

DAS PFLEGEVERSICHERUNGSGESETZ

Mit Inkrafttreten des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes am 01.07.2008 wurden u. a. die Leistungen, die seit der Einführung der Pflegeversicherung 1995 unverändert geblieben sind, angepasst. 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 seit 01.07.2008 1,95% des Bruttolohnes, für Kinderlose 2,2 %. Freiwillige Mitglieder einer gesetzlichen Krankenversicherung können sich von der Versicherungspflicht befreien lassen, wenn sie sich und ihre Angehörigen bereits privat pflegeversichert haben. Ehegatten und unterhaltsberechtigende 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 Wieder-aufsuchen der Wohnung

HAUSWIRTSCHAFTLICHE VERSORGUNG

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



3. PFLEGESTUFEN

Auf Antrag bei der zuständigen Pflegekasse stellt der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) eine der nachfolgend genannten Pflegestufen fest:

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.

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.

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).

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.

4. HÄUSLICHE PFLEGE

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 und hauswirtschaftliche Versorgung als Pflegesachleistung. Sie wird durch Pflegekräfte, z.B. eines Caritas-Pflegedienstes erbracht.

Pflegestufe	ab 01.07.2008 monatl. bis zu	ab 01.01.2010 monatl. bis zu	ab 01.01.2012 monatl. bis zu
Stufe 1	420 €	440 €	450 €
Stufe 2	980 €	1.040 €	1.100 €
Stufe 3	1.470 €	1.510 €	1.550 €
für Härtefälle bis zu 1.918 €			

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 und hauswirtschaftliche Versorgung durch eine Pflegeperson selbst sicherstellt. Pflegeperson in diesem Sinne ist, wer nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen wenigstens 14 Stunden wöchentlich in seiner häuslichen Umgebung pflegt.

Pflegestufe	ab 01.07.2008 monatl. bis zu	ab 01.01.2010 monatl. bis zu	ab 01.01.2012 monatl. bis zu
Stufe 1	215 €	225 €	235 €
Stufe 2	420 €	430 €	440 €
Stufe 3	675 €	685 €	700 €

Pflegegeldbezieher sind verpflichtet, einen Beratungsbesuch durch eine ambulante Pflegeeinrichtung abzurufen - in den Stufen 1 und 2 mindestens einmal halbjährlich, in der Stufe 3 mindestens einmal vierteljährlich. Die Beratungsbesuche dienen der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und Beratung der Pflegeperson. Die Kosten eines Beratungsbesuches werden von der zuständigen Pflegekasse getragen.

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.

Zusätzlich können Pflegebedürftige die o. g. Ansprüche auf Leistungen der häuslichen Pflege mit dem Anspruch auf Leistungen der Tages- und Nachtpflege nach Ihrer Wahl kombinieren. Siehe hierzu Punkt 5.

PFLEGEHILFSMITTEL

Die Kosten von Pflegehilfsmitteln wie Betteinlagen, Einmalhandschuhen oder Desinfektionsmitteln werden bis zu 31 € pro Monat von der Pflegekasse übernommen. Technische Hilfsmittel wie Krankbetten, Rollstühle oder Hebegezeuge werden in der Regel von der Pflegekasse leihweise zur Verfügung gestellt.

WOHNUMFELD VERBESSERENDE MAßNAHMEN

Um die Wohnung des Pflegebedürftigen für die Pflege anzupassen, in Form von notwendigen Um- oder Einbauten, gewähren die Pflegekassen bis zu 2.557 €. Der Zuschuss ist einkommensabhängig und setzt eine Eigenbeteiligung voraus.

PFLEGEKURSE UND PFLEGEBERATUNG

Für Pflegepersonen und andere Interessenten bieten die Caritas-Pflegedienste Pflegekurse an, in denen Grundkenntnisse der häuslichen Pflege vermittelt werden. Zusätzlich haben Pflegepersonen einen Anspruch, in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen von einer Pflegefachkraft individuell beraten und angeleitet zu werden. Finanziert werden die Pflegekurse und die individuelle Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch die Pflegekasse. Den hierfür erforderlichen Berechtigungsschein erhalten Sie bei Ihrer Pflegekasse.



Wir helfen Ihnen weiter.

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

**Daheim
nicht
allein**

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. 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, stehen Ihnen hierfür die nachfolgend genannten Beträge zur Verfügung.

ab 01.07.2008 bis zu	ab 01.01.2010 bis zu	ab 01.01.2012 bis zu
1.470 €	1.510 €	1.550 €

Diese Leistungsbeträge können auch für Tages- und Nachtpflege (s. Punkt 5) sowie für Kurzzeitpflege (s. Punkt 6) 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 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 € (Grundbetrag) 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)

Diese zusätzliche Leistung ist nicht zwingend an eine Pflegestufe gebunden. Berücksichtigung finden ebenfalls die Personen, deren Hilfebedarf im Bereich Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung das Ausmaß der Pflegestufe I nicht erreicht (sog. Pflegestufe 0). Die Voraussetzungen für den Leistungsanspruch werden durch den Medizinischen Dienst der Krankenkasse (MDK) festgestellt. Über die Höhe der Leistung entscheidet die Pflegekasse auf Empfehlung des MDK.

Dieser Personenkreis kann halbjährlich einmal einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen (siehe Beratungsbesuch bei Pflegegeld).

BEHANDLUNGSPFLIEGERISCHE 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.

GEMEINSAME INANSPRUCHNAHME VON SACHLEISTUNGEN SOWIE BETREUUNGSLEISTUNGEN – „POOLING“

Pflegebedürftige in gemeinschaftlichen Wohnformen können Pflege- und Betreuungsleistungen und hauswirtschaftliche Leistungen gebündelt und gemeinsam als Sachleistung in Anspruch nehmen.

Nähere Informationen erhalten Sie von Ihrem Caritas-Pflegedienst.

5. TAGES- UND NACHTPFLEGE

Neben dem vollen Anspruch auf Geld- oder Sachleistung besteht für Pflegebedürftige zusätzlich ein hälftiger Anspruch auf Tages- und Nachtpflege. In umgekehrtem 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. 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.

6. KURZZEITPFLEGE

Wenn die häusliche Pflege vorübergehend z. B. nach 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 die nachfolgend genannten Beiträge beschränkt. Die Leistungen stehen wie folgt zur Verfügung:

ab 01.07.2008 bis zu	ab 01.01. 2010 bis zu	ab 01.01.2012 bis zu
1.470 €	1.510 €	1.550 €

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

7. STATIONÄRE PFLEGE

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

Pflegestufe	ab 01.07.2008 monatl. bis zu	ab 01.01.2010 monatl. bis zu	ab 01.01.2012 monatl. bis zu
Stufe 1	1.023 €	unverändert	
Stufe 2	1.279 €	unverändert	
Stufe 3	1.470 €	1.510 €	1.550 €
Härtefälle	1.750 €	1.825 €	1.918 €

Heime, die für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz zusätzliche Betreuung anbieten, können unter bestimmten Bedingungen einen Zuschlag dafür erhalten.

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

Ab 1. Januar 2009 haben Personen, die Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz erhalten, einen Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch eine/n PflegeberaterIn, um bei der Auswahl und Inanspruchnahme von bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten zu unterstützen und zu begleiten.



**Die
Pflege-
Versicherung**

