



**P·T·W PFLEGETEAM**  
Gesellschaft für Pflegedienste mbH

Wiesenkamp 22a  
22359 Hamburg  
Tel. (040) 41 11 99-0  
Fax (040) 41 11 99-19  
E-Mail  
mail@ptw-pflegeteam.de

## Wie beantragt man eine Pflegestufe

**Die Menschen werden immer älter und bleiben zum Glück auch länger gesund. Irgendwann aber könnte aber der Zeitpunkt kommen, an dem die Gesundheit und die Mobilität nachlässt und fachliche Hilfe in Anspruch genommen werden muss. Jetzt muss ein Antrag für eine Pflegestufe bei der Pflegekasse gestellt werden.**

### **Als erstes muss ein Antrag gestellt werden!**

Grundsätzlich gilt: Eine Pflegestufe muss durch den Versicherten beantragt werden und wird nicht – wie von vielen angenommen – durch den Hausarzt verschrieben. Jeder ist bei der Versicherung pflegeversichert, bei der er auch krankenversichert ist. Für die Antragstellung kann der Betroffene selbst oder aber seine Angehörigen entweder ein formloses Schreiben an die Pflegekasse schicken oder dort telefonisch einen vorgefertigten Antrag bestellen und diesen ausgefüllt zurück schicken. Die Pflegeversicherung leitet dann den Antrag an einen Gutachter des MDK (Medizinischer Dienst der Krankenkasse) weiter, der die Begutachtung des Versicherten zur Einschätzung der benötigten Pflegestufe vornimmt. Der Gutachter meldet sich auf jeden Fall telefonisch oder schriftlich an, leider können aber zwischen Antragstellung und MDK Besuch bis zu 6 Wochen vergehen.

### **Was tun, wenn sofort Hilfe benötigt wird?**

Sollte ein Betroffener akut und dringend sofort Unterstützung brauchen, bekommt er diese natürlich unverzüglich durch jeden ambulanten Pflegedienst. Er muss allerdings in diesem Fall in Vorleistung gehen und die benötigten Leistungen und Hilfen erst einmal selbst finanzieren. Wird die Pflegestufe später genehmigt, bekommt er aber alle seit Antragstellung geleisteten Ausgaben durch die Pflegeversicherung erstattet.

-> Seite 2



## Die MDK-Begutachtung

Bei der Begutachtung wird ermittelt, in welchen Bereichen des täglichen Lebens welcher Hilfebedarf besteht. Hier stellt der MDK-Gutachter dem Antragsteller viele und sehr umfassende Fragen und untersucht u.a. die Beweglichkeit des Versicherten. Es wird geprüft, ob der Versicherte noch die Arme heben oder hinter dem Rücken verschränken kann, ob er noch sicher selbständig läuft und wie weit er sich noch bücken kann. Natürlich geht der Gutachter auch auf die individuelle Krankengeschichte ein, meist hat er sich vorab Unterlagen dazu vom Hausarzt zukommen lassen. Es wird empfohlen, bei der Begutachtung nach Möglichkeit nicht allein zu sein, sondern sich durch Angehörige oder durch einen Pflegedienst des Vertrauens begleiten zu lassen. Nun sollte sich der Versicherte auch entscheiden, ob er im Falle der Zubilligung einer Pflegestufe die Geldleistung, die Sachleistung oder eine Kombination aus beidem in Anspruch nehmen möchte.

## Sachleistung oder Geldleistung, das ist hier die Frage

Generell kann sich jeder Versicherte frei zwischen drei Leistungsformen der Pflegeversicherung entscheiden. **Sachleistung** bedeutet, dass der Patient je nach Pflegestufe einen bestimmten monatlichen Betrag zur Verfügung gestellt bekommt, mit dem er sich Leistungen wie die tägliche Körperpflege oder Hilfe bei der Zubereitung einer Mahlzeit von einem ambulanten Pflegedienst „einkaufen“ kann.

Bei der **Geldleistung** dagegen entscheidet sich der Versicherte dafür, die Pflege durch Familie oder Bekannte abdecken zu lassen, ohne professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Dafür erhält er monatlich einen festen Geldbetrag auf sein eigenes Konto überwiesen. Diesen kann er dann nach eigenem Ermessen als Anerkennung den Menschen geben kann, die seine Pflege übernehmen.

Der MDK prüft bei der Begutachtung, wenn der Versicherte sich für die Geldleistung entschieden hat, auch, ob dafür im familiären Umfeld oder Bekanntenkreis überhaupt passende Menschen zur Verfügung stehen, die die Pflege wirklich absichern können.

Die dritte Möglichkeit ist die **Kombinationsleistung**. Entscheidet sich der Versicherte dafür, „kauft“ er einige Leistungen bei ambulanten Pflegediensten und erhält außerdem prozentual den offenen Differenzbetrag überwiesen. Bei der Entscheidung sollte jedoch berücksichtigt werden, dass die Sachleistung in jeder Pflegestufe fast doppelt so hoch ist, wie die Geldleistung und dass das Pflegen eines Angehörigen für die Familie sehr zeitaufwendig und belastend werden kann.

## Begutachtung und Bescheid

Ferner prüft der MDK, ob bestimmte Maßnahmen – wie Rehabilitation oder Hilfsmittel – notwendig sind. Aufgrund seines Eindrucks verfasst der Prüfer ein Gutachten, das er an die Pflegekasse weiterleitet. In diesem Gutachten teilt er den Hilfebedarf des Versicherten mit und spricht eine Empfehlung für oder gegen eine Pflegestufe aus. Nach dem Besuch des MDK dauert es erneut einige Zeit, bis die Pflegekasse über das Gutachten entschieden hat und dem Antragsteller dann den Bescheid zuschickt. Darin steht, ob und nach welcher Pflegestufe ein Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung existiert. Wenn die Pflegestufe abgelehnt werden sollte, kann der Versicherte Widerspruch einlegen. Nach Ablauf einiger Monate oder einem sich verschlechternden Allgemeinzustand kann außerdem ein erneuter Antrag auf eine Pflegestufe gestellt werden.



### **Welche Voraussetzungen müssen für Pflegebedürftigkeit erfüllt werden?**

Die Pflegeversicherung macht sehr genaue Vorgaben, wie viel Hilfebedarf in welchen Bereichen bestehen muss, um eine Pflegestufe zuerkannt zu bekommen. Dabei unterscheidet sie in vier Hilfebereiche:

■ **Bereich der Körperpflege**

(z.B. Waschen, Duschen, Kämmen, Zahnpflege, etc.)

■ **Bereich der Nahrungsaufnahme**

(z.B. mundgerechte Zubereitung der Nahrung oder Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme)

■ **Bereich der Mobilität**

(z.B. selbständiges Aufstehen, An- und Auskleiden, Gehen, Treppen steigen, etc.)

■ **Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung**

(z.B. Einkaufen, Kochen, Putzen, Wäsche waschen, etc.)

**Nur wenn in mindestens zwei** Bereiche, **mindestens einmal täglich** ein Hilfebedarf von 90 Minuten besteht, von denen mindestens 45 Minuten auf die Grundpflege entfallen müssen, wird Pflegebedürftigkeit festgestellt und überhaupt die **Pflegestufe I** gewährt.

Für die **Pflegestufe II** muss schon in drei Bereichen ein Hilfebedarf dreimal am Tag mit insgesamt 180 Minuten bestehen, wobei für die Grundpflege allein 120 Minuten benötigt werden müssen.

**Pflegestufe III** erhalten Personen, die rund um die Uhr und auch nachts Hilfe benötigen, die mindestens 300 Minuten täglich in Anspruch nehmen muss (davon allein die Grundpflege 240 Minuten).

**Weitere Information sowie Unterstützung und Begleitung bei der Beantragung einer Pflegestufe erhalten unsere Kunden jederzeit durch uns. Sprechen Sie uns an – wir beraten Sie gern!**

Ihr Ansprechpartner:

Carsten Hackamp

Pflegedienstleitung

Tel. 040 - 411199-0

**Interessant:** Die Pflegeversicherung. Viele Menschen sind am Ende ihres Lebens pflegebedürftig und auf fremde Hilfe angewiesen. In dieser Situation drohten viele in die Sozialhilfe abzugleiten. Diesen Zustand beendete das Pflegeversicherungsgesetz im Jahr 1995. Als fünfte Säule der Sozialversicherung sieht es Leistungen verschiedenster Art für Pflegebedürftige vor. Inzwischen erhalten rund zwei Millionen Menschen jeden Monat Leistungen aus der Pflegeversicherung – rund zwei Drittel werden zu Hause betreut.