

Verbraucherinformation

Nr. 2 Pflegeversicherung SGB XI

Anspruchsvoraussetzungen

Wenn ein Mensch jeden Tag mehr als 45 Minuten Hilfe bei der

- Körperpflege
- Mobilität innerhalb der Wohnung
- Nahrungsaufnahme

und zusätzlich mehrfach in der Woche bei der hauswirtschaftlichen Versorgung (im Tagesdurchschnitt 45 Minuten) benötigt, hat er Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung.

Die Pflegebedürftigkeit im Sinne des Gesetzes muss auf Dauer – voraussichtlich für mindestens 6 Monate – gegeben sein.

Antragstellung

Das Antragsformular ist bei der zuständigen Kranken-/Pflegekasse erhältlich. Es muss vom Pflegebedürftigen selbst oder von seinem gesetzlichen Vertreter unterschrieben werden. Die Pflegekasse beauftragt den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) ein Gutachten zu erstellen. Dazu meldet sich ein Gutachter zu einem Hausbesuch an, um vor Ort den Umfang und die Art des Hilfebedarfes zu ermitteln.

Begutachtung

Die Pflegeperson oder eine Vertrauensperson sollte bei der Begutachtung unbedingt anwesend sein. Ist dieses zum vorgeschlagenen Termin nicht möglich, kann der Termin telefonisch verlegt werden. Es sollten alle Unterlagen bereitgelegt werden, die es dem Gutachter ermöglichen, sich ein Bild von der individuellen Pflegesituation zu machen. Das Führen eines Pflegetagebuches im Vorfeld der Begutachtung ist sehr sinnvoll. Entsprechende Vordrucke stellt die Pflegekasse zur Verfügung.

Entscheidend für die spätere Gewährung oder Ablehnung einer Pflegestufe ist der Hilfebedarf, die Unterstützung durch eine Pflegeperson bei der körperbezogenen Pflege (Grundpflege) sowie bei der hauswirtschaftlichen Versorgung.

Begutachtungsfristen

Über einen Antrag zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit muss die Pflegekasse innerhalb einer bestimmten Frist entscheiden. Die Frist ist abhängig vom Aufenthaltsort des Antragstellers und von der Beantragung von Pflegezeit. Sie beträgt:

- 5 Wochen, wenn sich der Antragsteller zu Hause befindet.
- 2 Wochen, wenn sich der Antragsteller zu Hause befindet und ein Angehöriger Pflegezeit beantragt hat.
- 1 Woche, wenn sich der Antragssteller im Krankenhaus, in einer stationären Reha-Einrichtung oder in einem Hospiz befindet oder wenn er eine ambulante Palliativversorgung erhält.

Einstufung

Über das Ergebnis der Begutachtung informiert der Gutachter die Pflegekasse. Diese schickt anschließend den Bescheid über die Zuerkennung der Pflegestufe I, II bzw. III oder die Ablehnung dem Pflegebedürftigen zu, wogegen er innerhalb eines Monats Widerspruch einlegen kann.

Leistungen

Der Pflegebedürftige entscheidet selbst, wer für ihn die notwendigen Hilfen leisten soll. Wenn ihm ausschließlich Angehörige oder andere Privatpersonen helfen, sollte die Geldleistung in Anspruch genommen werden. Die Pflegekasse überweist dann entsprechend der festgestellten Pflegestufe monatlich ein Pflegegeld an den Pflegebedürftigen. Wenn eine Vereinbarung zur Pflege mit einer Privatperson getroffen wurde, ist es unter Umständen möglich, dass für diese Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung und zur Unfallversicherung gezahlt werden.

Beauftragt der Pflegebedürftige einen Pflegedienst und schließt mit diesem einen Pflegevertrag über bestimmte Leistungskomplexe ab, erhält er die Pflegesachleistung. Die Pflegekasse rechnet dann direkt mit dem Pflegedienst ab.

Natürlich hat jeder Pflegebedürftige auch die Möglichkeit, Hilfe von Laien und Fachkräften als Kombinationsleistung in Anspruch zu nehmen.

Menschen mit einem erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf (z.B. demenzkranke, psychisch kranke oder geistig behinderte Menschen) können auf Antrag gegebenenfalls einen zusätzlichen Betrag in Höhe von 100 – 200 € pro Monat für die Nutzung von Betreuungsangeboten zur Entlastung von pflegenden Angehörigen in Anspruch nehmen (siehe Verbraucherinformation Nr. 4 Leistungen für Menschen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf).

Außerdem bieten Pflegekassen Pflegepersonen kostenlose Schulungskurse an.

Für die vollstationäre Pflege in Behinderteneinrichtungen gelten spezielle Regelungen. Zum Beispiel zahlt die Pflegekasse pauschal 10 % des Heimentgelts der vollstationären Pflegeeinrichtung für Pflegeaufwendungen, maximal jedoch 256,- € monatlich.

Stufen der Pflegebedürftigkeit (§15)	Hilfebedarf	Zeitaufwand insgesamt	davon Grundpflege	Geldleistung für private Pflegeperson (§ 37)	Sachleistung durch Sozialstation (§ 36)	bei stationärer Unterbringung (§ 43)
Pflegestufe 1: Erheblich Pflegebedürftige	tägliche Hilfe für mindestens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen der Grundpflege und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung	90 Min. Tagesdurchschnitt in der Woche	mehr als 45 Min.	ab 2010: 225 € ab 2012: 235 €	ab 2010: 440 € ab 2012: 450 €	1.023 €
Pflegestufe 2: Schwerpflegebedürftige	3 x täglich Hilfe bei der Grundpflege zu verschiedenen Tageszeiten und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung	mind. 3 Std. Tagesdurchschnitt in der Woche	mind. 2 Std.	ab 2010: 430 € ab 2012: 440 €	ab 2010: 1.040 € ab 2012: 1.100 €	1.279 €
Pflegestufe 3 : Schwerstpflegebedürftige	Hilfe bei der Grundpflege täglich rund um die Uhr auch nachts und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung	mind. 5 Std. Tagesdurchschnitt in der Woche	mind. 4 Std.	ab 2010: 685 € ab 2012: 700 €	ab 2010: 1.510 € ab 2012: 1.550 € (in Härtefällen jeweils 1.918)	ab 2010: 1.510 (1.825*) € ab 2012: 1.550 (1.918*) € (* in Härtefällen)

Wenn Sie sowohl Geldleistungen als auch Sachleistungen in Anspruch nehmen wollen, können Sie „Kombinationsleistungen“ beantragen. Dann rechnet die Sozialstation die Sachleistungen mit der Pflegekasse ab und Sie erhalten danach prozentual anteiliges Pflegegeld.

**Weitergehend beraten Sie gern die MitarbeiterInnen der
Kordinierungsstellen Rund ums Alter unter der**

Service-Nr.: 0180-59 500 59, Mo-Fr in der Zeit von 9.00 – 18.00 Uhr