

# Fragen und Antworten zur Pflegeversicherung

## Der Antrag

### 1. Warum und in welchen Fällen ist ein Antrag erforderlich?

Leistungen aus der Pflegeversicherung setzen voraus, dass ein Antrag gestellt wird. Als Antrag wird jede, an keine Form gebundene Erklärung, die ein Leistungsbegehren zum Ausdruck bringt, gewertet.

Verändert sich die Pflegebedürftigkeit, z.B. durch eine Verschlimmerung, ist ein erneuter Antrag auf Änderung der Leistungen aus der Pflegeversicherung erforderlich. Gleiches gilt auch für jede Gewährung anderer Leistungen oder Hilfsmittel.

### 2. Wer kann den Antrag stellen?

Antragsberechtigt in der privaten Pflegepflichtversicherung ist der Versicherungsnehmer bzw. sein Bevollmächtigter, in der sozialen Pflegeversicherung der versicherte Pflegebedürftige (sofern er das 15. Lebensjahr vollendet hat, ansonsten sein gesetzlicher Vertreter), bzw. ein von diesen Personen Bevollmächtigter.

### 3. Wann sollte der Antrag gestellt werden?

Ein Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung soll möglichst sofort nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit gestellt werden. Damit die Leistungen bereits ab Eintritt der Pflegebedürftigkeit zuerkannt werden können, ist der Antrag aber **spätestens binnen eines Monats** nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit zu stellen.

Wird der Antrag **später als einen Monat** nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit gestellt, werden die Versicherungsleistungen (erst) **vom Beginn des Monats der Antragstellung** an gewährt.

### 4. Wo muss der Antrag gestellt werden?

Der Antrag auf Leistungen oder Veränderung von Leistungen aus der Pflegeversicherung ist bei dem zuständigen Krankenversicherung bzw. bei der zuständigen Pflegekasse zu stellen.

### 5. Welche Form muss der Antrag haben?

Anträge auf Leistungen aus der Pflegeversicherung können formlos (auch telefonisch) gestellt werden. Antragsformulare müssen nicht verwendet werden, sind aber hilfreich. Daher verschickt die Pflegekasse bzw. der Träger der privaten Pflegepflichtversicherung nach Eingang der ersten (formlosen) Meldung in vielen Fällen ein Antragsformular. Der Antrag gilt aber bereits mit Kenntnisnahme der ersten - ggf. telefonischen - Meldung als gestellt.

Der Antragsteller muss sich (noch) nicht auf bestimmte Pflegeleistungen festlegen. Es reicht (zunächst) aus, wenn aus seiner Erklärung hervorgeht, dass überhaupt Pflegeleistungen erforderlich sind. Wenn über seinen Antrag dem Grunde nach entschieden wurde, kann der Versicherte mitteilen, welche Leistungen beansprucht werden.

### 6. Wann und warum sollte ein Antrag auf eine erneute Begutachtung gestellt werden?

Wenn der tatsächliche Pflegebedarf zugenommen hat, kann ein Antrag auf eine Höherstufung und eine erneute Begutachtung gestellt werden.

Wie beim Erstantrag kann dies zunächst formlos erfolgen. Antragsberechtigt ist der Pflegebedürftige selbst oder eine bevollmächtigte Person.

Eine Änderung bzw. ein Wechsel der Leistungsart (z.B. ein Wechsel von häuslicher Pflege zu stationärer Pflege), ist grundsätzlich kein Anlass für eine neue Begutachtung.

Nur wenn sich gleichzeitig der Pflegebedarf entsprechend erhöht (bzw. dies z.B. der Grund für den Wechsel der Wohnumgebung ist), sollte ein Antrag auf Einstufung in eine höhere Pflegestufe gestellt werden.

### 7. Wer hilft bei Fragen zum Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung ?

Die Notwendigkeit von Hilfe Dritter ist für Pflegebedürftige und deren Angehörige eine sehr schwierige Lebensumstellung. Neben der Veränderung der persönlichen Lebensqualität wird die Erfüllung vieler erforderlicher Formalitäten als Belastung empfunden. Unterstützung bekommen Sie bei der zuständigen Pflegekasse, den Trägern der privaten Pflegepflichtversicherung und bei qualifizierten Pflegedienstleistern.

## **Das Zahlt die Pflegeversicherung**

Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung (soziale Pflegeversicherung und private Pflegepflichtversicherung) werden grundsätzlich nur auf Antrag und frühestens ab Antragstellung gewährt. Daher ist es wichtig, sich unverzüglich bei einem Eintritt von Pflegebedürftigkeit mit der Pflegekasse bzw. dem Träger der privaten Pflegepflichtversicherung in Verbindung zu setzen.

Für eine Festlegung auf bestimmte Leistungen kann zunächst die erforderliche Feststellung der Pflegebedürftigkeit und auch der Pflegestufe abgewartet werden. Die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung sind in der Regel auf festgelegte Beträge begrenzt.

Der Leistungsanspruch aus der sozialen Pflegeversicherung ergibt sich aus dem Sozialgesetzbuch XI (SGB XI). In der privaten Pflegepflichtversicherung wurden die Leistungen gemäß dem SGB in die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Tarifbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung übernommen. Die in diesem Artikel genannten Erstattungsbeträge werden bei Beihilfempfängern auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

### **Häusliche Pflege durch eine Pflegefachkraft bzw. einen Pflegedienst**

Bei der häuslichen Pflege werden die Aufwendungen für die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung durch eine häusliche professionelle Pflegehilfe (Pflegefachkraft), meist angestellt bei einem Pflegedienst, je nach Pflegestufe zu einem bestimmten Betrag ersetzt. Die Aufwendungen werden je Kalendermonat erstattet.

- Pflegestufe I bis zu 384,00 Euro
- Pflegestufe II bis zu 921,00 Euro
- Pflegestufe III bis zu 1.432,00 Euro
- Bei einer Einstufung als Härtefall bis zu 1.918,00 Euro

### **Pflegegeld**

Anstelle der Kostenerstattung für die häuslichen Pflege durch eine Pflegefachkraft kann ein Pflegegeld beantragt werden. Das Pflegegeld ist eine Geldleistung der Pflegeversicherung bei selbst sichergestellter häuslicher Pflege, zum Beispiel innerhalb der Familie. Über die Verwendung des Pflegegeldes brauchen Pflegebedürftige keine Nachweise zu führen. Sie können selbst frei entscheiden, ob das Pflegegeld an pflegende Angehörige, andere ehrenamtliche oder erwerbsmäßige Pflegepersonen weitergegeben wird. Das Pflegegeld wird je Kalendermonat gezahlt.

- Pflegestufe I 205,00 Euro
- Pflegestufe II 410,00 Euro
- Pflegestufe III 665,00 Euro

Wird das Pflegegeld in Anspruch genommen, muss in regelmäßigen Zeitabständen eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch eine Pflegeeinrichtung (Pflegedienst) in Anspruch genommen werden.

- Pflegestufe I und II einmal halbjährlich
- Pflegestufe III einmal vierteljährlich

Dieser Pflegeeinsatz dient der Beratung und ggf. Anleitung der Pflegeperson. Die Kosten hierfür sind auf max. 16 Euro (Pflegestufen I und II) bzw. 26 Euro (Pflegestufe 3) begrenzt und werden von der gesetzlichen Pflegeversicherung erstattet. Pflegebedürftige mit einem erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf sind berechtigt den Beratungseinsatz innerhalb der o.g. Zeiträume zweimal in Anspruch zu nehmen. Werden die Pflegeeinsätze nicht nachweislich durchgeführt, kann die Zahlung des Pflegegeldes gekürzt oder im Wiederholungsfall sogar eingestellt werden.

### **Kombinationsleistung**

Wird der Aufwendersersatz für die häusliche Pflege durch eine Pflegefachkraft nur teilweise in Anspruch genommen, kann daneben ein anteiliges Pflegegeld bezogen werden. Das Pflegegeld wird prozentual um den Teil gemindert, in dem der Aufwendersersatz für die Pflegefachkraft in Anspruch genommen wird. Der Pflegebedürftige muss sich entscheiden, in welchem (prozentualen) Verhältnis er Pflegegeld und Aufwendersersatz in Anspruch nehmen will. An diese Entscheidung ist der Pflegebedürftige für sechs Monate gebunden.

Beispiel: Nimmt ein Pflegebedürftiger nach Pflegestufe II, dem Sachleistungen (bzw. Ersatz von Aufwendungen) bis zu einem Betrag von 921,00 Euro monatlich zustehen, den Aufwendersersatz in Höhe von 552,60 Euro in Anspruch, also 60 % des Höchstwertes, kann er daneben 40% des ihm zustehenden Pflegegeldes von 410,00 Euro, also 164,00 Euro beanspruchen.

In Einzelfällen kann in Abstimmung mit der Pflegekasse bzw. dem Träger der privaten Pflegepflichtversicherung, z.B. bei einer monatlich schwankenden Inanspruchnahme des Pflegedienstes, auf eine prozentuale Festlegung verzichtet werden. Der Anspruch auf Pflegegeld wird dann im nachhinein anhand der Höhe der in Anspruch genommenen des Ersatzes von Aufwendungen jeweils berechnet.

### **Ersatzpflegekraft**

Kann die Pflegeperson wegen Erholungsurlaub, Krankheit oder aus anderen Gründen die Pflege nicht durchführen, werden die Kosten für eine notwendige Ersatzpflege für maximal vier Wochen im Kalenderjahr erstattet. Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens zwölf Monate häuslich gepflegt hat. Die Erstattung der Aufwendungen ist im Einzelfall auf 1.432,00 Euro begrenzt. Wird die Ersatzpflege nicht durch eine Pflegefachkraft sichergestellt, ist die Erstattung grundsätzlich auf den Betrag des Pflegegeldes der jeweiligen Pflegestufen begrenzt.

### **Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf**

Zusätzliche Betreuungsleistungen sind seit dem 01. April 2002 für Pflegebedürftige mit einem erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf bis zu 460,00 Euro je Kalenderjahr für bestimmte Angebote im Rahmen der Tages- oder Nachtpflege, der Kurzzeitpflege sowie für Angebote für allgemeine Anleitung und Betreuung durch zugelassene Pflegedienste bzw. nach jeweiligem Landesrecht anerkannte Betreuungsangebote erstattungsfähig. Dabei ist zu beachten, dass Leistungen, auch bei bereits festgestellter Pflegebedürftigkeit, nur auf Antrag von der Pflegekasse oder dem Träger der privaten Pflegepflichtversicherung übernommen werden können.

### **Pflegehilfsmittel und technische Hilfen**

Der Anspruch besteht grundsätzlich für Pflegehilfsmittel und technische Hilfe oder deren leihweisen Überlassung, wenn und soweit sie zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen oder dessen selbstständigere Lebensführung ermöglichen und die Versorgung wirtschaftlich und notwendig ist. Hierzu gehört auch die Erstattung der Kosten für die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch. Die Hilfsmittel müssen in den Verzeichnissen der privaten Krankenversicherungen oder in denen der Spitzenverbände der sozialen Pflegeversicherung genannt sein.

- **Technische Hilfsmittel:** Die leihweise Überlassung ist vorrangig und erfolgt i.d.R. über die gesetzliche Pflegeversicherung. Lehnen Betroffene die leihweise Überlassung ohne zwingenden Grund ab, besteht kein Anspruch auf Leistungen. - Im Falle eines Bedarfes sollte daher umgehend mit der Pflegekasse bzw. dem Träger der privaten Pflegepflichtversicherung in Kontakt getreten werden. - Ist eine Leihe nicht möglich, werden die Aufwendungen zu 100 Prozent erstattet. In diesem Fall ist ab dem 18. Lebensjahr ist eine Selbstbeteiligung von zehn Prozent (maximal 25,00 Euro je Hilfsmittel) zu erbringen.
- **Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel:** Die Aufwendungen werden je Kalendermonat bis zu 31,00 Euro erstattet.

### **Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes**

Die Zahlung von finanziellen Zuschüssen ist möglich, wenn dadurch im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbstständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt werden kann. Unter Berücksichtigung der Kosten der Maßnahme sowie eines angemessenen Eigenanteils in Abhängigkeit vom Einkommen des Pflegebedürftigen, sind die Zuschüsse je Maßnahme auf 2.557,00 Euro begrenzt.

### **Teilstationäre Pflege**

Der Anspruch besteht bei teilstationärer Pflege für Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege, wenn die häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann. Ersetzt werden die Kosten für die allgemeinen Pflegeleistungen im Rahmen der gültigen Pflegesätze, die notwendige Beförderung zur und von der Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege und bis zum 31.12.2004 auch für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege je Kalendermonat.

- Pflegestufe I bis zu 384,00 Euro
- Pflegestufe II bis zu 921,00 Euro
- Pflegestufe III bis zu 1.432,00 Euro

Wird der monatliche Höchstbetrag nicht voll ausgeschöpft, ist eine Kombinationsleistung mit dem Pflegegeld und der Kostenerstattung für die häusliche Pflege möglich.

### **Kurzzeitpflege**

Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch die teilstationäre Pflege nicht aus, werden die Kosten für die allgemeinen Pflegeleistungen, für soziale Betreuung sowie bis zum 31.12.2004 Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in einer vollstationären Einrichtung erstattet. Die Leistungen werden

- für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung der versicherten Person oder
- in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist,

erbracht.

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf vier Wochen je Kalenderjahr begrenzt. Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden 1.432,00 Euro pro Kalenderjahr ersetzt.

### **Vollstationäre Pflege**

Erstattet werden im Rahmen der gültigen Pflegesätze die Kosten für die allgemeinen Pflegeleistungen, soziale Betreuung sowie Leistungen bis zum 31.12.2004 für die medizinische Behandlungspflege in vollstationären Einrichtungen. Voraussetzung ist, dass die häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt. Die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich medizinischer Behandlungspflege und sozialer Betreuung werden je Kalendermonat erstattet.

- Pflegestufe I bis zu 1.023,00 Euro
- Pflegestufe II bis zu 1.279,00 Euro
- Pflegestufe III bis zu 1.432,00 Euro
- Bei einer Einstufung als Härtefällen bis zu 1.688,00 Euro

Bis zum 31.12.2004 werden die Aufwendungen des Gesamtbetrages aus Pflegesatz, Entgelt für Unterkunft, Verpflegung und vom Pflegeheim gesondert berechenbare Investitionskosten nach § 82 SGB XI pauschal bis zu den genannten Beträgen erstattet, maximal jedoch 75% des Gesamtbetrages. Das heißt, dass der Pflegebedürftige in jedem Fall einen Eigenanteil von 25 Prozent zu tragen hat, i.d.R. deutlich darüber.

Bei der Pflege in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe werden die Aufwendungen mit zehn Prozent des nach § 93 Bundessozialhilfegesetzes vereinbarten Heimentgelts, im Einzelfall höchstens 256,00 Euro je Kalendermonat, erstattet.

### **Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson**

Für Pflegepersonen, die regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig sind und den Pflegebedürftigen ehrenamtlich wenigstens 14 Stunden wöchentlich in der häuslichen Umgebung pflegen, zahlt die Pflegeversicherung nach Maßgabe der §§ 3, 141, 166 und 170 des Sozialgesetzbuches VI Beiträge an den zuständigen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung oder auf Antrag an die zuständige berufsständische Versicherungseinrichtung. Dazu erfolgt eine Anmeldung zwecks Einbeziehung in den Versicherungsschutz der gesetzlichen Unfallversicherung an den zuständigen Unfallversicherungsträger.

## **Pflegekurse**

Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflegetätigkeit interessierte Personen können Schulungskurse besuchen. Diese sollen Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege vermitteln. Die Kurse kann die gesetzliche oder private Pflegeversicherung selbst durchführen oder die Aufwendungen für den Besuch in einer beauftragten Einrichtung erstatten. Informieren Sie sich vor dem Besuch am besten bei Ihrer zuständigen Pflegeversicherung.

# **Pflegebedürftigkeit**

## **1. Was bedeutet eigentlich Pflegebedürftigkeit?**

Eine Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn Hilfe wegen Krankheit oder Behinderung notwendig ist. Die gesetzliche Pflegeversicherung greift dann, wenn gewöhnliche und regelmäßig zu verrichtende Tätigkeiten des täglichen Lebens wegen Krankheit oder Behinderung dauerhaft - voraussichtlich jedoch für mindestens sechs Monate - nicht mehr in vollem Umfang durchgeführt werden können. Kein Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung wird durch eine kurzfristige Pflegebedürftigkeit (z.B. acht Wochen Hilfebedarf nach einer Oberschenkelfraktur) ausgelöst.

## **2. Welche Hilfeleistungen werden bei der Ermittlung der Pflegestufe berücksichtigt?**

Die gesetzliche Pflegeversicherung gewährt Ansprüche für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung.

Die **hauswirtschaftliche Versorgung** umfasst folgende Tätigkeiten, die im Rahmen der Begutachtung berücksichtigt werden:

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

Die **Grundpflege** umfasst die Teilbereiche Körperpflege, Ernährung und Mobilität.

Die Verrichtungen der **Körperpflege** sind:

Waschen, Duschen, Baden, Zahnpflege, Kämmen, Rasieren und die Hilfe bei der Darm- und Blasenentleerung.

Zum Bereich der **Ernährung** zählt:

Hilfe bei der mundgerechten Zubereitung (hiermit ist nicht das Kochen bzw. die Zubereitung der Speise gemeint, sondern vielmehr z.B. das Kleinschneiden von Brot oder Fleisch) und die Aufnahme der Nahrung (z.B. das Füttern oder die Gabe von Sondenkost).

Zum Bereich der **Mobilität** gehören folgende berücksichtigungsfähige Hilfeleistungen:

Hilfe beim Aufstehen und Zubettgehen (einschließlich dem Umlagern im Bett), An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen sowie dem Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung (nur z.B. für Arzt- und Therapeutenbesuche, nicht jedoch für Spaziergänge).

Die Hilfe kann verschiedenartig geleistet werden. So kann eine vollständige Übernahme der einzelnen Verrichtungen, eine teilweise Übernahme, eine Unterstützung, eine Anleitung (zum selbständigen Durchführen) oder eine Beaufsichtigung erforderlich sein.

### **3. Wer stellt die Pflegestufe fest?**

Die Pflegebedürftigkeit stellt die Pflegekasse bzw. der Träger der privaten Pflegepflichtversicherung fest. Bei gesetzlich Versicherten lässt die jeweilige Pflegekasse durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) prüfen, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welche Stufe der Pflegebedürftigkeit vorliegt. Bei privat Pflegeversicherten erfolgt diese Feststellung durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt - in der Regel durch den medizinischen Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung (Medicproof). Der Gutachter macht in seinem Pflegegutachten einen Vorschlag, der grundsätzlich von der Pflegekasse übernommen wird. Die Pflegekasse ist jedoch nicht an die Empfehlung des Gutachters gebunden.

Viele Menschen sind in der Beantragung fremder Hilfe oder von Leistungen aus der Pflegeversicherung unsicher. Wer sich als Betroffener mit der Notwendigkeit von Pflegedienstleistungen oder als Angehöriger mit der Pflege von Familienmitgliedern beschäftigen muss, sollte sich auch von ortsansässigen Pflegedienstleistern beraten lassen. Ein Gespräch mit einem in der häuslichen Pflege erfahrenen Menschen ist auf jeden Fall eine große Hilfe.

### **4. Wo findet die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit statt?**

Die Begutachtung durch den Arzt des medizinischen Dienstes findet grundsätzlich im Haushalt des Pflegebedürftigen statt, bei vollstationärer Pflege im Pflegeheim.

### **5. Welche Voraussetzungen müssen für eine Einstufung in Pflegestufe I vorliegen?**

Eine Pflegebedürftigkeit im Sinne der Stufe I (erhebliche Pflegebedürftigkeit) besteht, wenn bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens einmal täglich für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren dieser Bereiche Hilfebedarf besteht und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung notwendig sind.

Insgesamt muss der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, wöchentlich im Tagesdurchschnitt mindestens 90 Minuten betragen, wobei der Aufwand für die grundpflegerische Versorgung (Körperpflege, Ernährung oder Mobilität) mehr als 45 Minuten betragen muss.

### **6. Welche Voraussetzungen müssen für eine Einstufung in Pflegestufe II vorliegen?**

Für eine Einstufung in die Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftigkeit) muss mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten Hilfebedarf bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfebedarf bei der hauswirtschaftlichen Versorgung bestehen.

Insgesamt muss der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung wöchentlich im Tagesdurchschnitt benötigt, mindestens drei Stunden betragen, wobei der Aufwand für die grundpflegerische Versorgung (Körperpflege, Ernährung oder Mobilität) mindestens zwei Stunden betragen muss.

### **7. Welche Voraussetzungen müssen für eine Einstufung in Pflegestufe III vorliegen?**

Für eine Einstufung in die Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftigkeit) muss täglich rund um die Uhr, auch nachts, Hilfebedarf bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfebedarf bei der hauswirtschaftlichen Versorgung bestehen.

Insgesamt muss der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung wöchentlich im Tagesdurchschnitt benötigt, mindestens fünf Stunden betragen, wobei der Aufwand für die grundpflegerische Versorgung (Körperpflege, Ernährung oder Mobilität) mindestens vier Stunden betragen muss.

Ein nächtlicher Grundpflegebedarf bedeutet, dass jede Nacht bei einer oder mehreren grundpflegerischen Verrichtungen (Körperpflege, Ernährung oder Mobilität) Hilfe benötigt und die Nachtruhe des Pflegenden dabei unterbrochen wird.

### **8. Welche Voraussetzungen müssen für eine Einstufung als Härtefall vorliegen?**

Eine Einstufung als "Härtefall" erfolgt nur äußerst selten.

Voraussetzung ist, dass die Grundpflege für den Pflegebedürftigen auch des nachts nur von mehreren Pflegekräften gemeinsam (zeitgleich) erbracht werden kann oder Hilfe bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens sieben Stunden täglich, davon wenigstens zwei Stunden in der Nacht, erforderlich ist.

Zusätzlich muss ständige Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung erforderlich sein.

Eine Einstufung als Härtefall kommt beispielsweise bei Patienten mit Krebserkrankungen im Endstadium oder im Wachkoma in Betracht.

### **9. Wie kann ich mich gegen eine "falsche" Einstufung bzw. Ablehnung wehren?**

Falls der Pflegebedürftige mit der jeweiligen Entscheidung nicht einverstanden ist, kann er Widerspruch einlegen. Wird der

Widerspruch abgewiesen, kann Klage beim Sozialgericht erhoben werden. Wichtig ist hierbei, dass in den Bescheiden/Mitteilungen enthaltene Fristen für den Widerspruch bzw. eine Klage beachtet und eingehalten werden.

Ein Widerspruch ist formlos möglich. Es empfiehlt sich jedoch, den Widerspruch schriftlich unter Angabe von Gründen bei der gesetzlichen Pflegekasse bzw. dem Träger der privaten Pflegepflichtversicherung einzulegen. Sinnvoll kann es sein, vorab Einsicht in das Gutachten zur Einstufung der Pflegebedürftigkeit zu nehmen.

### **10. Wie wird der zeitliche Hilfebedarf bei Kindern ermittelt?**

Die in der Pflegeversicherung maßgeblichen Verrichtungen können auch von gesunden Kindern nicht oder nur teilweise eigenständig durchgeführt werden. Daher wird bei der Begutachtung eines pflegebedürftigen Kindes der zeitliche Mehraufwand in den Bereichen Körperpflege, Ernährung und Mobilität sowie ein ggf. bestehender zusätzlicher Hilfebedarf bei der hauswirtschaftlichen Versorgung gegenüber einem gesunden Kind bei der Ermittlung des zeitlichen Hilfebedarfes berücksichtigt.

### **11. Ist ein Schwerbehinderter automatisch leistungsberechtigt in der gesetzlichen Pflegeversicherung?**

Nein, denn die Feststellung der Schwerbehinderung und der Pflegebedürftigkeit unterscheiden sich grundsätzlich voneinander. Die Art und der Grad der Behinderung sagen nicht zwangsläufig und in jedem Fall etwas über einen pflegerischen Bedarf bei bestimmten Verrichtungen aus. Schwerbehinderte erhalten daher nur dann Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung, wenn sie mindestens die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllen.