

Pflegeversicherung

Wer hat Anspruch?

Anspruch hat jeder Pflegebedürftige, der voraussichtlich länger als 6 Monate im Bereich der Körperpflege pflegebedürftig ist. Menschen die z.B. durch einen Unfall nur 6 Wochen der Hilfe durch Dritte bedürfen, fallen zurzeit in eine Versorgungslücke und müssen für die Kosten, sollten sie einen Pflegedienst in Anspruch nehmen, selbst aufkommen. Die Krankenkasse zahlt in solchen Fällen nur noch selten, man kann aber versuchen über eine Verordnung häuslicher Krankenpflege, die der Hausarzt oder dementsprechend der behandelnde Arzt ausstellt, ggf. einen Teil der Kosten des Pflegedienstes zu decken, indem die Kasse einen Zeitraum von 2-4 Wochen dieser Kosten dem Pflegedienst direkt erstattet.

Wie mache ich diesen Anspruch geltend?

Entweder stellen wir einen Antrag bei der Pflegekasse für Sie, oder Sie bzw. Ihre Angehörigen stellen selbst einen Antrag. Diesen können sie entweder formlos stellen, oder durch einen Anruf bei Ihrer Pflegekasse das entsprechende Formular abfordern, welches Sie dann ausgefüllt und unterschrieben an die Kasse zurücksenden. Wenn Sie den Antrag formlos stellen, bekommen Sie das hauseigene Formular Ihrer Kasse trotzdem zugesandt, aber Sie haben durch den formlosen Antrag den Eingang Ihres Antrages gesichert. Die Leistungen werden später rückwirkend ab Eingang des Antrages übernommen.

Wie geht es jetzt weiter?

Die Pflegekasse leitet Ihren Antrag an den medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) weiter. Diese fungieren als neutrale Gutachter im Auftrage aller Kassen und schicken Ihnen einen Gutachter (Ärztin / Arzt, Krankenschwester / -pfleger). Diese Gutachter kündigen sich vorher in der Regel schriftlich, manchmal auch telefonisch, bei Ihnen an und kommen dann zu Ihnen nach Hause, um Sie zu Begutachten. Hierfür wird ein Katalog zu Rate gezogen, den der Gutachter systematisch abprüft. Hierbei wird nach einer sogenannten Laienpflegezeit (die Zeit, die ein Laie, also ein Familienangehöriger, der nicht pflegerisch ausgebildet ist, theoretisch im Mittel benötigen würde die Tätigkeiten zu verrichten) ein Zeitkorridor erstellt. Das heißt, dass der Gutachter alle Tätigkeiten, bei denen der Gutachter der Meinung ist, dass Sie hierbei Hilfe benötigen, mit einer Zeit hinterlegt. Diese Zeiten sind mit kleinen Spielräumen im Katalog vorgegeben. Am Ende werden die Zeiten zusammengezählt, woraus sich die Pflegestufe ergibt.

Pflegestufe 1

Die benötigte Zeit muss in der Pflegestufe I mindestens 90 Minuten betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen

Pflegestufe 2

Die benötigte Zeit muss in der Pflegestufe II mindestens drei Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen

Pflegestufe 3

Die benötigte Zeit muss in der Pflegestufe III mindestens fünf Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen
Der Prüfer erteilt in der Regel vor Ort keine Auskunft über die zu erwartende Pflegestufe.

Nachdem der Prüfer sein Gutachten zu Hause ausformuliert hat, sendet er dieses mit der Empfehlung der Pflegestufe an die Kasse zurück. Diese schickt Ihnen dann wiederum einen Brief mit dem Ergebnis zu.

Der Zeitraum von der Antragstellung bis zum MDK Begutachtungstermin kann bis zu 3 Monate betragen. Laut Gesetzgebung sollte die Zeit bei einer Erstbegutachtung allerdings 4 Wochen nicht übersteigen. Weitere 6 Wochen können vergehen bis man den Brief der Kasse erhält. Die Zeiträume können aber auch wesentlich kürzer sein, je nach Auslastung des MDK.

Die Genehmigung erfolgt aber immer rückwirkend ab Antragseingang, also Tag der Antragstellung.

Was ist mit den Kosten von Antragstellung bis zur Genehmigung der Pflegestufe?

Wenn Sie ab Antragstellung einen Pflegedienst in Anspruch nehmen entstehen natürlich ab Tag des Pflegebeginns Kosten.

Um diese zu decken gibt es zwei Arten der Regelung.

1. In der Regel machen wir es so, dass wir als Pflegedienst in Vorleistung gehen, und sozusagen ohne Entlohnung bis zur Genehmigung oder schlimmstenfalls Ablehnungen der Pflegestufen arbeiten. Liegt das Schreiben der Pflegekasse vor, rechnen wir mit der Pflegekasse ab, und stellen Ihnen Ihren Eigenanteil in Rechnung.
2. Sie tragen von Anfang an alle Kosten selbst und bekommen die Kosten in Höhe der jeweiligen Pflegestufe von der Pflegekasse, nach Genehmigung der Pflegestufe, erstattet. Oder, wir stellen der Pflegekasse die Rechnung und erstatten Sie wiederum Ihnen wenn wir den Zahlungseingang seitens der Pflegekasse feststellen.

Was für Leistungen gibt es?

Grundsätzlich muss man an dieser Stelle erwähnen, dass die Pflegeversicherung nicht als eine Vollversicherung zu sehen ist, sondern einen Zuschuss im Bedarfsfall leistet.

Das heißt im Klartext, dass bei einem umfangreichen Pflegebedarf weder die Geldleistung noch die Sachleistung ausreicht, um die Pflege im ausreichenden Maße sicherzustellen. Sie müssen also in der Regel einen Teil dazuzahlen.

1. Geldleistung

Sie erhalten von der Pflegekasse je nach Pflegestufe einen festgelegten Geldbetrag und müssen hiermit Ihre Pflege selbst sicherstellen.

Pflegestufe 1	225.- € monatlich
Pflegestufe 2	430.- € monatlich
Pflegestufe 3	685.- € monatlich

Der Geldbetrag wird Ihnen am Monatsanfang für den laufenden Monat erstattet. Bei Pflegestufe 1 + 2 muss halbjährlich ein Pflegedienst zu Ihnen kommen um Sie zu begutachten. Diese Gutachten muss dann wiederum von unserem Pflegedienst an die Pflegekasse weitergeleitet werden. Hiermit soll sichergestellt werden, dass Sie auch ohne professionelle Hilfe gut versorgt werden, und Sie haben die Möglichkeiten sich über Techniken der Pflege oder Hilfsmittel etc. durch unseren Pflegedienst vor Ort zu informieren. Diese Begutachtungseinsätze müssen bei Pflegestufe 3 vierteljährlich stattfinden. Die Kosten für diesen Einsatz übernimmt die Pflegekasse. Wir rechnen den Betrag mit der Pflegekasse direkt ab.

2. **Sachleistung**

Sie nehmen die Leistungen unseres Pflegedienstes in Anspruch. Sollten wir den zur Verfügung stehenden Betrag voll ausschöpfen, wären es

Pflegestufe 1	440.- € monatlich
Pflegestufe 2	1040.- € monatlich
Pflegestufe 3	1510.- € monatlich
Härtefallregelung	1918.- € monatlich

Die Leistungen unseres Pflegedienstes werden nach dem Katalog der Leistungskomplexe abgerechnet. Diese Liste finden Sie unter Preisliste. Der Betrag der über den oben aufgeführten Erstattungen der Pflegekasse hinausgeht ist Ihr Eigenanteil. Also, wenn beispielsweise die erbrachten Leistungen des Pflegedienstes am Monatsende 500.- € gekostet haben, bekommt die Pflegekasse bei Pflegestufe 1 eine Rechnung vom 420.- € und Sie eine

Privatrechnung in Höhe von 80.- €. Sollten Sie finanziell nicht in der Lage sein für einen Eigenanteil aufzukommen lesen Sie bitte unter Sozialamt weiter.

3. **Kombinationsleitung**

Ist eine Kombination aus Geld- und Sachleistung.

Sie nehmen also unseren Pflegedienst in Anspruch, wir aber den zur Verfügung stehenden Betrag der Pflegestufe nicht. Die Kasse überweist Ihnen nach Erstattung unserer Rechnung ein anteiliges Pflegegeld.

Beispiel: Ein Versicherter in Pflegestufe II hat Anspruch auf Pflegesachleistungen im Wert von 1040,00 € oder auf ein monatliches Pflegegeld in Höhe von 430,00 €. In einem Monat werden Leistungen eines Pflegedienstes im Wert von 468,00 € (= 45% von 1040,00 €) beansprucht. Für die selbst sichergestellte Pflege kann die Pflegekasse nun ein anteiliges Pflegegeld in Höhe von 236,50 EUR (= 55% von 430,00 EUR) zur Verfügung stellen.

Pflegevertrag

Von Seiten der Pflegekasse ist es vorgeschrieben dass der Leistungsnehmer (Versicherter) und der Leistungserbringer (Pflegedienst) einen Pflegevertrag zusammen abschließen. Hierin sind die Rechte und Pflichten beider Parteien festgehalten. Bestandteil des Vertrages ist u.a. auch eine Kostenkalkulation, aus welcher der Leistungsnehmer ersehen kann, wie hoch seine zu erwartenden Kosten der vereinbarten Pflege pro Monat sind. Der Vertrag ist durch den Leistungsnehmer jederzeit kündbar, die vereinbarten Leistungen jederzeit änderbar. Als Pflegedienst passen wir unsere Leistungen jederzeit Ihren Wünschen und Bedürfnissen an.

Leistungskomplexe

Alle vom Pflegedienst erbrachten Leistungen, welche der Pflegekasse in Rechnung gestellt werden, werden mit den sogenannten Leistungskomplexen abgerechnet (siehe Preise: Hier sind sämtliche Leistungskomplexe (LK) aufgeführt). Hinter diesen Komplexen verbergen sich einzelne Tätigkeiten, oder wie z.B. bei den großen oder kleinen Grundpflegen ein Komplex von Tätigkeiten. Beim Erbringen solcher Komplexe können alle Tätigkeiten erbracht werden, oder auch nur ein Teil dieser Tätigkeiten. Jedes Bundesland hat seinen eigenen Katalog mit teilweise unterschiedlichen Komplexen. In Niedersachsen gibt es z.B. einen eigenen Leistungskomplex für Rasur oder Haare kämmen.

Punktwert

Die Preise der einzelnen Pflegedienste unterscheiden sich nur geringfügig. Diese Unterschiede ergeben sich aus den Unterschieden im Punktwert und in den Preisen der Zusatzleistungen. Jeder Pflegedienst hat in seinem Vertrag mit der Pflegekasse einen Punktwert erhalten. Jeder Leistungskomplex ist von Seite der Pflegeversicherung mit einer gewissen Anzahl von Punkten hinterlegt. Diese Punkte werden mit dem Punktwert des Pflegedienstes multipliziert, woraus sich dann der Preis ergibt. Der Punktwert ist abhängig von verschiedenen Faktoren.

Investitionskosten

Zurzeit werden diese Kosten in Niedersachsen dem Land in Rechnung gestellt. Es kann aber jederzeit, so wie es zurzeit in Hamburg üblich ist, auch dem Leistungsnehmer in Rechnung gestellt werden.

Zusatzleistungen

Unter Zusatzleistungen sind Privatleistungen des Pflegedienstes zu verstehen, die wir anbieten und erbringen, die aber nicht mit der Pflegeversicherung abgerechnet werden können.

Hausnotruf

Wenn Sie sich für ein Hausnotruf entscheiden, kann die Pflegekasse sich an den Kosten beteiligen. Es muss nur ein Antrag gestellt bei der zuständigen Pflegekasse gestellt werden und die Kasse übernimmt die Kosten ganz oder anteilsweise.

Sozialamt

Wer nicht die finanziellen Möglichkeiten hat, einen Eigenanteil zu leisten, kann einen Antrag beim Grundsicherungs- und Sozialamt stellen. Auch dieses übernehmen wir für Sie, oder geben Ihnen bei Bedarf Hilfestellung. Die Abteilung Soziale Leistung (Produkt für Senioren und Betreute) vereinbart dann einen Hausbesuch bei Ihnen, um sich selbst ein Bild Ihrer Hilfebedürftigkeit und Ihres finanziellen Hintergrundes zu bilden. Das Sozialamt genehmigt dann die benötigten Leistungskomplexe und zahlt somit die Beträge, welche über den Satz der Pflegestufe hinausgehen. Die Einkommensgrenze liegt zurzeit bei 690.- € wo die Heiz- und Mietkosten noch hinzugezogen werden. Sparguthaben dürfen nur in Höhe von 2600.- € vorhanden sein. Sollte man über diesen Sätzen liegen kann es zu einem Eigenanteil kommen, den man zu den Leistungen der ergänzenden Pflege des Sozialamtes leisten muss. Diese Zahlen sind bitte nur als grobe Orientierung zu betrachten, die genauen Auskünfte erhalten Sie dann vom Mitarbeiter der Altenhilfe nach Prüfung Ihrer Unterlagen.

Einkauf von Leistungen

Die Leistungskomplexe die Sie sozusagen einkaufen, richten sich nicht nach der Pflegestufe sondern immer nach Ihren Wünschen und Bedürfnissen. Auch der Zeitaufwand richtet sich nicht nach der Pflegestufe, sondern danach wie lange die Pflegeperson benötigt die vereinbarten Leistungen bei Ihnen zu erbringen.

Oft werden die Benachrichtigungen der Kasse, in denen die Zeiten des Zeitkorridors missverstanden. Wir werden dann oft angesprochen mit Sätzen wie „Ich habe jetzt Pflegestufe 1 und Sie müssen jetzt täglich 60 Minuten bei mir sein.“ Oder „Was machen Sie denn bei Pflegestufe 1?“ **All diese Fragen beantworten wir Ihnen gerne, sprechen Sie uns an.**