

Voraussetzungen für Pflegeleistungen

Pflegeversicherung – Pflegekassen

Die Pflegeversicherung hat die Aufgabe, das Risiko der Pflegebedürftigkeit sozial teilweise abzuschließen. Die soziale Pflegeversicherung ist am 1. Januar 1995 in Kraft getreten. Zum 1. Januar 2017 führte das „Zweite Pflegestärkungsgesetz“ (PSG II) einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff, verbunden mit dem Ersatz der bisherigen drei Pflege„stufen“ durch passgenauere fünf Pflege„grade“ sowie ein neues Begutachtungsverfahren ein. Auch Rentner, die in der sozialen Pflegeversicherung versichert sind, müssen einen Beitrag entrichten. **Ihre Pflegekasse erreichen Sie bei Ihrer Krankenkasse. Oder** Informationen über: www.bundesgesundheitsministerium.de/Pflege **Bürgertelefon** 030 34.06.06.602

Pflegeberatung

Die Pflegekassen sind gesetzlich verpflichtet, die pflegebedürftige Person, pflegende Angehörige oder Ratsuchende zu beraten. Einige Pflegekassen beauftragen externe Dienstleister mit der persönlichen Pflegeberatung vor Ort. Zu den Aufgaben der Pflegeberater gehört es, über die vorgesehenen Sozialleistungen sowie über sonstige Hilfsangebote zu informieren und bei der Auswahl zu unterstützen. Relevante Fragestellungen sind dabei:

- Wie kann Pflege organisiert werden?
- Wo findet man Pflege- und Unterstützungsangebote?
- Was kosten diese?
- Wie können pflegende Angehörige Unterstützung und Entlastung erhalten?

Die Beratung erfolgt persönlich durch einen Pflegeberater bei Ihrer jeweiligen Pflegekasse, sie ist kostenfrei und muss auf Wunsch auch bei Ihnen zu Hause durchgeführt werden.

Adressen der Pflegeberatung von Kranken- und Pflegekassen (Auswahl)?

Voraussetzung für den Anspruch auf Leistungen ist, dass der

- Pflegebedürftige in den letzten zehn Jahren vor der Antragstellung mindestens zwei Jahre als Mitglied oder Familienangehöriger in der Pflegeversicherung versichert war.
- Pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung sind Menschen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb dauerhaft der Hilfe durch andere Personen bedürfen.
- Leistungen aus der Pflegeversicherung müssen bei der zuständigen Pflegekasse beantragt werden.

Diese beauftragt den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit der Begutachtung des Versicherten.

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

1. Mobilität - die körperliche Bewegungsfähigkeit
2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten - Verstehen und Reden
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen - Verhalten und Handeln
4. Selbstversorgung – wie Handlungen im Alltag noch bewerkstelligt werden können
5. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte - selbstständig den Tagesablauf

Am Ende des Begutachtungsverfahrens werden die gewichteten Punkte aller sechs Module addiert und der Pflegegrad bestimmt. Je mehr Punkte der Antragsteller zuerkannt bekommt, desto höher ist der Pflegegrad und desto mehr Pflegeleistungen werden durch die Pflegekasse genehmigt.

- Pflegegrad 1:** Geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit (12,5 bis unter 27 Punkte)
- Pflegegrad 2:** Erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit (bis unter 47,5 Punkte)
- Pflegegrad 3:** Schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit (bis unter 70 Punkte)
- Pflegegrad 4:** Schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit (bis unter 90 Punkte)
- Pflegegrad 5:** Schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung (90 bis 100 Punkte).

Eine Entscheidung über den Leistungsanspruch soll spätestens innerhalb von 25 Arbeitstagen erfolgen. In besonders gelagerten Fällen, in Eilfällen nach § 18 Abs. 3 SGB XI, sind kürzere Fristen von ein oder zwei Wochen vorgesehen. Erteilt die Pflegekasse den schriftlichen Bescheid über den Antrag nicht innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Eingang des Antrags, hat die Pflegekasse nach Fristablauf für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung unverzüglich 70 Euro an den Antragsteller zu zahlen, wenn sie die Verzögerung zu vertreten hatte.

Führen Sie ein Pflegetagebuch!

Mit dem Einsetzen einer Pflegebedürftigkeit sollte begonnen werden, ein Pflegetagebuch zu führen. Dies ist ein wichtiger Nachweis, um den Pflegebedarf zu belegen. Es sollte minuten genau festgehalten werden, wie viel Zeit einzelne Tätigkeiten in Anspruch nehmen. Dazu gehören die Körperpflege, die Mobilität, die Ernährung und die hauswirtschaftliche Versorgung. Zudem muss die Hilfeart, also ob eine teilweise Unterstützung, eine vollständige Übernahme, eine Beaufsichtigung oder eine Anleitung nötig ist, festgehalten werden. Ein Pflegetagebuch ist auch wichtig wenn der Antrag abgelehnt oder nicht in der vermeintlichen Stufe erfolgt.

Ablehnung des Antrags auf einen Pflegegrad

Wurde ein Pflegeantrag abgelehnt, aber eine Pflegebedürftigkeit ist eindeutig, so gibt es mehrere Möglichkeiten:

1. Der Folgeantrag: Ist eine Pflegebedürftigkeit noch nicht in dem Maße ausgeprägt, dass eine Pflegegrad bewilligt werden kann, so kann nach einiger Zeit und nach einer Zustandsverschlechterung ein Neuantrag gestellt werden.
2. Widerspruch einlegen: Nach dem Eingang eines negativen Pflegebescheides kann in einem Zeitraum von vier Wochen das Widerspruchsverfahren eingeleitet werden. Dazu sollten zunächst von der Pflegekasse das Pflegegutachten des MDK bzw. der Medicproof GmbH und eine umfassende Begründung für den Bescheid eingeholt werden. Anhand dieser Unterlagen kann der Widerspruch verfasst werden. Dieser wird dann von der Pflegekasse geprüft und es wird ein neuer Gutachter an den Antragsteller gesendet.
3. Klage einreichen: Eine weitere Möglichkeit nach der Ablehnung von Pflegeanträgen wäre das Einreichen einer Klage vor dem Sozialgericht. Für das beantragte neue Gutachten muss dann aber oft ein Kostenvorschuss von 350 bis 750 Euro geleistet werden. Nur wenn die Klage erfolgreich ist, erhält der Antragsteller die Kosten rückwirkend zurück.