

Meine Ansprüche aus der gesetzlichen Pflegeversicherung



Dank der gesetzlichen Pflegeversicherung haben fast alle Bürger einen Versicherungsschutz bei Pflegebedürftigkeit. Aktuell können in Deutschland rund 2,4 Millionen Menschen wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung das tägliche Leben nicht mehr selbstständig bewältigen. Sie wurden zum Pflegefall. Die gesetzliche Pflegeversicherung hilft, die Kosten der Pflege besser tragen zu können. Sie wurde 1995 eingeführt.

Was heißt pflegebedürftig?

Sie sind pflegebedürftig, wenn Sie wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung dauerhaft, mindestens jedoch für sechs Monate, in erheblichem Maße Hilfe bei den Verrichtungen Ihres täglichen Lebens brauchen. Pflegeleistungen erhalten Sie als gesetzlich Versicherter dann, wenn Sie

- pflegebedürftig sind
- eine bestimmte Vorversicherungszeit nachweisen und
- einen Antrag auf Leistungen gestellt haben.

Sind Sie Mitglied einer gesetzlichen Pflegeversicherung?

Die Pflegeversicherung ist eine Pflichtversicherung. Es gilt: „Pflegeversicherung folgt der Krankenversicherung“. Ihre Pflegekasse sind unter dem Dach Ihrer Krankenkasse organisiert. Zu jeder Krankenkasse zählt immer auch eine Pflegekasse. Wenn Sie also bei einer

AOK, Ersatzkasse, Betriebskrankenkasse, Innungskrankenkasse, landwirtschaftlichen Sozialversicherung oder der Bundesknappschaft

gesetzlich krankenversichert sind, dann gehören Sie zu einer sozialen Pflegeversicherung. Ihre Familienangehörigen sind entsprechend mitversichert. Sind Sie privat krankenversichert, dann sind Sie automatisch Mitglied der privaten Pflege-Pflichtversicherung. Eine Pflegeversicherung sichert immer nur das finanzielle Risiko Ihrer Pflegebedürftigkeit ab. Sie ist keine Vollversicherung. Zusätzliche Eigenleistungen Ihrerseits sind also fast immer notwendig!

Die Leistungen Ihrer gesetzlichen Pflegeversicherung

Ihre Krankenkasse prüft, welche Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Sie notwendig sind, um Ihre Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung abzuwenden. Der Maßstab dafür, welche Leistungen Sie als Pflegebedürftiger erhalten, ist der Grad Ihrer Hilfsbedürftigkeit. Dieser wird bei allen gesetzlich Versicherten vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) ermittelt. Der Gesetzgeber hat hierzu drei Pflegestufen festgelegt. Anhand dieser sind auch die Höchstbeträge für die Leistungen durch die Pflegeversicherung festgelegt.

- Pflegestufe I
= erheblich pflegebedürftig
- Pflegestufe II
= schwerpflegebedürftig
- Pflegestufe III
= schwerstpflegebedürftig

Aus Ihrer Pflegeversicherung erhalten Sie Leistungen als Geld- oder Sachleistungen. Damit werden die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung finanziert. Eine Kombination von Pflegegeld- und Pflegesachleistung ist möglich. Zusätzliche Leistungen sind außerdem:

- Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen
- Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen
- Tages- und Nachtpflege
- Pflegehilfsmittel und technische Hilfen
- Zuschüsse zur pflegerechten Gestaltung Ihres Wohnumfeldes

Ihr Pflegegeld

Ambulant

► Wenn Sie die Pflegeleistungen ambulant – also zu Hause – in Anspruch nehmen, erhalten Sie in der Pflegestufe I ein Pflegegeld in Höhe von 225 Euro. In Pflegestufe II ergeben sich 430 Euro, in der Pflegestufe III werden 685 Euro gezahlt.

Wenn Angehörige oder Bekannte Ihre Pflege übernehmen, dann erhalten diese das monatliche Pflegegeld. Diese Personen sind während ihrer pflegerischen Tätigkeit dann automatisch renten- und unfallversichert, wenn sie eine Mindestzahl von Pflegestunden erreichen.

► Die Hilfeleistungen für Sie können zu Hause auch von professionellen Pflegediensten durchgeführt werden. Für diese so genannte Pflegesachleistung werden von den Pflegekassen 440 Euro in der

Pflegestufe I erstattet. Für die Pflegestufe II werden 1.040 Euro und in der Pflegestufe III 1.510 Euro geleistet. Schwerst pflegebedürftige Menschen (Härtefälle) können bis zu 1.918 Euro monatlich in Anspruch nehmen.

Stationär

Oft reicht die häusliche Pflege allein nicht aus. Dann kann die Pflege auch in teil- oder vollstationären Einrichtungen erfolgen. In der vollstationären Pflege werden dabei für die Grund- und Behandlungspflege sowie die hauswirtschaftliche Versorgung in Pflegestufe I 1.023 Euro, in Pflegestufe II 1.279 Euro und in Pflegestufe III 1.510 Euro gezahlt. Für Härtefälle sind 1.825 Euro möglich. Aber: Unterkunft und Verpflegung müssen Sie als Heimbewohner aus eigenen Mitteln finanzieren.

Pflegegeld 2011

Pflegestufe	Ambulant	Stationär	Pflegesachleistung
I	225 EUR	1.023 EUR	440 EUR
II	430 EUR	1.279 EUR	1.040 EUR
III	685 EUR	1.510 EUR	1.510 EUR

Wartezeit

Jeder Versicherte hat Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung, wenn er vor der Antragstellung mindestens zwei Jahre in einer Pflegekasse versichert war.

Ihre Finanzierung der gesetzlichen Pflegeversicherung

Ihre Finanzierung der gesetzlichen Pflegeversicherung Die gesetzliche Pflegeversicherung kennt nur einheitliche Beitragsätze für alle und einheitliche Leistungen. Arbeitnehmer und Arbeitgeber zahlen je die Hälfte des Beitrags. Kinderlose zahlen einen Beitragszuschlag. Der Beitrag wird mit den übrigen Sozialabgaben automatisch bei der Lohn- oder Gehaltsabrech-

nung einbehalten. Für versicherte Familienangehörige werden keine Beiträge erhoben.

Der aktuelle Beitragssatz zur Pflegeversicherung liegt bei 1,95 Prozent vom Lohn bzw. Gehalt. Arbeitgeber und Arbeitnehmer übernehmen entsprechend einen Anteil von je 0,975 Prozent. Kinderlose Arbeitnehmer, die mindestens 23 Jahre alt und nach dem 31. Dezember 1939



Die gesetzliche Pflegeversicherung sieht für körperlich gesunde Demenzpatienten meist keinen Anspruch auf Leistungen vor.

geboren sind, zahlen einen Beitragszuschlag von 0,25 Prozent. Im Bundesland Sachsen zahlt der Arbeitnehmer einen höheren Anteil vom Einkommen: 1,475 Prozent. Die Arbeitgeber übernimmt nur 0,475 Prozent. Der Grund: Hier wurde nicht, wie im übrigen Bundesgebiet zur Finanzierung der Pflegeversicherung ein Feiertag abgeschafft.

Unter / Obergrenze für Beiträge

Arbeitnehmer mit einem Monatsgehalt unter einer bestimmten Einkommensgrenze werden in der Pflegeversicherung pflichtversichert. Arbeitnehmer mit einem höheren Monatsgehalt sind freiwillig versichert.

Beiträge für Rentner

Rentner zahlen ihren Beitrag allein. Berechnungsgrundlage für diesen Beitrag ist die gesetzliche Rente sowie weitere Einkünfte bis zur Beitragsbemessungsgrenze.

Studenten

Studenten sind in der gesetzlichen Pflegeversicherung pflichtversichert. Der aktuelle Beitrag beträgt monatlich 9,98 Euro oder 11,26 Euro für Kinderlose, die mindestens 23 Jahre alt sind. Er wird – wie der Krankenversicherungsbeitrag – durch die Pflegekassen in Rechnung gestellt.

Beiträge für Arbeitslose

Die Arbeitsagentur übernimmt die Beitragszahlung für Arbeitslose, wenn diese dort registriert sind.

Das Ganze nun etwas genauer!

Ihre Antragstellung für Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung

Die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung werden für Sie nur auf Antrag erbracht. Sie als Pflegebedürftiger oder Ihre Angehörigen müssen den entsprechenden Antrag bei Ihrer Pflegekasse einreichen. Wichtig: Der Beginn der Leistung ist vom Zeitpunkt der Antragstellung abhängig!

Bereits die telefonische Information der Pflegekasse durch Ihren Arzt oder auch Ihre Nachbarn reicht im ersten Schritt aus. Ein Mitarbeiter der Pflegekasse hält dann das Datum der Antragstellung fest und versendet die Unterlagen.

Rechtlich verbindliche Anträge auf Basis der Unterlagen können nur Sie selbst stellen. Sie sind auch der Leistungsempfänger.

Ihre Angehörigen benötigen im Ernstfall eine Vollmacht oder, bei schwerwiegenden geistigen Störungen, eine Vormundschaft durch das Amtsgericht.



WICHTIG!

„Pflegebedürftigkeit“ im Detail erklärt

Ein Blick in den Paragraphen 14 SGB XI klärt auf:

Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches (SGB XI) sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15) der Hilfe bedürfen.

Das Gesetz bezieht sich dabei ausschließlich (!) auf Verrichtungen in den folgenden Bereichen:

1. Körperpflege

Waschen, Duschen, Baden, Zahnpflege, Kämmen, Rasieren, Darm- oder Blasenentleerung,

2. Ernährung

Mundgerechtes Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,

3. Mobilität

Selbständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen, Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,

4. Hauswirtschaftliche Versorgung

Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung, Beheizen der Wohnung.

In den von 1 bis 4 genannten Bereichen werden nur Hilfeleistungen (z.B. durch

Angehörige, Nachbarn oder Pflegedienste) berücksichtigt, die regelmäßig anfallen. Kämmen heißt somit nicht Dauerwelle und Waschen steht nicht für Fußpflege.

Eine medizinische Betreuung wird beim festzustellenden Hilfebedarf nicht berücksichtigt. Behandlungspflege (Einsreibungen, Verbandwechsel, Wundpflege usw.) wird ebenfalls nicht als Hilfeleistung im Sinne der Pflegeversicherung berücksichtigt.

Demenz (z.B. geistige Behinderung oder Alzheimer): Hier wird nur der Zeitaufwand berücksichtigt, der für eine Hilfe unter den Punkten 1–4 anfällt. Alles, was darüber hinaus geht, fällt nicht unter die gesetzliche Pflegeversicherung.

Es ist nicht von Bedeutung, wer den Pflegebedürftigen pflegt (bzw. nicht pflegt). Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) stellt anhand von Durchschnittswerten ausschließlich fest, in welchem Umfang jemand auf Hilfeleistungen angewiesen ist.