

# Die Pflegeversicherung

## Antragstellung

## Voraussetzungen

## Leistungen

**Stand: Januar 2017**

## Die Antragstellung

Bevor Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch genommen werden können, müssen Sie einen Antrag bei Ihrer Pflegekasse stellen, welche bei der jeweiligen Krankenkasse angesiedelt ist.

Sie erhalten ein Antragsformular, was Sie ausgefüllt wieder an die Pflegekasse zurückschicken. Diesen Antrag leitet die Pflegekasse an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder - wenn dies nicht möglich ist – an einen anderen unabhängigen Gutachter weiter.

Die Gutachterin oder der Gutachter meldet sich dann schriftlich oder telefonisch bei Ihnen zu einem Hausbesuch an. Bei diesem Besuch wird ermittelt, ob die Voraussetzung der Pflegebedürftigkeit vorliegt und der jeweilige Pflegegrad festgelegt. Ebenfalls werden Empfehlungen zur Verbesserung der Wohnsituation, zu Hilfsmitteln und zu möglichen Rehabilitationsmaßnahmen gegeben.

***Tipp: Schildern Sie, mit welchen Problemen Sie in der Pflege zurechtkommen müssen und was Ihnen im Alltag Schwierigkeiten bereitet, ohne die Situation zu verharmlosen oder zu beschönigen.***

*Sorgen Sie dafür, dass eine vertraute Person bei der Begutachtung anwesend ist und halten Sie Krankenunterlagen, Befunde, ärztliche Atteste etc. bereit, um die Krankengeschichte aufzuzeigen.*

Die Pflegekasse schickt Ihnen anschließend einen Bescheid über das Ergebnis der Begutachtung und fügt auch das umfangreiche Gutachten bei.

Sie haben die Möglichkeit gegen diesen Bescheid innerhalb von 4 Wochen einen Widerspruch bei Ihrer Pflegekasse einzulegen, falls Sie mit der Entscheidung nicht einverstanden sind.

## Die Voraussetzungen

Nach dem Pflegeversicherungsgesetz sind Personen pflegebedürftig, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit 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 selbständig kompensieren oder bewältigen können.

**Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, in erheblichem oder höherem Maße bestehen.**

***Info: Patienten, die nach einer Krankenhausentlassung oder einer ambulanten Operation nur einige Wochen häuslicher bzw. stationärer Pflege bedürfen und danach wieder ohne Hilfe auskommen, erhalten keine Leistungen der Pflegeversicherung, aber möglicherweise Leistungen im Rahmen der Krankenversicherung (§ 37 Abs. 1a oder § 39c SGB 5) Beratung hierzu erhalten Sie durch den Sozialdienst im Krankenhaus.***

## Ermittlung des Pflegegrades

Für die Feststellung der 5 Pflegegrade wurde ein Begutachtungsbogen – das sogenannte „Neue Begutachtungsassessment (NBA)“ - entwickelt. Die Gutachter erheben damit den Grad der Selbstständigkeit in 8 Lebensbereichen und ermitteln unter Anwendung eines gesetzlich vorgegebenen Punkte- und Gewichtungssystems den Pflegegrad.

Es wird danach gefragt, was ein Mensch noch selbst kann und wobei er Hilfe benötigt. Berücksichtigt werden dabei nun nicht mehr nur körperliche Beeinträchtigungen, sondern auch geistige oder psychische Einschränkungen.

Maßgeblich für das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit und für die Feststellung eines Pflegegrades sind Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder Fähigkeitsstörungen in den nachfolgenden 6 Lebensbereichen, sog. Modulen:

### **1. Mobilität**

- z.B. Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Umsetzen, Treppensteigen

### **2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten**

- z.B. Verstehen und Reden, örtliche und zeitliche Orientierung

### **3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen**

- z.B. nächtliche Unruhe, Wahnvorstellungen, Abwehr pflegerischer Maßnahmen

### **4. Selbstversorgung**

- z.B. Körperpflege, Ernährung, Toilettengang, An- und Ausziehen

### **5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen**

- z.B. Medikation, Wundversorgung, Arztbesuche, Therapieeinhaltung

### **6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte**

- z.B. Gestaltung des Tagesablaufs, sich beschäftigen können

**Info:** Die Prüfergebnisse der Module **7. Außerhäusliche Aktivitäten** und **8. Haushaltsführung** werden nicht für die Einstufung der Pflegebedürftigkeit herangezogen. Sie ermöglichen den Pflegeberaterinnen und -beratern, die Pflegebedürftigen in Bezug auf weitere Angebote oder Sozialleistungen zu beraten oder einen individuellen Versorgungsplan zu erstellen.

In den 6 Lebensbereichen werden über 60 Einzelkriterien erfasst, für die jeweils der Grad der Selbständigkeit oder das Ausmaß von Problemen und Hilfebedarfen eingeschätzt wird.

Dies geschieht in den Modulen 1,2,4 und 6 in vier Abstufungen:

- |                              |                    |  |
|------------------------------|--------------------|--|
| 1. Selbständig               |                    | 1. Fähigkeit ist vorhanden                 |
| 2. Überwiegend selbständig   | <b><u>oder</u></b> | 2. Fähigkeit ist größtenteils vorhanden    |
| 3. Überwiegend unselbständig |                    | 3. Fähigkeit ist in geringem Maß vorhanden |
| 4. Unselbständig             |                    | 4. Fähigkeit ist nicht vorhanden           |

In Modul 3 und Modul 5 geht es um die Häufigkeit der Erforderlichkeit personeller Unterstützung.

Für jedes der begutachteten Kriterien in den einzelnen Lebensbereichen werden je nach Schweregrad der Beeinträchtigungen Punkte vergeben, zusammengezählt und nach einem bestimmten Rechenschema gewichtet. Denn entsprechend ihrer Bedeutung für den Alltag fließen die Ergebnisse aus den einzelnen Modulen unterschiedlich stark in die Berechnung des Pflegegrades ein. So erhält beispielsweise der Bereich Selbstversorgung mit 40 % mehr Gewicht als die Mobilität mit 10 %, oder die Gestaltung des Alltagslebens mit 15 %.

Eine Besonderheit ist, dass bei den Modulen 2 (Kognitive und kommunikative Fähigkeiten) und 3 (Verhaltensweisen und psychische Problemlagen) nicht beide Werte, sondern nur der höchste der beiden gewichteten Punktwerte in die Berechnung eingeht.

## Ermittlung des Pflegegrades - Übersicht

Bewertete Module		Beeinträchtigung der Selbständigkeit / Fähigkeit				
		keine 0	geringe 1	erhebliche 2	schwere 3	vollständige 4
<b>Modul 1</b> 10 % Mobilität	Einzelpunkte im Modul	0 - 1	2 - 3	4 - 5	6 - 9	10 - 15
	<b>Gewichtete Punkte</b>	<b>0</b>	<b>2,5</b>	<b>5</b>	<b>7,5</b>	<b>10</b>
<b>Modul 2</b> Kognitive und kommunikative Fähigkeiten 15 %	Einzelpunkte im Modul	0 - 1	2 - 5	6 - 10	11 - 16	17 - 33
	<b>Modul 3</b> Verhaltensweise und psychische Problemlagen	Einzelpunkte im Modul	0	1 - 2	3 - 4	5 - 6
<b>Höchster Wert aus Modul 2 oder Modul 3 Gewichtete Punkte</b>		<b>0</b>	<b>3,75</b>	<b>7,5</b>	<b>11,25</b>	<b>15</b>
<b>Modul 4</b> 40 % Selbstversorgung	Einzelpunkte im Modul	0 - 2	3 - 7	8 - 18	19 - 36	37 - 54
	<b>Gewichtete Punkte</b>	<b>0</b>	<b>10</b>	<b>20</b>	<b>30</b>	<b>40</b>
<b>Modul 5</b> 20 % Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits-oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	Einzelpunkte im Modul	0	1	2 - 3	4 - 5	6 - 15
	<b>Gewichtete Punkte</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>10</b>	<b>15</b>	<b>20</b>
<b>Modul 6</b> 15 % Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte	Einzelpunkte im Modul	0	1 - 3	4 - 6	7 - 11	12 - 18
	<b>Gewichtete Punkte</b>	<b>0</b>	<b>3,75</b>	<b>7,5</b>	<b>11,25</b>	<b>15</b>

unter 12,5 Punkten	12,5 - < 27 Punkte	27 - < 47,5 Punkte	47,5 - < 70 Punkte	70 - < 90 Punkte	90 - 100 Punkte
Kein Pflegegrad	Pflegegrad <b>1</b>	Pflegegrad <b>2</b>	Pflegegrad <b>3</b>	Pflegegrad <b>4</b>	Pflegegrad <b>5</b>

## Leistungen der Pflegeversicherung

Leistungen pro Monat	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
<b>Pflegegeld</b>	316,-€	545,-€	728,-€	901,-€
<b>Häusliche Pflegehilfe -Pflegedienst-</b>	689,-€	1.298,-€	1.612,-€	1.995,-€
<b>Tagespflege</b>	689,-€	1.298,-€	1.612,-€	1.995,-€
<b>Vollstationäre Pflege</b>	770,-€	1.262,-€	1.775,-€	2.005,-€
<b>Entlastungsbetrag</b>	125,-€	125,-€	125,-€	125,-€
<p><b>Bei Pflegegrad 1 besteht ebenfalls ein Anspruch auf Entlastungsbetrag in Höhe von 125 Euro monatlich. Hier kann er <u>ausnahmsweise</u> auch für die <u>Grundpflege</u> durch den Pflegedienst eingesetzt werden.</b></p>				

### **Kombination aus Pflegegeld und Pflegesachleistung \* Pflegegrad 2 – 5**

Der Bezug von Pflegegeld kann mit der Inanspruchnahme von Sachleistung, d.h. dem Einsatz eines Pflegedienstes, kombiniert werden.

### **Tagespflege / Nachtpflege in Kombination mit häuslicher Pflege \* Pflegegrad 2 – 5**

Die Leistungen der Tages- und Nachtpflege können **neben** der ambulanten Pflegesachleistung oder dem Pflegegeld in dem jeweiligen Pflegegrad in vollem Umfang in Anspruch genommen werden.

### **Kurzzeitpflege \* Pflegegrad 2 – 5**

Die Pflegekasse übernimmt pflegebedingte Aufwendungen in einer Pflegeeinrichtung für die Dauer von bis zu 8 Wochen im Kalenderjahr in Höhe von maximal 1.612,-€. Das bisher bezogene Pflegegeld wird zur Hälfte weiter gezahlt. Bis zu 50% des nicht verbrauchten Leistungsbetrags für Kurzzeitpflege (das sind bis zu 806,-€) können zusätzlich für Verhinderungspflege genutzt werden.

### **Leistungen bei Verhinderung der Pflegeperson \* Pflegegrad 2 – 5**

Bei Verhinderung der Pflegeperson kann für bis zu 6 Wochen im Kalenderjahr eine Ersatzpflegekraft in Anspruch genommen werden. Eine Kostenerstattung erfolgt bis zu einer Höhe von 1.612,-€.

Voraussetzung hierfür ist, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens 6 Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat.

Die Verhinderungspflege kann auch in einer Pflegeeinrichtung durchgeführt werden. In diesem Fall wird das bisher bezogene Pflegegeld zur Hälfte weiter gezahlt.

### **Pflegehilfsmittel und technische Hilfen \* Pflegegrad 1 – 5**

Die Pflegekassen übernehmen Aufwendungen für die zum Verbrauch bestimmten Hilfsmittel bis zu einem Betrag von 40,-€ monatlich. Für technische Hilfsmittel haben Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, eine Zuzahlung von 10%, jedoch max. 25,-€ zu leisten.

### **Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes \* Pflegegrad 1 – 5**

Zu pflegebedingten Umbaumaßnahmen in der Wohnung können Zuschüsse bis zu 4.000,-€ gewährt werden. In Wohngruppen ist dieser Zuschuss auf 4 Anspruchsberechtigte begrenzt.

### **Förderung von Wohngruppen \* Pflegegrad 1 – 5**

Pflegebedürftige in selbstorganisierten Wohngruppen erhalten eine Pauschale von 214,-€ monatlich pro Bewohner bzw. Bewohnerin zur Finanzierung einer Person, die pflegerische und hauswirtschaftliche Alltagshilfen leistet. Für die Gründung einer Wohngemeinschaft gibt es einmalig 2500,-€, max. 10.000,-€ pro Gruppe. Voraussetzung für diese Zahlungen ist, dass mindestens 3, höchstens 12 Pflegebedürftige zusammen wohnen.

### **Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistung \* Pflegegrad 1 – 5**

Pflegebedürftige in häuslicher Pflege haben Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro pro Monat. Dieser Entlastungsbetrag ist keine pauschale Geldleistung, sondern kann nur zweckgebunden eingesetzt werden. Er dient der Erstattung von Aufwendungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Tages- oder Nachtpflege, Kurzzeitpflege, Leistungen der ambulanten Pflegedienste im Bereich der Betreuung oder hauswirtschaftliche Versorgung. Außerdem kann er für Leistungen durch nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag eingesetzt werden. Beträge, die in einem Monat nicht ausgeschöpft werden, können innerhalb des jeweiligen Kalenderjahres in die Folgemonate übertragen werden. Nicht verbrauchte Beträge können noch bis in das darauffolgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.

Angaben ohne Gewähr