

Cystische Fibrose

Mukoviszidose



cf-initiative-aktiv e.V.München

Grundsätzliches zur Pflegeversicherung bei CF

Leistungen aus der Pflegeversicherung

Die Pflegeversicherung gibt seit 1995 jungen und alten Menschen Schutz bei häuslicher und stationärer Pflegenotwendigkeit wegen Krankheit oder Behinderung. Geregelt ist sie im 11. Buch des Sozialgesetzbuches (SGB XI). Durch das Pflegezeitgesetz und Pflegezeitgesetz (2008) sind die finanziellen Leistungen teilweise angepasst worden.

Antrag bei der Pflegekasse

Die Leistungen müssen bei der Pflegekasse beantragt werden. Die Pflegeversicherung ist an die Krankenversicherung gekoppelt. Der Antrag ist also dort zu stellen, wo auch die Krankenversicherung besteht. Das kann telefonisch, schriftlich oder persönlich geschehen. Es sollte auf eine Eingangsbestätigung geachtet werden, da die Leistungen aus der Pflegeversicherung ab diesem Zeitpunkt erbracht werden müssen.

Die Pflegekasse schickt ein Antragsformular und fordert manchmal auch ein Pflegetagebuch. Letzteres kann nicht geführt werden. Wer über einige Tage ein Pflegetagebuch führt, erhält für sich selbst einen guten Überblick über den täglichen Hilfebedarf, der als Routine häufig nicht mehr bewusst wahrgenommen wird.

Feststellen von Pflegebedürftigkeit

Nur derjenige erhält Leistungen aus der Pflegeversicherung, der pflegebedürftig ist. Das sind

Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.

Dabei macht es keinen Unterschied, ob man gesetzlich oder privat kranken- und pflegeversichert ist. Bei den gesetzlich Versicherten wird der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) beauftragt festzustellen, ob und in welchem Ausmaß Pflegebedürftigkeit vorliegt. Dazu kommt der Medizinische Dienst nach Voranmeldung ins Haus. Passt der Termin nicht, kann er verlegt werden. Bestehen Bedenken gegen den Gutachter, kann er abgelehnt werden.

Bei dem Hausbesuch zählt sich eine gute eigene Vorbereitung durch vorherige Überlegungen zum Hilfebedarf aus. Wer hinsichtlich des Ablaufs oder des Pflegebedarfs unsicher ist, sollte seinen Hilfebedarf über mehrere Tage minutiös schriftlich dokumentieren, fachkundige Hilfe z.B. durch die Sozialarbeiter/-pädagogen der Krankenhäuser oder den Verein in Anspruch nehmen.

Grundpflege, Hauswirtschaft

Wichtig ist zu wissen, was überhaupt zum Pflegebedarf zählt. Das ist Hilfebedarf, der bei den Verrichtungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung anfällt. Die Auflistung ist abschließend! Zur **Grundpflege gehören:**

- Körperpflege, d.h. Waschen, Duschen, Baden, Zahnpflege, Kämmen, Rasieren, Darm- oder Blasenentleerung,
- Ernährung, d.h. mundgerechtes Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
- Mobilität, d.h. Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen/Stehtehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung.

Zur **hauswirtschaftlichen** Versorgung zählen

- Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

Hilfe zum Atmen durch Maßnahmen zur Schleimentfernung ist nicht genannt. Das sind sog. krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen, die unter gewissen Voraussetzungen Grundpflege darstellen. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts stellen sie Grundpflege dar, wenn sie aus medizinisch-pflegerischen Gründen im zeitlichen Zusammenhang mit einer Verrichtung aus dem Bereich der Grundpflege durchgeführt werden müssen. Das kann das Aufstehen und Zu Bett gehen sein. Der Medizinische Dienst und die Pflegekassen legen einen strengeren Maßstab an. Es zeigt sich Bundesweit eine sehr unterschiedliche Praxis was die grundsätzliche Anerkennung der Zeit zur Schleimentfernung, ihre Häufigkeit und anerkannten Zeitaufwand entspricht.

Hilfe

Als „Hilfe“ wird nur die vollständige oder teilweise Übernahme, Unterstützung, Beaufsichtigung und Anleitung gewertet. Allgemeine Beaufsichtigung und Betreuung zählen dagegen nicht.

Pflegestufen nach Hilfebedarf

Maßgeblich ist der regelmäßige tägliche Hilfebedarf, wobei Pflege erleichternde und -erschwerende Faktoren (z.B. Spastiken) zu berücksichtigen sind. Je nach Zeitdauer der Hilfe, werden Leistungen der Pflegestufe I, II oder III gewährt.

- **Pflegestufe I:** 90 Minuten Zeitaufwand, wobei auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen,
- **Pflegestufe II:** 3 Stunden Zeitaufwand, wobei auf die Grundpflege mindestens 2 Stunden entfallen,
- **Pflegestufe III:** mindestens 5 Stunden, wobei auf die Grundpflege mindestens 4 Stunden entfallen.

Eine generelle Aussage zur Einstufung der Mukoviszidose ist nicht möglich. Es kommt letztlich immer auf den Einzelfall an, denn auch bei gleicher Grunderkrankung gibt es unterschiedlich schwere Verläufe.

Begutachtungsrichtlinien

Die Pflegekasse und der Medizinische Dienst sind an die Begutachtungsrichtlinien gebunden. Das sind die verbindliche, einheitliche Richtlinien zur Begutachtung bei Pflegebedürftigkeit. Die aktuelle Fassung datiert von August 2009.

Darin sind Zeitkorridore für den Hilfebedarf bei den einzelnen Verrichtungen vorgegeben, die zu einer Vereinheitlichung der Pflegezeiten beitragen sollen. Ein Abweichen von der Vorgabe ist möglich, da letztlich immer der individuelle Hilfebedarf maßgeblich ist.

Begutachtung von Kindern

Die Begutachtungsrichtlinien geben den alterstypischen Hilfebedarf eines Kindes ab Geburt bis zum 10. Lebensjahr vor. Da anderenfalls jedes Kind pflegebedürftig wäre, wird nur der darüber hinausgehende, aus der Erkrankung resultierende Hilfebedarf für die Beurteilung von Pflegebedürftigkeit herangezogen. Deshalb wird auch nur dieser im Pflegegutachten aufgeführt.

Leistungen aus der Pflegeversicherung

Liegt Pflegebedürftigkeit vor, kann gewählt werden zwischen der **Geldleistung**: z.B. bei der Pflege durch Familienangehörige, der **Sachleistung**, d.h. Einsatz professioneller Kräfte, und der Kombinationspflege, bei der beide Leistungsarten kombiniert werden. Die Leistungshöhe hängt von der Pflegestufe ab:

Pflegegeld	Stufe I: 2010	€ 225,-
	Stufe II 2010	€ 430,-
	Stufe II 2010	€ 685,-

Verhinderungspflege

Ist die Pflegeperson wegen Erholungsurlaub, Krankheit o.ä. an der Pflege gehindert, werden die Kosten für eine Ersatzkraft für den Zeitraum von höchstens vier Wochen oder bis zu einem Betrag von € 1.432,- je Kalenderjahr übernommen, wenn bereits 6 Monate lang gepflegt wurde.

Soziale Sicherung der Pflegeperson

Abhängig von der Pflegestufe und wöchentlichem Pflegeaufwand werden von der Pflegekasse für nicht erwerbsmäßig Tätige Leistungen zur Rentenversicherung abgeführt. Für die Abrechnung von Rentenversicherungsbeiträgen ist eine wöchentliche Pflegezeit von 14 Stunden erforderlich. Das gilt nicht für die Unfallversicherung. Der Pflegenden ist gesetzlich unfallversichert.

Widerspruch und Klage

Die Feststellung der Pflegekasse zur Pflegebedürftigkeit kann mit Widerspruch und Klage angegriffen werden. Die Widerspruchs- und Klagefrist beträgt 1 Monat ab Bekanntgabe. In der Zeit muss gehandelt werden! Widerspruch und Klage können zunächst ohne Begründung erhoben werden.

Rückfragen an die Verfasserin:

Rechtsanwältin Anja Bollmann, Jakobstraße 113, 51465 Bergisch Gladbach
Telefon: 02202 / 29 30 60, Telefax: 02202 / 29 30 66
e-mail: KanzleiBollmann@aol.com

Weitere Möglichkeiten zur Information:

- Ihre zuständige CF-Ambulanz, hier insbesondere die Sozialarbeiter/innen
- Die genannten Kostenträger, also Pflegekasse bzw. Sozialamt
- CF- Bundesverband Mukoviszidose e.V. Bonn: www.muko.info
- Leitfaden Soziale Rechte, Hrsg.: Mukoviszidose e.V., In den Dauen 6, 53117 Bonn
- Die Rechte behinderter Menschen und ihrer Angehörigen, Hrsg.: Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte, Kirchfeldstr. 149, 40215 Düsseldorf
- Infoblatt Kinder in der Pflegeversicherung (cf-initiative-aktiv e.V. München, Verfasser RAin Anja Bollmann)