

Bei Pflegebedürftigkeit...

bietet die gesetzliche Pflegeversicherung eine ganze Palette von Leistungen für ihre Versicherten. Sie sind abgestuft nach dem Umfang der erforderlichen Pflege.

Nicht jede Hilfestellung für behinderte oder alte Menschen wird von der Pflegekasse als wirkliche Pflege akzeptiert. Von Bedeutung ist nur, wenn eine Unterstützung in folgenden Bereichen erforderlich wird:

Körperpflege

also Waschen, Duschen, Baden, Zahnpflege, Kämmen, Rasieren und alles was gewöhnlich mit der Toilette zusammenhängt.

Ernährung

also das mundgerechte Zubereiten der Mahlzeiten und das eigentliche Essen.

Mobilität

also das Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Ausziehen, Gehen, Stehen, Treppensteigen und das Verlassen und Wieder-aufsuchen der Wohnung bei zwingend notwendigen Gängen.

Hauswirtschaftliche Versorgung

also das Einkaufen, Kochen, Säubern, Spülen, Waschen und Heizen.

Der Grad der Pflegebedürftigkeit wird in der gesetzlichen Pflegeversicherung durch sogenannte Pflegestufen ausgedrückt.

Pflegestufe I Erhebliche Pflegebedürftigkeit

Sie liegt vor, wenn mindestens einmal täglich fremde Hilfe in zwei Angelegenheiten aus den Bereichen Körperpflege, Ernährung und Mobilität erforderlich ist. Zusätzlich muss mehrmals in der Woche Unterstützung bei der hauswirtschaftlichen Versorgung angezeigt sein.

Insgesamt muss der Pflegebedarf täglich mindestens 90 Minuten betragen, wovon die Hälfte auf Körperpflege, Ernährung und Mobilität entfallen müssen.

Pflegestufe II Schwerpflegebedürftigkeit

Sie wird angenommen, wenn mindestens dreimal am Tag zu verschiedenen Tageszeiten Hilfe bei der Körperpflege, der Ernährung und der Mobilität notwendig ist. Weiter muss ebenfalls mehrfach in der Woche Unterstützung bei der hauswirtschaftlichen Versorgung erforderlich sein.

Insgesamt beträgt der Pflegebedarf in dieser Pflegestufe täglich mindestens 3 Stunden, wovon 2 Stunden auf Körperpflege, Ernährung und Mobilität entfallen müssen.

Pflegestufe III Schwerstpflegebedürftigkeit

Hier ist eine Rund-um-die-Uhr-Pflege erforderlich, weil Tag und Nacht ständig mit einer notwendig werdenden Hilfe gerechnet werden muss.

Die tatsächlich notwendige Pflege beträgt im Tagesdurchschnitt wenigstens 5 Stunden. 4 Stunden sind für die Körperpflege, Ernährung und Mobilität aufzuwenden.

Problematisch sind häufig die angegebenen Zeiten. Hier wird nicht darauf abgestellt, wie lange beispielsweise die Ehefrau im konkreten Fall benötigt, um ihren pflegebedürftigen Ehemann zu füttern.

Es existieren statt dessen vorgegebene **Zeitkorridore**, die bei der Einschätzung der Pflegebedürftigkeit von den eingesetzten Gutachtern und Gerichten herangezogen werden.

Ein paar diese "Normzeiten" seien nachfolgend aufgeführt:

Duschen	15 bis 20 Minuten
Zähne putzen	5 Minuten
Kämmen	1 bis 3 Minuten
Wasserlassen	2 bis 3 Minuten
Essen von Hauptmahlzeiten	15 bis 20 Minuten
Vollständiges Ankleiden	8 bis 10 Minuten

Diese Zeitkorridore können sich nach oben oder nach unten verschieben, wenn pflegeerschwerende oder pflegeerleichternde Faktoren im Einzelfall zu berücksichtigen sind.

Erschwerend wird beispielsweise, wenn der Pflegebedürftige mehr als 80 kg wiegt oder wenn die räumlichen Verhältnisse im häuslichen Umfeld sehr eingeengt sind.

Schließlich bleibt bei der Bestimmung des Pflegebedarfes nicht unberücksichtigt, ob der Pflegebedürftige lediglich Anleitung und Unterstützung benötigt, oder ob der Helfer sozusagen alles allein machen muss.

Wer meint, pflegebedürftig zu sein, stellt einen Antrag bei seiner Pflegekasse. Die Pflegekassen sind bei den jeweiligen Krankenkassen eingerichtet worden. Für den Bürger ist damit im Regelfall seine Krankenkasse auch seine Pflegekasse.

Die Entscheidung, ob Pflegebedürftigkeit vorliegt, trifft die Pflegekasse auf Grundlage eines Gutachtens. Dieses Gutachten wird vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung – kurz MDK – erstellt. Ein Gutachter besucht dazu den Antragsteller in seinem häuslichen Umfeld und bestimmt den Umfang der Pflegebedürftigkeit an Hand der bereits genannten Kriterien. Der Besuch des Gutachters ist rechtzeitig anzukündigen, so dass kein Antragsteller mit Überraschungsbesuchen rechnen muss.

Das vom Gutachter erstellte Gutachten ist mehr oder weniger ein Formblatt, in dem über weite Strecken vorgegebene Antworten ausgewählt werden müssen.

Häufig sind die Antragsteller dann enttäuscht, wenn die Entscheidung der Pflegekasse nicht so ausfällt, wie sie das erwartet haben.

Oftmals ist der Pflegebedarf nach Auffassung der Pflegekasse bzw. des MDK viel geringer, als die Betroffenen dies selbst einschätzen.

In diesen Fällen lohnt es sich, gegen eine ablehnende Entscheidung Widerspruch einzulegen. Dies kann durch ein

einfaches Schreiben an die Pflegekasse geschehen. Es ist in diesen Fällen anzuraten, gleichzeitig mit dem Widerspruch Akteneinsicht zu beantragen.

Man wird Ihnen dann Einsicht in das Gutachten des MDK und ggf. die Anfertigung von Kopien gewähren müssen. Das erfolgt regelmäßig in den Räumen der Pflegekasse. Ein Anspruch auf Übersendung des MDK-Gutachtens besteht nicht.

An Hand des Gutachtens können Sie dann überprüfen, welchen Zeitaufwand der Gutachter für welche Hilfe angesetzt hat.

Erfahrungsgemäß finden sich hier häufig Fehler, die die Entscheidung der Pflegekasse zum Nachteil des Pflegebedürftigen verursacht haben.

Oft werden:

- bestimmte und notwendige Hilfeleistungen überhaupt nicht berücksichtigt. **Beispiel:** Es fehlt im Gutachten, dass ein Pflegebedürftiger auch Hilfe beim Haare kämmen benötigt.
- für die Pflege notwendige Zeiten nur am unteren Rand des vorgegebenen Zeitkorridors angesetzt. **Beispiel:** Für das Essen von Hauptmahlzeiten werden jeweils nur 15 Minuten berücksichtigt, obwohl ein Zeitkorridor von 15 bis 20 Minuten vorgegeben ist.
- pflegeerschwerende Umstände und die daraus resultierenden zusätzlichen Zeiten nicht ausgewiesen. **Beispiel:** Für das vollständige Ankleiden finden sich nur 8 bis 10 Minuten im Gutachten, obwohl der Pflegebedürftige mehr als 80 kg wiegt.

Überprüfen Sie deshalb die Angaben des Gutachtens genau. Es ist oft hilfreich, wenn man die jeweils geltenden rechtlichen Regelungen selbst genau kennt.

Für die Einstufung in eine Pflegestufe sind das:

§ 15 SGB XI

(Sozialgesetzbuch XI. Buch – Gesetzliche Pflegeversicherung), die Pflegebedürftigkeits-Richtlinie in der aktuellsten Fassung (Stand 22.08.2001), die Begutachtungs-Richtlinie in der aktuellsten Fassung (Stand 22.08.2001).

Falls Sie weitere Exemplare dieser Info benötigen, wenden Sie sich bitte an die Landesgeschäftsstelle!

Ihr Landesverband:

Post	Hegelallee 8 · Haus 2 14467 Potsdam
Telefon	03 31 / 2 70 69 80 03 31 / 2 80 38 10
Telefax	03 31 / 2 80 38 11
eMail Internet	abb-lv.org@t-online.de www.abbrev.de
Deutsche Bank 24 Potsdam	BLZ 120 700 24
Spendenkonto	30 20 10 400
Geschäftskonto	30 20 10 401
MBS in Potsdam	BLZ 160 500 00
Spendenkonto	350 200 90 90

THEMA

PFLEGE STUFEN

