Merkblatt zur Kostenübernahme durch die Kranken- oder Pflegeversicherung

Zum Einstieg

Zur Absicherung bei Krankheit und im Pflegefall gibt es in Deutschland die Kranken- sowie die Pflegeversicherung. Wollen Pflegebedürftige oder demenziell veränderte Menschen Leistungen aus den Kassen beziehen, muss der Pflegegrad durch einen Gutachter des Medizinischen Dienstes (MD) ermittelt und anerkannt werden. Zur Vorbereitung auf dieses Gespräch stellen wir Ihnen gerne das K&S Pflegeprotokoll zur Verfügung. Bei ärztlich verordneter, häuslicher Krankenpflege tritt die Krankenversicherung in Kraft. Sie trägt grundsätzlich die Kosten für alle medizinisch notwendigen ambulanten und stationären Leistungen bei Krankheit von gesetzlich oder privat Krankenversicherten. Für die Behandlungspflege, also medizinische Hilfeleistungen, wird kein Pflegegrad benötigt. Die Pflegeversicherung fungiert als eine Art Teilkaskoversicherung, die gesetzlich und privat Versicherte bei der Zahlung von Pflege- und Betreuungskosten unterstützt – schwerpunktmäßig Leistungen von häuslichen Pflegediensten, Tages- oder Nachtpflegeeinrichtungen, ambulant betreuten Wohngruppen, Einrichtungen des Betreuten Wohnens oder Alten- und Pflegeheimen. Dies geschieht in Form von Zahlung von

- Pflegegeld
- Pflegesachleistungen
- Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungskosten
- Leistungen zur Wohnraumanpassung

Das ABC der PFLEGELEISTUNGEN

A) Pflegegeld

- Bürokratisch „Pflegegeld für selbst beschaffte Hilfen“ (gem. § 37 SGB XI)
- Monatliche Sozialleistung der gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung
- Voraussetzung für deren Bezug ist, dass der Pflegebedürftige von Angehörigen, Freunden oder Bekannten (nicht-professionellen Pflegekräften) zuhause gepflegt oder betreut wird.
- Darüber hinaus muss er mindestens den Pflegegrad 2 haben.
- Mit dem Pflegegeld soll gewährleistet sein, dass die Pflegeperson alle erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen, die pflegerische Betreuung sowie Hilfe im Haushalt sicherstellen kann.

- Pflegegeld ist eine reine Geldleistung zur freien Verfügung des Pflegebedürftigen, dieser bekommt es ausgezahlt und es liegt an ihm, seine Pflegeperson damit zu bezahlen.

ÜBRIGENS: Häusliche Pflege muss nicht unbedingt in den eigenen vier Wänden erfolgen. Sie kann auch in anderen Orten geleistet werden: zum Beispiel in der Wohnung der Pflegeperson, in einer Einrichtung des betreuten Wohnens, in einem Mehrgenerationenhaus oder in einer Senioren-Wohngemeinschaft.

WICHTIG: Wenn der Pflegebedürftige sowohl pflegerische Hilfe durch professionelle Pflegekräfte als auch Unterstützung durch Angehörige benötigt, kann auf Wunsch auch die sogenannte Kombinationsleistung aus Pflegesachleistung und Pflegegeld in Anspruch genommen werden. An diese Kombination ist man dann allerdings sechs Monate gebunden.

B) Pflegesachleistungen

- Wird ein Pflegebedürftiger von einem ambulanten Pflegedienst zuhause gepflegt, kann er – je nach Pflegegrad – Pflegesachleistungen (nach § 36 SGB XI) in Anspruch nehmen.
- Die Pflegesachleistung muss beantragt werden und es muss ein genehmigter Pflegegrad 2 - 5 vorliegen.
- Die Pflegesachleistungen umfassen
    - Pflegemaßnahmen wie Hilfe beim Waschen, beim Kleiderwechsel oder bei der Blasen-/Darmentleerung
    - pflegerische Betreuungsmaßnahmen, d. h. Spaziergänge, Kaffeekränzchen, Vorlesen, das Spielen von Gesellschaftsspielen
    - Hilfen im Haushalt wie Einkaufen, Putzen, Waschen und Kochen
- Es können auch Pflegesachleistungen für Besuche der Tages-/Nachtpflege, für die Kurzzeit- und Verhinderungspflege beantragt werden (Leistungsansprüche der beiden letztgennannten entnehmen Sie bitte der Leistungsübersicht der Pflegeversicherungen).
- Die Pflege muss im häuslichen Bereich stattfinden, dazu gehören jedoch auch die Wohnungen der Pflegepersonen sowie betreute Wohneinrichtungen.

C) Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach § 45b SGB XI, kurz Entlastungsbeitrag

- Pflegebedürftige in häuslicher Pflege haben Anspruch auf einen Entlastungsbetrag – unabhängig eines Pflegegrades.
- Der Betrag ist zweckgebunden für die Entlastung pflegender Angehöriger sowie zur Förderung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit der Pflegebedürftigen bei der Gestaltung ihres Alltags einzusetzen. Dazu zählen beispielsweise
    - Leistungen der Tages-/Nachtpflege sowie der Kurzzeit- und Verhinderungspflege
    - Haushaltsnahe Leistungen
    - Inanspruchnahme eines Alltagsbegleiters oder Pflegebegleiters
    - Betreuungsgruppen für Menschen mit Demenz
    - Mobilisation unter Begleitung sowie
    - Angebote der Beschäftigung und Aktivierung
- Der Anbieter der Leistungen muss eine gesetzliche Zulassung haben, damit die Kosten übernommen werden können.
- Das Geld muss nicht jeden Monat genutzt werden, sondern kann angespart und zu einem späteren Zeitpunkt gesammelt abgerufen werden.

ÜBRIGENS: Wenn von „niedrigschwelligen Betreuungsleistungen“ die Rede ist, sind damit diejenigen Leistungen gemeint, die von „Laien“ erbracht werden. Genauer gesagt handelt es sich hierbei in der Regel um geschulte Ehrenamtliche, die unter pflegefachlicher Anleitung die Betreuung von Pflegebedürftigen in Gruppen oder im häuslichen Bereich übernehmen sowie Pflegepersonen unterstützen und ihnen beratend zur Seite stehen. Die Betreuung erfolgt stundenweise und nach Bedarf; der Abschluss von umfangreichen Betreuungsverträgen ist bei diesen Angeboten nicht vonnöten.

D) Verhinderungspflege

- Ist nach § 39 SGB XI eine Leistung der Pflegeversicherung.
- Pflegebedürftige, die zuhause von ihren Angehörigen versorgt und gepflegt werden, haben Anspruch auf Verhinderungspflege, wenn die Pflegepersonen krankheitsbedingt ausfallen oder eine Auszeit benötigen – sei es für ein paar Stunden, Tage oder auch Wochen.
- Für die Verhinderungspflege können Verwandte, Freunde, Nachbarn oder auch ein professioneller ambulanter Pflegedienst eingesetzt werden.
- Die maximale Anspruchszeit beträgt sechs Wochen.

- Voraussetzung ist, dass der Pflegebedürftige vor Inanspruchnahme der Leistung mindestens sechs Monate durch eine Privatperson betreut wurde und er über Pflegegrad 2 verfügt.
- Verhinderungspflege muss nicht im Vorfeld von der Pflegekasse genehmigt werden, es müssen nur alle Belege und Nachweise zu den Aufwendungen gesammelt werden, um diese später einreichen zu können.

E) Kurzzeitpflege

- Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI erfolgt in einer vollstationären Einrichtung. Sie bietet sich an, wenn der Pflegebedürftige beispielsweise nach einem Krankenhausaufenthalt oder aufgrund der Verhinderung seiner Pflegeperson vorübergehend nicht zuhause versorgt werden kann.
- Die Pflegekassen bezuschussen die vorübergehende stationäre Pflege - unabhängig vom Pflegegrad.
- Anspruch auf Kurzzeitpflege haben Pflegebedürftige mit Pflegegrad 2 - 5; in besonderen Fällen können auch Pflegebedürftige ohne Pflegegrad die Leistungen in Anspruch nehmen.
- Die Dauer der Kurzzeitpflege ist auf maximal 56 Tage beschränkt.

ÜBRIGENS: Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege lassen sich kombinieren. Wenn nicht die gesamten 6 Wochen der Verhinderungspflege aufgebraucht wurden, kann die verbleibende Zeit zur Aufstockung der Kurzzeitpflege genutzt werden. Im Umkehrschluss können nicht genutzte Leistungen aus der Kurzzeitpflege auch für die Verhinderungspflege eingesetzt werden. Auch Betreuungs- und Entlastungsleistungen können für die Kurzzeitpflege verwendet werden.

F) Tagespflege

- Angebote der Tages- und Nachtpflege sind gem. § 41 SGB XI Leistungen der Pflegekasse und zielen darauf ab, häusliche Pflegesituationen zu stabilisieren und pflegende Angehörige zu entlasten.
- Die Kosten für den Besuch der Tages- oder Nachtpflege können durch die Pflegesachleistungen abgedeckt bzw. bezuschusst werden.
- Um diese Leistungen in Anspruch nehmen zu können, muss mindestens Pflegegrad 2 vorliegen.