

Pflegeleistungen – welche Möglichkeiten gibt es?



Axel Neumann

Es geschieht fast immer unerwartet und häufig sind die Angehörigen unvorbereitet, wenn eine Person, ein naher Angehöriger, zum Pflegefall wird. Unser Experte, Rechtsanwalt Axel Neumann, zeigt Ihnen, welche Möglichkeiten es gibt.

Wenn es darum geht, Pflegeleistungen zu beantragen oder den Versicherten in einzelne Pflegestufen einzustufen zu lassen, fühlen sich die Versicherten selbst oder die Angehörigen von den Pflegeberatern der Pflegeversicherung oder dem hinzugezogenen Medizinischen Dienst oftmals überrannt und nicht richtig verstanden.

Dieser Beitrag soll einen Überblick geben, wann die Pflegeversicherung eintrittspflichtig ist, welche Pflegeleistungen gewährt werden und wieviel Pflegegeld in den einzelnen Pflegestufen gezahlt wird.

1 Wann gewährt die Pflegeversicherung Leistungen?

Die Pflegeversicherungen gewähren **auf Antrag** der/s Versicherten Leistungen zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit.

Kostenträger sind hierbei die soziale Pflegekasse, sowie private Versicherungsunternehmen wie die private Pflegepflichtversicherung. Die Leistungen der Pflegeversicherung sind **Dienst-, Sach- und Geldleistungen**. Art und Umfang der Leistungen richten sich nach der Schwere der Pflegebedürftigkeit und danach, ob häusliche, teilstationäre oder stationäre Pflege in Anspruch genommen wird.

Voraussetzung für die Gewährung von Pflegeleistungen ist, dass der Versicherte pflegebedürftig ist. Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen oder wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, **voraussichtlich für mindestens 6 Monate**, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.

Hierbei steht demnach ein Prognosemoment im Vordergrund. Die Pflegekasse hat über die Voraussetzung der Dauerhaftigkeit der Pflegebedürftigkeit im Wege einer fach-

lichen Prognose zu entscheiden. Maßgeblich ist stets **die Prognose im Zeitpunkt der Antragstellung**.

Außerdem erforderlich ist das Vorliegen der **Hilfebedürftigkeit**. Die Hilfe muss in Form der Unterstützung bei den pflegerelevanten Verrichtungen des täglichen Lebens, der teilweisen oder vollständigen Übernahme dieser Verrichtungen, der Beaufsichtigung der Ausführung oder/und der Anleitung zur Selbstvornahme durch die Pflegeperson erforderlich sein. Dabei hat die Pflegeversicherung die Pflicht, mit ihren Leistungen vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn zu unterstützen. Gewöhnliche und wiederkehrende Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens werden in vier Bereiche untergliedert: **die Körperpflege, die Ernährung, die Mobilität und die hauswirtschaftliche Versorgung**. Die ersten drei Bereiche zählen zur Grundpflege.

Verrichtungen in diesem Sinne sind

› im Bereich der **Körperpflege** als Grundpflege

- das Waschen,
- das Duschen,
- das Baden,
- die Zahnpflege,
- das Kämmen, das Rasieren
- die Darm- und Blasenentleerung;

› im Bereich der **Ernährung** als Grundpflege

- das mundgerechte Zubereiten
- die Aufnahme der Nahrung (nur die Hilfe bei der Nahrungsaufnahme selbst, die gesamte übrige Vorbereitung der Nahrungsaufnahme zählt zum Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung);

› im Bereich der **Mobilität** als Grundpflege

- das selbständige Aufstehen und zu-Bett-Gehen,
- das An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen, Liegen und Sitzen (einschließlich Umlagern) und
- das Verlassen und Wiederausuchen der Wohnung;

› im Bereich der **hauswirtschaftlichen Versorgung**

- das Einkaufen,
- das Kochen,
- das Reinigen der Wohnung,
- das Spülen,
- das Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung und
- das Beheizen.

Bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit auf Antrag kommt es im Wesentlichen darauf an, inwieweit die Fähigkeiten zur Ausübung dieser Verrichtungen eingeschränkt sind und in welchem Umfang ein Pflegebedarf bei diesen Verrichtungen besteht.

Zur Prüfung der Pflegebedürftigkeit beauftragt die Pflegekasse den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK). Der MDK nimmt beim Pflegebedürftigen einen Begutachtungstermin wahr und erfasst dabei die Aufwendungen für Verrichtungen der Pflege im konkreten Fall des Pflegebedürftigen. Die erforderlichen Aufwendungen werden in einem Pflegegutachten festgelegt und ein Pflegeplan aufgestellt.

Praxistipp:

Die Pflegekassen gehen bei der Begutachtung in einer den Pflegebedürftigen motivierenden Weise vor, so dass das Begutachtungsergebnis oftmals von der tatsächlichen Pflegebedürftigkeit abweicht. Pflegebedürftige fühlen sich z.B. ermuntert, gegenüber begutachtenden (oftmals jungen) Mitarbeitern des MDK einen besonders „tapferen“ und „fitten“ Eindruck zu erwecken. Hier empfiehlt es sich, dass bei dem Begutachtungstermin ein Angehöriger oder die spätere **Pflegeperson anwesend** ist und bereits im Vorfeld einen „individuellen Grundpflegekatalog“ zusammenstellt. Hier sollte auch nicht nur die Grunderkrankung, sondern auch alle zusätzlichen Beeinträchtigungen wie z.B. Sehfehler sowie alle Begleiterscheinungen angegeben werden.

Außerdem bieten die Pflegekassen ein **Pflegetagebuch** an, in das alle an der Pflege beteiligten Personen ihre Pflegetätigkeiten eintragen. Hierbei ist es sinnvoll, dieses Pflegetagebuch zwei Wochen vor Erscheinen des MDK sorgfältig zu führen. Dabei wird minutengenau festgehalten, wie viel Zeit die einzelnen Tätigkeiten im Rahmen der Pflege und hauswirtschaftlichen Versorgung in Anspruch nehmen.

Ebenso sollte die Antragstellung mit dem/r behandelnden Arzt/Ärztin abgesprochen werden. Diese/r kennt den Gesundheitszustand der pflegebedürftigen Person häufig am besten. Bereits in dessen Befundberichten sollten die einzelnen Auswirkungen der Erkrankung detailliert aufgelistet und dargestellt werden.

2 Wie wird der Pflegebedarf unterteilt?

An dem Bedarf der grundpflegerischen Verrichtungen, der Schwere der Pflegebedürftigkeit, bemisst sich sodann die Einstufung in eine der drei gesetzlich geregelten Pflegestufen.

Pflegestufe I: **erheblich Pflegebedürftige:**

Bei erheblich Pflegebedürftigen besteht Hilfebedarf mindestens einmal täglich für wenigstens zwei Verrichtungen aus den Bereichen der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung oder Mobilität) und zusätzlich mehrfach in der Woche bei der hauswirtschaftlichen Versorgung.

Der Zeitaufwand eines Familienangehörigen oder einer anderen nicht als Pflegekraft ausgebildeten Person beträgt für die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung im Tagesdurchschnitt mindestens 90 Minuten, wobei auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen müssen.

Pflegestufe II: **Schwerpflegebedürftige:**

Hilfebedarf besteht für Schwerpflegebedürftige bei mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten vorzunehmenden Verrichtungen aus den Bereichen der Grundpflege und zusätzlich mehrfach in der Woche bei der hauswirtschaftlichen Versorgung.

Der Zeitaufwand eines Familienangehörigen oder einer anderen nicht als Pflegekraft ausgebildeten Person beträgt für die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung wöchentlich im Tagesdurchschnitt mindestens drei Stunden, wobei auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen müssen.

Pflegestufe III **Schwerstpflegebedürftige:**

Schwerstpflegebedürftige sind Personen, die bei der Grundpflege täglich rund um die Uhr, auch nachts, einen Hilfebedarf haben und zusätzlich mehrfach in der Woche bei der hauswirtschaftlichen Versorgung.

In der Pflegestufe III muss der Zeitaufwand eines Familienangehörigen oder einer anderen nicht als Pflegekraft ausgebildeten Person mindestens 5 Stunden täglich betragen. Auf die Grundpflege müssen mindestens vier Stunden entfallen.

In Ausnahmefällen kann bei einem außergewöhnlich hohen Pflegeaufwand eine **besondere Härtefallregelung (Pflegestufe III+)** angenommen werden, wenn der Pflegeaufwand das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt, beispielsweise wenn im Endstadium von Krebserkrankungen regelmäßig mehrfach auch in der Nacht Hilfe geleistet werden muss.

Für die Beurteilung der Pflegestufe eines Kindes ist entscheidend, wieviel zusätzliche Hilfe das Kind gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind benötigt, bzw. wieviel der zeitliche Mehraufwand ausmacht.

Praxistipp:

In regelmäßigen Abständen sollte der für die Pflege aufgewandte Zeitaufwand und die Hilfebedürftigkeit und damit die Einordnung der Pflegestufe anhand der vorgenannten Kriterien **überprüft** werden. Bei erheblicher Erhöhung des Pflegeaufwandes ist eine Höherstufung der Pflegestufe möglich. Hierfür ist ein Antrag bei der Pflegekasse zu stellen und ein erneutes Feststellungsverfahren über den MDK nötig, das auch als Wiederholungsgutachten bezeichnet wird.

3 Welche Leistungen werden gewährt?

Die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung werden als Sach-, Geld- oder Dienstleistungen auf Antrag gewährt. Bei häuslicher Pflege haben Pflegebedürftige Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung als Sachleistung (häusliche Pflegehilfe) und zwar auch dann, wenn die pflegebedürftige Person nicht in ihrem eigenen Haushalt gepflegt wird. Die aufgeführten Leistungen stehen entweder dem Pflegebedürftigen oder der Pflegeperson zu. Dabei gilt der Grundsatz: **ambulante vor stationärer Pflege**. Nur wenn die häusliche (ambulante) oder teilstationäre Pflege nicht ausreichend ist, so besteht ein Anspruch auf vollstationäre Pflege.

Gezahlt werden folgende monatlichen Leistungen je nach Leistungsbereich:

bei Pflegestufe I

- als Pflegegeld bis zu € 205,00
- als Pflegesachleistung bis zu € 384,00 und
- als vollstationäre Sachleistung bis zu € 1.023,00

bei Pflegestufe II

- als Pflegegeld bis zu € 410,00
- als Pflegesachleistung bis zu € 921,00 und
- als vollstationäre Sachleistung bis zu € 1.279,00

bei Pflegestufe III

- als Pflegegeld bis zu € 665,00
- als Pflegesachleistung bis zu € 1.432,00 und
- als vollstationäre Sachleistung bis zu € 1.432,00

Darüber hinaus gewährt die soziale Pflegeversicherung auf Antrag Pflegeleistungen für weitere Leistungsbereiche wie Härtefallregelung (Pflegestufe III+), Ersatzpflege, Kostenerstattung für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel, Zuschuss für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes (bis zu einem Betrag von € 2.557,00 je Maßnahme, z.B. für Einbau von Treppenliftern), Kurzzeitpflege, Zuschuss bei Pflege in vollstationären Einrichtungen bei der Hilfe für behinderte Menschen, Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson und Betreuungsbetrag für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf.

4 Ist die Pflegekasse tatsächlich leistungspflichtig?

Gerade bei der Gewährung von Sachleistungen insbesondere bei der Zurverfügungstellung von Hilfsmitteln in stationären Pflegeeinrichtungen ist jedoch genau zu prüfen, ob tatsächlich eine Leistung der Pflegekasse vorliegt, so dass dies mit dem allgemeinen Pflegesatz abgegolten wäre, oder ob nicht die Finanzierungszuständigkeit eines anderen Kostenträgers, etwa der gesetzlichen Krankenversicherung vorliegt.

Am **Beispiel der Bereitstellung eines Rollstuhls** im Pflegeheim wird deutlich: Einem gehunfähigen Bewohner eines Pflegeheimes steht grundsätzlich ein Anspruch auf Bereitstellung eines geeigneten Rollstuhls gegen den Träger des Heims im Rahmen des allgemeinen Pflegesatzes zu. Jedoch beschränkt sich die Bereitstellungspflicht des Heimträgers auf Hilfsmittel, die für den Pflegebetrieb und zur Durchführung der üblichen Maßnahmen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung notwendig sind. Die Ermöglichung der Grundpflege bildet den Schwerpunkt des Hilfsmittels. Ein Anspruch gegen die gesetzliche Krankenversicherung auf Versorgung mit einem vom Arzt verordneten Rollstuhl als Hilfsmittel der gesetzlichen Krankenversicherung besteht dann, wenn der Betroffene den Rollstuhl auch für Aktivitäten außerhalb des Heimes (insbesondere für Spazierfahrten) **als Befriedigung eines allgemeinen Grundbedürfnisses im Wege der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben der Gemeinschaft** benötigt. Das Hilfsmittel dient überwiegend dem Behinderungsausgleich. Dabei kommt es auch nicht darauf an, ob der/die Heimbewohner/in den Rollstuhl noch selbst bedienen kann.

Hier ist demnach genau im Einzelfall abzugrenzen, ob das Hilfsmittel der Pflegeeileichterung (dann Verantwortlichkeit des Pflegeheimes) oder einer Krankenbehandlung bzw. dem Behinderungsausgleich (dann Verantwortlichkeit der gesetzlichen Krankenversicherung) dient. Wo allerdings bis Ende März 2007 noch differenziert wurde, ob der/die betroffene Heimbewohner/in noch in der Lage (gewesen) ist, seinen/ihrer Aufenthaltsort selbst zu bestimmen, um einen Behinderungsausgleich erzielen und damit die Eintrittspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung auslösen zu können, kommt es mit der am 1. April 2007 in Kraft getretenen Gesundheitsreform 2006 auf die Möglichkeit der selbstbestimmten und gleichberechtigten Teilhabe am Leben der Gemeinschaft nicht mehr an.

Der vorgenannte Beitrag dient der allgemeinen Information und wurde nach bestem Wissen und Gewissen erstellt. Er kann eine individuelle Beratung nicht ersetzen. Bei weiteren, insbesondere rechtlichen, Fragen sollten Sie sich an einen spezialisierten Rechtsanwalt wenden.

Die Rechtsanwaltskanzlei Goßens mit Sitz in 14050 Berlin-Charlottenburg, Ahornallee 10, beschäftigt sich mit ihren Mitarbeitern vornehmlich mit den Rechten von Versicherten gegenüber den Sozialleistungsträgern (Renten-, Sozial-, Unfall-, Pflege- und Krankenversicherungen). Das Hauptaugenmerk liegt dabei auf der Durchsetzung der Rechte von Krankenversicherten gegenüber den Gesetzlichen und Privaten Krankenversicherungen. Weitere Schwerpunkte sind neben der Erbrechtsberatung das Rentenrecht und die Vorsorgevollmacht. Weitere Informationen finden Sie unter www.gossens.de im Internet. oder erhalten Sie auf telefonische Anfrage unter ☎ 030 / 30 61 41 42.