall	Pflegegrad 5	Pflegegrad 5

*Im Rahmen der automatischen Überleitung erfolgt keine Einstufung in den Pflegegrad 1.*

Alle Betroffenen werden zum Überleitungszeitpunkt, durch schriftlichen Bescheid ihrer Pflegekasse, über den neuen Pflegegrad und die neuen Leistungen informiert.

### **Besitzstandsschutz**

Für Menschen, die bereits vor dem 01. Januar 2017 eine Pflegestufe hatten, gelten die beiden nachfolgenden Regeln:

- Niemand soll durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs schlechter gestellt werden.
- Niemand, der bereits Leistungen bezieht, soll einen neuen Antrag auf Begutachtung stellen müssen.

Es gilt ein **lebenslanger**

**Bestandsschutz** für über-  
geleitete Pflegebedürftige.

Eine Schlechterstellung durch  
Neubegutachtung ist ausge-  
schlossen. Einzige Ausnahme  
– wenn keine Pflegebedürftig-  
keit mehr vorliegt.

**Höherstufung bei Ver-  
schlechterung** ist selbstver-  
ständiglich jederzeit möglich!

### **Entlastungsbetrag**

Alle Pflegebedürftigen (Pflegegrade 1 bis 5) in häuslicher Pflege haben einen Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro monatlich. Nicht in Anspruch genommenen Beträge können in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.

Der Betrag dient der Erstattung von Aufwendungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der nachfolgenden Leistungen:

- Leistungen der Tages- oder Nachtpflege,
- Leistungen der Kurzzeitpflege,
- Leistungen der ambulanten Pflegedienste im Sinne des § 36, in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht für die Leistung körperbezogener Pflegemaßnahmen,
- Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a.

Dieser Betrag wird nicht als Pflegegeld ausgezahlt. Die Leistungen werden von Personen bzw. Einrichtungen erbracht, die offiziell dafür zugelassen sind (Pflegedienste u. a.).

Eine Liste mit Adressen dieser Einrichtungen in der eigenen Wohnumgebung kann bei der Pflegekasse angefordert werden. Die Abrechnung erfolgt über das Einreichen von Rechnungen, oder alternativ mit einer Abtretungserklärung direkt über die Person/das Unternehmen.

## Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

### Beiträge zur Rentenversicherung der Pflegeperson

Beiträge zur Rentenversicherung von Pflegepersonen werden gezahlt, wenn die nachfolgenden Bedingungen erfüllt sind:

- Es handelt sich um eine private Pflegeperson.
- Die Pflegeperson ist weniger als 30 Stunden pro Woche erwerbsmäßig tätig.
- Die Pflegeperson pflegt eine oder mehrere Pflegebedürftige mindestens zehn Stunden pro Woche (bisher waren dazu 14 Stunden notwendig).
- Die pflegebedürftigen Personen haben mindestens den Pflegegrad 2.

Da zur Ermittlung der Pflegegrade keine Minuten mehr addiert, also keine klassischen Pflegezeiten mehr ermittelt werden, werden die Angaben<sup>2</sup> der beteiligten Pflegeperson zu Grunde gelegt. Für Pflegepersonen, die bereits vor dem 31. Dezember 2016 Pflegebedürftige mit der Pflegestufe 0 gepflegt haben und die ansonsten die oben genannten Bedingungen erfüllen, werden ebenfalls Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt.

### Arbeitslosenversicherung der Pflegeperson

Diese Regelung tritt **erstmalig ab 2017** in Kraft. Für Pflegepersonen, für die unmittelbar vor der Pfl egetätigkeit eine Versicherungspflicht in der Arbeitslosenversicherung bestanden hat, werden Beiträge in die Arbeitslosenversicherung gezahlt. Diese Regelung gilt allerdings nur, wenn nicht sowieso, z. B. durch eine Teilzeitbeschäftigung, eine Absicherung in der Arbeitslosenversicherung besteht.

Damit erhalten Pflegepersonen nach dem Ende der Pfl egetätigkeit erstmalig die Möglichkeit, Arbeitslosengeld zu beantragen und Leistungen der Arbeitsförderung zu beanspruchen.

@ [pflegeratgeber.bwpm.de](mailto:pflegeratgeber.bwpm.de)

<sup>2</sup>Anm. der Redaktion: Es bleibt abzuwarten, wie dies in der Praxis ab 2017 umgesetzt und berücksichtigt wird.

# Lebe. Lache.



Ihr  
Hörgeräte-  
Akustiker mit  
Hausbesuchs-  
Service

# Höre – mit Amplifon

Seit 65 Jahren tut Amplifon alles, um jedem einzelnen Menschen die Freude am Hören zurückzugeben. Jetzt mit über 200 Fachgeschäften allein in Deutschland. Im Bedarfsfall kommt Amplifon auch gerne zu Ihnen nach Hause. Nutzen Sie einfach unseren Hausbesuchs-Service:

**Kostenlose Beratung unter Tel.: 0800 - 739 39 39**

- Kostenloser Hörtest
- Anpassung von Hörsystemen und Ohrstücken
- Wechsel von Schallschläuchen
- Reparaturen von Hörsystemen
- Beratung für nützliches Hör-Zubehör
- Bequeme Lieferung von Batterien und Reinigungsprodukten



Gemeinsam finden wir die perfekte Hörlösung für Sie!  
Mehr Informationen unter: [www.amplifon.de](http://www.amplifon.de)



Die Hörexperten

## Der Fall der Fälle – Pflegefall ...

### *„Wann werde ich ein Pflegefall?“*

Das wichtigste vorab: Sie werden nicht zum Pflegefall. Sie werden höchstens pflegebedürftig. Dennoch sprechen Betroffene selbst, Medien und auch Experten, häufig vom Pflegefall. Eine Abwertung der pflegebedürftigen Person ist damit sicher nicht vorgesehen.

### *„Ab wann bin ich pflegebedürftig?“*

Sie sind pflegebedürftig, wenn Sie gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und Fähigkeiten aufweisen und deshalb auf die Hilfe anderer angewiesen sind.

### *„Was bedeutet das?“*

Sie sind pflegebedürftig, wenn Sie körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können.

### *„Wird die Hilfe nach wie vor in Minuten gemessen?“*

Nein, die sogenannte Minutenzählerei gibt es nicht mehr! Ab sofort ist die Ermittlung der Fremdhilfe wesentlich komplizierter. Es gibt jetzt sechs sogenannte Module.

### *„Welche Module gibt es denn?“*

- Mobilität
- Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
- Selbstversorgung
- Bewältigung von- und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
- Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Ab Seite 36 in diesem Pflegeratgeber finden Sie weitere Informationen zu den neuen Begutachtungsregeln – Neues Begutachtungsassessment (NBA).

*„Erhalte ich einen Pflegegrad, wenn ich pflegebedürftig bin?“*

Wenn Sie pflegebedürftig sind, erhalten Sie leider nicht direkt einen Pflegegrad. Sie müssen dafür, abgesehen vom Pflegegrad 1, mindestens erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten aufweisen. Entscheidend für die Festlegung des Pflegegrades ist die Klassifikation der Selbstständigkeit:

- Selbstständig
- überwiegend selbstständig
- überwiegend unselbstständig
- unselbstständig

*„Ist das nicht viel komplizierter als bisher?“*

Das ist ganz sicher wesentlich komplexer als bisher und macht es für einen Laien zunächst quasi unmöglich, da sozusagen „durchzusteiern“. Eine fachliche Argumentation durch einen Pflegesachverständigen (w/m), z. B. im Rahmen eines Widerspruchsverfahrens, ist faktisch unumgänglich. Zukünftig wird es für Juristen ohne pflegfachliche Ausbildung und Erfahrung vermutlich noch schwieriger, ein erfolgreiches Widerspruchsverfahren zur Erreichung eines Pflegegrades zu führen.

*„Wer legt fest, welcher Pflegegrad der richtige ist?“*

Das macht die Pflegekasse der jeweiligen Krankenkassen. Aber nicht die Pflegekasse selbst führt die persönliche Feststellung durch, sondern der „Medizinische Dienst der Krankenkassen“ (MDK). Die Medizinischen Dienste beraten die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen in Fragen der allgemeinen medizinischen und pflegerischen Versorgung und begutachten im Einzelfall. (Quelle: MDK Aufgaben und Leistungen) Für die privaten Krankenversicherungen macht das die Firma „MEDICPROOF GmbH“.



Mit dieser Anzeige könnten  
Sie 60.000 Menschen\*  
erreichen!



Bundesweites  
Pflegenetzwerk

**Sie haben Interesse und wollen  
diese Anzeigenfläche mieten?  
Kontaktieren Sie uns!**

partner@bwpn.de  
040/609 468 4-90

\* Ausschließlich Pflegebedürftige und pflegende Angehörige - keine Streuverluste.

*„Welche Pflegegrade gibt es?“*

### **Pflegegrad 1**

Sie erfüllen die Voraussetzungen des Pflegegrades 1, wenn bei Ihnen eine geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten festgestellt wurde.

### **Pflegegrad 2**

Sie erfüllen die Voraussetzungen des Pflegegrades 2, wenn bei Ihnen eine **erhebliche** Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten festgestellt wurde.

### **Pflegegrad 3**

Sie erfüllen die Voraussetzungen des Pflegegrades 3, wenn bei Ihnen eine **schwere** Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten festgestellt wurde.

### **Pflegegrad 4**

Sie erfüllen die Voraussetzungen des Pflegegrades 4, wenn bei Ihnen eine **schwerste** Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten festgestellt wurde.

### **Pflegegrad 5**

Sie erfüllen die Voraussetzungen des Pflegegrades 5, wenn bei Ihnen eine **schwerste** Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten mit **besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung** festgestellt wurde.

Zur Feststellung der jeweiligen Beeinträchtigung müssen Sie einen **Antrag auf Leistungen der Pflegekasse** stellen. Im Rahmen des Antragsverfahrens kommt es zu einer Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit.

*„Wo bekomme ich einen solchen (Pflege-)Antrag?“*

Der Antragsteller oder ein Vertreter (Bevollmächtigter) ruft bei der Pflegekasse seiner Krankenkasse an und lässt sich den Antrag zuschicken. Alternativ kann der Antrag auch bei fast jeder Krankenkasse aus dem Internet ausgedruckt werden.

*„Wie fülle ich den Antrag richtig aus?“*

Viel verkehrt machen können Sie nicht. Es ist lediglich notwendig, dass Sie sich ein wenig mit den einzelnen Leistungsarten und Begriffen auskennen. In diesem Pflegeratgeber informieren wir Sie darüber, insbesondere auf den Seiten 21-27.

Wählen Sie die Leistungen, die Ihrer Situation am besten entsprechen.

Falls Sie Hilfe benötigen, stehen Ihnen unter **0800/6116111 (gebührenfrei)** unsere Pflegeexperten gern zur Seite.

## Die Begutachtung

Nachdem Sie alles ausgefüllt und an die Pflegekasse geschickt haben, vereinbart der beauftragte Gutachter (w/m) einen Termin zur notwendigen Begutachtung. Im Normalfall beauftragen die gesetzlichen Pflegekassen den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) und die privaten Pflegeversicherungen beauftragen den medizinischen Dienst der Privaten (MEDICPROOF GmbH).

Ein solcher Termin sollte, in dringenden Fällen, innerhalb von 20 Arbeitstagen stattfinden. Andernfalls müssen dem Antragsteller mindestens drei unabhängige Gutachter (w/m) zur Auswahl gestellt werden.

Die maximale **Bearbeitungszeit von 25 Arbeitstagen**

nach Antragsstellung bis zum

Bescheid gilt vom 01. November

2016 bis 31. Dezember

2017, außer in dringenden

Fällen, **nicht!**

Unsere Experten sehen die größte Problematik darin, wer denn die Dringlichkeit – oder Nicht-Dringlichkeit – feststellt und entsprechend darüber zu entscheiden hat.

Der Gesetzgeber hatte hier sicher die besten Absichten. Als praxisgerecht ist eine solche, eher schwammige Definition, grundsätzlich nicht anzusehen.

Bei dieser Begutachtung wird festgestellt, ob der Antragsteller die erforderlichen Kriterien<sup>3</sup> für die Einstufung in einen Pflegegrad erfüllt. Die Pflegeperson sollte dringend anwesend sein. Im besten Fall laden Sie noch eine weitere Person als Zeugen dazu ein.

### **Der Bescheid**

Falls es nicht zum erforderlichen Ergebnis kommt, stehen Ihnen unsere Pflegeexperten am bundesweiten Pflege-telefon unter **0800/611 611 1 (gebührenfrei)** mit Rat und Tat zur Seite.

<sup>3</sup>Anm. der Redaktion: Ab Seite 32 stellen wir Ihnen die fünf Pflegegrade ausführlich vor.

### **Der Widerspruch**

Einen ungerechtfertigten Bescheid sollten Sie nicht einfach akzeptieren! Legen Sie innerhalb eines Monats zunächst fristgerecht Widerspruch ein und weisen Sie darin auf eine nachfolgende Begründung hin. Lassen Sie in diesem formlosen Widerspruch jegliche Argumentation aus – diese können Sie nachreichen.

Nutzen Sie im besten Fall unsere kostenlose Vorlage für einen rechtssicheren und fristwahrenden Widerspruch.



### Beispiel für einen formlosen Widerspruch

An die Pflegekasse \_\_\_\_\_ der Krankenkasse \_\_\_\_\_

Ihr Bescheid vom: \_\_\_\_\_ KV-Nummer: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Damen und Herren, hiermit lege ich Widerspruch gegen den Bescheid der Pflegekasse vom \_\_\_\_\_ zu meinem Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung ein.

Meiner Meinung nach wird das Resultat des Bescheids meinem Bedarf an pflegerischer Versorgung nicht gerecht. Nach Prüfung des Gutachtens teile ich Ihnen mit, ob ich den Widerspruch aufrechterhalte.

In diesem Fall folgt zeitnah eine detaillierte Begründung mit Bezug auf das Gutachten. Ich versichere, dass dies in einem angemessenen Zeitraum passieren wird und bitte Sie, von Fristsetzungen abzusehen. Dazu weise ich Sie darauf hin, dass Sie verpflichtet sind, meine Widerspruchsbegründung abzuwarten, bevor Sie die Angelegenheit erneut dem Medizinischen Dienst übergeben. Dies folgt aus Ihrer Anhörungspflicht nach § 24 SGB X.

Bitte bestätigen Sie mir schriftlich den fristgerechten Eingang meines Widerspruchs.

Mit freundlichen Grüßen,  
Marlene Mustermann

Da die Erfolgsaussichten für privat formulierte Widerspruchsbegründungen statistisch betrachtet denkbar schlecht sind, sollten Sie sich an dieser Stelle an unsere unabhängigen Pflegesachverständigen wenden.

### Widerspruchsausschuss

Ein erfolgloser Widerspruch ist noch kein erfolgloses Widerspruchsverfahren. Halten Sie den Widerspruch immer aufrecht und kündigen Sie eine folgende Begründung an! Der Widerspruchsausschuss (nur bei gesetzlichen Krankenkassen) tritt alle vier bis sechs Wochen zusammen und entscheidet abschließend über den Ausgang des vorgerichtlichen Widerspruchsverfahrens. Reichen Sie erneut die gleichen Argumente ein, wird der Widerspruchsausschuss erneut ablehnen!

Daher ist es spätestens an dieser Stelle wichtig, dass Sie sich an uns wenden, wenn Sie es nicht bereits vorher gemacht haben.

## Das Klageverfahren

Das Ergebnis des Widerspruchsausschusses ist ein rechtsmittelfähiger Bescheid. Damit können Sie innerhalb eines Monats beim zuständigen Sozialgericht, welches Ihnen im genannten Bescheid mitgeteilt wird, Klage einreichen, falls der rechtsmittelfähige Bescheid nicht das erforderliche Ergebnis widerspiegelt.

Ein solches Klageverfahren verursacht keine Gerichtskosten! Erfahrungsgemäß lassen es die Pflegekassen mit ihren Erfüllungsgeldern in einigen Fällen besonders gern auf ein Klageverfahren hinauslaufen. Das kann ein besonderer Personenkreis, eine besondere Form der Einschränkungen oder ganz einfach das Alter der pflegebedürftigen Person sein.

Die große Zahl der ungerechtfertigten Ablehnungen lässt nur einen Gedanken zu. Pflegekassen haben keinen Respekt vor der Pflegebedürftigkeit und noch weniger Angst vor ihren Mitgliedern.

Lassen Sie sich nicht abschrecken!  
Wir kennen uns aus und sind **gern**  
**für Sie da!**



## Hilfe zur Hilfe

### Warum Hilfe zur Hilfe?

Damit Pflege überhaupt möglich ist, werden dringend die Leistungen der Pflegekassen benötigt. Hilfe zur Hilfe bezeichnet dabei die Unterstützung der pflegebedürftigen Person durch private Pflegepersonen oder professionelle Pflegekräfte. Ohne die Erreichung der dringend notwendigen Leistungen der Pflegekassen ist das aber in den meisten Fällen unmöglich. Daher leisten wir durch unsere pflegfachliche Arbeit „Hilfe zur Hilfe“.

### Was können unsere unabhängigen Pflegeexperten für Sie tun?

Zunächst einmal sollten Sie wissen, dass das BWPN<sup>4</sup> ausschließlich die Interessen der Pflegebedürftigen vertritt und keine Fördermittel oder Kassenbeiträge erhält. Unsere Pflegesachverständigen (w/m) verfügen seit vielen Jahren über die Erfahrung aus mehreren tausend erfolgreichen Widerspruchs- und Klageverfahren.

### Professionelle Unterstützung

Nachfolgend zeigen wir Ihnen einen klassischen Ablauf und stellen Ihnen somit unsere erfolgreiche Arbeitsweise vor.

1. Sie erteilen uns den Auftrag, zu prüfen, ob ein Widerspruch Aussicht auf Erfolg hat.
2. Gleichzeitig legen Sie mit unserer rechtssicheren Vorlage schriftlich den fristwahrenden Widerspruch bei der Pflegekasse ein, um keine Fristen zu versäumen.
3. Sie stellen uns das Gutachten des Medizinischen Dienstes (MDK bzw. Medicproof) zur Verfügung.
4. Der für Sie zuständige Pflegesachverständige (w/m) führt nach Prüfung und Bewertung des Gutachtens ein ausführliches Beratungsgespräch mit Ihnen, in dem begründet wird, ob ein Widerspruchs-/Klageverfahren Aussicht auf Erfolg hat oder nicht.

Wir bearbeiten solche Verfahren mit einer Erfolgsquote von rund 90 Prozent!

<sup>4</sup>Bundesweites Pflegenetzwerk

5. In den letzten Jahren führte diese vorgelagerte Arbeit in ca. 70 Prozent<sup>5</sup> zu einer Fallübernahme.
6. Nach der gemeinsamen Entscheidung wird vom zuständigen Pflegesachverständigen (w/m) eine pflegefachlich fundierte Argumentation ausgearbeitet, die dann als Widerspruchs- bzw. Klagebegründung bei der Pflegekasse bzw. dem Sozialgericht eingereicht werden kann.
7. Diese Arbeit führt in rund 90 Prozent der Verfahren zu einem gerechtfertigten Bescheid.

### **Rechtsstreit oder nicht?**

Aufgrund der allgemeinen Gesetzgebung handelt es sich bei einem Widerspruchsverfahren zur Erreichung eines gerechtfertigten Pflegegrades theoretisch um einen Rechtsstreit.

Daher wird meist davon ausgegangen, dass Rechtsanwälte hier am besten helfen können. In der Praxis ist das absoluter Unsinn! Der MDK schickt ja auch keine Juristen, um die Pflegebedürftigkeit festzustellen. Der MDK schickt, im besten Fall, erfahrene Pflegeexperten.

Daher gehören Widerspruchs-/und Klageverfahren immer in die fachlichen Hände von Pflegeexperten! Es ist schon er-

staunlich wie es ein ganzer Berufsstand<sup>6</sup> in den letzten Jahren geschafft hat, sich durch eigene Gesetze vor Ertragsverlusten zu schützen. Der Schutz der Bürger wird dabei in den Vordergrund geschoben und bleibt, z. B. im Falle der Pflegegrade, eher auf der Strecke.

### **Mediziner/-innen sind die besseren Gutachter?**

Genauso anmaßend ist die allgemeine Meinung, dass Mediziner/-innen immer – und in jedem Fall – besser in der Lage sein sollen, Pflegebedürftigkeit qualifizierter einschätzen und bewerten zu können als Pflegefachkräfte.

Auf welchen Teil der medizinischen Ausbildung/des Studiums und auf welche berufliche Erfahrung stützt sich diese Meinung? Bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit geht es, im Normalfall, um die korrekte Ermittlung eines Fremdhilfebedarfs und weniger um die Feststellung, aufgrund welcher gesundheitlichen Einschränkungen sich dieser Fremdhilfebedarf ergibt. Dieser Vorgang sollte, vor einem Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung, bereits stattgefunden haben.

<sup>5</sup> *Anm. der Redaktion: Einzig die Abhängigkeit zwischen den Gutachterdiensten und den Pflegekassen erklären diese hohe Zahl.*

<sup>6</sup> *Anm. der Redaktion: Zahl der Bundestagsabgeordneten der Berufsgruppe Rechtsanwälte und Notare seit 1961 mehr als verdoppelt.*

Mit dieser Anzeige könnten  
Sie 60.000 Menschen\*  
erreichen!



Bundesweites  
Pflegenetzwerk

**Sie haben Interesse und wollen  
diese Anzeigenfläche mieten?  
Kontaktieren Sie uns!**

partner@bwpn.de  
040/609 468 4-90

\* Ausschließlich Pflegebedürftige und pflegende Angehörige - keine Streuverluste.

## Leistungsarten

- Geldleistungen
- Sachleistungen
- Kombinationsleistungen
- Tages- oder Nachtpflege
- Vollstationäre Pflege

Sie fragen sich nun sicherlich, was die Unterschiede zwischen Geld-, Sach-, sowie Kombinationsleistungen oder der Tages- oder Nachtpflege und der vollstationären Pflege sind. Nachfolgend werden wir Ihnen diese Unterschiede etwas näher erläutern.

### *Gut zu wissen:*

Es gibt keine Unterscheidung mehr zwischen Pflegebedürftigkeit mit anerkannter eingeschränkter Alltagskompetenz (z. B. Demenz) oder ohne. Die Festlegung des Pflegegrades berücksichtigt diesen Umstand bereits. Zum besseren Verständnis stellen wir vergleichsweise die Leistungen der bisherigen Pflegestufen zusätzlich mit da.

## Geldleistungen

Wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich durch eine private Pflegeperson (Ehepartner, Kinder, Verwandte, Nachbarn, etc.) gepflegt werden soll, ist die Leistungsart „Geldleistung“ genau richtig. In diesem Fall stehen Ihnen 2017 monatlich folgende Beträge zur Verfügung:

Pflegestufe bis 31.12.2016	Geldleistung bis 31.12.2016	Pflegegrad seit 01.01.2017	Geldleistung seit 01.01.2017	Steigerung in Prozent (%)
Pflegestufe 0	123 Euro	Pflegegrad 2	316 Euro	157 Prozent
Pflegestufe I	244 Euro	Pflegegrad 2	316 Euro	30 Prozent
Pflegestufe I (PEA <sup>7</sup> )	316 Euro	Pflegegrad 3	545 Euro	72 Prozent
Pflegestufe II	458 Euro	Pflegegrad 3	545 Euro	19 Prozent
Pflegestufe II (PEA)	545 Euro	Pflegegrad 4	728 Euro	34 Prozent
Pflegestufe III	728 Euro	Pflegegrad 4	728 Euro	0 Prozent
Pflegestufe III (PEA)	728 Euro	Pflegegrad 5	901 Euro	24 Prozent

*Bitte beachten Sie auf den Seiten 33 und 34 des Pflegeratgebers unsere Hinweise zu den Beratungseinsätzen.*

<sup>7</sup> Anm. der Redaktion: Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

## Sachleistungen

Wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich durch einen ambulanten Pflegedienst gepflegt werden soll, ist die Leistungsart „Sachleistung“ genau richtig. In diesem Fall stehen Ihnen 2017 monatlich folgende (bis zu) Beträge zur Verfügung:

Pflegestufe bis 31.12.2016	Sachleistung bis 31.12.2016	Pflegegrad seit 01.01.2017	Sachleistung seit 01.01.2017	Steigerung in Prozent (%)
Pflegestufe 0	231 Euro	Pflegegrad 2	689 Euro	198 Prozent
Pflegestufe I	468 Euro	Pflegegrad 2	689 Euro	47 Prozent
Pflegestufe I (PEA <sup>8</sup> )	689 Euro	Pflegegrad 3	1.298 Euro	88 Prozent
Pflegestufe II	1.144 Euro	Pflegegrad 3	1.298 Euro	13 Prozent
Pflegestufe II (PEA)	1.298 Euro	Pflegegrad 4	1.612 Euro	24 Prozent
Pflegestufe III	1.612 Euro	Pflegegrad 4	1.612 Euro	0 Prozent
Pflegestufe III (PEA)	1.612 Euro	Pflegegrad 5	1.995 Euro	24 Prozent
Härtefälle	1.995 Euro	Pflegegrad 5	1.995 Euro	0 Prozent

Genannt wurden jeweils die Maximalbeträge.

<sup>8</sup>Anm. der Redaktion: Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

## Kombinationsleistungen

Wenn die pflegebedürftige Person durch eine private Pflegeperson (Ehepartner, Kinder, Verwandte, Nachbarn, etc.) und einem ambulanten Pflegedienst gepflegt werden soll, ist die Leistungsart „Kombinationsleistung“ genau richtig.

In diesem Fall stehen Ihnen die gleichen Leistungen (Maximalbeträge) der Sachleistung und Geldleistung zur Verfügung, wie zuvor beschrieben.

*„Das ist toll, dann habe ich ja mehr Geld zur Verfügung?!“*

Das ist (leider) selbstverständlich nicht der Fall!

Es handelt sich nicht etwa um die Addition beider Leistungen, sondern um den anteiligen Verbrauch der Leistungsarten „Sachleistungen“ und „Geldleistungen“. Die vom Pflegedienst durchgeführten Pflegeeinsätze werden anteilig vom Pflegegeld abgezogen.

## Rechenbeispiel zur Kombinationsleistung

Der Pflegedienst benötigt, von den zur Verfügung stehenden 1.298,00 Euro (Pflegegrad 3), nur 649,00 Euro. Somit verbleiben 50 %. Diese 50 % werden nun auf Ihre Geldleistungen (bei diesem Beispiel sind das 545,00 Euro) angerechnet. 50 % von 545,00 Euro sind 272,50 Euro.

Diese 272,50 Euro zahlt Ihnen die Pflegekasse, bei diesem Beispiel, als Geldleistung aus.

Der Vorteil bei der  
**Kombinationsleistung**

ist, dass **kein**

**Restbetrag**

**verfällt!**



## Tages- oder Nachtpflege

Eine Tagespflege ist für Pflegebedürftige geeignet, die nicht in der Lage sind, allein in ihrer Wohnung zu leben, und tagsüber Unterstützung brauchen, ansonsten aber von ihren Familien oder einem Pflegedienst zu Hause gepflegt werden. Die Nachtpflege ist für Pflegebedürftige mit einem gestörten Tag-Nachtrhythmus geeignet, so dass die Angehörigen den notwendigen Schlaf bekommen, um sich tagsüber wieder um die pflegebedürftige Person kümmern zu können.

Die Leistungen der Tages- oder Nachtpflege können zusätzlich zum Pflegegeld oder zur Pflegesachleistung in Anspruch genommen werden. Für die Tages- und Nachtpflege stehen Ihnen monatlich die nachstehenden Beträge zur Verfügung:

Pflegestufe bis 31.12.2016	T.- u. N.-pflege bis 31.12.2016	Pflegegrad seit 01.01.2017	T.- u. N.-pflege seit 01.01.2017	Steigerung in Prozent (%)
Pflegestufe 0	231 Euro	Pflegegrad 2	689 Euro	198 Prozent
Pflegestufe I	468 Euro	Pflegegrad 2	689 Euro	47 Prozent
Pflegestufe I (PEA)	689 Euro	Pflegegrad 3	1.298 Euro	88 Prozent
Pflegestufe II	1.144 Euro	Pflegegrad 3	1.298 Euro	13 Prozent
Pflegestufe II (PEA)	1.298 Euro	Pflegegrad 4	1.612 Euro	24 Prozent
Pflegestufe III	1.612 Euro	Pflegegrad 4	1.612 Euro	0 Prozent
Pflegestufe III (PEA)	1.612 Euro	Pflegegrad 5	1.995 Euro	24 Prozent

## Vollstationäre Pflege

Eine vollstationäre Pflege ist immer dann unumgänglich, wenn die häusliche Pflege nicht möglich ist. Zum Beispiel, wenn keine pflegende Person zur Verfügung steht oder die Gefahr einer möglichen Verwahrlosung des Pflegebedürftigen besteht. In diesem Fall stehen Ihnen für die vollstationäre Pflege monatlich folgende Beträge zur Verfügung:

Pflegestufe bis 31.12.2016	Vollstationär bis 31.12.2016	Pflegegrad seit 01.01.2017	Vollstationär seit 01.01.2017	Steigerung in Prozent (%)
-	-	Pflegegrad 1	125 Euro	100 Prozent <sup>9</sup>
Pflegestufe I	1.064 Euro	Pflegegrad 2	770 Euro	-28 Prozent
Pflegestufe I (PEA)	1.064 Euro	Pflegegrad 3	1.262 Euro	19 Prozent
Pflegestufe II	1.330 Euro	Pflegegrad 3	1.262 Euro	-5 Prozent
Pflegestufe II (PEA)	1.330 Euro	Pflegegrad 4	1.775 Euro	33 Prozent
Pflegestufe III	1.612 Euro	Pflegegrad 4	1.775 Euro	10 Prozent
Pflegestufe III (PEA)	1.612 Euro	Pflegegrad 5	2.005 Euro	1 Prozent
PS III (Härtefall)	1.995 Euro	Pflegegrad 5	2.005 Euro	1 Prozent
PS III (Härtefall) (PEA)	1.995 Euro	Pflegegrad 5	2.005 Euro	1 Prozent

Die vorgenannten Beträge werden von der Pflegekasse erstattet und an das Pflegeheim ausgezahlt. Dafür ist es im Gegensatz zu früher nicht mehr nötig, dass eine Heimnotwendigkeitsbescheinigung erstellt wird bzw. die Heimnotwendigkeit vom Medizinischen Dienst festgestellt wird.

Bisher erhöhte sich der pflegebedingte Eigenanteil in einem Pflegeheim, wenn sich die Pflegestufe erhöhte. Seit 2017 wird es immer der gleiche Eigenanteil bleiben. Dieser neue Eigenanteil unterscheidet sich nicht mehr nach Höhe des Pflegegrades, sondern ist von Pflegeheim zu Pflegeheim unterschiedlich. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geht von einem pflegebedingten Eigenanteil seit 2017 in Höhe von 580 EUR im Bundesdurchschnitt aus.

Aus unserer Expertensicht wäre das zwar schön, ist aber wieder einmal vollständig an der Realität vorbei. Wir sind gespannt!

<sup>9</sup>Anm. der Redaktion: Personen mit dem neuen Pflegegrad 1 bekommen lediglich einen Zuschuss von 125 Euro.

Hinzu kommen für die Pflegebedürftigen, wie bisher, die Kosten für Verpflegung, Unterkunft und Investitionen.

Aufgrund der komplexen Änderungen des Jahres 2017 (PSG II) verzichten wir an dieser Stelle auf Kalkulationsbeispiele. Schauen Sie sich in jedem Fall mehrere Pflegeheime an und vergleichen Sie die Preise.

@ [pflegeratgeber.bwpm.de](https://www.pflegeratgeber.bwpm.de)



## Verhinderungspflege

*„Was mache ich, wenn die private Pflegeperson krank ist oder Urlaub machen möchte?“*

Dann können Sie, wenn der/die Pflegebedürftige seit mindestens sechs Monaten zu Hause gepflegt wird, Verhinderungspflege beantragen.

*„Wie oft kann eine solche Verhinderungspflege in Anspruch genommen werden?“*

So oft es notwendig ist, bzw. bis zu 42 Kalendertage pro Jahr. In der Praxis wird die Verhinderungspflege im häuslichen Umfeld eher stundenweise genutzt. Daher verbraucht sich der Maximalbetrag im Normalfall eher, als der maximale Zeitraum.

*„Wie viel zahlt die Pflegekasse denn?“*

Die Pflegekasse zahlt pro Kalenderjahr bis zu 2.418,00\* Euro für die Verhinderungspflege.

\*Das beinhaltet den Übertrag des halben Kurzzeitpflegeanspruchs (Umwidmung) in Höhe von 806 Euro. Bei gleichzeitiger Nutzung der Kurzzeitpflege im laufenden Jahr, stehen bis zu 1.612 Euro für die Verhinderungspflege zur Verfügung.

*„Wer darf die Verhinderungspflege übernehmen?“*

- Das kann ein Pflegedienst oder eine andere anerkannte Organisation übernehmen.
- Das kann auch eine (andere) private Pflegeperson übernehmen. Achtung: Die Pflegeperson darf nicht bis zum 2. Grad mit dem Pflegebedürftigen verwandt oder verschwägert sein und nicht in häuslicher Gemeinschaft mit ihm leben.

*„Was heißt Verwandtschaft bis zum 2. Grad?“*

- 1. Grad: Eltern und Kinder
- 2. Grad: Großeltern, Geschwister, Enkel

*„Wo beantrage ich die Verhinderungspflege?“*

Den Antrag erhalten Sie bei Ihrer Pflegekasse. Sie sollten den Antrag auf Verhinderungspflege jedes Jahr und sofort im Januar stellen. Dazu ist es lediglich notwendig eine Ersatzpflegekraft zu nennen.

*„Wie erhalte ich das Geld für die gezahlten Stunden zurück?“*

Im laufenden Jahr können Sie einfach, je nach Bedarf und relativ formlos, Abrechnungen bei der Pflegekasse einreichen. Die Pflegekasse wird Ihnen dann die jeweiligen, meist stundenweisen, Aufwendungen nachträglich erstatten.

*Beispiel einer typischen Abrechnung für eine private Ersatzpflege:*

An die Pflegekasse XYZ der Krankenkasse XYZ

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir haben an den nachfolgend genannten Zeiten die Verhinderungspflege der Ersatzpflegekraft beansprucht und bitten um Erstattung der vorgestreckten Kosten auf das nachfolgende Bankkonto.

<b>Datum</b>	<b>Stunden</b>	<b>Gesamtbetrag</b>
04.08.2017	5	60 Euro
06.08.2017	4	48 Euro
13.08.2017	6	72 Euro
22.08.2017	5	60 Euro
<b>Gesamt</b>		<b>240 Euro</b>

Bankverbindung:

Kontoinhaber, Name der Bank, IBAN

Mit freundlichen Grüßen,

*Marlene Mustermann*

Es handelt sich dabei um ein praxisgerechtes Beispiel. Selbstverständlich können Sie im laufenden Jahr auch mehr Zeiten oder mehrere Monate rückwirkend abrechnen.

*Sollte die Pflegekasse Ihren Ansprüchen aus der Leistung Verhinderungspflege ablehnend gegenüberstehen, wenden Sie sich gern an unsere Experten zu diesem Thema.*

Grundsätzlich verfallen Leistungen der Verhinderungspflege mit Ablauf eines Kalenderjahres. Da es sich bei Leistungen der Pflegeversicherung, im Sinnes des SGB, aber um Sozialleistungen handelt, gilt hier eine Verjährungsfrist von vier Jahren. Es lohnt sich also in jedem Fall auch rückwirkende Ansprüche durchzusetzen!

@ [pflegeratgeber.bwpm.de](https://www.pflegeratgeber.bwpm.de)

## Kurzzeitpflege

Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaub, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert und es steht keine Person für die Pflege zur Verfügung, zahlt die Pflegekasse für bis zu 56 Kalendertage im Kalenderjahr maximal 3.224 Euro\* für eine stationäre Unterbringung. Grundvoraussetzung ist die Einstufung der pflegebedürftigen Person in einen der Pflegegrade 2 bis 5.

Das Pflegegeld wird bis zu acht Wochen pro Kalenderjahr zur Hälfte weitergezahlt.

\*Das beinhaltet die Aufstockung aus den Mitteln der Verhinderungspflege. Bei gleichzeitiger Ausnutzung der Verhinderungspflege im laufenden Jahr stehen bis zu 1.612 Euro für die Kurzzeitpflege zur Verfügung.

Den Antrag erhalten Sie auf Anfrage von Ihrer Pflegekasse. Hier werden, genauso wie bei einer vollstationären Pflege, die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege übernommen.

Die Kosten für die Unterbringung und die Verpflegung (Hotelkosten) sind selbst zu tragen.

Einen Kurzzeitpflegeplatz bieten die meisten Altenpflegeeinrichtungen an. Aufgrund recht hoher Auslastungen solcher Kurzzeitpflegeplätze zur Ferienzeit, sollten Sie rechtzeitig eine entsprechende Einrichtung suchen und einen Platz reservieren. Außerhalb der Schulferien ist es ggf. auch kurzfristiger möglich.

@ [pflegeratgeber.bwpm.de](https://www.pflegeratgeber.bwpm.de)



Unser Pflegefreund -  
Ihr entspannter Urlaub!

Weitere Informationen @ [womo.bwpm.de](https://womo.bwpm.de)

Bundesweites  
Pflegenetzwerk



Unser Pflegefreund -  
Ihr mobiler Berater!

## Neue Pflegegrade

### Leistungen bei Pflegegrad 1

Leistungen zur Erhaltung und Wiederherstellung der Selbstständigkeit und Vermeidung schwererer Pflegebedürftigkeit (§ 28a SGB XI)

Grundsätzlich werden seit 01. Januar 2017 Leistungen der Pflegegrade 2 bis 5 durch die Pflegeversicherung gewährt. Der Pflegegrad 1 wurde zum Zweck der Erhaltung und Wiederherstellung der Selbstständigkeit sowie der Vermeidung schwerer Pflegebedürftigkeit geschaffen. Der Pflegegrad 1 gilt somit ausschließlich für Pflegebedürftige, die nur einen geringen Grad an personeller Unterstützung (z. B. Teilhilfe bei Selbstversorgung, Verlassen der Wohnung und Haushaltsführung) benötigen. In vielen Fällen werden das somatisch<sup>10</sup> beeinträchtigte Menschen sein.

Verwechseln Sie nicht den **neuen Pflegegrad 1** mit der **bisherigen Pflegestufe 0!**

Pflegebedürftige mit der Pflegestufe 0 erhalten **seit 01. Januar 2017** automatisch Leistungen gemäß Pflegegrad 2. Der neue Pflegegrad 1 hat überhaupt nichts mit der bisherigen Pflegestufe 0 gemeinsam!

Das Bundesministerium für Gesundheit geht davon aus, dass es ab 01. Januar 2017 ca. 500.000 Menschen betrifft, die **erstmalig**, im Rahmen des neu eingeführten Pflegegrades 1, Leistungen der Pflegeversicherung erhalten.

### Die Leistungen bei Pflegegrad 1 im Detail

- Pflegeberatung (§§ 7a, 7b SGB XI)
- Beratung in der eigenen Häuslichkeit (§ 37 Abs. 3 SGB XI)
- pauschaler Wohngruppenzuschlag, zusätzliche Leistungen in ambulant betreuten Wohngruppen (§ 38a SGB XI)
- Versorgung mit Pflegehilfsmitteln (§ 40 SGB XI)
- wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (§ 40 SGB XI)

<sup>10</sup> Anm. der Redaktion: Typischerweise sind das vielfältige, wiederholt auftretende und häufig wechselnde körperlich Symptome ohne eigene Diagnose. Mehr dazu unter [www.glossar.bwpm.de](http://www.glossar.bwpm.de)

- Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 43b SGB XI)
- Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen (§ 45 SGB XI)

Zudem wird ein Entlastungsbetrag für Angebote zur Unterstützung im Alltag von monatlich bis zu 125 Euro als Kostenersatzanspruch gewährt (§ 45b SGB XI), bei Wohnen in einer vollstationären Einrichtung als monatlicher Zuschuss (§ 43 Abs. 3 SGB XI).

Dieser Entlastungsbetrag ist somit zweckgebunden und steht nicht als Barmittel zur Verfügung. Allerdings ist in vielen dieser Fälle eine gewisse Unterstützung im Haushalt, bzw. eine Erhaltung sozialer Kontakte auch bereits eine gewisse Hilfe.

Zusätzlich darf der Entlastungsbetrag (ausschließlich bei Pflegegrad 1) auch für die Hilfe bei der körperbezogenen Selbstversorgung (z. B. Duschen oder Baden) durch einen ambulanten Pflegedienst genutzt werden.

## Leistungen bei Pflegegrad 2 bis Pflegegrad 5

### *Pflegegeld (§ 38 SGB XI)*

Die einzelnen Sätze finden Sie in unserer Tabelle auf Seite 22 des Pflegeratgebers.

Im Vergleich zu den Regelungen bis 31.12.2016, gelten ab 01.01.2017 die nachfolgenden Änderungen:

- Die Pflegesachleistungen nach § 123 SGB XI wurden in die Pflegegrade integriert.
- Bei den sogenannten Härtefällen gibt es mit dem Pflegegrad 5 seit 2017 auch im häuslichen Umfeld die Möglichkeit der Leistungsart Pflegegeld. Bisher gab es das nicht.

### **Beratungseinsatz bei Bezug von Pflegegeld**

Pflegebedürftige, die als Leistungsart Pflegegeld erhalten, müssen gemäß den nachstehenden Regeln Beratungseinsätze durch einen Pflegedienst nachweisen. Die Kosten dafür übernimmt die Pflegekasse.

- Pflegebedürftige mit dem Pflegegrad 1 **dürfen** halbjährlich

- Pflegebedürftige mit den Pflegegraden 2 oder 3 **müssen** halbjährlich
  - Pflegebedürftige mit den Pflegegraden 4 oder 5 **müssen** vierteljährlich
- einen solchen Beratungseinsatz durchführen lassen.

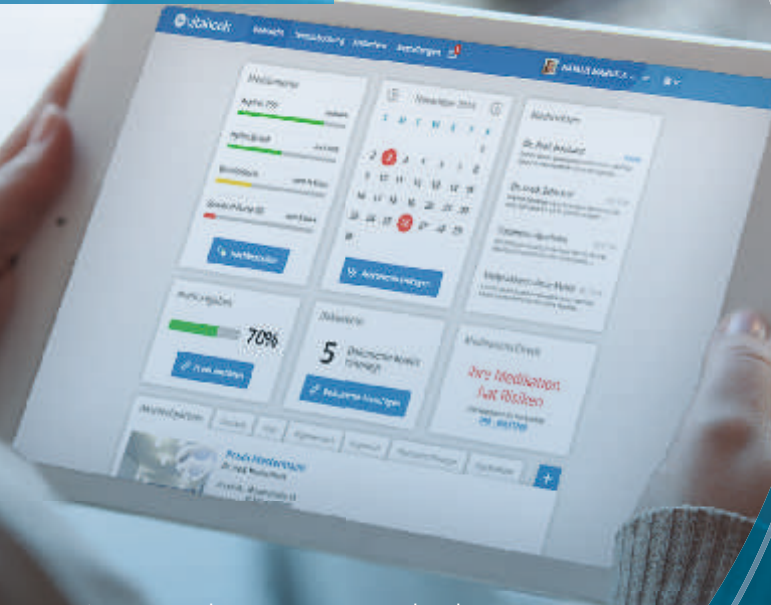
*Pflegebedürftige Personen mit einer anerkannten eingeschränkten Alltagskompetenz und der Zuordnung in die Pflegestufe II mussten bisher halbjährlich einen Beratungseinsatz nachweisen. Durch die automatische Überleitung in den Pflegegrad 4 ändert sich dieser Zeitraum auf vierteljährlich!*

Kümmern Sie sich ab Pflegegrad 2 **rechtzeitig** um einen Termin! Findet ein Beratungseinsatz nicht statt, kann Ihnen die Pflegekasse in den Pflegegraden 2 bis 5 die Geldleistung kürzen, bzw. vollständig streichen.

Beratungseinsätze bei Bezug von Geldleistungen sollen sicherstellen, dass die Pflege im häuslichen Umfeld gewährleistet ist, und Pflegebedürftige u. a. vor Verwahrlosung schützen.



# Ihr direkter Draht zu Arzt und Apotheke



Wechselwirkungs-Check



Termine anfordern



Vitaldaten übermitteln



Überweisungen



Gesundheitsdokumente



Urlaubszeiten erfahren



Rezepte anfordern



Nachrichten



Medikamente vorbestellen



Apothekenprodukte

Jetzt viel schneller Arzttermine und Rezepte erhalten.  
Medikamente und Überweisungen vorbestellen sowie  
Befunde und Notfalldaten online verwalten!

[www.vitabook.de](http://www.vitabook.de)

 vitabook

## Neues Begutachtungsassessment (NBA)

Die Seiten 36 bis 47 des Pflegeratgebers zeigen Ihnen einige Einblicke in die neuen Regelungen, die seit 2017 gültig sind.

*Dieser Teil ist für die meisten Privatpersonen weniger relevant und kann beim Lesen des Pflegeratgebers ggf. ausgelassen werden.*

Bei der Begutachtung wird der Grad der Selbstständigkeit bzw. der Fähigkeiten in sechs verschiedenen Bereichen (Modulen) ermittelt.

Das Ergebnis der Prüfung ist die Ermittlung des Ausmaßes der Einschränkung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten und eine daraus resultierende Gesamtbewertung. Das Ergebnis bildet die Grundlage zur Einstufung in einen der fünf Pflegegrade.

In den Modulen 1, 2, 4 und 6 erfolgt die Bewertung nach Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit bzw. Fähigkeiten nach der nachfolgenden Klassifikation.

### **Selbstständig**

Die Person ist fähig, eine Handlung oder Aktivität allein, d. h. ohne Unterstützung einer anderen Person durchzuführen.

Selbstständig ist auch, wer eine Handlung unter Nutzung von Hilfsmitteln durchführen kann.

### **Überwiegend selbstständig**

Die Person kann den größten Teil der Aktivität selbstständig durchführen. Es entsteht nur geringer/mäßiger Aufwand für die Pflegeperson etwa durch Zurechtlegen von Gegenständen oder sonstigen Vorbereitungsmaßnahmen, Anstoßgeben durch Aufforderung, einzelne Handreichungen, Anwesenheit aus Sicherheitsgründen.

### **Überwiegend unselbstständig**

Die Person kann die Aktivität nur zu einem geringen Anteil selbstständig durchführen. Es sind aber Ressourcen vorhanden, so dass sie sich beteiligen kann. Dies setzt ggf. ständige Anleitung oder aufwändige Motivation auch während der Aktivität voraus oder Teilschritte der Handlung müssen übernommen werden. Zurechtlegen und Richten von Gegenständen, wiederholte Aufforderungen oder punktuelle Unterstützungen reichen nicht aus.

## Unselbstständig

Die Person kann die Aktivität in der Regel nicht selbstständig durchführen bzw. steuern, auch nicht in Teilen. Es sind kaum oder keine Ressourcen vorhanden. Motivation, Anleitung, ständige Beaufsichtigung reichen auf keinen Fall aus. Die Pflegeperson muss alle oder nahezu alle Teilhandlungen anstelle der betroffenen Person durchführen. Eine minimale Beteiligung ist nicht zu berücksichtigen (z. B. wenn sich die Person nicht durchgehend und nur mit kleinen Teilhandlungen beteiligt).

Folgende Punkte werden je nach Einordnung bei den einzelnen Kriterien vergeben:

- unselbstständig (3 Punkte)
- überwiegend unselbstständig (2 Punkte)
- überwiegend selbstständig (1 Punkt)
- selbstständig (0 Punkte)

## Übersicht der Module und ihrer einzelnen Kriterien

### *Modul 1: Mobilität*

- Positionswechsel im Bett
- Halten einer stabilen Sitzposition
- Umsetzen
- Fortbewegen innerhalb des Wohnbereiches
- Treppensteigen

### *Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten*

- Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld
- Örtliche Orientierung
- Zeitliche Orientierung
- Erinnern an wesentliche Ergebnisse oder Beobachtungen
- Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen
- Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben
- Verstehen von Sachverhalten und Informationen
- Erkennen von Risiken und Gefahren
- Mitteilen elementarer Bedürfnisse
- Verstehen von Aufforderungen
- Beteiligen an einem Gespräch

### **Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen**

- Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten
- Nächtliche Unruhe
- Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten
- Beschädigen von Gegenständen
- Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen
- Verbale Aggression
- Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten
- Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen
- Wahnvorstellungen
- Ängste
- Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage
- Sozial inadäquate Verhaltensweisen
- Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen

### **Modul 4: Selbstversorgung**

- Waschen des vorderen Oberkörpers
- Körperpflege im Bereich des Kopfes (Kämmen, Zahn-

pflege / Prothesenreinigung, Rasieren)

- Waschen des Intimbereichs
- Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare
- An- und Auskleiden des Oberkörpers
- An- und Auskleiden des Unterkörpers
- Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Ein- gießen von Getränken
- Essen
- Trinken
- Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls
- Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma
- Bewältigung der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma
- Ernährung parenteral oder über Sonde

### **Modul 5: Bewältigung von- und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen**

- Medikation
- Injektionen (subcutan oder intramuskulär)

- Versorgung intravenöser Zugänge (Port)
- Absaugen oder Sauerstoffgabe
- Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen
- Messung und Deutung von Körperzuständen
- Körpernahe Hilfsmittel
- Verbandwechsel und Wundversorgung
- Versorgung mit Stoma
- Regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abfuhrmitteln
- Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung
- Zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung
- Arztbesuche
- Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (bis zu drei Stunden)
- Zeitlich ausgedehnte Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (länger als drei Stunden)
- Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern
- Einhaltung einer Diät und anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften

*Wichtig: Bisher spielten pflegerische Maßnahmen der sogenannten Behandlungspflege in aller Regel keine Rolle. Seit 2017 erfolgt hier – wie oben an der Auflistung abzulesen – eine Änderung.*

### **Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte**

- Gestaltung eines Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen
- Ruhen und Schlafen
- Sich beschäftigen
- Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen
- Interaktion mit Personen im direkten Kontakt
- Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes

#### **Erforderliche Punktezahl je Pflegegrad**

**Pflegegrad 1** 12,5 bis unter 27 gewichtete Punkte

**Pflegegrad 2** 27 bis unter 47,5 gewichtete Punkte

**Pflegegrad 3** 47,5 bis unter 70 gewichtete Punkte

**Pflegegrad 4** 70 bis unter 90 gewichtete Punkte

**Pflegegrad 5** 90 bis 100 gewichtete Punkte

Mit dieser Anzeige könnten  
Sie 60.000 Menschen\*  
erreichen!



Bundesweites  
Pflegenetzwerk

**Sie haben Interesse und wollen  
diese Anzeigenfläche mieten?  
Kontaktieren Sie uns!**

partner@bwpn.de  
040/609 468 4-90

\* Ausschließlich Pflegebedürftige und pflegende Angehörige - keine Streuverluste.

## Gewichtung der Bereiche (Module)

Wir möchten Ihnen an dieser Stelle ersparen, näher auf das Punktesystem einzugehen und Ihnen lediglich die Gewichtung der einzelnen Module erläutern. Das Gesamtergebnis aus den einzelnen Punkten und der Berücksichtigung der Gewichtung ergibt den anzuerkennenden Pflegegrad.

Insgesamt sind unter Berücksichtigung der Gewichtung maximal 100 Punkte zu ermitteln. Dabei bedeuten weniger Punkte gar keine oder geringe Beeinträchtigung bis schwerste Beeinträchtigungen ab 90 Punkten.

Modul		Gewichtung in %
Modul 1	Mobilität	10 Prozent
Module 2 und 3 <sup>11</sup>	Kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychische Probleme	15 Prozent
Modul 4	Selbstversorgung	40 Prozent
Modul 5	Bewältigung von - und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	20 Prozent
Modul 6	Gestaltung des Alltagslebens, soziale Kontakte	15 Prozent

### *Achtung:*

Die angezeigten Prozente werden durch spezielle Umrechnungsschlüssel für jedes Modul einzeln und direkt gewichtet; nicht erst am Ende bei der Gesamtberechnung. Für einen Laien kann dies daher ohne Kenntnis der ausführlichen Umrechnungstabellen kaum nachvollzogen werden. Ein Beispiel auf der nachfolgenden Seite.

<sup>11</sup> Anm. der Redaktion: Von den Modulen 2 und 3 fließt nur das Modul mit der höheren Punktzahl gewichteter Punkte in die Gesamtberechnung ein.

Die Gewichtung von 10 %, mit der das **Modul 1 (Mobilität)** in die Berechnung einfließt, wird durch folgenden Umrechnungsschlüssel vorgenommen:

<b>Ermittelte Punkte:</b>	0 - 1	2 - 3	4 - 5	6 - 9	10 - 15
<b>Gewichtete Punkte:</b>	0	2,5	5	7,5	10

Erhält jemand aus den einzelnen Kriterien z. B. insgesamt 8 Punkte, fließen 7,5 Punkte als gewichtete Punkte in die Endabrechnung ein.

Ob die Person in den einzelnen Kriterien nun 6 Punkte erhält, oder 9, macht für die gewichteten Punkte keinen Unterschied. Würden bei diesem Modul für die gleiche Person aber 10 Punkte aus den einzelnen Kriterien ermittelt (also nur 1 Punkt mehr als 9), so können direkt 2,5 Punkte mehr gewichtet werden.

Die Berechnung der Punkte ist, wie dargestellt, insgesamt ziemlich komplex. Hinzu kommt, dass die Bewertung der Einzelpunkte sehr unterschiedlich und häufig willkürlich vorgenommen wird. Ob jemand als selbstständig, überwiegend selbstständig etc. eingeordnet werden

muss, ist nicht einfach Ermessenssache, und auch nicht frei zu interpretieren, sondern muss sich an den geltenden Definitionen aus den Richtlinien für die einzelnen Kriterien orientieren. Leider werden diese Definitionen von Gutachterinnen und Gutachtern häufig nicht beachtet.

Aus all diesen Gründen empfehlen wir dringend, ein fragwürdiges Gutachten nicht alleine anzufechten, sondern diese komplexe Arbeit von erfahrenen Fachleuten unter Berücksichtigung der ausführlichen Richtlinien durchführen zu lassen. Unsere Pflegeexperten helfen Ihnen gern weiter!

## Bundeseinheitliche Notfallnummern

Polizei/Notruf	<b>110</b>
Feuerwehr/Rettungsdienst	<b>112</b>
Ärztlicher Bereitschaftsdienst	<b>116 117</b>
Allgemeine Sperrnummer (für Bankkarten, Mailaccounts etc.)	<b>116 116</b>
Verband deutscher Druckkammerzentren (notwendige Sauerstofftherapie)	<b>0800 00 04 88 1</b>
Auswärtiges Amt - aus dem Inland	<b>030 18 17 2000</b>
Auswärtiges Amt - aus dem Ausland	<b>0049 30 18 17 2000</b>
Behördennotruf	<b>115</b>
Kinder- und Jugendtelefon	<b>0800 111 0 333</b>
Hilfetelefon „Gewalt gegen Frauen“	<b>0800 011 6 016</b>
Notruf „Weißer Ring“ für Opfer von Kriminalität	<b>0800 080 0 343</b>
Elterntelefon	<b>0800 111 0 550</b>
Telefonseelsorge	<b>0800 111 0 111 (evgl.) 0800 111 0 222 (kath.)</b>

## Giftnotruf nach Bundesländern

Baden-Württemberg	<b>0761 1 92 40</b>
Bayern	<b>089 1 92 40</b>
Berlin, Brandenburg	<b>030 1 92 40</b>
Bremen	<b>0551 1 92 40</b>
Hamburg	<b>0551 1 92 40</b>
Hessen	<b>06131 1 92 40</b>
Mecklenburg-Vorpommern	<b>0361 730 730</b>
Niedersachsen	<b>0551 1 92 40</b>
Nordrhein-Westfalen	<b>0228 1 92 40</b>
Rheinland-Pfalz	<b>06131 1 92 40</b>
Sachsen	<b>0361 730 730</b>
Sachsen-Anhalt	<b>0361 730 730</b>
Saarland	<b>06841 1 92 40</b>
Schleswig-Holstein	<b>0551 1 92 40</b>
Thüringen	<b>0361 730 730</b>

## Neue Begutachtungsregeln für Kinder

Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigung ihrer Selbstständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt.

Für Kinder im Alter über 18 Monaten wurden dazu sehr umfangreiche (auf Anhieb verwirrende) Tabellen zur „Abbildung des altersentsprechenden Selbstständigkeitsgrades / der altersentsprechenden Ausprägung von Fähigkeiten“ für die Module 1, 2, 4 und 6 erstellt (siehe Seite 45).

Unsere unabhängigen Pflegesachverständigen sind **speziell auch bei pflegebedürftigen Kindern** Ihr Ansprechpartner im gesamten Bundesgebiet und stehen gern zu Ihrer Verfügung.





## Zum Vergleich zwei Auszüge aus den Tabellen:

Wenn ein pflegebedürftiges Kind bei einem zu beurteilenden Kriterium „unselbstständig“ ist, bei dem altersentsprechend entwickelte Kinder „überwiegend selbstständig“ sind, resultieren für dieses Kriterium zwei Punkte für die Berechnung der Summe der Einzelpunkte im jeweiligen Modul.

*Beispiel: Ein 7-jähriges Kind, das beim An- und Auskleiden des Oberkörpers als „unselbstständig“ eingeordnet wird, erhält bei diesem Kriterium 3 Punkte, weil seine Entwicklung um 3 Einstufungen von der Selbstständigkeit altersgerecht entwickelter Kinder abweicht.*

Kriterium		Altersentsprechender Selbstständigkeitsgrad			
		unselbstständig	überwiegend unselbstständig	überwiegend selbstständig	selbstständig
<b>Modul 1 - Mobilität</b>					
1.5	Treppensteigen	unter 15 M	von 15 M bis unter 18 M	von 18 M bis unter 2 J und 6 M	ab 2 J und 6 M
<b>Modul 4 – Selbstversorgung</b>					
4.5	An- und Auskleiden des Oberkörpers	unter 18 M	von 18 M bis unter 3 J und 6 M	von 3 J und 6 M bis unter 6 J	ab 6 J

Für Kinder im Alter von über 18 Monaten bis unter 12 Jahren werden anhand dieser Tabellen Punkte zum Grad der Selbstständigkeit vergeben und gewichtet. Kinder über 12 Jahren werden wie Erwachsene eingeordnet.

Die erforderlichen Punkte zur Einstufung in einen Pflegegrad orientieren sich bei allen Kindern über 18 Monaten an den erforderlichen Punkten für Erwachsene.

**Noch Fragen? Rufen Sie unsere Pflegeexperten gern an.**

### Besonderheiten bei der Begutachtung von Kindern bis zu einem Alter von 18 Monaten:

Bei Kindern im Alter bis zu 18 Monaten entfallen die Bewertungen der Module 1 (Mobilität), 2 (Kognitive und kommunikative Fähigkeiten) und 6 (Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte).

Die Fragen im Modul 4 (Selbstversorgung – Bewertung) entfallen bei Kindern im Alter bis zu 18 Monaten und werden durch die Frage 4.4.0 ersetzt:

*Bestehen gravierende Probleme bei der Nahrungsaufnahme, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf im Bereich der Ernährung auslösen?*

ja ● 20      nein ●

Pflegebedürftige Kinder bis zu einem Alter von 18 Monaten werden - zur Entlastung ihrer Eltern sowie zur Vermeidung häufiger Begutachtungen in dieser Zeit - einen Pflegegrad höher eingestuft als ältere Kinder bzw. Erwachsene.

Gewichtete Punkte Gewichtung in %	Pflegegrad bei Kindern unter 18 Monaten	Pflegegrad bei Kindern ab 18 Monaten (und Erwachsenen)
12,5 bis unter 27	2	1
27 bis unter 47,5	3	2
47,5 bis unter 70	4	3
70 bis unter 90	5	4
90 bis 100	5	5

## Ambulanter Pflegedienst (Kosten)

Immer wieder werden wir am bundesweiten Pflegetelefon mit Fragen zu den Kosten eines ambulanten Pflegedienstes konfrontiert. Es gibt diesbezüglich auch durchaus Unterschiede, und daher sollten Sie sich immer einen Kostenvoranschlag erstellen lassen, bzw. sich im Vorfeld über die Kosten informieren.

Allerdings sind die eigentlichen Leistungen eines Pflegedienstes (sogenannte Leistungskomplexe) gesetzlich geregelt, was für die Betroffenen schon einen recht großen Vorteil darstellt. Abgerechnet werden die einzelnen Leistungskomplexe nach Punkten. Es wurde zwar gesetzlich geregelt, wie viele Punkte ein Pflegedienst je Leistungskomplex abrechnen darf, nicht aber, wie viel ein solcher Punkt kostet.

Dafür vereinbaren die Pflegedienste mit den Pflegekassen Rahmenverträge. Daher gibt es auch in einer Region teilweise eben doch unterschiedliche Preise. Vergleichen lohnt sich! Nehmen wir ein Beispiel aus der Praxis, um die Thematik besser zu erklären. Sie beauftragen einen Pflegedienst 30 Mal pro Monat mit den nachstehenden Leistungen<sup>12</sup>.

<sup>12</sup>Anm. der Redaktion: Um das Beispiel nicht unnötig kompliziert zu machen, gehen wir einfach immer von den gleichen Leistungen aus.

Leistungs-komplex (LK)	Inhalt	Punkte
101	Hilfe beim Aufsuchen/Verlassen des Bettes, An-/Ablegen von Körperersatzstücken	50
102	An-/Auskleiden	50
103	Teilwaschen	100
104	Mund- und Zahnpflege oder Prothesenpflege	50
105	Rasieren	50
106	Kämmen	50
107	Hautpflege	50

Das macht zusammen 400 Punkte, die ein Pflegedienst für die oben genannten Leistungen abrechnen darf. In Hamburg-Bramfeld kosten 100 Punkte aktuell zwischen 3,58 EUR (je Punkt 3,58 Cent) und 4,66 EUR (je Punkt 4,66 Cent).

**Pflegedienst A** berechnet eine Wegepauschale<sup>13</sup> mit 2,09 EUR und **Pflegedienst B** berechnet eine Wegepauschale mit 2,36 EUR.

Somit kosten die oben aufgeführten Leistungen inkl. Wegepauschalen pro Monat in der genannten Region zwischen 492,30 EUR und 630,00 EUR.



<sup>13</sup>Anm. der Redaktion: Die Wegepauschale darf maximal 2,44 EUR betragen.

## Berechnungsgrundlagen

### Pflegedienst A:

(30 x 14,32 EUR = 429,60 EUR plus 30 x 2,09 EUR Wegepauschale = 62,70 EUR)

### Pflegedienst B:

(30 x 18,64 EUR = 559,20 EUR plus 30 x 2,36 EUR Wegepauschale = 70,80 EUR)

Ausgehend vom Pflegegrad 2 und der Leistungsart „Kombinationsleistung“ ergibt sich daraus beim **Pflegedienst A** zusätzlich zur Verfügung stehendes Pflegegeld in Höhe von monatlich 91,64 EUR. Beim **Pflegedienst B** stehen nur noch monatlich 28,44 EUR als Pflegegeld zur Verfügung.

**Das ergibt pro Jahr eine Differenz von 758,40 EUR!**



## 24h Pflege Zuhause

- Unterstützung beim Waschen, Duschen und Baden
- Einkaufen, Kochen, Bügeln, ...
- Begleitung zum Arzt, Frisör oder Veranstaltungen
- Ansprechpartner vor Ort

Wir sind deutschlandweit an mehr als 20 Standorten für Sie da.



Wir beraten Sie gerne:  
**0 52 02 - 99 875-0**

[brinkmann-pflegevermittlung.de](http://brinkmann-pflegevermittlung.de)

## Stichwortverzeichnis

<b>A</b>	Ablehnung der Einstufung	15	Gewichtung der Module	41	
	Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung	13			
<b>B</b>	Begutachtung durch den Medizi- nischen Dienst der Krankenkassen	11	<b>H</b>	Hotelkosten	30
	Begutachtungsassessment	10, 36		Heimnotwendigkeitsbescheinigung	27
	Begutachtungsregeln für Kinder	44	<b>K</b>	Kriterien für die Einstufung in einen Pflegegrad	13, 36
	Beratungseinsatz (§ 37.3)	33		Klageverfahren	17
<b>D</b>	Demenz	21		Körperpflege	35
<b>E</b>	Eingeschränkte Alltagskompetenz	21		Kombinationsleistungen	24
	Einstufung in einen Pflegegrad	15		Kombinationspflege	
	Entlastungsbetrag	07		Rechenbeispiel	24
<b>G</b>	Geldleistungen	22		Kosten für einen Pflegedienst	48
	Gewichtete Punkte	42		Kurzzeitpflege	30
			<b>L</b>	Leistungsarten	21
				Leistungsinhalte Pflege	48

<b>M</b>	Medizinischer Dienst der Krankenkassen	11	<b>R</b>	Rechtsstreit	19
	Mobilität	35	<b>S</b>	Sachleistungen	23
	Module	37		Selbstständigkeit	36
<b>N</b>	Nachtpflege	12		Soziale Sicherung privater Pflegepersonen	08
	Notfallnummern, bundeseinheitlich	43	<b>T</b>	Tagespflege	25
<b>P</b>	Pflegeantrag	13	<b>V</b>	Verhinderungspflege	28
	Pflegebedürftig	5, 10		Vollstationäre Pflege	26
	Pflegefall	10	<b>W</b>	Widerspruch bei Ablehnung	16
	Pflegefachliche Begründung	15		Widerspruchsausschuss	16
	Pflegegutachten	17	<b>Ü</b>	Überleitung – Von Pflegestufen zu Pflegegraden	06
	Pflegegrad 1	32			
	Pflegeperson	08			
	Preise Pflegedienste	48			
	Private Pflegeperson	08, 22			

Mit dieser Anzeige könnten  
Sie 60.000 Menschen\*  
erreichen!



Bundesweites  
Pflegenetzwerk

**Sie haben Interesse und wollen  
diese Anzeigenfläche mieten?  
Kontaktieren Sie uns!**

partner@bwpn.de  
040/609 468 4-90

\* Ausschließlich Pflegebedürftige und pflegende Angehörige - keine Streuverluste.

## Bundesweites Pflegenetzwerk

Pflegebedürftigkeit kündigt sich selten an. In den meisten Fällen trifft es Betroffene eher plötzlich. Obwohl sich die grundsätzliche Denkweise der Gesellschaft und Politik in den letzten Jahren verändert und an der einen oder anderen Stelle durchaus verbessert hat, bleibt noch viel zu tun. Auch heute haben pflegende Angehörige keine Lobby!

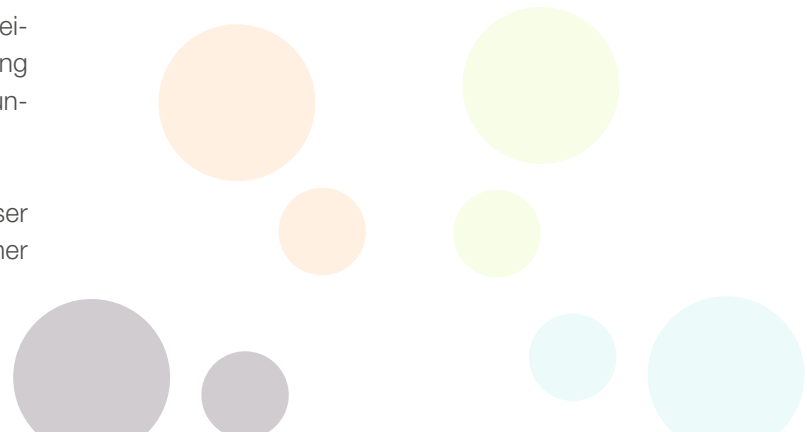
Die Bürokratie der Pflegekassen auf der einen Seite und die Willkür einzelner Mitarbeiter der Pflegekassen auf der anderen Seite, machen den Menschen das Leben unnötig schwer. Spätestens dann kommen die unabhängigen Experten des Bundesweiten Pflegenetzwerk auf den Plan und stellen die Ordnung wieder her.

Die Kernkompetenz der beteiligten Unternehmen besteht in der pflegefachlichen und rechtlichen Unterstützung zur Erreichung gerechtfertigter Pflegegrade, Grad der Behinderung (Schwerbehindertenrecht) sowie aller angrenzenden Leistungen, die eine Pflege überhaupt erst ermöglichen.

Widerspruchs- und Klageverfahren zur Erreichung dieser wichtigen Leistungen führen die neutralen Experten mit einer Erfolgsquote von rund 90 Prozent.

Eine zweckentsprechende  
Leistung, die wir nicht erreichen,  
war und ist nicht gerechtfertigt!

Dieser Regel folgend erledigen beim Bundesweiten Pflegenetzwerk alle Beteiligten hochmotiviert ihre Arbeit und tragen gemeinsam dazu bei, die Situation pflegender Angehöriger und pflegebedürftiger Personen zu verbessern.



## Impressum

### **Der Fall der Fälle – Pflegefall**

Ratgeber für Pflegebedürftige und Angehörige  
Antworten zur Pflege von Senioren sowie von Kindern  
und Erwachsenen mit Behinderungen

### **Herausgeber:**

Jörg Kröning, Bundesweites Pflegenetzwerk

Fahrenkrön 35b  
22179 Hamburg

Tel.: 040/609 468 4-90  
Fax: 040/609 468 4-99

E-Mail: [beratung@bwpn.de](mailto:beratung@bwpn.de)  
Internet: [www.bwpn.de](http://www.bwpn.de)

### **Gestaltung:**

Sandra Nowak, [info@nowak-grafikdesign.de](mailto:info@nowak-grafikdesign.de)

### **Druck:**

flyeralarm GmbH  
Alfred-Nobel-Str. 18, 97080 Würzburg

### **Auflage und Vertrieb:**

10.000 Exemplare, Eigenvertrieb

### **Bildnachweis:**

Shutterstock | [www.shutterstock.de](http://www.shutterstock.de)  
Fotolia | [www.fotolia.com](http://www.fotolia.com)

### **Hinweis:**

Trotz einer kompetenten und sorgfältigen Recherche  
und Bearbeitung besonderer Themen, kann keine Gewähr  
übernommen werden. Wir bitten um Ihr Verständnis.



*„Gesundheit ist weniger  
ein Zustand als eine  
Haltung, und sie gedeiht  
mit der Freude am Leben.“*

*Thomas von Aquin (1225-74), ital. Theologe*

## Nehmen Sie mit uns Kontakt auf

Haben Sie Fragen oder Anregungen?  
Kontaktieren Sie uns. Wir beantworten gerne Ihre Fragen.

Bundesweites Pflegenetzwerk  
Fahrenkrön 35b  
22179 Hamburg

Tel.: 040/609 468 4-90  
Fax: 040/609 468 4-99

E-Mail: [beratung@bwpn.de](mailto:beratung@bwpn.de)  
Internet: [www.bwpn.de](http://www.bwpn.de)



**KOSTENLOSE BERATUNG**

**0800 611 611 1** (gebührenfrei)