

Informationsblatt Nr. 2

Kriterien der Pflegebedürftigkeit

Personen mit körperlicher, geistiger oder seelischer Erkrankung sind ihren Möglichkeiten eingeschränkt. Sie brauchen Hilfe und bekommen diese oft durch die Pflegeversicherung. Hilfe muss in der Zukunft wahrscheinlich noch länger als sechs Monate dauern.

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

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

Wann bekommt man den Bescheid?

Die Pflegekasse entscheidet meistens innerhalb von fünf 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) oder andere Gutachter. Die Gutachter 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 (z.B. 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 beschränkt ist.

Über das Ergebnis informiert der Gutachter die Pflegekasse. Diese schickt anschließend dem Antragsstellenden eine Zu- oder Absage. Dagegen kann innerhalb eines Monats Widerspruch eingelegt werden. Der Pflegegrad kann mit dem Gutachten überprüft werden.

In sechs Bereichen wird der Grad der Selbstständigkeit untersucht und durch ein Punktesystem (siehe Tabelle S.2) bewertet. Die Teilbereiche umfassen:

1. Mobilität
2. Verstehen und Sprechen
3. Verhalten und psychische Probleme
4. Eigene Fähigkeit, sich zu versorgen
5. Eigene Bewältigung von Belastungen durch Krankheiten oder Therapie
6. Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte

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

Die Kriterien werden vom Gutachten in einem Punktesystem eingeordnet, woraus sich die schwere des Pflegegrades („PG“) ergibt:

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

Leistungen:

Die Bedürftigen 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, erhält er das Geld. Der Pflegedienst rechnet die erbrachten Leistungen mit der Pflegekasse ab.

Der Eigenanteil innerhalb der stationären Einrichtungen wird einheitlich ermittelt, unabhängig vom Pflegegrad. Dazu kommen die Kosten für Unterkunft, Verpflegung und die Investitionskosten (siehe S. 11)

Bedürftige, die Pflegegeld beziehen, müssen regelmäßig 2-4 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 Freunden und Nachbarn (Geldleistung) und Pflegediensten gemeinsam in Anspruch zu nehmen.

Gerne beraten Sie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegestützpunktes

Kostenfreie Servicenummer: 0800 5950059

www.pflegestuuetzpunkteberlin.de

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

Die Leistungen im Überblick:

Leistung pro Monat	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
Geldleistung ambulant (privat)	-	316 €	545 €	728 €	901 €
Sachleistung ambulant (Pflegedienst)	-	689 €	1.298 €	1.612 €	1.995 €
Stationär (Pflegeheim) (Infoblatt 11)	125 €	770 €	1.262 €	1.775 €	2.005 €
Entlastungsbetrag (Infoblatt 4)	125 €	125 €	125 €	125 €	125 €
Wohnraumanpassung einmalig (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)	-	1.1612 €	1.1612 €	1.1612 €	1.1612 €
Tagespflege (Infoblatt 9)	-	689 €	1.298 €	1.612 €	1.995 €
Pflegehilfsmittel (Infoblatt 17)	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €
Wohngruppenzuschlag (Infoblatt 29)	214 €	214 €	214 €	214 €	214 €
Pflegeberatung	ja	ja	ja	ja	ja
Beratungseinsatz zu Hause	Kann ½ jährlich	Ja ½ jährlich	Ja ½ jährlich	Ja ¼ jährlich	Ja ¼ jährlich
Pflegekurse für Pflegende	ja	ja	ja	ja	ja