



Informationen rund um das Thema Pflege

Stand September 2018

1. Pflegeversicherungsleistungen & Definition im Überblick

Ambulante und häusliche Pflege

Lebt der Pflegebedürftige in einer eigenen Häuslichkeit oder einer Wohngemeinschaft mit anderen oder Angehörigen, handelt es sich um ambulante oder häusliche Pflege. Innerhalb der häuslichen Pflege wird unterschieden zwischen Geld- und Sachleistungen. Sachleistungen werden in der Regel vom Pflegedienst erbracht. Geldleistungen werden an den Pflegebedürftigen ausgezahlt; sie stellen eine Aufwandsentschädigung zur Sicherstellung der eigenen Pflege dar und sollen für diese Zwecke eingesetzt werden.

Teilstationäre und stationäre Leistungen

Besucht die pflegebedürftige Person zusätzlich eine Tages- oder Nachtpflege oder für einen begrenzten Zeitraum eine Kurzzeitpflegeeinrichtung, handelt es sich um teilstationäre Leistungen. Lebt die pflegebedürftige Person hingegen auf Dauer in einem Pflegeheim bezeichnet man dies als stationäre Pflege

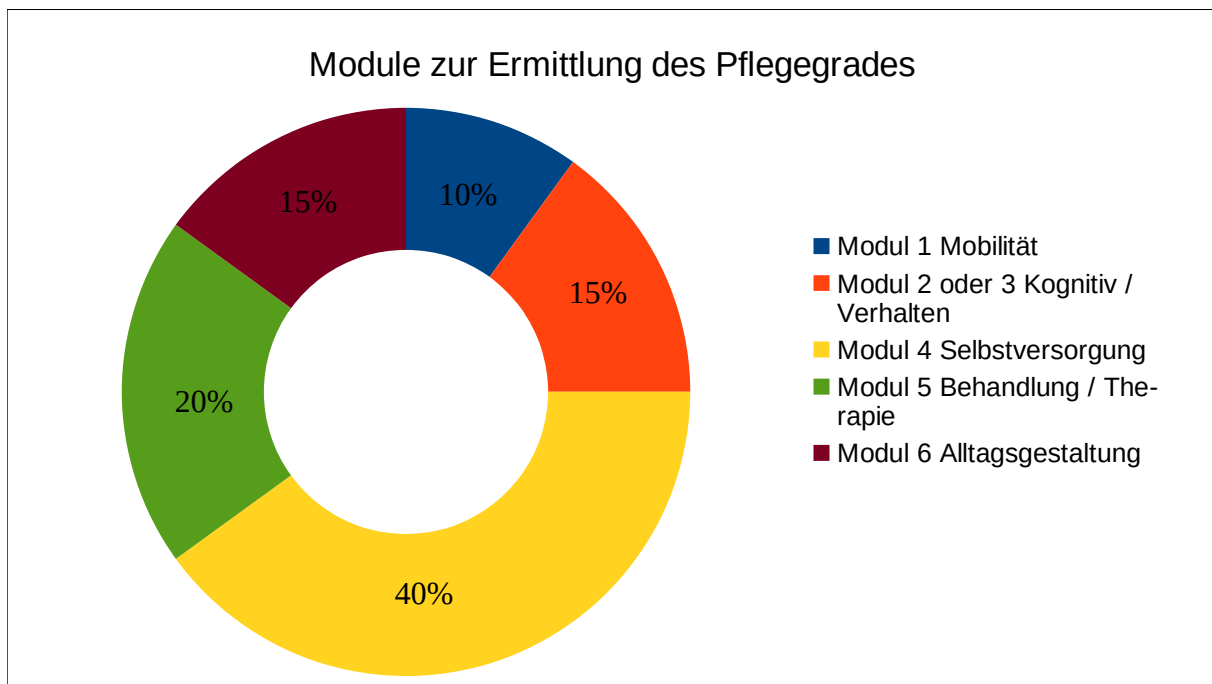
Die Höhe der Leistungen richtet sich nach dem jeweiligen Pflegegrad. Die Geld- und Sachleistungen können miteinander und zusätzlich mit der Tages- und Nachtpflege kombiniert werden. Alle aufgeführten Leistungen in einem Pflegegrad können theoretisch gleichzeitig oder in Kombination in Anspruch genommen werden.

Hinweise:

- Bis zum 31. Dezember 2016 gab es drei Pflegestufen, seit dem 01. Januar 2017 gilt ein neues Begutachtungsverfahren
- Die Einstufung in einen Pflegegrad und damit der Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung hat sich hierdurch komplett verändert. Pflegebedürftig sind demnach Personen, „die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen“ (§14 Abs. 1 Satz 1 SGB XI)
- Es wird nicht mehr zwischen körperlichen und geistigen Einschränkungen bei den Leistungen der Pflegeversicherung unterschieden.
- Es besteht ein Bestandschutz für Pflegebedürftige, die am 31.12.2016 Leistungen der Pflegeversicherung erhalten. Für sie gilt: sie erhalten mindestens die gleichen Leistungshöhen wie vor dem Inkrafttreten der Pflegereform am 01.01.2017

2. Die Pflegegrade

Seit dem 01. Januar 2017 werden das Vorliegen und die Schwere der Pflegebedürftigkeit anhand eines neuen Begutachtungsinstruments ermittelt. Das neue Begutachtungsinstrument beruht auf dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und deckt die sechs nachfolgend dargestellten Bereiche ab.



Zur Ermittlung des Pflegegrades werden die Fragen aus diesen sechs Bereichen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) in der Regel bei einem Hausbesuch erhoben. Nach einem gesetzlich vorgegebenen Gewichtungsverfahren ergeben sich Gesamtpunkte, auf deren Grundlage dann der Antragssteller einem der folgenden Pflegegrade zugeordnet wird.

Pflegegrad	Grad Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	Gesamtpunkte (GP)
Kein Pflegegrad		Unter 12,5 GP
Pflegegrad 1	Geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	Ab 12,5 bis unter 27 GP
Pflegegrad 2	Erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	Ab 27 bis unter 47,5 GP
Pflegegrad 3	Schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	Ab 47,5 bis unter 70 GP
Pflegegrad 4	Schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	Ab 70 bis unter 90 GP

Pflegegrad 5	Schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung	Ab 90 bis unter 100 GP
--------------	---	------------------------

Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegfachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen.

Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbstständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt.

3. Vorbereitung auf den MDK-Besuch

So können Sie sich auf den MDK-Besuch vorbereiten:

- Überlegen Sie vorab, was Ihnen in Ihrem Alltag besondere Schwierigkeiten macht (z.B. Körperpflege, Haushaltsführung, Arztbesuche)
- Wobei benötigen und wünschen Sie Unterstützung in Ihrem Alltag?
- Was können Sie in Ihrem Alltag selbstständig ausführen?

Überlegen Sie vor dem Hausbesuch wen Sie bitten möchten, dabei zu sein. Bitten Sie den Menschen, der Sie hauptsächlich pflegt oder Ihre Situation besonders gut kennt, beim Hausbesuch anwesend zu sein (z.B. Partner, Kinder, Freunde). Falls Sie einen gesetzlichen Betreuer haben, sollte dieser über den Hausbesuch informiert werden. Bitten Sie auch gerne den Pflegedienst, der Sie betreut, an der Begutachtung teilzunehmen.

Welche Unterlagen werden benötigt?

- Legen Sie bitte – falls vorhanden – Berichte Ihres Hausarztes, von Fachärzten oder den Entlassungsbericht aus der Klinik bereit. Sollten Sie die Unterlagen nicht vorliegen haben brauchen Sie diese jedoch nicht extra anzufordern.
- Bitte haben Sie Ihren aktuellen Medikamentenplan zur Hand.
- Falls ein Pflegedienst zu Ihnen kommt, legen Sie bitte auch die Pflegedokumentation nach Rücksprache mit diesem bereit.

Quelle: MDS (www.pflegebegutachtung.de), eigene Überarbeitung

Die Gutachter sind in der Regel Ärzte oder Pflegefachkräfte. Im Rahmen des Besuchs wird der Gutachter keine verbindlichen Aussagen zu einem Pflegegrad machen. Für die Begutachtung haben die Pflegekassen eine ausführliche Richtlinie zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit erlassen, die für die Pflegekassen, den MDK und die unabhängigen Gutachter verbindlich ist.

Die aktuelle Fassung erhalten Sie unter www.gkv-spitzenverband.de, über Ihre Pflegekasse oder Ihre Pflegeeinrichtung. Diese Richtlinie beschreibt sehr genau auf über 270 Seiten, wie der Prüfer vorzugehen und wie er das zugrunde liegende Gutachtenformular auszufüllen hat.

4. Ambulante (häusliche) Pflege

Häusliche Pflege: körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfe bei der Haushaltsführung

Leistungen

Beiträge / Bemerkungen

a) Sachleistungen, erbracht durch einen Pflegedienst

Pflegegrad 1: keine Leistungen
Pflegegrad 2: bis zu 689 Euro monatlich
Pflegegrad 3: bis zu 1.298 Euro monatlich
Pflegegrad 4: bis zu 1.612 Euro monatlich
Pflegegrad 5: bis zu 1.995 Euro monatlich

b) Geldleistungen an den Pflegebedürftigen zur Sicherstellung der Pflege

Pflegegrad 1: keine Leistungen
Pflegegrad 2: bis zu 316 Euro monatlich
Pflegegrad 3: bis zu 545 Euro monatlich
Pflegegrad 4: bis zu 728 Euro monatlich
Pflegegrad 5: bis zu 901 Euro monatlich

c) Kombinationsleistungen

Kombination aus Sach- und Geldleistungen

d) Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI

Bis zu 125 Euro monatlich in den Pflegegraden 1 bis 5

e) Umwidmungsleistung

Max. 40 Prozent der Sachleistung als Erstattungsleistung für Betreuungs- und Entlastungsleistungen

Der Pflegebedürftige übernimmt die Kosten und lässt sich den Betrag von seiner Pflegekasse erstatten. Der genutzte Prozentanteil wird von dem Sachleistungs- oder Geldleistungsanspruch abgezogen.

f) Verhinderungspflege

Hinweis: Sofern bei häuslicher Pflege die Laienpflegefachkraft ausfällt.

Kostenübernahme für eine Ersatzpflegekraft (z.B. Pflegedienst). Für Stunden, Tage, Wochen bis zu sechs Wochen pro Kalenderjahr bzw. bis zu 1.612 Euro. Wenn die Kurzzeitpflegeansprüche max. bis zu 50 Prozent ausgeschöpft werden, beträgt der jährliche Maximalbetrag 2.418 Euro. Vorpflegezeit durch die benannte(n) Pflegeperson(en) von mindestens sechs Monaten.

Verhinderungspflege kann auch im Pflegeheim in Anspruch genommen werden.

Verzögerter Leistungsbescheid der Pflegekasse

Bis zu 70 Euro pro Woche Verzugsgebühr für den Versicherten (Pflegegrad 1 bis 5), wenn der Bescheid der Pflegekasse über den Pflegegrad später als 25 Arbeitstage nach Antragstellung bei dem Versicherten eingeht und die Pflegekasse den Verzug zu verantworten hat.

Pflegeberatung / Pflegekurse / Schulung in der Häuslichkeit

- Kostenlose Beratung auch zu Hause oder im Krankenhaus sowie individuelle Schulungen
- Kostenlose Teilnahme für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen an Pflegekursen
- Auf Wunsch findet die Schulung in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen statt

TIPP

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (z.B. Betteinlagen, Becher etc.) nehmen einen Sonderstatus unter den Hilfsmittel für Senioren ein. Pflegebedürftige oder ihre Angehörigen haben einen gesetzlichen Anspruch auf Pflegehilfsmittel zum Verbrauch, die entweder Ihnen die Pflege oder dem Patienten den Alltag erleichtern. Hierfür ist keine ärztliche Bescheinigung notwendig, um die Kosten in Höhe von max. 40 Euro pro Monat erstattet zu bekommen. Sie können den Antrag auf Kostenübernahme einfach bei Ihrer Krankenkasse stellen (siehe § 40 Abs. 1 und 2 SGB XI).

5. Kombinationsleistung von Pflegedienstleistungen und Pflegegeld (Kombinationsleistung § 38 SGB XI)

Pflegesachgeldleistungen und Pflegegeld können auch kombiniert werden. Der Gesetzgeber hat in diesen Fällen eine prozentuale Verrechnung vorgesehen:

Der Pflegegeldanspruch (von hundert Prozent) wird durch den Bezug von Sachleistungen prozentual reduziert.

Beispiel: Herr Huber (Pflegegrad 2) vereinbart mit dem Pflegedienst einmal die Woche ein Vollbad und zweimal einen Einkauf. Der Pflegedienst stellt dafür pro Monat 220,48 Euro in Rechnung. 220,48 Euro im Pflegegrad 2 entsprechen (bei möglichen 689 Euro Sachleistungen) einem Prozentsatz von 32 Prozent der Sachleistung. Folglich bleiben noch von hundert Prozent Pflegegeld abzüglich 32 Prozent Sachleistungen 68 Prozent Pflegegeld übrig, was einem Betrag von 214,88 Euro entspricht.

Die einfachste Übersicht über die möglichen Pflegegeldbeträge erhalten Sie mit den nachstehenden Umrechnungstabellen. In diesen Tabellen sind die Prozentwerte immer in runden Zehnerwerten angegeben (10 Prozent, 20 Prozent usw.). Dieses dient nur zur Orientierung, auch „krumme“ Werte sind möglich.

Der Sachleistungsanspruch kann zum Beispiel auch zu 73,63 Prozent ausgeschöpft werden. Dann bleibt vom Geldleistungsanspruch noch ein Anteil von 26,37 Prozent übrig (73,63 Prozent + 26,37 Prozent = 100 Prozent).

Wichtig:

Das Pflegegeld wird nur im Rahmen der Häuslichen Pflege gewährt. Bewohnerinnen und Bewohner von Alten- und Pflegeheimen erhalten kein Pflegegeld, da sich dort professionelle Kräfte der stationären Pflegeeinrichtung rund um die Uhr um sie kümmern.

Man kann die Kombinationsleistung als feste Größe planen und entsprechend bei der Pflegekasse beantragen. Man gibt beispielsweise an, dass man immer 50 Prozent Pflegegeld und 50 Prozent Sachleistungen ausbezahlt bekommen will. An eine solche Festlegung ist man eigentlich für 6 Monate gebunden, es sei denn, die Pflegesituation verändert sich. Grundsätzlich sind die Pflegekassen kulant in der Handhabung dieser Regelung.

Das anteilige Pflegegeld kann erst von der Pflegekasse überwiesen werden, wenn der Pflegedienst seine Sachleistungen in Rechnung gestellt hat. Damit Sie wissen, in welcher Höhe die Sachleistungen der Pflegekasse aktuell in Rechnung gestellt werden, erstellen Pflegedienste auf Nachfrage eine Kopie der Rechnung an die Pflegekasse.

Wichtig:

Da die Pflegeversicherung nur eine Teilkasko-Versicherung ist, haben Pflegebedürftige für ihre Versorgung in Alten- und Pflegeheimen sowie in Tages- und Nachtpflege-Einrichtungen Eigenanteile für Unterkunft, Verpflegung und anteilige Investitionskosten zu tragen. Für Hartz-IV-Empfänger übernimmt diese Eigenanteile das zuständige Sozialamt.

Pflegegrad 2			
Verbrauchte Sachleistung		Rest-Geldleistung	
689,00 Euro	100 Prozent	0 Prozent	0,00 Euro
620,10 Euro	90 Prozent	10 Prozent	31,60 Euro
551,20 Euro	80 Prozent	20 Prozent	63,20 Euro
482,30 Euro	70 Prozent	30 Prozent	94,80 Euro
413,40 Euro	60 Prozent	40 Prozent	126,40 Euro
344,50 Euro	50 Prozent	50 Prozent	158,00 Euro
275,60 Euro	40 Prozent	60 Prozent	189,60 Euro
206,70 Euro	30 Prozent	70 Prozent	221,20 Euro
137,80 Euro	20 Prozent	80 Prozent	252,80 Euro
68,90 Euro	10 Prozent	90 Prozent	284,40 Euro
0,00 Euro	0 Prozent	100 Prozent	316,00 Euro
Pflegegrad 3			
Verbrauchte Sachleistung		Rest-Geldleistung	
1.298,00 Euro	100 Prozent	0 Prozent	0,00 Euro
1.168,20 Euro	90 Prozent	10 Prozent	54,50 Euro
1.038,40 Euro	80 Prozent	20 Prozent	109,00 Euro
908,60 Euro	70 Prozent	30 Prozent	163,50 Euro
778,80 Euro	60 Prozent	40 Prozent	218,00 Euro
649,00 Euro	50 Prozent	50 Prozent	272,50 Euro
519,20 Euro	40 Prozent	60 Prozent	327,00 Euro
389,40 Euro	30 Prozent	70 Prozent	381,50 Euro
259,60 Euro	20 Prozent	80 Prozent	436,00 Euro
129,80 Euro	10 Prozent	90 Prozent	490,50 Euro
0,00 Euro	0 Prozent	100 Prozent	545,00 Euro

Pflegegrad 4			
Verbrauchte Sachleistung		Rest-Geldleistung	
1.612,00 Euro	100 Prozent	0 Prozent	0,00 Euro
1.450,80 Euro	90 Prozent	10 Prozent	72,80 Euro
1.289,60 Euro	80 Prozent	20 Prozent	145,60 Euro
1.128,40 Euro	70 Prozent	30 Prozent	218,40 Euro
967,20 Euro	60 Prozent	40 Prozent	291,20 Euro
806,00 Euro	50 Prozent	50 Prozent	364,00 Euro
644,80 Euro	40 Prozent	60 Prozent	436,80 Euro
483,60 Euro	30 Prozent	70 Prozent	509,60 Euro
322,40 Euro	20 Prozent	80 Prozent	582,40 Euro
161,20 Euro	10 Prozent	90 Prozent	655,20 Euro
0,00 Euro	0 Prozent	100 Prozent	728,00 Euro
Pflegegrad 5			
Verbrauchte Sachleistung		Rest-Geldleistung	
1.995,00 Euro	100 Prozent	0 Prozent	0,00 Euro
1.795,50 Euro	90 Prozent	10 Prozent	90,10 Euro
1.596,00 Euro	80 Prozent	20 Prozent	180,20 Euro
1.396,50 Euro	70 Prozent	30 Prozent	270,30 Euro
1.197,00 Euro	60 Prozent	40 Prozent	360,40 Euro
997,50 Euro	50 Prozent	50 Prozent	450,50 Euro
798,00 Euro	40 Prozent	60 Prozent	540,60 Euro
598,50 Euro	30 Prozent	70 Prozent	630,70 Euro
399,00 Euro	20 Prozent	80 Prozent	720,80 Euro
199,50 Euro	10 Prozent	90 Prozent	810,90 Euro
0,00 Euro	0 Prozent	100 Prozent	901,00 Euro

6. Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen

Für Versicherte und / oder Pflegebedürftige gibt es zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen. Voraussetzung ist eine Feststellung eines entsprechenden Bedarfs, die in der Regel im Rahmen der Begutachtung zum Pflegegrad erfolgt.

Wichtig:

Die zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen können ab Pflegegrad 1 in Anspruch genommen werden. Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 können den Entlastungsbetrag einsetzen für Leistungen der Tages- und Nachtpflege sowie der Kurzzeitpflege, für Leistungen der ambulanten Pflegedienste sowie für Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag.

Seit dem 01. Januar 2017 haben Pflegebedürftige in der häuslichen Pflege einen Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von 125,00 Euro monatlich. Ein gesonderter Antrag ist nicht notwendig.

Werden die Leistungen in einem Monat nicht voll ausgeschöpft, können sie in den weiteren Monaten genutzt werden. Werden die Leistungen im Kalenderjahr nicht voll ausgeschöpft, können diese im ersten Halbjahr des Folgejahres noch in Anspruch genommen werden. Eine besondere Regelung gilt für die nicht verbrauchten Leistungsbeträge aus den Jahren 2015 und 2016. Diese können noch bis Ende 2018 verbraucht werden.

Beispiel: Herr Huber (Pflegegrad 2) wohnt zu Hause und hat mit seinem Pflegedienst Entlastungsleistungen vereinbart. Er kann diese im November und Dezember aufgrund einer Krankenhausbehandlung nicht in Anspruch nehmen (je Monat 125,00 Euro = 250,00 Euro). Somit stehen ihm im ersten Halbjahr des Folgejahres 250,00 Euro zusätzlich für Entlastungsleistungen zur Verfügung.

Der Entlastungsbetrag ist eine Erstattungsleistung, die der Pflegedienst frei mit dem Pflegebedürftigen vereinbart. Das bedeutet: Der Pflegebedürftige bekommt vom Pflegedienst direkt die Leistungen in Rechnung gestellt, bezahlt diese und bekommt anschließend das Geld von der Pflegekasse erstattet. Daher ist es wichtig, alle entsprechenden Rechnungen aufzuheben, um sie dann bei der Pflegekasse einzureichen.

TIPP

Der bpa-Service

bpa-Pflegedienste haben die Möglichkeit, über ein entsprechendes Formular direkt mit der Pflegekasse abzurechnen, ohne dass der Pflegebedürftige vorab die Rechnung zu bezahlen hat. Darüber hinaus sind Ihnen die bpa-Pflegedienste beim Bezug bzw. bei der Beantragung der Leistungen gern behilflich.

Der Leistungsbetrag in Höhe von 125,00 Euro pro Monat ist für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen einzusetzen im Zusammenhang mit folgenden Angeboten:

- Tages- oder Nachtpflege
Diese Leistungen stehen zwar auch als Regelleistung zur Verfügung, das Budget der zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistung kann aber auch hier zur Finanzierung genutzt werden. Mit dem monatlichen Budget können alle anfallenden Kosten der teilstationären Pflege finanziert werden, auch die Kosten für Unterkunft, Ernährung, Fahrtkosten sowie Investitionskosten!
- Leistungen der Kurzzeitpflege
- Leistungen zugelassener Pflegedienste, mit Ausnahme von körperbezogenen Pflegemaßnahmen bei Pflegegrad 2 bis 5
- Niedrigschwellige Betreuungsangebote, die nach Landesrecht zugelassen (§ 45a SGB XI) und gefördert werden. Dies sind beispielsweise Gesprächsgruppen, Betreuungsgruppen mit Ehrenamtlichen und ähnliche Angebote, die in der Regel durch Ehrenamtliche geleitet bzw. durchgeführt werden

TIPP

Mit dem Budget des Entlastungsbetrags können auch Gruppenangebote wie die Betreuung in einem Tagescafé oder in einer Kleingruppe finanziert werden. Man kann diese Angebote auch gut nutzen, um sich als Pflegeperson beispielsweise einmal in der Woche einen freien Nachmittag zu ermöglichen! Lassen Sie sich von Ihrem bpa-Pflegedienst hierzu beraten, gerne klärt er Sie über Ihre Gesamtansprüche pro Jahr sowie die Kombinationsmöglichkeiten auf.

Haben Sie noch Fragen oder wünschen Sie Hilfe bei der
Beantragung?

Sprechen Sie uns gerne darauf an!

Ihr Pflegedienst Lindner & Hanff