

Pflegeantrag

1. Antrag auf „Leistungen der Pflegeversicherung“ anfordern:

Der Antrag ist mündlich oder schriftlich bei der Pflegekasse (bei der jeweiligen Krankenkasse angesiedelt) zu stellen. Der Antragsteller muss die Vorversicherungszeit erfüllen (in den 10 Jahren vor Antragstellung mind. 2 Jahre pflegeversichert).

2. Antrag ausfüllen, unterschreiben, absenden:

Dabei hilft die Fachstelle, Pflegedienste, Senioreneinrichtungen usw.

3. Die Pflegekasse beauftragt den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MD) mit der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit

Der Termin wird Ihnen schriftlich mitgeteilt.

4. Besuch des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen

Entscheidend für die Feststellung von Pflegebedürftigkeit bzw. die Zuordnung zu einem Pflegegrad ist seit 01.01.2017 die Beeinträchtigung der Selbstständigkeit (nähere Informationen später)

Kann ich mich auf die Begutachtung vorbereiten? Ja!!!

- Stellen Sie die Medikamente, die Sie täglich nehmen und die von Ihnen genutzten Hilfsmittel für die Begutachtung bereit.
- Legen Sie vorhandene Arzt- und Krankenhausentlassungsberichte bereit.
- Bitten Sie die Person(en), von der / denen Sie gepflegt werden, bei der Begutachtung anwesend zu sein.
- Wenn Sie bereits durch einen ambulanten Pflegedienst versorgt werden, legen Sie bitte die Pflegedokumentation bereit.
- Es hat sich bewährt vor der Begutachtung eine Art „Pflegetagebuch“ zu führen (anhand den 6 Bereichen), oder schreiben Sie den Tagesablauf zusammen.

Weitere Informationen zu den einzelnen Bereichen und einen Pflegegradrechner finden Sie in der bei uns erhältlichen Broschüre „**Die Selbständigkeit als Maß der Pflegebedürftigkeit**“ oder im Internet

z. B. unter www.nullbarriere.de/pflegegradrechner.htm

Pflegeantrag

Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen

Um den Pflegegrad zu bestimmen, betrachtet der MD sechs Lebensbereiche. In jedem Lebensbereich wird je nach Unterstützungsbedarf eine Punktzahl vergeben. Diese Punkte fließen mit unterschiedlicher Gewichtung in die Gesamtbewertung ein. Am Ende ergibt sich ein Gesamtpunktwert, welcher den Pflegegrad bestimmt.

Folgende Lebensbereiche werden bewertet:

Bereich „Mobilität“: Wie selbstständig kann sich der Mensch fortbewegen und seine Körperhaltung ändern? Ist das Fortbewegen in der Wohnung möglich? Wie sieht es mit Treppensteigen aus?

Bereich „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“: Wie häufig benötigt jemand Hilfe aufgrund von psychischen Problemen, beispielsweise bei aggressivem oder ängstlichem Verhalten?

Bereich „Kognitive und kommunikative Fähigkeiten“: Wie findet sich jemand örtlich und zeitlich zurecht? Kann der Betroffene für sich selbst Entscheidungen treffen? Kann der Mensch Gespräche führen und Bedürfnisse mitteilen?

Bereich „Selbstversorgung“: Wie selbstständig kann sich der Mensch im Alltag versorgen bei der Körperpflege, beim Essen und Trinken, beim An- und Ausziehen?

Bereich „Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen“: Welche Unterstützung braucht der Mensch im Umgang mit seiner Krankheit und bei Behandlungen? Wie oft ist Hilfe bei Medikamentengabe, Verbandswechsel oder bei Arztbesuchen notwendig?

Bereich „Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte“: Wie selbstständig kann der Mensch noch den Tagesablauf gestalten und planen oder Kontakte pflegen?

Pflegeantrag

Übersicht und Gewichtung der bewerteten Lebensbereiche

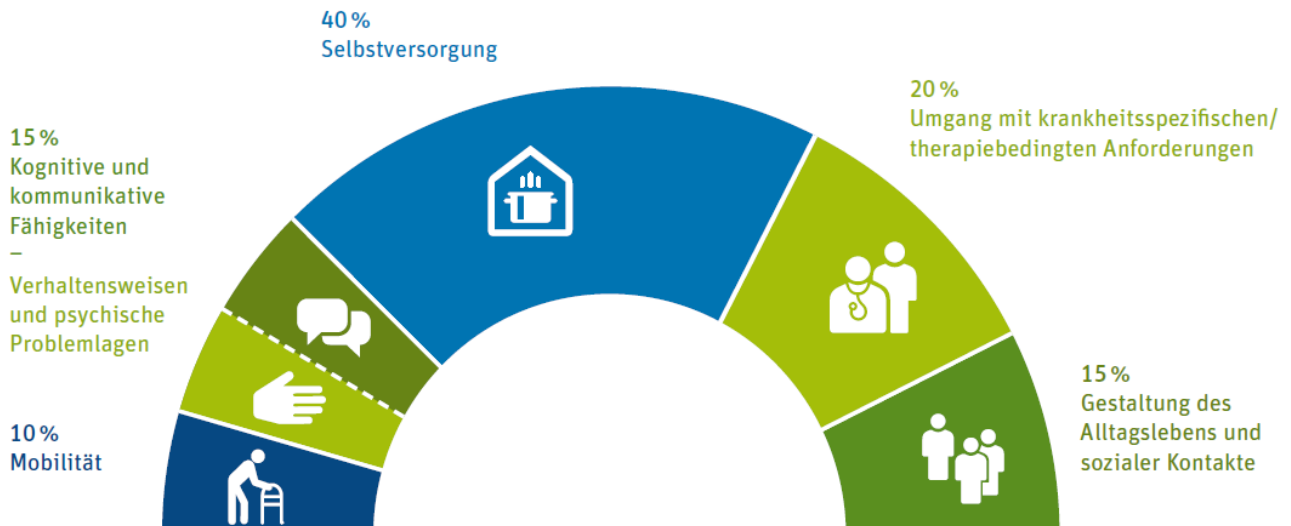


Abbildung aus der Broschüre des MDK „Informationen zur Pflegebegutachtung“ (www.pflegebegutachtung.de)

6. Entscheidung und Bescheid der Pflegekasse:

Die Pflegekasse entscheidet auf der Basis des MD Gutachtens und sendet Ihnen den Bescheid zu.

Widerspruch

Wenn Sie mit dem Bescheid der Pflegekasse nicht einverstanden sind, kann innerhalb von 4 Wochen schriftlich Widerspruch eingelegt werden. Eine ausführliche Begründung muss nachgereicht werden. Nähere Informationen unter Punkt „Widerspruch“.

Pflegeantrag

Die Pflegegrade und Leistungen der Pflegeversicherung

Insgesamt gibt es fünf Pflegegrade, die je nach ermittelter Gesamtpunktzahl festgestellt werden können. Je nach Pflegegrad ergeben sich unterschiedliche Leistungsansprüche gegenüber der Pflegekasse

	Pflegegeld	Sachleistung ambulant	Sachleistung stationär
Pflegegrad 1 (12,5 bis < 27 Punkte) geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	125 € monatlich als Erstattungsleistung (unter Umständen auch als Sachleistung)		
Pflegegrad 2 (27 bis < 47,5 Punkte) erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	316 €	724 €	770 €
Pflegegrad 3 (47,5 bis < 70 Punkte) schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	545 €	1.363 €	1.262 €
Pflegegrad 4 (70 bis < 90 Punkte) schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	728 €	1.693 €	1.775 €
Pflegegrad 5 (90 bis 100 Punkte) schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung	901 €	2.095 €	2.005 €
Quelle: eigene Darstellung der Ambulanten Krankenpflege Bad Wörishofen gGmbH			

Pflegeantrag

Weitere Leistungen der Pflegeversicherung (z. B. Kurzeit-, Tages-, Verhinderungspflege, Hilfsmittel, etc.) sind nicht dargestellt. Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr - insbesondere hinsichtlich der Leistungen durch Pflege- und Krankenkassen empfehlen wir immer eine individuelle Beratung!

Weitere Informationen zu den Leistungen bei stationärer Pflege und zur Berechnung des Eigenanteils finden Sie im Merkblatt.

Fachstelle für pflegende Angehörige Bad Wörishofen
(Träger: Verein für Ambulante Krankenpflege Bad Wörishofen)

Noch Fragen? Wir beraten Sie gerne!