

IST MEIN KIND PFLEGEBEDÜRFTIG?

PFLEGEGELDANTRAG, PFLEGEZEIT & CO.

Zum 01.01.2017 trat das Pflegegestärkungsgesetz II in Kraft und damit ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff:

DEFINITION

(§ 14 SGB XI):

„Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der **Selbstständigkeit** oder der **Fähigkeiten** aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die **körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können**.

Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens **sechs Monate**, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen.“

Eine Antragstellung ist aber auch bereits vor Ablauf von 6 Monaten nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit möglich wenn absehbar ist, dass die Pflegebedürftigkeit länger vorliegen wird.

WANN SOLLTE PFLEGEGELD BEANTRAGT WERDEN?

- Wenn täglich umfangreicher krankheitsbedingter Pflegebedarf anfällt. Das ist insbesondere bei schweren chronisch rheumatischen Verlaufsformen, z.B. Polyarthritis oder Morbus Still häufig der Fall.
- Wenn ein Elternteil aufgrund der Pflegebedürftigkeit des Kindes die eigene Berufstätigkeit aufgeben oder einschränken muss.

GRADE DER PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT (§ 15)

Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) oder Medicproof GmbH (für Privatversicherte) stellen den Grad der Pflegebedürftigkeit mithilfe des **Neuen**



Begutachtungs-Assessment (NBA) fest.

Bis 2016 wurde der Hilfebedarf verrichtungsbezogen in Minuten ermittelt. Seit dem 01.01.2017 entscheidet der Grad der Selbstständigkeit über Pflegeleistungen.

Die Ausgangsfrage dabei ist: **Was kann der pflegebedürftige Mensch selbst bewerkstelligen und wobei braucht er personelle Hilfe und Unterstützung im Alltag?**

Bei der Begutachtung werden die gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten in sechs Lebensbereichen (sog. Module) erhoben und mit Punkten bewertet.

Die folgende Tabelle zeigt die einzelnen Module und deren Gewichtung bei Gesamt-Pflegebedarf:

Module und ihre Kriterien	Gewichtung
Modul 1: Mobilität (Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen)	10 %
Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten (Örtliche und zeitliche Orientierung, Erkennen von Risiken und Gefahren)	15 % (nur das höher begutachtete Modul zählt)
Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen (Nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Ängste)	
Modul 4: Selbstversorgung (Waschen, Essen, Trinken, An- und Ausziehen, Benutzen einer Toilette)	40 %
Modul 5: Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen und Belastungen (Medikation, Absaugen und Sauerstoffgabe, Wundversorgung, Katheterisierung, Arztbesuche, Einhalten einer Diät)	20 %
Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte (Gestaltung des Tagesablaufs, Sichbeschäftigen, Kontaktpflege)	15 %
Modul 7: Außerhäusliche Aktivitäten	-
Modul 8: Haushaltsführung	-

Die Module 7 und 8 werden erhoben, fließen aber nicht in die Bewertung ein. Sie dienen der Anpassung der Pflegeplanung und der

Erfassung des Rehabilitations- und Präventionsbedarfs.

Die Summe liegt zwischen 0-100 Punkten.

Danach erfolgt die Einteilung in einen der fünf Pflegegrade:

Pflege-grad	Schwere	Punkte
I	Geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten	ab 12,5 bis unter 27
II	Erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten	ab 27 bis unter 47,5
III	Schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten	ab 47,5 bis unter 70
IV	Schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten	ab 70 bis unter 90
V	Schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung	ab 90 bis 100

WIE FUNKTIONIERT DAS ANTRAGSVERFAHREN?

Das Antragsformular ist bei den Kranken- und Pflegekassen erhältlich.

Der Medizinische Dienst (o.ä.) sucht die Familie anschließend zu Hause auf, um sich über das Wohnumfeld und den tatsächlichen Pflegeaufwand zu informieren. Dieser Besuch wird vorher telefonisch oder schriftlich angekündigt.

Die Gutachter des Medizinischen Dienstes sind gesetzlich zur Neutralität verpflichtet. Sie verfassen nach dem Besuch einen Bericht für die Pflegekasse, in dem sie eine Empfehlung abgeben. Die Entscheidung für oder gegen eine Pflegestufe trifft letztendlich die Pflegekasse.

In das Gutachten und die Berechnung der Pflegebedürftigkeit als Grundlage des Bescheides kann Einsicht genommen und innerhalb eines Monats Widerspruch und bei erneuter Ablehnung Klage als Rechtsmittel eingelegt werden.

TIPPS FÜR DEN ANTRAG

➤ Pflegetagebuch führen

(erhältlich Im Familienbüro oder auch im Internet)

Für mehrere Tage sollten täglich alle krankheitsbedingten Pflegetätigkeiten,



Hilfen, Anleitungen zu gelenkschonendem Verhalten und auch emotionale Unterstützung sowie krankheitsbezogene Gespräche mit dem Kind aufgeführt werden.

Wenn **pflegeerschwerende Faktoren** vorliegen, sollten diese extra angesprochen werden. Dazu gehören z.B.:

- pflegebehindernde räumliche Verhältnisse (z.B. Treppen, hohe Badewanne)
- zeitaufwändiger Hilfsmiteileinsatz
- Abwehrverhalten mit Behinderung der Übernahme (z.B. wenn Kind sich häufig gegen Pflegemaßnahmen wehrt und viel Überredungskunst notwendig ist)
- Gewicht über 80kg

➤ Verhalten beim Gutachterbesuch

Der Besuch des Medizinischen Dienstes sollte gut vorbereitet werden.

Alles was der Gutachter nach dem Besuch bei Ihnen nicht weiß, kann er auch nicht berücksichtigen. Aus diesem Grund ist es sehr wichtig sicher zu stellen, dass alle wesentlichen Informationen vermittelt werden, dazu zählen:

- detaillierte Informationen über Hilfe und Pflegebedarf (Pflegetagebuch!)
- Informationen zur Behinderung/ Krankheit und deren Folgen
- Medikamente, Hilfsmittel, Arztberichte, krankheitsbezogene Gutachten und, wenn vorhanden, den Schwerbehindertenausweis bereitlegen

Der Gutachter wird sich im Laufe des Gesprächs auch die Wohnung ansehen, um herauszufinden, ob es pflegeerschwerende bauliche Gegebenheiten gibt.

Das Kind sollte beim Gutachtergespräch nicht im gleichen Raum anwesend sein. Begründen Sie dies damit, dass es in diesem Gespräch naturgemäß ausschließlich um Defizite und Probleme des Kindes geht, was es aus psychologischen Gründen nicht hören sollte. Das Kind kann während des Gutachterbesuchs am besten mit einer Betreu-



ungsperson in einem anderen Zimmer sein und die Zeit z.B. zum Gelenke kühlen nutzen. Bedenken Sie, dass alles was der Gutachter sieht, hört und erlebt mit in das Gutachten einfließt. Wenn das pflegebedürftige Kind z.B. in der Wohnung herumtobt und Sie zuvor von starken Schmerzen beim Laufen erzählt haben, passt das offensichtlich nicht zusammen.

Der Gutachter wird sich schließlich das pflegebedürftige Kind ansehen und evtl. untersuchen. Er wird Fragen stellen und oft auch einzelne Übungen/ Handlungen verrichten lassen, z.B. Zähne putzen, Treppen steigen etc., um zu sehen welches Ausmaß die Gelenkprobleme im täglichen Leben haben. Wenn Übungen Schmerzen oder Probleme bereiten, sollte dies dem Gutachter unbedingt mitgeteilt werden. Es geht nicht darum darzustellen, was das Kind noch besonders gut oder mit zusammengebissenen Zähnen tun kann!

BESONDERHEITEN BEI DER BEGUTACHTUNG VON KINDERN

Bei der Beurteilung von Pflegebedürftigkeit von Kindern werden die Selbstständigkeit bzw. die Fähigkeiten des pflegebedürftigen Kindes mit denen eines gesunden, gleichaltrigen Kindes verglichen. Dieser Beurteilungsgrundsatz gilt grundsätzlich für Kinder aller Altersgruppen. Ab einem Alter von elf Jahren kann ein Kind in allen Bereichen, die in die Berechnung des Pflegegrads eingehen, selbstständig sein. Für Kinder in diesem Alter gelten dann dieselben pflegegradrelevanten Berechnungsvorschriften wie bei Erwachsenen.



WELCHE LEISTUNGEN GIBT ES BEI HÄUSLICHER PFLEGE? (§ 37 FF)

Leistungen werden entsprechend der Pflegegrade gewährt als:

- **Pflegegeld** (monatlich)
 - PG I: 0 €
 - PG II: 347 €
 - PG III: 599 €

- PG IV: 800 €
- PG V: 990 €

- oder als **Sachleistung**, d.h. Versorgung des Pflegebedürftigen in einer stationären Einrichtung oder durch einen ambulanten Pflegedienst, (monatlich bis zu):

- PG I: 0€
- PG II: 796 €
- PG III: 1.497 €
- PG IV: 1.895 €
- PG V: 2.299 €

- auch eine **Kombinationsleistung** ist möglich (z.B. 70% Pflegegeld und 30% Sachleistungen)

- Ein zusätzlicher **Entlastungsbetrag** (monatlich) in Höhe von 131 € ist in allen Pflegegraden möglich! Dieser dient der Entlastung für die Pflegeperson und damit können z.B. Betreuungsangebote für die pflegebedürftige Person bezahlt werden, damit die Pflegeperson Auszeiten hat. Wird der Betrag in einem Monat nicht ausgeschöpft, kann er bis zu 6 Monate später auch in andere Monate übertragen werden.

WELCHE UNTERSTÜTZUNG GIBT ES FÜR DIE PFLEGEPERSON? (§§ 44FF)

- ab Pflegegrad II ist die Pflegeperson gesetzlich unfallversichert
- Beiträge zur Rentenversicherung werden ab Pflegegrad II gezahlt, wenn die Pflegeperson mindestens 10 Stunden pro Woche verteilt auf mindestens 2 Tage pro Woche pflegt und dazu nicht mehr als 30 Stunden pro Woche neben der Pflege erwerbstätig ist
- Ebenso werden unter den gleichen Voraussetzungen Beiträge zur Arbeitslosenversicherung gezahlt, wenn die Pflegeperson aufgrund der Pflege nicht mehr erwerbstätig sein kann.
- unentgeltliche Pflegekurse für Angehörige und Pflegepersonen bei den Pflegekassen

ANSPRUCH AUF PFLEGEBERATUNG (§ 7, §7A, §7B)

Menschen, die Leistungen bei der Pflegeversicherung beantragen, haben Anspruch auf eine individuelle Beratung und

Hilfestellung durch einen Pflegeberater. Die Beratung kann durch die Krankenkasse erfolgen oder von einer unabhängigen Stelle geleistet werden.

PFLEGEHILFSMITTEL UND WOHNUMFELDVERBESSERENDE MAßNAHMEN (§40)

Pflegebedürftige haben Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen.

Hilfen zur Verbesserung des Wohnumfeldes sind z.B. Rollstuhlrampen oder ebenerdige Duschen. Kosten von bis zu 4.000€ pro Maßnahme können erstattet werden. Hierzu muss ein Antrag bei der Pflegekasse gestellt werden.

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (z.B. Einmalhandschuhe, Desinfektionsmittel, Mundschutz, Bettschutzeinlagen) werden monatlich bis zu einem Betrag von 40€ von den Pflegekassen übernommen

Wichtig: Die Notwendigkeit der Pflegehilfsmittel muss im Pflegegutachten vermerkt sein!

PFLEGEZEIT UND FAMILIENPFLEGEZEIT (PFLEGEZG UND FPFZG)



Diese Gesetze sollen es den pflegenden Angehörigen ermöglichen, familiäre Pflege und Berufstätigkeit besser zu vereinbaren. Im Folgenden wird eine

kurze Übersicht dazu gegeben.

Kurzzeitige Arbeitsverhinderung

- Rechtsanspruch (*bei allen Arbeitgebern!*) für Berufstätige auf Freistellung von der Arbeit gegenüber dem Arbeitgeber
- bei akut auftretender Pflegesituation eines nahen Angehörigen zur Organisation geeigneter Pflege oder um pflegerische Versorgung sicherzustellen

- für maximal 10 Arbeitstage
- Anspruch auf Lohnfortzahlung besteht i.d.R. nicht, sollte dennoch beim Arbeitgeber erfragt werden. Falls kein Gehalt weiter gezahlt wird kann aber Pflegeunterstützungsgeld als Lohnersatzleistung bei der Pflegekasse des Pflegebedürftigen beantragt werden. Dazu ist eine ärztliche Bescheinigung erforderlich.

Pflegezeit

- Teilweise oder vollständige Freistellung von der Arbeit um einen nahen Angehörigen zu pflegen bzw. zur Sterbebegleitung
- Rechtsanspruch (*nur bei Arbeitgebern mit mehr als 15 Beschäftigten!*) für Berufstätige auf Freistellung von der Arbeit/ Reduzierung der Arbeit gegenüber dem Arbeitgeber
- für maximal 6 Monate
- muss 10 Tage vor Beginn schriftlich dem Arbeitgeber mitgeteilt werden
- bei Arbeitszeitreduzierung muss der Arbeitgeber i.d.R. den Wünschen des Mitarbeiters entsprechen
- Freistellung erfolgt i.d.R. ohne Gehalt, es kann ein zinsloses Darlehen beim BAFza beantragt werden

Familien-Pflegezeit

- diese ergänzt und erweitert die Pflegezeit
- Teilweise Freistellung von der Arbeit um einen nahen Angehörigen zu pflegen
- Rechtsanspruch (*nur gegenüber Arbeitgebern mit mehr als 25 Beschäftigten!*) für Berufstätige auf Reduzierung der Arbeit gegenüber dem Arbeitgeber
- Familien-Pflegezeit gliedert sich in zwei Phasen: Pflegephase und Rückzahlungsphase
- beide dauern je maximal 2 Jahre
- in der Pflegephase verringert der Arbeitnehmer seine Arbeitszeit, erhält aber vom Arbeitgeber einen monatlichen Lohnvorschuss, z.B. 50% Arbeitsleistung und 75% Gehalt
- in der Rückzahlungsphase arbeitet der Arbeitnehmer wieder voll und der Arbeit-

geber behält den Vorschuss vom Gehalt ein z.B. 100% Arbeitsleistung und 75% Gehalt.

- Arbeitnehmer muss mindestens 15h pro Woche arbeiten
- Arbeitgeber darf i.d.R. während der Pflege- und Rückzahlungsphase nicht kündigen
- Das reduzierte Gehalt kann durch ein zinsloses Darlehn aufgestockt werden.

Wichtig:

- Voraussetzung für die Pflegezeit und Familienpflegezeit ist der Nachweis der Pflegebedürftigkeit! Diese ist bereits ab Pflegegrad 1 gegeben!
- Eine Kombination aus Pflegezeit und Familienpflegezeit ist möglich, darf aber nur max. 24 Monate genommen werden. Der Übergang muss nahtlos erfolgen.



WAS TUN BEI URLAUB ODER KRANKHEIT DER PFLEGEPERSON? (§ 39)

- Nach 6-monatiger Pflegeetätigkeit besteht Anspruch auf eine Ersatzpflegekraft bei krankheitsbedingtem Ausfall der Pflegeperson oder bei Erholungsurlaub.
- Voraussetzung dafür ist mindestens Pflegegrad 2!
- gilt für maximal 6 Wochen pro Jahr.
- die Kosten dürfen den Betrag von 1.685 € nicht überschreiten bzw. müssen darüber hinaus selbst übernommen werden.
- übernehmen Verwandte bis zum 2.Grad die Pflege wird ihnen nur das Pflegegeld entsprechend der Pflegestufe gezahlt. Aber Verdienstausschlag, Fahrtkosten etc. können zusätzlich erstattet werden.
- auch stationäre Unterbringung in Form von Kurzzeitpflege nach §42 SGB XI ist in diesen Fällen möglich.
- Mit dem Geld können Eltern z.B. die tages- oder stundenweise Betreuung ihres behinderten Kindes durch einen familienunterstützenden Dienst finanzieren und sich hierdurch Entlastung im Alltag verschaffen.
- Die Leistungen der Verhinderungspflege müssen nicht bis zu sechs Wochen am Stück, sondern können auch tages- oder stundenweise über das ganze Jahr verteilt

in Anspruch genommen werden.

Hilfe bei Fragen zum Pflegegeld gibt es im Familienbüro.

Telefon: 0 25 26-3 00-11 75

E-Mail: familienbuero@kinderrheuma.com

QUELLEN UND WEITERFÜHRENDE LITERATUR

- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) (Hrsg.) „*Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches*“
- Bundesverband für körper- und mehrfach-behinderte Menschen e.V.: www.bvkm.de
- Sozialgesetzbuch XI
- www.betanet.de
- Pflegezeitgesetz
- Familienpflegezeitgesetz



*War unsere Beratung hilfreich? Dann helfen Sie uns, damit wir auch in Zukunft Beratungen zum Thema Sozialrecht und Integration in Kindergarten, Schule und Beruf anbieten können: **Werden Sie Mitglied im Bundesverband Kinderrheuma e.V.***

Weitere Infos und das Anmeldeformular finden Sie auf unserer Homepage www.kinderrheuma.com unter Über uns/ Mitgliedschaft.

**Christine Göring/ Kathrin Wersing
aktualisiert im Februar 2025**

Der Inhalt dieser Informationsschrift wurde sorgfältig erarbeitet. Dennoch können Irrtümer nicht ausgeschlossen werden. Auch können seit der Erstellung des Merkblattes rechtliche Änderungen eingetreten sein. Es wird daher keine Gewähr für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Informationen übernommen. Insbesondere wird keine Haftung für sachliche Fehler oder deren Folgen übernommen

