

Zur Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und pflegfachliche Unterstützung 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 I und II	1x halbjährlich
Stufe III	1x vierteljährlich

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

Kombination von Geld- und Sachleistungen

Der Anspruchsberechtigte 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 Versicherte in der Regel sechs 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: 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 z. B. Bettunterlagen, Einmalhandschuhen oder Desinfektionsmitteln werden bis zu 40 € pro Monat von der Pflegekasse übernommen. Technische Hilfsmittel wie

Krankenbetten, Rollstühle oder Hebegegeräte 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 Pflegemitarbeiter 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 Krankheit, Urlaub oder aus anderen Gründen an der Pflege tage- oder stundenweise gehindert, übernimmt die Pflegekasse die nachgewiesenen Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für bis zu sechs Wochen pro Kalenderjahr. Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson den Anspruchsberechtigten vor erstmaliger Verhinderung bereits mind. sechs Monate in seiner Häuslichkeit gepflegt hat. 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. 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 der jeweiligen Pflegestufe festgelegten Pflegegeldbetrages beschränkt.

Bei Empfängern von Pflegegeld wird während der Ersatzpflege zusätzlich die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes weiterbezahlt. Verhinderungspflege kann auch außerhalb der eigenen Häuslichkeit erbracht werden, z. B. in Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege sowie der Kurzzeitpflege. 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 erhöht werden. Der Leistungsanspruch auf Kurzzeitpflege mindert sich entsprechend. Dieser Leistungsanspruch besteht auch für Versicherte mit der sog. Pflegestufe 0.

Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen

Mit dem Inkrafttreten des PSG I stehen allen anspruchsberechtigten Personen zusätzliche Leistungsbeträge für Betreuungs- und Entlastungsleistungen zur Verfügung.

Versicherte mit Pflegestufe I bis III ohne erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz erhalten monatlich bis zu	Versicherte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz erhalten monatlich je nach Betreuungsbedarf	
	Grundbetrag bis zu	erhöhter Betrag bis zu
104 €	104 €	208 €

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

- ▶ Tages- und Nachtpflege
- ▶ Kurzzeitpflege
- ▶ Besondere Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung oder Angebote der hauswirtschaftlichen Versorgung durch zugelassene Pflegedienste
- ▶ anerkannte niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote (z. B. Betreuungsgruppen, ehrenamtliche Helferkreise, Alltagsbegleiter, Pflegebegleiter, Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen)

Hinweis: Wird der Anspruch auf ambulante Pflegesachleistungen je Monat nicht voll ausgeschöpft, kann der nicht genutzte Betrag (max. 40 %) für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote verwendet und rückwirkend erstattet werden. Voraussetzung ist in diesem Fall, dass Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung sichergestellt sind und die Vergütungen für ambulante Pflegesachleistungen vorrangig abgerechnet werden. Zusätzlich ist ein Beratungsbesuch in der Häuslichkeit durch einen zugelassenen Pflegedienst zur Sicherung der Qualität verpflichtend.

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 den Pflegedienst erbracht.

6. Wohnen im Alter

Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

Um die Wohnung der anspruchsberechtigten Versicherten für eine möglichst selbständige 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 anspruchsberechtigte Versicherte Anspruch 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

Anspruchsberechtigte Personen in ambulant betreuten Wohngruppen erhalten einen monatlichen pauschalen Zuschlag in Höhe von 205 €, wenn:

- ▶ mehrere Versicherte mit Pflegestufe 0 bis III 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.

7. Tages- und Nachtpflege

Neben ambulanten Pflegesachleistungen, Pflegegeld und Kombinationsleistung stehen anspruchsberechtigten Personen zusätzlich Leistungen der teilstationären Pflege in Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege zur Verfügung, wenn die häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist.

Pflegestufe	Versicherte ohne erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz erhalten monatlich bis zu	Versicherte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz erhalten monatlich bis zu
Stufe 0	-----	231 €
Stufe I	468 €	689 €
Stufe II	1.144 €	1.298 €
Stufe III	1.612 €	

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 bis zu vier Wochen pro Kalenderjahr bzw. auf den nachfolgend genannten Betrag beschränkt.

bis zu
1.612 €

Der genannte Leistungsbetrag kann um bis zu 1.612 € auf insgesamt **bis zu 3.224 €** aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Verhinderungspflege für einen Zeitraum von maximal acht Wochen je Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Kurzzeitpflege verwendete Leistungsbetrag wird auf die Verhinderungspflege angerechnet. Lassen Sie sich hierzu von Ihrer Caritas-Sozialstation beraten. 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 I	1.064 €
Stufe II	1.330 €
Stufe III	1.612 €
Härtefälle	1.995 €

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 nach dem Prinzip einer Teilkaskoversicherung (= Zuschuss zur Pflege) eingeführt und zuletzt durch das Pflegestärkungsgesetz I – kurz PSG I – mit Wirkung zum 01.01.2015 reformiert. Das PSG I beinhaltet Leistungsverbesserungen für alle anspruchsberechtigten Personen, insbesondere durch Leistungserhöhungen, Flexibilisierung der Leistungsanspruchnahme sowie durch zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsangebote zur Verbesserung der Situation pflegender Angehöriger.

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

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 01.01.2015 2,35 % des Bruttolohnes, für Kinderlose 2,6 %.

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

Leistungen der Pflegeversicherung werden nur auf Antrag gewährt.

Individuelle Beratung und Aufklärung

Pflegebedürftige haben einen Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch Pflegeberater der Pflegekassen, die bei der Auswahl und Inanspruchnahme von entsprechenden Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten unterstützen.

Außerdem sind die Pflegekassen verpflichtet, ihre Versicherten, deren Angehörige und Lebenspartner zu Fragen der Pflegebedürftigkeit, z. B. zu Leistungs- und Rechtsansprüchen zu informieren.

Hinweis: Bei erstmaligem Antrag muss die Pflegekasse innerhalb von 14 Tagen entweder

- unter Benennung einer Kontaktperson einen konkreten Beratungstermin (auf Wunsch der versicherten Person auch später) anbieten oder
- einen Beratungsgutschein ausstellen unter Benennung von Beratungsstellen, bei denen zu Lasten der Pflegekasse die Beratung in Anspruch genommen werden kann. Ein Rechtsanspruch auf einen Beratungsgutschein besteht nicht.

Antragsverfahren und Begutachtung

Nach Eingang des Antrages auf Leistungen der Pflegeversicherung beauftragen die Pflegekassen unverzüglich den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder andere unabhängige Gutachter mit der Prüfung, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welche Stufe der Pflegebedürftigkeit vorliegt. 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

Leistungsanspruch nach dem Pflegeversicherungsgesetz besteht für Personen bei Einstufung in eine der nachfolgend genannten Pflegestufen:

Sog. „Pflegestufe 0“

„Pflegestufe 0“ liegt vor bei Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz*, deren Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung, das Ausmaß der Pflegestufe I nicht erreicht.

*Erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz

liegt vor bei demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen, die auf Dauer (mind. sechs Monate) einen erhöhten Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung zur Folge haben. Eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz kann auch bei Pflegebedürftigen mit Pflegestufe I, II und III vorliegen.

Pflegestufe I

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.

Zeitaufwand: Mindestens 90 Minuten, davon mehr als 45 Minuten Grundpflege.

Pflegestufe II

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.

Zeitaufwand: Mindestens drei Stunden, davon mindestens zwei Stunden Grundpflege.

Pflegestufe III

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).

Zeitaufwand: Mindestens fünf Stunden, davon mindestens vier Stunden Grundpflege.

Hinweis: Die Zuordnung zu einer Pflegestufe, die Anerkennung als Härtefall (außergewöhnlich hoher Pflegebedarf) sowie die Bewilligung von Leistungen können für die Dauer von maximal drei Jahren befristet werden und enden mit Ablauf der festgesetzten Frist. Die Befristung erfolgt, wenn und soweit eine Verringerung des Hilfebedarfs nach der Einschätzung des MDK zu erwarten ist. In diesem Fall muss die Pflegekasse vor Ablauf der Befristung rechtzeitig prüfen und dem Pflegebedürftigen mitteilen, ob Pflegeleistungen weiterhin bewilligt werden und welcher Pflegestufe der Pflegebedürftige zuzuordnen 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

Anspruchsberechtigte Personen, die in ihrem eigenen oder in einem fremden Haushalt gepflegt werden, erhalten Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung und häusliche Betreuung als Pflegesachleistung. Sie wird auf der Grundlage des abgeschlossenen Pflegevertrages durch eine Sozialstation (z. B. eine Caritas-Sozialstation) erbracht und monatlich abgerechnet. 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 monatlich bis zu
Stufe 0	-----	231 €
Stufe I	468 €	689 €
Stufe II	1.144 €	1.298 €
Stufe III	1.612 €	
für Härtefälle bis zu 1.995 €		

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

Pflegegeld

Anstelle der häuslichen Pflege durch eine Sozialstation kann auch Pflegegeld beantragt werden. Dies setzt voraus, dass der Anspruchsberechtigte 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 monatlich bis zu
Stufe 0	-----	123 €
Stufe I	244 €	316 €
Stufe II	458 €	545 €
Stufe III	728 €	

Bitte wenden ▶

Wir helfen Ihnen weiter.

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

Daheim
nicht
allein

