

Ein Leitfaden für Betroffene

# **muko.** *sozialrecht*

## **Pflegegeld**

Kapitel 8



# Impressum

## Herausgeber

Mukoviszidose e.V. | In den Dauen 6 | 53117 Bonn  
Tel.: +49 (0) 228 98780-0 | Fax: +49 (0) 228 98780-77  
E-Mail: [info@muko.info](mailto:info@muko.info) | [www.muko.info](http://www.muko.info)

## V.i.S.d.P.

Winfried Klümpen, Sprecher der Geschäftsführung und  
besonderer Vertreter i.S.d. § 30 BGB

## Redaktion

Annabell Karatzas

## Satz

zwo B Werbeagentur, Henning Bock  
Ermekeilstraße 48 | 53113 Bonn  
[www.zwo-b.de](http://www.zwo-b.de)

## Bildnachweis

Fotolia: [vegefox.com](http://vegefox.com) (Titel)

## Abkürzungen

SGB = Sozialgesetzbuch  
PflRi = Pflegebedürftigkeits-Richtlinie  
BRi = Begutachtungsrichtlinie

## Inhaltsverzeichnis

<b>Einleitung</b>	<b>4</b>
<b>Pflegebedürftigkeit</b>	<b>4</b>
<b>Pflegegrad</b>	<b>5</b>
<b>Leistungen</b>	<b>5</b>
<b>Begutachtung</b>	<b>9</b>
<b>Module</b>	<b>10</b>
<b>Weitere versorgungsrelevante Informationen</b>	<b>15</b>
<b>Empfehlungen der Gutachter</b>	<b>15</b>
<b>Bestandsschutz</b>	<b>15</b>
<b>Rechtsweg</b>	<b>16</b>

## 8. Pflegegeld nach dem Pflege-Versicherungsgesetz (Sozialgesetzbuch XI)

### 8.1 Einleitung

Seit dem 1.4.1995 ist das Gesetz über die Soziale Pflegeversicherung als SGB XI Bestandteil des Sozialgesetzbuches.

Nach verschiedenen Änderungen wurde es durch das am 1.1.2016 in Kraft getretene Pflegestärkungsgesetz II (PSG II) umfassend reformiert, mit der Folge, dass für Anträge ab 1.1.2017 ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff gilt.

Vor 2017 wurde eine minutengenaue Ermittlung des Zeitaufwandes für die Pflege durch Laien in drei Pflegestufen erfasst.

Mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist nun der Grad der Selbstständigkeit der zentrale Maßstab und nicht mehr der Hilfebedarf in Minuten. Die Selbstständigkeit eines Menschen, seine Ressourcen und seine Fähigkeiten sollen nun differenzierter in fünf Pflegegraden erfasst werden.

Eine weitere bedeutsame Veränderung im Vergleich zum alten Recht besteht darin, dass nunmehr auch die Behandlungspflege, wie z. B. die Hilfe bei Inhalationen oder bei krankengymnastischen Übungen, mit in die Bewertung einfließt.

Zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit und Konkretisierung der gesetzlichen Vorgaben werden die Begutachtungsrichtlinien (BRi) vom 15.4.2016 herangezogen, welche der GKV- Spitzenverband als Spitzenverband Bund der Pflegekassen unter Mitwirkung verschiedener Spitzen- und Interessenverbände beschlossen hat.

Aufgabe der Pflegeversicherung ist es, Pflegebedürftigen Hilfe zu leisten, die wegen der Schwere der Pflegebedürftigkeit auf solidarische Unterstützung angewiesen sind (§1 Abs. 4 SGB XI). Im Sinne eines Zuschusses unterstützt die Pflegeversicherung Pflegebedürftige mit Leistungen zu Hause und im Pflegeheim. Die Pflegeversicherung übernimmt als Teilleistungssystem im Rahmen ihres Leistungsumfanges einen festgelegten Betrag der pflegebedingten Kosten. Man spricht daher von einer „Teilkostenversicherung“.

Leistungen der Pflegeversicherung sollen in erster Linie die häusliche Pflege sicherstellen und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn unterstützen (gem. § 3 SGB XI Vorrang der häuslichen Pflege).

Für Personen, die privat pflegeversichert sind, gelten über § 23 SGB XI ebenfalls die Regelungen des SGB XI, aber bei Ablehnung eines Antrags ist der Verfahrensgang ein anderer. Sollten Sie Fragen dazu haben, können Sie sich an die sozialrechtliche Beratung des Mukovisidose e.V. wenden

### 8.2 Pflegebedürftigkeit

Nach § 14 SGB XI sind Personen pflegebedürftig, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen.

Die Pflegebedürftigkeit muss dabei auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate bestehen (§ 14 Abs.1, S.3 SGB XI)

### 8.3 Pflegegrad

Der durch die Begutachtung ermittelte Pflegegrad ist entscheidend dafür, welche Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch genommen werden können.

Er wird anhand eines Punktwertes ermittelt (§ 15 Abs. 3 SGB XI), der sich aus dem Grad der Selbständigkeit in den sechs unterschiedlichen Modulen (siehe Pkt. 6) ergibt:

Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten	erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten	schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten	schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten	schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung
ab <b>12,5</b> bis unter 27 gewichtete Gesamtpunkte	ab <b>27</b> bis unter 47,5 gewichtete Gesamtpunkte	ab <b>47,5</b> bis unter 70 gewichtete Gesamtpunkte	ab <b>70</b> bis unter 90 gewichtete Gesamtpunkte	ab <b>90</b> bis 100 gewichtete Gesamtpunkte

### 8.4 Leistungen

Die Leistungen bei häuslicher Pflege können aus der monatlichen Auszahlung eines Pflegegeldes (§ 37 SGB XI) der Erbringung von Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI) oder der Kombination von beiden (§ 38 SGB XI) bestehen:

#### 8.4.1 Pflegegeld

Das Pflegegeld erhält der Pflegebedürftige (ab Pflegegrad 2!) zur freien Verfügung, wenn die häusliche Pflege durch Angehörige, Bekannte oder Freunde sichergestellt wird. Mit diesem „Pflegegeld für selbst beschaffte Hilfen“, wie es im Pflegeversicherungsgesetz heißt, kann dem Dank für den Aufwand und den Einsatz der ehrenamtlichen Pflegeperson Ausdruck verliehen werden.

Pflegegrad 1:	0 Euro
Pflegegrad 2:	316 Euro
Pflegegrad 3:	545 Euro
Pflegegrad 4:	728 Euro
Pflegegrad 5:	901 Euro

**Pflegegrad 1:** 125 Euro Entlastungsbetrag (§ 45b SGB XI). Näheres zum Entlastungsbetrag siehe Punkt 4.4

Um die Qualität der häuslichen Pflege zu sichern und Hilfestellung sowie praktische pflegefachliche Unterstützung zu bieten, sind Pflegebedürftige, die Pflegegeld beziehen, nach § 37 Abs. 3 SGB XI verpflichtet, regelmäßig einen Beratungseinsatz durch einen Pflegedienst oder eine anerkannte Beratungsstelle abzurufen. Die Beratungseinsätze finden bei Pflegegrad 2 und 3 einmal im Halbjahr, bei Pflegegrad 4 und 5 einmal im Vierteljahr bei den Pflegebedürftigen zuhause statt.

#### 8.4.2 Pflegesachleistung

Unter Pflegesachleistung (ab Pflegegrad 2) in der häuslichen Pflege versteht man Dienstleistungen z.B. körperbezogene Pflegemaßnahmen, häusliche Krankenpflege, Hilfen bei der Haushaltsführung etc., die von professionellen Mitarbeitern eines ambulanten Pflegedienstes erbracht werden.

Pflegegrad 1:	0 Euro
Pflegegrad 2:	724 Euro
Pflegegrad 3:	1.363 Euro
Pflegegrad 4:	1.693 Euro
Pflegegrad 5:	2.095 Euro

**Pflegegrad 1:** 125 Euro Entlastungsbetrag (§ 45b SGB XI). Näheres zum Entlastungsbetrag siehe Punkt 4.4

#### 8.4.3 Kombinationsleistung

Die Erbringung von Sachleistungen **und** Geldleistungen wird als Kombinationsleistung bezeichnet (§ 38 SGB XI). Sie kann zum Beispiel sinnvoll sein, wenn die Pflegeperson nicht alle Hilfen durchführen kann oder die pflegebedürftige Person einige Unterstützungsleistungen lieber von einem professionellen Dienst durchführen lassen möchte. Die Beantragung von Kombinationsleistung hat zur Folge, dass Pflegebedürftige zusätzlich Pflegegeld erhalten, wenn die Sachleistung nicht vollständig ausgeschöpft wird. Das Pflegegeld wird dabei um den prozentualen Anteil gekürzt, der bei der Sachleistung nicht ausgeschöpft wurde.

Beispiel: Ein Pflegebedürftiger mit Pflegegrad 2 nimmt die Sachleistung zu 70 % in Anspruch (506,80 Euro) und erhält 30 % des Pflegegeldes im Pflegegrad 2 (94,80 Euro). An die Entscheidung über das Verhältnis der Leistungen zueinander ist man 6 Monate gebunden.

Zusätzlich kann der Pflegebedürftige unter bestimmten Umständen den Entlastungsbetrag in Höhe von 125 Euro nach § 45b SGB XI in Anspruch nehmen (in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht für Leistungen im Bereich des Moduls 4 „Selbstversorgung“, § 45b Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB XI).

#### 8.4.4 Ruhen des Anspruchs

Bei einem stationären Aufenthalt im Krankenhaus oder in einer Rehabilitationseinrichtung ruht der Anspruch ab dem 29. Tag des Aufenthalts (§ 34 Abs.2 SGB XI).

#### 8.4.5 Entlastungsbetrag

Der Entlastungsbetrag nach § 45 b SGB XI in Höhe von 125 Euro monatlich wird auf Antrag pflegebedürftigen Personen gewährt, die in häuslicher Umgebung gepflegt werden, um ihre Selbständigkeit und Selbstbestimmung zu fördern und pflegende Angehörige und vergleichbar Nahestehende in ihrer Eigenschaft als Pflegende zu entlasten. Das gilt auch für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1.

Der Betrag (max. 1.500 Euro im Jahr) ist zweckgebunden einzusetzen zur Erstattung der Aufwendungen für qualitätsgesicherte Leistungen

- » der Tages- oder Nachtpflege
- » der Kurzzeitpflege
- » der ambulanten Pflegedienste, in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht im Bereich der Selbstversorgung, also nicht für Hilfen bei der Körperpflege und bei der Ernährung
- » der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur **Unterstützung im Alltag** im Sinne des § 45a SGB XI.

#### 8.4.6 Angebote zur Unterstützung im Alltag

Angebote zur Unterstützung im Alltag sind zum Beispiel:

1. Betreuungsangebote von Pflegebedürftigen in Gruppen oder im häuslichen Bereich
2. Angebote zur Entlastung im Alltag z.B. Unterstützung bei der Bewältigung der Haushaltsführung oder bei der Organisation individuelle benötigter Hilfeleistungen

Anbieter von solchen Angeboten sind u.a.:

Familienentlastende Dienste, Serviceanbieter für haushaltsnahe Dienstleistungen, Agenturen zur Vermittlung von Betreuungs- und Entlastungsleistungen; Alltagsbegleiter etc. (Übersicht siehe: [www.pflegelotse.de](http://www.pflegelotse.de))

Des Weiteren können nach § 45a Abs. 4 SGB XI maximal 40% des Betrages, der für Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI zur Verfügung steht, für Angebote zur Unterstützung im Alltag verwendet werden.

Voraussetzung ist, dass Pflegesachleistungen in Anspruch genommen werden und die Angebote den Anforderungen einer durch Rechtsverordnung des Landes geregelte Anerkennung gerecht werden (z.B. für NRW: Anerkennungs- und Förderungsverordnung – AnFöVO, für Berlin: Pflegeunterstützungsverordnung – PuVO).

#### 8.4.7 Verhinderungspflege

Nach § 39 SGB XI übernimmt die Pflegekasse maximal sechs Wochen lang die nachgewiesenen Kosten einer notwendigen Ersatzpflege, wenn eine Pflegeperson wegen Urlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert ist. Wenn die Ersatzpflegeperson mit der pflegebedürftigen Person weder bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert ist, noch mit ihm zusammenlebt, trägt die Pflegekasse Aufwendungen bis zu 1.612 Euro im Jahr.

Für Ersatzpflegepersonen, die mit der pflegebedürftigen Person zusammenleben oder verwandt oder verschwägert sind, können für bis zu sechs Wochen Aufwendun-

gen bis zur Höhe des Pflegegeldes übernommen werden. Die Ersatzpflege muss nicht zusammenhängend erfolgen, sondern kann beispielsweise auch für stundenweise, wöchentliche Vertretungen der Pflegeperson in Anspruch genommen werden.

Außerdem ist es möglich, die Verhinderungspflege mit Leistungen der Kurzzeitpflege zu kombinieren. Das bedeutet, dass bis zu 806 Euro des Budgets für die Kurzzeitpflege zu 1.612 Euro der Verhinderungspflege hinzugerechnet werden können, so dass ein Gesamtbetrag von 2.418 Euro für die Verhinderungspflege verwendet werden kann.

#### 8.4.8 Pflegehilfsmittel

Nach § 40 SGB XI haben Pflegebedürftige, die zuhause gepflegt werden, gegenüber der Pflegekasse einen Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln. Für Mukoviszidose-Betroffene dürften am ehesten Artikel wie Einmalhandschuhe und Desinfektionsmittel in Betracht kommen. Die Versorgung mit der zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel wird bis zu einem Betrag von 40 Euro monatlich erbracht, wobei die Leistung auch in Form der Kostenerstattung erfolgen kann (§ 40 Abs. 2 SGB XI).

#### 8.4.9 Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

Nach § 40 Abs. 4 SGB IV können die Pflegekassen finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen gewähren, wenn dadurch im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt wird.

Das kann beispielsweise ein Treppenlift oder der Austausch einer Badewanne gegen eine Duschtasse sein. Die Zuschüsse dürfen einen Betrag in Höhe von 4.000 Euro je Maßnahme nicht übersteigen. Leben mehrere Pflegebedürftige zusammen gilt der Höchstbetrag für jeden Pflegebedürftigen gesondert, allerdings werden nicht mehr als 16.000 Euro je Maßnahme erbracht.

#### 8.4.10 Sicherung der Pflegeperson

Gemäß § 44 SGB XI werden für die Pflegeperson Beiträge an die Rentenversicherung entrichtet.

Die Voraussetzungen sind, dass die Pflegeperson einen Pflegebedürftigen oder mehrere pflegebedürftige Personen mit mindestens Pflegegrad 2 in häuslicher Umgebung nicht erwerbsmäßig pflegt.

Die Unterstützung muss in der Woche mindestens 10 Stunden umfassen und an wenigstens zwei Tagen in der Woche erfolgen.

Außerdem darf die Pflegeperson – neben der Pflege – höchstens 30 Stunden wöchentlich berufstätig sein.

Außerdem sind Pflegepersonen arbeitslosen- und unfallversichert.



## 8.5 Begutachtung

Die Leistungen der Pflegeversicherung sind davon abhängig, was Gutachter des Medizinischen Dienstes (MD) bei der Begutachtung feststellen.

Der Besuch der Gutachter erfolgt in der Regel im Wohnbereich.

### 8.5.1 Begutachtung Kinder

Die Begutachtung von Kindern umfasst Kinder und Jugendliche bis zum 18. Geburtstag und soll in der Regel durch besonders geschulte Gutachterinnen oder Gutachter mit einer Qualifikation in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege oder als Kinderärztin oder Kinderarzt durchgeführt werden. Bei der Beurteilung von Pflegebedürftigkeit von Kindern werden die Fähigkeiten des pflegebedürftigen Kindes mit denen eines gesunden gleichaltrigen Kindes verglichen. Grundsätzlich folgt die Begutachtung jedoch den gleichen Prinzipien wie bei Erwachsenen. Eine Ausnahme bilden Kinder im Alter von bis zu 18 Monaten.

#### 8.5.1.1 Kinder bis zum 18. Lebensmonat

Kinder dieser Altersgruppe sind von Natur aus in vielen Bereichen des Alltagslebens unselbständig, so dass sie normalerweise nur niedrige Pflegegrade erreichen könnten. Bei Kindern bis zu 18 Monaten werden zur Beurteilung der Pflegebedürftigkeit nur die altersunabhängigen Module 3 (Verhaltensweisen und psychische Problemlagen) und 5 (Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen; siehe auch Punkt 6) herangezogen.

Im Modul 4 (Versorgung) wird zudem die für CF-betroffene Kinder wichtige Frage gestellt: „Bestehen gravierende Probleme bei der Nahrungsaufnahme, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf im Bereich der Ernährung auslösen?“

Wird diese Frage bejaht, werden pauschal 30 gewichtete Punkte vergeben.

Da Kinder mit Mukoviszidose wegen der unzureichenden Nährstoffaufnahme oft über den Appetit hinaus essen müssen, können die Probleme beim Essen und Trinken sehr massiv sein. Viele Eltern berichten davon, dass sie ihre Kinder sehr oft und langwierig füttern müssen, weil die Kinder die Nahrungsaufnahme, häufig wegen Bauchschmerzen, verweigern oder oft spucken und erbrechen.

Nach § 15 Abs.7 SGB XI werden Kinder dieser Altersgruppe einen Pflegegrad höher eingestuft als ältere Kinder oder Erwachsene mit demselben Punktwert. Der Wegfall des höheren Pflegegrades erfolgt automatisch bei Erreichen des 18. Lebensmonates und wird im Bewilligungsbescheid so auch angekündigt.

Eine erneute Begutachtung bis zum 18. Lebensmonat erfolgt nur, wenn relevante Änderungen, zum Beispiel durch eine Operation, zu erwarten sind.

#### 8.5.1.2 Kinder ab dem 19. Lebensmonat

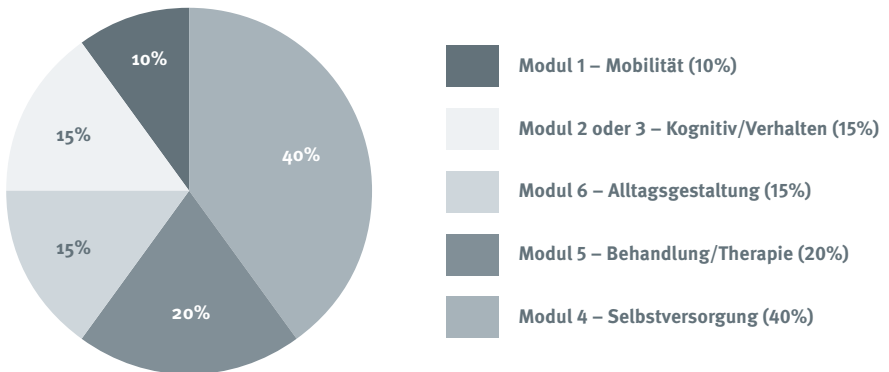
Grundsätzlich gelten bei der Begutachtung von Kindern dieselben Regelungen wie bei Erwachsenen, jedoch wird ein Vergleich zum Grad der Selbständigkeit altersent-

sprechend entwickelter Kinder gezogen, so dass eventuell ein bestehender Unterstützungsbedarf nicht zum Tragen kommt, weil ein altersentsprechend entwickeltes Kind in diesem Bereich auch noch nicht selbständig ist (vgl. S. 106 ff. BRi).

### 8.6 Module

Bei der Begutachtung durch den MDK werden in sechs Modulen Punkte vergeben. Diese Punkte bestimmen dann den Pflegegrad des Pflegebedürftigen. Die sechs Module des Begutachtungsinstruments werden unterschiedlich stark gewichtet (§ 15 Abs. 2 S. 8 SGB XI), so dass ein im Modul ermittelter Punktwert nicht in derselben Wertigkeit in die Gesamtpunktzahl eingeht. Das Modul „Mobilität“ geht mit 10 % ein, die Module „kognitive und kommunikative Fähigkeiten“ und „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“ werden mit 15 % gewichtet, wobei nur das Modul mit dem höheren Wert in der Gesamtpunktzahl berücksichtigt wird. „Selbstversorgung“ wird mit 40 %, „Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen“ mit 20 % und „Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte“ mit 15 % einbezogen.

#### Gewichtung der Module



Die Summe der Einzelpunkte in jedem Modul wird in einen Punktbereich eingestuft und einem gesetzlich festgelegten gewichteten Punkt zugeordnet (§ 15 Abs. 2 S. 7 SGB XI).

## Anlage 2 (zu § 15 SGB XI) Bewertungssystematik (Summe der Punkte und gewichtete Punkte) Schweregrad der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten im Modul

Module	Gewichtung	0 Keine	1 Geringe	2 Erhebliche	3 Schwere	4 Schwerste	
1 Mobilität	10 %	0 – 1	2 – 3	4 – 5	6 – 9	10 – 15	Summe der Einzelpunkte im Modul 1
		0	2,5	5	7,5	10	<b>Gewichtete Punkte im Modul 1</b>
2 Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	15 %	0 – 1	2 – 5	6 – 10	11 – 16	17 – 33	Summe der Einzelpunkte im Modul 2
3 Verhaltensweisen und psychische Problemlagen		0	1 – 2	3 – 4	5 – 6	7 – 65	Summe der Einzelpunkte im Modul 3
Höchster Wert aus Modul 2 oder Modul 3		0	3,75	7,5	11,25	15	<b>Gewichtete Punkte für die Module 2 und 3</b>
4 Selbstversorgung	40 %	0 – 2	3 – 7	8 – 18	19 – 36	37 – 54	Summe der Einzelpunkte im Modul 4
		0	10	20	30	40	<b>Gewichtete Punkte im Modul 4</b>
5 Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	20 %	0	1	2 – 3	4 – 5	6 – 15	Summe der Einzelpunkte im Modul 5
		0	5	10	15	20	<b>Gewichtete Punkte im Modul 5</b>
6 Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	15 %	0	1 – 3	4 – 6	7 – 11	12 – 18	Summe der Einzelpunkte im Modul 6
		0	3,75	7,5	11,25	15	<b>Gewichtete Punkte im Modul 6</b>
7 Außerhäusliche Aktivitäten		Die Berechnung einer Modulbewertung ist entbehrlich, da die Darstellung der qualitativen Ausprägungen bei den einzelnen Kriterien ausreichend ist, um Anhaltspunkte für eine Versorgungs- und Pflegeplanung ableiten zu können.					
8 Haushaltsführung							

### 8.6.1 Modul 1: Mobilität (F 4.1)

In Modul 1 wird ausschließlich festgestellt, ob die Person in der Lage ist, ohne personelle Unterstützung eine Körperhaltung einzunehmen/zu wechseln und sich fortzubewegen.

Beurteilt wird dies u.a. beim Positionswechsel im Bett (4.1.1), Umsetzen (4.1.3), Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs (4.1.4) und Treppensteigen (4.1.5).

### 8.6.2 Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten (F 4.2)

Die Einschätzungen in Modul 2 beziehen sich ausschließlich auf die kognitiven Funktionen und Aktivitäten. Hier werden Kriterien wie örtliche und zeitliche Orientierung, mitteilen von elementaren Bedürfnissen, etc., betrachtet, daher hat dieses Modul in der Regel keine Relevanz bei erwachsenen Mukoviszidose-Betroffenen. Bei Kindern könnte jedoch das Kriterium „Treffen von Entscheidungen im Alltag“ (4.2.6) bei der dem Wetter angepassten „Auswahl von Kleidung“ und das Kriterium „Erkennen von Risiken und Gefahren“ (4.2.8) beim Meiden von Keimquellen von Bedeutung sein. Die Erfahrungen seit Einführung des aktuellen Pflegerechts zeigen leider, dass der Hilfebedarf in diesen Punkten nur sehr selten, bei Vorliegen außergewöhnlicher Umstände, akzeptiert werden.

### 8.6.3 Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen (F 4.3)

Im Modul 3 wird die Häufigkeit des Auftretens der einzelnen Kriterien bewertet.

Die Kriterien beziehen sich überwiegend auf Aspekte wie Beschädigen von Gegenständen, Wahnvorstellungen, sozial inadäquate Verhaltensweisen, etc., die bei Mukoviszidose-Betroffenen eher nicht auftreten. In Betracht kommen könnten jedoch, Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen (4.3.8), Ängste (4.3.10) und Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage (4.3.11).

Auch hier legt der MD die Voraussetzungen sehr eng aus und fordert, psychische Problemlagen, die zumindest diagnostiziert wurden, wenn nicht sogar behandelt werden. Die Häufigkeit des Auftretens wird mit 0 (nie oder selten), 1 (selten), 3 (häufig) und 5 (täglich) bewertet.

### 8.6.4 Modul 4: Selbstversorgung (F 4.4)

Im Modul 4 werden Kriterien der Körperpflege und Ernährung behandelt. Es wird auch angegeben, ob die Ernährung über eine Sonde erfolgt und ob künstliche Darmausgänge vorliegen.

Die Erfahrungen der letzten Jahre haben gezeigt, dass in diesem Modul wider Erwarten kaum Hilfen berücksichtigt werden. Die besonderen Anforderungen an die Hygiene im Zusammenhang mit der Benutzung von Toilette, Waschbecken, Badewanne und Dusche werden in der Praxis nicht hier berücksichtigt, sondern allenfalls in Modul 5 unter 4.5.16.

Ebenso wird die besondere Essensproblematik bei Kindern mit Mukoviszidose mit langwierigen Mahlzeiten und viel Motivation seitens der Eltern von den Gutachtern nicht in Modul 4 sondern unter Einhaltung einer Diät in Modul 5 berücksichtigt.

Mittlerweile wurden mehrere Klagen zu diesem Punkt geführt, die größtenteils die Auffassung der Pflegekassen abgelehnt haben und die fehlende Einsichtsfähigkeit der Kinder, über den Appetit und Hunger hinaus essen zu müssen, in Modul 4 unter das Kriterium 4.4.8 „Essen“ gefasst haben.

Es ist wichtig, hier deutlich zu machen, wie schwierig die Mahlzeiten aufgrund der fehlenden Einsichtsfähigkeit und damit verbunden der Abwehr des Kindes sind. Die Erwähnung der Enzymgabe oder das Anreichern mit zusätzlichem Salz oder Fett rückt die Problematik aus Modul 4 weg in das Modul 5 zu Einhalten einer Diät, was nachteilig ist.

Der Berücksichtigung in Modul 4 kommt große Bedeutung zu, da die Pflegekasse nahezu alle Hilfebedarfe bei Kindern mit Mukoviszidose dem Modul 5, das die Therapie abbildet, zuordnet. Aufgrund der Gewichtungen der einzelnen Module im Gesamtsystem reichen aber die maximal in Modul 5 zu erreichenden 20 Punkte allein nicht für die Feststellung des Pflegegrades 2 aus. Aus diesem Grund ist es wichtig, auch in anderen Modulen Punkte zu erhalten, um mindestens 27 Punkte für den Pflegegrad 2 zu erreichen, was die monatliche Zahlung von Pflegegeld nach sich zieht.

Ebenso ist auch die ständige Motivation zum ausreichenden Trinken in Modul 4 zu berücksichtigen.

Der Hilfebedarf beim Essen wird dreifach, die Hilfen beim Trinken werden doppelt gewertet.

In Modul 4 fällt auch ein Hilfebedarf bei der Benutzung einer Toilette (4.4.10), sofern z.B. nach dem Stuhlgang bei Kindern noch nachgereinigt werden muss. Dieser Hilfebedarf wird ebenfalls doppelt gewertet.

### **8.6.5 Modul 5: Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen (F 4.5)**

Das Modul 5 ist der selbständigen Krankheitsbewältigung zuzuordnen und umfasst damit auch Hilfen der Behandlungspflege, die nach altem Recht bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit außen vor blieben. In die Bewertung gehen allerdings nur Maßnahmen ein, die ärztlich angeordnet und mindestens sechs Monate lang erforderlich sind. Die Anordnung kann sich auch auf nicht verschreibungspflichtige Medikamente (z.B. Verdauungsenzyme) oder Übungsbehandlungen, wie die tägliche häusliche Krankengymnastik beziehen. Das Modul ist in fünf Bereiche unterteilt. In den einzelnen Bereichen wird die Häufigkeit der täglichen Unterstützungen addiert. Die ermittelten Häufigkeiten werden in den einzelnen Bereichen unterschiedlichen Punktwerten zugeordnet. Anschließend werden die Punktwerte der einzelnen Bereiche addiert und das Ergebnis gewichtet (siehe S.78 ff. BRI).

Im ersten Bereich (Kriterien 4.5.1–4.5.7) kommen Hilfen bei der Medikation (4.5.1), Injektionen (4.5.2), z.B. Insulin, der Versorgung intravenöser Zugänge (4.5.3), Inhala-

tionen fallen unter Sauerstoffgabe (4.5.4) und bei Einreibungen oder Kälte- und Wärmeanwendungen (4.5.5), Messung und Deutung von Körperzuständen (4.5.6), z.B. Blutzuckermessung, in Betracht.

Im zweiten Bereich (Kriterien 4.5.8–4.5.11) ist insbesondere das Kriterium Therapie-maßnahmen in häuslicher Umgebung (4.5.11) von Belang, denn hier sind Hilfen bei krankengymnastischen Übungen, Atemübungen und Maßnahmen zur Sekretelimination erfasst.

Im dritten Bereich (Kriterium 4.5.12) sind zeit- und technikintensive Maßnahmen, wie Dialyse oder Beatmung, in häuslicher Umgebung gemeint, wenn ständige Überwachung durch geschulte Pflegepersonen gewährleistet wird.

Der vierte Bereich (Kriterien 4.5.13–4.5.K) erfasst Hilfen beim Aufsuchen von Ärzten und Therapeuten und von Einrichtungen zur Frühförderung von Kindern erfasst.

Dabei wird nicht nur zwischen Arzt-, Physio- und Ambulanzbesuchen, sondern auch nach der Dauer der Besuche unterschieden.

In diesem Bereich ist insbesondere an die wöchentlichen Physiotherapiebesuche zu denken. Zeitlich ausgedehntere Besuche von mehr als drei Stunden, wie in der Regel Ambulanzbesuche, sind unter 4.5.15 anzugeben. Alle Besuche müssen mindestens einmal im Monat anfallen, um berücksichtigt werden zu können.

Die Häufigkeit wird bei wöchentlichen Besuchen mit 4,3 (bei Kriterium 4.5.15 mit 8,6) multipliziert, bei monatlichen Besuchen mit 1, bzw. 2 bei Kriterium 4.5.15,

Im letzten Bereich des Moduls 5 (Kriterium 4.5.16) ist das Einhalten einer Diät und anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften erfasst, wobei hier die Einsichtsfähigkeit der Person zur Einhaltung der Vorschriften und nicht die Zubereitung der Diät gemeint ist.

Während bei erwachsenen Mukoviszidose-Betroffenen im Allgemeinen die Einsichtsfähigkeit nicht beeinträchtigt ist, wird dieser Punkt trotz der besonderen Ernährungsvorschriften in der Regel nicht zum Tragen kommen. Bei Kindern hingegen kann er eine Rolle spielen.

Unter 4.5.16 sind auch alle Hilfebedarf bei der Einhaltung der krankheitsbedingten Verhaltensvorschriften, wie z.B. zur Keimprophylaxe zu fassen.

Obwohl insbesondere Kinder in Modul 5 einen sehr hohen Unterstützungsbedarf haben, können aufgrund der Gewichtung der einzelnen Module im Gesamtsystem hier nicht mehr als 20 Punkte erreicht werden.

### **8.6.6 Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (F 4.6)**

In Modul 6 wird bewertet, ob die Person die jeweilige Aktivität praktisch durchführen kann. Das Modul umfasst im Wesentlichen die Fähigkeiten ohne fremde Hilfe einen Tagesablauf zu gestalten und anzupassen (4.6.1), für ausreichende Ruhe- und Schlafphasen zu sorgen (4.6.2), seine freie Zeit zu nutzen, um eigenen Interessen nachzugehen (4.6.3), längere Zeitabschnitte überschauend über den Tag hinaus zu planen (4.6.4), in Kontakt zu treten mit Personen im näheren Umfeld (4.6.5) und Kontakte außerhalb des direkten Umfelds zu pflegen (4.6.6). Hier können insbesondere Hilfebedarfe in Kriterium 4.6.2 (Ruhens und Schlafen) bei gestörtem Schlaf durch Hustenat-

tacken in Betracht kommen, wenn z.B. etwas zu trinken gebracht werden muss oder Einschlafrituale erforderlich sind, um wieder einschlafen zu können. Bei der Bewertung spielt es eine Rolle, wie häufig der Hilfebedarf besteht. Kinder bis zu fünf Jahren gelten in diesem Bereich noch als überwiegend unselbständig. Um hier einen Bedarf anerkannt zu bekommen, muss ein Kind zwischen sechs Monaten und 5 Jahren als unselbständig eingestuft werden, was bedeutet, dass mindestens dreimal pro Nacht Unterstützungsbedarf besteht.

## 8.7 Weitere versorgungsrelevante Informationen

Es werden weitere versorgungsrelevante Informationen erhoben, die jedoch nicht in den Pflegegrad einfließen. Diese umfassen Fragen zu außerhäuslichen Aktivitäten und zur Haushaltsführung. Dabei werden zum Beispiel das Erledigen von Einkäufen oder die Fähigkeit zu Aufräum- und Reinigungsarbeiten abgefragt.

## 8.8 Empfehlungen der Gutachter

Im Rahmen der Begutachtung halten die Gutachter auch fest, ob über die aktuelle Versorgungssituation hinaus weitere Leistungen wie Hilfsmittel, präventive Maßnahmen, Beratungen, etc., erforderlich und erfolgversprechend sind, um die Pflegesituation zu verbessern.

Besonders hervorzuheben ist hier die Empfehlung zur **medizinischen Rehabilitation**, denn diese Empfehlung wirkt wie ein Antrag auf medizinische Rehabilitation. Die Pflegekasse erhält die Empfehlung des MD, daraufhin informiert sie die versicherte Person und mit deren Einwilligung ihre behandelnden Ärzte. Außerdem wird mit Einwilligung der betreffenden Person eine entsprechende Mitteilung an den zuständigen Reha-Träger geleitet. Ein gesonderter Antrag oder eine Verordnung durch den behandelnden Arzt ist nicht erforderlich.

## 8.9 Bestandsschutz

Pflegebedürftige, die bis zum 31.12.2016 Leistungen für die Pflegestufen 0 bis 3 erhielten, wurden ab dem 1.1.2017 in einen von fünf Pflegegrad überführt.

Dabei erfolgte die Überleitung bei Personen ohne eingeschränkte Alltagskompetenz, wie bei Mukoviszidose-Patienten die Regel, in einem einfachen Stufensprung:

- » Pflegestufe I wurde Pflegegrad 2
- » Pflegestufe II wurde Pflegegrad 3
- » Pflegestufe III wurde Pflegegrad 4.

Wenn noch mindestens ein Hilfebedarf im Umfang des Pflegegrades 1 besteht, bleibt man in dem übergeleiteten Pflegegrad, auch wenn dieser bei einer Neubegutachtung niedriger wäre. Wenn sich aber bei einer Wiederholungsbegutachtung herausstellt, dass der Hilfebedarf gestiegen ist und der übergeleitete Pflegegrad nicht mehr ausreicht, wird man höhergestuft.

## 8.10 Rechtsweg

Der Antrag auf Pflegeleistungen wird formlos bei der Pflegekasse gestellt. Die Pflegekassen sind den Krankenkassen angegliedert.

Vor oder bei der Antragstellung kann man kostenlos eine Pflegeberatung in Anspruch nehmen, in der über Voraussetzungen und Leistungen aufgeklärt werden soll. Man kann entweder Pflegeberater der Pflegekasse wählen oder sich mit einem Gutschein der Pflegekasse an externe Pflegeberater wenden.

Ist man mit der Entscheidung der Pflegekasse nicht einverstanden, kann man gegen den Bescheid innerhalb eines Monats nach Zugang (Einwurf in Ihren Briefkasten) Widerspruch eingelegt werden. Sollte dem Widerspruch nicht stattgegeben werden, kann innerhalb eines Monats nach Zugang des Widerspruchsbescheids Klage eingereicht werden.

Die sozialrechtliche Beratung in der Geschäftsstelle des Mukoviszidose e.V. unterstützt Sie gerne mit Information, Beratung oder Vermittlung an Rechtsanwälte aus dem „Kreis der Rechtsanwälte im Mukoviszidose e.V.“.







## **Der Mukoviszidose e.V.**

In Deutschland sind über 8.000 Kinder, Jugendliche und Erwachsene von der unheilbaren Erbkrankheit Mukoviszidose betroffen. Jedes Jahr werden in Deutschland etwa 150 bis 200 Kinder mit der seltenen Krankheit geboren. Der Mukoviszidose e.V. vernetzt die Patienten, ihre Angehörigen, Ärzte, Therapeuten und Forscher. Er bündelt unterschiedliche Erfahrungen, Kompetenzen sowie Perspektiven mit dem Ziel, jedem Betroffenen ein möglichst selbstbestimmtes Leben mit Mukoviszidose ermöglichen zu können. Um die gemeinsamen Aufgaben und Ziele zu erreichen, ist der gemeinnützige Verein auf die Unterstützung engagierter Spender und Förderer angewiesen.

### **Mukoviszidose e.V. – Bundesverband Cystische Fibrose (CF) – gemeinnütziger Verein**

Bank für Sozialwirtschaft AG, Köln  
IBAN: DE 59 3702 0500 0007 0888 00  
BIC: BFSWDE33XXX



Für eine Unterstützung unserer Arbeit sind wir sehr dankbar.



Gesponsert durch die Knappschaft  
Krankenversicherung, die keinerlei  
Einfluss auf die inhaltliche Gestaltung  
der Broschüre genommen hat.

**Mukoviszidose e.V.**

In den Dauen 6 | 53117 Bonn  
Tel.: 0228 9 87 80-0 | Fax: 0228 9 87 80-77  
info@muko.info | www.muko.info

