

Merkblatt

Pflegeversicherung



Stand: 01/2012

- **Was ist die Pflegeversicherung?**

Die Pflegeversicherung wurde zur sozialen Absicherung des Risikos bei Pflegebedürftig-

keit als neuer eigenständiger Zweig der Sozialversicherung eingeführt. Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen den Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Hilfebedarfs, ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht.

Pflegebedürftig sind Personen, die aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung länger als sechs Monate auf Hilfeleistungen bei regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens angewiesen sind.

- **Wie erhalte ich Leistungen aus der Pflegeversicherung?**

Um Leistungen aus der Pflegeversicherung zu erhalten, muss zunächst bei der zuständigen Pflegekasse ein Antrag auf Feststellung von Pflegebedürftigkeit gestellt werden. Die Pflegekasse beauftragt daraufhin den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) beim Antragsteller zu Hause eine Begutachtung vorzunehmen. Diese wird durch eine Mitarbeiterin/einen Mitarbeiter des MDK, entweder Ärztin/Arzt oder Pflegefachkraft durchgeführt. In besonderen Fällen kann die Erstbegutachtung auch im Krankenhaus erfolgen.

- **Wie wird das Einstufungsverfahren durchgeführt?**

Während der Begutachtung werden gemäß den Begutachtungsrichtlinien Fragen gestellt und körperliche Funktionen überprüft, um sich ein Gesamtbild der Lebenssituation und des Hilfebedarfs des Antragstellers zu machen. Hierzu gehören, z.B. Angaben über die Pflegepersonen, Hilfsmittel, erforderliche tägliche Hilfeleistungen, die Einschätzung des dazu gehörenden Zeitaufwandes, der Wohnsituation und der Fähigkeiten.

- **Welche Hilfebedarfe werden bei der Begutachtung berücksichtigt?**

Bei den Hilfeleistungen, die bei der Begutachtung anerkannt werden können, handelt es sich ausschließlich um die Verrichtungen in der

Grundpflege:

- Körperpflege (z.B. Waschen, Duschen, Kämmen, Rasieren)
- Ernährung (z.B. mundgerechte Zubereitung oder Aufnahme der Nahrung) und
- Mobilität (selbstständiges Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden)

sowie der

hauswirtschaftlichen Versorgung (z.B. Einkaufen, Kochen, Wohnungsreinigung, Wäsche waschen etc.).

Auch wird überprüft, ob eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz, z.B. Weglauf-tendenz, Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen, tötlich oder aggressi- ves Verhalten in Verkennung der Situation, wie es bei Demenzerkrankten vorkommt, vorhanden ist und deshalb ein zusätzlicher Betreuungsbedarf besteht.

Nach der Begutachtung spricht der MDK eine Empfehlung aus, ob die Voraussetzungen einer Pflegestufe vorliegen oder nicht. Die letztendliche Entscheidung über die Pflegestu- fe trifft die Pflegekasse.

- **Welche Voraussetzungen muss ich für die Pflegestufen I, II oder III erfüllen?**

Insgesamt wird zwischen drei Pflegestufen unterschieden:

Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige):

Erheblich pflegebedürftig sind Personen, die bei der Körperpflege, Ernährung oder Mobi- lität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Der Zeitaufwand für Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt mindestens 90 Minuten betragen, wovon auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen müssen.

Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige):

Schwer pflegebedürftig sind Personen, die bei der Körperpflege, Ernährung oder Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Der Zeitaufwand für Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt mindestens drei Stunden betragen, wovon auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen müssen.

Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige):

Schwerstpflegebedürftig sind Personen, die bei der Körperpflege, Ernährung oder Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Der Zeitaufwand für Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt mindestens fünf Stunden betragen, wovon auf die Grundpflege mindestens 4 Stunden entfallen müssen.

Es wird der Zeitaufwand zugrundegelegt, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt.

- **Welche Leistungen erhalte ich aus der Pflegeversicherung? (ab 01.01.2012)**

➤ **Leistungen bei häuslicher Pflege**

Es gibt drei Möglichkeiten, häusliche Pflege in Anspruch zu nehmen.

- *Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen (§ 37 SGB XI)*

Der Pflegebedürftige beschafft sich zur Sicherstellung seiner Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung selber eine Pflegehilfe, z.B. Angehörige, Freunde oder Nachbarn. Dafür erhält er von der Pflegekasse ein Pflegegeld.

Dieses beträgt je Kalendermonat für Pflegebedürftige der

Pflegestufe 1	235,00 €
Pflegestufe 2	440,00 €
Pflegestufe 3	700,00 €

Pflegebedürftige, die Pflegegeld beziehen, sind verpflichtet bei Pflegestufe I und II mindestens einmal halbjährlich und bei Pflegestufe III mindestens einmal vierteljährlich einen Pflegeeinsatz durch einen anerkannten Pflegedienst abzurufen. Die Pflegeeinsätze dienen der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und Beratung der Pflegepersonen.

- *Pflegesachleistung (häusliche Pflegehilfe) (§ 36 SGB XI)*

Hat der Pflegebedürftige keine Angehörigen oder Nachbarn, die seine Pflege sicherstellen können, hat er Anspruch auf die Hilfe eines professionellen Ambulanten Pflegedienstes als Sachleistung.

Die Pflegekasse übernimmt je Kalendermonat für Pflegebedürftige der Pflegestufe 1 Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 450,00 €

Pflegestufe 2 Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von	1.100,00 €
Pflegestufe 3 Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von	1.550,00 €

Für besondere Härtefälle werden Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 1.918,00 € übernommen.

- **Kombination von Geld- und Sachleistung (Kombinationsleistung) (§ 38 SGB XI)**

Bei der Kombinationsleistung teilen sich eine vom Pflegebedürftigen selbst beschaffte Pflegeperson und ein Ambulanter Pflegedienst die Pflege. Die Pflegekasse bezuschusst die Einsätze des Pflegedienstes als Sachleistung (s. unter b), und der Pflegebedürftige erhält für die Pflegeperson evt. auch noch ein anteiliges Pflegegeld (s. unter a), wenn der Pflegebedürftige die ihm zustehende Sachleistung nur teilweise in Anspruch nimmt. An die Entscheidung, in welchem Verhältnis Geld- und Sachleistung in Anspruch genommen werden sollen, ist der Pflegebedürftige für die Dauer von sechs Monaten gebunden.

- **Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39 SGB XI)**

Die Pflegekasse übernimmt bei Verhinderung der Pflegeperson durch Erholungsurlaub, Krankheit oder aus anderen Gründen längstens für vier Wochen die Kosten einer notwendigen Ersatzpflege. Voraussetzung für die Leistung der Pflegekasse ist, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens 6 Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat. Die Aufwendungen der Pflegekassen können sich im Kalenderjahr auf bis zu 1.550 € belaufen. Bei einer Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse regelmäßig den Betrag des Pflegegeldes nach § 37 SGB XI nicht überschreiten, es sei denn, die Ersatzpflege wird erwerbsmäßig ausgeübt.

- **Pflegehilfsmittel und technische Hilfen (§ 40 SGB XI)**

Jeder Pflegebedürftige hat Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden beitragen oder ihm eine selbständigere Lebensführung ermöglichen, soweit die Hilfsmittel nicht von der Krankenkasse oder von anderen Leistungsträgern bezuschusst werden.

Pflegekassen können zudem finanzielle Zuschüsse bis zu 2.557,00 € für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen gewähren, z.B. für technische Hilfen im Haushalt, wenn dadurch häusliche Pflege ermöglicht, erheblich erleichtert oder eine möglichst selbständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt wird.

- **Leistungen bei teil- und vollstationärer Pflege**

- **Ansprüche bei Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI)**

Voraussetzung für den Anspruch auf teilstationäre Pflege ist, dass die häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder dies zur Ergänzung und Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist. Die teilstationäre Pflege umfasst auch die notwendige Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege und zurück.

Die Pflegekasse übernimmt bei der teilstationären Pflege je Kalendermonat pflegebedingte Aufwendungen für Pflegebedürftige der

Pflegestufe 1	im Wert bis zu	450,00 €
Pflegestufe 2	im Wert bis zu	1.100,00 €
Pflegestufe 3	im Wert bis zu	1.550,00 €

Die Leistungen für Tages- und Nachtpflege werden im Jahr 2012 erhöht.

- **Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI)**

Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht Anspruch auf Pflege in einer vollstationären Einrichtung. Dies gilt für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen oder in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist.

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf 4 Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Die Pflegekasse übernimmt Aufwendungen bis zu dem Gesamtbetrag von 1.550,00 €

• **Vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI)**

Pflegebedürftige haben Anspruch auf Pflege in vollstationären Einrichtungen, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des Einzelfalles nicht in Betracht kommen.

Die Pflegekasse übernimmt je Kalendermonat für Pflegebedürftige der

Pflegestufe 1	Aufwendungen in Höhe von	1.023,00 €
Pflegestufe 2	Aufwendungen in Höhe von	1.279,00 €
Pflegestufe 3	Aufwendungen in Höhe von	1.550,00 €

Für Pflegebedürftige, die als Härtefall anerkannt sind, übernimmt die Pflegekasse Aufwendungen in Höhe von 1.918,00 € monatlich.

➤ **Leistungen für Pflegeversicherte mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (§ 45 a + b SGB XI)**

Für Menschen, bei denen neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung, ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung besteht, sieht das Pflegeleistungsergänzungsgesetz zusätzliche Betreuungsleistungen vor.

Anspruchsberechtigt sind Pflegebedürftige der Pflegestufen I, II oder III, die zu Hause gepflegt werden, aber auch Personen, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben und bei denen keine Pflegestufe (Pflegestufe 0) vorliegt mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen, bei denen der Medizinische Dienst der Krankenversicherung eine dauerhafte und erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz festgestellt hat.

Ob eine dauerhafte und erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz vorliegt, beurteilt der Medizinische Dienst der Krankenversicherung anhand folgender Kriterien:

1. unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauftendenz)
2. Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen
3. unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen,
4. tötlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation
5. im situativen Kontext inadäquates Verhalten
6. Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen
7. Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung
8. Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben
9. Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus
10. Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren
11. Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen
12. ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten

13. zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagttheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression.

Eine erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz liegt vor, wenn der MDK bei dem Pflegebedürftigen wenigstens in zwei Bereichen, davon mindestens einmal aus einem der Bereiche 1 bis 9, dauerhafte und regelmäßige Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen feststellt.

Je nach Umfang des erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarfs erhalten anspruchsberechtigte Personen einen Grundbetrag für Betreuungsleistungen in Höhe von 100 € monatlich oder 200 € monatlich bei erhöhtem Bedarf.

Die Höhe des jeweiligen Anspruchs wird von der Pflegekasse auf Empfehlung des MDK im Einzelfall festgelegt.

Die zusätzlichen Betreuungsleistungen erhält man auf Antrag von der zuständigen Pflegekasse. Der Betrag ist zweckgebunden und kann verwendet werden für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen, die dem Versicherten im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von:

- Tages-, Nachtpflege oder Kurzzeitpflege
- zugelassenen Pflegediensten (nur bei Angeboten der allgemeinen Anleitung und Betreuung und nicht bei Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung) oder
- der nach Landesrecht anerkannten niedrigschwelligen Betreuungsangebote, wie z.B. Betreuungsgruppen für Demenzkranke, Familienentlastende Dienste, entstehen.

Wichtig zu wissen ist, dass es sich bei den zusätzlichen Betreuungsleistungen um eine Kostenerstattung handelt und die Mittel nicht ausgezahlt werden. Nimmt ein Pflegebedürftiger zusätzliche Betreuungsleistungen in Anspruch, kann die Pflegekasse direkt mit dem Dienstleister abrechnen oder der Pflegebedürftige erhält eine Rechnung, die er bei der Pflegekasse zwecks Kostenerstattung einreichen kann.

Die Leistung kann innerhalb des jeweiligen Kalenderjahres in Anspruch genommen werden. Wird die Leistung in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.

- **Wer hilft bei Fragen zur Pflegeversicherung und bei Fragen zu Leistungsanbietern im Kreis Euskirchen weiter?**

Bei Fragen zu den Leistungen der Pflegeversicherung wenden Sie sich bitte an Ihre zuständige Pflegekasse. Dort wird man Ihnen weiterhelfen.

Bei Fragen zu Leistungsanbietern im Kreis Euskirchen wenden Sie sich bitte an:

Kreis Euskirchen

Abt. Soziales / Zentrales Informationsbüro Pflege (Z.I.P.) und Pflegestützpunkt

Jülicher Ring 32

53879 Euskirchen

Tel.: (02251) 15 521 und 15 927, Fax: (02251) 15 566

E-Mail: pfligestuetzpunkt@kreis-euskirchen.de

Internet: www.kreis-euskirchen.de, www.pflege.net