



Pflegestützpunkt

Landkreis Fulda

Informationen zu Hilfe und Pflege

Für Menschen ist es wichtig, selbstbestimmt leben zu können. Das gilt auch für Menschen, die auf pflegerische Hilfe und Unterstützung angewiesen sind.

Die Ausgestaltung der notwendigen Pflege, sei es in der häuslichen Umgebung oder im Heim, stellt Pflegende wie Gepflegte oft vor große Herausforderungen.

Mit dieser Broschüre möchten wir Ihnen das Leistungsangebot der Pflegeversicherung vorstellen und erläutern.

Impressum:

Herausgeber: Pflegestützpunkt Landkreis Fulda

Redaktionsschluss: Januar 2023

Wer ist pflegebedürftig?

Ab dem 1. Januar 2017 wird ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff in der Pflegeversicherung eingeführt.

Ziel ist es, die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz und Menschen mit sonstigen geistigen oder psychischen Einschränkungen ebenso zu berücksichtigen wie die Bedürfnisse von Menschen mit körperlichen Einschränkungen.

Wo können Pflegeleistungen beantragt werden?

Um Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen zu können, muss ein Antrag bei der zuständigen Pflegekasse gestellt werden. Die Pflegekasse befindet sich bei der Krankenkasse. Die Antragstellung kann auch von einem Familienangehörigen, Nachbarn oder guten Bekannten übernommen werden, wenn dieser dazu bevollmächtigt wird. Grundsätzlich besteht die Möglichkeit, einen formlosen Antrag bei der Pflegekasse einzureichen. Nach Antragstellung beauftragt diese den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit.

Einher mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff ist ein neues Begutachtungsinstrument zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit verbunden.

Dieses orientiert sich ausschließlich an den Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und den Fähigkeiten der Betroffenen.

Privatversicherte stellen einen Antrag bei ihrem privaten Versicherungsunternehmen, die Begutachtung erfolgt dort durch „MEDICPROOF“.

Welche Voraussetzungen müssen erfüllt sein?

Um Leistungen der Pflegeversicherung voll in Anspruch nehmen zu können, muss der Versicherte in den letzten zehn Jahren vor der Antragstellung zwei Jahre in die Pflegekasse als Mitglied eingezahlt haben oder Familienversichert gewesen sein.

Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, bestehen.

Pflegeeinstufung:

Bei einem Erstantrag kommen die neuen Begutachtungsrichtlinien automatisch zur Anwendung.

Während der Begutachtung prüft der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK), wie selbstständig jemand ist.

Der Grad der Selbstständigkeit wird in sechs verschiedenen Bereichen gemessen und – mit unterschiedlicher Gewichtung - zu einer Gesamtbewertung zusammengeführt.

Daraus ergibt sich die Einstufung in einen Pflegegrad.

Diese sechs Bereiche sind:

1. Mobilität (10%)
2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten (15%)
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
 - *In die Wertung fließt der höchste gewichtete Punktwert aus Modul 2 oder 3 ein.*
4. Selbstversorgung (40%)
5. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen (20%)
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (15%)

- ***Pflegeeinstufung bei Kindern:***

Wie bei Erwachsenen werden hierbei der Grad der Selbstständigkeit, das Vorhandensein von Fähigkeiten und das Ausmaß der Beeinträchtigung zugrunde gelegt.

In die Bewertung fließen die Abweichungen von der Selbstständigkeit gegenüber der Selbstständigkeit gesunder Kinder gleichen Alters ein.

Was bietet die Pflegeversicherung?

Pflegegeld:

Übernehmen Angehörige, Bekannte oder sonstige nicht erwerbsmäßig pflegende Personen die Betreuung, erhält der Pflegebedürftige Pflegegeld, das er an den Pflegenden weitergeben kann. Diese Art der Pflege gilt als ehrenamtlich. Das Pflegegeld zählt daher nicht als Einkommen und muss nicht versteuert werden.

Pflegegeld kann in folgenden Fällen nicht gezahlt werden:

- bei einer vollstationären Krankenhausbehandlung, einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation oder bei häuslicher Krankenpflege (inkl. Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung) durch die Krankenkasse ab der 5. Woche.
- bei Inanspruchnahme der vollen Sachleistungen sowie bei vollstationärer Pflege.
- bei ähnlichen Leistungen anderer Behörden und Einrichtungen (z.B. Pflegezulage nach dem Bundesversorgungsgesetz).

Um die Qualität der häuslichen Pflege sicherzustellen, sind regelmäßige Beratungsbesuche notwendig.

Diese Beratungsbesuche sind bei

- Pflegegrad 2 und 3 halbjährlich und bei
- Pflegegrad 4 und 5 vierteljährlich

verpflichtend abzurufen und werden von anerkannten Pflegediensten durchgeführt.

Pflegesachleistung:

Häusliche Pflege wird durch einen Pflegedienst als Sachleistung erbracht. Das Geld der Pflegekasse geht somit direkt an den Pflegedienst, nicht an den Pflegebedürftigen.

Kombinationsleistung:

Um eine optimale, auf die individuellen Bedürfnisse abgestimmte Pflege zu gewährleisten, ist es möglich, dass sich Angehörige und ambulante Pflegedienste die Pflege teilen. Konkret bedeutet dies, dass ein anteiliges Pflegegeld gezahlt wird, wenn die Pflegesachleistung nicht im vollen Umfang in Anspruch genommen wird.

Rechenbeispiel:

Kombination von Pflegegeld und Pflegesachleistung

Ein Pflegebedürftiger im Pflegegrad 2 (724,00 €) nimmt Sachleistungen durch einen Pflegedienst in Höhe von 362,00 € in Anspruch.

Er hat somit die Sachleistungen zu 50 Prozent ausgeschöpft. Dies bedeutet, dass er noch 50 Prozent des für den Pflegegrad 2 vorgesehenen Pflegegeldes (316,00 €) beziehen kann. Damit stehen ihm noch 158,00 € (50 Prozent von 316,00 €) Pflegegeld zu.

Teilstationäre Pflege:

Wenn die Pflegeperson zum Beispiel wegen anderer Aufgaben Zeiten überbrücken muss, kann die Betreuung in einer Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege sinnvoll sein.

Die Pflegekasse beteiligt sich in solchen Fällen an den Kosten der Pflege, der medizinischen Behandlungspflege sowie an den Transportkosten.

Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen:

Ab dem 01.01.2017 steht für alle Pflegebedürftigen der Pflegegrade 1 bis 5 einheitlich ein Budget in Höhe von 125,00 € zur Verfügung.

Über dieses Budget können folgende Angebote genutzt werden:

- Aufstocken der Regelleistung Kurzzeitpflege oder Erstattung von Eigenanteilen im Rahmen der Kurzzeitpflege.
- Aufstocken der Regelleistung teilstationäre Pflege oder Erstattung von Eigenanteilen im Rahmen der teilstationären Pflege.
- Besondere Leistungen der allgemeinen Anleitung und Betreuung oder Angebote der hauswirtschaftlichen Versorgung von ambulanten Vertragspflegediensten bzw. anerkannten Hauswirtschaftsdiensten.
- Niedrigschwellige Betreuungs-/Entlastungsleistungen.

Restbeträge, die am Ende eines Kalenderjahres noch nicht verbraucht sind, können in das Folgejahr übertragen und bis zum 30.06. genutzt werden.

Leistungen der fünf Pflegegrade im Überblick:

Hauptleistungsbeträge in Euro	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
Geldleistung ambulant		316	545	728	901
Sachleistung ambulant		724	1.363	1.693	2.095
Entlastungsbetrag ambulant	125	125	125	125	125
Leistungsbetrag vollstationär	125	770	1.262	1.775	2.005
Leistungen für Tages- und Nachtpflege PG 2 bis PG 5 zusätzlich zu den Leistungen für häusliche Pflege	125	689	1.298	1.612	1.995

Verhinderungspflege:

Macht die Pflegeperson Urlaub oder ist sie durch Krankheit vorübergehend an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse bis zu sechs Wochen die Kosten einer Ersatzpflege.

Verhinderungspflege kann erstmalig beantragt werden, nachdem die private Pflegeperson die pflegebedürftige Person mindestens sechs Monate in ihrer häuslichen Umgebung gepflegt hat.

Außerdem kann bis zu 50 % des Leistungsbetrages für Kurzzeitpflege (806,00 Euro) künftig zusätzlich für Verhinderungspflege ausgegeben werden. Verhinderungspflege kann dadurch auf maximal 150 % des bisherigen Betrages ausgeweitet werden. Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege angerechnet.

Eine Ersatzpflege durch nahe Angehörige ist bis zu sechs Wochen möglich. Die Aufwendungen sind grundsätzlich auf den 1,5fachen Betrag des Pflegegeldes des festgestellten Pflegegrades beschränkt.

Ab dem 01.01.2016 ist ein Übertrag aus nicht in Anspruch genommener Kurzzeitpflege auch für diesen Personenkreis möglich. Dies trifft jedoch nur zu, wie bisher, wenn Auslagen in Form von Verdienstaussfall oder Fahrtkosten nachgewiesen werden.

- **Stundenweise Verhinderungspflege:**

Wird die Verhinderungspflege nur für einige Stunden am Tag (unter 8 Stunden) in Anspruch genommen (z. B. ehrenamtliche Helferkreise, Betreuungsgruppe), erfolgt ausschließlich die Anrechnung auf den Höchstbetrag von 1.612,00 Euro. Das Pflegegeld wird nicht gekürzt. Die Ersatzperson darf mit dem Pflegebedürftigen nicht bis zum zweiten Verwandtschaftsgrad verwandt oder verschwägert sein oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben.

Ab dem 01.01.2017 kann die Verhinderungspflege von allen Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 genutzt werden.

Kurzzeitpflege:

Viele Pflegebedürftige sind nur für eine begrenzte Zeit auf stationäre Pflege angewiesen, insbesondere zur Bewältigung von Krisensituationen bei der häuslichen Pflege oder übergangsweise im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt. Für sie gibt es die Kurzzeitpflege in entsprechenden stationären Einrichtungen.

Der Höchstbetrag für die Kurzzeitpflege wird ab dem 01.01.2022 um 10 % auf 1.774,00 € (bisher 1.612,00 €) angehoben.

Damit erhöht sich auch der Betrag, wenn der gesamte Anspruch aus der Verhinderungspflege auf die Kurzzeitpflege übertragen wird, auf 3.386,00 € (bisher 3.224,00 €).

Eigenanteile im Zusammenhang mit der Kurzzeitpflege können bei der Pflegekasse im Rahmen des Budgets des Entlastungsbetrages von 125,00 € erstattet werden.

Das Pflegegeld wird während des gesamten Zeitraumes hälftig weitergezahlt.

Die Altersgrenze für Kinder und Jugendliche, die Kurzzeitpflege auch in geeigneten Behinderteneinrichtungen durchführen können, wurde von 18 auf 25 Jahre angehoben.

Anspruch auf Kurzzeitpflege besteht auch in zugelassenen stationären Reha-Einrichtungen nach § 111 SGB V, wenn die Pflegeperson dort eine Vorsorge oder Rehabilitationsmaßnahme durchführt und gleichzeitig dort die Unterbringung des Pflegebedürftigen erforderlich ist.

Tages- und Nachtpflege:

Bei der Tages- und Nachtpflege handelt es sich um eine teilstationäre Pflege. Tagespflegeeinrichtungen sind inzwischen recht verbreitet. Pflegebedürftige, die zu Hause versorgt und gepflegt werden, werden in der Regel morgens abgeholt und am Spätnachmittag wieder zurückgebracht. Dies kommt nicht nur den Betroffenen zugute (Aktivierung, Tagesstruktur), sondern auch den pflegenden Angehörigen im Sinne einer Entlastung. **Zusätzlich** zu den Leistungen für die häusliche Pflege (Pflegegeld oder Pflegesachleistung) stehen je nach Pflegegrad umfangreiche Mittel zur Verfügung (siehe Tabelle auf Seite 9). Es verbleibt ein kleiner Eigenanteil, der mit den Entlastungsleistungen verrechnet werden kann.

Hilfsmittel:

In Zukunft gilt: Für Hilfs- und Pflegehilfsmittel, die für die Selbstständigkeit von Pflegebedürftigen besonders wichtig sind oder der Erleichterung der Pflege dienen, besteht keine Notwendigkeit mehr, einen gesonderten Antrag zu stellen.

Sobald ein MDK-Gutachter ein entsprechendes Hilfsmittel empfiehlt und die pflegebedürftige Person mit der Versorgung einverstanden ist, gilt dies als Antrag bei der Pflegekasse.

Eine ärztliche Verordnung ist in diesen Fällen nicht mehr erforderlich.

Die Empfehlungen werden im Gutachten festgehalten und damit automatisch an die Pflegekasse weitergeleitet.

Diese hat dann im Nachgang die Versorgung mit dem entsprechenden Hilfs- oder Pflegehilfsmittel zu organisieren.

Wohnraumanpassung:

Die Pflegekasse beteiligt sich an den Kosten für einen altersgerechten bzw. barrierefreien Umbau der Wohnung mit dem Ziel, dass

- die häusliche Pflege erst möglich oder
- die häusliche Pflege in erheblichem Maße erleichtert oder
- eine selbstständige Lebensweise des Pflegebedürftigen wiederhergestellt

wird.

Sind die Voraussetzungen erfüllt, kann die Wohnraumanpassung durch die Pflegekasse mit bis zu 4.000,00 € unterstützt werden.

Leben mehrere Pflegebedürftige in einer Wohnung, ist der Gesamtbetrag auf 16.000,00 € begrenzt.

Ab dem 01.01.2017 kann die Leistung von allen Pflegebedürftigen der Pflegegrade 1 bis 5 genutzt werden.

Wichtig: Es sollte erst nach der Beantragung **und** Bewilligung der Leistung mit der Baumaßnahme begonnen werden, da im Nachhinein keine Kostenübernahme durch die Pflegekasse erfolgt.

Alternativen zum Pflegeheim:

Betreutes Wohnen

Betreutes Wohnen versucht, die Vorteile eines eigenen Haushaltes mit den Vorteilen eines Pflegeheimes zu verbinden. Allerdings gibt es hierfür bislang keine festgelegten Standards. Jeder Anbieter ist frei in seinen Leistungen.

Wohngemeinschaften

Gemeinschaftliches Wohnen kann für viele ältere Menschen eine Alternative darstellen. Zum einen kann man selbstständig leben, aber zum anderen ist immer jemand verfügbar.

Viele Wohnformen sind denkbar, zum Beispiel das Mehr-Generationen-Haus.

Wohngruppen

Mieter in Wohngruppen leben in geeigneten Wohnungen in ihrer vertrauten Umgebung. Die zu Pflegenden entscheiden selbst, mit wem die Wohnung geteilt wird und wer die Pflege übernimmt.

Zur Finanzierung von zusätzlichen Aufwendungen der Wohngruppe (mind. 3 pflegebedürftige Menschen) für eine gemeinschaftlich beauftragte Person zahlt die Pflegekasse an jeden pflegebedürftigen Bewohner eine Pauschale von 214,00 € aus. Diese Person soll für allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten oder zur hauswirtschaftlichen Unterstützung eingesetzt werden. Zusätzliche Pflegeleistungen dürfen mit der Pauschale nicht finanziert werden.

Der Gesetzgeber fördert die Neugründung von Wohngruppen mit einem einmaligen Betrag von bis zu 2.500,00 € pro Bewohner, jedoch max. 10.000,00 € pro Wohngruppe zur Finanzierung der altersgerechten oder barrierefreien Umgestaltung der Wohnung.

Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung

Pflegeurlaub:

Arbeitnehmer haben das Recht nach dem Pflegezeitgesetz, bis zu zehn Arbeitstage der Arbeit fernzubleiben, um eine bedarfsgerechte Pflege eines Pflegebedürftigen nahen Angehörigen zu organisieren.

Es besteht ein Anspruch auf Ausgleich des entgangenen Arbeitsentgeltes (Pflegeunterstützungsgeld).

- Anspruch auf kurzzeitige Arbeitsverhinderung haben alle Beschäftigten.
- Eine ärztliche Bescheinigung über die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen und die Erforderlichkeit, eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder selbst sicherzustellen, ist vorzulegen.
- Das Pflegeunterstützungsgeld beträgt 90 % des ausgefallenen Nettoarbeitsentgeltes und darf 70 % der Beitragsbemessungsgrenze nicht überschreiten.
- Von dem Pflegeunterstützungsgeld sind Beiträge zur Kranken-, Renten- und Arbeitslosenversicherung zu zahlen. Der Versicherte und die Pflegekasse zahlen die Beiträge jeweils zur Hälfte.

Pflegezeit:

Die Pflegezeit erlaubt es berufstätigen Personen, sich für eine bestimmte Zeit selbst um einen pflegebedürftigen Angehörigen zu kümmern.

Wer von der Möglichkeit Gebrauch macht, sechs Monate ganz oder teilweise aus dem Beruf auszusteigen, um nahe Angehörige zu pflegen, hat künftig einen Rechtsanspruch auf ein zinsloses Darlehen. Damit soll es für die Betroffenen leichter werden, ihren Lebensunterhalt in der Pflegephase zu bestreiten. Der Rechtsanspruch auf Freistellung besteht nicht gegenüber Arbeitgebern mit 15 oder weniger Beschäftigten.

Einen Rechtsanspruch wird es künftig auch auf die 24-monatige Familienpflegezeit geben. Hier können pflegende Beschäftigte ihre Arbeitszeit bis auf eine Mindestarbeitszeit von 15 Wochenstunden reduzieren. Den Einkommensausfall können Sie durch ein zinsloses Darlehen abfedern, das beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Angelegenheiten zu beantragen ist. Der Anspruch auf Pflegezeit besteht nur gegenüber Arbeitgebern mit regelmäßig mindestens 16 Beschäftigten.

Die Freistellungsmöglichkeiten für die Pflege naher Angehöriger können miteinander kombiniert werden. Die Gesamtdauer beträgt maximal 24 Monate.

Die neuen Regelungen gelten auch für Eltern und Angehörige pflegebedürftiger Kinder, die nicht zu Hause, sondern in einer außerhäuslichen Einrichtung betreut werden. Auch für die Begleitung schwerstkranker Angehöriger in der letzten Lebensphase besteht für maximal drei Monate die Möglichkeit, die Arbeitszeit ganz oder teilweise zu reduzieren.

Pflegekurse:

Wer einen Angehörigen pflegt oder sich ehrenamtlich um Pflegebedürftige kümmert, kann an einem von der Pflegekasse finanzierten Pflegekurs teilnehmen. Teilweise führen die Pflegekassen selbst Pflegekurse durch. Meist werden diese jedoch in Zusammenarbeit mit Verbänden der freien Wohlfahrtspflege, mit Volkshochschulen, der Nachbarschaftshilfe oder Bildungsvereinen angeboten.

Sie bieten praktische Anleitung und Informationen, aber auch Beratung und Unterstützung zu vielen verschiedenen Themen. Durch Pflegekurse sollen auch pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen gemindert werden. Außerdem bieten diese Kurse pflegenden Angehörigen die Möglichkeit, sich mit anderen auszutauschen und Kontakte zu knüpfen.

Liegt ein Pflegegrad vor, besteht weiterhin das Angebot, eine Pflegeanleitung in der eigenen häuslichen Umgebung der Pflegeperson oder des Pflegebedürftigen in Anspruch zu nehmen. Dadurch können beispielsweise vor Ort Unterweisungen im Gebrauch von Hilfsmitteln erfolgen oder bestimmte Pflegetätigkeiten geschult werden.

Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen:

Die Pflegekasse zahlt ab dem 01.01.2017 für Pflegepersonen, die Pflegebedürftige im Pflegegrad 2 bis 5 wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig zwei Tage pro Woche, zu Hause pflegen, die Beiträge zur Rentenversicherung.

Hat die Pflegeperson ihre Beschäftigung wegen der Pflegetätigkeit unterbrochen oder auch ganz aufgegeben, zahlt die Pflegekasse ab dem 01.01.2017 für die Dauer der Pflege auch die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung.

Vollstationäre Pflege:

Wenn eine häusliche Pflege oder teilstationäre Pflege nicht sichergestellt werden kann, haben Pflegebedürftige Anspruch auf Pflege in vollstationären Einrichtungen (Pflegeheim, Seniorenheim). Hierbei zahlt die Pflegekasse einen pauschalen Sachleistungsbetrag sowie einen Leistungszuschlag an das Pflegeheim.

Neuer Leistungszuschlag für Pflegebedürftige, die Vollstationäre Leistungen nach § 43 SGB XI erhalten

Leistungsinhalt:

Der Leistungszuschlag wird in entsprechender Höhe zum Eigenanteil an den pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Ausbildungsumlagen, die der Pflegebedürftige zu zahlen hat, direkt an die Pflegeeinrichtung gezahlt.

Bei der Berechnung des Leistungszuschlages sind die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie die Investitionskosten nicht zu berücksichtigen, so dass diese in voller Höhe von der pflegebedürftigen Person zu tragen sind.

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 erhalten einen Leistungszuschlag in Höhe von

- **5 %** bei einem Leistungsbezug von **bis zu 12 Monaten**
- **25 %** bei einem Leistungsbezug von **mehr als 12 Monaten**
- **45 %** bei einem Leistungsbezug von **mehr als 24 Monaten**
- **70 %** bei einem Leistungsbezug von **mehr als 36 Monaten**.

Berechnung der Dauer des Leistungsbezugs:

Für die Höhe des Leistungszuschlags zu den von den pflegebedürftigen Personen des Pflegegrades 2 bis 5 zu tragenden Eigenanteilen an den pflegebedingten Aufwendungen einschließlich Ausbildungsumlagen ist die Dauer des Bezugs von Leistungen nach § 43 SGB XI maßgeblich. Demzufolge ist unerheblich, ob die pflegebedürftige Person während des Leis-

tungsbezugs einen Heimwechsel oder Kassenwechsel (auch bei privater Pflegeversicherung) vorgenommen hat.

Bei der Ermittlung der Dauer des Leistungsbezuges nach § 43 SGB XI werden Kalendermonate, in denen nur für einen Teilzeitraum Leistungen bezogen wurden, als volle Kalendermonate berücksichtigt. Dabei ist unerheblich, ob in dem betreffenden Teilkalendermonat bereits weitere ambulante, teilstationäre Leistungen oder Leistungen der Kurzzeitpflege bezogen wurden.

Es ist nicht erforderlich, dass es sich um zusammenhängende Zeiträume des Leistungsbezugs nach § 43 SGB XI handelt. In der Vergangenheit liegende Zeiträume werden bei Unterbrechungen mitgerechnet.

Pflegebedürftige des Pflegegrades 1, die einen vollstationären Zuschuss beziehen, haben keinen Anspruch auf den Leistungszuschlag. Bei einer Höherstufung wird dieser Zeitraum bei der Berechnung der Gesamtbezugsdauer berücksichtigt.

Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI in der vollstationären Pflegeeinrichtung werden bei der Berechnung der Gesamtbezugsdauer nicht berücksichtigt.

Leistungszuschlag in nicht zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen

Pflegebedürftige Personen in nicht zugelassenen Pflegeeinrichtungen haben keinen Anspruch auf den Leistungszuschlag, da sie keine Leistungen der vollstationären Pflege nach § 43 SGB XI beziehen.

Kostenerstattung nach § 91 SGB XI

Pflegebedürftige Personen, die in zugelassenen Pflegeeinrichtungen ohne Vergütungsvereinbarung versorgt werden, haben keinen Anspruch auf den Leistungszuschlag. Sie beziehen keine Leistungen nach § 43 SGB XI, sondern erhalten eine Kostenerstattung nach § 91 Abs. 2 SGB XI.

Beihilfeberechtigung

Pflegebedürftige Personen der Pflegegrade 2 bis 5, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben, erhalten den Leistungszuschlag zur Hälfte.

Ablauf der Information an Kunden und Vertragspartner

Voraussichtlich in der 50. KW werden die Bestandskunden und deren Pflegeeinrichtungen über den Beginn des Leistungszuschlags zum 01.01.2022, den individuellen Prozentsatz und die Gesamtbezugsdauer maschinell informiert.

Digitale Pflegeanwendungen (DiPA)

Pflegebedürftige haben Anspruch auf die Leistungen DiPAs bis zur Höhe von insgesamt 50 Euro im Monat.

Der Anspruch teilt sich auf in

- ergänzende Unterstützungsleistung nach § 39a (wird durch Pflegedienste erbracht) und
- die Aufwendungen für die digitale Pflegeanwendung nach § 40a (einmalige oder lfd. Kosten der App)

Die DiPAs werden vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte anerkannt und in einer Liste veröffentlicht. Die Kosten für die DiPA vereinbart der GKV-SV mit den Herstellern und legt die Verteilung des Höchstbetrags (von 50 Euro) fest.

Voraussetzung für die Zulassung von DiPAs ist eine Rechtsverordnung des Bundesgesundheitsministeriums unter Einbeziehung des Bundesarbeitsministeriums, die u.a. das Antragsverfahren zur Zulassung, die Anforderungen an die Produkte und ein Verzeichnis der zugelassenen Angebote regelt. Diese Rechtsverordnung wird Anfang 2022 erwartet.

Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen bei der Kranken- und Pflegekasse:

Versicherte haben zu den Kassenleistungen jedes Jahr Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze von 2 % (bei chronisch Kranken 1 %) der jährlichen Bruttoeinnahmen zu leisten. Kinder und Ehepartner werden berücksichtigt.

Nach Erreichen der Belastungsgrenze kann bei der Krankenkasse ein Befreiungsantrag gestellt werden. Die Befreiung gilt immer nur für das laufende Kalenderjahr. Angefallene Kosten sind der Krankenkasse anhand von Quittungen nachzuweisen.

Auch die Pflegeversicherung kann Versicherte unter bestimmten Voraussetzungen von Zuzahlungen befreien. Die Belastungsgrenze in der Pflegeversicherung beträgt wie in der Krankenversicherung 2 % bzw. 1 % der jährlichen Bruttoeinnahmen, wobei die Ausgaben für den Bereich Pflege und Krankheitsversorgung zusammengenommen werden. Erreicht ein Versicherter die Belastungsgrenze durch Zuzahlungen im Bereich der Krankenversicherung, ist er auch von Zuzahlungen im Rahmen der Pflegeversicherung befreit.

Hilfe zur Pflege:

Grundsätzlich kommen ergänzend zu den Pflegekassenleistungen im Rahmen der „Hilfe zur Pflege“ nach den Bestimmungen des Sozialgesetzbuches, Zwölfter Teil (SGB XII), Sozialhilfeleistungen für Pflegebedürftige in Betracht. Die Sozialhilfe ist im Gegensatz zu den Pflegekassenleistungen einkommens- und vermögensabhängig.

Daneben sind Ansprüche, die Pflegebedürftige gegenüber Dritten haben, entscheidungsrelevant (z.B. Ansprüche aus Verträgen). Ferner ist vor allem bei vollstationärer Pflege im Heim zu klären, inwieweit potenziell Unterhaltspflichtige (Kinder) an das Sozialamt Unterhalt zu zahlen haben bzw. ob deren Bruttojahreseinkommen 100.000 € übersteigt.

Die im Rahmen der Sozialhilfe gewährten Hilfen sind inhaltlich im Wesentlichen mit den Leistungen der Pflegekasse, die zunächst vorrangig zu beantragen sind, identisch. In Bezug auf den Leistungsumfang gibt es bei der Sozialhilfe keine vom Gesetzgeber festgelegten Pauschalbeträge. Der Sozialhilfeträger hat einzelfallbezogen pflegerische Bedarfe sowie die wirtschaftlichen Verhältnisse der pflegebedürftigen Person zu ermitteln.

Sozialhilfeszuständigkeiten:

Pflegebedürftige, die in der Stadt Fulda und deren Stadtteilen leben, wenden sich an das Sozial- und Wohnungsamt der Stadt Fulda. Für alle anderen Pflegebedürftigen im Landkreis ist die Kreisverwaltung Fulda, Fachdienst 5100 (Soziale Leistungen), zuständig.

Wenn Sie Fragen zur Sozialhilfe haben, empfiehlt es sich, direkt mit der zuständigen Stelle Kontakt aufzunehmen:

Stadt Fulda

Sozial- und Wohnungsamt
Behördenhaus am Schlossgarten
Heinrich-von-Bibra-Platz 5 - 9, 36037 Fulda
Telefon: 0661 / 102 - 0

Landkreis Fulda

Fachdienst 5100
Behördenhaus am Schlossgarten
Heinrich-von-Bibra-Platz 5 - 9, 36037 Fulda
Telefon: 0661 / 6006 – 0

Heimpflege und Sozialhilfe (Rechtsstand: 01.01.2020)

Ist eine vollstationäre Pflege erforderlich und kann der Heimbewohner aus eigenem Einkommen und Vermögen offene Kosten nicht tragen, kommen ergänzende Sozialhilfeleistungen zur Bedarfsdeckung in Betracht. Das Sozialhilferecht (SGB XII) sieht für die Pflegegrade 2 bis 5 entsprechende Leistungen vor. Nicht alle Vermögenswerte sind für Heimpflegekosten zu verbrauchen. Das sogenannte „Schonvermögen“ ist nicht vorrangig vor Sozialhilfe zu verwerten.

Zum „Schonvermögen“ gehören unter anderem auch „kleinere Barbeträge“. Derzeit betragen diese für den Heimbewohner 10.000 €; bei Ehepaaren kommen weitere 10.000 € hinzu.

Sobald das Sozialamt mit der Hilfeleistung einsetzt, schlüpft es kraft Gesetzes (§ 94 SGB XII) in die Gläubigerrolle des Heimbewohners und kann an dessen Stelle Unterhaltsansprüche verfolgen, wenn das Bruttojahreseinkommen des Kindes 100.000 € übersteigt. Bei Überschreitung haben die Unterhaltspflichtigen – im Regelfall sind das die volljährigen Kinder – ihre Einkommensverhältnisse gegenüber dem Sozialamt offen darzulegen; bis 100.000 € entfällt die Unterhaltsüberprüfung. Nur bei Überschreitung gilt Folgendes: Entsprechend der individuellen unterhaltsrechtlichen Leistungsfähigkeit sind ggf. Zahlungen an den Sozialhilfeträger zu leisten; Streitigkeiten über das ob oder die Höhe des Unterhaltes sind im Einzelfall vor dem Zivilgericht zu klären. Volljährige Kinder, deren Eltern im Altenheim Sozialhilfe erhalten, sind dem Grunde nach „nicht gesteigert“ unterhaltspflichtig. Der Selbstbehalt des Unterhaltspflichtigen beträgt 2.000 €, für den Ehepartner kommen 1.600 € dazu; bei diesen Beträgen wird das Wohnen in einer Mietwohnung unterstellt.

Die Leistungsfähigkeitsprüfung ist sehr individuell und von den Lebensumständen und sonstigen Verpflichtungen und Belastungen des Unterhaltspflichtigen abhängig.

Neben der allgemeinen Unterhaltsprüfung können Heimbewohner Ansprüche haben, die zunächst vor Unterhalt für die Heimpflegekosten einzusetzen sind, etwa Wertersatzansprüche, die sich aus Grundstücksübergabeverträgen ergeben. Das Sozialamt prüft diese sonstigen Ansprüche im Vorfeld, weil sie sich auf nachrangige Ansprüche wie Schenkungsrückforderung nach § 528 BGB oder Unterhalt rechtlich auswirken können. Auch hier hat das Sozialamt die Möglichkeit, Gläubiger der Ansprüche zu werden, um im Einzelfall selbst die Realisierung gegenüber dem Zahlungspflichtigen voranzutreiben und Gelder unmittelbar vom Schuldner zu vereinnahmen.

**Wenn Sie weitere Fragen haben
oder Unterstützung benötigen,
können Sie sich gerne an uns wenden.**

So erreichen Sie uns:

Behördenhaus am
Schlossgarten
Heinrich-v.-Bibra-Platz 5-9
36037 Fulda

Sprechzeiten:

Dienstag 9.00 – 12.00 Uhr
Donnerstag 14.00 – 16.00 Uhr

Individuelle Terminvereinbarungen zur Beratung sind möglich und empfehlenswert. Termine können bei Bedarf auch als Hausbesuche erfolgen.

Ihre Ansprechpartner:

Andreas Heinz: 0661/6006-8783
Martin Kersting: 0661/6006-8782

E-Mail: pflegestuetzpunkt@landkreis-fulda.de
Homepage: www.pflegestuetzpunkt-fulda.de

Telefax: 0661/6006-8778

