



Informationsblatt Nr. 2

Kriterien der Pflegebedürftigkeit – Leistungen der Pflegeversicherung

Sind Menschen durch eine körperliche, geistige oder seelische Erkrankung in ihren Fähigkeiten und ihrer Selbständigkeit eingeschränkt, gelten sie als pflegebedürftig. Dauert der Hilfebedarf voraussichtlich länger als sechs Monate an, können sie Unterstützung durch Leistungen der Pflegeversicherung bekommen.

Wie stellt man einen Antrag? Wie bekommt man ein Beratungsgespräch?

Das Antragsformular ist bei der zuständigen Kranken-/Pflegekasse erhältlich. Nachdem der Antrag gestellt wurde, muss die Pflegekasse Informationen zur kostenlosen Beratung bei einem Pflegestützpunkt, einer Mitarbeiterin oder einem Mitarbeiter vermitteln.

Wann bekommt man den Bescheid?

Die Pflegekasse entscheidet innerhalb von 5 Wochen über die Pflegebedürftigkeit. Es gibt Ausnahmen bei dringenden Fällen. Wir empfehlen daher, sich in schwierigen Situationen an einen Pflegestützpunkt zu wenden.

Wie wird der Pflegegrad festgelegt?

Nach Antragstellung beauftragt die Pflegekasse den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung e.V. (MDK). Die Gutachter des MDK melden sich zu einem Hausbesuch an, um zu sehen, ob und welche Hilfe benötigt wird. Freunde, Familie oder Pflegeperson sollten bei der Begutachtung möglichst anwesend sein. Es sollten Unterlagen (Diagnosen, Medikamentenplan, Befunde) bereitgelegt werden, um es den Gutachtern leichter zu machen, den Pflegegrad zu erkennen.

Entscheidend für den Pflegegrad ist, wie stark die Person im Alltag eingeschränkt ist. In sechs Bereichen (Modulen) wird der Grad der Selbstständigkeit untersucht und durch ein Punktesystem (siehe Tabelle Seite 2) bewertet. Die Teilbereiche sind:

1. Mobilität
2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
4. Fähigkeit zur Selbstversorgung
5. Eigene Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Beispiel: Die Kriterien im Bereich „Mobilität“ sind Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnung und Treppensteigen.

Die Leistungen im Überblick

Leistung	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
Geldleistung ambulant (privat), monatlich	-	316 €	545 €	728 €	901 €
Sachleistung ambulant (Pflegedienst), monatlich	-	689 €	1.298 €	1.612 €	1.995 €
Entlastungsbetrag, monatlich (Infoblatt 4)	125 €	125 €	125 €	125 €	125 €
Wohnraumanpassung (Infoblatt 16)	4.000 €	4.000 €	4.000 €	4.000 €	4.000 €
Kurzzeitpflege jährlich (Infoblatt 8)	-	1.612 €	1.612 €	1.612 €	1.612 €
Verhinderungspflege jährlich (Infoblatt 8)	-	1.612 €	1.612 €	1.612 €	1.612 €
Tagespflege, monatlich (Infoblatt 9)	-	689 €	1.298 €	1.612 €	1.995 €
Pflegehilfsmittel zum Verbrauch, monatlich (Infoblatt 17)	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €
Wohngruppenzuschlag, monatlich (Infoblatt 29)	214 €	214 €	214 €	214 €	214 €
Pflegeberatung	ja	ja	ja	ja	ja
Beratungseinsatz zu Hause (auch bei Nutzung der Sachleistung möglich)	½ jährlich freiwillig	½ jährlich	½ jährlich	¼ jährlich	¼ jährlich
Pflegekurse für Pflegende	Ja	ja	ja	ja	ja
Stationär (Pflegeheim), monatlich (Infoblatt 11)	125 €	770 €	1.262 €	1.775 €	2.005 €

Die Kriterien werden von den Gutachtern in einem Punktesystem eingeordnet. Die festgestellten Punkte in einem Modul werden in gewichtete Punkte umgerechnet. Die Gesamtzahl der gewichteten Punkte ergibt die Höhe des Pflegegrades (PG).

Gewichtete Punkte:					
0 bis 12,4	12,5 bis 26,9	27 bis 47,4	47,5 bis 69,9	70 bis 89,9	90 bis 100
Kein PG	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5

Über das Ergebnis der Begutachtung informieren die Gutachter die Pflegekasse. Diese schickt anschließend den Antragsstellenden eine Zu- oder Absage. Gegen den Entscheid kann innerhalb eines Monats Widerspruch eingelegt werden. Mittels des zugesandten Gutachtens kann geprüft werden, ob die Gutachter die Situation vollständig und richtig eingeschätzt haben.

Leistungen bei häuslicher Pflege

Die Pflegebedürftigen entscheiden grundsätzlich selbst, wer ihnen helfen soll. Wenn ausschließlich Freunde und Familie helfen, sollte die Geldleistung in Anspruch genommen werden. Die Pflegekasse überweist dann entsprechend dem festgestellten Pflegegrad monatlich ein Pflegegeld. Wird ein Pflegedienst beauftragt, kann er in Höhe des entsprechenden Sachleistungsbetrages mit der Pflegekasse abrechnen. Bedürftige, die Pflegegeld beziehen, müssen regelmäßig 2 oder 4 mal im Jahr (je nach Pflegegrad) eine professionelle Beratung bei sich zu Hause in Anspruch nehmen. Die Beratung soll die Pflegequalität sichern sowie eine Hilfestellung und praktische Unterstützung bieten. Die Kosten werden von der Pflegekasse übernommen. Wird die Beratung nicht abgerufen, kann jedoch das Pflegegeld gekürzt oder, im Wiederholungsfall, ganz entzogen werden. Natürlich haben die Pflegebedürftigen auch die Möglichkeit, Hilfe von Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn (Geldleistung) und Pflegediensten (Sachleistung) gemeinsam in Anspruch zu nehmen (Kombinationsleistung).

Weiterhin wird ein Grundpaket für den Hausnotruf von der Pflegekasse unter bestimmten Voraussetzungen bezahlt (siehe Informationsblatt Nr. 19).

Umwandlung von Leistungen

Es ist möglich, 40% der Sachleistung in Betreuungs- und Entlastungsleistungen umzuwandeln. Hier können dann statt der Grundpflege Betreuungsleistungen und hauswirtschaftliche Hilfen in Anspruch genommen werden (siehe Informationsblatt Nr. 4).

Gerne beraten Sie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegestützpunktes

Kostenlose Servicenummer 0800 5950059

www.pflegestuetzpunkteberlin.de

Träger der Pflegestützpunkte sind das Land Berlin sowie die Pflege- und Krankenkassen in Berlin