



Besser pflegeversichert bei der AOK Baden-Württemberg

Umfassende Leistungen und Informationen zum Thema Pflege und zur Krankenversicherung

● Maren Baumbusch &
Achim Abele

● Bezirksdirektion Stuttgart-Böblingen
11.11.2022



Die AOK-Pflegeberatung



Unsere Pflegeberater*innen beraten und unterstützen pflegebedürftige Menschen sowie deren Angehörige rund um das Thema Pflege. Wir möchten gemeinsam eine individuell geeignete Lösung für die jeweilige Situation entwickeln.. Hierzu wird bei Bedarf ein schriftlicher Versorgungsplan erstellt. Die Beratung durch unsere Sozialpädagog*innen erfolgt im Rahmen eines Case Managements.

Wir bieten ein Beratungsangebot zu folgenden Fragestellungen:

- Welche Versorgung und Pflege wird benötigt?
- Welche Hilfemöglichkeiten gibt es in der Nähe?
- Wie lässt sich eine möglichst hohe Lebensqualität erreichen?
- Wie finden sich Angehörige mit der Situation zurecht?
- Wie kann die Versorgung und Pflege organisiert werden?
- Wie lässt sich diese finanzieren?



! neutral, unabhängig und kostenfrei

Der Weg zum Pflegegrad



- 1. Antrag stellen:** Antrag telefonisch anfordern, im AOK-KundenCenter vorbeigehen oder unter <https://bw.aok.de/kontakt/formulare-und-antraege/> als ausfüllbare PDF-Datei verfügbar.
- 2. Beauftragung:** Die AOK-Pflegekasse beauftragt den Medizinischen Dienst (MD) mit der Begutachtung.
- 3. Termin:** Der MD teilt dem Pflegebedürftigen einen Termin für einen Begutachtungsbesuch mit. Dieser findet in der Regel in der Häuslichkeit statt.
- 4. Gutachten:** Der MD sendet das Ergebnis der Begutachtung an die AOK-Pflegekasse.
- 5. Entscheidung:** Die AOK-Pflegekasse trifft eine Entscheidung auf Basis der Empfehlungen des Gutachters und informiert die Versicherten ggf. über Präventions- oder Rehabilitationsmaßnahmen.



In der Regel dauert es **5 Wochen** bis zur Entscheidung nach Eingang der Antragsunterlagen.

Präventionsempfehlung im Pflegegutachten



„Jede Feststellung hat eine Aussage darüber zu treffen, ob Beratungsbedarf insbesondere in der häuslichen Umgebung oder in der Einrichtung, in der der Anspruchsberechtigte lebt, hinsichtlich Leistungen der verhaltensbezogenen Prävention besteht.“

Die Gutachterinnen und Gutachter des MD haben folglich bei der Begutachtung zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit zu prüfen, ob ein Beratungsbedarf hinsichtlich **präventiver Leistungen nach § 20 Abs. 5 SGB V** besteht und ggf. entsprechende Präventionsempfehlungen zu nennen.

Präventive Angebote aus der Gesundheitsförderung



Präventionsempfehlung des MD mit Hilfe von Formulargutachten:	Entsprechende Kurse der AOK-Gesundheitsangebote
<p>Bewegung Allgemeine Kräftigung Gleichgewicht Ausdauer</p>	<p>Kraftausdauertraining Schongymnastik Schonwalking</p> 
<p>Ernährung Hinweise zur Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung</p>	<p>Persönliche Ernährungsberatung</p> 
<p>Psychische Gesundheit Entspannung</p>	<p>AOK - Entspannt von Kopf bis Fuß mit Progressiver Muskelentspannung</p> 

Die wichtigsten Leistungen in Pflegegrad 1



Aufklärung, Auskunft, Pflegeberatung, Beratungsbesuch

Zuschuss zur vollstationären Versorgung, Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen

Zuschuss zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen

Wohngruppenzuschlag

Pflegekurse/-schulungen, Hilfsmittel

Entlastungsbetrag für Kurzzeitpflege, Tages-/Nachtpflege, Pflegesachleistungen und Angebote zur Unterstützung im Alltag

Keine Pflegegeld und Pflegesachleistungen oder Tages-/Nachtpflege, Kurzzeit- oder Verhinderungspflege

Mehrleistungen Ausbau häusliche Krankenpflege (Satzungsregelung) in Pflegegrad 1

- ✓ **einmalig** kann zusätzlich zur bestehenden Versorgung mit medizinischer Behandlungspflege für bis zu zwölf zusammenhängende Wochen Grundpflege und Hauswirtschaftliche Versorgung ermöglicht werden, wenn
 - Pflegegrad 1 vorliegt **und**
 - eine „besonders schwierige Versorgungs- oder Pflegesituation“ vorliegt:
 - sich der Gesundheitszustand des Pflegebedürftigen signifikant verschlechtert und sich ein daraus höherer pflegerischer Unterstützungsbedarf ergibt oder
 - sich die bisherige verlässliche Pflege- und Unterstützungssituation signifikant ändert z. B. weil die im Haushalt helfende/pflegende Person (vorübergehend oder ganz) ausfällt
- Ausgeschlossen ist die Leistung für Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2
- den Versicherten bzw. den Angehörigen oder Bevollmächtigten ist eine Orientierungsberatung nach § 7a SGB XI zur Stabilisierung der individuellen Versorgungs- oder Pflegesituation durch die Pflegefallmanager*innen (bzw. in Einzelfällen ggf. auch ein Case Management nach bestehender Systematik aus dem Competence-Center Sozialer Dienst) anzubieten und durchzuführen

Die wichtigsten Leistungen in Pflegegrad 2 bis 5



Pflegegeld, Pflegesachleistungen, Kombinationsleistung, Tages-/Nachtpflege

Kurzzeitpflege

Verhinderungspflege

Entlastungsbetrag, Angebote zur Unterstützung im Alltag

Zuschuss zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen

Wohngruppenzuschlag

Soziale Sicherung von Pflegepersonen

Pflegekurse/-schulungen, Hilfsmittel

Vollstationäre Pflege

Pflege in häuslicher Umgebung

Pflegegeld



- Bei Pflege in häuslicher Umgebung, z. B. durch
 - Angehörige oder den/der Lebenspartner*in
 - sonstige ehrenamtliche Pflegepersonen
 - vom Pflegebedürftigen angestellte Person
- Zur eigenverantwortlichen Sicherstellung der erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung
- Bei Teilmonaten wird es pro Tag um 1/30 gekürzt und während eines stationären Krankenhausaufenthalts oder einer Rehabilitationsmaßnahme für vier Wochen weitergezahlt
- Während einer Kurzzeit- oder Verhinderungspflege wird es zur Hälfte weitergezahlt
- Regelmäßiger Beratungsbesuch durch einen zugelassenen Pflegedienst oder eine neutrale unabhängige Beratungsstelle erforderlich

Pflege in häuslicher Umgebung

Pflegesachleistung

- Übernahme der Pflege durch einen Pflegedienst
- Freie Wahl des Pflegedienst und der Auswahl der Leistungen
- Pflegevertrag, in dem Pflegebedürftige und Pflegedienst Leistungen vereinbaren
- Die Leistungen des Pflegedienstes umfassen
 - körperbezogene Pflegemaßnahmen (Körperpflege, Ernährung)
 - Hilfen bei der Haushaltsführung (Wäsche, Einkauf)
 - pflegerische Betreuungsmaßnahmen (Organisation, Unterstützung bei der Wahrnehmung sozialer Kontakte)
- Der zugelassene Pflegedienst rechnet die vertraglich vereinbarten Preise für die Leistungen bis zum Sachleistungshöchstbetrag des jeweiligen Pflegegrades mit den Pflegekassen ab

Pflege in häuslicher Umgebung

Pflegesachleistung



- **Neu ab 2020:** Übernahme der pflegerischen Betreuung/Hilfe bei der Haushaltsführung durch einen Betreuungsdienst
- Freie Wahl des Betreuungsdienstes und der Auswahl der Leistungen
- Pflegevertrag, in dem Pflegebedürftige und Betreuungsdienst Leistungen vereinbaren
- Die Leistungen des Betreuungsdienstes umfassen
 - Hilfen bei der Haushaltsführung (Wäsche, Einkauf)
 - pflegerische Betreuungsmaßnahmen (Organisation, Unterstützung bei der Wahrnehmung sozialer Kontakte)
- Der zugelassene Betreuungsdienst rechnet die vertraglich vereinbarten Preise für die Leistungen bis zum Sachleistungshöchstbetrag des jeweiligen Pflegegrades mit den Pflegekassen ab

Pflege in häuslicher Umgebung

Kombinationsleistung



- Pflegesachleistungsbetrag wird nicht komplett ausgeschöpft
 - Anspruch auf anteiliges Pflegegeld
 - Wird berechnet aus dem Verhältnis zwischen zustehendem Höchstbetrag und tatsächlich in Anspruch genommener Pflegesachleistung

Berechnungsbeispiel am Fall „Pflegebedürftiger im Pflegegrad 2“ für 2021

- Anspruch auf entweder eine monatliche Pflegesachleistung von bis zu 689 EUR oder ein monatliches Pflegegeld in Höhe von 316 EUR
- Inanspruchnahme Pflegesachleistung im Monat: 413,40 EUR (= 60 % von 689 EUR)
- Anspruch auf 40 % des Pflegegeld (= 100 % - 60 %)
Pflegegeldzahlung im Monat: 126,40 EUR (= 40 % von 316 EUR)

Pflege in häuslicher Umgebung

Tages- und Nachtpflege

- Zusätzlicher Anspruch zu Geld-, Sach- oder Kombinationsleistung
- Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen für die tageweise Unterbringung in einer teilstationären Einrichtung
- Die teilstationäre Pflege umfasst auch die notwendige Beförderung von der Wohnung zur Einrichtung und zurück (Fahrkosten sind Bestandteil der Pflegesätze)
- Die Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten werden vom Pflegebedürftigen selbst getragen (Eigenbeteiligung)

Gut zu wissen:

Eigenbeteiligungen können im Rahmen des Entlastungsbetrages von monatlich 125,00 EUR erstattet werden.



Pflege in häuslicher Umgebung

Tages- und Nachtpflege (Berechnungsbeispiel)



Berechnungsbeispiel am Fall „Pflegebedürftiger im Pflegegrad 2“

Pflegebedingter Aufwand:

55,00 EUR bei 12 Anspruchstagen im Monat = 660 EUR

→ Kann von Pflegekasse in vollem Umfang übernommen werden, da ein/e Versicherte/r mit Pflegegrad 2 Anspruch auf 689 EUR hat

Zusätzliche Kosten:

→ Unterkunft & Verpflegung:

12,00 EUR bei 12 Anspruchstagen = 144 EUR

→ Investitionskosten:

6,50 EUR bei 12 Anspruchstagen = 78 EUR

Leistungsbeträge seit 01.01.2017



Pflegegrade	1	2	3	4	5
Pflegegeld	-	316 EUR	545 EUR	728 EUR	901 EUR
Pflegesachleistung bis 31.12.2021	(Entlastungsbetrag 125 EUR)	689 EUR	1298 EUR	1612 EUR	1995 EUR
Pflegesachleistungen ab 01.01.2022	(Entlastungsbetrag 125 EUR)	724 EUR	1363 EUR	1693 EUR	2095 EUR
Tages- und Nachtpflege	(Entlastungsbetrag 125 EUR)	689 EUR	1298 EUR	1612 EUR	1995 EUR
Vollstationäre Pflege im Heim	125 EUR	770 EUR	1262 EUR	1775 EUR	2005 EUR

Pflege in häuslicher Umgebung

- Anspruchsvoraussetzungen Verhinderungspflege

- Pflegebedürftigkeit in den Pflegegraden 2 bis 5
- Vorpflegezeit von 6 Monaten erforderlich (auch ohne Pflegegrad)
- Bei vorübergehendem **Ausfall der privaten Pflegeperson** wegen
 - Krankheit
 - Urlaub
 - anderen ähnlich wichtigen Gründe wie beispielsweise
 - Erkrankung naher Angehöriger der Pflegeperson
 - Familiäre Hilfe an einem anderen Ort
 - Inanspruchnahme Erholungsangebote an einem anderen Ort
 - Erledigung eigener Angelegenheiten (Einkaufen, Friseur)
 - Angabe auf Antrag „Erholung“ oder „Entlastung“ ohne Konkretisierung ist nicht ausreichend





Pflege in häuslicher Umgebung

- Dauer und Höhe der Verhinderungspflege

- Jährlich bis zu 6 Wochen (42 Kalendertage)
- Kostenerstattung von nachgewiesenen Aufwendungen (Rechnung, Quittung, Kontoauszug, Abrechnungsblatt)
- Leistungshöhe hängt davon ab, von **wem die Pflege** übernommen wird:

Angehörige bis zum 2. Grad:

- Eltern, Kinder, Großeltern, Enkelkinder, Geschwister, Stiefeltern, Stiefkinder, Stiefenkelkinder, Schwiegereltern, Schwiegerkinder, Schwiegerenkel, Großeltern der Ehegatten, Stiefgroßeltern, Schwager/Schwägerin

Häusliche Gemeinschaft:

- Gemeinsame Haushalts- und Wirtschaftsführung in gemeinschaftlich genutzten Räumen

Angehörige ab 3. Grad oder Freunde/Nachbarn:

- Urgroßeltern, Urenkelkinder, Nichte/Neffe, Tante/Onkel

Pflege in häuslicher Umgebung

Verhinderungspflege



Zusätzlich

- Volles Pflegesachleistungsbudget für den Kalendermonat
- Das halbe Pflegegeld wird für bis zu 6 Wochen weitergezahlt
- Übertrag von bis zu 806,00 Euro aus nicht verbrauchten Kurzzeitpflegeleistungen möglich



Pflege in häuslicher Umgebung

- Dauer und Höhe der Verhinderungspflege



Bei Angehörigen bis zum 2. Grad/häusl. Gemeinschaft	Angehörigen ab dem 3. Grad/Nachbarn/ Pflegedienst	Anderen Einrichtungen außerhalb der Häuslichkeit
<p>Erstattung nachgewiesene Aufwendungen in Höhe 1,5 fache des Pflegegeldes:</p> <p>474,00 Euro (PG 2) 817,50 Euro (PG 3) 1.092,00 Euro (PG 4) 1.351,50 Euro (PG 5)</p>	<p>Erstattung Aufwendungen bis zu 1.612 Euro</p>	<p>Erstattung pflegebedingter Aufwand bis zu 1.612,00 Euro</p>
<p>Erstattung Fahrtkosten/ Verdienstaussfall</p>		
<p>Übertrag Kurzzeitpflege: 1.612 Euro + 806 Euro = 2.418 Euro</p> <p><u>Hinweis:</u> Aufwendungen, Verdienstaussfall und Fahrtkosten dürfen zusammen den Maximalbetrag von 1612 Euro/2418 Euro nicht übersteigen.</p>	<p>Übertrag Kurzzeitpflege: 1.612 Euro + 806 Euro = 2.418 Euro</p>	<p>Übertrag Kurzzeitpflege: 1.612 Euro + 806 Euro = 2.418 Euro</p>

Pflege in häuslicher Umgebung

Kurzzeitpflege

- Wenn die pflegende Person durch Urlaub, Krankheit oder sonstigen Gründen die Pflege nicht erbringen kann
- Wenn nach einem Krankenhausaufenthalt noch kein Platz in einer Pflegeeinrichtung gefunden wurde
- Wenn der/die Versicherte vorübergehend z. B. wegen Umbaumaßnahmen nicht in seiner häuslichen Umgebung gepflegt werden kann
- **Neu:** ab dem **1.01.2022** erhöht sich der Betrag der Kurzzeitpflege um 10 % auf **1.774 Euro**. Zusammen mit noch nicht in Anspruch genommenen Mittel der Verhinderungspflege stehen dann insgesamt bis zu 3.386 Euro im Kalenderjahr zur Verfügung.
- Die Kurzzeitpflege kann jährlich bis zu 8 Wochen für pflegerische Versorgung, die medizinische Behandlungspflege sowie für die soziale Betreuung verwendet werden.
- Abwesenheitszeiten (z. B. wegen Krankenhausbehandlung) werden im Rahmen der vertraglichen Regelungen übernommen

Pflege in häuslicher Umgebung

Kurzzeitpflege

Zusätzlich

- Das halbe Pflegegeld wird für bis zu 8 Wochen weitergezahlt
- Übertrag von bis zu 1.612,00 Euro aus nicht verbrauchten Verhinderungspflegeleistungen möglich
- Erstattungsfähig sind:
 - Restkosten, die über den Höchstbetrag für die Kurzzeitpflege hinausgehen
 - Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten
 - Fahr- und Transportkosten im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege

Gut zu wissen: Der Entlastungsbetrag in Höhe von monatlich 125 EUR kann auch für Leistungen eingesetzt werden, die im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege entstehen



Pflege in häuslicher Umgebung

Pflegehilfsmittel und technische Hilfen

- Pflegebedürftige (Pflegegrad 1–5) erhalten bis zu 40,00 Euro/*60,00 Euro (*Sonderregelung vom 01.04.2020 bis 31.12.2021) für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel
- Pflegehilfsmittel: Zuzahlung 10 %, max. 25,00 Euro
- bei doppelunktionalen Hilfsmitteln gelten die Regelung der KV:
Zuzahlung 10 % (mind. 5,00 Euro, max. 10,00 Euro)
- bei leihweiser Abgabe kein Eigenanteil
- für Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, entfällt die Zuzahlung



Pflege in häuslicher Umgebung

Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel



- Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (einmaliger Gebrauch) sind:
 - saugende Bettschutzeinlagen zum Einmalgebrauch
 - Fingerlinge für die private Pflegeperson
 - Einmalhandschuhe für die private Pflegeperson
 - Mundschutz für die private Pflegeperson
 - Schutzschürzen zum Einmalgebrauch für die private Pflegeperson
 - Einmallätzchen zum Schutz der Kleidung des Pflegebedürftigen
 - Händedesinfektionsmittel und Flächendesinfektionsmittel (keine Wunddesinfektion)

Pflege in häuslicher Umgebung

Hausnotrufsysteme

- Bei Pflegebedürftigen (Pflegegrad 1–5) wird die vertraglich vereinbarte monatliche Mietpauschale übernommen:
 - wenn der/die Pflegebedürftige gänzlich oder über weite Teile des Tages allein ist oder er/sie mit jemandem zusammen lebt, der/die in Notsituationen nicht in der Lage ist, Hilfe zu rufen
 - wenn zu erwarten ist, dass er/sie aufgrund seines Krankheits- oder Pflegezustands in einer Notsituation mit einem handelsüblichen Telefon keine Hilfe holen kann
 - wenn aufgrund des Krankheitsbildes jederzeit mit einer lebensbedrohlichen Situation zu rechnen ist (z. B. Sturzneigung)
- Keine ärztliche Verordnung notwendig – Pflegekasse kann in geeigneten Fällen die Notwendigkeit in Zusammenarbeit mit einer Pflegefachkraft oder dem MD überprüfen lassen. Für die Nutzung eines Hausnotrufsystems ist der Zugang zu einem Telefonnetz oder zum Internet erforderlich (keine Kostenübernahme durch Pflegekasse)
- Antragstellung übernimmt in der Regel der Anbieter

Pflege in häuslicher Umgebung

Zuschuss zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen



Die AOK Baden-Württemberg zahlt finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfelds des Pflegebedürftigen (Pflegegrad 1–5), wenn dadurch

- die häusliche Pflege erst ermöglicht wird,
- häusliche Pflege erheblich erleichtert und damit eine Überforderung des Pflegebedürftigen und der Pflegekraft verhindert wird oder
- eine möglichst selbständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt und damit die Abhängigkeit von personeller Hilfe verringert wird



Pflege in häuslicher Umgebung

Zuschuss zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen

- Die Zuschüsse dürfen einen Betrag in Höhe von **4.000 Euro je Maßnahme** nicht übersteigen
- Leben mehrere Pflegebedürftige in einer Wohnung, ist der Gesamtbetrag je Maßnahme auf 16.000 Euro begrenzt
- Zu den Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes gehören Maßnahmen, die mit **wesentlichen Eingriffen in die Bausubstanz** verbunden sind
 - z. B. Türverbreiterungen, Ein- und Umbau von Mobiliar (z. B. Austausch von Badewanne durch Dusche, Umzugskosten bei Umzug in eine behindertengerechte Wohnung)
- Alle Maßnahmen, die zum Zeitpunkt der Zuschussgewährung zur Wohnumfeldverbesserung erforderlich sind, werden als eine Maßnahme gewertet



Pflege in häuslicher Umgebung

Entlastungsbetrag

- 125,00 Euro monatlich
- Kostenerstattung für Aufwendungen im Zusammenhang mit
 1. Tages- und Nachtpflege
 2. Kurzzeitpflege
 3. Leistungen von ambulanten Pflegediensten
 - Keine Leistungen der Selbstversorgung bei Pflegegrad 2-5
 4. Nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag
- Kostenerstattung auch möglich, wenn für die Finanzierung der genannten Leistungen Mittel der Verhinderungspflege eingesetzt werden

Pflege in häuslicher Umgebung

Entlastungsbetrag



- Kein gesonderter Antrag erforderlich
 - Einreichen der Rechnung gilt als Antrag
- Erstattung an den Leistungsberechtigten
 - Einzelabtretung an Leistungserbringer möglich
- **„Sparbuchprinzip“**: Beträge, die nicht in Anspruch genommen werden, können in den Folgemonaten des Kalenderjahres genutzt werden
- Übertrag von in einem Kalenderjahr nicht in Anspruch genommenen Beträgen ins folgenden Kalenderhalbjahr
 - Diese verfallen mit dem 30.06. des Folgejahres



Pflege in häuslicher Umgebung

Nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag

- Angebote zur Unterstützung im Alltag sind
 - Betreuungsgruppen (z.B. Alzheimergruppen)
 - Tagesbetreuung in Kleingruppen
 - Familienentlastende Dienste
 - Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen
- **Wichtig:** Das Angebot muss von den Stadt- bzw. dem Landkreis nach der UstA-VO anerkannt sein
- Unter www.pflege-navigator.de findet man anerkannte Angebote inklusive Leistungsart, Ziel- und Altersgruppe und Preisen, nach Ort oder Postleitzahl



Pflege in häuslicher Umgebung

Umwandlung Pflegesachleistungsbudget

- Pflegebedürftige
 - in häuslicher Pflege
 - mit mindestens Pflegegrad 2
 - und Pflegegeld oder Kombinationsleistungen
- können die Kosten für anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag entweder
 - mit dem den Entlastungsbetrag und/oder
 - mit bis zu 40 % ihres Pflegesachleistungsanspruches für anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag verrechnen
- Kein gesonderter Antrag erforderlich
 - Einreichen der Rechnung gilt als Antrag
 - Bei erstmaliger Antragstellung: Beratung durch Pflegekasse zielführend!

Soziale Sicherung für Pflegende

Rentenversicherungsbeiträge



- Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung für Pflegeperson, wenn
 - sie die Pflege nicht im Rahmen einer Erwerbstätigkeit erbringt
 - sie einen oder mehrere Pflegebedürftige (mindestens Pflegegrad 2) pflegt, der Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung hat
 - sie regelmäßig wenigstens 10 Stunden insgesamt in der Woche verteilt auf regelmäßig mindestens 2 Tage pro Woche pflegt
 - sie in häuslicher Umgebung pflegt
- Beitragshöhe richtet sich nach dem Pflegegrad des Pflegebedürftigen und der Art der pflegerischen Versorgung
 - reines Pflegegeld
 - reine Sachleistungen
 - Kombinationsleistungen

Soziale Sicherung Pflegepersonen

Arbeitslosenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen



- Beiträge zur gesetzlichen Arbeitslosenversicherung für Pflegepersonen wenn
 - die Voraussetzungen für die Rentenversicherungspflicht vorliegen
 - eine arbeitslosenversicherungspflichtige Beschäftigung wegen der Pflegetätigkeit unmittelbar zuvor aufgegeben oder eine Leistung nach dem SGB III (z. B.: Arbeitslosengeld) bezogen wurde, welche durch die Pflegetätigkeit endet
 - „Unmittelbarkeit“ liegt vor, wenn zwischen Ende der Vorversicherung bzw. des Anspruchs auf Entgeltersatzleistungen und dem Beginn der Pflegetätigkeit nicht mehr als ein Monat liegt

Leistungen für Pflegende

Kurzzeitige Arbeitsverhinderung – Pflegeunterstützungsgeld

- Angehörige haben die Möglichkeit, bis zu zehn Arbeitstage der Arbeit fernzubleiben, um in einer akuten Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherzustellen
- Es muss noch kein Pflegegrad festgestellt worden sein
- Für die Zeit besteht in der Regel Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld
 - 90 % des tatsächlich ausgefallenen Nettoarbeitsentgeltes
 - Bei beitragspflichtige Einmalzahlungen in den letzten zwölf Monaten
 - 100 % des ausgefallenen Nettoarbeitsentgeltes
 - Begrenzung auf 70 % Beitragsbemessungsgrenze KV/PV
 - Vom Erstattungsbetrag sind Renten-/Kranken-/Arbeitslosenversicherung abzuführen

Vollstationäre Pflege

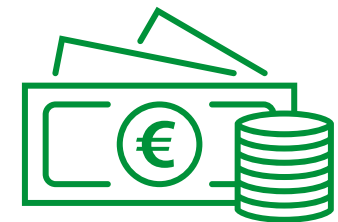
- Ist häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder kommen diese nicht in Betracht, haben Pflegebedürftige Anspruch auf einen pauschalen Leistungsbetrag für pflegebedingte Aufwendungen, soziale Betreuung und medizinische Behandlungspflege in vollstationären Einrichtungen
- Zusammensetzung der Kosten bei vollstationärer Pflege:
 - Pflegekosten inklusive der Ausbildungsumlagen abhängig vom Pflegegrad

➤ Die **Pflegekasse** übernimmt von den Pflegekosten einen pauschalen Leistungsbetrag von

Pflegegrad 2	bis zu 770,00 Euro/monatlich
Pflegegrad 3	bis zu 1.262,00 Euro/monatlich
Pflegegrad 4	bis zu 1.775,00 Euro/monatlich
Pflegegrad 5	bis zu 2.005,00 Euro/monatlich

➤ Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil (EEE):

Dieser umfasst den für die Einrichtung festgelegten Eigenanteil für die pflegebedingten Aufwendungen für die Pflegegrade 2 bis 5 sowie die Ausbildungsumlagen



Vollstationärer Pflege



- NEU ab 01.01.2022: Zuschuss zum Eigenanteil für die pflegebedingten Aufwendungen sowie die Ausbildungsumlagen

Der Zuschuss ist abhängig von der bisherigen Verweildauer in einer stationären Pflegeeinrichtung **mit** Leistungsbezug des pauschalen Leistungsbetrages (§ 43 SGB XI)

Stationäre Verweildauer mit Leistungsbezug nach § 43 SGB XI	Prozentualer Zuschuss am pflegebedingten Eigenanteil
bis zu 12 Monaten	5
mehr als 12 Monaten	25
mehr als 24 Monaten	45
mehr als 36 Monaten	70

- Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten
- Die Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten gehören nicht zu den pflegebedingten Aufwendungen und sind Eigenanteile, welche die pflegebedürftigen Bewohner selbst tragen

Grundsatz des Krankenhausstrukturgesetzes ab 01.01.2016



Die Versorgungslücke in der Versorgung von Versicherten bei

- Schwere akute Krankheit insbesondere nach KH
- Nach ambulanter OP
- Nach ambulanter KH Behandlung

wenn keine Pflegebedürftigkeit mindestens Pflegegrad 2 im Sinne des SGB XI vorliegt,

wird durch leistungsrechtliche Regelungen geschlossen.

Leistungen der Häusliche Krankenpflege



Versicherte erhalten an geeigneten Orten nach einer ambulanten OP,
ambulanten Krankenhausaufenthalt oder stationären
Krankenhausaufenthalt nach akuter schwerer Erkrankung
Grundpflege und hauswirtschaftliche Behandlung

Kurzzeitpflege als Häusliche Krankenpflege

Reichen Leistungen der Häuslichen Krankenpflege und der Haushaltshilfe nicht aus, erbringt die Krankenkasse Kurzzeitpflege, sofern nicht mindestens Pflegegrad 2 vorliegt.

- Haushaltshilfe und häusliche Krankenpflege ist vorrangig
- nur wenn kein Verbleiben in der Häuslichkeit möglich
- Hoher Eigenanteil der Kunden bei Unterkunft und Verpflegung und Investitionskosten

Haushaltshilfe



Versicherte erhalten Haushaltshilfe, wenn ihnen wegen Krankenhausbehandlung oder akuter Krankheit die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist.

Voraussetzung:

- Im Haushalt lebt ein Kind, welches bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr (bei der AOK das 14. Lebensjahr) noch nicht vollendet hat
- Versicherte, die wegen schwere Krankheit oder einer akuten Verschlimmerung einer Krankheit (nach z.B. einem Krankenhausaufenthalt, ambulanter Operation) den Haushalt nicht weiterführen können. Längstens für 4 Wochen.
- Liegt ein Pflegegrad 2,3,4 oder 5 vor ist dies nicht möglich.

Heilmittel

z.B.: Ergotherapie, Podologie, Physiotherapie

- Verordnung stellt der Arzt aus
- Verordnung wird direkt beim zugelassenen Vertragspartner eingereicht
- Zuzahlungen (10 Euro pro Verordnung + 10% der Kosten) werden direkt an den zugelassenen Vertragspartner entrichtet
- Ein Hausbesuch muss auf der Verordnung extra angegeben werden

Hilfsmittel

Pflegehilfsmittel

Der Arzt stellt die Notwendigkeit fest und verordnet das entsprechende Hilfsmittel.

Hilfsmittel, die die Grundpflege erleichtern:

Pflegebett, Aufstehhilfen, Duschhocker, Toilettensitzerhöhung, Toilettenrollstuhl,
Badewannenlifter, Anziehhilfe

Hilfsmittel, die der Mobilität dienen:

Rollator, Rollstuhl, Elektrorollstuhl

Das Sanitätshaus berät individuell und beantragt die Versorgung bei der Krankenkasse.

Die Hilfsmittel werden zum Großteil aus unserem Hilfsmittellager versorgt und an das Sanitätshaus geliefert.

Hilfsmittel

Zum verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel

Angehörige können bis zu 40 Euro im Monat erhalten für
z.B. Bettunterlagen, Desinfektionsmittel, Einmalhandschuhe, Schutzmasken

- keine ärztliche Verordnung notwendig
- Versorgung über Apotheken bzw. Sanitätshäuser
- einmaliger Antrag durch Leistungserbringer ausreichend

Zuzahlungen

Grundsätzliches



- Grundsätzlich sind Zuzahlungen in Höhe von 10% der Kosten, mind. jedoch 5 Euro und höchstens 10 Euro
z.B. bei Arzneimitteln
- Bei Heilmitteln (z.B. Physiotherapie) und häuslicher Krankenpflege beträgt die Zuzahlung 10% der Kosten, sowie 10 Euro je Verordnung
- Bei stationären Aufenthalten im Krankenhaus fallen 10 Euro pro Krankenhaustag an - max. 28 Tage

Zuzahlungen

Befreiung



Versicherte haben während jedes Kalenderjahres nur Zuzahlungen bis zu Belastungsgrenze zu leisten. Wird die Belastungsgrenze bereits innerhalb eines Kalenderjahres, kann hier schon eine Befreiung der Zuzahlung beantragt werden.

Die Belastungsgrenze beträgt 2% der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt.

Für chronisch Kranken, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, beträgt die Belastungsgrenze 1% der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt.

Bei der Ermittlung der Belastungsgrenze werden die Zuzahlungen und die Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt des Versicherten, seines Ehegatten oder Lebenspartner, der minderjährigen oder familienversicherten Kindern, jeweils zusammengerechnet.

Zeit für Fragen

