

Der PFLEGESTÜTZPUNKT informiert

1. Pflegeversicherung – was ist das eigentlich?

Seit 1995 gibt es als 5. Säule der Sozialversicherungen – neben Renten-, Kranken-, Unfall- und Arbeitslosenversicherung – die Pflegeversicherung.

Am 1. Juli 2008 trat das Pflegeweiterentwicklungsgesetz in Kraft. Diese brachte einige Neuerungen für pflegebedürftige Menschen mit sich. Viele der im Folgenden beschriebenen Leistungen erhöhen sich in Zweijahresschritten 2010 und 2012 nochmals.

Jeder, der in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist, ist auch pflegeversichert. Nur Personen, die vor dem 1. Januar 2004 über das Sozialamt krankenversichert waren oder die aktuell noch keine zwei Jahre Mitglied einer Krankenkasse sind, sind über den Sozialhilfeträger pflegeversichert. Die Pflegeversicherung ist jeweils der eigenen Krankenversicherung organisatorisch angegliedert. Privatversicherte müssen eine private „Pflege-Pflichtversicherung“ abschließen.

Leistungen der Pflegeversicherung sind **nicht einkommensabhängig** und stehen jedem Versicherten zu, der die Voraussetzungen zum Erlangen einer Pflegestufe erfüllt. Diese Leistungen sind keine „Almosen“ sondern ein Rechtsanspruch jedes Anspruchsberechtigten. Niemand, der pflegebedürftig im Sinne des Gesetzes ist, sollte sich daher scheuen, diese Leistungen zu beantragen. Sie dienen dazu, die häufig nicht unerheblichen Kosten, die eine Pflegebedürftigkeit verursacht, abzumildern.

Zu bedenken ist allerdings, dass durch die Pflegeversicherung in der Regel nur ein Teil der tatsächlichen Kosten über pauschale Beträge übernommen wird, der - nach den drei Pflegestufen gegliedert - festgelegt ist. Daher wird die Pflegeversicherung häufig auch als „**Teilkaskoversicherung**“ bezeichnet. Eine **Eigenbeteiligung** an den Pflegekosten ist in den meisten Fällen notwendig.

Pflegebedürftige können **ambulante** (durch Privatpersonen oder durch Pflegedienste, die nach Hause kommen), **teilstationäre** (z. B. nur tagsüber in einem Pflegeheim) und **vollstationäre** (Rund-um-die-Uhr-Versorgung in einem Pflegeheim) Leistungen in Anspruch nehmen. Dabei gilt der Grundsatz „**ambulant vor stationär**“. Es ist zunächst also immer zu prüfen, ob durch ambulante Maßnahmen die Pflege sichergestellt werden kann, bevor stationäre Pflege in einem Pflegeheim möglich ist.

2. Welche Voraussetzungen muss man erfüllen, um Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen zu können?

Als pflegebedürftig gelten Personen, die für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, mindestens jedoch für voraussichtlich **sechs Monate**, in **erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen**.

Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen sind:

- im Bereich der **Körperpflege**: das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- und Blasenentleerung;
- im Bereich der **Ernährung**: das mundgerechte Zubereiten und die Aufnahme der Nahrung;

- im Bereich der **Mobilität**: das selbständige Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen, das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung;
- im **hauswirtschaftlichen Bereich**: das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Kleidung und Wäsche und das Beheizen

Regelmäßige medizinische Leistungen, wie z. B. Blutdruck- oder Blutzuckermessungen oder das Verabreichen von Medikamenten, gelten *nicht* als Pflegeleistungen. Dieses sind Leistungen der Krankenversicherung und bedürfen einer ärztlichen Verordnung, um von der Krankenkasse abgerechnet werden zu können.

Es gibt drei Pflegestufen. Je höher die Pflegestufe, desto höher auch die Leistungen, die man in Anspruch nehmen kann.

Pflegestufe 1 (Erheblich Pflegebedürftige): Dies sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen sowie zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei hauswirtschaftlichen Verrichtungen benötigen. Der Hilfebedarf für Grundpflege und Hauswirtschaft muss **täglich mind. 1,5 Stunden** betragen, wovon mind. 46 Minuten auf die Grundpflege entfallen müssen.

Pflegestufe 2 (Schwerpflegebedürftige): Dies sind Personen die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrmals wöchentlich Hilfe bei hauswirtschaftlichen Verrichtungen benötigen. Der Hilfebedarf für Grundpflege und Hauswirtschaft muss **täglich mindestens 3 Stunden** betragen, wovon mind. 2 Stunden auf die Grundpflege entfallen müssen.

Pflegestufe 3 (Schwerstpflegebedürftige): Dies sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, **auch nachts**, der Hilfe bedürfen und mehrmals wöchentlich hauswirtschaftliche Unterstützung benötigen. Grundpflege und Hauswirtschaft müssen **mindestens 5 Stunden** täglich betragen, wovon 4 Stunden auf die Grundpflege entfallen müssen.

Diese Auflistung macht deutlich, dass ein relativer geringer Hilfebedarf noch nicht ausreicht, um Leistungen der Pflegeversicherung zu erhalten. Hier sind meistens die eigene Fantasie – und der eigene Geldbeutel – gefragt, um sich ausreichende Hilfe zu beschaffen

3. Wenn der Hilfebedarf voraussichtlich hoch genug ist, um eine Pflegestufe zu erhalten – was muss man tun?

Zunächst einmal gilt hier wie überall in der Bürokratie: Was man nicht beantragt, wird einem auch nicht gewährt! Als erstes muss also ein „**Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung**“ gestellt werden. Antragsteller ist dabei immer der/die Pflegebedürftige selber bzw. sein gesetzlicher Vertreter, jedoch *nicht* der behandelnde Arzt.

Es genügt ein Anruf bei Ihrer Krankenkasse. Lassen Sie sich dort mit der „Abteilung Pflegeversicherung“ verbinden und fordern ein Antragsformular an. Schriftlich können Sie dies natürlich auch tun. Bei vielen Kassen gilt schon diese Anforderung als Stichtag, ab dem bei Bewilligung die Leistungen der Pflegeversicherung rückwirkend gewährt werden. Auf jeden Fall beginnt die rückwirkende Leistungspflicht aber ab dem Eingangstag des vollständigen Antrags bei der Pflegekasse. Dies ist wichtig zu wissen, denn das Prüfverfahren dauert in der Regel etliche Wochen, manchmal sogar mehrere Monate.

Wenn Sie den ausgefüllten und unterschriebenen Antrag an die Pflegekasse geschickt haben, informiert diese den **Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen (MDK)**. Eine Fachkraft des MDK (Arzt oder examinierte Pflegekraft) wird sich dann schriftlich zu einem **Hausbesuch** bei Ihnen anmelden. Passt ihnen dieser Termin nicht, können Sie rechtzeitig eine Änderung absprechen. Bedenken Sie allerdings, dass es dann evtl. einige

Wochen dauern kann, bis Sie einen neuen Termin erhalten. Bei diesem etwa einstündigen Besuch wird der Hilfebedarf bei den oben genannten alltäglichen Verrichtungen detailliert geprüft. Es empfiehlt sich, vorab ein sogenanntes „**Pflegetagebuch**“ zu führen und den Hilfebedarf über ein bis zwei Wochen zu dokumentieren. Nähere Informationen dazu sowie einen Vordruck können Sie in der Pflegeberatungsstelle erhalten. Es empfiehlt sich, dass eine vertraute Person bei der Begutachtung zugegen ist, um offene Fragen zu klären und den/die Pflegebedürftige zu unterstützen. Es ist auch möglich, dass Angehörige im Anschluß an die Begutachtung um ein Gespräch unter vier Augen mit dem Gutachter /der Gutachterin bitten, wenn der/die Pflegebedürftige z. B. aus Scham die eigene Situation zu positiv dargestellt hat.

Der MDK erstellt anschließend aufgrund der Untersuchungsergebnisse ein **Gutachten, aus dem die Pflegestufe hervorgeht**. Dieses Gutachten wird der Pflegekasse übermittelt, die Ihnen schriftlich das Ergebnis mitteilt.

Bei der Ablehnung einer Pflegestufe, oder wenn Sie meinen, dass eine höhere Pflegestufe nötig wäre, können Sie **innerhalb von einem Monat schriftlich Widerspruch** gegen den Bescheid bei der Pflegekasse einlegen. Dann wird der Fall ein zweites Mal überprüft. Sie haben ein Anrecht darauf, dass Ihnen das MDK-Gutachten zugeschickt wird. In der Begründung Ihres Widerspruchs sollten Sie dann auf die Differenzen zwischen Ihrer Einschätzung der Situation und der des Gutachtens eingehen. Tipps dazu können Sie vom PFLEGESTÜTZPUNKT - trägerunabhängige Pflegeberatung bekommen.

Sollte sich im Laufe der Zeit der Pflegebedarf erhöhen, können Sie jederzeit einen Antrag auf Erhöhung der Pflegestufe bei Ihrer Pflegekasse stellen. Das Prüfverfahren läuft dann erneut wie oben beschrieben ab.

4. Welche Leistungen der Pflegeversicherung kann man in Anspruch nehmen?

a) Ambulante Pflege zu Hause

Ein pflegebedürftiger Mensch hat verschiedene Wahlmöglichkeiten, sich zu Hause versorgen zu lassen.

Wenn die Pflege durch eine private Pflegeperson – in der Regel sind dies nahe Angehörige - geleistet wird, erhält man **Pflegegeld**. Die gesamte Versorgung ist durch die gewählte Pflegeperson sicherzustellen. Bei den Pflegestufen I und II verpflichtet sich der/die Bezieher/in des Pflegegeldes halbjährlich einen Pflegeeinsatz durch einen professionellen Pflegedienst abzurufen, um die Pflegequalität zu sichern. Bei Pflegestufe III erfolgt dieser Einsatz vierteljährlich.

Es stehen dem/der Pflegebedürftigen folgende monatlichen Geldleistungen zur Verfügung:

Pflegestufe I	€ 225,-
Pflegestufe II	€ 430,-
Pflegestufe III	€ 685,-

Wenn die Pflege durch einen professionellen Pflegedienst geleistet wird, erhält man die sogenannte **Pflegesachleistung**. Die gesamte Versorgung ist durch den gewählten Pflegedienst sicherzustellen.

Die Pflegesachleistung beträgt monatlich bei:

Pflegestufe I	€ 440,-
Pflegestufe II	€ 1040,-
Pflegestufe III	€ 1510,-
Pflegestufe III (Härtefall)	€ 1918,-

Der Pflegedienst muss einen Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen abgeschlossen haben, wodurch die Pflegequalität gesichert ist. Der Pflegedienst rechnet direkt mit der

Pflegekasse ab. Die Leistung – sofern sie den für die Pflegestufe zustehenden Betrag nicht überschreitet – wird nicht vom Pflegebedürftigen privat an den Dienst gezahlt! Nur Leistungen, die den Pauschalbetrag der Pflegestufe übersteigen, werden Ihnen privat in Rechnung gestellt. Es sollte immer ein Pflegevertrag mit dem Pflegedienst abgeschlossen werden, in dem die monatlichen Leistungen und deren Preis schriftlich festgehalten werden.

Kombinationsleistung:

Wenn die Versorgung sowohl durch eine private Pflegeperson als auch durch einen professionellen Pflegedienst sichergestellt wird, kann man die **Kombinationsleistung** in Anspruch nehmen. Der Pflegedienst rechnet seine Leistungen mit der Pflegekasse ab, anteilig prozentual erhält man zusätzlich Pflegegeld.

Beispiel:

Bei einem Pflegebedürftigen der Pflegestufe 1 benötigt der Pflegedienst für acht mal monatlich Hilfe beim Baden oder Duschen incl. Einsatzpauschale 40% der Pflegesachleistungen, somit erhält der/die Pflegebedürftige 60% des Pflegegeldes ausgezahlt.

Der Pflegedienst erhält:	€ 176,-	(= 40 % von 440,- €)
Der Pflegebedürftige/r erhält:	€ 135,-	(= 60 % von 225,- €)

b) Vollstationäre Pflege in einem Pflegeheim

Wenn die ambulante pflegerische Versorgung zu Hause nicht oder nicht mehr möglich ist, kann der/die Pflegebedürftige in ein **Pflegeheim** umziehen. Die Pflegekassen übernehmen für die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der medizinischen Behandlungspflege und der sozialen Betreuung monatlich pauschal bei Vorliegen der:

Pflegestufe I	€ 1023,-
Pflegestufe II	€ 1279,-
Pflegestufe III	€ 1510,-
Pflegestufe III (Härtefall)	€ 1825,-

Gesondert sind im Pflegesatz der Einrichtungen noch die Kosten für Verpflegung und Unterkunft und Investitionskosten enthalten. Diese Kosten sind privat zu zahlen. Darüber hinaus können mit der Einrichtung noch Zusatzleistungen vereinbart werden, die jedoch auch selbst finanziert werden müssen.

Bei geringem Einkommen kann für die Finanzierung der Investitionskosten bei dem Sozialhilfeträger (Abt. Hilfen in Einrichtungen) **Pflegewohngeld** beantragt werden. Das monatliche Einkommen bei Alleinstehenden darf hierfür z. Zt. 1.198,27 € nicht übersteigen.

Der Familienzuschlag beträgt 252,- €.

Die Vermögensfreigrenze liegt bei derzeit 6.900,- €.

Das Pflegewohngeld beträgt maximal 460,20 €.

(Stand: 01.01.2010).

Die Antragstellung erfolgt in der Regel durch den Träger der Pflegeeinrichtung.

Wenn die Kosten für die stationäre Pflege aufgrund eines zu geringen Einkommens nicht gedeckt sind, kann beim örtlichen Sozialhilfeträger des letzten Wohnorts der/des Pflegebedürftigen ein **Antrag auf Restkostenübernahme** gestellt werden. Heimbewohner/innen müssen in der Regel ihr gesamtes Einkommen zur Deckung der Restkosten einsetzen, bevor Sozialhilfe in Anspruch genommen werden kann. Voraussetzung für die Kostenübernahme durch den Sozialhilfeträger ist das Vorliegen einer Pflegestufe oder (bei Pflegestufe 0) eine amtsärztlich festgestellte Selbst- oder Fremdgefährdung. Zudem wird geprüft, ob es unterhaltspflichtige Angehörige ersten Grades gibt (Kinder und Eltern gegenseitig), die - nach Abzug von Freibeträgen - vorrangig zur Finanzierung der Heimplatzkosten verpflichtet sind. Bei einkommensschwachen Personen kann aber unter bestimmten Voraussetzungen ein Anspruch auf Sozialhilfeleistungen bestehen. Wenn Sie

vermuten, dass das bei Ihnen zutrifft, können Sie genauere Informationen bei den Mitarbeiterinnen der Abteilung „Hilfe zur Pflege“ erhalten. Hier sind auch die entsprechenden Anträge zu stellen. Zuständig sind für Sie (nach Anfangsbuchstabe des Familiennamens):

A – G + I (ohne E)	Frau Gogoll	Tel. 85-10 68	Zimmer 224
E, H, J, K	Frau Kunze	Tel. 85-27 82	Zimmer 221
L – R (ohne O)	Frau Gutmann	Tel. 85-16 83	Zimmer 222
O, S - Z	Frau Stahl	Tel. 85-23 38	Zimmer 223

Antragstellung: Stadt Flensburg, **Abt. Hilfe zur Pflege**
Rathausplatz 1, 24931 Flensburg

Um Ihnen unnötige Wartezeiten zu ersparen und zur Vermeidung unvollständiger Unterlagen empfehlen wir, mit unseren Mitarbeiterinnen telefonisch einen Vorsprachetermin zu vereinbaren.

c) Tagespflege und Nachtpflege

Unter Tages- und Nachtpflege (teilstationäre Versorgung) versteht man die zeitweise Betreuung im Tagesverlauf in einer Einrichtung. Dabei übernimmt die Pflegekasse die Pflegekosten, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Kosten der medizinischen Behandlungspflege. Die Kosten für Verpflegung müssen dagegen privat getragen werden.

Pflegebedürftige haben Anspruch auf teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege, wenn die häusliche Versorgung nicht in ausreichendem Maße sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder zur Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist.

Der Anspruch auf teilstationäre Pflege umfasst je Kalendermonat Leistungen im Umfang von bis zu:

Pflegestufe 1	440,- €
Pflegestufe 2	1040,- €
Pflegestufe 3	1510,- €

Man kann die Leistungen der Tages- und Nachtpflege mit anderen ambulanten Sachleistungen und/oder dem Pflegegeld kombinieren. Seit der Pflegereform 2008 besteht der höchstmögliche Gesamtanspruch aus der Kombination von Leistungen aus dem 1,5-fachen einer einzelnen Leistung.

5. Weitere Leistungen der Pflegeversicherung:

a) Kurzzeitpflege

In den Fällen, in denen weder häusliche noch teilstationäre Pflege möglich ist, hat der Pflegebedürftige Anspruch auf vollstationäre Kurzzeitpflege:

- für eine Übergangszeit nach stationärer Behandlung, wenn die häusliche Pflege noch nicht möglich ist
- in sonstigen Krisensituationen, in denen häusliche und teilstationäre Pflege nicht ausreichen oder möglich sind

Der Leistungsanspruch besteht für längstens 28 Tage pro Jahr und beträgt maximal 1.510,- €.

Darüber hinaus ist die Kurzzeitpflege für pflegebedürftige Kinder unter 18 Jahren künftig auch in Einrichtungen der Behindertenpflege oder anderen geeigneten Einrichtungen möglich. Bisher mussten Kinder häufig in den zugelassenen Einrichtungen der Altenpflege versorgt werden oder der Anspruch auf Kurzzeitpflege konnte gar nicht genutzt werden.

b) Verhinderungspflege

Ist die normalerweise pflegende Person verhindert (z. B. wegen Krankheit oder Urlaub), so stehen für bis zu vier Wochen im Jahr bis zu 1510,- € für Verhinderungspflege zur Verfügung. Diese kann sowohl ambulant (durch einen Pflegedienst oder eine Privatperson) als auch stationär in einer Pflegeeinrichtung durchgeführt werden.

Voraussetzung für Verhinderungspflege ist, dass zuvor für mindestens sechs Monate ambulante Pflege geleistet wurde.

c) Pflegehilfsmittel und technische Hilfen

Dem Pflegebedürftigen stehen zur Erleichterung der Pflege und zur Linderung der Beschwerden zur Verfügung:

- für **zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel** bis monatlich € 31,00 (z.B. Einmalhandschuhe)
- **technische Pflegehilfsmittel**, wie Mobilitätshilfen, Pflegebetten, ohne Kostenbegrenzung (vorwiegend leihweise). Die Zuzahlung beträgt hier 10 %, jedoch maximal 25,- € pro Hilfsmittel.
- in einigen Fällen (z. B. bei Alleinlebenden) Kostenübernahme für die Grundgebühr für ein **Hausnotrufgerät** bis max. 17,90 € monatlich

d) Wohnungsanpassung im Pflegefall

Die Pflegekasse zahlt unabhängig von der Pflegestufe auf Antrag bis zu 2.557 Euro als Zuschuss für Anpassungsmaßnahmen, die die häusliche Pflege in der Wohnung ermöglichen, erleichtern oder eine möglichst selbstständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederherstellen. Ziel solcher Maßnahmen ist es insbesondere, eine Überforderung der Pflegekraft zu verhindern. Bei der Bemessung des Zuschusses wird ein Eigenanteil erhoben, der sich nach dem Einkommen der oder des Pflegebedürftigen richtet.

Bezuschusste Maßnahmen:

Die Pflegekasse zahlt einen Zuschuss zu verschiedenen Maßnahmen der Wohnungsanpassung. Einen Zuschuss gibt es für Maßnahmen, die mit wesentlichen Eingriffen in die Bausubstanz verbunden sein können, wie zum Beispiel Türverbreiterungen, fest installierte Rampen und Treppenlifter, aber auch für den pflegegerechten Umbau des Badezimmers. Außerdem wird der Ein- und Umbau von Mobiliar, das entsprechend den Erfordernissen der Pflegesituation individuell hergestellt oder umgebaut werden muss, unterstützt.

Zweiter Zuschuss

Einen Zuschuss zur Wohnungsanpassung kann auch ein zweites mal gewährt werden, wenn die Pflegesituation sich so verändert hat, dass erneute Maßnahmen nötig werden.

Finanzielle Zuschüsse werden gewährt, wenn hierdurch:

- die häusliche Pflege erst oder länger möglich wird
- die Versorgung auch für die Pflegekraft erheblich erleichtert wird
- eine möglichst selbstständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt wird

e) Pflegekurse für Angehörige

Wenn Sie eine Angehörige oder einen Angehörigen pflegen oder sich ehrenamtlich um Pflegebedürftige kümmern, können Sie an einem Pflegekurs Ihrer Pflegekasse teilnehmen. Diese Kurse werden zum Teil in Zusammenarbeit mit Verbänden der freien Wohlfahrtspflege, mit Volkshochschulen, der Nachbarschaftshilfe oder Bildungsvereinen angeboten. Diese Kurse bieten praktische Anleitung und Informationen, aber auch Beratung und Unterstützung zu vielen verschiedenen Themen. Außerdem bieten diese Kurse pflegenden Angehörigen die Möglichkeit, sich mit anderen auszutauschen und Kontakte zu knüpfen. Die Pflegekasse übernimmt die Kurskosten.

f) Zusätzliche Hilfen für Menschen mit besonderem Betreuungsbedarf

Betreuungsbetrag

Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen oder einer aus anderen Gründen eingeschränkten Alltagskompetenz, z. B. psychisch erkrankte oder geistig behinderte Menschen, haben häufig einen Hilfe- und Betreuungsbedarf, der über den normalen Hilfebedarf hinausgeht. Da es demenziell erkrankten Menschen körperlich häufig vergleichsweise gut geht, sind sie bisher oft durch das Raster der Pflegeversicherung gefallen. Für Pflegebedürftige mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz hatte der Gesetzgeber bereits zum 1. Januar 2002 Verbesserungen bei der häuslichen Versorgung eingeführt. Solche Pflegebedürftige konnten zusätzlich für Betreuungsleistungen bis zu 460 Euro pro Jahr von der Pflegekasse erhalten. Dieser zusätzliche Leistungsbetrag wird mit der Pflegereform ausgebaut auf bis zu 100 Euro (Grundbetrag) bzw. 200 Euro (erhöhter Betrag) monatlich. Dieser Betrag ist zweckgebunden und darf nur für bestimmte anerkannte Angebote eingesetzt werden, nicht jedoch für selbst beschaffte helfende Personen. Genaueres dazu und zu anerkannten Anbietern in Flensburg können Sie im PFLEGESTÜTZPUNKT - trägerunabhängige Pflegeberatung erfahren.

Pflegestufe 0

Auch Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, die noch nicht die Voraussetzungen für eine Einstufung in die Pflegestufe I erfüllen, haben ab 01.07.2008 einen Anspruch auf einen Betreuungsbetrag. Man spricht hier von der so genannten "Pflegestufe 0". Um diese Leistung erhalten zu können, muss bei der Pflegekasse auf jeden Fall ein Antrag auf Pflegeleistungen gestellt werden. Der dann festgestellte Pflegebedarf kann sich unter dem für die Pflegestufe 1 erforderlichen Umfang bewegen, er muss also mind. eine Minute täglich betragen.

Zusätzliches Personal für demenzerkrankte Menschen in Heimen

Auch das Leistungsangebot in Heimen wird durch gesonderte Angebote der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung für demenziell erkrankte Bewohner verbessert. In vollstationären Dauer- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen kann zusätzliches Betreuungspersonal für Heimbewohnerinnen und -bewohner mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf eingesetzt werden. Diese Kosten werden durch die gesetzlichen und privaten Pflegekassen entsprechend den vereinbarten Regelungen getragen. Pflegebedürftige und Sozialhilfeträger werden nicht mit Kosten belastet. Für rund 25 demenziell erkrankte Heimbewohnerinnen und -bewohner soll eine Betreuungskraft vorgesehen werden. So wird neben der Verbesserung der Betreuung demenziell erkrankter Pflegebedürftiger im ambulanten Bereich auch ihre Betreuung im Pflegeheim deutlich verbessert.

6. Behinderte:

Für Pflegebedürftige in einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe übernimmt die Pflegekasse 10 % des Heimentgelts, jedoch höchstens 256,- € monatlich.

7. Hilfen für Angehörige von Pflegebedürftigen Menschen

Pflegezeit

Zum 1. Juli 2008 wird für die Angehörigen von Pflegebedürftigen ein Anspruch auf Pflegezeit eingeführt. Beschäftigte in Betrieben mit mindestens 15 Beschäftigten können sich für die Dauer von bis zu sechs Monaten von der Arbeit freistellen lassen. In dieser Zeit beziehen sie kein Gehalt, bleiben aber sozialversichert. Voraussetzung ist, dass man mind. 14 Stunden wöchentlich für die Pflege aufwendet.

Kurzzeitige Freistellung von der Arbeit

Wird ein Angehöriger pflegebedürftig, muss schnell Hilfe organisiert werden. Neben dem Anspruch auf Pflegezeit haben Beschäftigte daher das Recht, bis zu zehn Arbeitstage der Arbeit fernzubleiben (so genannte kurzzeitige Arbeitsverhinderung). In dieser Zeit bleiben die Beschäftigten sozialversichert. Anspruch auf eine kurzzeitige Freistellung haben Beschäftigte unabhängig von der Anzahl der beim Arbeitgeber Beschäftigten.

Beiträge zur Rentenversicherung

Wenn Sie eine Angehörige oder einen Angehörigen für mindestens 14 Stunden in der Woche pflegen, gelten Sie als Pflegeperson im Sinne der Pflegeversicherung. Sind Sie nicht mehr als 30 Stunden in der Woche erwerbstätig, zahlt die Pflegeversicherung für Sie Beiträge zur Rentenversicherung. Die Höhe richtet sich dabei nach dem Schweregrad der Pflegebedürftigkeit und dem Umfang der Pfl egetätigkeit.

Unfallschutz

Wenn Sie einen nahe stehenden Menschen pflegen, sind Sie während der Pfl egetätigkeiten und bei allen Tätigkeiten und Wegen, die mit der Pflege zusammenhängen, gesetzlich unfallversichert.

Arbeitslosenversicherung

Sie können freiwillig Mitglied in der Arbeitslosenversicherung bleiben, wenn Sie sich um Pflegebedürftige Angehörige kümmern. Dazu müssen Sie einen Antrag bei der Bundesagentur für Arbeit stellen, dass Sie sich freiwillig versichern möchten. Voraussetzung dafür ist, dass Sie

- in den 24 Monaten vor Aufnahme der Pfl egetätigkeit bereits zwölf Monate lang Beiträge zur Arbeitslosenversicherung gezahlt oder Arbeitslosengeld bezogen haben,
- unmittelbar vor Aufnahme der Pfl egetätigkeit in einem Versicherungspflichtverhältnis gestanden oder Arbeitslosengeld bezogen haben und
- nicht anderweitig versicherungspflichtig zur Arbeitslosenversicherung sind.

Der Beitrag zur freiwilligen Weiterversicherung ist allein von der Pflegeperson zu tragen.

8. Pflegeberatung

Ab dem 1. Januar 2009 gibt es den gesetzlichen Anspruch auf Pflegeberatung. Die Beratung erfolgt durch Pflegeberaterinnen und Pflegeberater der Pflegekassen.

9. Schnellere Bearbeitung von Anträgen

Wer einen Antrag auf Pflegebedürftigkeit stellt, soll so schnell wie möglich eine Antwort von der Pflegekasse bekommen, spätestens muss die Antwort nach fünf Wochen erfolgen. Bei einem Krankenhausaufenthalt, in einem Hospiz oder während einer ambulanten palliativen Versorgung muss die Antragsbearbeitung innerhalb einer Woche erfolgen. Befindet sich der Antragsteller in häuslicher Umgebung und wird von der pflegenden Person Pflegezeit beantragt, gilt für die Bearbeitung des Antrags auf Feststellung von Pflegebedürftigkeit eine Frist von zwei Wochen.

Beantragung von Pflegeleistungen – Ablaufschema:

1. Antrag auf Pflegeleistungen bei der Pflegekasse stellen
2. Pflegekasse informiert den MDK
3. MDK meldet sich schriftlich zum Hausbesuch an
4. Arzt oder Pflegefachkraft des MDK führt Hausbesuch durch und ermittelt den Pflegebedarf
5. MDK erstellt Pflegegutachten und übermittelt es an die Pflegekasse
6. Pflegekasse teilt Ergebnis der Begutachtung und die erlangte Pflegestufe dem Antragsteller schriftlich mit
7. a) bei Gewährung einer Pflegestufe:
 - Pflegebedürftige/r entscheidet sich, ob Pflegegeld oder Pflegesachleistung in Anspruch genommen wird und sucht sich ggf. einen Pflegedienst
 - oder:
 - Pflegebedürftige/r sucht sich einen Pflegeheimplatz, wenn häusliche Pflege nicht möglich ist
7. b) bei Ablehnung einer Pflegestufe oder Wunsch nach Höherstufung:
 - innerhalb von einem Monat schriftlich Widerspruch bei der Pflegekasse einlegen
 - MDK-Gutachten bei der Pflegekasse anfordern (man hat einen Rechtsanspruch hierauf!)
 - möglichst eine Begründung für den Widerspruch unter Hinweis auf fehlende bzw. fehlerhafte Angaben des MDK-Gutachtens nachreichen
 - Pflegekasse muss den Fall erneut prüfen
 - bei erneuter Ablehnung: Ggf. Klage beim Sozialgericht einreichen

WEITERE INFORMATIONEN:

Welche Hilfen und Leistungen Sie im Einzelnen in Anspruch nehmen können erfahren Sie bei einem persönlichen Gespräch mit den Mitarbeiter/innen im PFLEGESTÜTZPUNKT - trägerunabhängige Pflegeberatung. Rufen Sie einfach an oder kommen Sie zu den offenen Sprechstunden vorbei. Terminvereinbarungen und Hausbesuche sind auch möglich.

Auch bei allen anderen Fragen aus den Bereichen Pflege, Versorgung und senioren-gerechte Lebensformen können Sie sich hier kostenfrei und vertraulich informieren.

Hier erreichen Sie den PFLEGESTÜTZPUNKT - Trägerunabhängige Pflegeberatung im Flensburger Rathaus:

Frau Brandt	Tel. 04 61 / 85 - 27 38	Zimmer 219	⇒ Koordination Pflegebereich
Frau Miethé	Tel. 04 61 / 85 - 21 61	Zimmer 218	
N.N.	Tel. 04 61 / 85 - 20 02	Zimmer 220	
Frau Leimbach	Tel. 04 61 / 85 - 24 32	Zimmer 241	

Stadt Flensburg
 Abt. Besondere soziale Leistungen
 Fachstelle für Senioren
 Rathausplatz 1
 24931 Flensburg

Offene Sprechstunden:

montags, donnerstags und freitags:
 donnerstags:
 - und nach Vereinbarung –

von 08:30 Uhr bis 12:00 Uhr
 von 14:00 Uhr bis 17:30 Uhr

Für Ihre persönlichen Notizen:

Eine Zusammenfassung der Leistungen der Pflegeversicherung finden Sie auf der letzten Seite

FLENSBURG

PFLEGESTÜTZPUNKT
Trägerunabhängige Pflegeberatung

LEISTUNGEN DER PFLEGEKASSEN AB 01.01.2010

Leistung	Pflegestufe 1	Pflegestufe 2	Pflegestufe 3
Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfe, monatlich	€ 225,-	€ 430,-	€ 685,-
Pflegesachleistung (häusl. Pflegehilfe durch einen professionellen Pflegedienst) Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von monatlich	€ 440,-	€ 1040,-	€ 1.510,- Härtefall bis € 1.918,-
Kombination von Geld- und Sachleistungen	Der/die Pflegebedürftige kann Geld- und Sachleistung entsprechend den Bedürfnissen kombinieren, wobei Pflegegeld prozentual anteilig zur Sachleistung ausgezahlt wird.		
Hilfsmittel	Übernahme der Aufwendungen von für den Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln in Höhe von € 31,- monatlich; Übernahme der Kosten für technische Hilfsmittel, die die Pflege erleichtern (Zuzahlung durch den Leistungsempfänger ab dem 18. Lebensjahr in Höhe von 10 %, jedoch max. € 25,-)		
Wohnraumverbesserung	Umbaumaßnahmen, die die Pflege im häuslichen Bereich ermöglichen oder erleichtern, werden auf Antrag mit bis zu € 2.557,- bezuschusst (einkommensabhängig!)		
Erhöhter Betreuungsbedarf / Demenzkranke	Menschen mit besonderem Betreuungsbedarf, z. B. dementiell Erkrankte, können für zusätzliche anerkannte Betreuungsangebote 100,- € bzw. 200,- € in Anspruch nehmen. Dies gilt auch bei einem Pflegebedarf <u>unterhalb</u> von Pflegestufe 1!		
Pflegevertretung bei Verhinderung der Pflegeperson	Bei Verhinderung der Pflegeperson (z. B. Urlaub, Krankheit) kann für bis zu 4 Kalenderwochen jährlich eine Kostenerstattung für eine Pflegeersatzkraft übernommen werden: max. € 1.510,-		
Kurzzeitpflege	Pflegebedingte Aufwendungen in vollstationärer Pflege für max. 4 Kalenderwochen jährlich bei Verhinderung der ambulanten Pflegeperson oder nach Krankenhausaufenthalt: € 1.510,-		
Tages-/Nachtpflege monatl. (zzgl. 50 % Ambulante Leistung)	€ 440,-	€ 1040,-	€ 1.510,-
Vollstationäre Pflege monatl.	€ 1.023,-	€ 1.279,-	€ 1.510,- Härtefälle bis € 1.825,-
Einrichtungen der Behindertenhilfe	Bei Pflegebedürftigen, die in einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe leben, übernimmt die Pflegekasse 10 % des Heimentgelts, höchsten jedoch € 256,- monatlich		

Stand: 01/2010