



Informationsblatt Nr. 2

Pflegeversicherung SGB XI

Menschen die aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung auf fremde Hilfe angewiesen sind, haben unter Umständen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung.

Anspruchsvoraussetzungen:

Wenn ein Mensch jede Woche tagesdurchschnittlich mehr als 45 Minuten und für mindestens 6 Monate Hilfe benötigt bei der

- **Körperpflege:** Waschen, Duschen, Baden, Zahnpflege, Kämmen, Rasieren, Darm- und/ oder Blasenentleerung
- **Nahrungsaufnahme:** Mundgerechte Zubereitung der Nahrung, Nahrungsaufnahme
- **Mobilität innerhalb der Wohnung:** Aufstehen, Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen, Verlassen oder Wiederaufsuchen der Wohnung (nur im Zusammenhang mit solchen Verrichtungen außerhalb der Wohnung, die unumgänglich sind und das persönliche Erscheinen erfordern, zum Beispiel Arztbesuche).

und zusätzlich mehrfach Hilfe in der Woche (im Tagesdurchschnitt mindestens 44 Minuten) bei der

- **hauswirtschaftlichen Versorgung:** Einkaufen, Kochen, Abwaschen, Aufräumen; Reinigung der Wohnung; Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung, Heizen hat er Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung.

Antragstellung:

Das Antragsformular ist bei der zuständigen Kranken-/Pflegekasse erhältlich. Unmittelbar nach erstmaliger Antragstellung hat die Pflegekasse unter Angabe einer Kontaktperson einen Beratungstermin anzubieten, der innerhalb von zwei Wochen nach Antragstellung durchzuführen ist. Die Pflegekasse kann auch einen Beratungsgutschein ausstellen, der innerhalb von zwei Wochen eingelöst werden kann. Die Beratung dient der Information über sozialrechtliche Ansprüche und wohnortnahe Angebote.

Begutachtung:

Die Pflegekasse beauftragt den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung e.V. (MDK) oder andere unabhängige Gutachter zur Erstellung eines Gutachtens. Die Gutachter melden sich zu einem Hausbesuch an, um vor Ort den Umfang und die Art des Hilfebedarfes zu ermitteln. Die Pflegekasse ist verpflichtet, Antragstellern mindestens drei unabhängige Gutachter zu benennen, wenn die Begutachtung nicht durch den MDK erfolgt oder innerhalb von vier Wochen ab Antragstellung vom MDK nicht erfolgt ist.

Die Pflegeperson oder eine Vertrauensperson sollten bei der Begutachtung möglichst anwesend sein. Es sollten Unterlagen bereitgelegt werden, die es den Gutachtern ermöglichen sich ein Bild von der individuellen Pflegesituation zu machen.

Auch das Führen eines Pfl egetagebuches im Vorfeld der Begutachtung ist sehr sinnvoll. Entsprechende Vordrucke stellt die Pflegekasse zur Verfügung. Die Pflegestützpunkte geben Hinweise zum Umgang mit dem Pfl egetagebuch.

Entscheidend für die Gewährung oder Ablehnung einer Pflegestufe ist der tägliche Hilfebedarf bei der körperbezogenen Pflege (Grundpflege) sowie bei der hauswirtschaftlichen Versorgung.

Pflegestufen	Hilfebedarf	Zeitaufwand	davon Grundpflege
0	täglicher Hilfebedarf	Unterhalb der Pflegestufe 1	Unter 45 Minuten
1	tägliche Hilfe für mindestens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen der Grundpflege, zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung	90 Minuten Tagesdurchschnitt in der Woche	mehr als 45 Minuten
2	3 x täglich Hilfe bei der Grundpflege zu verschiedenen Tageszeiten, zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung	Mind. 3 Stunden Tagesdurchschnitt in der Woche	mind. 2 Stunden
3	Hilfe bei der Grundpflege täglich rund um die Uhr, auch nachts. Zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung	Mind. 5 Stunden Tagesdurchschnitt in der Woche	mind. 4 Stunden

Bearbeitungs- und Begutachtungsfristen:

Über einen Antrag zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit muss die Pflegekasse in der Regel innerhalb von 5 Wochen entscheiden. Folgende Fristen gelten hier diesbezüglich:

- **fünf** Wochen, wenn sich die Antragsteller zu Hause befinden.
- **zwei** Wochen, wenn sich die Antragsteller zu Hause befinden und Angehörige Pflegezeit oder Familienpflegezeit beantragt haben.
- **eine** Woche, wenn die Antragsteller ambulant-palliativ versorgt werden oder wenn sie sich im Krankenhaus, in einer stationären Reha-Einrichtung oder in einem Hospiz befinden und nicht mehr in die Häuslichkeit zurückkehren können.

Einstufung:

Über das Ergebnis der Begutachtung informiert der Gutachter die Pflegekasse. Diese schickt anschließend den Bescheid über die Zuerkennung der Pflegestufe oder die Ablehnung den Pflegebedürftigen zu. Hiergegen kann innerhalb eines Monats Widerspruch eingelegt werden.



Erteilt die Pflegekasse den schriftlichen Bescheid nicht innerhalb der oben genannten Begutachtungsfristen, hat die Pflegekasse nach Fristablauf für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung unverzüglich 70 € an die Antragsteller zu zahlen. Dies gilt nicht, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder wenn sich der Antragsteller in stationärer Pflege befindet und bereits eine Pflegestufe (Pflegestufe 0 - 3) hat.

Leistungen:

Die Pflegebedürftigen entscheiden grundsätzlich selbst, wer für sie die notwendigen Hilfen leisten soll. Wenn ihnen 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 die Pflegebedürftigen. Wird ein Pflegedienst beauftragt erhält er die Pflegesachleistung. Der Pflegedienst rechnet die erbrachten Leistungen (Leistungskomplexe oder künftig auch Zeiteinheiten) mit der Pflegekasse ab.

Pflegebedürftige, die Pflegegeld beziehen, müssen halbjährlich (bei Pflegestufe I und II), oder vierteljährlich (bei Pflegestufe III) eine professionelle Beratung in der eigenen Häuslichkeit abrufen. Die Beratung soll der Sicherung der Pflegequalität und der Hilfestellung und praktischen pflegefachlichen Unterstützung der ehrenamtlichen Pflegepersonen dienen. Die Kosten für die Beratung trägt die Pflegekasse. Wird die Beratung nicht abgerufen, kann das Pflegegeld gekürzt oder, im Wiederholungsfall, ganz entzogen werden.

Natürlich haben die Pflegebedürftigen auch die Möglichkeit, Hilfe von Laien und Fachkräften als Kombinationsleistung in Anspruch zu nehmen.

Pflegestufen	Geldleistung für private Pflegeperson (§37)	Sachleistung durch Sozialstation (§36)	Bei stationärer Versorgung im Pflegeheim
1	244,00 €	468,00 €	1.064,00 €
2	458,00 €	1.144,00 €	1.330,00 €
3	728,00 €	1.612,00 €	1.612,00 €

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 266 € monatlich. Die Pflegekasse bietet außerdem pflegenden Angehörigen und ehrenamtlich tätigen Pflegepersonen unentgeltlich Pflegeschulungskurse an.



Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz:

Menschen mit erheblichem allgemeinen Betreuungs- und Beaufsichtigungsbedarf bzw. Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (z.B. demenziell erkrankte Menschen, psychisch erkrankte Menschen oder geistig behinderte Menschen) können nach § 45a/b SGB XI auf Antrag gegebenenfalls einen zusätzlichen Betrag in Höhe von 104 / 208 € pro Monat für die Nutzung von Betreuungsangeboten zur Entlastung von pflegenden Angehörigen in Anspruch nehmen. Sie haben einen Anspruch auf Pflegegeld, Pflegesachleistung oder Kombinationsleistungen.

Mit den Pflegestufen 1-3 haben sie einen Anspruch auf erhöhte Geld- und/ oder Sachleistungen. (Siehe hierzu auch Informationsblätter Nr. 3 und Nr. 4)

Pflege-Stufe	Geld-Leistung	Sach-Leistung
0	123,00 €	231,00 €
1	316,00 €	689,00 €
2	545,00 €	1.289,00 €
3	728,00 €	1.612,00 €

Gerne beraten Sie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegestützpunktes

www.pflegestuuetzpunkteberlin.de

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