

Für wen Pflege? und wer zahlt?

Bei meinem Vortrag auf dem Patientenkongress im Juli 2017 in Altötting ging es um die neuen Pflegegrade, die Beantragung und die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit. ,

Das **Pflegestärkungsgesetz (PSG II)** ist im Sozialgesetzbuch Elf (SGB XI) §140 verankert. Der Pflegebedürftigkeitsbegriff wurde im Zuge der Pflegereform 2016/17 neu definiert. Bis dahin wurde Pflegebedürftigkeit anhand von Pflegeminuten bestimmt. Hierbei ging es nur um Körperpflege, Mobilität und Ernährung. Haushaltsunterstützende Maßnahmen und sozialpflegerische Aspekte wurden nicht berücksichtigt. Anstelle der Pflegeminuten wird nun ein Punktesystem von 0-100 verwendet. Den Beeinträchtigungen sind Punktwerte zugeordnet, jedoch werden die verschiedenen Module dazu prozentual unterschiedlich bewertet.

| Pflegegrad | Einstufungskriterien | Punkte |
|-------------------|--|-----------------------|
| Pflegegrad 1 | Geringe Beeinträchtigung der Selbständigkeit | 12,5 -27 Punkte |
| Pflegegrad 2 | Erhebliche Beeinträchtigung der Selbständigkeit | 27 - 47,5 Punkte |
| Pflegegrad 3 | Schwere Beeinträchtigung der Selbständigkeit | 47,5 - 70 Punkte |
| Pflegegrad 4 | Schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit | 70 - 90 Punkte |
| Pflegegrad 5 | Schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung | 90 - 100 Punkte |

Erstellt Margrit Selle 2016

Wie krank muss ich sein um Unterstützung zu erhalten?

Wer im Alltag eingeschränkt ist, Unterstützung bei der Grundpflege als auch Pflegehilfsmittel, psychosoziale und/oder haushaltsunterstützende Maßnahmen braucht, sollte eine Begutachtung durch den MDK (**M**edizinischer **D**ienst der **K**rankenkasse) ins Auge fassen.

Wo stelle ich meinen Antrag?

Pflegegeld und andere Kostenerstattungen müssen durch einen Antrag bei der Pflegeversicherung gestellt werden. Träger der Pflegeversicherung ist in der Regel der Träger der Krankenversicherung. Rufen Sie Ihre Krankenkasse (KK) an und bitten um Zusendung des Antrages zur Pflegegutachtung. Lassen Sie sich auch die Kriterien zur Begutachtung mitschicken. Sie können selbst als betroffene Person einen Antrag stellen oder aber ein Bevollmächtigter bzw. gesetzlicher Betreuer. In diesem Fall bitte den Betreuungsausweis bzw. die Vollmacht in Kopie beifügen. Bei Kindern und Jugendlichen stellen den Antrag die gesetzlichen Vertreter, das sind meist die Eltern.

Der Zeitpunkt des Antrags ist für den Leistungsbeginn entscheidend! Der Leistungsbescheid wird von der Pflegekasse erstellt. Der MDK gibt dazu seine sozialmedizinischen Empfehlungen in einem Gutachten vor.

Welche Unterlagen werden gebraucht?

Zunächst reicht der Antrag zum Einsenden. Es sollten jedoch Arztberichte, Medikamentenplan und sonstige Befunde zusammengetragen werden, um sie dem Gutachter vom MDK vorzulegen. Nach § 630g BGB (**B**ürgerliches **G**esetz**b**uch) hat jeder Patient das Recht, seine Unterlagen bei den behandelten Ärzten einzufordern. Kopierkosten können allerdings anfallen.

Welche Unterstützungen gibt es noch?

Da gibt es die schon oben erwähnten Pflegehilfsmittel, die ab Pflegegrad 1 im Wert von 40 Euro erstattet werden. Dazu zählen Gebrauchsmittel wie Einmalhandschuhe, Schutzschürzen, Bettschutzeinlagen, Einlagen bei Inkontinenz, Desinfektionsmittel, um nur ein paar zu nennen.

Ein Hausnotruf zählt ebenfalls zu den Pflegehilfsmitteln, bei denen die monatliche Grundgebühr, je nach Krankenkasse, übernommen wird.

Technische Pflegehilfsmittel wie Rollatoren, Inhaliergeräte, Duschhocker etc. fallen nicht unter die Zuständigkeit der Pflegekassen. Diese können vom Arzt verschrieben und bei der jeweiligen KK beantragt werden.

Die einzelnen Geldleistungen steigen je nach Pflegegrad. Pflegegeld erhalten Versicherte, die zuhause von Angehörigen, Freunden oder Bekannten gepflegt werden.

Pflegesachleistungen können von ambulanten Pflegediensten für die Grundpflege erbracht werden, die diese direkt mit der KK/dem Kostenträger abrechnen.

Zusätzlich gibt es bei den Pflegesachleistungen eigene Sätze für die Voll- und Teilstationäre Pflege/Versorgung.

Hier eine Übersicht zu den Pflegeleistungen:

| Pflegegrad | Pflegesachleistungen | Pflegegeld | Tages- und Nachtpflege | Vollständige Pflege |
|--------------|----------------------|------------|------------------------|---------------------|
| Pflegegrad 1 | – | – | – | Zuschuss von 125 € |
| Pflegegrad 2 | 689€ | 316€ | 689€ | 770€ |
| Pflegegrad 3 | 1.298€ | 545€ | 1.298€ | 1.262€ |

| | | | | |
|--------------|--------|------|--------|--------|
| Pflegegrad 4 | 1.612€ | 728€ | 1.612€ | 1.775€ |
| Pflegegrad 5 | 1.995€ | 901€ | 1.995€ | 2.005€ |

Quelle: <https://sanubi.de/content/pflegegrade>

Verschiedene Leistungen wie Tages- und Nacht-, Verhinderungs- und Kurzzeitpflege sind auch zu kombinieren. Den Leistungsanspruch der Kurzzeitpflege wird Pflegebedürftigen ab Pflegegrad 2 bis Pflegegrad 5 gewährt und zwar mit 1612,- Euro für bis zu acht Wochen innerhalb eines Kalenderjahres. Wird im laufenden Jahr keine Kurzzeitpflege in Anspruch genommen, kann Verhinderungspflege von maximal 1612,-Euro für innerhalb eines Kalenderjahres beantragt werden.

Ferner gibt es noch die Mobilitätshilfe und die Wohnraumanpassung.

Autor:
Margrit Selle
Dipl.-Pflegerin

