

Kombination von Geld- und Sachleistungen

Der Pflegebedürftige kann die Leistungen nach seinen persönlichen Bedürfnissen kombinieren. Es können z. B. 30 % Pflegegeld und 70 % Pflegesachleistungen gewählt werden. An die Entscheidung, in welchem Verhältnis Geld- oder Sachleistungen in Anspruch genommen werden, ist der Pflegebedürftige in der Regel sechs Monate gebunden. Sollte sich der Pflegegrad ändern, ist ein Wechsel auch innerhalb dieser Zeit möglich. Die Sozialstationen beraten gerne über die im Einzelfall sinnvolle Kombination.

Pflegehilfsmittel

Die Kosten von Pflegehilfsmitteln wie z. B. Bett-einlagen, Einmalhandschuhe oder Desinfektionsmittel werden bis zu 40€ pro Monat von der Pflegekasse übernommen. Technische Hilfsmittel wie Krankenbetten, Rollstühle oder Hebegeräte werden in der Regel von der Pflegekasse leihweise zur Verfügung gestellt. Dieser Leistungsanspruch besteht für alle Pflegebedürftigen der Pflegegrade 1 bis 5.

Pflegekurse und Schulungen in der häuslichen Umgebung

Die Pflegekassen sind verpflichtet für Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflegetätigkeit interessierte Personen Schulungskurse durchzuführen und diese zu finanzieren. Die Kurse sollen Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege vermitteln und die Pflege und Betreuung erleichtern. Auf Wunsch der Pflegeperson und der pflegebedürftigen Person kann die Schulung auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen stattfinden. Der hierfür erforderliche Berechtigungsschein ist bei der zuständigen Pflegekasse erhältlich.

Verhinderung der Pflegeperson

Ist eine Pflegeperson wegen Krankheit, Urlaub oder aus anderen Gründen an der Pflege tage- oder stundenweise gehindert, übernimmt die Pflegekasse auf Antrag die nachgewiesenen Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für bis zu sechs Wochen pro Kalenderjahr. Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor erstmaliger Verhinderung bereits mind. sechs Monate in seiner Häuslichkeit gepflegt hat und zum Zeitpunkt der Verhinderung mindestens Pflegegrad 2 vorliegt.

Bei Verhinderung der Pflegeperson übernimmt die Pflegekasse für die Ersatzpflege, die erwerbsmäßig (z. B. durch eine Caritas-Sozialstation) durchgeführt wird, im Einzelfall bis zu 1.612 € im Kalenderjahr.

Pflegegeldempfänger erhalten während einer Verhinderungspflege für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes. Verhinderungspflege kann auch außerhalb der eigenen Häuslichkeit erbracht werden, z. B. in Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege sowie der Kurzzeitpflege in einer stationären Pflegeeinrichtung.

Der oben genannte Leistungsbetrag kann zusätzlich um bis zu 806 € auf insgesamt bis zu 2.418 € pro Kalenderjahr aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege (s. Punkt 4) erhöht werden. Der Leistungsanspruch auf Kurzzeitpflege mindert sich entsprechend.

Hinweis: Wird die Ersatzpflege durch verwandte (bis zum zweiten Grade) oder verschwägerte Personen bzw. Personen, die im gleichen Haushalt leben, erbracht, sind die Aufwendungen der Pflegekasse grundsätzlich auf die Höhe des in dem jeweiligen Pflegegrad festgelegten Pflegegeldbetrages für bis zu sechs Wochen begrenzt.

Angebote zur Unterstützung im Alltag

Pflegebedürftige Personen (Pflegegrad 1 bis 5) in häuslicher Pflege haben Anspruch auf einen sog. Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 € monatlich, den sie zweckgebunden für qualitätsgesicherte Leistungen einsetzen können. Dies soll zur Entlastung von pflegenden Angehörigen sowie zur Förderung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit der Pflegebedürftigen bei der Gestaltung ihres Alltags dienen.

Folgende Angebote können im Rahmen einer Kostenerstattung in Anspruch genommen werden:

- Leistungen der Tages- und Nachtpflege
- Leistungen der Kurzzeitpflege
- Leistungen der ambulanten Pflege als Pflegesachleistung (bei Pflegegrad 2 bis 5 nicht für Leistungen im Bereich der Selbstversorgung)
- nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag (z. B. Betreuungsgruppen, ehrenamtliche Helferkreise, Alltagsbegleiter, Pflegebegleiter, Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen)

Hinweis: Auf Antrag können Pflegebedürftige (Pflegegrad 2 bis 5) zusätzlich zum Entlastungsbetrag max. 40 % der im jeweiligen Monat noch nicht in Anspruch genommenen Pflegesachleistung für nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag nutzen. Die entstandenen Kosten werden mit der Pflegekasse abgerechnet (Kostenerstattungsprinzip).

Leistungen der medizinischen Behandlungspflege

Injektionen, Verbände, Wundbehandlungen usw. sind medizinische Leistungen der Krankenkasse. Diese werden durch den Hausarzt verordnet und nach Genehmigung der zuständigen Krankenkasse durch die Sozialstation erbracht.

2. Wohnen im Alter

Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes

Um die Wohnung der Pflegebedürftigen (Pflegegrad 1 bis 5) für eine möglichst selbstständige Lebensführung bzw. Pflege anzupassen, gewähren die Pflegekassen auf Antrag einen Zuschuss von bis zu 4.000 € je Maßnahme für notwendige Um- oder Einbauten bzw. bis zu 16.000 €, wenn mehrere Anspruchsberechtigte zusammen wohnen.

Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen

Bei Neugründung einer ambulant betreuten Wohngruppe hat jeder Pflegebedürftige Anspruch (Pflegegrad 1 bis 5) auf einen einmaligen Förderbetrag in Höhe von 2.500 € für die altersgerechte bzw. barrierearme Umgestaltung der gemeinsamen Wohnung (max. 10.000 € je Wohngruppe). Die Umgestaltungsmaßnahme kann bereits vor Gründung und dem Einzug erfolgen.

Wohngruppenzuschlag in ambulant betreuten Wohngruppen

Pflegebedürftige (Pflegegrad 1 bis 5) in ambulant betreuten Wohngruppen erhalten einen monatlichen pauschalen Zuschlag in Höhe von 214 €, wenn:

- mehrere Personen (max. zwölf, davon mind. drei Personen mit Pflegegrad 1 bis 5) in einer gemeinsamen Wohnung leben,
- diese Wohngruppe dem Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung dient,
- gemeinschaftlich eine Betreuungsperson beschäftigt wird, die u. a. mit den allgemeinen organisatorischen, hauswirtschaftlichen und verwaltenden Tätigkeiten beauftragt wurde.

Hinweis: Bewohner einer ambulant betreuten Wohngruppe können Leistungen der Tagespflege nur dann in Anspruch nehmen, wenn der MDK nachweist, dass die Pflege ansonsten nicht sichergestellt ist.

3. Tages- und Nachtpflege

Zur Ergänzung, Stärkung und Sicherung der häuslichen Pflege stehen den Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 neben den oben genannten Leistungen zusätzlich Leistungen der teilstationären Pflege in Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege zur Verfügung.

Pflegegrad	Leistungsanspruch je Kalendermonat bis zu
Pflegegrad 2	689 €
Pflegegrad 3	1.298 €
Pflegegrad 4	1.612 €
Pflegegrad 5	1.995 €

Die Kosten für gesondert berechenbare Investitionen, Unterkunft und Verpflegung in der Tagespflege sind vom Pflegebedürftigen zu tragen.

4. Kurzzeitpflege

Wenn die häusliche Pflege vorübergehend, z. B. nach einem Krankenhausaufenthalt, nicht oder nicht ausreichend sichergestellt ist, können Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 vollstationäre Kurzzeitpflege in Anspruch nehmen. Der Anspruch hierfür ist auf bis zu acht Wochen pro Kalenderjahr bzw. auf 1.612 € beschränkt.

Pflegegrad	Leistungsanspruch je Kalenderjahr bis zu
Pflegegrad 2 bis 5	1.612 €

Dieser Betrag kann um bis zu 1.612 € auf insgesamt bis zu 3.224 € aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Verhinderungspflege

erhöht werden. Die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes wird während des Aufenthaltes in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr fortgewährt.

Der für die Kurzzeitpflege verwendete Leistungsbetrag wird auf die Verhinderungspflege angerechnet. Die Kosten für gesondert berechenbare Investitionen sowie für Unterkunft und Verpflegung sind vom Pflegebedürftigen zu tragen.

5. Stationäre Pflege

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben Anspruch auf Übernahme der Kosten durch die Pflegekasse für Pflege, Betreuung und Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in einem Pflegeheim gemäß der nachfolgenden Tabelle:

Pflegegrad	Leistungsanspruch je Kalendermonat bis zu
Pflegegrad 2	770 €
Pflegegrad 3	1.262 €
Pflegegrad 4	1.775 €
Pflegegrad 5	2.005 €

Die Kosten für gesondert berechenbare Investitionen sowie Unterkunft und Verpflegung müssen die Pflegebedürftigen selbst tragen. Für pflegebedingte Aufwendungen wird zusätzlich ein einrichtungseinheitlicher Eigenanteil erhoben.

Hinweis:

- Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen haben Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung. Die Kosten für diese Leistungen werden von der Pflegekasse übernommen.
- Wählen Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 vollstationäre Pflege, erhalten sie von der Pflegekasse lediglich einen monatlichen Zuschuss in Höhe von 125 €.



Die Pflegeversicherung

Das Pflegeversicherungsgesetz

Die gesetzliche Pflegeversicherung wurde im Jahr 1995 nach dem Prinzip einer Teilkaskoversicherung (= Zuschuss zur Pflege) eingeführt und zuletzt durch die Pflegestärkungsgesetze (PSG) mit Wirkung zum 01.01.2017 reformiert. Mit dem PSG II wurde der Pflegebedürftigkeitsbegriff neu definiert und das Neue Begutachtungsassessment (NBA) eingeführt.

Auf den folgenden Seiten sind wichtige Bestimmungen des Gesetzes für Sie zusammengestellt.

Wer ist versichert?

Alle Personen, die in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind, sind automatisch auch in der Pflegekasse ihrer Krankenkasse versichert. Wer bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert ist, muss eine private Pflegeversicherung abschließen. Der Beitragssatz beträgt ab 01.01.2017 2,55 % und für Kinderlose 2,8 % des Bruttolohnes.

Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes sind Personen, deren Selbstständigkeit oder Fähigkeiten auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, auf Grund von körperlichen, kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingten Belastungen oder Anforderungen eingeschränkt ist bzw. sind und die sie ohne Hilfe durch andere nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können.

Pflegegrade und Begutachtung

Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der

Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad). Der jeweilige Pflegegrad wird mithilfe eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) ermittelt.

Für die Einschätzung der Schwere der Pflegebedürftigkeit stellen die Gutachter des MDK jeweils das Ausmaß fest, in dem Pflegebedürftige Hilfe durch andere Personen benötigen. Das Ergebnis ist die Einstufung in einen der nachfolgend aufgeführten fünf Pflegegrade.

Pflegegrad	Ausmaß der Beeinträchtigung
Pflegegrad 1	gering
Pflegegrad 2	erheblich
Pflegegrad 3	schwer
Pflegegrad 4	schwerst
Pflegegrad 5	schwerst mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung

Folgende sechs Bereiche sind für die Begutachtung relevant:

- **Mobilität**
z.B. Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Treppensteigen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereiches
- **Kognitive und kommunikative Fähigkeiten**
z.B. Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche und zeitliche Orientierung, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Erkennen von Risiken und Gefahren

- **Verhaltensweisen und psychische Problemlagen**
z.B. Verhaltensauffälligkeiten, Ängste, Antriebslosigkeit, nächtliche Unruhe
- **Selbstversorgung**
z.B. Waschen, Duschen, Baden, Körperpflege, An- und Auskleiden, Nahrungsaufnahme
- **Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen**
z.B. in Bezug auf Medikation, Besuch von Ärzten/Therapeuten
- **Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte**
z.B. Gestaltung des Tagesablaufs, Ruhen, Schlafen, Kontaktpflege zu anderen Personen

Zusätzlich werden in den Bereichen **Außerhäusliche Aktivitäten** und **Haushaltsführung** Informationen ermittelt, die zur Erstellung einer individuellen Versorgungsplanung oder für die Beratung zur Vermeidung der Pflegebedürftigkeit wichtig sind.

Information, Antragsverfahren und Begutachtung

Leistungen der Pflegeversicherung werden nur auf Antrag gewährt.

Information und Aufklärung, individuelle Beratung

Die Pflegekassen sind verpflichtet, ihre Versicherten, deren Angehörige und Lebenspartner zu Fragen der Pflegebedürftigkeit, z.B. zu Leistungs- und Rechtsansprüchen zu informieren, bei der Auswahl und Inanspruchnahme von entsprechenden Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten zu unterstützen und individuell zu beraten. Auf Anforderung werden Leistungs- und Preisvergleichslisten von der Pflegekasse, z.B. für zugelassene Pflegeeinrichtungen, ausgehändigt.

Hinweis: Beim Erstantrag muss die Pflegekasse innerhalb von 14 Tagen entweder eine Kontaktperson benennen und einen konkreten Beratungstermin anbieten oder einen Beratungsgutschein ausstellen und Beratungsstellen benennen, bei denen zu Lasten der Pflegekasse die Beratung in Anspruch genommen werden kann.

Antragsverfahren und Begutachtung

Nach Eingang des Antrages auf Leistungen der Pflegeversicherung beauftragen die Pflegekassen unverzüglich den MDK oder andere unabhängige Gutachter mit der Prüfung, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welcher Pflegegrad vorliegt. Spätestens 25 Arbeitstage nach Antragseingang muss dem Antragsteller die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich vorliegen. Bei Fristversäumnis seitens der Pflegekasse wird dem Antragsteller von der Pflegekasse pro angefangene Woche der Fristüberschreitung ein Betrag in Höhe von 70 € ausbezahlt. Dies gilt nicht bei Wiederholungsbegutachtungen, Widerspruchsverfahren und bei vollstationärer Pflege ab Pflegegrad 2. Der Antragsteller hat einen Rechtsanspruch auf gleichzeitige Übermittlung des Gutachtens.

Hinweise:

- Bis auf besonders dringliche Entscheidungsbedarfe ist die o.g. Frist bis 31.12.2017 ausgesetzt.
- Die Zuordnung zu einem Pflegegrad sowie die Bewilligung von Leistungen können auch befristet erfolgen, wenn eine Verringerung der Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten nach der Einschätzung des MDK zu erwarten ist.

Leistungen der Pflegeversicherung

Grundsätzlich werden die nachfolgend beschriebenen Leistungen der Pflegeversicherung für die Pflegegrade 2 bis 5 gewährt. Eine Sonderstellung nimmt der Pflegegrad 1 ein. Bei diesem Personenkreis sind die Beeinträchtigungen von geringem Ausmaß und liegen vorrangig im so-

matischen Bereich. Deshalb stehen Beratungs- und Schulungsangebote sowie kleine Teilhilfen bei der Selbstversorgung, beim Verlassen der Wohnung und bei der Haushaltsführung im Vordergrund.

1. Häusliche Pflege und Betreuung

Der Pflegebedürftige kann zwischen folgenden Leistungen wählen:

Pflegesachleistung

Personen mit dem Pflegegrad 2 bis 5, die in ihrem eigenen oder in einem fremden Haushalt gepflegt werden, erhalten körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung als Pflegesachleistung. Sie wird auf der Grundlage des abgeschlossenen Pflegevertrages durch einen ambulanten Pflegedienst (z.B. eine Caritas-Sozialstation oder eine Ökumenische Sozialstation) erbracht und monatlich abgerechnet.

Pflegegrad	Leistungsanspruch je Kalendermonat bis zu
Pflegegrad 2	689 €
Pflegegrad 3	1.298 €
Pflegegrad 4	1.612 €
Pflegegrad 5	1.995 €

Hinweis: Soweit Aufwendungen für betriebsnotwendige Investitionen von der Kommune nicht oder nur teilweise gefördert werden, kann die Sozialstation diese Aufwendungen dem Pflegebedürftigen gesondert berechnen.

Pflegegeld

Anstelle der häuslichen Pflege durch eine Sozialstation kann auch Pflegegeld beantragt werden. Dies setzt voraus, dass der Pflegebedürftige

(Pflegegrad 2 bis 5) mit dem Pflegegeld die erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung durch eine Pflegeperson selbst sicherstellt. Pflegeperson in diesem Sinne ist, wer nicht erwerbsmäßig eine oder mehrere pflegebedürftige Personen in seiner häuslichen Umgebung pflegt.

Pflegegrad	Leistungsanspruch je Kalendermonat bis zu
Pflegegrad 2	316 €
Pflegegrad 3	545 €
Pflegegrad 4	728 €
Pflegegrad 5	901 €

Beratung in der Häuslichkeit

Zur Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und pflegefachlichen Unterstützung der Pflegeperson sind Pflegegeldbezieher verpflichtet bei

- Pflegegrad 2 und 3 halbjährlich einmal und bei
- Pflegegrad 4 und 5 vierteljährlich einmal

einen Beratungsbesuch durch eine zugelassene Institution, z.B. einen ambulanten Pflegedienst, abzurufen.

Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 sind berechtigt, halbjährlich einmal einen Beratungsbesuch in Anspruch zu nehmen. Pflegebedürftige, die von einem ambulanten Pflegedienst Pflegesachleistungen beziehen, können ebenfalls halbjährlich einmal einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen.

Die Kosten für die Beratungsbesuche übernimmt die zuständige Pflegekasse.

Bitte wenden ▶

Für Fragen und weitere Informationen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

