

Pflegegeld

Anstelle der häuslichen Pflege durch eine Sozialstation kann auch Pflegegeld beantragt werden. Dies setzt voraus, dass der Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld die erforderliche Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung sowie häusliche Betreuung durch eine Pflegeperson selbst sicherstellt. Pflegeperson in diesem Sinne ist, wer nicht erwerbsmäßig eine oder mehrere pflegebedürftige Personen wenigstens 14 Stunden wöchentlich in seiner häuslichen Umgebung pflegt.

Pflegestufe	Versicherte ohne erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz erhalten monatlich bis zu	Versicherte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz erhalten zusätzlich monatlich bis zu
Stufe 0	-----	120 €
Stufe 1	235 €	+ 70 €
Stufe 2	440 €	+ 85 €
Stufe 3	700 €	-----

Zur Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und Beratung der Pflegeperson sind Pflegegeldbezieher ohne erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz verpflichtet einen Beratungsbesuch in der Häuslichkeit durch eine zugelassene ambulante Pflegeeinrichtung wie folgt abzurufen:

Pflegestufe	Häufigkeit
Stufe 1 und 2	1x halbjährlich
Stufe 3	1x vierteljährlich

Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz sind berechtigt in den o.g. Zeiträumen einen zusätzlichen Beratungsbesuch in Anspruch zu nehmen. Bei Pflegestufe 0 kann der Beratungsbesuch einmal halbjährlich abgerufen werden. Die Kosten für Beratungsbesuche übernimmt die zuständige Pflegekasse.

Kombination von Geld- und Sachleistungen

Der Pflegebedürftige kann die Leistungen nach seinen persönlichen Bedürfnissen kombinieren. Es können z.B. 40 % Pflegegeld und 60 % Pflegesachleistungen gewählt werden. An die Entscheidung, in welchem Verhältnis Geld- oder Sachleistungen in Anspruch genommen werden, ist der Pflegebedürftige in der Regel 6 Monate gebunden. Sollte sich die Pflegestufe ändern, ist ein Wechsel auch innerhalb dieser Zeit möglich. Die Caritas-Pflegedienste beraten Sie gerne über die im Einzelfall sinnvolle Kombination.

Hinweis:

- ▶ Zusätzlich können die o. g. Ansprüche auf Leistungen der häuslichen Pflege mit dem Anspruch auf Leistungen der Tages- und Nachtpflege kombiniert werden (s. hierzu Punkt 7).
- ▶ Die Hälfte des anteiligen Pflegegeldes wird während einer Kurzzeitpflege und einer Verhinderungspflege jeweils für bis zu vier Wochen je Kalenderjahr fortgewährt.

Pflegehilfsmittel

Die Kosten von Pflegehilfsmitteln wie Betteinlagen, Einmalhandschuhen oder Desinfektionsmitteln werden bis zu 31 € 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 auch für Versicherte mit sog. Pflegestufe 0.

Pflegekurse und Pflegeberatung

Für Pflegepersonen und andere Interessenten bieten die Caritas-Pflegedienste Pflegekurse an, in denen Grundkenntnisse sowie Fähig- und Fertigkeiten der häuslichen Pflege vermittelt werden. Zusätzlich haben Pflegepersonen einen Anspruch darauf, in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen von einem/r PflegemitarbeiterIn individuell beraten und angeleitet zu werden.

Finanziert werden die Pflegekurse und die individuelle Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch die Pflegekasse. Der hierfür erforderliche Berechtigungsschein ist bei der zuständigen Pflegekasse erhältlich.

Verhinderung der Pflegeperson

Ist eine Pflegeperson wegen Urlaub, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse die Kosten einer notwendigen Ersatzpflege, wenn die Pflegeperson den Pflegebedürftigen bereits mind. 6 Monate in seiner Häuslichkeit gepflegt hat. Wird die Pflege durch Pflegepersonen sichergestellt, die mit dem Pflegebedürftigen nicht bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind und mit ihm nicht in häuslicher Gemeinschaft leben, steht Ihnen hierfür der nachfolgend genannte Betrag zur Verfügung. Dieser Leistungsanspruch besteht auch für Versicherte mit sog. Pflegestufe 0.

bis zu
1.550 €

Diese Leistungsbeträge können auch für Tages- und Nachtpflege (s. Punkt 7) sowie für Kurzzeitpflege (s. Punkt 8) genutzt werden.

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 den Betrag des Pflegegeldes nicht übersteigen.

Zusätzliche Betreuungsleistungen für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz

Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, einer geistigen Behinderung oder einer psychischen Erkrankung, die einen erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf aufweisen, haben einen Anspruch auf einen zusätzlichen Betreuungsbetrag in Höhe von bis zu 100 € (Grund-

betrag) bzw. 200 € (erhöhter Betrag) monatlich. Der höchstmögliche Anspruch pro Jahr beträgt 1.200 € bzw. 2.400 €.

Folgende Angebote können in Anspruch genommen werden:

- ▶ Tages- und Nachtpflege
- ▶ Kurzzeitpflege
- ▶ Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung durch zugelassene Pflegedienste
- ▶ Niedrigschwellige Betreuungsangebote (z.B. Betreuungsgruppen, ehrenamtliche Helferkreise)

Die Voraussetzungen für den Leistungsanspruch werden durch den MDK festgestellt. Über die Höhe der Leistung entscheidet die Pflegekasse auf Empfehlung des MDK.

Behandlungspflegerische Leistungen

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

6. Wohnen im Alter

Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

Um die Wohnung des/der Pflegebedürftigen bzw. der Versicherten mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz für eine möglichst selbständige Lebensführung bzw. für die Pflege anzupassen, in Form von notwendigen Um- oder Einbauten, gewähren die Pflegekassen auf Antrag bis zu 2.557 €.

Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen

Bei Neugründung einer ambulant betreuten Wohngruppe hat jeder Pflegebedürftige Anspruch auf einen einmaligen Förderbetrag in Höhe von 2.500 € (neben dem Betrag für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen) für die altersgerechte bzw. barrierearme Umgestaltung der gemeinsamen Wohnung (max. 10.000 € je Wohngruppe).

Ambulant betreute Wohngruppen

Wenn mind. drei Pflegebedürftige in einer ambulant betreuten Wohngruppe in einer gemeinsamen Wohnung mit häuslicher pflegerischer Versorgung leben, in der ein/e PflegemitarbeiterIn tätig ist, besteht der Anspruch auf einen pauschalen Zuschlag von monatlich 200 €.

7. Tages- und Nachtpflege

Neben dem vollen Anspruch auf Geld- oder Sachleistung besteht für Pflegebedürftige zusätzlich ein hälftiger Anspruch auf Tages- und Nachtpflege. Im umgekehrten Fall besteht bei vollem Anspruch auf Tages- und Nachtpflege ein hälftiger Anspruch auf Geld- oder Sachleistung.

Der Gesamtanspruch bei Kombination von Leistungen der häuslichen Pflege sowie Tages- und Nachtpflege beläuft sich auf max. 150 %, das 1,5-fache der Sachleistungshöhe. Die Vergütungen für ambulante Pflegesachleistungen werden vorrangig vor den Vergütungen für Tages- und Nachtpflege abgerechnet.

Eine individuelle Beratung zu Ihrem Leistungsanspruch erhalten Sie auf Wunsch von Ihrem Caritas-Pflegedienst. Die Kosten für gesondert berechenbare Investitionen, Unterkunft und Verpflegung in der Tagespflege sind vom Pflegebedürftigen zu tragen.

8. Kurzzeitpflege

Wenn die häusliche Pflege vorübergehend, z. B. nach einem Krankenhausaufenthalt nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden kann, besteht Anspruch auf vollstationäre Kurzzeitpflege. Der Anspruch hierfür ist auf vier Wochen pro Kalenderjahr bzw. auf den nachfolgend genannten Betrag beschränkt. Die Leistungen stehen wie folgt zur Verfügung:

bis zu
1.550 €

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

9. Stationäre Pflege

Für pflegebedingte Aufwendungen in der stationären Pflege übernimmt die Pflegekasse die Kosten gemäß der nachfolgenden Tabelle:

Pflegestufe	monatlich bis zu
Stufe 1	1.023 €
Stufe 2	1.279 €
Stufe 3	1.550 €
Härtefälle	1.918 €

Die Kosten für gesondert berechenbare Investitionen, Unterkunft und Verpflegung sowie für evtl. Zusatzleistungen in der stationären Pflege müssen die Pflegebedürftigen selbst tragen.



Die Pflegeversicherung

Das Pflegeversicherungsgesetz

Die gesetzliche Pflegeversicherung wurde im Jahr 1995 eingeführt und zuletzt im September 2012 mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz – kurz PNG – reformiert. Das PNG beinhaltet insbesondere Leistungsverbesserungen für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (z.B. bei Demenz), Flexibilisierung der Leistungsanspruchnahme sowie Entlastung pflegender Angehöriger.

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

Hinweis: Bei der Pflegeversicherung handelt es sich um einen Zuschuss und nicht um die Vollübernahme der Kosten für unterschiedliche Versorgungsmodelle.

1. Wer ist versichert?

Alle Personen, die in einer gesetzlichen Krankenkasse pflichtversichert sind, sind automatisch in der Pflegekasse ihrer Krankenkasse versichert. Personen, die in einer gesetzlichen Krankenkasse freiwillig versichert sind, können zwischen der sozialen oder der privaten Pflegeversicherung wählen.

Der Beitragssatz beträgt ab 01.01.2013 2,05 % des Bruttolohnes, für Kinderlose 2,3 %. Freiwillige Mitglieder einer gesetzlichen Krankenversicherung können sich von der Versicherungspflicht befreien lassen, wenn sie sich und ihre Angehörigen bereits privat pflegeversichert haben. Ehe-

gatten und unterhaltsberechtigte Kinder sind im Rahmen der Familienversicherung mitversichert. Privatversicherte sind verpflichtet, das Risiko der Pflegebedürftigkeit für sich und ihre Angehörigen bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen zu versichern.

2. Wer ist pflegebedürftig?

Pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes 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 aber für mindestens 6 Monate

in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.

Zu den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens zählen:

Körperpflege

Waschen, Duschen, Baden, Zahnpflege, Kämmen, Rasieren, Darm- und Blasenentleerung

Ernährung

Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung, Aufnahme der Nahrung

Mobilität

Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen, Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung

Hauswirtschaftliche Versorgung

Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen von Wäsche und Kleidung, Beheizen

3. Information, Antragsverfahren und Begutachtung

Versicherte erhalten Leistungen der Pflegeversicherung auf Antrag.

Individuelle Beratung und Aufklärung

Pflegebedürftige haben einen Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch Pflegeberater/innen der Pflegekassen, die bei der Auswahl und Inanspruchnahme von bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten unterstützen. Darüber hinaus müssen die Versicherten, ihre Angehörigen und Lebenspartner seitens der Pflegekasse über die mit der Pflegebedürftigkeit zusammenhängenden Fragen (z.B. Leistungen der Pflegekassen) in verständlicher Weise informiert und über die Rechtsansprüche (z.B. Übermittlung des Gutachtens des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung) aufgeklärt werden.

Hinweis:

Bei erstmaligem Antrag muss die Pflegekasse entweder

- unter Benennung einer Kontaktperson einen konkreten Beratungstermin anbieten, der spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang (auf Wunsch der/des Versicherten auch später) durchzuführen ist oder
- einen Beratungsgutschein ausstellen unter Benennung von Beratungsstellen, bei denen zu Lasten der Pflegekasse innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang die Beratung in Anspruch genommen werden kann. Ein Rechtsanspruch auf einen Beratungsgutschein besteht nicht.

Die Beratung kann auf Wunsch des Versicherten zu Hause stattfinden.

Antragsverfahren und Begutachtung

Nach Eingang des Antrages auf Einstufung der Pflegebedürftigkeit beauftragen die Pflegekassen unverzüglich den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder andere unabhängige Gutachter zu prüfen, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit und/oder eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz vorliegen.

Spätestens fünf Wochen nach Antragseingang muss dem Antragsteller die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich vorliegen. Der Antragsteller hat den Rechtsanspruch auf gleichzeitige Übermittlung des Gutachtens. Bei Fristversäumnis – verursacht durch die Pflegekasse – wird dem Antragsteller (nur bei Erstantrag) von der Pflegekasse pro angefangene Woche der Fristüberschreitung ein Betrag in Höhe von 70 € ausbezahlt.

4. Pflegestufen

Auf Antrag bei der zuständigen Pflegekasse stellt der MDK oder ein von der Pflegekasse beauftragter unabhängiger Gutachter eine der nachfolgend genannten Pflegestufen fest:

Pflegestufe 0

Erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz (sog. Pflegestufe 0) liegt vor bei krankheits- oder behinderungsbedingten kognitiven Störungen (Wahrnehmen und Denken) sowie Störungen des Affekts (Stimmungslage) und des Verhaltens und wenn wegen dieser Störungen ein Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf auf Dauer (voraussichtlich mind. sechs Monate) und regelmäßig besteht.

Pflegestufe 1

Erhebliche Pflegebedürftigkeit liegt vor bei einem mindestens einmal täglich erforderlichen Hilfebedarf bei mindestens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen der Körperpflege, Ernährung oder Mobilität. Zusätzlich muss mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt werden.

1

Zeitaufwand: Mindestens 1,5 Stunden, davon mehr als 45 Minuten Grundpflege.

Pflegestufe 2

Schwerpflegebedürftigkeit liegt vor bei einem mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten erforderlichen Hilfebedarf bei der Körperpflege, Ernährung oder Mobilität. Zusätzlich muss mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt werden.

2

Zeitaufwand: Mindestens 3 Stunden, davon mindestens 2 Stunden Grundpflege.

Pflegestufe 3

Schwerstpflegebedürftigkeit liegt vor, wenn der Hilfebedarf so groß ist, dass jederzeit eine Pflegeperson unmittelbar erreichbar sein muss, weil der konkrete Hilfebedarf jederzeit gegeben ist und Tag und Nacht anfällt (Rund-um-die-Uhr-Betreuung).

3

Zeitaufwand: Mindestens 5 Stunden, davon mindestens 4 Stunden Grundpflege.

Hinweis: Die Zuordnung zu einer Pflegestufe, die Anerkennung als Härtefall sowie die Bewilligung von Leistungen können für die Dauer von maximal 3 Jahren befristet werden und enden mit Ablauf der festgesetzten Frist. Die Befristung erfolgt, wenn und soweit eine Verringerung des Hilfebedarfs nach der Einschätzung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zu erwarten ist.

5. Häusliche Pflege und Betreuung

Die Leistungen der Pflegeversicherung richten sich nach der Schwere der Pflegebedürftigkeit. Der Pflegebedürftige kann zwischen folgenden Leistungen wählen:

Pflegesachleistung

Pflegebedürftige, die in ihrem eigenen oder in einem fremden Haushalt gepflegt werden, erhalten Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung und häusliche Betreuung als Pflegesachleistung. Sie wird durch PflegemitarbeiterInnen, z.B. eines Caritas-Pflegedienstes erbracht. Die Inanspruchnahme der häuslichen Betreuung als Pflegesachleistung setzt voraus, dass die Grundpflege sowie die hauswirtschaftliche Versorgung sichergestellt sind.

Pflegestufe	Versicherte ohne erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz erhalten monatlich bis zu	Versicherte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz erhalten zusätzlich monatlich bis zu
Stufe 0	-----	225 €
Stufe 1	450 €	+ 215 €
Stufe 2	1.100 €	+ 150 €
Stufe 3	1.550 €	-----
für Härtefälle bis zu 1.918 €		

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

Wir helfen Ihnen weiter.

Wenn Sie noch Fragen haben oder weitere Informationen benötigen, können Sie sich gerne an uns wenden.

Daheim
nicht
allein

© Caritasverband für die Diözese Augsburg e.V.

