

BAHN BKK



Die Leistungen der Pflegeversicherung

Die Leistungen der Pflegeversicherung



- Seit der Einführung vor 27 Jahren: ständiger „Anbau“ und „Renovierung“ am „Gebäude Pflegeversicherung“
- Zuletzt kam es mit dem so genannten PSG 2 ab dem Jahr 2017 zu einer umfangreichen Reform, insbesondere in Bezug auf den Begriff der Pflegebedürftigkeit, da die Aufwände für Betreuung von psychisch Erkrankten und Demenzerkrankten nicht ausreichend berücksichtigt wurden.
- Der neue Ansatz soll der demographischen Entwicklung einer immer älter werdenden Bevölkerung, aber auch der steigenden Anzahl von Demenzerkrankungen Rechnung tragen.
- 2021 betrug die Anzahl der Pflegebedürftigen ca. 5 Millionen, davon werden 16 % vollstationär versorgt. Die Versorgung zu Hause erfolgt überwiegend durch Angehörige.

Definition der Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftig im Sinne des Gesetzes sind

Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der

- Selbständigkeit oder Fähigkeiten aufweisen,
- körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht kompensieren können und
- die deshalb auf Dauer – voraussichtlich für mindestens sechs Monate – der Hilfe anderer bedürfen.

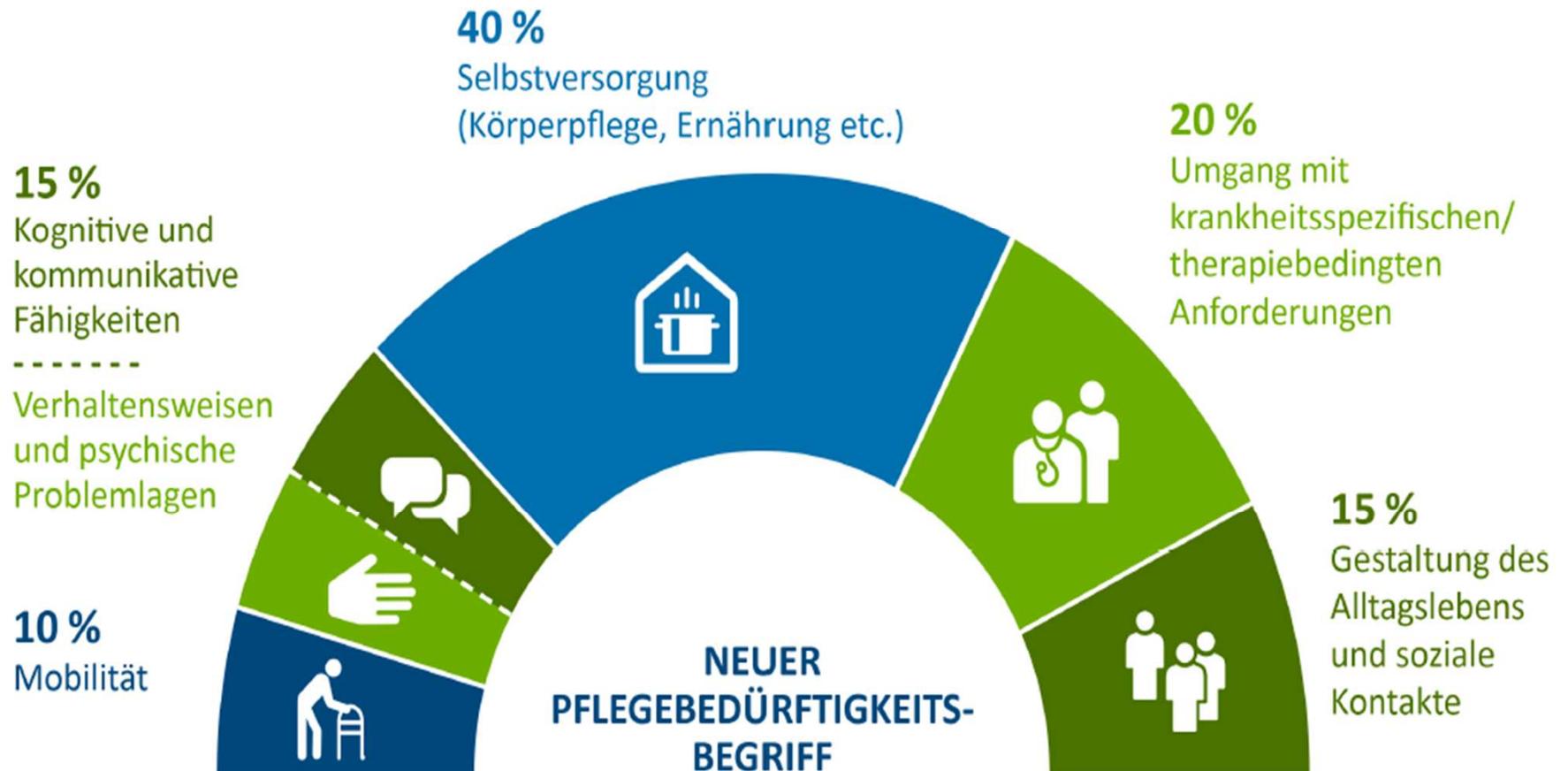


Berücksichtigt werden

- Körperliche und psychische/kognitive Beeinträchtigungen
- Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung
- Teilnahme an sozialen, kulturellen und anderen außerhäuslichen Aktivitäten
- krankheits- und therapiebedingte Anforderungen und Belastungen

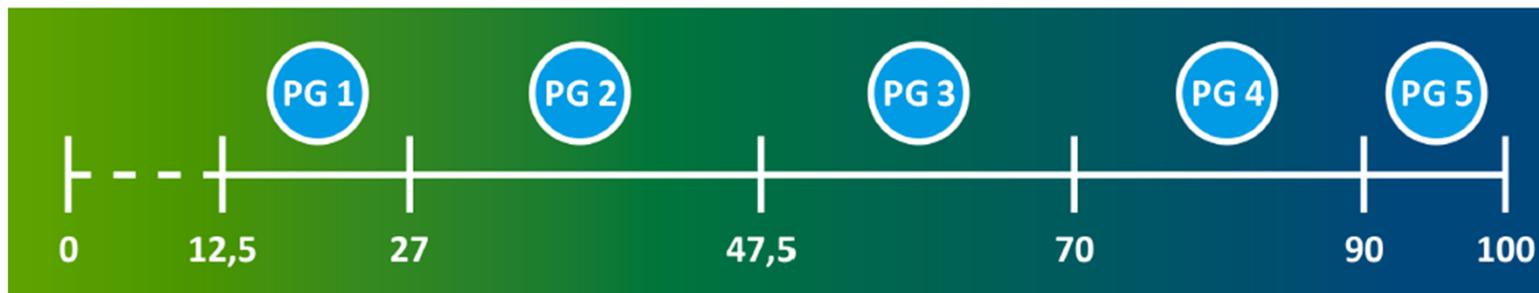
Durch den ressourcenorientierten Ansatz wird zudem eine systematische Erfassung von Präventions- und Rehabilitationsbedarfen ermöglicht

Sechs Lebensbereiche „Module“ werden betrachtet und gewichtet:



Daraus ergeben sich die 5 Pflegegrade:

- PG 1** geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
- PG 2** erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
- PG 3** schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
- PG 4** schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
- PG 5** schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung



* Quelle: MDK - MDS

Die Leistungen der Pflegeversicherung



Pflegeberatung EXTRA

Wir geben Ihnen Orientierung

Wenn Angehörige nicht mehr alleine zurechtkommen, steht die Familie vor vielen Fragen. Grundsätzlich müssen Sie zunächst einmal entscheiden: Pflege im Heim oder daheim?

Dann stellen sich eine Fülle weiterer Fragen: Wie beantrage ich Leistungen bei der Pflegeversicherung und wie läuft das Begutachtungsverfahren ab? Wie kann ich die Pflege organisieren? Welche Kosten kommen auf die Familie zu? Wer kann uns unterstützen?

In dieser Phase begleiten wir Sie und stellen Ihnen kostenfrei einen unabhängigen Pflegeexperten an die Seite. Dieser kommt zur persönlichen Beratung auch gerne zu Ihnen nach Hause - ganz egal, wo in Deutschland Sie wohnen.

Pflegeberatung (telefonisch, per Video oder in der eigenen Häuslichkeit)
Wird bei der BAHN-BKK durch einen externen Dienstleister WDS GmbH
sichergestellt

Pflegestützpunkte

Pflegestützpunkte sind örtliche Anlaufstellen für Pflegebedürftige bzw. deren Angehörige. Auch dort erhalten Sie eine trägerneutrale und damit unabhängige und verbraucherorientierte, kostenfreie Beratung.

Die Aufgaben der Pflegestützpunkte sind: Auskunft und Beratung, Koordination und Vernetzung.

In der Datenbank des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP) finden Sie Pflegestützpunkte in Ihrer Nähe.

Pflegegeld, Sachleistungen, Kombileistung

Pflegegeld

- Pflege wird selbst sichergestellt; z.B. durch ehrenamtliche Pflegepersonen
- Die Pflegebedürftigen können über die Verwendung frei verfügen
- Verpflichtung zum Abruf eines Beratungseinsatzes durch professionelle Kräfte – Pflegegrade 2 und 3 einmal halbjährlich, Pflegegrade 4 und 5 vierteljährlich

Sachleistungen durch professionelle Pflegedienste

- Körperbezogene pflegerische Maßnahmen
- Betreuungsleistungen
- Hilfen bei der Haushaltsführung

| | Pflegegrad 1 | Pflegegrad 2 | Pflegegrad 3 | Pflegegrad 4 | Pflegegrad 5 |
|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Pflegegeld | entfällt | 316 | 545 | 728 | 901 |
| Sachleistung | entfällt | 724 | 1.363 | 1.693 | 2.095 |

Kombinationsleistungen

- Um eine optimale, auf die individuellen Bedürfnisse abgestimmte Pflege zu gewährleisten, ist es möglich, den Bezug von Pflegegeld mit der Inanspruchnahme von Sachleistungen zu kombinieren. Das Pflegegeld vermindert sich in diesem Fall anteilig um den prozentualen Wert der in Anspruch genommenen Sachleistungen.

Wohngruppenförderung (gilt für alle Pflegegrade)



Um Pflegebedürftigen ein möglichst selbstbestimmtes Leben und Wohnen zu ermöglichen, werden Wohnformen zwischen der ambulanten und der stationären Betreuung zusätzlich gefördert.

Hierfür gibt es je Bewohner einen monatlichen Zuschuss von 214 Euro, um dem höheren Organisationsaufwand gerecht zu werden.

Voraussetzungen:

- In der Wohngruppe leben mindestens drei pflegebedürftige Personen, insgesamt umfasst die Wohngruppe maximal 12 Personen.
- Es handelt sich um eine gemeinsame Wohnung mit gemeinsam nutzbaren Wohnräumen.
- Es gibt eine Präsenzkraft, die die organisatorischen Belange der Wohngruppe managt.

Teilstationäre Pflege

Teilstationäre Pflege = Tages- oder Nachtpflege

Dabei übernimmt die Pflegekasse

- die Pflegekosten,
- die Aufwendungen für Betreuung und
- die Kosten der medizinischen Behandlungspflege.



Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung und ggf. Investitionskosten muss der Pflegebedürftige dagegen selbst tragen. Sie können aber im Rahmen des Entlastungsbetrags geltend gemacht werden.

Für Pflegebedürftige in Wohngruppen kommt eine teilstationäre Pflege nur in Frage, wenn durch den Medizinischen Dienst festgestellt wurde, dass die Pflege in der Wohngruppe nicht ausreicht.

| | Pflege-grad 1* | Pflege-grad 2 | Pflege-grad 3 | Pflege-grad 4 | Pflege-grad 5 |
|------------------------|----------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Tages- und Nachtpflege | 125 | 689 | 1.298 | 1.612 | 1.995 |

* Entlastungsbetrag im Rahmen der Kostenerstattung für den Pflegegrad 1

Verhinderungs- und Kurzzeitpflege

Verhinderungspflege

Macht die private Pflegeperson Urlaub oder ist sie durch Krankheit oder sonstige Ereignisse vorübergehend an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegeversicherung die Kosten einer Ersatzpflege, wenn die Pflege bereits seit mindestens 6 Monaten erbracht wurde.

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.

Zahlung von Pflegegeld

Während beider Leistungen wird ein hälftiges Pflegegeld für längstens sechs Wochen weitergezahlt. Für den ersten und letzten Tag erfolgt keine Kürzung.

| | Pflege-grad 1* | Pflege-grad 2 | Pflege-grad 3 | Pflege-grad 4 | Pflege-grad 5 |
|------------------------|----------------|--|---------------|---------------|---------------|
| Kurzzeitpflege** | 125 | max. 56 Kalendertage pro Jahr / max. 1.724 | | | |
| Verhinderungspflege*** | 125 | max. 42 Kalendertage pro Jahr / max. 1.612 | | | |

Kombination der beiden Leistungen:

Übertrag 806 Euro von KZP in die VHP oder 1.612 Euro von VHP in die KZP

Pflegehilfsmittel

Pflegehilfsmittel sind Produkte, die zur Erleichterung der häuslichen Pflege oder zur Linderung von Beschwerden beitragen oder dem Pflegebedürftigen eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen.

Unterscheidung nach Einsatzzweck:

- Technische Pflegehilfsmittel und Lagerungshilfen (z. B. Pflegebett, Waschsysteme)
- Hausnotrufsysteme
- Verbrauchsprodukte (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Desinfektionsmittel, Bettschutzeinlagen)

Kostenübernahme:

- Technische Pflegehilfsmittel - werden von der Pflegeversicherung übernommen, wenn keine Leistungsverpflichtung der Krankenkasse besteht. Wenn Rollstühle oder Gehhilfen ärztlich verordnet werden, übernehmen wir als Krankenkasse die Kosten.
- Hausnotrufsysteme - die Pflegekasse übernimmt eine mit den Leistungsanbietern vertraglich vereinbarte monatliche Pauschale (damit sind alle Regelleistungen abgegolten)
- Verbrauchsprodukte – es besteht ein Anspruch auf Kostenübernahme bis zu monatlich 40 Euro

Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

Nach § 40 Abs. 4 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) können die Pflegekassen finanzielle Zuschüsse für **Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes** des Pflegebedürftigen bis zu 4.000 Euro gewähren. Der Zuschuss wird je Maßnahme nur **einmal** gezahlt.

Leben in der Wohnung mehrere Pflegebedürftige besteht der Anspruch jeweils einzeln, insgesamt jedoch maximal 16.000 Euro



Eine Zuschussgewährung kommt in Betracht, wenn

- die häusliche Pflege durch die wohnumfeldverbessernde Maßnahme überhaupt erst ermöglicht wird,
- die häusliche Pflege erheblich erleichtert und damit eine Überforderung der Leistungskraft der Pflegebedürftigen oder der Pflegepersonen verhindert wird oder
- für die Pflegebedürftigen eine möglichst selbstständige Lebensführung wieder hergestellt werden kann, also die Abhängigkeit von personeller Hilfe verringert wird.

Entlastungsleistungen

Allen Pflegebedürftigen steht ein monatlicher Entlastungsbetrag von 125 Euro zur Verfügung. Dieser Betrag dient zur Erstattung von Leistungen, die – zusätzlich zu den sonstigen laufenden Leistungen – für Betreuung und Entlastungsangebote in Anspruch genommen wurden.

Welche Leistungen dies sind, ist durch den Gesetzgeber genau definiert:

- Eigenleistungen der Tages- und Nachtpflege, der Verhinderungspflege in zugelassenen stationären Einrichtungen oder der Kurzzeitpflege,
- Angebote von ambulanten Pflegediensten: allgemeine Anleitung und Betreuung, aber auch Dienstleistungen im Haushalt (in den Pflegegraden 2 bis 5 nicht im Bereich der Selbstversorgung),
- nach Landesrecht anerkannte niedrighschwellige Entlastungs- und Betreuungsangebote oder Dienstleistungen im Haushalt. In verschiedenen Bundesländern sind auch so genannte Nachbarschaftshilfen zugelassen.

Entlastungsbudget:

Der Entlastungsbetrag kann auch „angespart“ werden. Sofern der monatliche Anspruch nicht ausgeschöpft wird, kann er also zum Beispiel in den Folgemonaten genutzt werden und sogar in das Folgejahr übertragen werden. Am 30. Juni eines Jahres verfallen jedoch die Restansprüche aus dem Vorjahr.

Vollstationäre Pflege

In der vollstationären Pflege zahlt die Pflegekasse eine vom Pflegegrad abhängige Pauschale direkt an die Einrichtung. Diese Pauschale ist für die pflegebedingten Aufwendungen, die medizinische Behandlungspflege und die allgemeine Betreuung bestimmt.

| | Pflegegrad 1 | Pflegegrad 2 | Pflegegrad 3 | Pflegegrad 4 | Pflegegrad 5 |
|-------------------------------|-------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Pauschale in der stat. Pflege | 125 (Zuschuss) | 770 | 1.262 | 1.775 | 2.005 |

Die über die Pauschalen hinausgehenden Kosten werden in den Pflegesatzverhandlungen als so genannter EEE (einrichtungseinheitlicher Eigenanteil) festgesetzt. Dieser EEE bleibt unabhängig vom Pflegegrad immer gleich und ändert sich nur bei einer Änderung der Pflegesätze.

Der EEE, sowie die Ausbildungsumlagen, die Kosten der Unterkunft und Verpflegung und ggf. die Investitionskosten sind durch die Pflegebedürftigen selbst zu tragen.

Vollstationäre Pflege

Um die Pflegebedürftigen von den hohen Eigenanteilen in der stationären Pflege zu entlasten, gibt es seit 01.01.2022 für die Pflegegrade 2 bis 5 noch zusätzliche prozentuale Leistungszuschläge, berechnet aus der Summe des EEE und der Ausbildungsumlagen.

Die Höhe des Prozentsatzes ergibt sich aus der Dauer der bisherigen stationären Pflege:

| Bisherige Verweildauer in stationärer Pflege | Leistungszuschlag in Prozent |
|--|------------------------------|
| 0 – 12 Monate | 5 Prozent |
| ab dem 13. Monat bis zum 24. Monat | 25 Prozent |
| ab dem 25. Monat bis zum 36. Monat | 45 Prozent |
| ab dem 37. Monat | 70 Prozent |

Sonderfall – anerkannte Einrichtungen der Behindertenhilfe

Die Versorgung in diesen Einrichtungen ist grundsätzlich eine Leistung der Eingliederungshilfe (=Sozialhilfeträger). Liegt jedoch Pflegebedürftigkeit ab Pflegegrad 2 vor, zahlt die Pflegekasse für die Pflege 15 Prozent des Heimentgelts höchstens 266 Euro.

Soziale Sicherung pflegender Angehöriger

Grundvoraussetzungen für RV, AIV, UV:

- mindestens Pflegegrad 2
- Pflege eines oder mehrerer Pflegebedürftiger im häuslichen Umfeld von 10 Stunden wöchentlich, verteilt auf mindestens 2 Tage in der Woche



Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen:

- Voraussetzung: Keine Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit von mehr als 30 Wochenstunden
- Bemessung der Beiträge nach einem fiktiven Bemessungsentgelt; die Höhe ist abhängig vom Pflegegrad und der Leistungsart
- Weiterzahlung auch bei Unterbrechungen wegen Urlaub bis zu 6 Wochen

Zahlung von Arbeitslosenversicherungsbeiträgen:

- wenn unmittelbar vorher Versicherungspflicht bestand und
- keine Vorrangversicherung besteht
- Fiktives Bemessungsentgelt ohne weitere Differenzierung



Adobe Acrobat
Document

Unfallversicherungsschutz während der Pfl egetätigkeit und auf dem Weg zur Pflege



Freistellung von der Arbeit

- bis zu 10 Arbeitstage, Anspruch hat jeder Arbeitnehmer unabhängig von der Betriebsgröße
- bei einer unerwartet aufgetretenen Pflegesituation. In dieser Zeit kann z.B. die Pflege des Angehörigen organisiert oder die pflegerische Versorgung sichergestellt werden

Pflegeunterstützungsgeld

- Wenn die Pflegeperson während der Arbeitsverhinderung kein Gehalt mehr bekommt, kann sie Pflegeunterstützungsgeld bei der Pflegekasse des Pflegebedürftigen beantragen
- Es werden 90 % (100 % wenn eine Einmalzahlung geleistet wurde) des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts bezahlt, maximal jedoch 70 % der Beitragsbemessungsgrenze, das entspricht 2022 maximal 116,38 € pro Tag.

Gilt nur für Arbeitnehmer; z.B. nicht für Beamte oder Selbständige

Pflegezeit

§ 3 Pflegezeit (Pflegezeitgesetz - PflegeZG)

Berufstätige haben einen Anspruch auf Freistellung von der Arbeit, um einen nahen Angehörigen zu pflegen.

Die Pflegezeit kann für maximal 6 Monate beantragt werden. In dieser Zeit ist die Pflegeperson in der Regel **ohne Gehalt** von der Arbeit freigestellt.



Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

- Häusliche Pflege eines nahen, pflegebedürftigen Angehörigen.
- Bescheinigung über die Pflegebedürftigkeit des Angehörigen durch die Pflegekasse oder den Medizinischen Dienst (MD).
- Schriftliche Anmeldung der Pflegezeit beim Arbeitgeber.

Ein Rechtsanspruch auf Pflegezeit besteht erst ab einer Betriebsgröße von **mehr als 15** Beschäftigten.

Während der Pflegezeit ist die Pflegeperson über die Pflegeversicherung sozial abgesichert. Wer während der Pflegezeit **eine freiwillige oder private Krankenversicherung abschließen muss**, kann bei der Pflegekasse **einen Beitragszuschuss** beantragen.

=> Kein Lohnersatz durch die Pflegekasse

Voraussichtliche Änderungen nach dem aktuellen Gesetzesentwurf



- Erhöhung des Beitragssatzes zum 01.07.2023 von 3,05 auf 3,4 Prozent
- Erhöhung des Zuschlags für Kinderlose auf 0,6
- Entlastung der Beitragspflichtigen mit mehreren Kindern (Abschlag ab dem 2. Kind)
- Das Pflegegeld und die Sachleistungsbeträge werden ab 01.01.2024 um 5 Prozent erhöht; danach von 2025 – 2028 jährliche Dynamisierung in Anlehnung an die Preisentwicklung
- Erhöhung der Leistungszuschläge in der stationären Versorgung
- Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege werden zu einem Gesamtbetrag zusammen gelegt und können künftig flexibel nach Wunsch eingesetzt werden; die Vorpflegezeit entfällt
- Das Pflegeunterstützungsgeld kann künftig für bis zu 10 Arbeitstage im Kalenderjahr in Anspruch genommen werden

BAHN BKK



Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.