

onellen Pflegedienst (Sachleistungen) übernommen, gilt für die Pflegegrade 2 bis 5, dass bis zu 1.612 Euro in Anspruch genommen werden können. Grundsätzlich besteht sowohl auf Verhinderungspflege als auch auf Kurzzeitpflege ein Anspruch und beide können einmal im Jahr unabhängig voneinander beantragt werden. Der Zeitumfang wurde auf sechs Wochen (42 Tage) erweitert. Verhinderungspflege kann mit bis zu 50 Prozent (806 Euro) des Leistungsbetrages aus noch nicht genutzter Kurzzeitpflege erhöht werden auf maximal 150 Prozent (2.418 Euro).

Für bis zu sechs Wochen im Jahr erhalten Versicherte die Hälfte des Pflegegeldes.

Es reicht aus, bei der zuständigen Pflegekasse einen Antrag auf Übernahme von Verhinderungspflege, auch „Ersatzpflege“ genannt, einzureichen. Außerdem ist es möglich, den Bewilligungszeitraum aufzuteilen und Ersatzpflege beispielsweise an mehreren Wochenenden zu nutzen. Eine frühzeitige Beantragung empfiehlt sich, damit die entsprechende Ersatzpflege pünktlich sichergestellt ist.

Hilfsmittel: Grundsätzlich unterschieden wird zwischen Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln. Hilfsmittel werden, soweit sie ärztlich verordnet wurden, bis zu einem bestimmten Betrag von der Krankenkasse übernommen. Auskunft darüber gibt das Hilfsmittelverzeichnis. Pflegehilfsmittel hingegen müssen nicht vom Arzt verordnet worden sein und werden von der Pflegekasse übernommen. Sie sind im Pflegehilfsmittelverzeichnis festgehalten.

Pflegehilfsmittel: Kosten für Geräte und Sachmittel, die zur häuslichen Pflege benötigt werden, werden von der Pflegekasse übernommen, unabhängig vom Pflegegrad. Die Pflegekasse übernimmt die Kosten nur dann, wenn sie nicht von der Krankenkasse getragen werden.

Pflegehilfsmittel werden unterschieden in zum Verbrauch bestimmte und technische Produkte. Nicht jedes Hilfsmittel ist ein Pflegehilfsmittel. Als Richtlinie gilt, dass Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen oder ihm eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen müssen. Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens sind keine Pflegehilfsmittel.

Technische Hilfsmittel können zum Beispiel sein: - Lagerungshilfen, - Pflegebetten, - Hausnotrufgeräte

Für technische Hilfen fällt eine Zuzahlung in Höhe von 10 Prozent, höchstens aber 25 Euro an, die der Pflegebedürftige als Eigenanteil pro Hilfsmittel selbst zahlt.

Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind, sind z.B. - Einmalhandschuhe

- Bettunterlagen, - Desinfektionsmittel, ...

Die Kosten für Verbrauchsprodukte werden für alle Pflegegrade mit bis zu 40 Euro pro Monat erstattet.

Für alle Pflegegrade gilt: **Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen**, etwa zu Schaffung von Barrierefreiheit, werden von der Pflegekasse mit bis zu 4.000 Euro bezuschusst. Wohnen mehrere Anspruchsberechtigte zusammen, werden pro Maßnahme bis zu 16.000 Euro gezahlt.

Hier sind nicht alle Leistungen der Pflegeversicherung aufgelistet da dies den Rahmen dieser Informationsbroschüre überschreiten würde. Wir informieren Sie aber gerne persönlich. Rufen Sie uns einfach an.

Stand: November 2016 / ohne Gewähr

INFORMIEREN SIE SICH



Zentrale Verwaltung & Einsatzleitung:

pflege plus® GmbH
Unsere Pflege - Ihr Plus
Dahlener Str. 119-125
D-41239 Mönchengladbach
Telefon: 02166 130980
Telefax: 02166 1309829
eMail: info@pflege-plus.com

Beratungsstelle Viersen - Dülken:

pflege plus® GmbH
Unsere Pflege - Ihr Plus
Gasstr. 14
D-41751 Viersen - Dülken
Telefon: 02162 / 571844

Informieren Sie sich auch unter
<http://www.pflege-plus.com>



Patienten Information Pflegeversicherung 2017



Unsere Pflege - Ihr Plus

PFLEGEVERSICHERUNG UND HÄUSLICHE PFLEGE

Vielfältige Probleme, die eine Vielzahl von Fragen aufwerfen, die den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von pflege plus® während ihrer täglichen Arbeit häufig gestellt werden. Zudem haben sich durch das 2. Pflegegestärkungsgesetz ab 1. Januar 2017 zahlreiche Änderungen ergeben. Unser Überblick der relevanten Themen mit kurzen Erläuterungen ist daher für „Neulinge“ als auch für „alte Hasen“ interessant.

Pflegeversicherung: Die Pflegeversicherung wurde zur finanziellen Vorsorge für das Risiko der Pflegebedürftigkeit eingeführt. Hierzulande sind alle krankenversicherungspflichtigen Personen pflegeversichert. Träger der Pflegeversicherung sind die Pflegekassen, die organisatorisch zu den gesetzlichen Krankenkassen gehören.

Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig ist, wer einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung wegen, in Bezug auf die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens, für mindestens sechs Monate in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedarf. *Grundpflege* umfasst pflegerische Hilfen aus den Bereichen „Körperpflege, Ernährung und Mobilität“, hauswirtschaftliche Versorgung betrifft das Wohnumfeld. *Behandlungspflege* umfasst alle vom Arzt zu verordnenden Pflegeleistungen. Diese werden von den Krankenkassen getragen.

Neue Definition der Pflegesachleistungen: 1. Körperbezogene Pflegemaßnahmen, 2. Pflegerische Betreuungsmaßnahmen, 3. Hilfen bei der Haushaltsführung

Feststellung der Pflegebedürftigkeit: Der jeweilige Pflegebedarf wird seit 01.01.2017 in Pflegegrade von 1 bis 5 eingeteilt. Der tägliche Zeitaufwand stellt dabei nur noch einen Teil der Begutachungskriterien dar. Generell liegt der Schwerpunkt auf der körperlichen und geistigen Selbstständigkeit. Die Zuordnung erfolgt anhand eines Punktesystems, die Gewichtung in Prozent. Erst die Summe aller gewichteten Punkte ergibt die Punktzahl für die Bestimmung des Pflegegrades. Maßgeblich für das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit sind die gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten in den nachfolgenden sechs Bereichen (Modulen) In den Modulen 2 und 3 hat die jeweils höhere Punktzahl Gültigkeit.

1. Mobilität (10 Prozent): (Wie selbständig kann der Mensch sich fortbewegen und seine Körperhaltung ändern?)
2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten (15 Prozent): (Wie findet sich der Mensch in seinem Alltag örtlich und zeitlich zurecht? Kann er für sich selbst Entscheidungen treffen? Kann die Person Gespräche führen und Bedürfnisse mitteilen?)
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen (15 Prozent): (Wie häufig benötigt der Mensch Hilfe aufgrund von psychischen Problemen, wie etwa aggressives oder ängstliches Verhalten?)
4. Selbstversorgung (40 Prozent): (Wie selbständig kann sich der Mensch im Alltag selbst versorgen bei der Körperpflege, beim Essen und Trinken?)
5. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen (20 Prozent): (Welche Unterstützung wird benötigt beim Umgang mit der Krankheit und bei Behandlungen? Zum Beispiel Medikamentengabe, Verbandswechsel, Dialyse, Beatmung?)
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (15 Prozent): (Wie selbständig kann der Mensch noch den Tagesablauf planen oder Kontakte pflegen?)

Pflegegrade Erläuterung:

Pflegegrad 1

Menschen mit geringer Beeinträchtigung der Selbstständigkeit (12,5 – 26,5 Punkte) Dieser Pflegegrad betrifft Menschen, die den Kriterien für die bisher geltende Pflegestufe 0 nicht entsprachen. **Voraussetzung:** 1.) Grundpflege: 27 – 60 Minuten 2.) psychosoziale Betreuung: bis zu 1 x täglich
Leistungen: 125 Euro zweckgebundener Entlastungsbetrag

Pflegegrad 2

Erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit (27 – 47 Punkte)
Voraussetzung: 1.) Grundpflege: 30 – 127 Minuten, 2.) Psychosoziale Unterstützung: bis 1 x täglich, 3.) Nächtliche Hilfen: 0 – 1 x
Voraussetzung mit eingeschränkter Alltagskompetenz: 1.) Grundpflege: 8 – 58 Minuten, 2.) Psychosoziale Unterstützung: 2 – 12 x täglich, 3.) Präsenz tagsüber: weniger als 6 Stunden
Leistungen: 316 Euro Pflegegeld oder 689 Euro Sachleistung
125 Euro zweckgebundener Entlastungsbetrag

Pflegegrad 3

Schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit (47,5 – 69,5 Punkte)
Voraussetzung: 1.) Grundpflege: 131 – 278 Minuten, 2.) Psychosoziale Unterstützung: 2 – 6 x täglich, 3.) Präsenz tagsüber: weniger als 6 Stunden, 4.) Nächtliche Hilfen: 0 – 2 x
Voraussetzung mit eingeschränkter Alltagskompetenz: 1.) Grundpflege: 8 – 74 Minuten, 2.) Psychosoziale Unterstützung: 6 x täglich bis ständig, 3.) Präsenz tagsüber: 6 – 12 Stunden, 4.) Nächtliche Hilfen: 0 – 2 x
Leistungen: 545 Euro Pflegegeld oder 1.298 Euro Sachleistung
125 Euro zweckgebundener Entlastungsbetrag

Pflegegrad 4

Schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit (70 – 89,5 Punkte):
Voraussetzung: 1.) Grundpflege: 184 – 300 Minuten, 2.) Psychosoziale Unterstützung: 2 – 6 x täglich, 3.) Präsenz tagsüber: 6 – 12 Stunden, 4.) Nächtliche Hilfen: 2 – 3 x
Voraussetzung mit eingeschränkter Alltagskompetenz: 1.) Grundpflege: 128 – 250 Minuten, 2.) Psychosoziale Unterstützung: 7 x täglich bis ständig, 3.) Präsenz tagsüber: ganztags, 4.) Nächtliche Hilfen: 1 – 6 x
Leistungen: 728 Euro Pflegegeld oder 1.612 Euro Sachleistung
125 Euro zweckgebundener Entlastungsbetrag

Pflegegrad 5

Schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung (ab 90 Punkte)
Voraussetzung: 1.) Grundpflege: 24 – 279 Minuten, 2.) Psychosoziale Unterstützung: mindestens 12 x täglich, 3.) Präsenz tagsüber: ganztags, 4.) Nächtliche Hilfen: mindestens 3 x
Leistungen: 901 Euro Pflegegeld oder 1.995 Euro Sachleistung
125 Euro zweckgebundener Entlastungsbetrag

Beantragung Pflegegrad: Telefonisch oder online bei der zuständigen Pflegekasse (Krankenkasse) ein Antragsformular anfordern. Dieser Pflegeantrag enthält Fragen zur Person sowie Fragen nach dem Hilfebedarf (Körperpflege, Ernährung, Bewegung). Diesen ausfüllen, unterschreiben, zurücksenden. Ggf. Arzt, Pflegedienst, Betreuer o.ä. beratend hinzuziehen.

Die Pflegekasse beauftragt den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit der Prüfung der Pflegebedürftigkeit. Ein Begutachtungstermin wird vereinbart. Der Gutachter des MDK erfasst die Aufwendungen für das Verrichten der Pflege im Fall des Pflegebedürftigen und legt in einem Gutachten fest, welche

Aufwendungen erforderlich bzw. anrechenbar sind. Die Pflegekasse stuft den Pflegebedürftigen gemäß Gutachten in einen Pflegegrad ein. Der Bescheid geht dem Antragsteller zu.

Vor dem Begutachtungstermin empfiehlt es sich, zu notieren, was zur Sprache kommen soll. Es ist sinnvoll, über einen Zeitraum von mindestens 14 Tagen alle Pflegetätigkeiten und die dafür benötigten Zeiten in einem Pflegetagebuch festzuhalten. Einige Kassen stellen diese zu Verfügung. Man trifft die Wahl zwischen privater Pflege durch Angehörige oder einen Pflegedienst. Dieser erbringt sog. Sachleistungen, für die die Pflegekasse einen, im Vergleich zum Pflegegeld, höheren Betrag monatlich zahlt. Auch eine Kombination von Pflegegeld und Sachleistungen ist möglich. Sachleistungen können einzeln oder mittels einer Zeitauschale beauftragt werden. Es wird die für den Patienten günstigste Variante gewählt.

Betreuungs- und Entlastungsleistungen für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (EA) können nur dann beansprucht werden, wenn diese vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) festgestellt wird. Das heißt, es muss ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben sein. Die Gründe bestehen oft aufgrund demenzbedingter Fähigkeitsstörungen, wie sie etwa bei der Alzheimer-Erkrankung entstehen, aber auch geistige Behinderungen oder psychische Erkrankungen gehören dazu.

Für alle Pflegegrade gilt: Die Leistungen können wesentlich individueller als zuvor eingesetzt werden. Die zusätzlichen Betreuungsleistungen sind jetzt Bestandteil der Pflegesachleistungen und werden pauschal mit 125 Euro vergütet und nicht mehr in Höhe von 104 und 208 Euro. Der Betrag von 125 Euro kann nun auch für sämtliche Sachleistungen, mit Ausnahme der Körperpflege, verwendet werden. Mit Ausnahme von Pflegegrad 1, hier kann der Entlastungsbetrag auch für die Körperpflege verwendet werden. Zu beachten ist dabei jedoch, dass diese neuen Beträge nicht auszahlfähig sind, sondern zweckgebunden für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistungen von entsprechenden Anbietern eingesetzt werden. Sie werden im Kostenerstattungsverfahren abgerechnet.

Übrigens: Wird der Betrag in einem Jahr nicht voll ausgeschöpft, kann er noch bis zum Ablauf des ersten Halbjahres des Folgejahres in Anspruch genommen werden.

Die Pflegekassen erstatten Leistungen
- der anerkannten ambulanten Pflegedienste, sofern es sich um besondere Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung/Entlastung und nicht um Leistungen der Grundpflege handelt
- der anerkannten Tagespflege, - der anerkannten Kurzzeitpflege, - der nach Landesrecht anerkannten niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote

Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI: Bei Bezug von Pflegegeld war bisher der regelmäßige Beratungsbesuch eines zugelassenen Pflegedienstes verpflichtend. Dieser stellt eine regelmäßige Hilfestellung und pflegfachliche Unterstützung der Pflegepersonen dar und dient der Sicherung der Qualität häuslicher Pflege.

Verhinderungspflege: Wird jemand seit mehr als einem halben Jahr zu Hause gepflegt, besteht der Anspruch auf Verhinderungspflege, die zu Hause erfolgt. Gründe für diesen Einsatz sind etwa Krankheit oder Urlaub der Pflegeperson. Wird die Verhinderungspflege von bis zum zweiten Grad Verwandten übernommen, entspricht der Betrag dem Pflegegeld.

Wird die Pflege von entfernten Angehörigen, Nachbarn oder einem professi-