



Informationsblatt 8

Die Pflegeversicherung

Die Pflegeversicherung sichert seit 1994 einen Teil der Risiken bzw. Folgen der Pflegebedürftigkeit ab. Das Pflegeversicherungsgesetz (Sozialgesetzbuch XI – SGB XI) regelt, was Pflegebedürftigkeit im Sinne des Gesetzes heißt und unter welchen Voraussetzungen Leistungen gewährt werden. Mit einer grundlegenden Reform, die in zwei Stufen zum 1. Januar 2016 und zum 1. Januar 2017 in Kraft tritt, wurde die Definition der Pflegebedürftigkeit dahin gehend verändert, dass nicht mehr ausschließlich körperlich bedingte Einschränkungen ausschlaggebend sind, sondern geistig und psychisch bedingte Einschränkungen der Selbstständigkeit bei der Einschätzung eines Pflegebedarfs gleichrangig berücksichtigt werden. Dies bedeutet vor allem für Menschen mit Demenz eine deutliche Verbesserung im Vergleich zum bisherigen Recht.

Überblick

Wer Leistungen der Pflegeversicherung erhalten will, muss zunächst einen Antrag bei der zuständigen Pflegekasse stellen. Die Pflegekassen beauftragen Gutachter, die im Rahmen von Hausbesuchen feststellen, ob Pflegebedürftigkeit im Sinne des Gesetzes vorliegt. Die Gutachter geben Empfehlungen für die Einstufung in einen von fünf Pflegegraden (früher: drei Pflegestufen). Die Höhe der Leistungen, die für die Versorgung zur Verfügung stehen, ist vom Pflegegrad abhängig.

Je nach Bedarf können Pflegebedürftige aus verschiedenen Leistungsarten auswählen: Pflegegeld, das frei verwendet werden kann, um die Pflege privat sicherzustellen; Sachleistungen für die Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst oder eine Tagesspflgeeinrichtung; Leistungen für die Versorgung in einem Pflegeheim sowie weitere Leistungen, die im Folgenden beschrieben werden.

Wer ist pflegebedürftig im Sinne des Gesetzes?

Pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind Personen, die „gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen.“ (§ 14 SGB XI)

Die genannten „gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten“ können folgende sechs Bereiche bzw. „Module“ betreffen:

1. **Mobilität:** Wie selbstständig kann sich ein Mensch fortbewegen und seine Körperhaltung ändern?
2. **Kognitive und kommunikative Fähigkeiten:** Wie gut findet sich ein Mensch in seinem Alltag örtlich und zeitlich zurecht? Kann er für sich selbst Entscheidungen treffen? Kann er Gespräche führen und Bedürfnisse mitteilen?
3. **Verhaltensweisen und psychische Problemlagen:** Wie häufig benötigt ein Mensch Hilfe aufgrund von psychischen Problemen und Verhaltensweisen wie etwa aggressivem oder ängstlichem Verhalten?
4. **Selbstversorgung:** Wie selbstständig kann sich ein Mensch im Alltag selbst versorgen bei der Körperpflege, beim Ankleiden, beim Essen und Trinken?
5. **Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:** Welche Unterstützung benötigt ein Mensch beim Umgang mit der Krankheit und bei Behandlungen – zum Beispiel bei Medikamentengabe, Verbandswechsel, Diät, Dialyse oder Beatmung?
6. **Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte:** Wie selbstständig kann ein Mensch seinen Tagesablauf planen oder Kontakte pflegen?



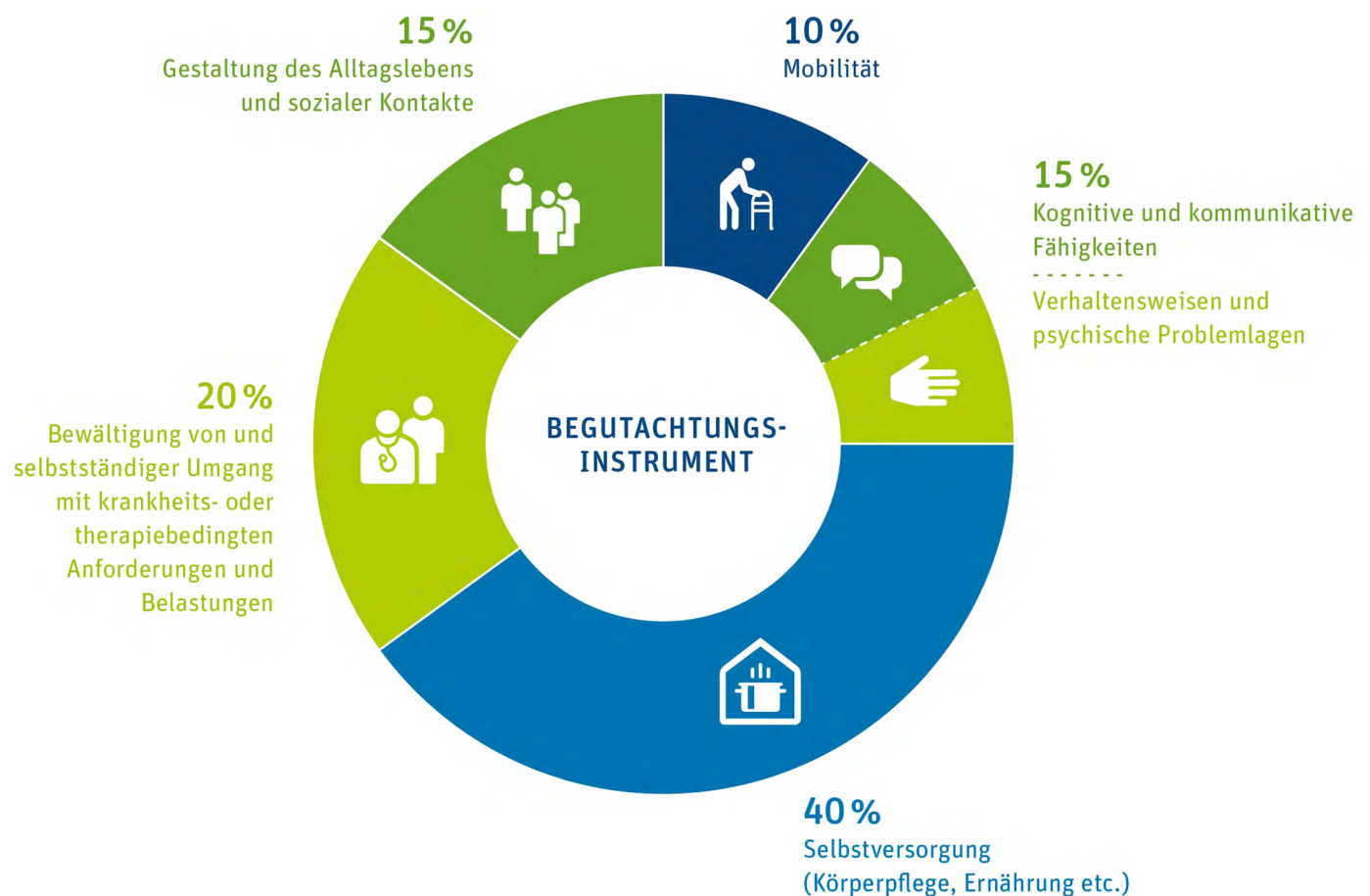
Damit ist die Definition von Pflegebedürftigkeit nach der Gesetzesreform so weit gefasst, dass eine gesonderte Erhebung von demenzbedingten Einschränkungen nicht mehr erforderlich ist.

Wie wird der Pflegegrad ermittelt?

Für die Feststellung des Pflegegrades wird der Grad der Selbstständigkeit bzw. die vorhandenen Fähigkeiten in jedem der sechs zuvor benannten Bereiche vom Gutachter eingeschätzt.

Es ergibt sich für jeden Bereich ein Punktwert zwischen 0-4 Punkte. Bei 0 Punkten werden in dem Bereich keine Beeinträchtigungen festgestellt und bei 4 Punkten schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit. Die in den genannten sechs Modulen erreichten Punktwerte fließen dann in unterschiedlicher Gewichtung in die Ermittlung des Pflegegrades ein. Dabei erhält die Selbstversorgung (Modul 4 mit Schwerpunkt der Körperpflege) mit 40% die höchste Gewichtung für die Gesamteinschätzung.

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und das neue Begutachtungsinstrument im Überblick – Sechs Lebensbereiche („Module“) werden betrachtet und gewichtet





Antragstellung und Begutachtung

Um Leistungen der Pflegeversicherung zu erhalten, muss der Betreffende oder dessen rechtlicher Vertreter einen Antrag bei der Pflegekasse stellen. Leistungsbeginn ist der Tag der Antragstellung (das Datum des Anrufs bei der Kasse mit Bitte um Zusendung des Antrags). Zuständig ist die Pflegekasse. Diese ist immer bei der Krankenkasse des Versicherten angesiedelt. Die Pflegekasse beauftragt den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder einen unabhängigen Gutachter, einen Hausbesuch zur Einstufung des Pflegebedürftigen vorzunehmen. Der Gutachter kündigt den Termin des Hausbesuchs schriftlich an. Zur Vorbereitung ist es sinnvoll, einen Selbsteinschätzungsbogen zu den oben genannten Modulen auszufüllen. Hierdurch ist es möglich, sich bereits vor dem Besuch des Gutachters ein klares Bild über den Selbstständigkeitsgrad des Pflegebedürftigen zu machen. (Die DAzG bereitet einen solchen Bogen vor und stellt ihn im Internet als Vorlage zur Verfügung).

Bei dem Einstufungsbesuch müssen auch die pflegenden Angehörigen befragt werden. Gerade bei demenzkranken Menschen ist es unabdingbar, dass Gutachter die Aussagen von Angehörigen oder Pflegekräften mit berücksichtigen, da die Leistungsfähigkeit des Kranken in der Begutachtungssituation deutlich besser als im normalen Alltag sein kann. Die Verfassung Demenzkranker kann immer wieder schwanken. Angehörige können zu ihrer Unterstützung eine Vertrauensperson (auch z. B. von einer Alzheimer-Gesellschaft oder einem ambulanten Pflegedienst) hinzuziehen. Der Gutachter soll auch Vorschläge zur Förderung der Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen machen, z. B. durch Hilfsmittel oder Maßnahmen zur Rehabilitation. Sofern der Pflegebedürftige einverstanden ist, kann der Gutachter den Bewilligungsprozess einer Rehabilitationsmaßnahme oder eines Hilfsmittelantrags direkt anstoßen, ohne zusätzliche Verordnung durch einen Arzt. Die Pflegebedürftigen erhalten den Bescheid über das Ergebnis der Einstufung von der Pflegekasse. Das Gutachten muss ebenso zugesandt werden, außer es wird der Zusendung widersprochen.

Wenn der Bescheid der Pflegekasse falsch oder ungünstig erscheint, kann dagegen Widerspruch eingelegt werden. Der Widerspruch muss innerhalb der im Bescheid angegebenen Frist eingelegt werden, kann aber zunächst formlos und ohne detaillierte Begründung erfolgen. Anhand des Gutachtens kann der Widerspruch begründet werden, wobei die abweichenden Einschätzungen der Selbstständigkeit aufgelistet werden sollten. Man kann zur genaueren Begründung auch konkrete Situationen und notwendige Hilfestellungen aus dem Alltag schildern.

Wird der Widerspruch abgelehnt, ist eine kostenfreie Klage vor dem Sozialgericht möglich.

Leistungen ab Pflegegrad 2

a) Leistungen monatlich

Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2 erhalten aus der Pflegeversicherung monatliche Leistungen entweder als Pflegegeld, das zur freien Verfügung steht, oder als Pflegesachleistungen, die über ambulante Pflegedienste oder freie Pflegefachkräfte, die Vertragspartner der Pflegekassen sind, abgerechnet werden können.

Pflegegeld und -sachleistungen können auch kombiniert und jeweils anteilig in Anspruch genommen werden.

Zusätzlich stehen Leistungen für die Inanspruchnahme teilstationärer Tages- (oder Nacht-)Pflegeeinrichtungen zur Verfügung. Der Leistungsbetrag ist gleich hoch wie die Pflegesachleistung für Pflegedienste und kann von Tagespflegeeinrichtungen abgerechnet werden.

Jeder Pflegebedürftige hat unabhängig vom Pflegegrad Anspruch auf einen sogenannten Entlastungsbetrag in Höhe von 125 € pro Monat. Dieser Betrag ist zweckgebunden und wird nicht bar ausgezahlt. Zu den Angeboten, die damit finanziert werden können, zählen z. B. Tages- und Nachtpflege, Einsätze

Monatliche Geld- und Sachleistungen der Pflegeversicherung (in Euro)

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Entlastungsbetrag (ambulant)	125	125	125	125	125
Pflegegeld (ambulant)	-	316	545	728	901
Sachleistung (ambulant)	-	689	1.298	1.612	1.995
Tages- oder Nachtpflege	-	689	1.298	1.612	1.995
Stationäre Pflege	125	770	1.262	1.775	2.005



von Pflegediensten (mit Ausnahme der Unterstützung bei der Körperpflege) oder Kurzzeitpflege. Insbesondere können auch die Kosten für landesrechtlich anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag damit erstattet werden. Dazu gehören z. B. Betreuungsangebote wie die Vermittlung von ehrenamtlichen Helferinnen und Betreuungsgruppen. Auch Angebote zur Unterstützung im Haushalt und weitere Alltags- und Entlastungshilfen sowie zur beratenden Unterstützung können auf Länderebene anerkannt werden. Zur Finanzierung speziell solcher Angebote können ergänzend oder alternativ zum Entlastungsbetrag bis zu 40 % der Pflegesachleistung eingesetzt werden.

Auch für die stationäre Pflege im Heim werden monatliche Leistungen zur Verfügung gestellt. Dabei sind die Leistungen so berechnet, dass der Eigenanteil, den Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2 für die Pflege im Heim zu zahlen haben, ab 2017 grundsätzlich auch bei einem Wechsel des Pflegegrades gleich hoch bleibt (Erhöhungen können sich allerdings weiterhin aus einer Änderung der Verpflegungs- oder Wohnkosten in der

Einrichtung ergeben, sowie aufgrund z. B. allgemeiner jährlicher Kostenerhöhungen).

b) Leistungen jährlich

Pflegebedürftigen ab Pflegegrad 2 stehen für einen Kurzzeitpflegeaufenthalt (meist in einem Pflegeheim) Leistungen bis 1.612 € pro Kalenderjahr zu. Für die Verhinderungspflege (Pflege im häuslichen oder im stationären Bereich) wird bei Verhinderung des pflegenden Angehörigen oder einer ehrenamtlichen Pflegeperson ebenfalls eine Leistung von bis zu 1.612 € pro Jahr gewährt. Wird eine der Leistungen nur teilweise in Anspruch genommen, kann bis zu 806 € der Kurzzeitpflegeleistung für Verhinderungspflege genutzt werden oder umgekehrt die gesamte Verhinderungspflegeleistung (1.612 €) für Kurzzeitpflege. Eine Pflegeperson kann auch stundenweise verhindert sein, z. B. um einzukaufen, private Termine wahrzunehmen oder sich zu erholen.

Jährliche Leistungen für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege (in Euro)

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Kurzzeitpflege (max. 8 Wochen/ Jahr)	-	1.612 (max. 3.224)	1.612 (max. 3.224)	1.612 (max. 3.224)	1.612 (max. 3.224)
Verhinderungspflege (max. 6 Wochen/ Jahr)	-	1.612 (max. 2.418)	1.612 (max. 2.418)	1.612 (max. 2.418)	1.612 (max. 2.418)

c) Weitere Leistungen

Pflegebedürftige haben Anspruch auf technische Hilfsmittel zur Erleichterung der Pflege. Wenn der Bedarf von der Pflegekasse anerkannt wird, z. B. für ein Pflegebett, werden diese finanziert.

Für pflegebedingte Verbesserungen des Wohnumfeldes können Zuschüsse bis zu 4.000 € je Maßnahme gezahlt werden. Weiterhin übernehmen die Pflegekassen bei bestehendem Bedarf die Kosten für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (z. B. Einmalhandschuhe) bis zu 40 € pro Monat.

Wenn ausschließlich Pflegegeld in Anspruch genommen wird, müssen ab Pflegegrad 2 in bestimmten Zeitabständen (kostenlose) Pflegeberatungsbesuche durch ambulante Pflegedienste oder neutrale Beratungsstellen in Anspruch genommen werden. Bei Bezug von Sachleistungen können die Besuche ebenfalls angefordert werden, es besteht aber keine Verpflichtung. Darüber hinaus besteht Anspruch auf eine Beratung

durch Pflegeberater bei den Pflegestützpunkten und bei der Pflegekasse.

Das Leben in selbst organisierten ambulant betreuten Wohngemeinschaften wird gesondert unterstützt. Unter bestimmten Voraussetzungen erhalten Pflegebedürftige, die in einer solchen WG leben, monatlich 214 € zusätzlich. Zudem werden als Starthilfe zum Aufbau einer WG pro pflegebedürftiger Person 2.500 € zur Verfügung gestellt (insgesamt maximal 10.000 € pro WG).

Die Pflegekassen übernehmen unter bestimmten Umständen Sozialversicherungsbeiträge für pflegende Angehörige und schließen diese in die gesetzliche Unfallversicherung ein. Ab Pflegegrad 2 und einem zeitlichen Aufwand von mindestens 10 Stunden pro Woche, verteilt auf zwei oder mehr Tage, erhalten private Pflegepersonen, die nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich berufstätig sind, Beiträge zur Rentenversicherung.



Zur besseren Vereinbarkeit von Pflege und Beruf gibt es für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer Möglichkeiten zur unbezahlten, aber sozialversicherungspflichtigen Freistellung für bis zu sechs Monate nach dem Pflegezeitgesetz oder zur Reduzierung der Arbeitszeit für bis zu zwei Jahre nach dem Familienpflegezeitgesetz. Müssen nahe Angehörige bei plötzlicher Veränderung der Pflegesituation umgehend der Arbeit fern bleiben, um einzuspringen oder die Pflege neu zu organisieren, wird für bis zu zehn Tage Pflegeunterstützungsgeld als Lohnersatzleistung gezahlt.

Leistungen bei Pflegegrad 1

Bei Pflegegrad 1 stehen als finanzielle Leistungen lediglich der monatliche Entlastungsbetrag in Höhe von 125 €, bis zu 4.000 € für Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes, genehmigte technische Hilfsmittel zur Pflege und die Sonderleistung von 214 € monatlich zum Leben in einer Pflegewohngemeinschaft zur Verfügung. Eine Besonderheit ist, dass der Entlastungsbetrag bei Pflegegrad 1 neben den genannten Hilfen auch für Unterstützung bei der Körperpflege durch einen Pflegedienst sowie für die Kosten stationärer Pflege eingesetzt werden kann.

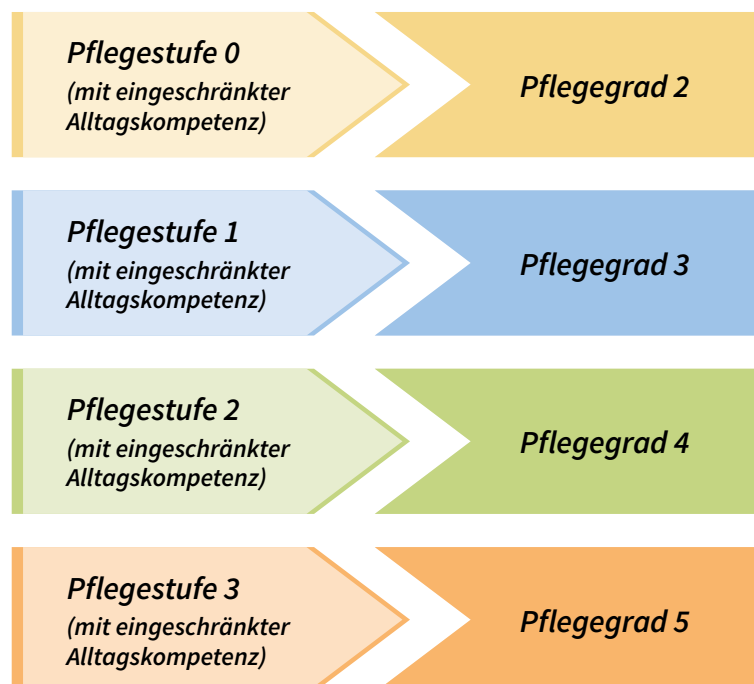
Wichtige Hinweise

Der Gutachter kann zusätzlich um ein Gespräch unter vier Augen ohne Beisein des Kranken gebeten werden, um offen über die Defizite des Erkrankten sprechen zu können, ohne diesen dadurch zu kränken.

In Vorbereitung des Hausbesuches sollten ein aktueller Medikationsplan sowie ggf. ärztliche Bescheinigungen oder Krankenhausberichte sowie die Pflegedokumentation des Pflegedienstes (sofern vorhanden) bereit gelegt werden.

Übergang von Pflegestufen in Pflegegrade

Wer am 31. Dezember 2016 bereits eine Pflegestufe besitzt, muss wegen der Änderung keinen neuen Antrag stellen. Pflegebedürftige, die nach dem alten Recht als in „ihrer Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt“ gelten, – das betrifft in der Regel alle Demenzkranke – werden nach der Regel „plus 2“ in den übernächsten Pflegegrad übergeleitet. Aus Pflegestufe 0 wird so Pflegegrad 2, aus Pflegestufe 1 Pflegegrad 3 usw. Dadurch ergeben sich für Demenzkranke teils erhebliche Leistungsverbesserungen.





Beratung und Information

Die Bestimmungen der Pflegeversicherung und die Beantragung von Leistungen sind zum Teil recht kompliziert. Deshalb ist zu empfehlen, sich ausführlich zu informieren oder eine Beratung aufzusuchen.

In den meisten Bundesländern gibt es Pflegestützpunkte, die Pflegebedürftige zu Beginn und im Verlauf der Pflegebedürftigkeit bei der Organisation der Pflege und ihrer optimalen Umsetzung unterstützen sollen. Wo keine Pflegestützpunkte vorhanden sind oder deren Beratung nicht ausreicht, bieten Pflegekassen und regionale Alzheimer-Gesellschaften Beratung an.

Ausführliche Informationen enthält der von der Deutschen Alzheimer Gesellschaft herausgegebene „Leitfaden zur Pflegeversicherung“ (17. Auflage, Januar 2017, 6€).

Mit Hilfe des Pflegeleistungs-Helfers des Bundesgesundheitsministeriums kann man sich im Internet die individuellen Leistungsansprüche zusammenstellen lassen:

www.pflegeleistungshelfer.bundesgesundheitsministerium.de

Weitere Informationen zum Pflegestärkungsgesetz finden Sie unter: www.pflegestaerkungsgesetz.de

Informationen über das neue Begutachtungsverfahren geben die Medizinischen Dienste unter: www.pflegebegutachtung.de

Verantwortlich für dieses Informationsblatt ist die Geschäftsstelle der Deutschen Alzheimer Gesellschaft. November 2016

Impressum



Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.
Selbsthilfe Demenz
Friedrichstraße 236
10969 Berlin
Tel.: 030 – 259 37 95 0
Fax: 030 – 259 37 95 29
www.deutsche-alzheimer.de
info@deutsche-alzheimer.de

Alzheimer-Telefon:

Tel.: 030 – 259 37 95 14
Mo – Do: 9 – 18 Uhr, Fr: 9 – 15 Uhr

Spendenkonto:

Bank für Sozialwirtschaft Berlin
IBAN: DE91 1002 0500 0003 3778 05
BIC: BFSWDE33BER

Informationsblätter der Deutschen Alzheimer Gesellschaft

[› Link zur Downloadseite](#)

- 1 Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen
- 2 Die neurobiologischen Grundlagen der Alzheimer-Krankheit
- 3 Die Diagnose der Alzheimer-Krankheit und anderer Demenzerkrankungen
- 4 Die Genetik der Alzheimer-Krankheit
- 5 Die medikamentöse Behandlung der Demenz
- 6 Die nicht-medikamentöse Behandlung der Demenz
- 7 Die Entlastung pflegender Angehöriger
- 8 Die Pflegeversicherung
- 9 Das Betreuungsrecht
- 10 Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung
- 11 Frontotemporale Demenz
- 12 Klinische Forschung
- 13 Ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz
- 14 Die Lewy-Körperchen-Demenz
- 15 Allein leben mit Demenz
- 16 Demenz bei geistiger Behinderung
- 17 Urlaubsreisen für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen
- 18 Schmerz erkennen und behandeln