

Medizinischer Dienst der Krankenkassen

So punkten Pflegebedürftige bei der Begutachtung

Welche Leistungen die Pflegeversicherung zur Verfügung stellt, hängt vom Gutachten des medizinischen Dienstes ab. Doch damit ist das so eine Sache: Das Begutachtungsverfahren ist komplex, viele pflegebedürftige Menschen und Angehörige sind darauf nicht vorbereitet, und die Gutachter machen sich schnell ein Bild. Am Ende steht häufig ein Ergebnis, das den Pflegebedarf geringer erscheinen lässt, als er ist.

Die Höhe des Pflegegrades ergibt sich aus den Bewertungspunkten, die der Gutachter bei insgesamt 64 Kriterien verteilt. Die Kriterien sind in sechs Themenbereiche, die „Module des Begutachtungsinstruments“, gegliedert. Betroffene können verhindern, dass Punkte unter den Tisch fallen, wenn sie Module und Bewertungsschema kennen. Ein Punkt mehr oder weniger bei dem einen oder anderen Einzelkriterium kann ausschlaggebend sein.

1. Die Frage der Vorbereitung

Durch das zweite Pflegestärkungsgesetz, das seit Januar 2017 gilt, und das damit verbundene neue Begutachtungsverfahren, erhalten mehr Menschen als vorher Leistungen der Pflegeversicherung. Die Reform kommt vor allem Menschen mit psychischen Erkrankungen oder Demenz zugute.

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) verzeichnete 2017 gegenüber dem Vorjahr einen Anstieg um mehr als 300.000 Leistungsempfänger. 3,3 Millionen Frauen und Männer bekamen Ende 2017 Leistungen der sozialen Pflegeversicherung. 2,52 Millionen davon leben zu Hause, betreut von Angehörigen oder einem Pflegedienst. 780.000 sind in Heimen untergebracht.

2018 begutachtete der MDK gut zwei Millionen Versicherte – Erstanträge plus Anträge auf Höherstufung. 9,8 Prozent bekamen danach keinen Pflegegrad. Die Pflegegrade 1 bis 5 wurden 15,9 Prozent, 30,2 Prozent, 23,9 Prozent, 13,6 Prozent und 6,6 Prozent zugesprochen. Der Anteil der Widersprüche gegen Bescheide lag bei 6,4 Prozent.

Der medizinische Dienst der privaten Krankenversicherungen Medicproof erstellte im vergangenen Jahr 187.861 Pflegegutachten. 86.353 waren Erstgutachten, 8.026 (9,3 Prozent) davon ergaben keinen Pflegegrad. Gegen 8.299 der Einstufungsgutachten wurde Widerspruch erhoben, teilt Medicproof mit.

An der Begutachtungspraxis entzündet sich Kritik. Private Pflegeberater sprechen von zahlreichen fehlerhaften Gutachten. Sie berichten von Gutachtern, die unter hohem Zeitdruck stehen und während des Hausbesuchs nicht genug nachfragen. Sie sagen, Ungereimtheiten in Bewertungen blieben oftmals unwidersprochen, ein Großteil der Betroffenen scheue den Aufwand eines Widerspruchsverfahrens.

Wann sehen sich die medizinischen Dienste mit Widersprüchen konfrontiert? Hauptgrund sei, dass pflegebedürftige Menschen beim Hausbesuch „oftmals nicht alle Informationen über ihren Unterstützungs- und Hilfebedarf mitteilen“, erklärt der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS). „Im Nachgang wenden sich dann Angehörige an den MDK und reichen Unterlagen ein, die zu einer anderen Einschätzung des Pflegegrads führen können.“

Die medizinischen Dienste und andere Experten raten Antragstellern, sich auf die Begutachtung vorzubereiten. Bei dem Termin geht es nicht primär darum, woran jemand wie schwer erkrankt ist, sondern um die Folgen, die Erkrankungen im Hinblick auf die Pflege nach sich ziehen. Dem Gutachter sollte im Einzelnen dargelegt werden, was ohne Hilfe im Alltag nicht mehr zu schaffen ist.

Wichtig ist, dass ein Angehöriger oder Mitarbeiter des Pflegedienstes dabei ist. Dies einmal, weil bei einigen Kriterien eine Fremdanamnese unverzichtbar ist. Beispielsweise bei der Frage, ob der Betreffende geistige oder psychische Einschränkungen hat. Oder ob er nachts das Bett verlässt und zurückgebracht werden muss. Angehörige oder Pfleger können auch besser schildern, wie stark sich dessen Verfassung im Tagesverlauf oder von Tag zu Tag verändert. Und sie können, falls es sein muss, Angaben, die pflegebedürftige selbst machen, ins rechte Licht rücken. Niemand gibt etwa gerne zu, dass er nicht mehr alleine auf die Toilette gehen kann.

Tipp: Stellen Sie für den Gutachter eine Liste zusammen, aus der hervorgeht, wann am Tag welche Hilfe geleistet werden muss. Hilfe beim Aufstehen, Waschen, Ankleiden, Essen und Trinken, Begleitung zu Arztterminen, psychologische Unterstützung – all solche Punkte gehören auf diese Liste. Legen Sie überdies Kopien von Arztbriefen, Attesten, Medikations- und Therapieplänen parat. Und notieren Sie, welche technischen Hilfsmittel im Einsatz sind, zum Beispiel ob ein Rollator, Toilettenstuhl oder Einstieghilfen für die Badewanne oder Dusche genutzt werden müssen.

2. Das zählt für den Gutachter

Zu Hause, im Senioren- oder Pflegeheim – immer ist es eine Momentaufnahme. Die Mitarbeiter des medizinischen Dienstes machen sich bei ihrem Besuch ein Bild davon, inwieweit jemand selbstständig zurechtkommt und welcher Hilfe er bedarf. Sie benötigen dafür meist nicht mehr als eine Stunde. Das Bild setzt sich aus sechs Teilbildern zusammen, den „Modulen des Begutachtungsinstruments“. Diese Module sind mit einem Punkteschema unterlegt. Je geringer der Grad der Selbstständigkeit ist, desto mehr Punkte vergibt der medizinische Dienst. Das bilden die Module ab:

Mobilität: Der Gutachter schätzt Körperkraft, Balance und Bewegungskoordination. Er untersucht, ob der hilfsbedürftige Mensch seine Körperhaltung selbstständig ändern und sich im häuslichen Umfeld fortbewegen kann. Die Checkliste enthält fünf Kriterien wie „Positionswechsel im Bett“, „Umsetzen“ und „Treppensteigen“. Für jedes Kriterium entscheidet der Gutachter, ob der Betreffende es „selbstständig“ (0 Punkte), „überwiegend selbstständig“ (1 Punkt), „überwiegend unselbstständig“ (2 Punkte) oder „unselbstständig“ (3 Punkte) erfüllt. Unter dem Strich können 15 sogenannte Einzelpunkte zusammenkommen (siehe Abschnitt 3: Von der Punktwertung zum Pflegegrad).

Kognitive und kommunikative Fähigkeiten: Dieses Modul ist auf das Denk-, Wahrnehmungs-, und Erinnerungsvermögen ausgerichtet. Zudem wird das Artikulationsvermögen erfasst. Der Gutachter hält sich an elf Kriterien. Zum Beispiel klärt er ab, wie es um die zeitliche und örtliche Orientierung steht, ob der Betreffende Aufforderungen versteht, sich an einem Gespräch beteiligen kann und ob er in der Lage ist, Entscheidungen im Alltag zu treffen. Beurteilt wird jeweils, ob die Fähigkeit „vorhanden/unbeeinträchtigt“ (0 Punkte), „größtenteils vorhanden“ (1 Punkt), „in geringem Maße vorhanden“ (2 Punkte) oder „nicht vorhanden“ (3 Punkte) ist. 33 Einzelpunkte sind möglich.

Verhaltensweisen und psychische Problemlagen: Der Mitarbeiter des medizinischen Dienstes erkundigt sich nach psychischen Auffälligkeiten, die eine Unterstützung notwendig machen. 13 Kriterien sind in dem Modul aufgelistet. Dazu zählen beispielsweise nächtliche Unruhe, selbstschädigendes Verhalten, verbale und physische Aggressionen gegenüber anderen, Wahnvorstellungen und Antriebslosigkeit. Es geht darum, wie häufig sich Derartiges zeigt. Bewertet wird nach: „nie oder sehr selten“ (0 Punkte), „ein bis dreimal innerhalb von zwei Wochen“ (1 Punkt), „zweimal bis mehrmals wöchentlich“ (3 Punkte) und „täglich“ (5 Punkte). Maximal 65 Einzelpunkte können vergeben werden.

Selbstversorgung: Dieses Modul beinhaltet zum einen Fragen zur Grundpflege. Etwa wie viel Unterstützung der Pflegebedürftige beim Waschen und An- bzw. Auskleiden braucht. Zum anderen wird danach gefragt, wie selbstständig er beim Essen und Trinken ist, sowie nach der Kontinenz. Kann er Nahrung klein schneiden, Wasser in ein Glas gießen? Kommt er gegebenenfalls mit dem Harnkatheter zurecht? Das Bewertungsschema ist differenzierter als bei den ersten drei Modulen: „Selbstständig“ bedeutet keinen

Punkt, „überwiegend selbstständig“ führt je nach Kriterium zu einem bis drei Punkten, „überwiegend unselbstständig“ zu zwei bis sechs Punkten und „unselbstständig“ zu drei bis neun Punkten. Insgesamt sind es 13 Kriterien, im äußersten Fall gibt es 54 Einzelpunkte.

Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen: Medikation, Injektionen, Verbandswechsel, Umgang mit Brillen, Hörgeräten und Prothesen, Messung von Blutzucker, Temperatur oder Flüssigkeitshaushalt – solche Anforderungen kommen bei Modul Nummer 5 zur Sprache. Außerdem fragt der Gutachter nach Arzt- und Therapeutenbesuchen. Er will wissen, bei welchen Maßnahmen der pflegebedürftige Mensch wie oft auf Hilfe angewiesen ist. Und auch, ob der Hausarzt Verhaltensregeln vorschreibt, etwa was die Ernährung betrifft.

Das Modul umfasst 16 Kriterien. Relevant sind Maßnahmen, die für einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten vorgesehen sind. Ihre Bewertung erfolgt spezifisch: Sie werden je nach Komplexität zusammengefasst, und es wird unterschieden, ob sie überwiegend täglich, überwiegend wöchentlich oder überwiegend mehrmals monatlich nötig sind. Aus den Häufigkeiten täglicher und wöchentlicher Maßnahmen wird jeweils der Durchschnitt ermittelt. Dieser wird mit Einzelpunkten bewertet, möglich sind jeweils drei. Anders das Schema für Maßnahmen, die überwiegend mehrmals pro Monat anstehen: Ausschlaggebend ist hier auch, wie viel Zeit sie kosten. Ein zweites Punktesystem bildet diese zeitlichen Aufwände sowie die Häufigkeiten ab. Dieses Zwischenergebnis wird in die Einzelpunktwertung übertragen. Bis zu sechs Einzelpunkte errechnen sich mit dem Schema. Hinzukommen schließlich bis zu drei Einzelpunkte aus der Beurteilung, inwieweit der Pflegebedürftige eine Diät oder andere krankheitsbedingte Verhaltensregeln selbstständig einhalten kann. Das ergibt für dieses Modul eine Höchstpunktzahl von 15.

Tipp: Im Gutachten selbst können Sie bei Modul 5 die kriterienspezifischen Einzelpunkte nicht ablesen, aufgeführt ist nur die Summe der Einzelpunkte. Bei den übrigen Modulen ist das anders.

Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte: Legt der Pflegebedürftige selbst fest, wann er etwa essen, baden oder ins Bett gehen will. Kann er sich selbst beschäftigen? Kann er über den Tag hinaus planen und Termine ins Auge zu fassen? Wie klappt die Kommunikation mit Angehörigen, Pflegern, Freunden und Bekannten? Diese und ähnliche Fragen sind in sechs Kriterien gebündelt. Der Gutachter beurteilt jeweils den Grad der Selbstständigkeit und vergibt null bis drei Punkte – insgesamt bis zu 16 Einzelpunkte.

Zusammen enthalten die sechs Module **64 Kriterien**. Der Gesetzgeber hat sie in der Anlage 1 des Sozialgesetzbuches XI (§ 15) aufgelistet: www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxi/anlage-1.

3. Von der Punktwertung zum Pflegegrad: So läuft die Berechnung

Die Beeinträchtigungen, die die Module widerspiegeln, wirken sich unterschiedlich auf den Pflegebedarf aus. Die Module werden daher bei der Berechnung des Pflegegrades individuell gewichtet. „Mobilität“ beispielsweise fällt mit zehn Prozent ins Gewicht. „Selbstversorgung“ zählt

mit 40 Prozent am meisten (siehe Tabelle 1). Um dies abzubilden, werden die Einzelpunkte jeweils nach einer fünfstufigen Skala in gewichtete Punkte übertragen. Von Modul 2 und 3 zählt immer nur eines der beiden, und zwar jenes, das am meisten gewichtete Punkte ergibt.

Alle gewichteten Punkte addiert, können bis zu 100 als Ergebnis stehen. Wer bei der Begutachtung mit weniger als

12,5 abschneidet, erhält keinen Pflegegrad. Den höchsten, Pflegegrad 5, gibt es ab 90 Punkten (siehe Tabelle 2).

Module	Gewichtung des Moduls	Punkte	Schweregrad der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder Fähigkeit				
			keine	geringe	erhebliche	schwere	schwerste
Modul 1: Mobilität	10 %	Einzelpunkte	0 - 1	2 - 3	4 - 5	6 - 9	10 - 15
		Gewichtete Punkte	0	2,5	5	7,5	10
Modul 2: kognitive und kommunikative Fähigkeiten	15 %	Einzelpunkte	0 - 1	2 - 5	6 - 10	11 - 16	17 - 33
Modul 3: Verhaltensweisen psychische Problemlagen		Einzelpunkte	0	1 - 2	3 - 4	5 - 6	7 - 65
Modul 2 oder Modul 3 (Es zählt das Modul, das die höhere Punktzahl erbringt)		Gewichtete Punkte	0	3,75	7,5	11,25	15
Modul 4: Selbstversorgung	40 %	Einzelpunkte	0 - 2	3 - 7	8 - 18	19 - 36	37 - 54
		Gewichtete Punkte	0	10	20	30	40
Modul 5: Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	20 %	Einzelpunkte	0	1	2 - 3	4 - 5	6 - 15
		Gewichtete Punkte	0	5	10	15	20
Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	15 %	Einzelpunkte	0	1 - 3	4 - 6	7 - 11	12 - 18
		Gewichtete Punkte	0	3,75	7,5	11,25	15

Gewichtete Punkte je nach Schweregrad der Beeinträchtigungen: Für jedes Modul werden im ersten Schritt die Einzelpunkte addiert. Aus den Summenwerten werden anhand der fünfstufigen Skala die gewichteten Punkte ermittelt (Quelle: Bundesministerium für Gesundheit).

Beispiel: Frau Müllers Einschränkungen werden in den Modulen 1 bis 6 mit folgenden Einzelpunkten bewertet: 4, 6, 2, 15, 2, 5. Gewichtet führt dies zu 5, 7,5, 20, 10, und 7,5 Punkten. (Die zwei Einzelpunkte aus Modul 3 fließen

nicht in die Berechnung, da die sechs Einzelpunkte aus Modul 2 mehr gewichtete Punkte bringen). In der Summe ergeben sich 50 gewichtete Punkte. Das bedeutet Pflegegrad 3.

Intervalle mit gewichteten Punkten	Pflegegrad	Einschätzung
ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkte	1	geringe Beeinträchtigungen
ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkte	2	erhebliche Beeinträchtigungen
ab 47,5 bis unter 70 Punkte	3	schwere Beeinträchtigungen
ab 70 bis unter 90 Punkte	4	schwerste Beeinträchtigungen
ab 90 bis 100 Gesamtpunkte	5	schwerste Beeinträchtigungen mit besonderen Anforderungen an die Pflege

Pflegegrade nach gewichteten Punkten: Die Intervalle sind unterschiedlich – von Pflegegrad 1 zu 2 sind es 14,5 Punkte, zum nächsthöheren dann jeweils mindestens 20 Punkte (Quelle: Bundesministerium für Gesundheit).

Tipps - rechnen Sie selbst: Keine Frage, das Punkteschema und die Berechnung des Pflegegrades sind vertrackt. Für jemanden, der sich notgedrungen zum ersten Mal damit befasst, ist das Ergebnis der Begutachtung schwer nachvollziehbar. Im Internet gibt es eine Reihe von kostenfrei nutzbaren Pflegegrad-Rechnern, bereitgestellt von Pflegeberatungsunternehmen, Vereinen und anderen Organisationen. Damit können Sie zur Orientierung Ihren eigenen Fall vor der Begutachtung durchspielen. Oder im Nachhinein testen,

welcher Pflegegrad herausgekommen wäre, wenn der Gutachter bei einzelnen Kriterien anders gewertet hätte.

Einen leicht zu handhabenden Rechner bietet etwa der Sozialverband VdK Deutschland. Den „VdK-Selbsteinschätzungsbogen mit Pflegegradrechner“ finden Sie auf der Website des Verbandes unter: https://www.vdk.de/deutschland/pages/pflege/74125/pflegebeduerftig_tipps_pflegebegutachtung_pflegegradrechner

4. Das zahlt die Pflegeversicherung

Ein Pflegegrad bedeutet Geld. Wie viel, das hängt nicht nur von dessen Höhe ab, sondern auch davon, wer pflegt und wo das geschieht. Die Versicherung unterscheidet zwischen häuslicher und vollstationärer Pflege. Wer zu Hause betreut wird, kann entweder Pflegegeld oder Pflegesachleistungen oder sogenannte Kombinationsleistungen in Anspruch nehmen (siehe Tabelle 3).

Pflegegeld zahlt die Versicherung, wenn Angehörige, Freunde, Bekannte oder ehrenamtliche Pfleger den Betroffenen in seinen vier Wänden versorgen. Das Geld wird dem Pflegebedürftigen überwiesen. Um **Pflegesachleistungen** handelt es sich, wenn ein professioneller Pflegedienst die Arbeit übernimmt. Der Pflegedienst stellt seine Leistungen direkt bei der Pflegekasse in Rechnung.

Beides lässt sich kombinieren, und das flexibel. Wer **Kombinationsleistungen** wählt, kann festlegen, zu welchem Prozentsatz er Pflegegeld und Sachleistungen abschöpft. **Ein Beispiel:** Im Fall von Pflegegrad 3 stehen 1.298 Euro für Sachleistungen oder 545 Euro als Pflegegeld zu Verfügung. Entscheidet man sich für 75 Prozent Sachleistungen (973,50 von 1.298 Euro), zahlt die Versicherung noch 25 Prozent des Pflegegeldes aus (136,25 von 545 Euro).

Wenn die Pflege zu Hause nicht ausreicht oder nicht im erforderlichen Umfang möglich ist – etwa weil die Angehörigen berufstätig sind –, stellt die Versicherung ab Pflegegrad 2 Geld für eine teilstationäre Versorgung bereit. Es ist genauso viel wie für ambulante Pflegesachleistungen. Die Leistungen für **Tages- und Nachtpflege** stehen zusätzlich zur Verfügung, sie werden nicht auf Pflegegeld und Sachleistungen angerechnet.

Pflegegrad	Pflegegeld (Euro)	Pflegesachleistungen (Euro)	Tages- und Nachtpflege (teilstationäre Versorgung) (Euro)	Entlastungsbetrag (Euro)	Vollstationäre Versorgung (Euro)
1	0	0	0	125	125
2	316	689	689	125	770
3	545	1.298	1.298	125	1.262
4	728	1.612	1.612	125	1.775
5	901	1.995	1.995	125	2.005

Die Leistungen der Pflegeversicherung je nach Pflegegrad (Quelle: Bundesministerium für Gesundheit; Stand: Mai 2019).

Die Pflegesätze für die **vollstationäre Versorgung** unterscheiden sich nicht stark von jenen für ambulante Sachleistungen. Bei Pflegegrad 2 und 4 ist der Satz zwölf beziehungsweise zehn Prozent höher, bei Pflegegrad 3 gibt es 34 Euro weniger. Egal welcher Pflegegrad, es ist ein Zuschuss zu den Pflegekosten im Heim. Selbst bezahlen muss jeder Heimbewohner den „einrichtungseinheitlichen Eigenanteil“. Nicht bezuschusst werden alle weiteren Kosten zum Beispiel für Verpflegung und Unterkunft.

Für Menschen mit Pflegegrad 1 zahlt die Versicherung allein einen Entlastungsbetrag bis zu 125 Euro. Oder in gleicher Höhe einen Zuschuss zur vollstationären Versorgung. Der **Entlastungsbetrag** ist zweckgebunden, er kann zum Beispiel in die ambulante Pflege oder stationäre Kurzzeitpflege fließen.

Darüber hinaus gibt es eine Reihe weiterer Leistungen der Versicherung, beispielsweise für **Pflegehilfsmittel** und **Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes**.

5. Wenn Widerspruch notwendig ist

Es gibt Fälle, da fühlen sich Menschen vor den Kopf gestoßen, wenn der Bescheid der Pflegekasse eintrifft. So wirklichkeitsfern erscheint das Ergebnis. Ein Widerspruch ist naheliegend. Viel öfter aber mischen sich Zweifel und Unsicherheit, wenn kein oder nur ein niedriger Pflegegrad herauskommt. Und es stellt sich die Frage, was tun?

Die Pflegekasse folgt bei ihrer Entscheidung in der Regel dem Gutachten des medizinischen Dienstes. Das Gutachten erhalten Pflegebedürftige zusammen mit dem Bescheid. Zu hinterfragen ist: Wo sind unter Umständen zu wenig Einzelpunkte zuerkannt worden? Woran kann das gelegen haben? Was hat der Gutachter nicht berücksichtigt? Und nicht zuletzt, ob augenscheinlich fehlende Punkte bei einer Neubewertung für einen höheren Pflegegrad ausreichen würden?

Der Widerspruch steht und fällt mit der Begründung. Die sollte ins Detail gehen. Beispiele aus dem Pflegealltag sollten verdeutlichen, an welchen Stellen das Gutachten ein unvollständiges oder fehlerhaftes Bild entstehen lässt. Wenn möglich, sollte man die Beispiele mit Aufzeichnungen des Pflegedienstes, ärztlichen Schreiben oder Nachweisen über Pflegehilfsmittel belegen. Eine solche Begründung erfordert Zeit. Zeit, die man sich nehmen sollte.

Denn zunächst genügt ein formloser schriftlicher Widerspruch ohne Angabe von Gründen. Dieses Schreiben muss **innen eines Monats** nach Erhalt des Bescheids bei der Pflegekasse eingehen. Darin sollte dann auch stehen, dass die Begründung nachgereicht wird.

Sehr häufig laufen Widersprüche darauf hinaus, dass der medizinische Dienst den Pflegebedürftigen ein zweites Mal begutachtet. Es kommt ein anderer Mitarbeiter. Gelangt der zu dem gleichen Ergebnis und weist die Pflegekasse den Widerspruch zurück, bleibt Betroffenen der Weg vor das Sozialgericht. Die Frist, innerhalb derer die Klage eingereicht werden muss, beträgt einen Monat.

Nach Angaben des MDK bestätigten Gutachter vergangenes Jahr bei 51 Prozent der Widerspruchsverfahren die ursprüngliche Einstufung. In 27 Prozent der Fälle sahen sie den Widerspruch als gerechtfertigt an und empfahlen einen anderen Pflegegrad. Bei 22 Prozent gaben sie eine neue Pflegegrad-Empfehlung ab, „weil sich der Hilfebedarf des Pflegebedürftigen zwischenzeitlich verändert hatte“.