

Pflegeheim **finden**

Die meisten pflegebedürftigen Personen möchten so lange wie möglich in der eigenen Wohnung leben. Aber in vielen Fällen reicht ab einem gewissen Zeitpunkt die häusliche Pflege nicht mehr aus oder kann von den Angehörigen auch mit Unterstützung eines ambulanten Pflegedienstes nicht mehr geleistet werden. Dann muss die pflegebedürftige Person in einem Heim vollstationär gepflegt und versorgt werden. Wichtig ist dann zunächst, das richtige Heim zu finden.

Wann ist eine vollstationäre Pflege möglich?

Im Zusammenhang mit der Frage, ob eine vollstationäre Pflege und Betreuung eines pflegebedürftigen Menschen sinnvoll und erforderlich ist, sind folgende Punkte zu beachten:

- der Umfang des Pflegebedarfs,
- die sozialversicherungsrechtlichen Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, wenn Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch genommen werden sollen,
- der gesetzlich verankerte Grundsatz des „Vorrangs der häuslichen Pflege“ und die damit verbundenen geringeren Pflegeleistungen gegenüber ambulanten Hilfen. Die Pflegeversicherung unterstützt mit ihren Leistungen vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft von Angehörigen und Nachbarn, damit der pflegebedürftige Mensch möglichst lange in seiner häuslichen Umgebung bleiben kann.

Pflegebedürftigkeit

Voraussetzung für eine vollstationäre Pflege in einem Heim ist, dass Pflegebedürftigkeit vorliegt. Das ist bei Personen der Fall, die in ihrer Selbstständigkeit oder in ihren Fähigkeiten gesundheitlich bedingt beeinträchtigt sind und deshalb Hilfe von anderen benötigen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig ausgleichen oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens einer bestimmten Schwere bestehen.

Oftmals merken betroffene Personen, dass der Hilfebedarf zunimmt. Sie zögern aber, einen Antrag auf Pflegeleistungen zu stellen. Denn davor muss der Medizinische Dienst kommen und die Pflegebedürftigkeit feststellen. Davor scheuen viele Menschen zurück. Dennoch ist es wichtig, einen solchen Antrag zu stellen, denn ohne Antrag leistet die Pflegeversicherung nicht. Gesetzlich Versicherte müssen den Antrag bei der Pflegekasse stellen. Diese befindet sich bei der Krankenkasse. Privat Versicherte müssen bei ihrem privaten Versicherungsunternehmen den Antrag stellen. Mit dem Antrag beginnt das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit und des Pflegegrads.



BEISPIEL

Musterbrief: Antrag auf Pflegeleistungen

(Betreff:) **Antrag auf Pflegeleistungen/
Einstufung in den Pflegegrad**
Versichertennummer: (Diese finden Sie auf Ihrer Versichertenkarte)

Sehr geehrte Damen und Herren,
ich beantrage Leistungen aus der Pflegeversicherung und Einstufung in einen Pflegegrad. Zur Feststellung des Pflegegrads bitte ich um eine kurzfristige Begutachtung. Bitte lassen Sie mir alle notwendigen Formulare zukommen.
Bitte bestätigen Sie mir den Eingang dieses Schreibens.
(Unterschrift)

Grundsätzlich müssen Pflegeleistungen und die Feststellung eines Pflegegrads vom Versicherten selbst beantragt werden. Dritte, beispielsweise pflegende Angehörige, können nur dann den Antrag stellen, wenn sie vom Pflegebedürftigen ausdrücklich bevollmächtigt wurden. Steht die pflegebedürftige Person unter rechtlicher Betreuung, kann der Antrag auf Pflegeleistungen vom Betreuer gestellt werden.

Für den Antrag auf Pflegeleistungen ist gesetzlich keine Form vorgeschrieben. Es genügt also auch ein Anruf bei der Pflegekasse. Unabhängig davon sollten Sie den Antrag schriftlich einreichen. Denn dann können Sie nachweisen, dass Sie Leistungen beantragt haben. Immer mehr Pflegekassen ermöglichen auch, dass ein solcher Antrag auf der App der Pflegekasse gestellt wird.

Es ist ausreichend, wenn sich der Pflegebedürftige im formlosen Erstantrag darauf beschränkt, „Leistungen der Pflegeversicherung“ oder die „Feststellung eines Pflegegrads“ zu beantragen. Erst später muss er sich festlegen, welche der verschiedenen Pflegeleistungen er in Anspruch nehmen will.

→ TIPP

Der Antrag auf Pflegeleistungen sollte möglichst schnell bei der Pflegekasse gestellt werden. Wer zu lange wartet, verschenkt möglicherweise Geld. Denn Pflegeleistungen werden grundsätzlich erst ab Antragstellung, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an gewährt, in dem Pflegebedürftigkeit vorliegt und vom Medizinischen Dienst ein Pflegegrad festgestellt worden ist. War der oder die Versicherte bereits vor der Antragstellung pflegebedürftig und wird der Antrag erst später als einen Monat nach dem Eintritt der Pflegebedürftig-

keit gestellt, so beginnen die Leistungen am Anfang des Antragsmonats.

In einem zweiten Schritt müssen Sie dann ein Antragsformular ausfüllen. Dieses übersendet Ihnen die Pflegekasse, sobald der Antrag eingeht. Das Formular kann bei vielen Pflegekassen auch im Internet heruntergeladen werden.

→ TIPP

Wenn Sie bereits in einen Pflegegrad eingestuft sind und sich Ihr Gesundheitszustand und damit der Pflegebedarf geändert hat, sollten Sie bei der Pflegekasse einen Antrag auf Höherstufung des Pflegegrads stellen. Das Vorgehen ist ähnlich wie beim Erstantrag. Die Pflegekasse wird Ihnen ein entsprechendes Formular zusenden und den Medizinischen Dienst mit der Erstellung eines neuen Pflegegutachtens beauftragen.

Das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gilt auch dann, wenn diese bereits festgestellt wurde, die pflegebedürftige Person aber mehr Pflege, Unterstützung oder Betreuung benötigt und deshalb in einen höheren Pflegegrad eingestuft werden möchte. Entsprechende Hinweise auf einen höheren Pflegeaufwand erfolgen bei häuslicher Pflege häufig durch den ambulanten Pflegedienst.



BEISPIEL

Musterbrief: Antrag auf Erhöhung des Pflegegrads

(Betreff:) **Antrag auf Erhöhung des Pflegegrads**

Versichertennummer: (Diese finden Sie auf Ihrer Versichertenkarte)

Sehr geehrte Damen und Herren,
hiermit beantrage ich einen höheren Pflegegrad. Wegen zunehmender gesundheitlicher Beeinträchtigungen meiner Selbstständigkeit und Fähigkeiten seit der letzten Begutachtung bin ich auf weitere Hilfen angewiesen. Zur Feststellung des Pflegegrads bitte ich um eine kurzfristige Begutachtung. Bitte lassen Sie mir alle notwendigen Formulare zukommen.

Bitte bestätigen Sie mir den Eingang dieses Schreibens.

(Unterschrift)

Sobald der Antrag auf Pflegeleistungen bei der Pflegekasse eingegangen ist, beauftragt diese den Medizinischen Dienst, ein Gutachten zu erstellen, um die Pflegebedürftigkeit und den Pflegebedarf zu ermitteln. Der Gutachter oder die Gutachterin hat die Aufgabe, durch eine Untersuchung der antragstellenden Person die Beeinträchtigungen der

Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten und die voraussichtliche Dauer der Pflegebedürftigkeit zu ermitteln. Er oder sie stellt Fragen zum Befinden und zum Unterstützungsbedarf. Die Pflegebedürftigkeit prüft er oder sie anhand eines standardisierten Fragebogens und bekommt so Informationen, um den Grad der Selbstständigkeit, Einschränkungen und Besonderheiten festzustellen. Es folgt eine körperliche Untersuchung, bei der unter Umständen ein Entkleiden bis auf die Unterwäsche notwendig ist. Je nach Fragestellung führt der Gutachter oder die Gutachterin auch eine psychologische Untersuchung durch.

Pflegegrad

In welchem Umfang Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung besteht, bestimmt sich danach, in welchen Pflegegrad der oder die Pflegebedürftige eingestuft ist. Die Einstufung in einen Pflegegrad ist abhängig davon, wie schwer die Person in ihrer Selbstständigkeit oder ihren Fähigkeiten beeinträchtigt ist. Dazu begutachtet der Medizinische Dienst, was der oder die Pflegebedürftige noch kann. Entscheidend für die Einstufung in einen Pflegegrad ist der Gesamteindruck der Person. Erfasst wird der Grad der Selbstständigkeit bei Aktivitäten in bestimmten pflegerelevanten Bereichen, sogenannten Modulen. Es werden nach Schwere der Beeinträchtigung

Punkte vergeben. Anhand einer Skala von 0 bis 100 gewichteten Punkten wird dann der Pflegegrad ermittelt. Auf der Grundlage dieser Punkte erfolgt die Einteilung des oder der Pflegebedürftigen in einen der fünf Pflegegrade.

Innerhalb eines Moduls werden die einzelnen Kriterien mit Einzelpunkten bewertet. Danach werden die Gesamtpunkte jedes Moduls ermittelt und die jeweiligen Gesamtpunkte innerhalb aller Module gewichtet. Auf der Grundlage der danach ermittelten Gesamtpunktzahl erfolgt dann die Einstufung in den jeweiligen Pflegegrad.

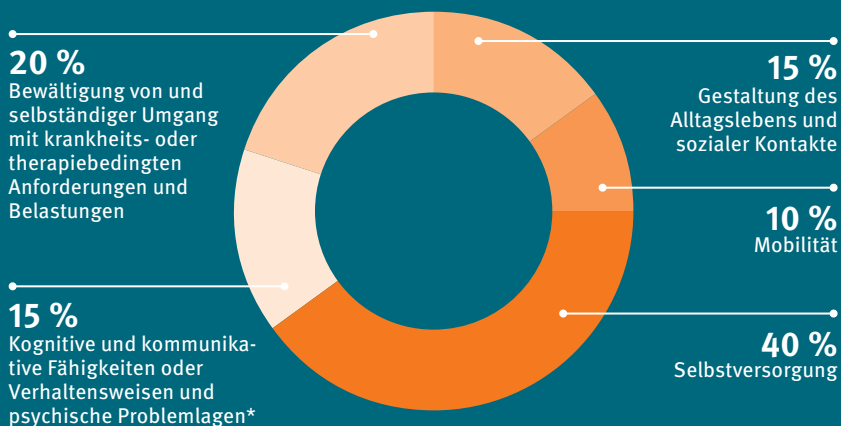
Um festzustellen, wie selbstständig die pflegebedürftige Person ist, prüft der Gutachter oder die Gutachterin folgende sechs Lebensbereiche:

- **Modul 1: Mobilität.** Der Gutachter prüft, ob die Person in der Lage ist, ohne Unterstützung einer anderen Person eine Körperhaltung einzunehmen oder zu wechseln und sich fortzubewegen. Beurteilt werden Aspekte wie Körperkraft, Balance, Bewegungskoordination. Es wird beispielsweise geschaut, ob und wie die Person im Bett Positionen wechseln, eine stabile Sitzposition halten, sich innerhalb des Wohnbereichs fortbewegen oder Treppen steigen kann.
- **Modul 2: kognitive und kommunikative Fähigkeiten.** Der Gutachter prüft, wie gut sich der oder die Betroffene im

Alltag orientieren und beteiligen sowie Entscheidungen treffen und steuern kann. Hier liegt der Fokus darauf, ob er oder sie beispielsweise Personen aus dem näheren Umfeld erkennen kann, örtlich und zeitlich orientiert ist, sich an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen erinnern, Sachverhalte verstehen, Risiken und Gefahren erkennen sowie elementare Bedürfnisse wie Hunger oder Durst mitteilen kann.

- **Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen.** Der Gutachter prüft, inwieweit die Person ihr Verhalten ohne personelle Unterstützung steuern kann. Konkret geht es beispielsweise um folgende Kriterien: nächtliche Unruhe, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, Wahnvorstellungen oder Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage.
- **Modul 4: Selbstversorgung.** In diesem Bereich geht es um Themen der Grundpflege, also Waschen, Zahnpflege, An- und Auskleiden, zur Toilette gehen, Essen und Trinken. Daneben geht es um Besonderheiten wie die künstliche Ernährung über eine Sonde oder Infusion, die Blasen- und Darmkontrolle und um die Folgen einer Harn- oder Stuhlinkontinenz.

Gewichtung der Module zur Berechnung des Pflegegrads



* In die Berechnung des Pflegegrads fließt nur eines der beiden Module ein, und zwar das mit der höchsten Punktzahl.

→ **Modul 5: Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen.** In diesem Bereich geht es um die Durchführung ärztlich verordneter Maßnahmen, die gezielt auf eine bestehende Krankheit ausgerichtet und mindestens sechs Monate erforderlich sind. Maßgebend ist, ob die Person die jeweilige Aktivität – zum Beispiel Medikation, Versorgung intravenöser Zugänge, Verbands-

wechsel und Wundversorgung – praktisch durchführen kann.

→ **Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.** In diesem Zusammenhang wird festgestellt, ob die Person individuell und bewusst ihren Tagesablauf gestalten kann – also zum Beispiel einen Tag-Nacht-Rhythmus einhalten, sich in der Freizeit beschäftigen oder in die Zukunft planen kann. Außerdem wird geschaut, ob sie in der Lage ist, mit Menschen in ihrem

Überblick über die fünf Pflegegrade

PFLEGEGRAD	EINSCHÄTZUNG	GEWICHTETE PUNKTE
Pflegegrad 1	geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkte
Pflegegrad 2	erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkte
Pflegegrad 3	schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkte
Pflegegrad 4	schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkte
Pflegegrad 5	schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung	ab 90 bis 100 Gesamtpunkte

unmittelbaren Umfeld oder außerhalb des direkten Umfelds Kontakt aufzunehmen, das heißt, ob sie die Pflegeperson ansprechen und zum Beispiel per Telefon kommunizieren kann.

Die auf der Grundlage der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte werden für jeden Lebensbereich (Modul) zusammengezählt. Die Gesamtpunktzahl und damit der Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad) ergibt sich allerdings nicht einfach durch die Summierung aller Gesamtpunktzahlen in den Modulen. Vielmehr erhält jedes Modul eine Gewichtung. Hintergrund ist, dass sich Ein-

schränkungen in manchen Bereichen mehr auf die Pflegebedürftigkeit auswirken als andere. Deshalb erhalten diese Bereiche im Gesamtergebnis mehr Gewicht.

Aus den gewichteten Punkten aller Module wird durch Addition ein Gesamtpunktwert gebildet, der die Grundlage für die Einordnung des oder der Pflegebedürftigen in einen der fünf Pflegegrade bildet. Die Pflegegrade zeigen die Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten der pflegebedürftigen Person. Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn der Gesamtpunktwert mindestens 12,5 Punkte beträgt. Bis 12,5 Punkte wird kein Pflegegrad vergeben.

Pflegebescheid

Das Ergebnis der Begutachtung teilt der Gutachter oder die Gutachterin als Empfehlung der Pflegekasse mit. Das Gutachten dient der Pflegekasse als Grundlage für ihre Entscheidung über den Pflegeantrag des oder der Pflegebedürftigen. Wenn diese Entscheidung Ihren Vorstellungen entspricht, brauchen Sie gar nichts zu unternehmen. Denken Sie dann aber daran, die Leistungen zu beantragen, die Sie brauchen. Falls Sie Unterstützung benötigen, sollten Sie die Pflegeberatung aufsuchen. Sind Sie mit der Entscheidung der Pflegekasse nicht einverstanden, können Sie mit einem Widerspruch gegen den Pflegebescheid vorgehen. Diesen müssen Sie innerhalb eines Monats bei der Pflegekasse einlegen. Sollte dies nicht zum Ziel führen, können Sie innerhalb eines Monats Klage einreichen.

Sozialversicherungsrechtliche Voraussetzungen

Der Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung setzt voraus, dass die pflegebedürftige Person bei der Pflegekasse in den letzten zehn Jahren vor der Antragstellung mindestens zwei Jahre als Mitglied versichert war. Diese Zeit der Versicherung vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit und der Antragstellung wird als Vorversicherungszeit bezeichnet.

Als Vorversicherungszeit werden Zeiten der Versicherungspflicht als Mitglied in der sozialen Pflegeversicherung, Familienversicherung und – unabhängig vom Krankenversicherungsschutz – eine freiwillige Weiterversicherung in der sozialen Pflegeversicherung berücksichtigt.

Maßgebend für die Zehnjahresfrist ist nicht das Datum, ab dem Pflegebedürftigkeit tatsächlich festgestellt wird. Vielmehr kommt es bezüglich der Vorversicherungszeit auf das Antragsdatum an. Das heißt, Sie können den Antrag erneut stellen, wenn die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen zunächst nicht, aber zu einem späteren Zeitpunkt vorliegen.

Vorrang der häuslichen Pflege

Stellt der Medizinische Dienst im Rahmen der Begutachtung fest, dass die häusliche Pflege nicht in geeigneter Weise sichergestellt werden kann, wird er bei der Pflege durch Angehörige empfehlen, dass gegebenenfalls professionelle häusliche Pflege in Anspruch genommen wird. In Betracht kommen entweder die kombinierte Geld- und Sachleistung oder die alleinige Sachleistung. Vollstationäre Pflege ist insbesondere dann notwendig oder sinnvoll, wenn

- eine Pflegeperson fehlt oder mögliche Pflegepersonen nicht bereit sind, den Pflegebedürftigen oder die Pflegedürftigen zu pflegen,

- Pflegepersonen überfordert sind oder eine Überforderung droht,
- der oder die Pflegebedürftige vernachlässigt wird oder eine Verwahrlosung droht, zum Beispiel durch Vernachlässigung der Körperpflege, unregelmäßige oder nicht ausreichende Einnahme von Mahlzeiten,
- die räumlichen Gegebenheiten im häuslichen Bereich keine häusliche Pflege ermöglichen und auch nicht durch Maßnahmen wie Umbauten verbessert werden können. Ein wesentliches Hindernis für die häusliche Pflege kann zum Beispiel sein, dass die Toilette und das Bad außerhalb der Wohnung liegen oder die Wohnung wegen zu schmaler Türen mit einem Rollstuhl nicht zugänglich ist.

Gleichwohl besteht der Anspruch auf vollstationäre Pflege jedoch unabhängig davon, ob häusliche oder teilstationäre Pflege möglich ist. Schließlich ist gesetzlich verankert, dass für die Gestaltung der Hilfe auch der Wunsch des oder der Pflegebedürftigen maßgeblich ist. Die pflegebedürftige Person kann also auch entscheiden, anstelle in häuslicher Pflege in vollstationärer Pflege gepflegt zu werden. Dies kommt nicht zuletzt dann in Betracht, wenn die Angehörigen die häusliche Pflege ablehnen.

→ TIPP

Der gesetzliche Anspruch auf vollstationäre Pflege besteht seit 2017 unabhängig von der medizinischen Notwendigkeit. Bedürftige haben abseits der Prüfung, ob eine häusliche oder teilstationäre Pflege möglich wäre, einen gesetzlichen Rechtsanspruch auf vollstationäre Pflege. Wählt die oder der Betroffene allerdings vollstationäre Pflege, obwohl diese nach Feststellung der Pflegekasse nicht erforderlich ist, muss sie oder er mit einer Begrenzung der Pflegeleistungen rechnen. Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 erhalten nur den auf ihren jeweiligen Pflegegrad bezogenen pauschalen Leistungsbetrag und einen Leistungszuschlag (→ Seite 74, 97). Und bei Pflegebedürftigen des Pflegegrads 1 gewährt die Pflegekasse nur einen Zuschuss von 131 Euro monatlich.