

Informationsblatt 4: Leistungen der Pflegegrade 2-5

Leistungen bei häuslicher Pflege

Nach Anerkennung eines Pflegegrades 2-5 durch die Pflegeversicherung erhält die pflegebedürftige Person festgelegte (Geld-) Leistungen. Diese sollen einer Teilabsicherung der Pflegeaufwendungen dienen, nicht der vollständigen Übernahme entstehender Kosten. Die Leistungen müssen in der Regel bei der Pflegekasse durch den Pflegebedürftigen beantragt werden.

Welche Leistungen gibt es?

Pflegegeld: Selbstorganisierte Hilfe durch z.B. Verwandte. Die Pflegekasse zahlt an die pflegebedürftige Person je nach Pflegegrad ein monatliches Pflegegeld, welches an die Pflegeperson weitergegeben werden kann.

Pflegesachleistung: ein professioneller ambulanter Pflegedienst kümmert sich um körperbezogene pflegerische Maßnahmen, Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfe im Haushalt. Die Leistungen werden direkt mit der Pflegekasse abgerechnet.

Kombinationsleistung: Werden die Leistungen mit einem ambulanten Pflegedienst nicht voll ausgeschöpft, kann anteilig das Pflegegeld ausgezahlt werden, z.B. bei 60% Nutzung der Sachleistung, werden 40% des Pflegegeldes ausgezahlt. Die Pflegekasse muss über die Nutzung der Kombinationsleistung informiert werden.

Tages-/ Nachtpflege: die pflegebedürftige Person lebt zu Hause und nutzt zusätzlich an einem oder mehreren Tagen in der Woche das Angebot einer Tages-/ Nachtpflegeeinrichtung. Die Einrichtung bietet ihren Gästen vielfältige pflegerische und therapeutische Leistungen, wie z.B. Tagerstrukturierung und Beschäftigungsangebote, Grundpflege (Toilettengänge) und Beförderung zur Einrichtung. Die Pflegekasse beteiligt sich mit einer festgelegten Summe je nach Pflegegrad an den Pflege- und Betreuungskosten pro Monat. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung trägt die pflegebedürftige Person selbst.

Entlastungsbudget gemeinsamer Jahresbeitrag Verhinderungs- und Kurzzeitpflege:

Der gemeinsame Jahresbetrag in Höhe von 3.539 € vereinheitlicht die Finanzierung von Verhinderungs- und Kurzzeitpflege. Es wird entweder Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege beantragt. Wenn beides im Laufe eines Kalenderjahres genutzt werden soll, steht auch nur der Jahresbetrag in Höhe der 3.539 € zur Verfügung. Es ist also sinnvoll den jeweiligen Antrag vor Nutzung zu stellen, um einen Überblick über eventuell schon genutzte Leistungen zu behalten.

Der gemeinsame Jahresbetrag steht immer dann zur Verfügung, wenn die häusliche Pflege durch die Hauptpflegepersonen vorübergehend nicht möglich ist, z.B. aufgrund von Krankheit, Urlaub oder einem Reha-Aufenthalt.

- **Verhinderungspflege:** findet in der Regel in der Häuslichkeit statt, wenn die Hauptpflegeperson z.B. wegen Krankheit oder Urlaub verhindert ist. Sie kann für bis zu acht Wochen pro Jahr beansprucht werden. Das Pflegegeld wird in dieser Zeit zur Hälfte weiter gezahlt. Der Antrag sollte bei geplanten Urlaub oder Reha-Aufenthalt im Vorhinein gestellt werden. Es ist auch möglich, entstandene Kosten im Nachhinein mit der Pflegekasse abzurechnen, z.B. bei Krankheit. Verhinderungspflege kann auch stundenweise in Anspruch genommen werden, wenn die Pflegeperson weniger als 8 Stunden/Tag verhindert ist, um für sich selber zu sorgen. In diesem Fall wird das Pflegegeld nicht gekürzt.

Bei Verhinderungspflege durch familiennahe Verwandte oder in häuslicher Gemeinschaft lebende Personen reduziert sich die Summe auf das 2fache des monatlichen Pflegegeldes. Darüber hinaus können Fahrtkosten und ein möglicher Verdienstausschlag erstattet werden. Die Aufwendungen dürfen die Gesamtsumme in Höhe von 3.539 € nicht überschreiten.

- **Kurzzeitpflege:** Kann die Pflege vorübergehend nicht zu Hause durchgeführt werden, ist ein kurzzeitiger Aufenthalt in einer Pflege- oder Kurzzeitpflegeeinrichtung für max. 8 Wochen im Jahr möglich. Die Pflegekasse beteiligt sich mit bis zu 3.539 € pro Kalenderjahr an den Pflege- und

Betreuungskosten. Die Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten trägt die pflegebedürftige Person selbst. Auf Antragstellung beteiligt sich der Kreis Pinneberg bis zu 90% für max. 4 Wochen im Kalenderjahr an den Investitionskosten. Das Pflegegeld wird hälftig für bis zu acht Wochen weitergezahlt.

Entlastungsbetrag: monatlicher Anspruch auf bis zu 131 € für landesrechtlich anerkannte Angebote, ambulante Pflegedienste, Tages- Nacht- und Kurzzeitpflege. Der Betrag ist Zweckgebunden, d.h. gegen eine Rechnung kann die Pflegekasse den Betrag erstatten. Die Hilfen können zum Beispiel für Betreuungs- und Beschäftigungsleistungen, Hilfestellung im Haushalt, Begleitung zu Ärzten eingesetzt werden. Der Betrag ist nicht für pflegerische Leistungen einzusetzen.

Umwandlungsanspruch: wenn der Anspruch auf Pflegesachleistungen nicht vollständig ausgeschöpft ist, so kann der nichtgenutzte Betrag bis max. 40% für Angebote zur Unterstützung im Alltag verwendet werden.

Beratungseinsätze: Pflegebedürftige die das Pflegegeld beziehen, müssen sich durch einen zugelassenen ambulanten Pflegedienst zur Qualitätskontrolle aufsuchen und beraten lassen. Im Pflegegrad 2 und 3 halbjährlich, in Pflegegrad 4 und 5 vierteljährlich. Bei Nichteinhaltung ist die Pflegekasse berechtigt, die Geldleistungen zu kürzen oder zu streichen.

Pflegehilfsmittel: Die Pflegekasse beteiligt sich bis zu 42€ monatlich an zum Verbrauch bestimmten Gütern wie z.B. Einmalhandschuhe, Desinfektionsmittel für die Pflegeperson (nicht für den ambulanten Pflegedienst). In der Regel akzeptiert die Pflegekasse nur Rechnungen durch den Fachhandel (Apotheken, Sanitätshäuser).

- **Hausnotruf:** z.B. bei alleinlebenden Pflegebedürftigen, überwiegend allein lebenden oder Mitbewohner die keine Hilfe holen könnten, kann über die Pflegehilfsmittel ein Zuschuss in Höhe von 25,50 € übernommen werden.

Digitale Pflegeanwendungen (DiPA): Digitale Pflegeanwendungen können z.B. Apps sein, mit dem Zweck, Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten der Pflegebedürftigen zu mindern oder einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit in der Häuslichkeit entgegenzuwirken (z.B. App zur Sturzprävention). DiPA's müssen im DiPA-Verzeichnis des BfArM" zugelassen und gelistet sein.

Technische Hilfsmittel: empfiehlt der MD bei der Begutachtung bestimmte Hilfsmittel wie z.B. ein Pflegebett, Badewannenlift gilt dies als Antrag, der an die Pflegekasse weiter geleitet wird. Technische Hilfsmittel sind häufig eine kostenlose Leihgabe. Bei Neuanschaffungen ist eine Eigenbeteiligung in Höhe von max. 25 € pro Hilfsmittel zu tragen.

Der Pflegebedürftige kann auch einen eigenen Antrag bei der Pflegekasse auf Hilfsmittel stellen.

Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen: Die Pflegekasse gewährt einen Zuschuss in Höhe von max. 4.180 € je Maßnahme zu Umbauten in Haus oder Wohnung. Laut den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit sind alle Maßnahmen, die zum Zeitpunkt der Zuschussgewährung (und damit Grundlage des zu diesem Zeitpunkt bestehenden Hilfebedarfs) zur Wohnumfeldverbesserung erforderlich sind, als eine Verbesserungsmaßnahme zu bewerten. Mögliche Maßnahmen sind eine bodengleiche Dusche, Rampen, Türverbreiterungen. Der Antrag muß vor Baubeginn mit Kostenvoranschlägen bei der Pflegekasse eingereicht und genehmigt werden.

Werden in einer Wohnung mehrere wohnumfeldverbessernde Maßnahmen erforderlich, in der mehrere anspruchsberechtigte Pflegebedürftige wohnen, kann jeder Pflegebedürftige bis zu 4.180 Euro bei seiner Pflegekasse geltend machen. Insgesamt ist jedoch der Gesamtbetrag je Maßnahme auf 16.720 Euro begrenzt. Dieser Betrag bzw. die tatsächlich entstandenen Kosten werden dann gleichmäßig auf die zuständigen Pflegekassen aufgeteilt.