MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
Cellule d'évaluation et d'orientation
de l'assurance dépendance

Die Pflege-Versicherung

Praktischer Ratgeber

Januar 2009

125, route d'Esch
L-2479 Luxembourg

Tél.: (+352) 247 86 060
Email: secretariat@igss.etat.lu

Die Pflegeversicherung: Fragen und Antworten

Die Pflegeversicherung gehört seit 1999 zur gesetzlichen Sozialversicherung.

Die grossen Richtlinien sind bekannt, aber dennoch stellen sich viele Fragen bezüglich der praktischen Anwendung.

Seit der Einführung der Pflegeversicherung wurden betreffend der Ausführungsbestimmungen bereits mehrere Korrekturen vorgenommen und an die aktuellen Bedürfnisse angepasst.

Die vorliegende Anleitung ist eine Fortsetzung der ersten Richtlinien, die 1999 bei der Einführung der Pflegeversicherung herausgegeben wurden. Der erste Ratgeber fand großen Anklang und eine Neuauflage wurde oft angefordert.

Die zu Beginn des Jahres 2007 eingeführten gesetzlichen Änderungen der Pflegeversicherung gaben uns Anlass, diesen neuen Ratgeber zu veröffentlichen.

Der Ratgeber ersetzt nicht das Gesetz bezüglich der Pflegeversicherung und die betreffenden Regelungen. Er soll sie nur besser verständlich machen.

Wir bemühen uns, die Pflegeversicherung hier unter allen praktischen Gesichtspunkten zu erklären: Anspruch, Leistungen, Vorgehensweise.

Die Pflegeversicherung hat das Ziel, Hilfe im Bereich der Aktivitäten des täglichen Lebens zu leisten.

Dieses Ziel wird manchmal falsch verstanden. Menschen, die die Pflegeversicherung in Anspruch nehmen könnten, stellen keinen Antrag, da sie nicht wissen, dass diese Möglichkeit besteht und wie sie vorgehen sollen.

Andere Anträge, die nicht dieser Vorgabe entsprechen, werden abgelehnt. Die Personen, die den abgelehnten Antrag gestellt haben, sind oft enttäuscht.

Dieser praktische Ratgeber bietet viele Informationen.

Ich wünsche mir, dass er eine Orientierungshilfe in diesem komplexen Bereich darstellt und Antworten auf die am häufigsten gestellten Fragen gibt.

Mars di Bartolomeo

Minister für Gesundheit und Sozialwesen

INHALT

Häufig verwendete Begriffe in der Pflegeversicherung	**1**
Was Sie unbedingt wissen sollten	**7**
Der Antrag auf Pflegeversicherung	**13**
Das Gutachten	**17**
Nach dem Gutachten	**21**
Der Entscheid	**27**
Die Leistungen der Pflegeversicherung	**31**
Ihr Leistungsanspruch, falls Sie nicht im Großherzogtum Luxemburg wohnen	**43**
Die Leistungserbringer der Pflegeversicherung	**47**
Nützliche Adressen	**51**
Nützliche Internetseiten	**55**

Häufig verwendete Begriffe in der Pflegeversicherung

Anbei finden Sie eine Liste mit häufig verwendeten Begriffen aus dem Bereich der Pflegeversicherung und diesem Ratgeber

Aktivitäten des täglichen Lebens: ein wichtiger Begriff in der Pflegeversicherung. Die Aktivitäten des täglichen Lebens beziehen sich auf die Bereiche Körperpflege, Ernährung und Mobilität.

Pflegeperson: Person aus der Umgebung (oft ein Familienmitglied oder ein Bekannter), die der pflegebedürftigen Person zu Hause hilft und sie betreut, ohne einem Pflegenetz anzugehören. Dabei kann es sich auch um eine Fachkraft handeln, die keinem Pflegenetz angehört.

Die "Cellule d'évaluation et d'orientation" (CEO): Verwaltungsstelle der Pflegeversicherung. Sie stellt die Pflegebedürftigkeit fest und bestimmt die

Hilfs- und Pflegeleistungen. Die "cellule d'évaluation et d'orientation" hat zu dem noch andere Aufgaben, wie z.B. Information und Beratung zum Thema Pflegeversicherung.

Halbstationäre Pflegeeinrichtung: Struktur, die pflegebedürftige Personen tagsüber oder nachts betreut. Hier erhalten pflegebedürftige Personen während ihres Aufenthalts alle notwendigen Hilfs- und Pflegeleistungen.

Koordinator: Fachkraft des Pflegenetzes, die damit beauftragt ist, die Arbeit der Pflegekräfte, Pflegefachkräfte und der Haushaltsgehilfen, die vor Ort pflegen und helfen, einzuteilen. Die pflegebedürftige Person kann sich mit allen Fragen bezüglich der Organisation ihrer Pflege an diese Fachkraft wenden. Der Koordinator des Pflegenetzes ist derjenige, der die pflegebedürftige Person aufsucht, wenn es um die Aufteilung der Pflege zwischen dem Pflegenetz und der Pflegeperson geht.

Entscheid: der Entscheid ist ein Dokument, welches von der "Caisse nationale de santé" (CNS) gesendet wird. Sie informiert die pflegebedürftige Person über die Leistungen, welche ihr seitens des Pflegenetzes angeboten werden sowie über den Betrag der zugesprochenen Geldleistung. Sie informiert auch, ab welchem Datum die Person ein Anrecht auf die Leistungen hat und erklärt die Vorgehensweise wenn die Person mit dem Entscheid nicht einverstanden ist.

Pflegeeinrichtung: Einrichtung, welche die pflegebedürftigen Personen tags und nachts betreut und Ihnen die erforderlichen Pflegeleistungen zukommen lässt.

Es gibt zwei Arten von Pflegeeinrichtungen: Einrichtungen für den ständigen Aufenthalt und diejenigen für den vorübergehenden Aufenthalt.

In Einrichtungen für den vorübergehenden Aufenthalt kann die pflegebedürftige Person zwischen dieser Einrichtung und seiner eigenen Wohnung wechseln.

Solche Einrichtungen versorgen ausschliesslich Personen mit Behinderung.

In Einrichtungen für den ständigen Aufenthalt verweilt die pflegebedürftige Person dauerhaft.

Gutachter: Fachkraft der "cellule d'évaluation et d'orierntation"

die den Zustand der Person, welche einen Antrag auf Pflegeversicherung gestellt hat, begutachtet.

Aufteilung: dieser Begriff wird in der Pflegeversicherung verwendet, wenn es sich um die Aufteilung der Aufgaben zwischen Pflegenetz und der Pflegeperson handelt. Durch diese Aufteilung wird der genaue Betrag für Sach- und Geldleistungen festgehalten. Die Geldleistung erlaubt die Entlohnung der Pflegeperson.

Obergrenze: die Pflegeversicherung sieht ein Maximum an Leistungen vor, auf die eine pflegebedürftige Person Anspruch hat.

Pflegeplan: der Pflegeplan ist ein Dokument, das von der "cellule d'évaluation et d'orientation" erstellt wird. Im Pflegeplan sind alle zugesprochenen Leistungen angegeben, sowie die genaue Aufteilung zwischen Sach- und Geldleistungen.

Leistungserbringer: professioneller Dienstleister (Pflegenetz oder Einrichtung), der einen Vertrag mit der Pflegeversicherung hat und der pflegebedürftigen Person alle notwendigen Hilfen und Pflegedienste zukommen lässt.

Geldleistungen: im Rahmen der Pflegeversicherung ist es möglich, einen Teil der zugesprochenen Hilfs- und Pflegeleistungen in einem Geldbetrag zu erhalten, der dazu bestimmt ist, eine Pflegeperson die Hilfe leistet zu bezahlen. Diesen Geldbetrag bezeichnet man als Geldleistung.

Sachleistungen: Leistungen, die im Rahmen der Pflegeversicherung durch professionelle Dienstleister (Leistungserbringer) erbracht werden. Dabei kann es sich um eine stationäre Einrichtung, ein Pflegenetz oder eine halbstationäre Pflegeeinrichtung handeln.

Referenzperson: Fachkraft der "cellule d'évaluation et d'orientation", welche für den Antragsteller der Ansprechpartner ist. Falls die pflegebedürftige Person eine Frage zu ihrer Akte hat, kann sie sich direkt an die Referenzperson wenden.

Pflegenetz: bei Pflegenetzen handelt es sich um professionelle Dienstleister, die einen Vertrag mit der Pflegeversicherung haben und der pflegebedürftigen Person zu Hause alle nötigen Hilfen und Pflegedienste erbringen.

Mindestbedarf: Die Leistungen der Pflegeversicherung werden gewährt wenn die Hilfe und Pflege bei den Aktivitäten des täglichen Lebens mindestens 3,5 Stunden pro Woche betragen.

“Caisse nationale de santé” (CNS): öffentliche Diensstelle der Pflegeversicherung. Die Leistungsanträge gehen bei der "CNS" ein, die wiederum die Mitgliedschaft prüft.

Die CNS ist zuständig für die Entscheide. Sie bestimmt die Budgets und kontrolliert die Ausgaben der Pflegeversicherung.

Was Sie unbedingt wissen sollten

Die Pflegeversicherung

Die Hilfe, die eine Person braucht, wenn sie sich nicht mehr selbst um ihre **tägliche persönliche Pflege** kümmern kann (die **Aktivitäten des täglichen Lebens**), i**st sehr kostenintensiv und kann nur schwer durch private Mittel einer Person oder einer Familie finanziert werden.**

Aus diesem Grunde ist die Solidarität aller Mitmenschen gefragt. Dies ist Aufgabe der **Pflegeversicherung**.

Die Pflegeversicherung ist eine der Zweige der obligatorischen Sozialversicherungen.

Jede Person (aktiv oder pensionniert) zahlt einen Beitrag von 1,4% ihres Gesamteinkommens (Gehalt, Rente, Pensionen, Vermögen).

Dieser Beitrag wird durch eine Staatsbeteiligung (140 Millionen Euro) sowie durch einen Beitrag des Elektrizitätssektors ergänzt.

Die Pflegeversicherung ersetzt nicht die Krankenversicherung.

Die Krankenversicherung deckt Kosten in Verbindung mit einer Krankheit ab: medizinische Behandlung, Krankenpflege, Medikamente.

Die Leistungen die von der Pflegeversicherung abgedeckt werden, unterscheiden sich von den Leistungen die von der Krankenkasse übernommen werden.

Für eine pflegebedürftige Person die **zu Hause lebt,** zahlt die Pflegeversicherung die Leistungen, welche von einem **Pflegenetz oder einer halbstationären Einrichtung** erbracht werden. Die Pflegeversicherung erkennt auch die **von der Pflegeperson** erbrachte Pflege an (**Person, die nicht für ein Hilfs- und Pflegenetz arbeitet**).

Für eine pflegebedürftige Person, die in einer stationären Pflegeeinrichtung lebt zahlt die Pflegeversicherung die **Hilfs- und Pflegeleistungen** die von dieser Einrichtung erbracht werden.

Die genaue Beschreibung von Pflegenetz, halbstationärer Einrichtung und stationärer Pflegeeinrichtung wird im Verlauf dieser Broschüre erklärt.

Wer hat ein Anrecht auf Pflegeversicherung?

Alle Mitglieder einer luxemburgischen Krankenkasse sowie dessen Familienmitglieder können die Pflegeversicherung in Anspruch nehmen. Das Recht auf Leistungen ist nicht abhängig vom Einkommen.

Pflegebedürftig sein, das bedeutet…

- **die Hilfe** einer Pflegekraft oder eines Bekannten **benötigen**, um die **Aktivitäten des täglichen Lebens** auszuführen.

  Zu den Aktivitäten des täglichen Lebens zählen :

  - die **Körperpflege**: sich waschen, die Zähne putzen, die Haare waschen, Hautpflege, Bart- und Nagelpflege sowie die Begleitung zur Toilette;
  - **die Ernährung**: Essen und Trinken
  - **die Mobilität**: sich anziehen, sich ausziehen, Aufstehen, Hinlegen, sich setzen, sich in der Wohnung bewegen, die Wohnung verlassen und dorthin zurückkehren, Treppen auf- und absteigen.
- der Hilfebedarf muss vorraussichtlich für mindestens **sechs Monate** bestehen bleiben oder irreversibel sein. Die Pflegeversicherung tritt nicht ein, falls eine Person nur für kurze Zeit Hilfe benötigt.
- der Hilfebedarf muss erheblich sein: er muss mindestens 3,5 Stunden pro Woche betragen. Wird der Hilfebedarf von 3,5 Stunden pro Woche nicht erreicht, tritt die Pflegeversicherung nicht ein. Diese 3,5 Stunden werden als Mindestbedarf bezeichnet und sind genau bemessen (siehe § über die Dauer der Hilfs- und Pflegeleistungen).
- der Hilfebedarf muss in Folge einer körperlichen, psychischen oder geistigen Krankheit oder Behinderung auftreten.

.

! Hilfsbedürftig sein, das heißt, nicht alleine zur Toilette gehen, nicht alleine aufstehen oder nicht ohne Hilfe essen zu können.

Wenn ein Hilfebedarf für die hauswirtschaftliche Versorgung besteht, man aber in der Lage ist, die Aktivitäten des täglichen Lebens auszuführen, dann ist man laut Gestz nicht pflegebedürftig.

Drei Personengruppen können die Pflegeversicherung in Anspruch nehmen, ohne dass sie diese Bedingungen erfüllen:

- Personen, die vollkommen erblindet sind;
- Personen, die aufgrund von schweren Hörschäden Artikulationsschwierigkeiten und Kommunikationsprobleme haben, sowie Personen, die eine Laryngektomie erlitten haben;
- Personen, die unter Spina bifida (offener Rücken) leiden.

Wenn die Diagnose durch einen Facharzt gestellt wird, der im Auftrag der "cellule d'évaluation et d'orientation" ein Gutachten durchgeführt hat so kann diese Person eine pauschale Geldleistung in Anspruch nehmen.

Die Pflegebedürftigkeit von Kleinkindern (bis zu acht Jahren)

Es ist bekannt, dass Kinder auf die Hilfe ihrer Eltern für die Ausführung der Aktivitäten des täglichen Lebens angewiesen sind. Einige Kinder benötigen aber aufgrund einer Krankheit oder einer Behinderung mehr Hilfe.

Die Pflegeversicherung übernimmt die zusätzlichen Pflegeleistungen dieser Kinder im Vergleich zu gesunden Kindern gleichen Alters.

Der Antrag auf Pflegeversicherung

Der Antrag auf Pflegeversicherung

Falls Sie der Ansicht sind, die Pflegeversicherung beanspruchen zu können, sollten Sie einen Antrag bei der "Caisse nationale de santé" stellen.

- Das **Antragsformular** für Leistungen der Pflegeversicherung ist erhältlich:
  - bei der "cellule d'évaluation et d'orientation" (CEO);
  - bei der "Caisse nationale de santé" (CNS);
  - im Ministerium für soziale Sicherheit.

Sie finden es weiterhin auf der Website des Ministeriums für soziale Sicherheit (www.mss.public.lu).

Das **Antragsformular** ist in deutscher und französischer Sprache erhältlich. Gemeinsam mit diesem Formular erhalten Sie ein Informationsblatt zur Pflegeversicherung das in **vier** verschiedenen Sprachen verfügbar ist : französisch, deutsch, portugiesisch und englisch. Sie können das Informationsblatt in der von Ihnen gewünschten Sprache anfordern.

> **!** Das Antragsformular muss von der Person unterzeichnet werden, für welche die Leistungen bestimmt sind. Es kann ebenso von deren rechtlichen Vertreter oder einer anderen Person unterzeichnet werden, die den Antragsteller vor dem Friedensgericht vertritt.

- Ein **Bericht des behandelnden Arztes** muss beiliegen.

Der Antrag muss zusammen mit dem Bericht des behandelnden Arztes eingereicht werden. Das Formular für den Bericht des behandelnden Arztes wird mit dem Antragsformular verschickt.

In diesem Bericht gibt der behandelnde Arzt der Pflegeversicherung Informationen bezüglich des Gesundheitszustandes der Person, die die Pflegeversicherung in Anspruch nehmen will. Der behandelnde Arzt spielt eine wichtige Rolle, aber **nicht er bestimmt, ob Sie pflegebedürftig sind**.

! Der behandelnde Arzt füllt das Dokument aus, ohne dies dem Antragsteller in Rechnung zu stellen. Der Arzt wird direkt von der Pflegeversicherung bezahlt.

Sobald die **beiden Formulare** ordnungsgemäß bei der "Caisse nationale de santé" eingegangen sind, beginnt der Anspruchs auf Leistungen. Wenn Sie als pflegebedürftig eingestuft werden, erhalten Sie Leistungen **ab dem Eingangsdatum der beiden Formulare bei der "Caisse nationale de santé" (CNS)**.

- Wenn Sie Hilfe und Pflege benötigen, können Sie sofort ein Pflegenetz oder ein Pflegeheim ansprechen. Sie brauchen nicht auf den Entscheid zu warten.

! Wenn Sie als pflegebedürftig anerkannt werden, übernimmt die Pflegeversicherung die Rechnungen für Ihre Leistungen ab dem Datum des Antrags.

Wenn Sie nicht als pflegebedürftig anerkannt werden, sind die Rechnungen zu Ihren Lasten.

Das Gutachten

Das Gutachten

In dem Gutachten wird Ihr Pflegezustand festgestellt. Das Gutachten wird von der"cellule d'évaluation et d'orientation" erstellt. Die " cellule d'évaluation et d'orientation " ist eine öffentliche Diensstelle die den Pflegezustand und den Schweregrad der Pflegebedürftigkeit feststellt.

- **Wie wird das Gutachten erstellt?**

  - Die "Caisse nationale de santé" leitet Ihren Antrag auf Leistungen an die "cellule d'évaluation et d'orientation" weiter;
  - Ein Arzt der "cellule d'évaluation et d'orientation vereinbart mit Ihnen einen Termin für die Begutachtung. Er führt die Untersuchung durch und bedient sich der Angaben aus dem Bericht des behandelnden Arztes.
  - Zudem nimmt noch eine Fachkraft der "cellule d'évaluation et d'orientation" Kontakt mit Ihnen auf, um Ihnen Fragen bezüglich Ihrer Fähigkeit zur Ausführung der Aktivitäten des täglichen Lebens zu stellen.
  - Manchmal stellt diese Fachkraft auch einer Person aus Ihrer Umgebung, diese Fragen. Diese Person ist Ihnen bekannt.
  - Falls Sie sich in einer stationären Einrichtung befinden, richten sich diese Fragen an eine Pflegekraft.
  - Manchmal reicht das Gutachten des Arztes oder der Fachkraft aus, um Ihre genauen Bedürfnisse festzustellen. In diesem Fall wird nur eine Person, entweder ein Arzt oder eine Fachkraft mit Ihnen Kontakt aufnehmen.
  - In einigen Fällen kann Ihre Akte ohne den Besuch der "cellule d'évaluation et d'orientation" abgeschlossen werden.

Dies ist z.B. der Fall:

  - wenn der Pflegebedarf weniger als 6 Monate beträgt;
  - wenn Sie nur Hilfe für die hauswirtschaftlichen Verrichtungen benötigen.

- **Wo wird das Gutachten erstellt?**

  - Die "cellule d'évaluation et d'orientation" nimmt telefonisch oder schriftlich mit Ihnen Kontakt auf. Sie werden über Datum, Uhrzeit und den Ort des Gutachtens unterrichtet.

Dies kann stattfinden…

- in den Räumlichkeiten der "cellule d'évaluation et d'orientation" im "office des assurances sociales" 125, route d'Esch in Luxemburg;
- in der stationären Einrichtung in der Sie leben;
- bei Ihnen zu Hause.

Nach dem Gutachten

1. Sie leben zu Hause

- Nachdem Ihre Pflegebedürftigkeit festgestellt wurde, halten Krankenpfleger und Arzt die Pflegeleistungen, die Ihrem Bedarf entsprechen in einem Pflegeplan fest. Beide entscheiden auch über die Häufigkeit der Pflegeleistungen pro Tag und Woche.
- Zu Hause können die Pflegeleistungen zwischen einer Person aus Ihrer Umgebung, der *Pflegeperson* und dem professionellen Dienstleister, dem *Pflegenetz*, aufgeteilt werden.
- Falls Sie die Pflegeleistungen aufteilen möchten, wird die "cellule d'évaluation et d'orientation" Ihnen den Aufteilungsplan mit den zugesprochenen Hilfs- und Pflegeleistungen zusenden. Dieser Plan wird ebenfalls an das von Ihnen ausgewählte Pflegenetz verschickt.
- Das Pflegenetz nimmt mit Ihnen Kontakt auf, um die entsprechenden Leistungen zwischen Pflegenetz und Ihrer Pflegeperson aufzuteilen.
- Der Aufteilungsplan muss von Ihnen und dem Koordinator des Pflegenetzes unterzeichnet werden. Dieses Dokument wird dem Sachbearbeiter Ihrer Akte zugesandt. Dessen Namen befindet sich auf dem Aufteilungsplan.
- Die "cellule d'évaluation et d'orientation" kann nun einen definitiven Pflegeplan mit allen Leistungen, die Ihnen zustehen, erstellen und diese gegebenenfalls zwischen dem Pflegenetz und der Pflegeperson aufteilen.
- Für die Pflegeleistungen die von der Pflegeperson erbracht werden haben Sie Anrecht auf Geldleistungen, während das Pflegenetz direkt von der Pflegeversicherung bezahlt wird.

2. Sie sind in einer stationären Einrichtung untergebracht

- Nachdem Ihre Pflegebedürftigkeit festgestellt wurde, halten Krankenpfleger und Arzt die Pflegeleistungen, die Ihrem Bedarf entsprechen in einem Pflegeplan fest. Beide entscheiden auch über die Häufigkeit der Pflegeleistungen pro Tag und Woche.
- Die "cellule d'évaluation et d'orientation" kann nun einen definiven Pflegeplan mit allen Leistungen, die Ihnen zustehen, erstellen.

3. Sie sind in einer Einrichtung für einen vorübergehenden Aufenthalt untergebracht

- Dies bedeutet, dass Sie in einer Einrichtung für Menschen mit Behinderung untergebracht sind und dass Sie zeitweise in Ihrer Privatwohnung und zeitweise im Pflegeheim leben.
- Nachdem Ihr Pflegebedarf festgestellt wurde, halten Krankenpfleger und Arzt die Pflegeleistungen, die Ihrem Bedarf entsprechen in einem Pflegeplan fest. Beide entscheiden auch über die Häufigkeit der Pflegeleistungen pro Tag und Woche.
- Während Ihres Aufenthalts in der Pflegeeinrichtung werden die Pflegeleistungen vollständig durch das Personal der Einrichtung erbracht.
- Während Ihres Aufenthalts zu Hause können die Pflegeleistungen zwischen der Person Ihrer Umgebung, der Pflegeperson und dem professionellen Dienstleister, dem Pflegenetz aufgeteilt werden.

  a) Falls Sie regelmässig zu Hause sind, findet die Aufteilung im Vorfeld statt.

  b) Falls Sie unregelmäßig zu Hause sind, erfolgt die Aufteilung nach Erhalt der Leistungen.
- Die "cellule d'évaluation et d'orientation" passt den Pflegeplan an die jeweilige Situation an.

Der Entscheid

Der Entscheid

- Wer trifft den Entscheid?

Der Präsident der "Caisse nationale de santé" trifft den Entscheid aufgrund der Beurteilung der "cellule d'évaluation et d'orientation". Zugleich enthält er den Pflegeplan.

Der Pflegeplan wird dem von Ihnen gewählten Pflegenetz oder der stationären Einrichtung, in der Sie leben, mitgeteilt.

- Falls Sie mit diesem Entscheid nicht einverstanden sind….

Können Sie Widerspruch beim Verwaltungsrat der "Caisse nationale de santé" einreichen.

Das betreffende Verfahren ist in Ihrem Entscheid beschrieben.

Wenn Sie Widerspruch erheben, erhalten Sie einen neuen Entscheid. Sind Sie auch mit diesem neuen Entscheid nicht einverstanden, so können Sie ein Gerichtsverfahren einleiten. Das betreffende Verfahren ist auf dem neuen Entscheid beschrieben.

Wenn Ihre Pflegebedürftigkeit steigt...

Können Sie verlangen, dass Ihre Leistungen überprüft werden.

Dieser Antrag kann gestellt werden von

- Ihnen selbst;
- einem Mitglied Ihrer Familie;
- dem Pflegenetz;
- der halbstationären Pflegeeinrichtung;
- der stationären Pflegeeinrichtung für ständigen oder vorübergehenden Aufenthalt;
- der "Caisse nationale de santé";
- der "cellule d'évaluation et d'orientation".

Ein neues Gutachten wird daraufhin erstellt.

Es kommt vor, dass die "cellule d'évaluation et d'orientation" Ihren Dienstleister bittet, das Dokument zur Neubegutachtung auszufüllen. In diesem Fall erhalten Sie keinen neuen Besuch der "cellule d'évaluation et d'orientation". Sie legt aber den definitiven Pflegeplan fest.

Sie erhalten einen neuen Entscheid. Falls Sie nicht mit diesem Entscheid einverstanden sind, können Sie für diesen Widerspruch einlegen. Das einzuleitende Verfahren ist auf dem Entscheid beschrieben.

! Um eine Wiederholungsbegutachtung der Leistungen zu beantragen, müssen Sie nach Erhalt des Entscheides sechs Monate abwarten, es sei denn Ihr Pflegebedarf hat sich wesentlich verändert. Ein Arzt der "cellule d'évaluation et d'orientation" überprüft, ob eine wesentliche Änderung der Pflegebedürftigkeit vorliegt und entscheidet dann, ob der Antrag auf Leistungen zulässig ist.

Die Leistungen der Pflegeversicherung

Welche Leistungen können Sie beanspruchen?

Falls Sie als pflegebedürftig anerkannt werden, können Sie Hilfe bei den Aktivitäten des täglichen Lebens erhalten.

Die Aktivitäten des täglichen Lebens beinhalten die der Körperhygiene, der Ernährung oder der Mobilität.

- Hilfe bei der Körperpflege bedeutet Hilfe
  - beim Waschen;
  - beim Zähneputzen;
  - beim Haare Waschen;
  - beim Bartschneiden oder Epilieren;
  - bei der Nagelpflege;
  - beim Toilettengang;
- Hilfe bei der Ernährung bedeutet Hilfe
  - beim Essen;
  - beimTrinken;
  - bei der mundgerechten Zubereitung der Nahrungsmittel, schneiden oder pürieren;
- Hilfe bei der Mobilität bedeutet Hilfe
  - beim An- und Ausziehen;
  - beim Anlegen einer Prothese (Hörapparat, Stützstrümpfe, Schiene…);
  - bei der Fortbewegung;
  - beim Aufstehen, Hinlegen, Setzen;
  - beim Positionswechsel;
  - beim Treppensteigen;
  - beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung.

Für die hauswirtschaftlichen Verrichtungen kann die Pflegeversicherung eine Hilfe gewährleisten, wie z.B.

- beim Reinigen der Wohnung;
- beim Waschen der Kleidung;
- beim Einkauf;
- beim Spülen.

Die Pflegeversicherung kann Ihnen Unterstützung zusagen für...

- eine individuelle Aufsicht zu Hause;
- eine Fachkraft, die Sie beim Einkaufen oder sonstigen Erledigungen begleitet;
- unterstützende Massnahmen im Bereich der Aktivitäten des täglichen Lebens;
- eine Betreuung (Aufsicht) in der Gruppe;
- die spezialisierte Betreuung in einer teilstationären Einrichtung;
- die spezialisierte Betreuung in einer stationären Einrichtung.

Die Pflegeversicherung kann Ihnen oder Ihrer Pflegeperson beratend zur Seite stehen

- um Ihnen zu zeigen, wie Sie die Aktivitäten des täglichen Lebens durchführen können oder wie bestimmte technische Hilfen bedient werden;
- um Ihrer Pflegeperson zu zeigen, wie Sie Sie besser pflegen kann.

Die Pflegeversicherung kann Ihnen technische Hilfsmittel zusagen...

- Einige Beispiele für technische Hilfsmittel :
  - Pflegebett,
  - Rollstuhl,
  - Patientenheber
  - Gehgestell usw.
- Die für Sie erforderlichen technischen Hilfsmittel werden Ihnen <u>kostenlos</u> zur Verfügung gestellt.

! Der Mindestpflegebedarf von 3,5 Stunden pro Woche musst nicht erreicht sein, um ein technisches Hilfsmittel anzufragen. Allerdings muss der Bedarf an einem technischen Hilfsmittel nachgewiesen werden.

Die "cellule d'évaluation et d'orientation" begutachtet, ob die Zuweisung eines technischen Hilfsmittels gerechtfertigt ist und welches technische Hilfsmittel am besten für Ihren Bedarf geeignet ist.

Technische Hilfsmittel werden von der Pflegeversicherung nur gezahlt, wenn sie vorher durch die "cellule d'évaluation et d'orientation" genehmigt worden sind.

In dringenden Fällen gibt es zwei Möglichkeiten ein technisches Hilfsmittel zu erhalten

- Sie können Ihren Arzt bitten, ein Rezept auszustellen, welches Sie dem SMA (service des moyens accessoires) vorlegen. So können Sie direkt bestimmte technische Hilfsmittel, wie z.B. einen Rollstuhl oder eine Gehhilfe erhalten…
- Sie können auch die Nummer 247- 86040 anrufen. Diese Nummer der "cellule d'évaluation et d'orientation" ist reserviert für die Bearbeitung von Eilanträgen für technische Hilfsmittel wie z.B. ein Pflegebett, ein Toilettenstuhl…

Die Pflegeversicherung kann sich auch an der Finanzierung eines Umbaus Ihrer Wohnung beteiligen

- Beispiele für den Umbau Ihrer Wohnung :
  - Einbau einer ebenerdigen Dusche;
  - Verbreiterung einer Tür für den Rollstuhl.

! Für den Umbau der Wohnung ist es nicht erforderlich, einen erheblichen Pflegebedarf (3,5 Stunden pro Woche) für die Aktivitäten des täglichen Lebens zu haben.

Die "cellule d'évaluation et d'orientation" erstellt ein Gutachten, um festzustellen, ob der Umbau der Wohnung gerechtfertigt ist.

Ein Umbau der Wohnung wird nur von der Pflegeversicherung gezahlt, wenn er im Vorfeld von der "cellule d'évaluation et d'orientation" genehmigt worden ist.

Die Pflegeversicherung kann Ihnen auch erforderliche Pflegehilfsmittel zugestehen

Wenn Sie zu Hause leben und unter Inkontinenz leiden, erhalten Sie einen monatlichen Pauschalbetrag für den Kauf des benötigen Inkontinenz-materials.

Wenn Sie sich in einer stationären Einrichtung befinden, erhalten Sie diesen Betrag nicht. Er wird direkt von der Pflegeversicherung an die Einrichtung gezahlt. Die stationäre Einrichtung darf Ihnen keinerlei Zusatzzahlungen für diese Pflegehilfsmittel verrechnen.

Die Pflegeversicherung zahlt den Rentenversicherungsbeitrag für Ihre Pflegeperson

- Sie können Ihre Pflegeperson bei der Rentenversicherung anmelden, falls diese nicht schon eine persönliche Pension besitzt.
- Sie rufen im "centre commun de la sécurité sociale" an und teilen mit, dass Sie Ihre Pflegeperson bei der Rentenversicherung anmelden möchten.
- Das "centre commun de la sécurité sociale" lässt Ihnen ein Formular zukommen, auf welchem Sie Ihren Namen, Ihre Adresse sowie den Namen und die Adresse der Person, die Sie anmelden möchten, angeben.
- Die Pflegeversicherung übernimmt die Beiträge zur Rentenversicherung Ihrer Pflegeperson.

Inwieweit kann die Pflegeversicherung eingreifen?

Die Pflegeversicherung hat in den einzelnen Bereichen Maximalleistungen (Obergrenzen) vorgesehen.

- Im Bereich der Aktivitäten des täglichen Lebens liegt die Maximalleistung bei vierundzwanzigeinhalb Stunden pro Woche.
- Wenn eine Person zu Hause lebt, kann sie zusätzlich eine Pauschale von zweieinhalb Stunden pro Woche für hauswirtschaftliche Verrichtungen erstattet bekommen. Diese Pauschale kann bei Bedarf um eineinhalb Stunden erhöht werden (häufiges Wechseln der Bettwäsche, sehr viel Wäsche usw....) Diese zusätzliche Pauschale kann aus gleichen Gründen auch Personen zugestanden werden, die in stationären Einrichtungen leben.
- Die Pflegeversicherung übernimmt bis zu 14 Stunden pro Woche für die unterstützenden Aktivitäten.
- Beratungen werden zu Beginn der Betreuung übernommen. Diese Leistungen sind einmalig.
- Die Kostenübernahme beim Umbau einer Wohnung liegt bei maximal 26.000 Euro.
- Die technischen Hilfsmittel stehen Ihnen kostenlos zur Verfügung. Das Ihnen zugestandene Hilfsmittel muss nicht immer neu sein. Es ist jedoch immer überprüft und sterilisiert worden.

Die Sach- und Geldleistungen

• Die Sachleistungen

Wenn im Rahmen der Pflegeversicherung, die Hilfe durch einen professionellen Dienstleister (ein Leistungserbringer) erbracht wird, spricht man von Sachleistungen. Dabei kann es sich um eine stationäre Einrichtung, ein Pflegenetz oder eine halbstationäre Pflegeeinrichtung handeln.

Die Sachleistungen werden von der Pflegeversicherung direkt an die stationäre Einrichtung, an das Pflegenetz oder an die halbstationäre Einrichtung, die Sie besuchen, gezahlt.

Sie selbst zahlen Ihrem Dienstleister nichts.

• Die Geldleistungen

1. Wenn Sie zu Hause leben und jemand aus Ihrem Umfeld Ihnen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens hilft, haben Sie die Möglichkeit einen Teil der Sachleistung in einen Geldbetrag umzuwandeln. Dieser Betrag wird als Geldleistung bezeichnet.
2. Dieser Betrag muss für die erforderliche Pflege genutzt werden.
3. Wenn die "cellule d'évaluation et d'orientation" feststellt, dass dieser Betrag nicht für Ihren Pflegebedarf verwendet wird, kann sie verlangen, dass Sie die Pflege über ein Pflegenetz beziehen.
4. Verschieden Pflegeleistungen können nicht durch einen Geldbetrag ersetzt werden:
   - Sie können nur die Hilfe für die Aktivitäten des täglichen Lebens und die hauswirtschaftlichen Verrichtungen durch eine Geldleistung ersetzen.

Was kann ersetzt werden ?	**Was kann nicht ersetzt werden ?**
Die Aktivitäten des täglichen Lebens Die hauswirtschaftlichen Verrichtungen	Unterstützende Aktivitäten Beratung

- Wenn Ihr Pflegeplan Hilfestellungen für die Aktivitäten des täglichen Lebens und die hauswirtschaftlichen Verrichtungen zwischen dreieinhalb und sieben Stunden pro Woche vorsieht, so kann dieser Zeitraum integral durch einen Geldbetrag ersetzt werden.

- Wenn Ihr Pflegeplan Hilfestellungen für die Aktivitäten des täglichen Lebens und die hauswirtschaftlichen Verrichtungen zwischen sieben und vierzehn Stunden pro Woche vorsieht, so können die ersten sieben Stunden ganz und die nächsten sieben Stunden nur zur Hälfte durch einen Geldbetrag ersetzt werden.

- Wenn Ihr Pflegeplan Hilfestellungen für die Aktivitäten des täglichen Lebens und die hauswirtschaftlichen Verrichtungen mehr als vierzehn Stunden pro Woche vorsieht, so können die ersten sieben Stunden ganz und die nächsten sieben Stunden nur zur Hälfte durch einen Geldbetrag ersetzt werden. Die Stunden über vierzehn werden nicht mehr durch einen Geldbetrag ersetzt.

Was bewilligt die CEO ?	**Was können Sie durch eine Geldleistung ersetzen ?**
Die CEO hat Ihnen bis zu 7 Stunden bewilligt	Sie können alles ersetzen
Die CEO hat Ihnen von 7 bis 14 Stunden bewilligt	- Sie können die ersten 7 Stunden ersetzen - Sie können die Hälfte der Stunden zwischen 7 und 14 Stunden ersetzen

Die CEO hat Ihnen mehr als 14 Stunden bewilligt	- Sie können die ersten 7 Stunden ersetzen - Sie können die Hälfte der Stunden zwischen 7 und 14 Stunden ersetzen - Sie können nichts über 14 Stunden ersetzen

! 10,5 Stunden sind die Höchstzeit, die Sie als Geldleistung erhalten können

- Einige Beispiele :

Herr Joseph Delapetrus hat einen Pflegeplan erhalten, auf dem 4 Stunden für die Aktivitäten des täglichen Lebens und 2,5 Stunden für die hauswirtschaftlichen Verrichtungen genehmigt wurden. Die Gesamtzeit dieser Leistungen entspricht 6,5 Stunden pro Woche. Herr Delapetrus kann deshalb den gesamten PFLEGEPLAN in eine Geldleistung umwandeln.

Frau Virginie Mousel hat einen Pflegeplan erhalten, auf dem 10,5 Stunden für die Aktivitäten des täglichen Lebens und 2,5 Stunden für die hauswirtschaftlichen Verrichtungen genehmigt wurden. Die Gesamtzeit dieser Leistungen entspricht 13 Stunden pro Woche.

Frau Mousel kann nun die ersten 7 Stunden in eine Geldleistung umwandeln. Es bleiben 6 Stunden (13 - 7), wovon sie wiederum die Hälfte, also 3 Stunden, umwandeln kann. Von dem gesamten Pflegeplan kann Frau Mousel 10 Stunden in eine Geldleistungt umwandeln.

Herr Giacomo Deltevere hat einen Pflegeplan erhalten, auf dem 15 Stunden für die Aktivitäten des täglichen Lebens und 2,5 Stunden für die hauswirtschaftlichen Verrichtungen genehmigt wurden, also insgesamt 17,5 Stunden.

Herr Deltevere kann nun die ersten 7 Stunden in eine Geldleistung umwandeln.Für den Zeitraum von 7 bis 14 Stunden kann er die Hälfte, also 3,5 Stunden umwandeln. Er kann nicht mehr als 10,5 Stunden umwandeln. Für die restlichen 7 Stunden kann er die Hilfe von einem Pflegenetz in Anspruch nehmen.

- Kombinierte Leistungen

Wenn Sie zu Hause leben, können Sie sowohl Hilfe von einer Pflegeperson als auch von einem Pflegenetz in Anspruch nehmen. Somit können Sie gleichzeitig die Pflegeleistungen (Hilfe eines Dienstleisters) und die Geldleistungen (Hilfe in Form eines Geldbetrags) nutzen.

Beispiel:

Herr Giacomo Deltevere hat einen Pflegeplanplan erhalten, auf dem 15 Stunden für die Aktivitäten des täglichen Lebens und 2,5 Stunden für hauswirtschafte Verrichtungen genehmigt wurden, also insgesamt 17,5 Stunden.

Herr Deltevere kann die Hilfe seiner Tochter für 7 Stunden pro Woche in Anspruch nehmen, wofür er eine Geldleistung erhält und die Hilfe eines Pflegenetzes für 10,5 Stunden pro Woche.

Wenn Sie diese Möglichkeit wählen, spricht man von einer Aufteilung der Leistungen zwischen der Pflegeperson und dem Pflegenetz. Dies wird auch als Aufteilungsplan bezeichnet.

Wie sieht dies in der Praxis aus?

- Sie entscheiden sich für ein Pflegenetz;
- Sie erhalten den Pflegeplan mit allen Leistungen, welche die "cellule d'évaluation et d'orientation" für Sie erstellt hat;
- Auch das von Ihnen ausgewählte Pflegenetz erhält diesen Pflegeplan;
- Das Pflegenetz setzt sich mit Ihnen in Verbindung und gemeinsam teilen Sie die vorgesehenen Leistungen untereinander auf;
- Wenn Sie sich über die Aufteilung der Aufgaben zwischen Ihrer Pflegeperson und dem Pflegenetz einig sind, unterzeichnen Sie beide den Aufteilungsplan;

- Das Pflegenetz sendet den Aufteilungsplan an die "cellule d'évaluation et d'orientation", welche daraufhin den definitiven Pflegeplanplan erstellt und diesen zum Entscheid an die "Caisse nationale de santé" weiterleitet.

Ihr Leistungsanspruch, falls Sie nicht im Großherzogtum Luxemburg wohnen

Wenn Sie Mitglied der Krankenkasse in Luxemburg sind, haben Sie Anspruch auf die Leistungen der Pflegeversicherung, auch wenn Sie nicht in Luxemburg wohnen:

- haben Sie ein Anrecht auf die Pflegeleistungen des Landes indem sie wohnen, so werden diese durch die luxemburgische Sozialversicherung rückerstattet;
- haben Sie ein Anrecht auf Geldleistungen, so erhalten Sie diese direkt von der luxemburgischen Sozialversicherung.

Die Leistungserbringer der Pflegeversicherung

Die Leistungserbringer der Pflegeversicherung

Die Leistungserbringer der Pflegeversicherung sind fachliche Dienstleister, die Ihnen Hilfs- und Pflegedienste erbringen.

Bei der Pflegeversicherung gibt es vier Arten von Leistungserbringern:

- *Die halbstationären Einrichtungen, die Sie stundenweise besuchen können*, entweder mehrere Stunden am Tag oder auch in der Nacht. Darunter befinden sich auch halbstationäre Einrichtungen, die vorrangig für Personen mit Alterspathologien zuständig sind. Andere wiederum stehen vor allem Jugendlichen oder Menschen mit Behinderung zur Verfügung.
- *Die Pflegenetze, die Ihnen die Pflege zu Hause* erbringen.
- *Die Pflegeeinrichtungen für den ständigen Aufenthalt* sind Einrichtungen, in denen Sie ständig verweilen. Dabei unterscheidet man zwischen Altenheim und Pflegeheim. In der Pflegeversicherung werden beide als Pflegeeinrichtungen angesehen.
- *Die Pflegeeinrichtungen für den vorübergehenden Aufenthalt* sind Einrichtungen, in denen Sie mehrere Tage der Woche verbringen. An den anderen Tagen sind Sie zu Hause. Diese Einrichtungen richten sich ausschließlich an Jugendliche und Menschen mit Behinderung.
- Die verschiedenen Leistungserbringer im Bereich der Pflege finden Sie auf der Website: www.luxsenior.lu oder Sie können die Liste im Ministerium für Familie und soziale Integration anfordern.

Nützliche Adressen

Cellule d'évaluation et d'orientation (CEO)
125, Route d'Esch
L- 2974 Luxemburg
Telefon: (352) 247- 86060
Email: secretariat@igss.etat.lu

Caisse nationale de santé (CNS)
125, Route d'Esch
L- 2947 Luxemburg
Telefon: (352) 2757- 1

Ministerium für Familie und soziale Integration
12-14, avenue Emile Reuter
L- 2420 Luxemburg
Telefon: (352) 247 86500

Senioren-Telefon :
(352) 247 86000

Gesundheitsministerium
Allée Marconi - Villa Louvigny
L- 2935 Luxemburg
Telefon: (352) 247 85505
Email: MINISTERE-SANTE@mss.etat.lu

Ministerium für soziale Sicherheit
26, Rue Zithe,
L- 2763 Luxembourg
Telefon: (352) 247 86314

Fonds national de la Solidarité (Staatlicher Solidaritätsfonds)
8-10, Rue de la Fonderie - BP 2411
L- 1024 Luxemburg
Telefon: (352) 491081-1

Service des moyens accessoires (SMA: Dienstleister für Hilfsmittel)

25A, rue du Fort Wedell,

L- 2718 Luxemburg

Telefon: (352) 40 57 33 -1

Email: contact@smaasbl.lu

Centre commun de la sécurité sociale
(Zentrum der Sozialversicherungen)

125, Route d'Esch,

L- 1471 Luxemburg

Telefon: (352) 40141-1

Nützliche Internetseiten

www.mss.public.lu : *Website des Ministeriums für soziale Sicherheit*

www.luxsenior.lu : *Anschrift der Dienstleister im Bereich Altenpflege*

www.resolux.lu : *Datenbank des Sozialnetzwerkes von Luxemburg*

www.info.handicap.lu : *Informationen für Menschen mit Behinderung*

www.secu.lu : *Gesetzgebung im Bereich der Sozialversicherungen*

www.etat.lu : *Verzeichnis der öffentlichen Internetseiten*

www.ccss.lu: *Centre commun de la sécurité sociale (Zentrum der Sozialversicherungen)*

www.cns.lu: *Caisse nationale de santé*

www.gouvernement.lu : *Informationen und Aktualitäten der luxemburgischen Regierung.*