

Merkblatt

Pflegeversicherung



Leistungen der Pflegeversicherung

Die Pflegeversicherung wurde zur sozialen Absicherung des Risikos bei Pflegebedürftigkeit 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. Nach den Pflegestärkungsgesetzen (PSG) wurde ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt und die Begutachungskriterien angepasst.

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

Während der Begutachtung werden gemäß den Begutachtungsrichtlinien Fragen gestellt und körperliche Funktionen überprüft, um sich ein Gesamtbild von der Lebenssituation und vom Hilfebedarf des Antragstellers zu machen.

Beim neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff werden gleichermaßen körperliche, geistige und psychische Einschränkungen erfasst und in die Einstufung einbezogen.

Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Dabei muss es sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive, oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, mindestens für sechs Monate, bestehen.

Bei der Begutachtung werden die Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten der Menschen in sechs verschiedenen Bereichen beurteilt:

- Mobilität
- Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
- Selbstversorgung
- Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
- Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Der Gutachter oder die Gutachterin des MDK wird sich ansehen, wie selbstständig jemand ist und welche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten vorliegen. Erst aufgrund einer Gesamtbewertung aller Fähigkeiten und Beeinträchtigungen erfolgt die Einstufung in einen der fünf Pflegegrade.

Leistungen bei häuslicher Pflege

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

Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen (§ 37 SGB XI)

Der Pflegebedürftige erhält von der Pflegekasse ein Pflegegeld, wenn Angehörige oder Ehrenamtliche die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung übernehmen.

Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat für Pflegebedürftige:

Pflegegrad 2	332,00 €
Pflegegrad 3	573,00 €
Pflegegrad 4	765,00 €
Pflegegrad 5	947,00 €

Pflegebedürftige, welche Pflegegeld beziehen, sind verpflichtet, bei Pflegegrad 2 und 3 mindestens einmal halbjährlich und bei Pflegegrad 3 und 4 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. Diese Beratungen können unter anderem durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung, wie zum Beispiel einen ambulanten Pflegedienst, durchgeführt werden.

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 bezuschusst je Kalendermonat die Pflegeeinsätze des Pflegedienstes in folgender Höhe:

Pflegegrad 2	761,00 €
Pflegegrad 3	1.432,00 €
Pflegegrad 4	1.778,00 €
Pflegegrad 5	2.200,00 €

Kombinationsleistung (Kombination von Geld- und Sachleistungen - § 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, und der Pflegebedürftige erhält für die Pflegeperson evtl. auch noch ein anteiliges Pflegegeld, 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 6 Monaten gebunden.

Verhinderungspflege (bei Verhinderung der Pflegeperson - § 39 SGB XI)

Die Pflegekasse übernimmt bei Verhinderung der Pflegeperson durch Erholungsurlaub, Krankheit oder aus anderen Gründen längstens für 6 Wochen im Kalenderjahr 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 und der Pflegebedürftige zum Zeitpunkt der Verhinderung mindestens in Pflegegrad 2 eingestuft ist.

Die Leistungen der Pflegekasse können bis zu 1.612,00 € im Kalenderjahr betragen. Auch wird für bis zu 8 Wochen je Kalenderjahr die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes während der Verhinderungspflege weitergewährt.

Der Leistungsbetrag kann zudem um bis zu 806,00 € aus den noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege, also auf insgesamt 2.418,00 € im Kalenderjahr, erhöht werden. Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege angerechnet.

Wird die Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, durchgeführt, sind die Aufwendungen der Pflegekasse auf den Betrag des Pflegegeldes (entsprechend dem festgestellten Pflegegrad) für bis zu 6 Wochen beschränkt.

Entlastungsbetrag (§ 45b SGB XI)

Alle Pflegebedürftigen, die Leistungen aus der Pflegeversicherung erhalten und die zu Hause gepflegt werden, haben Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125,00 € monatlich.

Der Entlastungsbetrag ist zweckgebunden und kann für qualitätsgerechte Leistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger und vergleichbar nahestehender Pflegepersonen sowie zur Förderung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit des Pflegebedürftigen bei der Alltagsgestaltung eingesetzt werden.

Er dient der Erstattung von Aufwendungen, die im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme folgender Leistungen auftreten:

- Tages- oder Nachtpflege
- Kurzzeitpflege
- Ambulante Pflegedienste, in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht von Leistungen im Bereich der Selbstversorgung
- Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a SGB XI

Wichtig zu wissen ist, dass der Entlastungsbetrag nicht ausgezahlt wird, sondern, dass es sich um eine Kostenerstattung handelt. Pflegebedürftige Personen erhalten die Kostenerstattung in Höhe des Entlastungsbetrages auf Antrag bei der zuständigen Pflegekasse.

Nimmt die pflegebedürftige Person Betreuungs-/Entlastungsleistungen in Anspruch, kann die Pflegekasse direkt mit dem Dienstleister abrechnen oder die pflegebedürftige Person erhält eine Rechnung, die sie bei der Pflegekasse zwecks Kostenerstattung einreichen kann.

Der Entlastungsbetrag 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 Jahr übertragen werden.

Eine Liste mit den aktuellen Anbietern von Angeboten des Entlastungsbetrages kann im Zentralen Informationsbüro Pflege beim Kreis Euskirchen angefordert werden.

Unterstützung im Alltag (§ 45a SGB XI – Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags)

Angebote zur Unterstützung im Alltag tragen dazu bei, Pflegepersonen zu entlasten, und helfen Pflegebedürftigen, möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung zu bleiben, soziale Kontakte aufrechtzuerhalten und ihren Alltag weiterhin möglichst selbstständig bewältigen zu können.

Es werden folgende Unterstützungsangebote gefördert:

Betreuungsangebote und Angebote zur Entlastung von Pflegenden

Dazu zählen Betreuungsgruppen für an Demenz erkrankte Menschen, Helfer/-innen-Kreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger im häuslichen Bereich, Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung durch anerkannte Helfer/-innen, Familienentlastende Dienste, Alltagsbegleiter etc.

Angebote zur Entlastung im Alltag

Diese beinhalten die Übernahme von Betreuung und allgemeiner Beaufsichtigung, eine die vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten stärkende und stabilisierende Alltagsbegleitung, Unterstützungsleitungen für Angehörige, Erbringung von Dienstleistungen, organisatorische Hilfestellungen

Die Angebote müssen nach Landesrecht anerkannt sein.

Pflegebedürftige mit mindestens Pflegegrad 2, die Pflegesachleistungen erhalten, können den nicht für den Bezug von ambulanten Sachleistungen genutzten Betrag (maximal aber 40 % des hierfür vorgesehenen Leistungsbetrages) für Betreuungs- und Entlastungsangebote verwenden.

Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (§ 40 SGB XI)

Für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen können finanzielle Zuschüsse gewährt werden. Zu den wohnumfeldverbessernden Maßnahmen gehören z.B. technische Hilfen im Haushalt, wenn dadurch häusliche Pflege ermöglicht, erheblich erleichtert oder eine möglichst selbstständige Lebensführung des Pflege- oder Betreuungsbedürftigen wiederhergestellt wird.

Pro Umbaumaßnahme werden Zuschüsse bis zu 4.000,00 € gewährt. Leben mehrere Pflegebedürftige Personen in einer gemeinsamen Wohnung, ist der Gesamtbetrag auf 16.000,00 € begrenzt.

Pflegehilfsmittel (§ 40 SGB XI)

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel, z.B. Einweghandschuhe oder Bettschutzeinlagen, werden monatlich in Höhe von bis zu 40,00 € von der Pflegekasse übernommen.

Leistungen in ambulant betreuten Wohngruppen (§§ 38a, 45e SGB XI)

Damit Pflegebedürftige und Personen mit dauerhaft erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz möglichst lange in einer häuslichen Umgebung bleiben können, wird die Gründung von neuen Wohnformen, wie z.B. Senioren-Wohngemeinschaften und Pflege-Wohngemeinschaften, gefördert. Als Anreiz für die Gründung ist pro Bewohner ein einmaliger Betrag von bis zu 2.500,00 €, jedoch maximal 10.000,00 € je Wohngruppe vorgesehen. Die Förderung kann z.B. für die altersgerechte oder barrierearme Umgestaltung der gemeinsamen Wohnung verwendet werden. Der Betrag wird zusätzlich zur wohnumfeldverbessernden Maßnahme (§ 40 SGB XI) gewährt.

Weiter werden für eine Betreuungskraft, die in der Wohngruppe das Zusammenleben organisiert, pauschal 214,00 € monatlich pro Bewohner gezahlt. Voraussetzung ist, dass die Wohngruppe mindestens 2 und höchstens 11 weitere Personen umfasst und die freie Wählbarkeit der Pflege- und Betreuungsleistungen gewährleistet ist.

Leistungen bei teil- und vollstationärer Pflege

Tages- und Nachtpflege (§41 SGB XI)

Wenn die häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder die Ergänzung und Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist, haben die Pflegebedürftigen Anspruch auf Tages- und Nachtpflege. 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 folgende Aufwendungen:

Pflegegrad 2	689,00 €
Pflegegrad 3	1.298,00 €
Pflegegrad 4	1.612,00 €
Pflegegrad 5	1.995,00 €

Die Leistungen der Tages- und Nachtpflege können zusätzlich zu ambulanten Pflegesachleistungen, Pflegegeld oder der Kombinationsleistung in Anspruch genommen werden.

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 übergangsweise im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt oder zur Bewältigung von Krisensituationen bei der häuslichen Pflege, wenn die Pflegeperson, z.B. durch Krankheit oder Urlaub, ausfällt und vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist.

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf 8 Wochen pro Kalenderjahr beschränkt.

Die Pflegekasse bezuschusst die pflegerischen Aufwendungen bis zu dem Gesamtbetrag von 1.774,00 € pro Kalenderjahr. Auch wird bis zu 8 Wochen je Kalenderjahr die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes während der Kurzzeitpflege weitergezahlt.

Der Leistungsbetrag kann um bis zu 1774,00 € aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Verhinderungspflege auf bis zu 3.386,00 € im Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Kurzzeitpflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Verhinderungspflege angerechnet.

Vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI)

Pflegebedürftige haben Anspruch auf Pflege in vollstationären Einrichtungen, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheiten des Einzelfalls nicht in Betracht

kommt.

Die Pflegekasse übernimmt monatliche Aufwendungen für Pflegebedürftige in Höhe von:

Pflegegrad 1	125,00 €
Pflegegrad 2	770,00 €
Pflegegrad 3	1.262,00 €
Pflegegrad 4	1.775,00 €
Pflegegrad 5	2.005,00 €

Pflegebedürftige Personen, die in einer vollstationären Einrichtung leben, erhalten einen Leistungszuschlag auf den zu zahlenden Eigenanteil an den Pflegekosten (§ 43c SGB XI):

- 15 % des Eigenanteils innerhalb des ersten Jahres
- 30 % des Eigenanteils, wenn sie mehr als 12 Monate,
- 50 % des Eigenanteils, wenn sie mehr als 24 Monate und
- 75 % des Eigenanteils, wenn sie mehr als 36 Monate im Heim leben.