



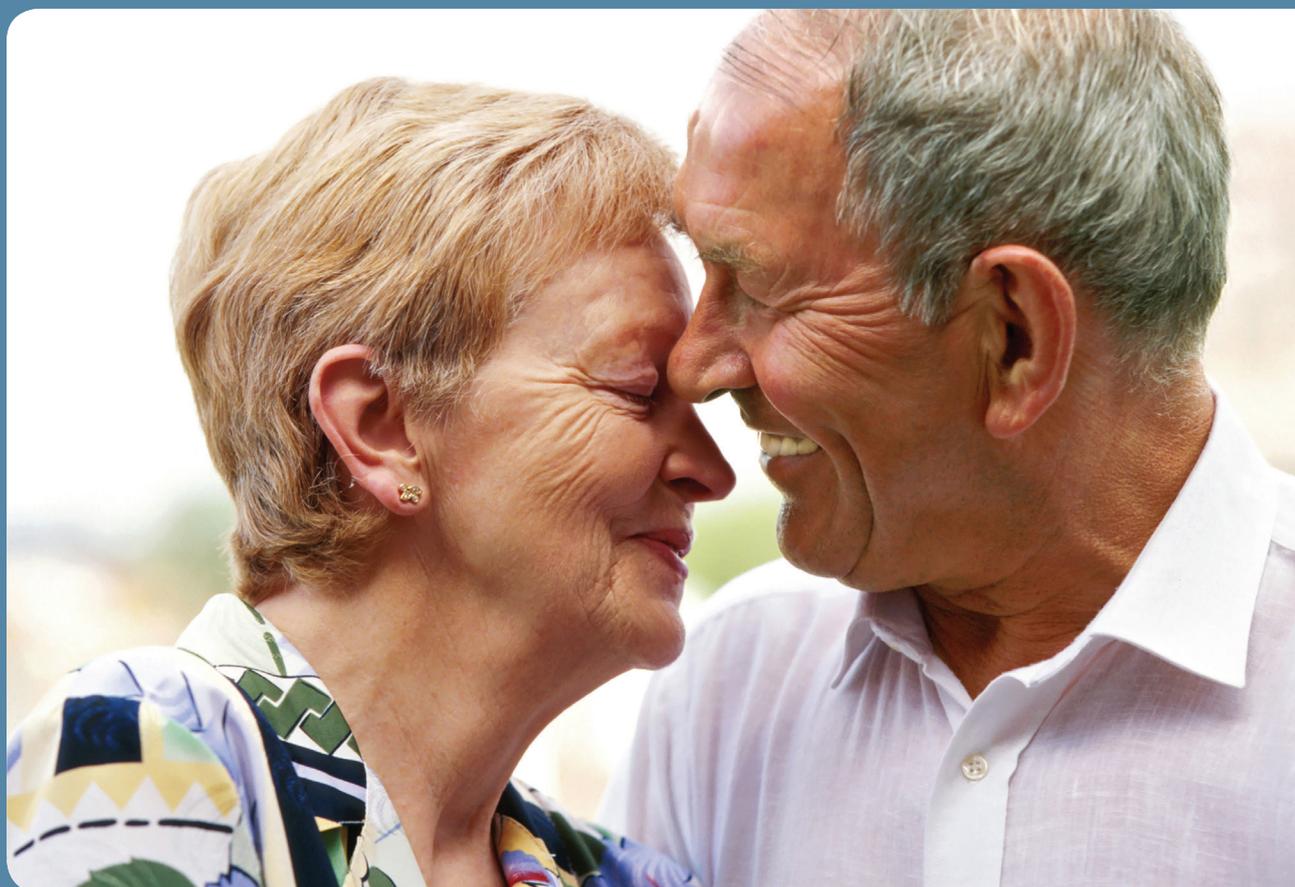
CHAMBRE DES SALARIES
LUXEMBOURG

Droit de la sécurité sociale

L'assurance dépendance

Sozialversicherungsrecht

Die Pflegeversicherung



Situation au 1^{er} mars 2020 | Stand: 1. März 2020

Droit de la sécurité sociale

L'assurance dépendance

Situation au 1^{er} mars 2020

Version française des pages 1 à 53
Französische Version von Seite 1 bis 53

Version allemande des pages 55 à 109
Deutsche Version von Seite 55 bis 109

Adresses utiles des pages 111 à 114
Nützliche Adressen von Seite 111 bis 114

Impressum

Éditeur

Chambre des salariés

18, rue Auguste Lumière
L-1950 Luxembourg
T. (+352) 27 494 200
F. (+352) 27 494 250
www.csl.lu • csl@csl.lu

Nora Back, présidente
Sylvain Hoffmann, directeur

Impression

Imprimerie Quintus

Distribution

Librairie « Um Fieldgen Sàrl »
3, rue Glesener
L-1631 Luxembourg
T. (+352) 48 88 93
F. (+352) 40 46 22
www.libuf.lu • libuf@pt.lu

ISBN : 978-2-919888-64-1

Les informations contenues dans le présent ouvrage ne préjudicient en aucun cas aux textes légaux et à leur interprétation et application par les administrations étatiques ou les juridictions compétentes.

Le plus grand soin a été apporté à la rédaction de cet ouvrage. L'éditeur et l'auteur ne peuvent être tenus responsables d'éventuelles omissions et erreurs ou de toute conséquence découlant de l'utilisation de l'information contenue dans cet ouvrage.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés quelconques sont réservés pour tous les pays.

Il est interdit, sauf accord préalable et écrit de l'éditeur/auteur de reproduire (notamment par photocopie) partiellement ou totalement le présent ouvrage, de le stocker dans une banque de données ou de le communiquer au public, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit.

Le générique masculin est utilisé sans discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte.

PRÉFACE



*Nora Back
Présidente de la Chambre des salariés*

Par l'introduction de l'assurance dépendance en 1998, le législateur a créé une nouvelle branche des assurances sociales au Luxembourg. Le but de cette nouvelle assurance est de mieux sécuriser les personnes dépendantes qui ne disposent plus de l'autonomie suffisante pour prendre soin d'elles-mêmes. Certaines dispositions de la loi sur l'assurance dépendance ont été modifiées en 2007 et tout récemment la loi du 29 août 2017, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2018, a réformé l'assurance dépendance de fond en comble.

Chacun d'entre nous peut un jour ou l'autre devenir dépendant et avoir besoin de l'aide et des soins d'une tierce personne. C'est pourquoi la mission de l'assurance dépendance est de pallier les charges résultant de la dépendance et d'aider, dans la mesure du possible, les personnes concernées à continuer de mener une vie autonome.

Beaucoup de personnes dépendantes expriment le souhait de rester chez elles dans leur cadre familial. C'est pourquoi l'assurance dépendance soutient la volonté des membres de la famille, des voisins ou autres personnes de l'entourage de soigner la personne concernée et de répondre ainsi à ses vœux.

L'importance et les catégories des soins à accorder à une personne dépendante sont évidemment fonction de la gravité de la dépendance et des circonstances, c'est-à-dire si les soins sont dispensés à la maison, dans un établissement intermittent (p.ex. un foyer de jour) ou dans un établissement stationnaire.

L'objet de notre publication est d'expliquer les prestations de l'assurance dépendance, prestations dont on peut bénéficier soit à domicile, soit dans un établissement, donc dans un centre intégré pour personnes âgées ou dans une maison de soins.

À côté de la description des prestations, la publication contient également des informations pratiques concernant les formalités à remplir par les personnes dépendantes ou leurs proches pour bénéficier des prestations de l'assurance dépendance.

Des exemples concrets et une liste détaillée d'adresses de contact figurant dans la publication devraient également permettre un accès plus facile aux prestations de l'assurance dépendance.

Pour ce faire, la CSL s'est également inspirée du site de l'assurance dépendance : www.aec.gouvernement.lu.

Luxembourg, mars 2020

I.	Objet de l'assurance dépendance	7
1.	Quel est l'objet de l'assurance dépendance ?	9
2.	Comment savoir si vous êtes dépendant ?	9
3.	Quelles sont les démarches à faire pour bénéficier des prestations ?	10
4.	Par qui et comment est évaluée la dépendance ?	11
5.	Quelles sont les voies de recours contre la décision de la CNS ?	14
6.	Qui peut bénéficier des prestations de l'assurance dépendance ?	15
7.	À quelles prestations avez-vous droit ?	16
8.	Sous quelles conditions vos prestations sont-elles prises en charge par l'assurance dépendance ?	32
9.	Dans quelles hypothèses et comment vos besoins en aides et soins peuvent-ils être réévalués ?	34
10.	Dans quelles hypothèses les prestations vous peuvent-elles être retirées ?	35
11.	Quel est le délai de prescription des prestations ?	36
12.	Dans quelles hypothèses les prestations peuvent-elles être suspendues ou cesser ?	36
13.	Dans quelle mesure les prestations de l'assurance dépendance peuvent-elles concourir avec d'autres prestations ?	37
14.	Dans quelle mesure les prestations de l'assurance dépendance peuvent-elles concourir avec l'assistance ?	37
15.	Dans quelle mesure l'assurance dépendance est-elle subrogée dans vos droits en cas de réparation d'un dommage occasionné par un tiers et pris en charge par celle-ci ?	38

SOMMAIRE

II.	Financement de l'assurance dépendance	39
1.	Comment l'assurance dépendance est-elle financée ?	41
2.	Qui paie la contribution dépendance et comment est-elle calculée ?	41
III.	Organisation de l'assurance dépendance	43
1.	Qui assume la gestion de l'assurance dépendance ?	45
2.	Quel est le rôle de l'administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance (AEC) ?	46
3.	Quel est le rôle de la commission consultative ?	47
4.	Quels sont les normes et indicateurs de qualité des prestations de l'assurance dépendance ?	49
5.	Comment sont régis les rapports entre l'assurance dépendance et les différents catégories de prestataires d'aides et de soins ?	51
6.	Qu'est-ce qu'on entend par « prestataires d'aides et de soins » ?	52

SIGLES UTILISÉS

AAE : activités d'accompagnement en établissement

AAI : activités d'appui à l'indépendance

ADAPTH : Association pour le développement et la propagation d'aides techniques pour handicapé(e)s

AEC : Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance

AEV : actes essentiels de la vie

AMD : activités de maintien à domicile

CNS : Caisse nationale de santé

FMI : forfait pour matériel d'incontinence

RAS : réseau d'aides et de soins



OBJET DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE



1 QUEL EST L'OBJET DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE ?

L'assurance dépendance a principalement pour objet de prendre en charge des prestations en nature, des aides et soins à la personne dépendante fournis intégralement ou partiellement dans le cadre d'un maintien à domicile ou d'un établissement d'aides et de soins ainsi que des aides techniques et des adaptations du logement.

Pour la personne dépendante maintenue intégralement ou partiellement à domicile, la prise en charge peut comporter des prestations en espèces en remplacement des prestations en nature.

L'assurance dépendance ne remplace pas l'assurance maladie. Elle couvre des aides et des soins qui ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie.

2 COMMENT SAVOIR SI VOUS ÊTES DÉPENDANT ?

Vous êtes considéré comme dépendant ¹ si par suite d'une maladie physique, mentale ou psychique ou d'une déficience de même nature vous avez un besoin important et régulier d'assistance d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie.

Les actes essentiels de la vie concernent : l'hygiène corporelle, l'élimination, la nutrition, l'habillement et la mobilité.

Vous pouvez également recourir à l'assistance d'une tierce personne qui en tout ou en partie effectue à votre place les actes essentiels de la vie ou vous surveille ou vous soutient en vue de permettre l'exécution de ces actes.

Pour les enfants, jusqu'à l'âge de 8 ans accomplis, la détermination de l'état de dépendance se fait en fonction du besoin supplémentaire d'assistance d'une tierce personne par rapport à un enfant du même âge sain de corps et d'esprit. Les modalités de la détermination de la dépendance chez l'enfant sont fixées par règlement grand-ducal ².

Le bénéficiaire des prestations de l'assurance dépendance est alloué si la personne dépendante requiert des aides et soins dans les domaines des actes essentiels de la vie pour une **durée d'au moins 3,5 heures par semaine** et si, suivant toute probabilité, **l'état de dépendance de la personne dépendante dépasse six mois ou est irréversible**.

Toutefois, en cas de besoin important et régulier dûment constaté par l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance (AEC) ³, les adaptations du logement, les aides techniques et la formation y relative peuvent vous être allouées sans égard au seuil défini ci-dessus si, suivant toute probabilité, la maladie ou la déficience dépasse six mois ou est irréversible.

¹ <https://aec.gouvernement.lu/fr/l-assurance-dependance/definitions.html>

² Règlement grand-ducal du 18 septembre 2018 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 2006 fixant les modalités spécifiques de la détermination de la dépendance chez l'enfant (Mémorial A N° 875 du 27 septembre 2018)

³ <https://annuaire.public.lu/index.php?idMin=2970> et <https://aec.gouvernement.lu/fr.html>

Les prestations à charge de l'assurance dépendance assurent des aides et soins à la personne dépendante prodigués conformément aux bonnes pratiques en la matière.

Les prestations à charge de l'assurance dépendance sont accordées dans un souci d'économie tout en respectant les besoins du bénéficiaire.

Le bénéfice des prestations de l'assurance dépendance vous est encore ouvert si vous demandez des soins palliatifs.

3 QUELLES SONT LES DÉMARCHES À FAIRE POUR BÉNÉFICIAIRE DES PRESTATIONS ?

Si vous êtes dépendant et si vous voulez bénéficier des prestations⁴, vous devez en faire la demande à la Caisse nationale de santé (CNS).

Être dépendant, c'est avoir besoin de l'aide de quelqu'un, un professionnel ou un proche, pour effectuer les actes essentiels de la vie. Ces actes concernent l'hygiène corporelle (se laver, se brosser les dents), l'élimination des déchets de l'organisme (aller aux toilettes), la nutrition (manger, boire), l'habillement et le déshabillage ainsi que la mobilité (se lever, se coucher, se déplacer). Ne pas pouvoir aller aux toilettes ou se lever de son lit ou manger sans aide, c'est être dépendant. Cependant lorsqu'on ne peut plus effectuer les tâches domestiques sans aide, on n'est pas dépendant au sens de la loi.

La demande (et également une opposition à la décision du président de la CNS ou de son délégué) peut également être introduite par votre conjoint ou un autre membre de votre famille. Le représentant légal, s'il n'est pas avocat, doit justifier d'une procuration écrite.

Les délégués des organisations professionnelles ou syndicales peuvent aussi vous représenter, s'ils sont mandatés.

Cette demande doit être faite avec un formulaire de demande de prestations de l'assurance dépendance, disponible ici :

Caisse nationale de santé (CNS)

Assurance dépendance

Tél. : +352 2757-4455 Fax : +352 2757-4619

E-mail : assurancedependance@secu.lu

Du lundi au vendredi de 8.30 à 16.30 heures

Administration d'évaluation et de contrôle (AEC) de l'assurance dépendance

Helpline Secrétariat de l'AEC

Tél. : +352 247-86060 Fax : +352 247-86061

E-mail : secretariat@ad.etat.lu

Du lundi au vendredi de 9.00 à 11.00 heures et de 14.00 à 16.00 heures

Téléchargement : <https://guichet.public.lu/fr/citoyens/sante-social.html>

⁴ <https://aec.gouvernement.lu/fr/l-assurance-dependance/procedure/demande-prestations-aupres-assurance-dependance.html>

La demande de prestations est composée d'un **formulaire à remplir par le demandeur** **et d'un rapport médical (R20) à remplir par le médecin traitant** : la demande de prestations est complète si et à partir du moment où les deux parties sont parvenues à la Caisse nationale de santé (CNS).

Le rapport médical (R20) est gratuit pour le demandeur : le médecin sera payé directement par l'assurance dépendance.

La demande de prestations de l'assurance dépendance doit être envoyée à :

Caisse nationale de santé (CNS)
Assurance dépendance
B.P. 1023
L-1010 Luxembourg

Un **accusé de réception** confirme la réception de la demande et mentionne la **date du début du droit aux prestations**. Si le demandeur est reconnu dépendant après l'évaluation de l'Administration d'évaluation et de contrôle (AEC) de l'assurance dépendance, les aides et soins apportés par un réseau d'aides et de soins (prestations en nature) sont dus à partir de la date de la demande

4 PAR QUI ET COMMENT EST ÉVALUÉE LA DÉPENDANCE ?

4.1. PAR QUI ?

La Caisse nationale de santé (CNS) transmet le dossier à l'Administration d'évaluation et de contrôle (AEC) de l'assurance dépendance qui est l'organe chargé de constater la dépendance. L'AEC est une administration de l'État, placée sous l'autorité du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale.

Son personnel comprend des médecins, des psychologues, des assistants sociaux, des kinésithérapeutes, des ergothérapeutes, des infirmiers psychiatriques et des infirmiers. L'AEC prendra contact avec vous ou avec la personne que vous avez indiquée sur la demande en vue de l'évaluation de l'état de dépendance.

Vous serez invité à vous présenter dans une des salles de consultation de l'AEC à Luxembourg-Hollerich. Si votre état de santé ne vous permet pas de vous déplacer, l'évaluation aura lieu à votre domicile ou dans l'établissement d'aides et de soins dans lequel vous séjournez.

4.2. COMMENT L'AEC ÉVALUERA VOTRE DÉPENDANCE ?

4.2.1. L'évaluation de la personne dépendante⁵

L'évaluation de la dépendance est réalisée par un professionnel de la santé de l'AEC, à domicile du demandeur, dans les locaux de l'AEC ou en établissement. Le demandeur sera averti du rendez-vous de l'évaluation.

En principe, ce professionnel de la santé est le référent du dossier et en garantit le suivi. Ses coordonnées sont communiqués au demandeur au moment de l'évaluation.

⁵ <https://aec.gouvernement.lu/fr/l-assurance-dependance/procedure/evaluation-de-dependance.html>

Lors de l'évaluation, les **capacités de la personne dépendante à réaliser les actes essentiels de la vie sont examinées**. On interroge la personne qui demande les prestations et au besoin, une personne de son entourage.

Après l'évaluation, le référent retient dans un relevé les **aides et soins requis auxquels la personne dépendante a droit pendant une semaine**. Ce relevé-type⁶ permettra aussi de déterminer si la personne a atteint le seuil d'entrée de 3,5 heures/semaine d'aides et de soins dans les actes essentiels de la vie (AEV).

► **Que faire en cas de besoin direct en aides et soins si une personne vit à domicile ?**

La personne concernée peut contacter directement un prestataire de son choix (un réseau d'aides et de soins) qui l'informerait de ses modalités de prise en charge.

Si la personne est reconnue dépendante après l'évaluation de l'Administration d'évaluation et de contrôle (AEC) de l'assurance dépendance, les aides et soins apportés par le service professionnel (prestations en nature) sont dus à partir de la date de la demande.

► **Que faire en cas de besoin direct en aides techniques ou en adaptation du logement ?**

Pour tout renseignement en relation avec des aides techniques, une adaptation du logement ou une adaptation de voiture, il est possible de contacter :

Administration d'évaluation et de contrôle (AEC) de l'assurance dépendance

Helpline « Aides techniques et adaptations logement » de l'AEC

Tél. : +352 247-86040 Fax : +352 247-86055

E-mail : secretariat@ad.etat.lu

lundi, mardi, jeudi et vendredi de 8.30 à 11.30 heures ; mercredi de 13.30 à 17.00 heures

IMPORTANT : Il faut absolument éviter d'acheter sur propre initiative des aides techniques (p.ex. fauteuil roulant, lit d'hôpital, aides à la marche) ou commencer des travaux d'adaptation du logement. Il est indispensable d'attendre l'accord de l'AEC. La loi ne prévoit aucune prise en charge rétroactive.

4.2.2. L'évaluation de la dépendance des enfants jusqu'à l'âge de 8 ans accomplis

Pour les enfants, jusqu'à l'âge de 8 ans accomplis, la détermination de l'état de dépendance se fait en fonction du besoin supplémentaire d'assistance d'une tierce personne par rapport à un enfant du même âge sain de corps et d'esprit. Les modalités de la détermination de la dépendance chez l'enfant sont fixées par règlement grand-ducal⁷.

4.2.3. Les niveaux de besoins hebdomadaires en aides et soins

Sur base de la détermination des aides et soins dans les domaines des actes essentiels de la vie (AEV) faite par l'AEC, vous vous voyez attribuer un des 15 niveaux de besoins hebdomadaires en aides et soins suivants :

⁶ <https://aec.gouvernement.lu/dam-assets/espaces-professionnels/referentiel-des-aides-et-soins/Releve-type-fr-oct2018.pdf>

⁷ Règlement grand-ducal du 18 septembre 2018 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 2006 fixant les modalités spécifiques de la détermination de la dépendance chez l'enfant (Mémorial A N° 875 du 27 septembre 2018).

Les niveaux de besoins hebdomadaires en aides et soins

Niveau 1	de 210 à 350 minutes	Niveau 9	de 1 331 à 1 470 minutes
Niveau 2	de 351 à 490 minutes	Niveau 10	de 1 471 à 1 610 minutes
Niveau 3	de 491 à 630 minutes	Niveau 11	de 1 611 à 1 750 minutes
Niveau 4	de 631 à 770 minutes	Niveau 12	de 1 751 à 1 890 minutes
Niveau 5	de 771 à 910 minutes	Niveau 13	de 1 891 à 2 030 minutes
Niveau 6	de 911 à 1 050 minutes	Niveau 14	de 2 031 à 2 170 minutes
Niveau 7	de 1 051 à 1 190 minutes	Niveau 15	≥ à 2 171 minutes
Niveau 8	de 1 191 à 1 330 minutes		

EXPLICATIONS

Le modèle de prise en charge antérieur à la présente réforme, basé sur un plan de prise en charge énonçant une multitude d'actes et de fréquences, ainsi que la facturation à l'acte par le prestataire présentent plusieurs limites et difficultés détaillées ci-dessous :

- Le détail des actes et des fréquences dans le plan de prise en charge porte confusion, car il donne l'illusion d'un calcul individualisé en minutes de la charge de soins, alors que les temps par acte sont des temps moyens.
- Le contrôle de la délivrance des actes facturés et de leur qualité fait défaut. Sans système de contrôle des prestations réellement dispensées, la facturation à l'acte offre la possibilité de facturer des prestations non-effectuées et est donc intrinsèquement source de facturations pouvant être frauduleuses.
- La prise en charge des personnes dépendantes est centrée sur un « minutage » plutôt que sur une prise en charge globale.
- Le détail du plan de prise en charge induit des demandes de réévaluation fréquentes.

Tous les aides et soins détaillés dans le plan de prise en charge ne sont pas toujours prestés et facturés à la CNS. Ainsi, le taux de facturation des aides et soins requis dans le plan de prise en charge varie fortement entre prestataires et correspond à 95% en moyenne en établissement et à 82% en moyenne à domicile.

- La fourniture des aides et soins requis dans le plan de prise en charge dépend des besoins journaliers des personnes dépendantes qui varient, notamment selon la situation clinique de la personne. Le modèle de prise en charge antérieur à la présente réforme ne laisse cependant que très peu de flexibilité dans la réponse journalière aux besoins des bénéficiaires, créant ainsi des tensions entre bénéficiaires et prestataires.
- Le plan de prise en charge est peu compréhensible par le bénéficiaire et son entourage.
- Vu le caractère récurrent des prestations d'aides et de soins, la facturation à l'acte conduit à une charge administrative lourde tant pour les prestataires que pour la CNS.
- Le modèle antérieur ne permet pas de maîtriser les dépenses de l'assurance dépendance.

Ainsi, suivant le programme gouvernemental, la réforme de l'assurance dépendance procède à une « standardisation permettant le regroupement et la forfaitisation des actes, ainsi que la flexibilisation dans les plans de prise en charge alloués par l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance, tout en assurant une différenciation adéquate entre les aides et soins à recevoir par les bénéficiaires et tout en veillant à une simplification des procédures ».

La détermination individuelle des minutes d'aides et de soins avec attribution d'un niveau de besoin hebdomadaire en aides et soins est la solution préconisée dans la nouvelle loi.

Cette approche permet une plus grande flexibilité du prestataire dans l'organisation de la dispensation des aides et soins, notamment en tenant compte des fluctuations des besoins du bénéficiaire. De plus, le nouveau modèle devrait entraîner moins de demandes de réévaluation, les bénéficiaires étant pris en charge suivant un intervalle de minutes d'aides et de soins. Il permet une simplification de la facturation.

En pratique, le nouveau système se présente comme suit : L'AEC (ancienne CEO) continue à évaluer individuellement les besoins des demandeurs sur base d'un outil d'évaluation et de détermination des prestations de l'assurance dépendance et d'un rapport complet du médecin traitant. La détermination des besoins est faite suivant le relevé-type, le référentiel des aides et soins et la liste des aides techniques. Elle est traduite dans une synthèse de prise en charge qui est communiquée au demandeur et au prestataire, le cas échéant. Aussi l'AEC réalise la répartition des aides à fournir entre le prestataire et l'aidant.

L'assistance d'une tierce personne peut être nécessaire dans un ou plusieurs domaines des actes essentiels de la vie (AEV) :

- effectuer à la place de la personne dépendante tout ou partie des AEV ;
- surveiller ou soutenir la personne dépendante en vue de permettre l'exécution des AEV.

Après l'évaluation, l'Administration d'évaluation et de contrôle (AEC) retient dans une synthèse les aides et soins requis auxquels la personne dépendante a droit pendant une semaine. Cette synthèse permettra aussi de déterminer si la personne a atteint le seuil d'entrée de 3,5 heures/semaine d'aides et de soins dans les AEV.

En fonction de ces besoins en aides et soins, le demandeur se voit attribuer un des 15 niveaux de besoins hebdomadaires en aides et soins. Chaque niveau correspond à un intervalle de minutes. Le niveau accordé couvre les domaines des actes essentiels de la vie, en fonction de la situation de la personne dépendante et de ses besoins individuels.

5 QUELLES SONT LES VOIES DE RECOURS CONTRE LA DÉCISION DE LA CNS ?

Si vous n'êtes pas d'accord⁸ avec la décision de la Caisse nationale de santé (CNS), vous pouvez faire opposition à cette décision auprès du conseil d'administration de la CNS. Pour ce faire, il suffit d'adresser une lettre au président de la CNS dans les 40 jours qui suivent la notification de la décision. Elle doit être signée par la personne qui a demandé les prestations.

⁸ Pour plus d'information, voir également : <https://aec.gouvernement.lu/fr/l-assurance-dependance/procedure/voies-de-recours.html>

Vous recevrez alors une nouvelle décision. Si vous restez en désaccord avec ce qui a été décidé, vous pouvez introduire un recours auprès du Conseil arbitral de la sécurité sociale.

Cette nouvelle démarche doit être faite dans les 40 jours qui suivent la date de la notification de la décision. Le Conseil arbitral de la sécurité sociale statue en dernier ressort jusqu'à la valeur de 1 250€.

Si vous restez en désaccord avec la décision du Conseil arbitral de la sécurité sociale, vous pouvez faire appel auprès du Conseil supérieur de la sécurité sociale.

Vous disposez à nouveau d'un délai de 40 jours à partir de la date de notification de la décision pour introduire cet appel.

6 QUI PEUT BÉNÉFICIER DES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE ?

Tout comme l'assurance maladie, l'assurance dépendance est une assurance obligatoire.

Le cercle des bénéficiaires est d'ailleurs le même que celui de l'assurance maladie.

Si vous exercez au Luxembourg une activité professionnelle, soit en tant que salarié, soit en tant qu'indépendant, vous êtes assuré. Vous êtes également assuré, si vous travaillez au Luxembourg sans y résider (frontaliers notamment).

L'assurance s'étend aussi à votre conjoint ou partenaire, ainsi qu'à vos enfants.

Vous bénéficiez également des prestations de l'assurance dépendance si vous êtes bénéficiaire d'une pension, de l'allocation d'inclusion en matière de revenu d'inclusion sociale (REVIS) ou encore d'une indemnité de chômage.

Vous n'avez pas besoin de remplir un stage, à moins que vous n'ayez contracté une assurance facultative. Dans ce cas, la durée du stage d'assurance est de 1 an.

Il est aussi important de retenir que ce ne sont pas seulement les personnes âgées qui ont droit aux prestations de l'assurance dépendance. Celles-ci sont accordées indépendamment de l'âge de la personne concernée ; seul compte l'état de dépendance constaté.

7 À QUELLES PRESTATIONS AVEZ-VOUS DROIT ?

7.1. LES PRESTATIONS À DOMICILE

Si vous désirez rester chez vous et être soigné à domicile, vous pouvez vous adresser à un réseau d'aides et de soins⁹.

Un contrat sera conclu entre vous et le réseau d'aides et de soins qui s'engage à exécuter la synthèse de prise en charge¹⁰ établie par l'Administration d'évaluation et de contrôle (AEC).

Les prestations décrites ci-après fournies par le réseau, sont directement prises en charge par l'assurance dépendance. Vous n'avez donc pas besoin de payer le réseau d'aides et de soins. Celui-ci reçoit l'argent de la part de l'assurance dépendance. Ces prestations sont principalement des prestations en nature et accessoirement des prestations en espèces dans l'hypothèse où une partie des actes essentiels de la vie (AEV) en faveur de la personne dépendante est assurée par l'aidant¹¹.

Des actes supplémentaires de la part des infirmiers du réseau d'aides et de soins (pansements, piqûres...) restent à charge de l'assurance maladie.

7.1.1. L'assurance dépendance prend en charge des aides et des soins pour les actes essentiels de la vie (AEV)

Les AEV concernent les aides et soins dans les domaines suivants :

- **L'hygiène** : aide pour l'hygiène corporelle et buccale, le rasage et l'épilation du visage, l'hygiène menstruelle.
- **L'élimination** : aide lors de l'élimination, aide pour changer le sac de stomie ou vider le sac urinaire.
- **La nutrition** : aide pour manger et se hydrater, aide pour la nutrition entérale.
- **L'habillement** : aide pour mettre ou enlever les vêtements, aide pour installer et enlever le matériel de correction et de compensation.
- **La mobilité** : aide pour les transferts, les déplacements, l'accès et la sortie du logement, les changements de niveau.

Pour plus de détails sur les différents actes, il y a lieu de consulter le « référentiel des aides et soins » qui constitue l'annexe II du règlement grand-ducal modifié du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance¹².

Le référentiel des aides et soins est constitué de fiches descriptives des aides et soins dans le domaine des actes essentiels de la vie (AEV), des activités d'appui à l'indépendance (AAI), des activités d'accompagnement en établissement (AAE), des activités de maintien à domicile (AMD) et du matériel d'incontinence (FMI).

⁹ Des informations très utiles peuvent être trouvées sur le site www.luxsenior.lu ou par téléphone au numéro : +352 247-86000, du lundi au vendredi de 8.30 à 11.30 heures

¹⁰ La synthèse de la prise en charge remplace l'ancien « plan de prise en charge ».

¹¹ L'aidant est une tierce personne qui fournit intégralement ou partiellement les aides et soins à la personne dépendante à son domicile en dehors des réseaux d'aides et de soins.

¹² Règlement grand-ducal du 13 décembre 2017 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance (Mémorial A N° 1089 du 19 décembre 2017).

Ces fiches descriptives comprennent :

- **l'intitulé de l'acte ou de l'activité et son abréviation ;**
- **la définition**, qui détermine les caractéristiques de l'acte ou de l'activité ;
- **les conditions d'octroi**, qui spécifient les conditions pour la détermination de l'acte ou de l'activité ;
- **les règles de cumul**, qui précisent si l'acte ou l'activité peuvent être combinés avec d'autres actes ou activités du même domaine d'intervention ;
- **les références de l'acte ou de l'activité** avec la/les fréquence(s) journalière(s) pour la réalisation de l'acte, ainsi que le forfait hebdomadaire en minutes ou en heures correspondant.

7.1.2. L'assurance dépendance peut aussi vous accorder une aide dans le domaine des activités d'appui à l'indépendance (AAI)

Les AAI ont pour objet l'apprentissage ou l'entretien des capacités motrices, cognitives ou psychiques requises en vue de vous permettre de réaliser les actes essentiels de la vie ou de limiter l'aggravation de la dépendance pour ces mêmes actes.

Les AAI complètent les prestations d'aides et de soins pour les AEV, elles ne peuvent pas en être dissociées. Il doit donc y avoir un lien direct entre les activités d'appui à l'indépendance et les actes essentiels de la vie. Ce lien direct est à concevoir comme une intervention qui naît de l'intensité du risque de dégradation des fonctions physiques ou psychiques indispensables pour l'exécution des actes essentiels de la vie ou au maintien de ces fonctions.

Ces activités ne sont généralement pas de nature à réduire substantiellement votre dépendance pour les AEV et elles n'ont pas d'objectif rééducatif. Elles sont destinées à éviter que l'état de dépendance pour les AEV ne s'aggrave ou ne devienne d'avantage chronique.

Les AAI vous sont attribuées si les 2 conditions suivantes sont remplies :

- vous êtes capable de participer de façon active, mentalement ou physiquement, aux activités proposées ;
- vous présentez des capacités de compréhension et d'assimilation minimales nécessaires à l'apprentissage.

Les AAI sont cumulables avec les activités de maintien à domicile.

Les AAI peuvent être prestées en individuel ou en groupe en fonction de vos besoins et indépendamment du lieu de vie. Les conditions d'octroi des activités d'appui à l'indépendance n'imposent pas le détail du domaine d'intervention visé par la prestation pour permettre une flexibilité nécessaire répondant à des objectifs et besoins variables au cours du temps dans les différents AEV.

Les activités d'appui à l'indépendance prestées de façon individuelle sont prises en charge pour une durée ne pouvant pas dépasser 5 heures par semaine. Ces activités peuvent être prestées en groupe à hauteur de maximum 20 heures par semaine.

7.1.3. L'assurance dépendance peut aussi vous accorder une garde au domicile

Dans le cadre d'un maintien à domicile, l'AEC évalue et détermine les besoins en activités de gardes, soit individuelles, soit en groupe. Ces activités sont prises en charge lorsque vous vous voyez attribuer un des niveaux de besoins hebdomadaires en aides et soins si un besoin constant de surveillance et d'encadrement est retenu.

Ces activités de garde ont pour objectif d'assurer votre sécurité, d'éviter votre isolement social nuisible et d'assurer le répit de l'aidant.

7.1.3.1. Les activités de garde individuelle

Une activité de garde individuelle au domicile peut vous être accordée pour une durée maximale de 7 heures par semaine pour garde de jour. Cette durée peut être portée à 14 heures par semaine dans les cas d'une gravité exceptionnelle dûment constatée par l'AEC, sans que la durée de la prise en charge des activités d'appui à l'indépendance et de l'activité de garde individuelle ne puisse dépasser 14 heures par semaine.

L'activité peut être partiellement prestée en groupe en centre semi-stationnaire jusqu'à hauteur de 50% de la durée maximale annuelle non-augmentée, le 1/4 de la durée prestée en groupe étant comptabilisé dans la détermination de la durée maximale.

7.1.3.2. Les activités de garde en groupe

La garde en groupe consiste en un encadrement en-dehors du lieu de vie d'une personne dépendante (son domicile) et comprend des activités occupationnelles lorsque l'état général de la personne le permet. Dans la limite des capacités des personnes dépendantes, ces activités peuvent inclure des activités à l'extérieur des centres semi-stationnaires (centres de jour), y compris pour réaliser des courses ou des démarches administratives.

Lorsque concomitamment à votre maintien à domicile vous êtes également pris en charge par un centre semi-stationnaire, c-à-d, un établissement qui accueille les personnes dépendantes, durant le jour et qui leur assure les aides et soins, l'activité de garde en groupe est prise en charge pour une durée maximale de 40 heures par semaine, ce plafond étant réduit du nombre d'heures d'activités d'appui à l'indépendance prestées par semaine. Cette durée peut être portée à 56 heures par semaine lorsque vous avez besoin d'un encadrement spécifique et personnalisé nécessitant une surveillance soutenue. L'activité peut être partiellement prestée de façon individuelle au domicile jusqu'à hauteur de 50% de la durée maximale annuelle non-augmentée ou en déplacement à l'extérieur jusqu'à hauteur de 4 heures par semaine, le quadruple de la durée prestée en individuel étant comptabilisé dans la détermination de la durée maximale.

Si la synthèse de prise en charge retient la prise en charge d'une activité de garde individuelle ou en groupe de jour, la personne dépendante peut demander en outre la prise en charge d'une activité de garde individuelle à son domicile de nuit, à raison de 10 nuits par an, en cas d'absence momentanée de l'aidant figurant dans la synthèse de prise en charge ou en cas de certificat médical attestant un changement fondamental de l'état de santé de la personne dépendante justifiant une telle garde de nuit.

7.1.4. L'assurance dépendance peut aussi vous accorder des aides techniques¹³

7.1.4.1. Les aides techniques en général¹⁴

L'assurance dépendance peut prendre en charge des aides techniques « pour permettre à la personne **de maintenir ou d'accroître son autonomie de vie dans les domaines de l'hygiène corporelle, de la nutrition et de la préparation des repas, de la mobilité à l'intérieur et à l'extérieur du logement, de l'habillement, des activités d'assistance à l'entretien du ménage et de la communication verbale ou écrite** ». Elles peuvent répondre aux **besoins en matière de sécurité, de prévention et de soulagement des douleurs**. Elles ont aussi pour objectif **de faciliter la tâche des personnes qui assurent les aides et soins**. Il peut s'agir par exemple d'un fauteuil roulant, d'un lit médicalisé, d'un lève-personnes, ou d'autres aides techniques telles qu'un système vidéo agrandissant l'image pour une personne malvoyante, des aides à la communication etc.

¹³ <https://aec.gouvernement.lu/fr/l-assurance-dependance/prestations/aides-techniques.html> et <https://aec.gouvernement.lu/dam-assets/espaces-professionnels/guide-aides-techniques-standards/Guide-AT-standards-v082019.pdf>

¹⁴ Règlement grand-ducal modifié du 22 décembre 2006 déterminant : 1. Les modalités et les limites de la prise en charge des aides techniques par l'assurance dépendance ; 2. Les modalités et les limites de la prise en charge des adaptations du logement par l'assurance dépendance ; 3. Les produits nécessaires aux aides et soins (Mémorial A 2006, p.4816, Mémorial A 2010, p. 1262, Mémorial A 2017 N° 1092).

Les aides techniques sont mises gratuitement à disposition de la personne qui en a besoin. Le montant de la prise en charge ne peut néanmoins dépasser 28 000€ par aide technique.

Cette mise à disposition peut prendre deux formes :

- l'aide technique peut être louée par l'assurance dépendance auprès d'un fournisseur et mise à la disposition de la personne (prise en charge des frais de réparation par l'assurance dépendance) ;
- l'aide technique peut être achetée par l'assurance dépendance en faveur de la personne (pas de prise en charge des frais de réparation par l'assurance dépendance).

Le fournisseur est choisi et payé par l'assurance dépendance.

Seules les aides techniques inscrites sur une **liste** proposée par la Commission consultative et arrêtée par **règlement grand-ducal** sont prises en charge par l'assurance dépendance.

L'assurance dépendance prend également en charge les frais engagés pour l'installation et la mise en route des aides techniques ainsi que la formation s'y rapportant. Cette formation, destinée à vous et à votre aidant, peut être prise en charge à raison d'un total de 2 heures par an.

Les aides techniques ainsi que les frais engagés pour l'installation et la mise en route sont seulement pris en charge par l'assurance dépendance **sur avis préalable de l'Administration d'évaluation et de contrôle (AEC) de l'assurance dépendance**. L'assurance dépendance n'intervient pas lorsque l'aide technique a été achetée par la personne sans cet avis préalable.

L'assurance dépendance peut également prendre en charge des aides techniques pour des personnes qui n'atteignent pas le seuil des 3,5 heures dans les actes essentiels de la vie, mais qui, en raison d'une maladie ou d'une déficience dépassant 6 mois, présentent un besoin important et régulier d'aide pour les domaines cités ci-dessus.

Lorsque l'aide technique peut compenser le même besoin que l'adaptation du logement, le droit à l'aide technique est prioritaire.

7.1.4.2. Les aides pour les adaptations de voitures

A. Les conditions liées

Vous avez fait une demande au préalable à l'assurance dépendance. En effet, la prise en charge des aides techniques par l'assurance dépendance ainsi que les frais engagés pour leur mise en place n'est possible que sur avis préalable de l'Administration d'évaluation et de contrôle (AEC) de l'assurance dépendance.

B. La procédure

Votre référent AEC vous contacte pour :

- déterminer le requis par rapport à une adaptation de voiture éventuelle ;
- vous conseiller, le cas échéant, dans le choix de votre voiture. Il est en effet primordial de choisir judicieusement sa voiture pour pouvoir l'utiliser de façon optimale à l'avenir. La configuration spécifique de la voiture, en rapport avec vos besoins spécifiques, doivent être clarifiées en concertation avec votre référent AEC. Ainsi, vous pouvez éviter des problèmes en relation avec :
 - l'accessibilité à la voiture (p.ex. ouverture portière),
 - la hauteur du siège,
 - la hauteur du plafond,
 - l'accès au coffre.

En règle générale, seules les adaptations de voitures à utilisation privée sont prises en charge par l'assurance dépendance.

En ce qui concerne l'**adaptation du poste de conduite**, seules les adaptations mentionnées dans le permis de conduire peuvent faire l'objet d'une prise en charge par l'assurance dépendance.

Pour ces inscriptions sur le permis de conduire, veuillez prendre rendez-vous au :

Ministère de la Mobilité et des Travaux publics
Département de la mobilité et des transports - Commission médicale
Tél. : +352 247-84466

Une fois que les adaptations de voiture auront été déterminées en concertation avec votre référent AEC, vous pourrez contacter des firmes pour demander des devis.

Vous envoyez 2 devis au minimum à l'AEC (sauf pour la prise en charge d'une « boîte automatique », pour laquelle 1 devis est suffisant). Ces devis sont analysés par le référent de votre dossier, qui se réserve le droit de les faire adapter si nécessaire.

Les montants pris en charge dans le cadre de l'adaptation d'une voiture ne peuvent pas dépasser les montants inscrits à la liste figurant à l'annexe du règlement grand-ducal précité. Les positions de cette liste peuvent être cumulées sans pouvoir dépasser le montant de 28 000€.

Les adaptations pour voitures, à l'exception des sièges de voiture spécialement adaptés pour enfants, ne peuvent être renouvelées que tous les 5 ans. Les adaptations détruites ou endommagées par suite d'un accident du véhicule ne sont pas renouvelées par l'assurance dépendance en dehors de ce délai. Vous avez l'obligation d'assurer le risque de vol de votre voiture adaptée. Les convenances personnelles qui engendrent des frais supplémentaires sont à votre charge.

La Caisse nationale de santé (CNS) vous envoie une décision officielle avec mandat qui indique le montant de prise en charge ainsi que le(s) nom(s) de(s) entreprise(s) conforme(s). Vous renvoyez le mandat complété et signé à la CNS.

La CNS se charge de la commande auprès de l'entreprise que vous avez choisie.

La configuration retenue par votre référent AEC ne peut être modifiée par la suite sans accord préalable de l'AEC.

C. Divers types d'adaptations de voiture

- adaptation du poste de conduite ;
- accès du demandeur dans le véhicule ;
- accès du demandeur en fauteuil roulant dans le véhicule ;
- chargement du fauteuil roulant.

Si vous souhaitez connaître quelles firmes réalisent des adaptations automobiles, vous pouvez contacter :

Info-handicap
Coordinateur en accessibilité
65, avenue de la Gare
L-1611 Luxembourg
Tél. : +352 366 466-1 Fax : +352 360 885
E-mail : info@iha.lu

www.editus.lu
recherche : « Adaptation automobile »

7.1.4.3. Les aides pour des chiens guides d'aveugles

A. Conditions liées

- Vous devez faire une demande à l'assurance dépendance. Deux formulaires sont à remplir :
 - le rapport médical (R20) est à remplir par votre médecin traitant ;
 - sur le formulaire de demande, veuillez cocher la case « demande pour aides techniques ». Nous vous prions de préciser qu'il s'agit d'une demande pour chien guide d'aveugle.

La demande doit être adressée à :

Caisse nationale de santé (CNS)

Assurance dépendance

B.P. 1023

L-1010 Luxembourg

Votre demande n'est considérée complète qu'à partir de la date où les deux documents, le formulaire de demande et le rapport médical, seront parvenus à la CNS.

- Vos conditions de vie doivent être compatibles avec la garde d'un chien.

B. Évaluation de votre situation par l'AEC de l'assurance dépendance

Vous serez invité à vous présenter à l'Administration d'évaluation et de contrôle (AEC) à Luxembourg-Hollerich. Il s'agit d'évaluer, si vous remplissez les critères requis pour pouvoir bénéficier d'une subvention financière de l'assurance dépendance pour l'acquisition d'un chien guide d'aveugle en application du règlement grand-ducal modifié du 22 décembre 2006 déterminant 1. les modalités et les limites de la prise en charge des aides techniques par l'assurance dépendance (...).

C. Constitution par l'AEC du dossier destiné à l'école de chiens guides d'aveugles

L'AEC constitue également votre dossier de demande destiné à l'école de chiens guides d'aveugles. Votre dossier médical devra être complété par un bilan ophtalmologique et un bilan O.R.L. À cet effet, vous êtes invité à vous rendre dans un délai de 3 mois chez un ophtalmologue, ainsi qu'un médecin O.R.L. désignés par l'AEC.

D. Instruction de votre dossier par l'école de chiens guides d'aveugles (Association des Chiens Guides du Grand Est)

L'école de chiens guides d'aveugles

Si les conditions pour pouvoir bénéficier d'une subvention financière de l'assurance dépendance pour l'acquisition d'un chien guide d'aveugle sont remplies, votre dossier sera transmis à l'école de chiens guides d'aveugles à Woippy/Metz en France (Association des Chiens Guides du Grand Est).

L'école de chiens guides d'aveugles vous contactera et procédera à une évaluation. Vous devrez vous rendre dans leurs locaux pour subir un test de locomotion à l'aide d'une canne tactile dans un lieu inconnu et avoir un premier entretien avec les éducateurs. Suite à ce test et sur base du dossier de l'assurance dépendance, l'école jugera si vous êtes physiquement apte à vous déplacer avec un chien et si vous maîtrisez les techniques de locomotion.

L'école étudiera vos parcours habituels, afin de s'assurer qu'ils se font en toute sécurité. Elle viendra vous visiter à votre domicile pour connaître l'environnement dans lequel devra évoluer le futur chien guide. Vous serez invité à l'école pour un « essai chien » qui a pour but de valider le choix du chien proposé par les éducateurs.

Le stage et la remise du chien guide d'aveugle

Un stage de 2 à 3 semaines, dont la date sera fixée avec vous, sera prévu afin de vous former, ainsi que votre entourage, à l'utilisation du chien. Il se tiendra en partie à l'école et en partie à votre domicile. A la fin du stage vous signerez le contrat avec l'école de chiens guides d'aveugles (Association des Chiens Guides du Grand Est) et la remise officielle du chien aura lieu. Il faudra s'attendre à un délai supérieur à 1 an pour le déroulement de la procédure jusqu'à la remise du chien guide d'aveugle.

La subvention de l'assurance dépendance comprend le prix d'acquisition du chien, les frais d'élevage auprès d'une famille d'accueil, les frais de formation du chien guide et les frais d'acquisition du harnais. Il comprend en outre les frais d'initiation à la technique de guidance au harnais à l'école et au domicile du bénéficiaire, ainsi que le suivi du chien par l'école. Les frais de déplacement et de séjour à l'école sont à la charge du demandeur.

Le suivi et l'accompagnement

Vous serez suivi et accompagné par l'école de chiens guides d'aveugles (Association des Chiens Guides du Grand Est) pendant toute la durée de la carrière du chien soit 7 à 9 ans.

Les frais d'entretien, les frais de nourriture, les frais de vétérinaire ainsi que les frais de responsabilité civile pour dommages causés par des animaux, sont à la charge du bénéficiaire.

Le bénéficiaire doit s'engager à respecter les besoins du chien et à s'occuper du chien dans le respect de la législation relative à la protection des animaux.

► **Contacts et adresses utiles :**

Association des Chiens Guides du Grand Est

École de Woippy

10, avenue de Thionville

F-57140 Woippy/Metz

Tél. : +33 3 87 33 14 36

www.chiens-guides-est.org

Chiens Guides d'Aveugles au Luxembourg asbl

B.P. 2420

L-1024 Luxembourg

Tél. : +352 621 286 153

www.chienguide.org

7.1.4.4. Les aides pour les adaptations du logement¹⁵

A. Généralités

Des adaptations de votre logement peuvent être prises en charge pour vous permettre de maintenir ou d'accroître votre autonomie de vie dans les domaines de l'hygiène corporelle, de la préparation des repas et de la mobilité à l'intérieur et à l'extérieur du logement.

Quelques exemples d'adaptation du logement :

- installation d'une douche à la place d'une baignoire ;
- élargissement d'une porte afin de permettre le passage d'un fauteuil roulant ;
- installation d'un monte-escaliers ;
- installation d'une rampe en béton ;
- pose de matériaux anti-dérapage au sol etc.

¹⁵ <https://aec.gouvernement.lu/fr/l-assurance-dependance/prestations/adaptation-du-logement.html>

Les adaptations du logement sont prises en charge sur avis de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance.

Si le demandeur habite dans un logement en location qui n'est pas adapté à ses besoins, l'assurance dépendance peut participer à la **prise en charge du coût supplémentaire de loyer**, engendré par le déménagement dans un logement adapté ou adaptable. Le maximum de cette prise en charge s'élève à 350€ par mois. La participation mensuelle au loyer prend fin, lorsque le montant maximal de la prise en charge de 28.000€ est atteint.

B. Procédure

Conditions liées

Vous avez fait une demande au préalable à l'assurance dépendance.

Votre projet de vie est le maintien à domicile : Vous devrez occuper votre résidence adaptée durant la période qui vous sera notifiée sur votre décision officielle. Si vous déménagez sans raison impérieuse avant le terme, **vous devrez restituer le solde restant**. (Règlement grand-ducal modifié du 22 décembre 2006 déterminant (...) 2. les modalités et les limites de la prise en charge des adaptations du logement par l'assurance dépendance).

Vous êtes :

- propriétaire de votre habitation ,
- locataire ou copropriétaire : après accord de principe pour une adaptation du logement par l'Administration d'évaluation et de contrôle (AEC) de l'assurance dépendance, vous devez vous procurer un accord écrit du propriétaire, respectivement de la copropriété sur base d'un courrier que vous recevrez de l'AEC.

Élaboration du projet d'aménagement

1. Un expert de l'AEC effectue une visite à votre domicile. Cette personne sera votre référent AEC qui suivra votre dossier et cherchera avec vous les meilleures solutions. Si aucune aide technique ne pallie vos difficultés et si votre projet de vie est le maintien à domicile, une adaptation du logement peut être proposée par l'AEC. Pour réaliser une adaptation du logement, l'AEC travaille en collaboration avec l'ADAPTH asbl (Association pour le développement et la propagation d'aides techniques pour handicapé(e)s).
2. L'expert de l'ADAPTH passe chez vous pour analyser les différentes possibilités d'adaptation. Leurs partenaires ingénieurs ou architectes vérifient la faisabilité technique des solutions retenues et établissent une estimation du coût des travaux à réaliser.
3. Si plusieurs solutions sont proposées par l'ADAPTH, votre référent AEC vous contactera pour décider d'un commun accord du projet à retenir. Ce projet est détaillé par l'ADAPTH dans un « cahier de charges fonctionnel ».
4. Vous recevrez ce cahier de charges fonctionnel que vous devrez lire attentivement. Vous communiquez votre accord ou vos remarques par rapport à cette solution à votre référent AEC. Nous attirons votre attention sur le fait qu'après votre accord initial, toute modification ultérieure que vous apporterez à ce cahier des charges entraînera des frais d'expertise supplémentaires qui vous seront facturés.
5. Sur base de cet accord, un « cahier de charges technique » est réalisé par les partenaires de l'ADAPTH, dans lequel les détails techniques pour les entreprises sont transcrits.
6. Ce cahier de charges technique vous est envoyé en 2 exemplaires et doit faire l'objet de devis. Pour cela, vous devez contacter 2 entreprises différentes de votre choix. Si vous nécessitez une assistance dans vos démarches de recherche de devis, vous pouvez vous adresser à l'ADAPTH.
7. Vous renvoyez ces 2 devis complétés à votre référent AEC qui les analysera et les fera au besoin contrôler par l'ADAPTH.

Réalisation du projet d'aménagement

1. Vous recevez une décision officielle de la Caisse nationale de santé (CNS) indiquant le montant de prise en charge ainsi que les noms des entreprises conformes au cahier de charges.
2. Avant de charger une des entreprises retenues de la réalisation des travaux, il faut impérativement avertir l'ADAPTH de votre choix.
3. L'ADAPTH assurera le suivi de chantier tout au long des travaux.
4. Les factures des travaux réalisés sont à envoyer à l'ADAPTH pour analyse. Après vérification, celles-ci seront transmises à la CNS pour paiement aux entreprises.
5. Nous tenons à vous rendre attentif au fait que les travaux d'aménagement pourront entraîner certains désagréments et inconvénients. Les lieux à adapter seront non accessibles tout au long de la durée des travaux, en moyenne entre 1 à 3 semaines. De plus, des imprévus peuvent augmenter l'envergure des travaux et ainsi en prolonger la durée. Veuillez aussi noter que le chantier implique la présence d'ouvriers et peut causer poussières, saletés, bruit, etc.
6. La durée totale de la procédure peut varier de 6 à 24 mois, selon l'envergure du projet à réaliser.
7. La réception officielle du chantier se fera en présence de votre référent de l'AEC ou de l'ADAPTH.

Il est important de noter que toute adaptation du logement peut engendrer une révision de votre plan de prise en charge « aides et soins ».

► **Contact et adresse utile :**

**ADAPTH asbl -
Association pour le développement et la propagation d'aides techniques pour handicapé(e)s
Centre de compétence national pour l'accessibilité des bâtiments (CCNAB)**
36, rue de Longwy
L-8080 Bertrange
Tél. : +352 43 95 58-1 Fax : +352 43 95 58-99
www.adapth.lu

7.1.5. L'assurance dépendance peut aussi vous accorder des aides pour le matériel d'incontinence

Un montant forfaitaire de 14,32€ par mois vous est accordé en cas d'utilisation du matériel d'incontinence. Le montant correspondant au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1^{er} janvier 1948 est adapté suivant les modalités applicables aux traitements et pensions des fonctionnaires de l'État.

7.1.6. L'assurance dépendance peut vous accorder des activités d'assistance à l'entretien du ménage

L'assurance dépendance peut vous accorder des activités d'assistance à l'entretien du ménage si la personne dépendante se voit attribuer un des niveaux de besoins hebdomadaires en aides et soins (minimum 3,5 heures par semaine).

Les activités d'assistance à l'entretien du ménage de la personne dépendante sont prises en charge de manière forfaitaire à concurrence de 3 heures par semaine.

7.1.7. L'assurance dépendance peut prendre en charge la présence et l'encadrement d'un aidant

Ces prestations de l'assurance dépendance sont accordées si vous restez à votre domicile en dehors d'un réseau d'aides et de soins, et si vous êtes soigné intégralement ou partiellement par une ou plusieurs personnes de votre entourage. Ces personnes sont appelées « aidants ».

L'Administration d'évaluation et de contrôle (AEC) évalue les capacités et les disponibilités de l'aidant pour fournir au moins une fois par semaine les aides et soins dans les domaines des actes essentiels de la vie (AEV), ainsi que ses besoins d'encadrement et de formation. Cette évaluation se fait sur base de l'outil d'évaluation et de détermination et du référentiel, d'une fiche de renseignements dûment complétée et signée par l'aidant et d'un entretien individuel avec l'aidant.

L'évaluation permet d'apprécier les disponibilités de l'aidant compte tenu de sa situation professionnelle, de ses charges familiales, de la proximité géographique de son domicile par rapport à vous, d'évaluer ses aptitudes psychiques et physiques, ainsi que les possibilités de répit dont il dispose en dehors de la prise en charge par l'assurance dépendance. Une tierce personne ne peut pas être retenue comme aidant si elle se voit attribuer un des niveaux hebdomadaires de besoins en aides et soins à titre personnel.

Suite à l'évaluation du demandeur et de l'aidant, le cas échéant, l'AEC établit une synthèse de prise en charge détaillant les prestations.

Si, dans le cadre du maintien à domicile, l'AEC retient que les aides et soins pour les actes essentiels de la vie ou les activités d'assistance à l'entretien du ménage sont intégralement ou partiellement fournis par un aidant, elle établit dans la synthèse de prise en charge la répartition de l'exécution des prestations requises entre cet aidant et les prestataires des réseaux d'aides et de soins. Cette répartition reste valable jusqu'à une nouvelle synthèse établie suite à une réévaluation.

La répartition de l'exécution des prestations requises prend fin en cas d'indisponibilité de l'aidant à fournir les aides et soins requis constatée par l'AEC. Si cette indisponibilité de l'aidant est temporaire, les aides et soins requis sont fournis par les prestataires d'aides et de soins, sans que la synthèse de prise en charge ne soit modifiée.

Un règlement grand-ducal ¹⁶ définit l'outil d'évaluation et de détermination des prestations de l'assurance dépendance, le relevé-type et le référentiel des aides et soins utilisés dans le cadre des missions de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance et établit un formulaire type pour la synthèse de prise en charge. Le même règlement grand-ducal peut encore définir pour différentes pathologies et situations cliniques de manière forfaitaire le temps requis.

¹⁶ <https://aec.gouvernement.lu/fr/espace-professionnels/referentiel-des-aides-et-soins.html>

En tenant compte des prestations requises fournies par l'aidant, la prise en charge des aides et soins dans les domaines des actes essentiels de la vie (AEV) apportés par les prestataires des réseaux d'aides et de soins correspond à un des forfaits suivants :

Prise en charge des aides et soins dans les domaines des actes essentiels de la vie (AEV) apportés par les prestataires des réseaux d'aides et de soins	
Forfait 0	de 125 minutes lorsque le prestataire assure moins de 210 minutes par semaine
Forfait 1	de 280 minutes lorsque le prestataire assure entre 210 à 350 minutes par semaine
Forfait 2	de 420 minutes lorsque le prestataire assure entre 351 à 490 minutes par semaine
Forfait 3	de 560 minutes lorsque le prestataire assure entre 491 à 630 minutes par semaine
Forfait 4	de 700 minutes lorsque le prestataire assure entre 631 à 770 minutes par semaine
Forfait 5	de 840 minutes lorsque le prestataire assure entre 771 à 910 minutes par semaine
Forfait 6	de 980 minutes lorsque le prestataire assure entre 911 à 1 050 minutes par semaine
Forfait 7	de 1 120 minutes lorsque le prestataire assure entre 1 051 à 1 190 minutes par semaine
Forfait 8	de 1 260 minutes lorsque le prestataire assure entre 1 191 à 1 330 minutes par semaine
Forfait 9	de 1 400 minutes lorsque le prestataire assure entre 1 331 à 1 470 minutes par semaine
Forfait 10	de 1 540 minutes lorsque le prestataire assure entre 1 471 à 1 610 minutes par semaine
Forfait 11	de 1 680 minutes lorsque le prestataire assure entre 1 611 à 1 750 minutes par semaine
Forfait 12	de 1 820 minutes lorsque le prestataire assure entre 1 751 à 1 890 minutes par semaine
Forfait 13	de 1 960 minutes lorsque le prestataire assure entre 1 891 à 2 030 minutes par semaine
Forfait 14	de 2 100 minutes lorsque le prestataire assure entre 2 031 à 2 170 minutes par semaine
Forfait 15	de 2 230 minutes lorsque le prestataire assure 2 171 minutes par semaine ou au-delà

Vous avez également la possibilité pour demander le remplacement des prestations en nature pour les actes essentiels de la vie (AEV) et des activités d'assistance à l'entretien du ménage fournies par l'aidant par une prestation en espèces.

Sur base de la synthèse de prise en charge établie par l'AEC, les prestations en nature pour les actes essentiels de la vie et pour les activités d'assistance à l'entretien du ménage fournies par l'aidant peuvent être remplacées par une prestation en espèces correspondant à l'un des forfaits suivants :

Prise en charge des prestations en espèces pouvant remplacer en partie les aides et soins dans les domaines des actes essentiels de la vie (AEV) apportés par les prestataires des réseaux d'aides et de soins	
Forfait 1	de 12,50€ par semaine lorsque l'aidant assure moins de 61 minutes par semaine
Forfait 2	de 37,50€ par semaine lorsque l'aidant assure entre 61 et 120 minutes par semaine
Forfait 3	de 62,50€ par semaine lorsque l'aidant assure entre 121 et 180 minutes par semaine.
Forfait 4	de 87,50€ par semaine lorsque l'aidant assure entre 181 et 240 minutes par semaine
Forfait 5	de 112,50€ par semaine lorsque l'aidant assure entre 241 et 300 minutes par semaine
Forfait 6	de 137,50€ par semaine lorsque l'aidant assure entre 301 et 360 minutes par semaine
Forfait 7	de 162,50€ par semaine lorsque l'aidant assure entre 361 et 420 minutes par semaine
Forfait 8	de 187,50€ par semaine lorsque l'aidant assure entre 421 et 480 minutes par semaine
Forfait 9	de 212,50€ par semaine lorsque l'aidant assure entre 481 et 540 minutes par semaine
Forfait 10	de 262,50€ par semaine lorsque l'aidant assure 541 minutes par semaine ou plus

Ce remplacement prend fin en cas d'indisponibilité de l'aidant à fournir les aides et soins selon la synthèse de prise en charge constatée par l'AEC.

Pour les enfants jusqu'à l'âge de 8 ans accomplis et se trouvant dans un état de dépendance, la durée des prestations réalisées par l'aidant est affectée en outre d'un coefficient d'adaptation tenant compte des besoins supplémentaires par rapport à un enfant du même âge sain de corps et d'esprit. Les coefficients d'adaptation et les modalités d'application de la présente disposition sont déterminés par règlement grand-ducal¹⁷.

Les prestations en espèces ne sont pas soumises aux charges sociales et fiscales.

La personne dépendante bénéficiaire d'une prestation en espèces a droit au maintien de cette prestation au moment de l'ouverture du droit aux soins palliatifs.

¹⁷ Règlement grand-ducal du 18 septembre 2018 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 2006 fixant les modalités spécifiques de la détermination de la dépendance chez l'enfant (Mémorial A N° 875 du 27 septembre 2018).

COMMENTAIRES

Deux personnes peuvent avoir le même niveau de dépendance, mais des forfaits concernant les prestations en nature et les prestations en espèces différents étant donné que ces forfaits varient en fonction du partage des tâches entre le réseau d'aides et de soins et l'aidant.

Quelques explications peuvent être utiles pour une meilleure compréhension.

Niveaux de besoins hebdomadaires en aides et soins ou « Niveau de dépendance »

En fonction des besoins en **aides et soins dans les actes essentiels de la vie** (AEV), la personne dépendante se voit attribuer un des **15 niveaux** de besoins hebdomadaires en aides et soins.

Chacun de ces 15 niveaux correspond à un **intervalle de minutes de prise en charge** dont la **personne dépendante a droit pendant une semaine**.

Répartition des prestations

En cas de maintien à domicile, on parle de répartition des prestations s'il y a **intervention d'un réseau d'aides et de soins (RAS) et d'un aidant** pour assurer les aides et soins auprès de la personne dépendante. La **répartition des aides et soins** à fournir entre le RAS et l'aidant est **réalisée par le référent de l'Administration d'évaluation et de contrôle (AEC) lors de l'évaluation**.

La répartition des actes permettra de fixer les **forfaits de paiement** :

- le **forfait de prestations en nature** qui sera payé au réseau en échange de ses soins ;
- le **forfait de prestations en espèces** qui sera versé à la personne dépendante afin de dédommager l'aidant pour ses soins.

Prestation en espèces

Si la personne dépendante vit à domicile et qu'elle dispose d'un **aidant reconnu par l'AEC**, il est **possible de convertir une partie de la prestation en nature** (aide apportée par un réseau d'aides et de soins - RAS) **par une prestation en espèces**.

Seules les prestations en nature pour les **actes essentiels de la vie** et pour les **activités d'assistance à l'entretien du ménage** peuvent être remplacées par une prestation en espèces.

Il existe **10 forfaits** de prestations en espèces différents, selon l'importance de la prise en charge assurée par l'aidant. Ce **forfait est alloué à la personne dépendante**. Il est destiné à rémunérer l'aidant qui apporte les aides et soins.

Les prestations en espèces sont dues **à partir de la date de la notification de la décision** si le demandeur est reconnu comme dépendant et si la personne privée assurant les aides et soins est reconnue comme aidant.

Prestation en nature

Dans le cadre de l'assurance dépendance, lorsqu'on évoque l'aide apportée par un **service professionnel (réseau d'aides et de soins, centre semi-stationnaire ou établissement)**, on parle de prestation en nature.

Il existe **16 forfaits** différents selon l'importance des aides et soins requis dans le domaine des actes essentiels de la vie. Ce forfait est directement payé par la CNS aux établissements. Le cas échéant, les frais relatifs aux différentes activités accordées sont également directement payés à l'établissement.

La **prestation en nature est due** à partir de la date de la demande si le demandeur est reconnu comme dépendant.

7.1.8. L'assurance dépendance peut vous accorder une assistance à l'entretien du ménage

Cette assistance consiste à vous aider à maintenir la salubrité des lieux de vie de votre domicile (salle de bains, cuisine, chambre à coucher, salon, salon à manger) et à veiller à l'approvisionnement de base, soit à :

- nettoyer et à ranger les pièces de vie ;
- faire la vaisselle et à nettoyer l'équipement de la cuisine ;
- s'assurer de la comestibilité des aliments ;
- acheter les denrées alimentaires et les produits de première nécessité ;
- changer la literie ;
- laver et repasser le linge.

L'acte « activités d'assistance à l'entretien du ménage » est cumulable avec les « activités d'appui à l'indépendance (AAI) » et avec toutes les formes d'activités de maintien à domicile.

Les activités d'assistance à l'entretien du ménage sont prises en charge de manière forfaitaire à concurrence de 3 heures par semaine.

7.1.9. L'assurance dépendance peut vous accorder des prestations si vous bénéficiez de soins palliatifs¹⁸

Si vous voulez être admis en soins palliatifs, vous ne devez **pas introduire une demande « assurance dépendance »** et passer par une évaluation de la part de l'AEC, mais demander à votre médecin de présenter une « déclaration en vue de l'obtention des soins palliatifs » au Contrôle médical de la sécurité sociale.

En sus des actes médicaux prévus par l'assurance maladie qui sont couverts selon les règles prévues dans les statuts de la Caisse nationale de santé, vous avez droit aux prestations de l'assurance dépendance, à l'exception des adaptations de votre logement (voir point 7.1.4.4.).

Les aides et soins dans les domaines des AEV fournis par les prestataires des réseaux d'aides et de soins sont pris en charge suivant un forfait correspondant à 780 minutes de besoins en aides et soins. Les autres prestations auxquelles vous avez droit sont prises en charge dans les limites prévues aux points 7.1.7., 7.2. et 7.3. Le règlement grand-ducal¹⁹ définit les conditions et les modalités suivant lesquelles les aides techniques sont prises en charge pour les personnes bénéficiaires de soins palliatifs (voir point 7.1.4. ci-avant).

Les personnes déjà bénéficiaires de l'assurance dépendance et touchant une prestation en espèces maintiennent leur droit à cette prestation au moment de l'ouverture du droit aux soins palliatifs.

¹⁸ Pour de plus amples informations, voir aussi <http://sante.public.lu/fr/droits/fin-vie/accompagnement/index.html> et <https://cns.public.lu/fr/assure/vie-privee/fin-vie/soins-palliatifs.html>

¹⁹ Règlement grand-ducal modifié du 22 décembre 2006 déterminant : 1. Les modalités et les limites de la prise en charge des aides techniques par l'assurance dépendance ; 2. Les modalités et les limites de la prise en charge des adaptations du logement par l'assurance dépendance ; 3. Les produits nécessaires aux aides et soins (Mémorial A 2006, p.4816, Mémorial A 2010, p. 1262, Mémorial A 2017 N° 1092).

7.2. LES PRESTATIONS EN MILIEU STATIONNAIRE

Si vous vivez dans un établissement à séjour continu²⁰ et vous recevez des aides et des soins dans cet établissement, l'assurance dépendance prend en charge les prestations suivantes.

7.2.1. Les aides et soins dans les domaines des actes essentiels de la vie (AEV)

Lorsque vous recevez les aides et soins pour les actes essentiels de la vie dans un établissement à séjour continu, la prise en charge des prestations requises arrêtées dans la synthèse de prise en charge se fait intégralement en application des forfaits suivants :

Prise en charge des aides et soins dans les domaines des AEV apportés par les prestataires des réseaux d'aides et de soins	
Forfait 1	de 280 minutes lorsque le prestataire assure entre 210 à 350 minutes par semaine
Forfait 2	de 420 minutes lorsque le prestataire assure entre 351 à 490 minutes par semaine
Forfait 3	de 560 minutes lorsque le prestataire assure entre 491 à 630 minutes par semaine
Forfait 4	de 700 minutes lorsque le prestataire assure entre 631 à 770 minutes par semaine
Forfait 5	de 840 minutes lorsque le prestataire assure entre 771 à 910 minutes par semaine
Forfait 6	de 980 minutes lorsque le prestataire assure entre 911 à 1 050 minutes par semaine
Forfait 7	de 1 120 minutes lorsque le prestataire assure entre 1 051 à 1 190 minutes par semaine
Forfait 8	de 1 260 minutes lorsque le prestataire assure entre 1 191 à 1 330 minutes par semaine
Forfait 9	de 1 400 minutes lorsque le prestataire assure entre 1 331 à 1 470 minutes par semaine
Forfait 10	de 1 540 minutes lorsque le prestataire assure entre 1 471 à 1 610 minutes par semaine
Forfait 11	de 1 680 minutes lorsque le prestataire assure entre 1 611 à 1 750 minutes par semaine
Forfait 12	de 1 820 minutes lorsque le prestataire assure entre 1 751 à 1 890 minutes par semaine
Forfait 13	de 1 960 minutes lorsque le prestataire assure entre 1 891 à 2 030 minutes par semaine
Forfait 14	de 2 100 minutes lorsque le prestataire assure entre 2 031 à 2 170 minutes par semaine
Forfait 15	de 2 230 minutes lorsque le prestataire assure 2 171 minutes par semaine ou au-delà

Les AEV arrêtés dans la synthèse de prise en charge ne peuvent être facturés, même si ceux-ci avaient été refusés par la personne dépendante ou qu'ils dépassent le forfait prévu. Cette règle ne s'applique pas si la personne dépendante sollicite des aides et soins relevant d'un domaine des AEV non prévu à la synthèse de prise en charge²¹.

²⁰ Les établissements à séjour continu hébergent les personnes de jour et de nuit et leur assurent l'intégralité des aides et soins dont ils ont besoin p.ex. maisons de soins ou centres intégrés pour personnes âgées.

²¹ <http://www.copas.lu/thematiques/lassurance-dependance/convention-cadre/>

7.2.2. Les activités d'appui à l'indépendance (AAI)

Ces activités ont pour objet l'apprentissage ou l'entretien des capacités motrices, cognitives ou psychiques requises en vue de réaliser les actes essentiels de la vie ou de limiter l'aggravation de la dépendance pour ces mêmes actes.

Les AAI sont attribuées si les deux conditions suivantes sont remplies :

- la personne dépendante est capable de participer de façon active, mentalement ou physiquement, aux activités proposées ;
- la personne dépendante présente des capacités de compréhension et d'assimilation minimales avec les activités d'accompagnement en établissement.

Les AAI sont cumulables avec les activités d'accompagnement en établissement.

Les AAI prestées de façon individuelle sont prises en charge pour une durée ne pouvant pas dépasser 5 heures par semaine. Ces activités peuvent être prestées en groupe à hauteur de maximum vingt heures par semaine.

7.2.3. L'assurance dépendance peut prendre en charge les activités d'accompagnement lorsque vous séjournez en établissement d'aides et de soins (AAE)

Les AAE consistent en un encadrement durant la journée d'une personne dépendante. Elles ont pour objectif de garantir la sécurité de la personne dépendante ne pouvant pas rester seule de façon prolongée ou visent à éviter un isolement social nuisible. Elles aident à structurer le déroulement de la journée de la personne dépendante et permettent une participation à des activités occupationnelles ou sociales. Elles sont prestées en collectivité.

Les AAE sont attribuées aux personnes dépendantes prises en charge en établissement d'aides et de soins.

L'acte « activités d'accompagnement en établissement » est cumulable avec les activités d'appui à l'indépendance.

L'activité d'accompagnement dont vous avez besoin dans un établissement à séjour continu est prise en charge suivant un forfait correspondant à 4 heures par semaine. Ce forfait peut être porté à 10 heures par semaine dans le cas où vous avez besoin d'un encadrement spécifique et personnalisé nécessitant une surveillance soutenue.

7.2.4. L'assurance dépendance peut vous accorder des aides techniques

L'octroi des aides techniques diffère suivant le lieu de séjour du bénéficiaire. Des aides techniques peuvent être prises en charge par l'assurance dépendance à des personnes séjournant en établissement d'aides et de soins ou en logement encadré, mais la prise en charge est plus restrictive (cf. liste des aides techniques prises en charge par l'assurance dépendance annexée au règlement grand-ducal modifié du 22 décembre 2006 ²²). En effet, les établissements d'aides et de soins et les logements encadrés doivent disposer d'une série d'aides techniques, conformément aux agréments requis au titre de la législation réglant les relations entre l'État et les organismes œuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique.

Exemples d'aides techniques : cadre de marche, fauteuil roulant etc.

²² Règlement grand-ducal du 13 décembre 2017 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 22 décembre 2006, Mémorial A, N° 1092 du 19 décembre 2017.

7.3. L'ASSURANCE DÉPENDANCE PEUT VOUS ACCORDER DES PRESTATIONS LORSQUE VOUS ÊTES EN SÉJOUR INTERMITTENT

Lorsque la personne dépendante reçoit les aides et soins dans un établissement d'aides et de soins à séjour intermittent²³, elle a droit aux prestations visées au point 7.2. pour les périodes de séjour dans cet établissement et aux prestations visées au point 7.1. pour les périodes de séjour à domicile.

Lorsque la personne dépendante se trouve dans un établissement dont le financement incombe au budget de l'État, elle a toutefois droit, pour les périodes de séjour à domicile, aux prestations visées au point 7.1.

8 SOUS QUELLES CONDITIONS VOS PRESTATIONS SONT-ELLES PRISES EN CHARGE PAR L'ASSURANCE DÉPENDANCE ?

Les prestations de l'assurance dépendance sont dues au plus tôt à partir du jour de la présentation de la demande comprenant le formulaire de demande accompagné, le cas échéant, par la fiche de renseignements relatifs à l'aidant et le rapport du médecin traitant dûment remplis.

Les prestations peuvent être accordées pour une durée déterminée ou pour une durée indéterminée.

On distingue deux sortes de prestations : les prestations en nature et les prestations en espèces.

8.1. LES PRESTATIONS EN NATURE À DOMICILE ET EN ÉTABLISSEMENT²⁴

8.1.1. Si la personne dépendante vit à domicile

Dans le cas où seul un réseau d'aides et de soins (RAS) intervient, le forfait de prise en charge pour les prestations en nature dans le domaine des actes essentiels de la vie (AEV) est directement payé par la Caisse nationale de santé (CNS) au RAS. Le cas échéant, les frais relatifs aux différentes activités accordées sont également directement payés au RAS.

Si un RAS et un aidant interviennent dans la prise en charge, la répartition des aides et soins requis, c'est-à-dire la répartition entre ce qui est réalisé par le RAS et ce qui est réalisé par l'aidant est retenue dans la synthèse de prise en charge. En fonction de la répartition retenue, les forfaits respectifs des prestations en nature et des prestations en espèces seront payés directement par la CNS au RAS pour la prestation en nature et directement par la CNS à la personne dépendante pour ce qui est de la prestation en espèces.

²³ Voir Partie III, point 6.2.2. ci-après

²⁴ <https://aec.gouvernement.lu/fr/l-assurance-dependance/prestations/prestations-en-nature.html>

8.1.2. Si la personne dépendante vit dans un établissement pour personnes âgées ou pour personnes en situation de handicap

L'assurance dépendance prend en charge les frais des aides et soins requis dans les actes essentiels de la vie par la personne dépendante : le forfait de prise en charge pour les prestations en nature dans le domaine des actes essentiels de la vie est directement payé par la CNS aux établissements. Il existe **15 forfaits différents selon l'importance des aides et soins requis**. Le cas échéant, les frais relatifs aux différentes activités accordées sont également directement payés à l'établissement.

Le **prix de pension** en revanche (qui comprend les frais de location de la chambre, les frais de nourriture et d'encadrement) - et dont le montant varie en fonction des différents établissements, est toujours **à charge de la personne vivant dans un établissement**, qu'elle soit dépendante ou non.

8.2. LES PRESTATIONS EN ESPÈCES ²⁵

Si la personne dépendante vit à domicile, **la loi prévoit qu'une personne qui participe aux aides et soins de manière régulière, et au moins une fois par semaine peut être retenu, dans certaines conditions, comme aidant.**

Cet aidant peut être un proche ou une personne privée que vous avez engagée. Pour qu'un **remplacement des prestations en nature** (aide apportée par un réseau d'aides et de soins) **par une prestation en espèces** soit possible, **il faut que cet aidant soit identifié et évalué par l'Administration d'évaluation et de contrôle.**

Seules les prestations en nature pour les actes essentiels de la vie et pour les activités d'assistance à l'entretien du ménage peuvent être remplacées par une prestation en espèces. Il existe **10 forfaits de prestations en espèces différents, selon l'importance de la prise en charge assurée par l'aidant.**

Les prestations en espèces sont payées après le terme échu.

Le paiement peut être subordonné à la production d'un certificat de vie.

Le paiement de la prestation en espèces prend fin le jour de la décision de l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance suite au constat de l'indisponibilité de l'aidant. Si cette indisponibilité constatée est temporaire, le paiement de la prestation en espèces est suspendu pendant les périodes où les aides et soins requis sont fournis par les prestataires d'aides et de soins.

Le paiement se fait par virement postal ou bancaire sur le compte du bénéficiaire ou, en cas d'enfant mineur, d'une personne placée sous tutelle ou sous curatelle, sur le compte de la personne légalement autorisée. Les frais sont à charge du bénéficiaire.

Certains groupes de personnes peuvent bénéficier de l'assurance dépendance et toucher une prestation en espèces forfaitaire ²⁶ sous d'autres conditions.

Il s'agit de :

- personnes atteintes d'une baisse de l'acuité visuelle ;
- personnes ayant des difficultés à communiquer en raison de graves problèmes d'audition, d'aphasie, de dysarthrie et celles ayant subi une laryngectomie ;
- personnes atteintes d'une forme symptomatique de spina bifida.

Une fois que les critères d'octroi de baisse de l'acuité auditive ou visuelle ont été évalués par un médecin spécialiste ORL ou ophtalmologue, agréé par l'Administration d'évaluation et de contrôle (AEC) de l'assurance dépendance, la personne peut bénéficier d'une prestation en espèces forfaitaire.

²⁵ <https://aec.gouvernement.lu/fr/l-assurance-dependance/prestations/prestations-en-especes.html>

²⁶ <https://aec.gouvernement.lu/fr/l-assurance-dependance/prestations/prestations-en-especes/dispositions-particulieres.html> et www.legilux.public.lu/eli/etat/leg/rgd/2017/12/13/a1089/jo

9 DANS QUELLES HYPOTHÈSES ET COMMENT VOS BESOINS EN AIDES ET SOINS PEUVENT-ILS ÊTRE RÉÉVALUÉS ?

9.1. LES HYPOTHÈSES DANS LESQUELLES LES BESOINS DE LA PERSONNE DÉPENDANTE PEUVENT ÊTRE RÉÉVALUÉS ²⁷

À l'initiative de l'Administration d'évaluation et de contrôle (AEC), une réévaluation de vos besoins peut avoir lieu dans les conditions et d'après les modalités suivantes :

1. lorsque l'exécution des prestations requises dans les domaines des actes essentiels de la vie (AEV) arrêtées dans la synthèse de prise en charge est intégralement assurée par un prestataire, la réévaluation est effectuée au plus tôt 2 ans après la notification de la décision définitive de prise en charge ;
2. lorsque l'exécution des prestations requises arrêtées dans la synthèse de prise en charge est intégralement ou partiellement assurée à votre domicile par un aidant, la réévaluation est effectuée au plus tôt 1 an après la notification de la décision définitive de prise en charge ;
3. lorsque vous quittez votre domicile pour être prise en charge dans un établissement d'aides et de soins, la réévaluation est effectuée dans les 6 mois de votre admission ;
4. lorsque vous introduisez une demande pour des aides techniques ou des adaptations du logement, l'AEC peut réévaluer l'ensemble de vos besoins ;
5. lorsque l'AEC constate un changement fondamental des circonstances, elle peut procéder à une réévaluation de vos besoins.

À la demande motivée de votre part, des membres de votre famille, de l'aidant ou d'un prestataire, ainsi qu'à l'initiative de l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance, l'AEC apprécie de l'opportunité d'une réévaluation de vos besoins. Une demande de réévaluation des prestations n'est recevable qu'après un délai d'un an depuis la notification de la décision définitive de prise en charge, à moins qu'il ne résulte du rapport médical du médecin joint à la demande que, dans l'intervalle, il y a eu un changement fondamental des circonstances.

²⁷ <https://aec.gouvernement.lu/dam-assets/espaces-professionnels/guide-m%C3%A9tier/GuideMetierMysecuV0000original.pdf>

9.2. LES MODALITÉS DE LA RÉÉVALUATION DES BESOINS ET DE LA DÉTERMINATION DES PRESTATIONS

La réévaluation des besoins et la détermination des prestations requises se fait suivant les mêmes critères qu'au moment de la demande initiale des prestations par l'assurance dépendance.

Lorsque l'exécution des prestations requises arrêtées dans la synthèse de prise en charge est intégralement ou partiellement assurée par un prestataire, la réévaluation des besoins et la détermination des prestations requises peut être confiée au prestataire à la demande de l'AEC. L'AEC révisé et complète les données recueillies au moyen de l'outil d'évaluation et de détermination des prestations de l'assurance dépendance, le cas échéant.

Sur base de la réévaluation des besoins et de la détermination des prestations requises, l'AEC établit une nouvelle synthèse de prise en charge.

9.3. LA DATE D'EFFET DE LA RÉÉVALUATION

La décision portant augmentation des prestations prend effet le premier jour de la semaine de la présentation de la demande.

La décision portant réduction des prestations n'est applicable que le premier jour de la semaine suivant immédiatement celle au cours de laquelle elle a été notifiée.

10 DANS QUELLES HYPOTHÈSES LES PRESTATIONS VOUS PEUVENT-ELLES ÊTRE RETIRÉES ?

Toute prestation d'assurance dépendance est supprimée si les conditions qui l'ont motivée viennent à défaillir.

Si les éléments de calcul se modifient ou s'il est constaté qu'elle a été accordée par suite d'une erreur matérielle, la prestation est relevée, réduite ou supprimée.

La restitution des prestations est obligatoire, si vous avez provoqué leur attribution en alléguant des faits inexacts ou en dissimulant des faits importants ou si vous avez omis de signaler de tels faits après attribution.

La décision de restitution ne peut être prise qu'après que vous ayez été entendu soit verbalement, soit par écrit.

Les prestations en espèces sont retirées ou réduites s'il appert d'un avis de l'AEC qu'elles ne sont pas employées aux fins spécifiées sans préjudice d'une augmentation correspondante des prestations en nature.

Pour toutes les décisions de retrait, de réduction ou de suppression des prestations de l'assurance dépendance, l'avis de l'AEC doit être demandé.

11 QUEL EST LE DÉLAI DE PRESCRIPTION DES PRESTATIONS ?

L'action des prestataires d'aides et de soins pour leurs prestations à l'égard des assurés ou de l'organisme chargé de la gestion de l'assurance dépendance se prescrit par 2 années à compter de la date des services rendus.

L'action des assurés à l'égard de l'assurance se prescrit dans le même délai à compter de l'ouverture du droit.

12 DANS QUELLES HYPOTHÈSES LES PRESTATIONS PEUVENT-ELLES ÊTRE SUSPENDUES OU CESSER ?

Les prestations en nature sont suspendues pendant un séjour à l'hôpital. Le droit à la prestation en espèces touchée la semaine précédant l'hospitalisation est maintenu pendant les 3 semaines qui suivent cette admission. Toutefois, en cas de séjours successifs, le maintien du droit aux prestations en espèces ne peut dépasser 21 jours par année.

Par dérogation à l'alinéa 1^{er}, la personne dépendante prise en charge par un centre de rééducation fonctionnelle et de réadaptation peut bénéficier des prestations en nature nécessaires au maintien à domicile pour le temps passé en dehors de ce centre à charge de l'assurance dépendance. Les prestations sont accordées suite à un avis de l'AEC.

13 DANS QUELLE MESURE LES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE PEUVENT-ELLES CONCOURIR AVEC D'AUTRES PRESTATIONS ?

Les prestations de l'assurance dépendance ne sont pas dues lorsque vous bénéficiez des prestations de même nature dues au titre de l'assurance maladie. Cependant lorsqu'un droit à la prise en charge d'aides techniques est ouvert au titre de l'assurance dépendance, ce droit est prioritaire.

Les prestations de l'assurance dépendance ne sont pas dues lorsque vous bénéficiez des prestations de même nature dues par l'assurance accident, la législation sur les dommages de guerre, la législation relative aux personnes handicapées et la législation relative à l'éducation différenciée.

Les aides prévues concernant l'aide au logement sont suspendues jusqu'à concurrence de la prise en charge des adaptations du logement prévue par l'assurance dépendance.

14 DANS QUELLE MESURE LES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE PEUVENT-ELLES CONCOURIR AVEC L'ASSISTANCE ?

Les dispositions concernant l'assurance dépendance ne modifient ni les obligations légales de l'État, des communes et des offices sociaux de secourir les personnes nécessiteuses, ni les obligations légales, statutaires, contractuelles ou testamentaires concernant l'assistance des personnes assurées ou de leurs survivants.

Toutefois, l'État, la commune ou l'office social qui ont secouru un indigent pour une période pendant laquelle celui-ci avait droit aux prestations de l'assurance dépendance, pourront se faire rembourser leurs dépenses dans les limites des prestations légalement prévues.

L'organisme chargé de la gestion de l'assurance dépendance est tenu d'informer, sur demande, les organismes d'assistance si et dans quelle étendue des personnes que ceux-ci ont secourues, ont droit aux prestations légalement prévues.

15 DANS QUELLE MESURE L'ASSURANCE DÉPENDANCE EST-ELLE SUBROGÉE DANS VOS DROITS EN CAS DE RÉPARATION D'UN DOMMAGE OCCASIONNÉ PAR UN TIERS ET PRIS EN CHARGE PAR CELLE-CI ?

Si les personnes assurées ou leurs ayants droit peuvent réclamer, en vertu d'une disposition légale, la réparation du dommage qui leur est occasionné par un tiers, le droit passe à l'organisme chargé de la gestion de l'assurance dépendance jusqu'à concurrence des prestations et pour autant qu'il concerne les éléments de préjudice couverts par l'assurance dépendance.

L'alinéa 1^{er} ne s'applique pas à la réparation de dommages causés par des faits dommageables survenus avant le 1^{er} janvier 1999.



FINANCEMENT DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE



1 COMMENT L'ASSURANCE DÉPENDANCE EST-ELLE FINANCÉE ?

Pour faire face aux charges qui lui incombent, l'assurance dépendance applique le système de la répartition des charges avec constitution d'une réserve qui ne peut être inférieure à 10% du montant annuel des dépenses courantes.

En dehors des revenus de placement et d'autres ressources diverses, les ressources nécessaires au financement de l'assurance sont constituées :

1. par une contribution de l'État en raison de 40% des dépenses totales, y compris la dotation à la réserve ;
2. par une contribution spéciale consistant dans le produit de la taxe « électricité » imputable à tout client final, autoproduction comprise, qui affiche une consommation annuelle supérieure à 25 000 kWh, à charge du secteur de l'énergie électrique, qui est affectée au financement de l'assurance dépendance ;
3. pour le restant par une contribution dépendance de 1,4% prélevée sur les revenus professionnels et les revenus de remplacement par les personnes assurées.

2 QUI PAIE LA CONTRIBUTION DÉPENDANCE ET COMMENT EST-ELLE CALCULÉE ?

L'assiette de la contribution dépendance est constituée par les revenus professionnels et les revenus de remplacement ainsi que les revenus du patrimoine. Il n'existe pas de plafond et la contribution n'est pas déductible fiscalement.

Si vous êtes salarié, fonctionnaire, bénéficiaire d'une pension, de l'allocation d'inclusion REVIS ou d'indemnités de chômage, la contribution dépendance est calculée sur votre revenu professionnel ou de remplacement, après déduction de $\frac{1}{4}$ du salaire social minimum (536,25€ à partir du 1^{er} janvier 2020).

En cas de travail à temps partiel, cet abattement est proratisé en fonction du nombre d'heures déclarées par rapport à 173 heures. Il en est de même de l'abattement sur les revenus de remplacement soumis à la contribution dépendance et notamment sur l'indemnité pécuniaire de maladie.

Si vous êtes retraité et si vous exercez une activité professionnelle salariée ou une activité y assimilée, l'abattement est opéré sur le revenu professionnel et proratisé comme décrit ci-dessus. Le restant éventuel de l'abattement est imputé sur la pension.

La contribution dépendance est établie et perçue par le Centre commun de la sécurité sociale (CCSS). Elle est retenue par l'employeur ou l'institution qui verse le revenu de remplacement.

Si vous touchez des revenus du patrimoine (loyers, dividendes, parts de bénéfice...), la contribution est également prélevée sur ces revenus. Cependant, l'abattement de $\frac{1}{4}$ du salaire social minimum ne s'applique pas. En outre, la contribution dépendance n'est pas à considérer comme impôt sur le revenu et ne rentre pas parmi les dépenses d'exploitation, les frais d'obtention ou les dépenses spéciales prévus dans le cadre de l'impôt sur le revenu.

L'établissement et la perception pour le compte de l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance de la contribution dépendance sur les revenus du patrimoine incombe à l'Administration des contributions directes.



ORGANISATION DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE



1 QUI ASSUME LA GESTION DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE ?

La gestion de l'assurance dépendance est assumée par la Caisse nationale de santé (CNS).

1.1. QUELLES SONT LES MISSIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA CNS ?

Le conseil d'administration a pour mission :

1. de statuer sur le budget annuel et le décompte annuel des recettes et des dépenses de l'assurance dépendance, à approuver par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale sur avis de l'autorité de surveillance ;
2. de préparer les négociations à mener par le président ou son délégué avec les prestataires d'aides et de soins et de se prononcer sur le résultat de ces négociations ;
3. de prendre les décisions individuelles en matière de prestations.

Les décisions du conseil d'administration sont prises à la majorité des voix.

1.2. QUELLES SONT LES VOIES DE RECOURS CONTRE UNE DÉCISION DE LA CNS EN MATIÈRE D'ASSURANCE DÉPENDANCE ?²⁸

À la demande de l'assuré, toute question à portée individuelle peut faire l'objet d'une décision du président de la Caisse nationale de santé ou de son délégué. Cette décision est acquise à défaut d'une opposition écrite de l'intéressé dans les quarante jours de la notification. L'opposition est vidée par le conseil d'administration.

Les demandes en obtention de prestations et les oppositions formées à la suite d'une décision du président de la Caisse nationale de santé ou de son délégué sont régulièrement posées si elles émanent du demandeur lui-même, de son représentant légal, de son partenaire ou d'une des personnes ayant qualité de représenter le demandeur à l'audience des justices de paix. Le représentant, s'il n'est avocat, doit justifier d'une procuration écrite.

Les prérogatives visées à l'alinéa précédent peuvent être également exercées par les délégués des organisations professionnelles ou syndicales dûment mandatés.

Les demandes en obtention de prestations sont encore régulièrement posées si sur le formulaire de demande dûment complété, le médecin traitant du demandeur certifie une incapacité d'agir de ce dernier et si le médecin certifie avoir procédé à la déclaration nécessitant le placement du demandeur sous la sauvegarde de justice.

Les décisions prises en matière de prestations par le conseil d'administration sont susceptibles d'un recours devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale.

²⁸ Pour plus d'informations, voir également : <https://aec.gouvernement.lu/fr/l-assurance-dependance/procedure/voies-de-recours.html>

Le Conseil arbitral de la sécurité sociale statue en dernier ressort jusqu'à la valeur de 1 250€ et à charge d'appel, lorsque la valeur du litige dépasse cette somme. L'appel est porté devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale.

2 QUEL EST LE RÔLE DE L'ADMINISTRATION D'ÉVALUATION ET DE CONTRÔLE DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE (AEC) ?

2.1. QUEL EST LE STATUT DE L'AEC ?

L'AEC constitue une administration de l'État dénommée placée sous l'autorité du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale et qui a, dans le cadre des prestations de l'assurance dépendance, des missions d'évaluation, de contrôle et de conseil.

2.2. QUELLES SONT LES MISSIONS DE L'AEC ?

L'AEC émet des avis, détermine les aides et soins de la personne dépendante et établit la synthèse de prise en charge.

Tous les 2 ans, l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance :

- contrôle et mesure l'adéquation entre les prestations effectivement dispensées et les prestations requises arrêtées dans la synthèse de prise en charge au moyen de la documentation de la prise en charge fournie par les prestataires de soins et, le cas échéant, d'une visite auprès de la personne dépendante ;
- contrôle la qualité des prestations fournies à la personne dépendante au moyen d'indicateurs, au moyen de la documentation de la prise en charge fournie par les prestataires de soins et, le cas échéant, d'une visite auprès de la personne dépendante.

L'AEC établit un rapport biennal relatif aux contrôles effectués, qu'elle transmet au conseil d'administration de la Caisse nationale de santé (CNS), aux ministres ayant la Sécurité sociale et la Santé dans leurs attributions et aux ministres compétents en vertu de la législation réglant les relations entre l'État et les organismes œuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique.

L'AEC informe et conseille les personnes protégées, les personnes de l'entourage de la personne dépendante, y compris l'aidant, les médecins et professionnels des aides et des soins en matière de prise en charge des personnes dépendantes.

Elle conseille l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance et les départements ministériels chargés du financement et de l'agrément des services et les établissements d'aides et de soins en vue de l'adaptation des structures aux besoins de la population dépendante.

Elle fournit des expertises à la demande d'autres services publics.

Les avis de l'AEC à portée individuelle s'imposent à l'égard de l'organisme chargé de la gestion de l'assurance dépendance. Sans préjudice des dispositions qui précèdent, le Conseil arbitral et le Conseil supérieur de la sécurité sociale peuvent en tout état de cause instituer des experts indépendants. Si l'avis de l'AEC a été contredit par l'expert chargé par le Conseil arbitral, l'organisme juge lui-même de l'opportunité de l'appel.

L'AEC exerce ses missions en prenant des renseignements et en procédant à une évaluation au lieu de vie habituel des personnes demandant les prestations de l'assurance dépendance, et de leur aidant le cas échéant. En tenant compte de l'état de la personne dépendante, l'évaluation peut avoir lieu dans les salles d'examen dont dispose l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance.

Le personnel de l'AEC peut, dans l'exercice de ses missions et muni des pièces justificatives de ses fonctions, se rendre au domicile des personnes ayant sollicité les aides et soins, les aides techniques et les adaptations du logement prévus par le présent livre ou à l'établissement qui les héberge, afin de procéder aux constatations nécessaires en vue de l'octroi, du maintien ou du retrait des prestations. Les visites à domicile ou dans l'établissement ne peuvent avoir lieu qu'entre 6.30 et 20.00 heures.

Le personnel de l'AEC peut se faire présenter par les prestataires d'aides et de soins la documentation d'aides et de soins relative aux personnes dépendantes.

Le personnel de l'AEC ne peut profiter des dispositions entre vifs ou testamentaires faites en sa faveur par une personne pendant la période où elle a touché des prestations de l'assurance dépendance, sauf dans le cas de parenté jusqu'au quatrième degré inclusivement.

Par dérogation aux dispositions qui les assujettissent au secret professionnel, les agents des administrations et organismes de sécurité sociale sont tenus de fournir à l'AEC les renseignements qu'ils détiennent et qui sont nécessaires à l'exercice des missions lui confiées.

L'AEC peut conclure des accords de partenariat avec les services spécialisés en vue de la réalisation de ses missions pour autant que ces services n'ont pas conclu un contrat d'aides et de soins avec l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance.

3 QUEL EST LE RÔLE DE LA COMMISSION CONSULTATIVE ?

3.1. COMMENT EST-ELLE COMPOSÉE ?

Il est institué une commission consultative qui se compose des membres suivants :

- d'1 délégué du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale ;
- de 2 membres représentant l'Administration d'évaluation et de contrôle (AEC) ;
- de 2 membres désignés respectivement par les ministres ayant dans leurs attributions la santé et la famille ;
- du président de l'organisme chargé de la gestion de l'assurance dépendance ou de son délégué ;
- de 2 membres désignés par et parmi les délégués salariés ;
- de 2 membres désignés par le ou les groupements professionnels représentatifs des prestataires d'aides et de soins ;



- de 2 membres désignés respectivement par le conseil supérieur des personnes handicapées et celui des personnes âgées.

Le délégué du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale assure les fonctions de président de la commission.

Pour chaque membre effectif il y a un membre suppléant. La commission peut s'adjoindre des experts.

3.2. QUELLES SONT SES MISSIONS ?

La Commission consultative peut se saisir elle-même de toute affaire relative à ses attributions afin de :

- donner son avis sur le règlement grand-ducal qui définit l'outil d'évaluation et de détermination des prestations de l'assurance dépendance, le relevé-type et le référentiel des aides et soins utilisés dans le cadre des missions de l'AEC et qui établit un formulaire type pour la synthèse de prise en charge ;
- proposer une liste des aides techniques prises en charge par l'assurance dépendance et arrêtée par règlement grand-ducal ;
- donner son avis sur les normes concernant la qualification et la dotation du personnel ainsi que sur les coefficients de qualification du personnel et d'encadrement du groupe.

Elle peut être saisie également par les ministres ayant dans leurs attributions la Sécurité sociale, la Santé ou la Famille, l'AEC, l'organisme chargé de la gestion de l'assurance dépendance, ou encore le ou les groupements professionnels représentatifs des prestataires d'aides et de soins.

En cas de partage des votes au sein de la commission ou d'une sous-commission, la voix du président prévaut.

Les frais de fonctionnement de la commission sont entièrement à charge de l'État.

4 QUELS SONT LES NORMES ET INDICATEURS DE QUALITÉ DES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE ?

Les prestations à charge de l'assurance dépendance sont fournies par les prestataires d'aide et de soins dans le respect des normes concernant la qualification et la dotation du personnel, et suivant des coefficients de qualification du personnel et d'encadrement du groupe, fixés par règlement grand-ducal²⁹, la Commission consultative demandée en son avis.

4.1. QUELLES SONT LES NORMES CONCERNANT LA QUALIFICATION ET LA DOTATION DU PERSONNEL ?

Les normes concernant la qualification du personnel fixent les qualifications minimales requises par les professionnels pour la réalisation des prestations à charge de l'assurance dépendance. Elles sont fixées en tenant compte des compétences professionnelles minimales nécessaires pour exécuter les actes essentiels de la vie, les activités d'appui à l'indépendance, les activités d'accompagnement, les activités de gardes, les activités de formation de l'aidant, ainsi que les activités d'assistance à l'entretien du ménage.

4.2. QUELLES SONT LES NORMES DE DOTATION DU PERSONNEL ?

Les normes de dotation du personnel fixent la combinaison des professionnels intervenant dans la réalisation des prestations à charge de l'assurance dépendance. Elles sont fixées pour chaque type de prestation et chaque catégorie de prestataire d'aide et de soins. Elles tiennent compte des qualifications minimales requises et des dispositions de la législation réglant les relations entre l'État et les organismes œuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique.

4.3. QUELS SONT LES COEFFICIENTS DE QUALIFICATION DU PERSONNEL ET D'ENCADREMENT DU GROUPE ?

Les coefficients de qualification du personnel résultent des normes de dotation et sont fixés en tenant compte des revenus des professionnels suivant les compétences professionnelles nécessaires pour exécuter pour chaque type de prestation.

²⁹ Règlement grand-ducal du 18 septembre 2018 modifiant le règlement grand-ducal du 13 décembre 2017 déterminant : 1) les normes concernant la dotation et la qualification du personnel ; 2) les coefficients d'encadrement du groupe (Mémorial A 2018 N° 876 du 27 septembre 2018).

Les coefficients d'encadrement du groupe déterminent pour les activités d'appui à l'indépendance et les activités de garde en groupe, l'encadrement moyen annuel du groupe nécessaire pour atteindre l'objectif de ces activités, en assurant la sécurité des personnes dépendantes prises en charge par le prestataire d'aides et de soins, et en tenant compte des dispositions de la législation réglant les relations entre l'État et les organismes oeuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique.

4.4. QUELLES SONT LES MODALITÉS ET LE CONTENU DE LA DOCUMENTATION DE LA PRISE EN CHARGE PAR LES PRESTATAIRES D'AIDES ET DE SOINS ?

Les dispositions organisant les modalités et le contenu de la documentation de la prise en charge par les prestataires d'aides et de soins sont fixées par règlement grand-ducal³⁰. La documentation de la prise en charge, accessible par des moyens informatiques, comporte les données administratives relatives à la personne dépendante prise en charge, les informations relatives aux soins et à la prise en charge thérapeutique, les indications concernant l'admission en établissement d'aides et de soins ou le début de la prise en charge par un réseau d'aides et de soins, ainsi que la documentation renseignant sur l'état de santé de la personne dépendante.

La documentation par le prestataire d'aides et de soins comporte une semaine-type de prise en charge, qui se distingue de la synthèse de prise en charge. La documentation de la semaine-type, régulièrement tenue à jour, renseigne des aides et soins, de l'accompagnement et de l'encadrement réguliers et quotidiens de la personne dépendante. De la documentation de la semaine-type résulte la mise à jour régulière d'une fiche de transfert, comportant les données nécessaires pour assurer la sécurité, la continuité des aides et soins, ainsi que leur coordination. Le contenu de la semaine-type et de la fiche de transfert sont définis par règlement grand-ducal.

Toute personne consultant ou mettant à jour les données recueillies doit être identifiable à tout moment.

4.5. COMMENT EST CONTRÔLÉE LA QUALITÉ DES PRESTATIONS ?

Ce règlement grand-ducal³¹ détermine par ailleurs les modalités du contrôle de la qualité des prestations fournies, ainsi que le contenu des indicateurs de qualité de la prise en charge. Les indicateurs permettent à l'AEC de mesurer la qualité de la prise en charge de la personne dépendante et correspondent, auprès des prestataires d'aides et de soins, à un recensement du nombre de personnes dépendantes présentant une escarre, des personnes dépendantes pour lesquelles l'évaluation de la douleur est réalisée, de la prévalence de chutes et de leur récurrence chez les personnes dépendantes, du suivi nutritionnel des personnes dépendantes, du mécanisme formalisé de gestion des plaintes, et du contenu de la documentation.

³⁰ Règlement grand-ducal du 13 décembre 2017 déterminant le contenu de la documentation de la prise en charge et les indicateurs de qualité de la prise en charge (Mémorial A 2017 N° 1094 du 19 décembre 2017).

³¹ <https://aec.gouvernement.lu/dam-assets/espaces-professionnels/guide-m%C3%A9tier/GuideMetierMysecuV0000original.pdf>

5 COMMENT SONT RÉGIS LES RAPPORTS ENTRE L'ASSURANCE DÉPENDANCE ET LES DIFFÉRENTES CATÉGORIES DE PRESTATAIRES D'AIDES ET DE SOINS ?

Les rapports entre l'assurance dépendance et les différentes catégories de prestataires d'aides et de soins visés aux articles ci-après, sont définis par des conventions-cadre.

Ces conventions sont conclues entre l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance et le ou les groupements professionnels représentatifs des prestataires d'aides et de soins.

Les conventions déterminent obligatoirement :

1. l'engagement de fournir à la personne dépendante les aides et soins selon les prestations requises arrêtées dans la synthèse de prise en charge et de fournir ces prestations conformément aux dispositions relatives à la qualité ;
2. les procédures et les modalités de documentation des normes de dotation et de qualification du personnel ;
3. l'engagement de dispenser les aides et soins de façon continue tous les jours de l'année ;
4. les modalités de la documentation nécessaire à la facturation et au paiement des prestations fournies ainsi que de leur vérification ;
5. les conditions et modalités suivant lesquelles la personne dépendante et le prestataire adhèrent au contrat de prise en charge et peuvent y mettre fin ;
6. l'engagement de tenir une comptabilité selon un plan comptable uniforme complété par une partie analytique. Le plan comptable ainsi que les modalités et les règles de la comptabilité analytique sont fixés par l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance ;
7. les modalités de la coordination des aides et soins et de tous les services autour de la personne dépendante, ainsi que les modalités de coopération entre les différents intervenants.

Lorsque le prestataire de soins n'est pas à même de répondre aux conditions prévues à l'alinéa 1^{er}, points 1 et 3 ci-avant, il doit documenter par un contrat écrit qu'il s'est assuré du concours d'un autre prestataire pour dispenser dans les conditions y prévues les aides et les soins requis par la personne dépendante qu'il a en charge.

Les conventions-cadre sont conclues pour une durée indéterminée et ne peuvent agir que pour l'avenir. Elles peuvent être modifiées à tout moment d'un commun accord par les parties signataires et être dénoncées en tout ou en partie par chacune des parties moyennant un préavis de 12 mois. Les négociations pour leur renouvellement total ou partiel sont entamées endéans les 2 mois suivant la dénonciation, à une date publiée au Mémorial à l'initiative de la CNS.

Les prestataires adhèrent à la convention-cadre par un contrat d'aides et de soins conclu avec l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance. Le contrat d'aides et de soins précise le cercle de personnes prises en charge par le prestataire, ainsi que, pour les prestataires à domicile, la délimitation géographique de ses activités, qui ne peut être inférieure à celle correspondant au territoire d'une circonscription électorale.

Les conventions-cadre sont publiées au Mémorial, le cas échéant, sous forme d'un texte coordonné.

6 QU'EST-CE QU'ON ENTEND PAR « PRESTATAIRES D'AIDES ET DE SOINS » ?

Il s'agit des réseaux d'aides et de soins qui offrent surtout des aides à domicile, des établissements d'aides et de soins qui sont des centres intégrés pour personnes âgées, des maisons de soins, des établissements d'aides et de soins à séjour intermittent ainsi que des centres de jour spécialisés.

6.1. QU'EST-CE QU'ON ENTEND PAR « RÉSEAUX D'AIDES ET DE SOINS » ?

Est considéré comme réseau d'aides et de soins un ensemble valablement constitué d'une ou de plusieurs personnes physiques ou morales assurant aux personnes dépendantes maintenues à domicile les aides et soins requis en fonction de leur état de dépendance.

Tous les aides et soins délivrés dans le cadre d'un réseau d'aides et de soins doivent être prestés par des personnes exerçant leurs activités en vertu d'un agrément délivré par le ministre compétent en application de la législation réglant les relations entre l'État et les organismes œuvrant dans le domaine social, familial et thérapeutique et ayant conclu avec l'organisme chargé de la gestion de l'assurance dépendance un contrat d'aides et de soins.

Les réseaux d'aides et de soins peuvent recourir à des centres semi-stationnaires.

Sont considérées comme centres semi-stationnaires, les institutions accueillant soit de jour, soit de nuit en cas de maintien à domicile des personnes dépendantes, en leur assurant les aides et soins requis en fonction de leur état de dépendance pendant leur séjour dans ce centre ayant conclu avec l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance un contrat d'aides et de soins à cet effet.

6.2. QU'EST-CE QU'ON ENTEND PAR « ÉTABLISSEMENTS D'AIDES ET DE SOINS » ?

Il y a 2 types d'établissements d'aides et de soins : les établissements à séjour continu et les établissements à séjour intermittent.

6.2.1. Qu'est-ce qu'on entend par « établissements d'aides et de soins à séjour continu » ?

Les établissements d'aides et de soins à séjour continu sont des établissements où la personne réside de manière permanente. Ce sont soit des centres intégrés pour personnes âgées qui accueillent des personnes valides et des personnes dépendantes, soit des maisons de soins qui accueillent uniquement des personnes dépendantes.

Si vous désirez une chambre dans un établissement, vous pouvez vous adresser directement à l'établissement de votre choix, puisque les établissements décident de l'occupation des lits devenus vacants.

L'établissement d'aides et de soins de droit public ou de droit privé doit exercer son activité soit en vertu d'un agrément délivré par le ministre compétent en application de la législation réglant les relations entre l'État et les organismes œuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique soit en vertu d'une autre disposition légale et avoir conclu avec l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance un contrat d'aides et de soins à cet effet.

6.2.2. Qu'est-ce qu'on entend par « établissements d'aides et de soins à séjour intermittent » ?

Les établissements à séjour intermittent sont des établissements où la personne alterne entre le séjour en établissement et le séjour à domicile. Ces établissements s'adressent uniquement aux personnes handicapées.

L'établissement doit dispenser tous les aides et soins requis par la personne dépendante pendant la durée de séjour dans l'établissement d'après les conditions et modalités fixées par la convention-cadre.



Sozialversicherungsrecht

Die Pflegeversicherung

Stand: 1. März 2020

Impressum

Herausgeber

Chambre des salariés / Arbeitnehmerkammer

18, rue Auguste Lumière
L-1950 Luxemburg
B.P. 1263 L-1012 Luxemburg
T. +352 27 494 200
F. +352 27 494 250
www.csl.lu • csl@csl.lu
Nora Back, Präsidentin
Sylvain Hoffmann, Direktor

Druck

Imprimerie Quintus

Vertrieb

Librairie « Um Fieldgen Sàrl »
3, rue Glesener
L-1631 Luxembourg
T. +352 48 88 93
F. +352 40 46 22
www.libuf.lu • libuf@pt.lu

ISBN: 978-2-919888-64-1

Die Angaben in dieser Broschüre berühren unter keinen Umständen die Auslegung und Anwendung der Gesetzestexte durch die staatlichen Behörden oder die zuständigen Gerichte.

Auf die Abfassung dieser Broschüre wurde die größtmögliche Sorgfalt verwandt. Herausgeber und Verfasser haften nicht für mögliche Auslassungen oder Fehler im Text oder für Folgen, die sich aus der Verwendung der Inhalte dieser Veröffentlichung ergeben.

Alle Rechte auf Übersetzung, Anpassung und Vervielfältigung durch jedwedes Verfahren bleiben für alle Länder dem Herausgeber vorbehalten.

Sofern keine vorherige schriftliche Zustimmung des Herausgebers/Verfassers vorliegt, ist es untersagt, die vorliegende Broschüre ganz oder in Teilen (insbesondere per Fotokopie) zu vervielfältigen, sie in einer Datenbank zu speichern oder in jedweder Form der Öffentlichkeit zugänglich zu machen.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung wie z.B. Arbeitnehmer/-innen verzichtet.

VORWORT



*Nora Back
Präsidentin der Arbeitnehmerkammer*

Im Jahr 1998 wurde mit der Einführung der Pflegeversicherung ein neues Kapitel der luxemburgischen Sozialversicherungen geschaffen. Ziel dieser neuen Versicherung war und ist es, den pflegebedürftigen Menschen, die alleine nicht mehr zurechtkommen, eine bessere Versorgung zu gewährleisten. Das Pflegeversicherungsgesetz wurde in einigen Punkten 2007 abgeändert bevor das Gesetz vom 29. August 2017, welches am 1. Januar 2018 in Kraft getreten ist, die Pflegeversicherung vollständig erneuert hat.

Pflegebedürftig zu werden und Hilfe von anderen in Anspruch nehmen zu müssen, kann jeden treffen. Aufgabe der Pflegeversicherung ist es deshalb, die Belastungen aus der Pflegebedürftigkeit abzufedern und den Betroffenen zu helfen, ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu führen.

Viele Menschen, die pflegebedürftig sind, ziehen es vor, in ihrer vertrauten Umgebung zu wohnen. Deshalb unterstützt die Pflegeversicherung die Bereitschaft von Angehörigen, Nachbarn und anderen Personen aus dem sozialen Umfeld, die betroffene Person zu pflegen, und so ihren Wunsch zu erfüllen.

Art und Umfang der Versorgung einer pflegebedürftigen Person richten sich natürlich nach der Schwere der Pflegebedürftigkeit und danach, ob die Pflege zuhause, teilweise stationär (z.B. tagsüber in einer Einrichtung) oder vollständig in einer Pflegeeinrichtung notwendig ist.

Ziel unserer vorliegenden Broschüre ist es, die Leistungen der Pflegeversicherung zu erklären, Leistungen die sowohl zuhause als auch in den Einrichtungen, also den Altenheimen (integrierte Zentren für ältere Menschen) und Pflegeheimen, in Anspruch genommen werden können.

Neben der Beschreibung der Leistungen enthält die Broschüre aber auch praktische Informationen betreffend die Formalitäten, die pflegebedürftige Personen oder deren Angehörige erfüllen müssen, um die Leistungen in Anspruch nehmen zu können.

Konkrete Beispiele und eine ausführliche Liste von Kontaktdaten sollen ebenfalls dazu dienen, den Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung zu erleichtern.

Für die Verfassung dieser Veröffentlichung hat die CSL ebenfalls auf die Internetseite der Pflegeversicherung www.aec.gouvernement.lu zurückgegriffen.

Luxemburg, März 2020

I.	Ziel der Pflegeversicherung	61
1.	Worin besteht das Ziel der Pflegeversicherung?	63
2.	Woran erkennen Sie, dass Sie pflegebedürftig sind?	63
3.	Was müssen Sie tun, um die Leistungen zu beziehen?	64
4.	Von wem und wie wird die Pflegebedürftigkeit bewertet?	65
5.	Welche Rechtsbehelfe können Sie gegen den Entscheid der CNS einlegen?	69
6.	Wer kann die Leistungen der Pflegeversicherung beziehen?	69
7.	Auf welche Leistungen haben Sie Anspruch?	70
8.	Unter welchen Voraussetzungen werden Ihre Leistungen von der Pflegeversicherung übernommen?	87
9.	Wann und wie kann Ihr Bedarf an Hilfe- und Pflegeleistungen neu bewertet werden?	89
10.	In welchen Fällen können die Leistungen entzogen werden?	90
11.	Was ist die Verjährungsfrist der Leistungen?	91
12.	In welchen Fällen können die Leistungen ausgesetzt oder eingestellt werden?	91
13.	Inwieweit können die Leistungen der Pflegeversicherung mit anderen Leistungen zusammenfallen?	92
14.	Inwieweit können die Leistungen der Pflegeversicherung mit der Fürsorge zusammenfallen?	92
15.	Inwieweit tritt die Pflegeversicherung im Falle der Entschädigung eines seitens eines Dritten verursachten und von ihr übernommenen Schadens in Ihre Ansprüche ein?	93

INHALT

II.	Finanzierung der Pflegeversicherung	95
1.	Wie wird die Pflegeversicherung finanziert?	97
2.	Wer entrichtet den Pflegebeitrag und wie wird er errechnet?	97
III.	Organisation der Pflegeversicherung	99
1.	Wer verwaltet die Pflegeversicherung?	101
2.	Welche Funktion hat die Bewertungs- und Kontrollbehörde (AEC) der Pflegeversicherung?	102
3.	Welche Funktion hat die beratende Kommission?	103
4.	Welchen Qualitätsnormen und -indikatoren unterliegen die Leistungen der Pflegeversicherung?	105
5.	Wie sind die Beziehungen zwischen Pflegeversicherung und den verschiedenen Kategorien von Hilfe- und Pflegedienstleistern geregelt?	107
6.	Was versteht man unter "Hilfe- und Pflegedienstleistern"?	108

VERWENDETE ABKÜRZUNGEN

- AAE : Betreuungsaktivitäten in einer Einrichtung (activités d'accompagnement en établissement)
- AAI : Aktivitäten zur Unterstützung der Unabhängigkeit (activités d'appui à l'indépendance)
- ADAPTH : Association pour le développement et la propagation d'aides techniques pour handicapé(e)s
- AEC : Bewertungs- und Kontrollbehörde der Pflegeversicherung
 (Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance)
- AEV : Aktivitäten des täglichen Lebens (actes essentiels de la vie)
- AMD : Aktivitäten zur Erhaltung der häuslichen Pflege (activités de maintien à domicile)
- CNS : Nationale Gesundheitskasse (Caisse nationale de santé)
- FMI : Pauschale für Inkontinenzmaterial (forfait pour matériel d'incontinence)
- RAS : Pflegedienst (réseau d'aides et de soins)



ZIEL DER PFLEGEVERSICHERUNG



1 WORIN BESTEHT DAS ZIEL DER PFLEGEVERSICHERUNG?

Hauptziel der Pflegeversicherung ist die Übernahme der Sachleistungen, d.h. der Hilfe- und Pflegeleistungen für pflegebedürftige Personen, die ganz oder teilweise im Rahmen eines Verbleibs im häuslichen Umfeld oder im Rahmen einer Hilfe- und Pflegeeinrichtung erbracht werden, sowie der technischen Hilfsmittel und der Wohnraumanpassungen.

Für pflegebedürftige Personen, die ganz oder teilweise im häuslichen Umfeld leben, können Geld- statt Sachleistungen erbracht werden.

Die Pflegeversicherung ersetzt nicht die Krankenversicherung. Sie deckt Hilfe- und Pflegeleistungen ab, die von der Krankenkasse nicht übernommen werden.

2 WORAN ERKENNEN SIE, DASS SIE PFLEGEBEDÜRFTIG SIND?

Als pflegebedürftig¹ gelten Sie, wenn Sie infolge einer körperlichen, geistigen oder psychischen Erkrankung oder Behinderung regelmäßige und erhebliche fremde Hilfe bei den Aktivitäten des täglichen Lebens benötigen.

Die Aktivitäten des täglichen Lebens betreffen die Körperhygiene, den Toilettengang, die Ernährung, das An-/Auskleiden und die Mobilität.

Sie können auch auf die Hilfestellung einer Drittperson zurückgreifen, die die Aktivitäten des täglichen Lebens ganz oder teilweise an Ihrer Stelle ausführt, Sie bei der Ausführung dieser Aktivitäten überwacht oder unterstützt.

Bei Kindern bis zum Alter von 8 Jahren erfolgt die Ermittlung der Pflegebedürftigkeit in Abhängigkeit von dem von ihnen benötigten zusätzlichen Bedarf an Hilfestellung durch eine Drittperson im Vergleich zu körperlich und geistig gesunden Kindern im gleichen Alter. Die Modalitäten in Bezug auf die Ermittlung der Pflegebedürftigkeit bei Kindern sind durch großherzogliche Verordnung festgesetzt².

Dem Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung wird stattgegeben, sofern die pflegebedürftige Person **mindestens 3,5 Stunden pro Woche** Hilfe- und Pflegeleistungen in den Bereichen der Aktivitäten des täglichen Lebens benötigt und **die Pflegebedürftigkeit der pflegebedürftigen Person** aller Wahrscheinlichkeit nach **sechs Monate übersteigt oder endgültig ist**.

Im Falle eines seitens der Bewertungs- und Kontrollbehörde der Pflegeversicherung (Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance – AEC³) ordnungsgemäß festgestellten regelmäßigen und erheblichen Bedarfs, können Ihnen die Wohnraumanpassungen, die technischen Hilfsmittel und die zugehörige Schulung gleichwohl unabhängig vom oben festgesetzten Schwellenwert gewährt werden, sofern die Erkrankung oder Behinderung aller Wahrscheinlichkeit nach sechs Monate übersteigt oder endgültig ist.

¹ <https://aec.gouvernement.lu/de/l-assurance-dependance/definitions.html>

² Großherzogliche Verordnung vom 18. September 2018 zur Änderung der geänderten großherzoglichen Verordnung vom 21. Dezember 2006 zur Festsetzung der spezifischen Modalitäten in Bezug auf die Ermittlung der Pflegebedürftigkeit bei Kindern (Mémorial A Nr. 875 vom 27. September 2018)

³ <https://annuaire.public.lu/index.php?idMin=2970> und <https://aec.gouvernement.lu/de.html>

Die der Pflegeversicherung obliegenden Leistungen gewährleisten der pflegebedürftigen Person die nach Maßgabe der bewährten Verfahrensweisen in diesem Bereich erbrachten Hilfe- und Pflegeleistungen.

Die Bewilligung der der Pflegeversicherung obliegenden Leistungen erfolgt im Bestreben nach Sparsamkeit unter gleichzeitiger Beachtung des Bedarfs des Leistungsempfängers.

Auch wenn Sie eine Palliativversorgung beantragen, haben Sie Anspruch auf die Leistungen der Pflegeversicherung.

3 WAS MÜSSEN SIE TUN, UM DIE LEISTUNGEN ZU BEZIEHEN?

Sofern Sie pflegebedürftig sind und Leistungen beziehen möchten⁴, müssen Sie diese bei der Nationalen Gesundheitskasse (CNS) beantragen.

Pflegebedürftig zu sein bedeutet, bei den Aktivitäten des täglichen Lebens die Hilfe eines Dienstleisters oder eines Angehörigen zu benötigen. Diese Aktivitäten betreffen die Körperhygiene (sich waschen, sich die Zähne putzen), die Ausscheidung der Abfallstoffe des Organismus (zur Toilette gehen), die Ernährung (essen, trinken), das An- und Auskleiden sowie die Mobilität (aufstehen, zu Bett gehen, sich fortbewegen). Nicht ohne Hilfe zur Toilette gehen, aus dem Bett aufstehen oder essen zu können, bedeutet pflegebedürftig zu sein. Gleichwohl ist man im Sinne des Gesetzes nicht pflegebedürftig, wenn man die Haushaltsarbeiten nicht mehr ohne Hilfe erledigen kann.

Der Antrag kann (ebenso wie die Einlegung eines Widerspruchs gegen den Entscheid des Vorsitzenden der Nationalen Gesundheitskasse (CNS) oder dessen Beauftragten) auch von Ihrem Ehepartner oder einem anderen Familienmitglied gestellt werden. Sofern es sich bei Ihrem gesetzlichen Vertreter nicht um einen Rechtsanwalt handelt, muss dieser eine schriftliche Vollmacht nachweisen.

Sie können sich auch von bevollmächtigten Beauftragten von Berufs- oder Gewerkschaftsvereinigungen vertreten lassen.

Die Beantragung der Leistungen erfolgt anhand eines Formulars zur Beantragung der Leistungen der Pflegeversicherung, das bei folgenden Stellen erhältlich ist:

Nationale Gesundheitskasse (Caisse nationale de santé - CNS)

Pflegeversicherung

Tel.: +352 2757-4455 Fax: +352 2757-4619

E-mail: assurancedependance@secu.lu

Montag bis Freitag von 8:30 bis 16:30 Uhr

Bewertungs- und Kontrollbehörde (Administration d'évaluation et de contrôle - AEC) der

Pflegeversicherung

Helpline Sekretariat der AEC

Tel.: +352 247-86060 Fax: +352 247-86061

E-mail: secretariat@ad.etat.lu

Montag bis Freitag von 9:00 bis 11:00 Uhr und von 14:00 bis 16:00 Uhr

Als Download auf der Webseite <https://guichet.public.lu/de/citoyens/sante-social.html>

⁴ <https://aec.gouvernement.lu/de/l-assurance-dependance/procedure/demande-prestations-aupres-assurance-dependance.html>

Der Antrag besteht **aus einem vom Antragsteller auszufüllenden Formular und einem vom behandelnden Arzt auszufüllenden ärztlichen Bericht (R20)**: der Antrag auf Leistungen ist erst vollständig, wenn beide Teile bei der Nationalen Gesundheitskasse (CNS) eingegangen sind.

Der ärztliche Bericht (R20) ist für den Antragsteller kostenlos: der Arzt wird direkt von der Pflegeversicherung vergütet.

Der Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung muss an folgende Stelle geschickt werden:

Nationale Gesundheitskasse (Caisse nationale de santé - CNS)

Pflegeversicherung
Postfach 1023
L-1010 Luxemburg

Der Eingang des Antrags wird durch eine **Empfangsbestätigung** validiert, auf der ebenfalls das **Datum des Beginns des Anspruchs auf die Leistungen** angegeben ist. Wird der Antragsteller nach der Begutachtung durch die Bewertungs- und Kontrollbehörde (AEC) der Pflegeversicherung als pflegebedürftig anerkannt, werden die von einem Pflegedienst erbrachten Hilfe- und Pflegeleistungen (Sachleistungen) ab dem Datum des Antrags geschuldet.

4 VON WEM UND WIE WIRD DIE PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT BEWERTET?

4.1. VON WEM?

Die Nationale Gesundheitskasse (CNS) übermittelt den Antrag an die Bewertungs- und Kontrollbehörde (AEC), die für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit zuständig ist. Bei der AEC handelt es sich um eine staatliche Behörde, welche dem für die soziale Sicherheit zuständigen Minister untersteht.

Zu ihren Mitarbeitern zählen Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, psychiatrische Krankenpfleger und Krankenpfleger. Zur Bewertung der Pflegebedürftigkeit nimmt die AEC mit Ihnen oder der von Ihnen im Antrag angegebenen Person Kontakt auf.

Sie werden dazu aufgefordert, in einem der Sprechzimmer der AEC in Luxemburg-Hollerich zu erscheinen. Wenn Ihr Gesundheitszustand es Ihnen nicht ermöglicht, sich dorthin zu begeben, findet die Bewertung an Ihrem Wohnsitz oder in der Hilfe- und Pflegeeinrichtung statt, in der sie sich aufhalten.

4.2. WIE BEWERTET DIE AEC IHRE PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT?

4.2.1. Die Bewertung der pflegebedürftigen Person⁵

Die Bewertung der Pflegebedürftigkeit wird von einer Gesundheitsfachkraft der AEC beim Antragsteller zu Hause, in den Räumlichkeiten der AEC oder in der jeweiligen Einrichtung vorgenommen. Der Antragsteller wird über den Termin der Bewertung informiert.

⁵ <https://aec.gouvernement.lu/de/l-assurance-dependance/procedure/evaluation-de-dependance.html>

In der Regel handelt es sich bei dieser Fachkraft um den für den Antrag und die entsprechenden Folgemaßnahmen zuständigen Sachbearbeiter. Seine Kontaktdaten werden dem Antragsteller bei der Bewertung mitgeteilt.

Bei der Bewertung wird die **Fähigkeit der pflegebedürftigen Person untersucht, die Aktivitäten des täglichen Lebens auszuführen**. Der Antragsteller und gegebenenfalls eine Person seines Umfelds werden befragt.

Nach der Bewertung hält der Sachbearbeiter die **benötigten Hilfe- und Pflegeleistungen, auf die die pflegebedürftige Person während einer Woche Anspruch hat**, in einer Aufstellung fest. Anhand dieser Aufstellung⁶ der Pflegestandards kann auch ermittelt werden, ob die pflegebedürftige Person den Mindestbedarf von 3,5 Stunden/Woche an Hilfe- und Pflegeleistungen im Bereich der Aktivitäten des täglichen Lebens erreicht hat.

► **Was tun bei dringendem Bedarf an Hilfe- und Pflegeleistungen, wenn eine Person in ihrem häuslichen Umfeld lebt?**

Die betroffene Person kann sich direkt an einen Anbieter ihrer Wahl (ein Pflegedienst) wenden, der sie über die Modalitäten der Übernahme informiert.

Wird die Person nach der Bewertung durch die Bewertungs- und Kontrollbehörde (AEC) der Pflegeversicherung als pflegebedürftig anerkannt, werden die von einem Fachdienst erbrachten Hilfe- und Pflegeleistungen (Sachleistungen) ab dem Datum des Antrags geschuldet.

► **Was tun bei dringendem Bedarf an technischen Hilfsmitteln oder Wohnraumanpassung?**

Für sämtliche Auskünfte im Zusammenhang mit technischen Hilfsmitteln, einer Wohnraumanpassung oder einem Fahrzeugumbau kann man sich an die Helpline der AEC wenden:

Bewertungs- und Kontrollbehörde (Administration d'évaluation et de contrôle - AEC) der Pflegeversicherung

Helpline « Technische Hilfsmittel und Wohnraumanpassungen » der AEC

Tel.: +352 247-86040 Fax: +352 247-86055

E-mail: secretariat@ad.etat.lu

Montag, Dienstag, Donnerstag und Freitag von 8:30 bis 11:30 Uhr; Mittwoch von 13:30 bis 17:00 Uhr

WICHTIG: Sie sollten keinesfalls auf eigene Initiative technische Hilfsmittel (z. B. Rollstuhl, Pflegebett, Gehhilfen) kaufen oder Wohnraumanpassungsarbeiten beginnen. Sie sollten unbedingt die Genehmigung der AEC abwarten. Das Gesetz sieht keine rückwirkende Kostenübernahme vor.

4.2.2. Die Bewertung der Pflegebedürftigkeit von Kindern bis zum Alter von 8 Jahren

Bei Kindern bis zum Alter von 8 Jahren erfolgt die Ermittlung der Pflegebedürftigkeit in Abhängigkeit von dem von ihnen benötigten zusätzlichen Bedarf an Hilfestellung durch eine Drittperson im Vergleich zu körperlich und geistig gesunden Kindern im gleichen Alter. Die Modalitäten in Bezug auf die Ermittlung der Pflegebedürftigkeit bei Kindern sind durch großherzogliche Verordnung festgesetzt⁷.

⁶ <https://aec.gouvernement.lu/dam-assets/espaces-professionnels/referentiel-des-aides-et-soins/Releve-type-deutsch-oct2018.pdf>

⁷ Großherzogliche Verordnung vom 18. September 2018 zur Änderung der geänderten großherzoglichen Verordnung vom 21. Dezember 2006 zur Festsetzung der spezifischen Modalitäten in Bezug auf die Ermittlung der Pflegebedürftigkeit bei Kindern (Mémorial A Nr. 875 vom 27. September 2018).

4.2.3. Die Pflegestufen

Auf Grundlage der seitens der AEC erfolgenden Festsetzung der Hilfe- und Pflegeleistungen in den Bereichen der Aktivitäten des täglichen Lebens (actes essentiels de la vie - AEV) wird Ihnen eine der nachstehenden 15 Pflegestufen zugewiesen:

Die Pflegestufen der Hilfe- und Pflegeleistungen			
Pflegestufe 1	zwischen 210 und 350 Minuten	Pflegestufe 9	zwischen 1.331 und 1.470 Minuten
Pflegestufe 2	zwischen 351 und 490 Minuten	Pflegestufe 10	zwischen 1.471 und 1.610 Minuten
Pflegestufe 3	zwischen 491 und 630 Minuten	Pflegestufe 11	zwischen 1.611 und 1.750 Minuten
Pflegestufe 4	zwischen 631 und 770 Minuten	Pflegestufe 12	zwischen 1.751 und 1.890 Minuten
Pflegestufe 5	zwischen 771 und 910 Minuten	Pflegestufe 13	zwischen 1.891 und 2.030 Minuten
Pflegestufe 6	zwischen 911 und 1.050 Minuten	Pflegestufe 14	zwischen 2.031 und 2.170 Minuten
Pflegestufe 7	zwischen 1.051 und 1.190 Minuten	Pflegestufe 15	mindestens 2.171 Minuten
Pflegestufe 8	zwischen 1.191 und 1.330 Minuten		

ERLÄUTERUNGEN

Das vor der vorliegenden Reform gegoltene Pflegemodell, das auf einem Pflegeplan gründete, der eine Vielzahl von Aktivitäten und Häufigkeiten aufzählte, und die Einzelabrechnung der Aktivitäten seitens des Dienstleisters weisen mehrere Einschränkungen und Probleme auf, die nachstehend dargelegt sind:

- Die Einzelheiten der im Pflegeplan enthaltenen Aktivitäten und Häufigkeiten sorgen für Verwirrung, da sie den Anschein vermitteln, als handele es sich dabei um eine individuelle Berechnung der Pflegelast in Minuten, obgleich es sich bei den Zeiten pro Aktivität um durchschnittliche Zeiten handelt.
- Die Kontrolle der Erbringung der in Rechnung gestellten Aktivitäten und ihrer Qualität fehlt. Ohne ein System zur Kontrolle der tatsächlich erbrachten Leistungen bietet die Einzelabrechnung der Aktivitäten die Möglichkeit, nicht erbrachte Leistungen in Rechnung zu stellen und kann folglich per se zu betrügerischen Abrechnungen führen.
- Die Betreuung pflegebedürftiger Personen ist auf eine „Zeitberechnung“ statt auf eine Gesamtbetreuung ausgerichtet.
- Die Einzelheiten des Pflegeplans bewirken häufige Anträge auf Neubewertung.

Nicht alle der im Pflegeplan aufgeführten Hilfe- und Pflegeleistungen werden immer erbracht und der CNS in Rechnung gestellt. Somit unterscheidet sich der Berechnungssatz der im Pflegeplan geforderten Hilfe- und Pflegeleistungen zwischen den einzelnen Dienstleistern stark und entspricht durchschnittlich 95% bei einem Aufenthalt in einer Einrichtung und durchschnittlich 82% beim Verbleib im häuslichen Umfeld.

- Die Erbringung der im Pflegeplan geforderten Hilfe- und Pflegedienstleistungen hängt vom täglichen Bedarf der pflegebedürftigen Personen ab, der in Abhängigkeit von der klinischen Situation der Person erheblich variiert. Das vor der vorliegenden Reform gegoltene Pflegemodell räumt bei der täglichen Erfüllung des Bedarfs der Leistungsempfänger

nur sehr wenig Flexibilität ein und führt auf diese Weise zu Spannungen zwischen den Leistungsempfängern und den Dienstleistern.

- Der Pflegeplan ist für den Leistungsempfänger und sein Umfeld schwer verständlich.
- In Anbetracht des sich wiederholenden Charakters der Hilfe- und Pflegeleistungen führt die Einzelabrechnung der Aktivitäten sowohl für die Dienstleister als auch für die CNS zu einem hohen Verwaltungsaufwand.
- Das vorige Modell ermöglicht nicht die Eindämmung der Ausgaben der Pflegeversicherung.

Nach Maßgabe des Regierungsprogramms nimmt die Reform der Pflegeversicherung somit eine „Standardisierung vor, die die Eingruppierung und Pauschalisierung der Aktivitäten sowie die Flexibilisierung in Bezug auf die seitens der Bewertungs- und Kontrollbehörde der Pflegeversicherung gewährten Pflegepläne ermöglicht und gleichzeitig im Bedacht auf eine Vereinfachung der Verfahren eine angemessene Differenzierung zwischen den seitens der Leistungsempfänger zu erhaltenden Hilfe- und Pflegeleistungen ermöglicht“.

Im neuen Gesetz besteht die empfohlene Lösung in einer individuellen Ermittlung der Minuten der Hilfe- und Pflegeleistungen mit Zuweisung einer Pflegestufe.

Dieser Ansatz ermöglicht dem Dienstleister größere Flexibilität bei der Organisation der Erbringung der Hilfe- und Pflegedienstleistungen, insbesondere unter Berücksichtigung der Fluktuationen des Bedarfs des Leistungsempfängers. Zudem müsste das neue Modell weniger Anträge auf Neubewertung zur Folge haben, da die Leistungsempfänger nach Maßgabe eines Minutenintervalls der Hilfe- und Pflegeleistungen betreut werden. Es ermöglicht eine vereinfachte Inrechnungstellung.

In der Praxis präsentiert sich das neue System wie folgt: Die AEC (ehemals Verwaltung der Ermittlung und Bewertung/CEO) bewertet weiterhin individuell den „Bedarf der Antragsteller auf Grundlage eines Bewertungs- und Ermittlungstools der Leistungen der Pflegeversicherung und eines vollständigen Berichts des behandelnden Arztes. Die Ermittlung des Bedarfs erfolgt auf Grundlage der Aufstellung, des Handbuchs der Hilfe- und Pflegeleistungen und der Liste der technischen Hilfsmittel. Sie wird in eine Dokumentation der durchzuführenden Hilfe- und Pflegeleistungen übertragen, die gegebenenfalls dem Antragsteller und dem Dienstleister übermittelt wird. Die AEC nimmt auch die Aufteilung der zu erbringenden Leistungen zwischen dem Dienstleister und der Pflegeperson vor.

In einem oder mehreren Bereich(en) der AEV kann die Hilfestellung durch eine Drittperson erforderlich sein:

- die die Aktivitäten des täglichen Lebens (AEV) ganz oder teilweise anstelle der pflegebedürftigen Person ausführt;
- die die pflegebedürftige Person bei der Ausführung der AEV überwacht oder unterstützt.

Nach der Bewertung hält die Bewertungs- und Kontrollbehörde (AEC) die benötigten Hilfe- und Pflegeleistungen, auf die die pflegebedürftige Person während einer Woche Anspruch hat, in einer Dokumentation fest. Anhand dieser Dokumentation kann auch ermittelt werden, ob die pflegebedürftige Person die Anfangsstufe von 3,5 Stunden/Woche an Hilfe- und Pflegeleistungen im Bereich der Aktivitäten des täglichen Lebens erreicht hat.

Entsprechend diesem Bedarf an Hilfe- und Pflegeleistungen wird dem Antragsteller eine der 15 Pflegestufen zugeteilt. Jede Pflegestufe entspricht einem in Minuten ausgedrückten Zeitfenster. Die bewilligte Pflegestufe deckt die Bereiche der Aktivitäten des täglichen Lebens entsprechend der Situation der pflegebedürftigen Person und ihren individuellen Bedürfnissen ab.

5 WELCHE RECHTSBEHELFE KÖNNEN SIE GEGEN DEN ENTSCHEID DER CNS EINLEGEN?

Sofern Sie mit dem Entscheid der Nationalen Gesundheitskasse (CNS) nicht einverstanden sind⁸, können Sie beim Vorstand der CNS Widerspruch gegen diesen Entscheid einlegen. Hierfür genügt es, innerhalb einer Frist von 40 Tagen nach Zustellung des Entscheids ein Schreiben an den Vorsitzenden der CNS zu richten. Dieses Schreiben muss vom Antragsteller der Leistungen unterzeichnet sein.

Im Anschluss daran erhalten Sie einen neuen Entscheid. Wenn Sie auch mit diesem neuen Entscheid nicht einverstanden sind, können Sie beim Schiedsgericht der Sozialversicherung Berufung einlegen.

Dieser neue Schritt muss innerhalb einer Frist von 40 Tagen nach dem Zustellungsdatum des Entscheids erfolgen. Das Schiedsgericht der Sozialversicherung entscheidet in letzter Instanz bis zu einem Verfahrenswert von 1.250€.

Sollten Sie auch mit dem Entscheid des Schiedsgerichts der Sozialversicherung nicht einverstanden sein, können Sie beim Obersten Schiedsgericht der Sozialversicherung Berufung einlegen.

Zur Einlegung dieser Berufung verfügen Sie erneut über eine Frist von 40 Tagen ab dem Zustellungsdatum des Entscheids.

6 WER KANN DIE LEISTUNGEN DER PFLEGEVERSICHERUNG BEZIEHEN?

Ebenso wie bei der Krankenversicherung handelt es sich auch bei der Pflegeversicherung um eine Pflichtversicherung.

Der Kreis der Leistungsempfänger ist demnach derselbe wie bei der Krankenversicherung.

Sofern Sie in Luxemburg als Arbeitnehmer oder Selbstständiger eine Berufstätigkeit ausüben, sind Sie versichert. Ebenfalls versichert sind Sie, wenn Sie in Luxemburg arbeiten, dort jedoch nicht wohnen (insbesondere Grenzgänger).

Die Versicherung erstreckt sich auch auf Ihren Ehepartner oder eingetragenen Lebenspartner sowie auf Ihre Kinder.

Sie haben auch Anspruch auf die Leistungen der Pflegeversicherung, wenn Sie eine Rente, die Eingliederungszulage im Rahmen des Einkommens zur sozialen Eingliederung (REVIS) oder Arbeitslosengeld beziehen.

⁸ Für weitere Informationen siehe auch: <https://aec.gouvernement.lu/de/l-assurance-dependance/procedure/voies-de-recours.html>

Sie müssen keine Mindestversicherungszeit nachweisen, es sei denn, sie haben eine freiwillige Versicherung abgeschlossen. In diesem Fall beläuft sich die Dauer der Versicherungszeit auf 1 Jahr.

Es ist auch wichtig, festzuhalten, dass nicht nur alte Menschen Anspruch auf die Leistungen der Pflegeversicherung haben. Diese werden unabhängig vom Alter der betreffenden Person gewährt; es zählt allein die festgestellte Pflegebedürftigkeit.

7 AUF WELCHE LEISTUNGEN HABEN SIE ANSPRUCH?

7.1. DIE IM HÄUSLICHEN UMFELD ERBRACHTEN LEISTUNGEN

Wenn Sie zu Hause bleiben und im häuslichen Umfeld gepflegt werden möchten, können Sie sich an einen Pflegedienst wenden ⁹.

Zwischen Ihnen und dem Pflegedienst, der sich zur Umsetzung der seitens der Bewertungs- und Kontrollbehörde (AEC) erstellten Dokumentation der durchzuführenden Hilfe- und Pflegeleistungen ¹⁰ verpflichtet, wird ein Vertrag geschlossen.

Die nachstehend beschriebenen und seitens des Pflegedienstes erbrachten Leistungen werden direkt von der Pflegeversicherung übernommen. Folglich müssen Sie den Pflegedienst nicht bezahlen, der das Geld von der Pflegeversicherung erhält. Bei diesen Leistungen handelt es sich hauptsächlich um Sachleistungen und ergänzend um Geldleistungen, sofern ein Teil der Aktivitäten des täglichen Lebens (AEV) für die pflegebedürftige Person seitens der Pflegeperson sichergestellt wird ¹¹.

Die Kosten für zusätzliche seitens der Pfleger des Pflegedienstes durchgeführte Aktivitäten (Verbände, Spritzen...) obliegen der Krankenversicherung.

7.1.1. Die Pflegeversicherung übernimmt die Hilfe- und Pflegeleistungen für die Aktivitäten des täglichen Lebens (AEV)

Die AEV betreffen Hilfe- und Pflegeleistungen in folgenden Bereichen:

- **Hygiene:** Hilfe bei Körper- und Mundhygiene, Gesichtsrasur und -enthaarung, Menstrationshygiene;
- **Toilettengang:** Hilfe beim Toilettengang, Hilfe beim Wechseln des Stomabeutels oder bei der Entleerung des Urinbeutels;
- **Ernährung:** Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, Hilfe bei der enteralen Ernährung;
- **An-/Auskleiden:** Hilfe beim An- und Ablegen der Kleidung, Hilfe beim An- und Ablegen der Korrektur- und Hilfsmittel;

⁹ Sehr nützliche Informationen erhalten Sie auf der Webseite www.luxsenior.lu oder per Telefon unter +352 247-86000 (Montag bis Freitag von 8:30 Uhr bis 11:30 Uhr)

¹⁰ Die Dokumentation der durchzuführenden Hilfe- und Pflegeleistungen ersetzt den früheren „Pflegeplan“.

¹¹ Bei der Pflegeperson handelt es sich um einen nicht zu einem Pflegedienst gehörenden Dritten, der der pflegebedürftigen Person die Hilfe- und Pflegeleistungen an seinem Wohnsitz erbringt.

- **Mobilität:** Hilfe bei den Transfers, der Fortbewegung, dem Aufsuchen und Verlassen der Wohnung, dem Wechsel zwischen verschiedenen Ebenen.

Weitere Einzelheiten zu den verschiedenen Aktivitäten entnehmen Sie bitte dem „Handbuch der Hilfe- und Pflegeleistungen“ in Anhang II der geänderten großherzoglichen Verordnung vom 18. Dezember 1998 zur Festlegung der Modalitäten für die Ermittlung der Pflegebedürftigkeit ¹².

Das Handbuch der Hilfe- und Pflegeleistungen umfasst Informationsblätter in Bezug auf die Hilfe- und Pflegeleistungen im Bereich der Aktivitäten des täglichen Lebens (AEV), der Aktivitäten zur Unterstützung der Unabhängigkeit (AAI), der Betreuungsaktivitäten in einer Einrichtung (AAE), der Aktivitäten zur Erhaltung der häuslichen Pflege (AMD) und der Pauschale für Inkontinenzmaterial (FMI).

Diese Informationsblätter enthalten:

- **die Bezeichnung der Aktivität oder Tätigkeit und deren Abkürzung;**
- **die Definition,** die die Merkmale der Aktivität oder Tätigkeit bestimmt;
- **die Bewilligungsvoraussetzungen,** die die Voraussetzungen für die Festsetzung der Aktivität oder Tätigkeit darlegen;
- **die Kumulierungsvorschriften,** die präzisieren, ob die Aktivität oder Tätigkeit mit anderen Aktivitäten oder Tätigkeiten desselben Hilfe- und Pflegebereichs kombiniert werden kann;
- **die Referenzen der Aktivität oder Tätigkeit** unter Angabe, wie häufig die Aktivität pro Tag durchzuführen ist, sowie der in Minuten oder Stunden ausgedrückten entsprechenden wöchentlichen Pauschale.

7.1.2. Die Pflegeversicherung kann Ihnen auch eine Beihilfe im Bereich der Aktivitäten zur Unterstützung der Unabhängigkeit (AAI) bewilligen

Die AAI zielen auf das Erlernen oder die Bewahrung der motorischen, kognitiven oder psychischen Fähigkeiten ab, die benötigt werden, um die Aktivitäten des täglichen Lebens selbst zu verrichten oder die Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit für diese Aktivitäten zu beschränken.

Die AAI ergänzen die Hilfe- und Pflegeleistungen für die AEV und können von diesen nicht getrennt werden. Folglich muss ein direkter Zusammenhang zwischen den Aktivitäten zur Unterstützung der Unabhängigkeit und den Aktivitäten des täglichen Lebens bestehen. Dieser direkte Zusammenhang ist als Intervention zu verstehen, die sich aus der Gefahr der Verschlechterung der für die Durchführung oder Aufrechterhaltung der Aktivitäten des täglichen Lebens unerlässlichen physischen oder psychischen Funktionen ergibt.

Diese Aktivitäten verringern Ihre Pflegebedürftigkeit in Bezug auf die AEV im Allgemeinen nicht erheblich und zielen nicht auf Rehabilitation ab. Sie sollen vermeiden, dass sich die Pflegebedürftigkeit in Bezug auf die AEV verschlechtert oder chronischer wird.

Die AAI werden Ihnen bewilligt, sofern die nachstehenden 2 Voraussetzungen erfüllt sind:

- Sie sind dazu in der Lage, geistig oder körperlich aktiv an den angebotenen Aktivitäten teilzunehmen;
- Sie weisen ein Mindestmaß an den zum Lernen erforderlichen Verständnis- und Aufnahme-fähigkeiten auf.

Die AAI können mit den Aktivitäten zur Erhaltung der häuslichen Pflege kumuliert werden.

¹² Großherzogliche Verordnung vom 13. Dezember 2017 zur Änderung der geänderten großherzoglichen Verordnung vom 18. Dezember 1998 zur Festlegung der Modalitäten für die Ermittlung der Pflegebedürftigkeit (Mémorial A Nr. 1089 vom 19. Dezember 2017).

Die AAI werden in Abhängigkeit von Ihren Bedürfnissen und unabhängig vom Wohnort individuell oder in der Gruppe angeboten. Die Voraussetzungen für die Bewilligung der Aktivitäten zur Unterstützung der Unabhängigkeit erfordern keine Angabe des von der Leistung abgedeckten Hilfe- und Pflegebereichs, um die erforderliche Flexibilität zu gewährleisten, im Bereich der verschiedenen AEV im Zeitverlauf auf die verschiedenen Ziele und Bedürfnisse reagieren zu können.

Die individuell angebotenen Aktivitäten zur Unterstützung der Unabhängigkeit werden für eine maximale Dauer von 5 Stunden pro Woche übernommen. Diese Aktivitäten können für eine maximale Dauer von 20 Stunden pro Woche in der Gruppe angeboten werden.

7.1.3. Die Pflegeversicherung kann Ihnen auch eine Aufsicht zu Hause bewilligen

Im Rahmen eines Verbleibs im häuslichen Umfeld bewertet und bestimmt die AEC den Bedarf an Aufsichtstätigkeiten, die entweder individuell oder in der Gruppe erbracht werden. Diese Tätigkeiten werden übernommen, wenn Ihnen im Falle der Feststellung eines ständigen Bedarfs an Beaufsichtigung und Betreuung eine Pflegestufe gewährt wird.

Diese Aufsichtstätigkeiten zielen darauf ab, Ihre Sicherheit zu gewährleisten, die für Sie schädliche soziale Isolation zu vermeiden und die Entlastung der Pflegeperson sicherzustellen.

7.1.3.1. Die Tätigkeiten in Bezug auf eine individuelle Aufsicht

Eine tagsüber erfolgende individuelle Aufsichtstätigkeit im häuslichen Umfeld kann Ihnen für eine Dauer von maximal 7 Stunden pro Woche bewilligt werden. In seitens der AEC ordnungsgemäß festgestellten besonders schweren Fällen kann diese Dauer auf 14 Stunden pro Woche ausgedehnt werden, wobei die Dauer der Übernahme der Aktivitäten zur Unterstützung der Unabhängigkeit und der individuellen Aufsichtstätigkeit 14 Stunden pro Woche nicht übersteigen darf.

Die Tätigkeit kann in Höhe von bis zu 50% der nicht erhöhten jährlichen Maximaldauer in einem teilstationären Zentrum in der Gruppe angeboten werden, wobei $\frac{1}{4}$ der in der Gruppe angebotenen Dauer für die Bestimmung der maximalen Dauer angerechnet wird.

7.1.3.2. Die Tätigkeiten in Bezug auf eine Aufsicht in der Gruppe

Die Aufsicht in der Gruppe besteht in der Betreuung einer pflegebedürftigen Person außerhalb ihres häuslichen Umfelds (ihres Wohnsitzes) und beinhaltet Beschäftigungsaktivitäten, wenn der Allgemeinzustand der pflegebedürftigen Person es zulässt. Im Rahmen der Fähigkeiten der pflegebedürftigen Personen können sich diese Tätigkeiten auch auf Tätigkeiten außerhalb der teilstationären Zentren (Tageszentren) wie Einkaufen oder Verwaltungsgänge erstrecken.

Wenn Sie gleichzeitig zu Ihrem Verbleib im häuslichen Umfeld auch in einem teilstationären Zentrum betreut werden, d.h. in einer Einrichtung, die pflegebedürftige Personen tagsüber betreut und ihnen die Erbringung der Hilfe- und Pflegeleistungen sicherstellt, wird die Tätigkeit in Bezug auf die Aufsicht in der Gruppe für eine Dauer von maximal 40 Stunden pro Woche übernommen, wobei diese Obergrenze um die Anzahl der pro Woche geleisteten Aktivitäten zur Unterstützung der Unabhängigkeit reduziert wird. Diese Dauer kann auf 56 Stunden pro Woche ausgedehnt werden, sofern Sie eine spezifische und personalisierte Betreuung benötigen, die eine intensive Aufsicht erfordert. Die Tätigkeit kann in Höhe von bis zu 50% der nicht erhöhten jährlichen Maximaldauer individuell im häuslichen Umfeld oder in Höhe von bis zu 4 Stunden pro Woche im Rahmen einer Begleitung bei Aktivitäten außerhalb des häuslichen Umfeldes angeboten werden, wobei das 4-fache der individuell angebotenen Aufsichtsdauer für die Bestimmung der maximalen Dauer angerechnet wird.

Sofern die Dokumentation der durchzuführenden Hilfe- und Pflegeleistungen die Übernahme einer tagsüber erfolgenden Tätigkeit der individuellen Aufsicht oder der Aufsicht in der Gruppe vorsieht, kann die pflegebedürftige Person darüber hinaus im Falle einer vorübergehenden Abwesenheit der in der

Dokumentation der durchzuführenden Hilfe- und Pflegeleistungen angegebenen Pflegeperson oder im Falle der Vorlage eines ärztlichen Attests, das eine grundlegende Veränderung des Gesundheitszustands der pflegebedürftigen Person bescheinigt, die eine solche Nachtwache rechtfertigt, für 10 Nächte pro Jahr die Übernahme einer Tätigkeit der individuellen Nachtwache im häuslichen Umfeld beantragen.

7.1.4. Die Pflegeversicherung kann Ihnen auch technische Hilfsmittel bewilligen¹³

7.1.4.1. Die technischen Hilfsmittel im Allgemeinen¹⁴

Die Pflegeversicherung kann technische Hilfsmittel übernehmen, „um der pflegebedürftigen Person zu ermöglichen, **ihre selbstbestimmte Lebensführung in den Bereichen der Körperhygiene, der Ernährung und der Zubereitung der Mahlzeiten, der Mobilität in und außerhalb der Wohnung, des An- und Auskleidens, der Unterstützung bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten und der mündlichen oder schriftlichen Kommunikation** zu erhöhen oder beizubehalten“. Diese technischen Hilfsmittel können den **Bedarf in Bezug auf Sicherheit, Prävention und Schmerzlinderung erfüllen**. Sie sollen auch den Personen, die die Hilfe und Pflege sicherstellen, ihre Aufgaben erleichtern. Es kann sich dabei um einen Rollstuhl, ein medizinisches Bett, einen Personenaufzug oder sonstige technische Hilfsmittel wie ein Videosystem, durch das die Bilder für Sehbehinderte vergrößert werden, Kommunikationshilfen usw. handeln.

Die technischen Hilfsmittel werden der betroffenen Person kostenlos zur Verfügung gestellt. Der Betrag der übernommenen Kosten darf jedoch nicht höher als 28.000€ pro Hilfsmittel sein.

Diese Bereitstellung kann auf 2 Arten erfolgen:

- das technische Hilfsmittel kann von der Pflegeversicherung bei einem Anbieter gemietet und der betroffenen Person zur Verfügung gestellt werden (Übernahme der Reparaturkosten durch die Pflegeversicherung);
- das technische Hilfsmittel kann von der Pflegeversicherung für die betroffene Person gekauft werden (keine Übernahme der Reparaturkosten durch die Pflegeversicherung).

Der Anbieter wird von der Pflegeversicherung ausgewählt und bezahlt.

Nur die in einer vom beratenden Ausschuss vorgeschlagenen und in einer **großherzoglichen Verordnung** festgehaltenen **Liste** geführten technischen Hilfsmittel werden von der Pflegeversicherung übernommen.

Die Pflegeversicherung übernimmt ebenfalls die durch die Installation und Inbetriebsetzung der technischen Hilfsmittel entstehenden Kosten sowie die Kosten für die diesbezügliche Einweisung. Diese an Sie und an Ihre Pflegeperson gerichtete Einweisung kann in einer Gesamthöhe von 2 Stunden pro Jahr übernommen werden.

Die technischen Hilfsmittel sowie die durch ihre Installation und Inbetriebsetzung entstehenden Kosten werden nur aufgrund einer **vorherigen Stellungnahme der Bewertungs- und Kontrollbehörde (AEC) der Pflegeversicherung** von dieser übernommen. Die Pflegeversicherung übernimmt keine Kosten, wenn ein technisches Hilfsmittel von der betroffenen Person ohne diese vorherige Stellungnahme gekauft wurde.

Die **Pflegeversicherung kann auch die Kosten für technische Hilfsmittel für Personen übernehmen, die nicht den Mindestbedarf von 3,5 Stunden bei den Aktivitäten des täglichen Lebens erreichen**, jedoch aufgrund einer länger als 6 Monate andauernden Krankheit oder Beeinträchtigung einen erheblichen und regelmäßigen Hilfebedarf in den oben genannten Bereichen aufweisen.

Wenn das technische Hilfsmittel denselben Bedarf erfüllt wie die Wohnraumanpassung, ist der Anspruch auf das technische Hilfsmittel vorrangig.

¹³ <https://aec.gouvernement.lu/de/l-assurance-dependance/prestations/aides-techniques.html> et <https://aec.gouvernement.lu/dam-assets/espaces-professionnels/guide-aides-techniques-standards/Guide-AT-standards-v082019.pdf>

¹⁴ Geänderte großherzogliche Verordnung vom 22. Dezember 2006 zur Festsetzung: 1. der Modalitäten und der Grenzen der Übernahme von technischen Hilfsmitteln seitens der Pflegeversicherung; 2. der Modalitäten und der Grenzen der Übernahme von Wohnraumanpassungen seitens der Pflegeversicherung; 3. der für Hilfe- und Pflegeleistungen erforderlichen Produkte (Mémorial A 2006, S.4816, Mémorial A 2010, S. 1262, Mémorial A 2017 Nr. 1092).

7.1.4.2. Die Hilfsmittel für den Fahrzeugumbau

A. Voraussetzungen

Sie haben einen Antrag bei der Pflegeversicherung gestellt. Die Übernahme der technischen Hilfsmittel und der durch deren Einrichtung entstehenden Kosten ist nur aufgrund einer vorherigen Stellungnahme der Bewertungs- und Kontrollbehörde (AEC) der Pflegeversicherung möglich.

B. Vorgehensweise

Ihr zuständiger AEC-Mitarbeiter nimmt mit Ihnen Kontakt auf, um :

- den Bedarf in Bezug auf einen eventuellen Fahrzeugumbau festzustellen;
- Sie nötigenfalls bei der Auswahl eines Fahrzeugs zu beraten. Die Wahl des richtigen Fahrzeugs ist ausschlaggebend für eine zukünftige optimale Nutzung. Die Anforderungen an die Ausstattung des Fahrzeugs in Bezug auf Ihre spezifischen Bedürfnisse müssen vorab mit Ihrem zuständigen AEC-Mitarbeiter geklärt werden. Auf diese Weise können Sie Probleme hinsichtlich der folgenden Punkte vermeiden:
 - Zugänglichkeit des Fahrzeugs (z.B. Öffnung der Türen),
 - Sitzhöhe,
 - Dachhöhe,
 - Zugang zum Kofferraum.

Im Allgemeinen werden nur die Kosten für den Umbau privat genutzter Fahrzeuge von der Pflegeversicherung übernommen.

Was den Umbau des Führerstandes betrifft, können nur die im Führerschein aufgeführten Umbauten von der Pflegeversicherung übernommen werden.

Für die Eintragung im Führerschein vereinbaren Sie bitte einen Termin im:

Ministerium für Mobilität und öffentliche Arbeiten
Abteilung für Mobilität und Transport - Medizinische Kommission
Tel.: +352 247-84466

Wenn der Fahrzeugumbau in Absprache mit Ihrem AEC-Mitarbeiter festgelegt wurde, nehmen Sie Kontakt zu Firmen auf, um Angebote anzufordern.

Schicken Sie bitte mindestens 2 Angebote an die AEC (ausgenommen „Automatikgetriebe“, bei dem 1 Angebot ausreicht). Diese Angebote werden von Ihrem zuständigen AEC-Mitarbeiter geprüft, der sich das Recht vorbehält, die Angebote gegebenenfalls ändern zu lassen.

Die für den Fahrzeugumbau übernommenen Kosten dürfen die im Anhang der großherzoglichen Verordnung aufgelisteten Preise pro Art des Umbaus nicht übersteigen. Die Kumulierung mehrerer in der Liste angegebener Umbauten ist möglich, darf jedoch den Höchstbetrag von 28.000€ insgesamt nicht übersteigen.

Fahrzeugumbauten, ausgenommen spezielle Kindersitze, können nur alle 5 Jahre von der Pflegeversicherung übernommen werden. Die Kosten für durch einen Autounfall zerstörte oder beschädigte Umbauten werden nicht vor Ablauf dieser Frist erneut durch die Pflegeversicherung übernommen. Sie sind verpflichtet, Ihr umgebautes Fahrzeug gegen Diebstahl zu versichern. Persönliche Wünsche, die zusätzliche Kosten verursachen, gehen zu Ihren Lasten.

Sie erhalten von der Nationalen Gesundheitskasse (CNS) einen offiziellen Entscheid mit dem Auftragsformular, auf dem der übernommene Betrag ebenso wie der Name/die Namen der ausgewählten Firma/Firmen eingetragen ist/sind. Schicken Sie das ausgefüllte und unterschriebene Auftragsformular bitte an die CNS zurück.

Die CNS erteilt der von Ihnen ausgewählten Firma den Auftrag.

Die von Ihrem zuständigen AEC-Mitarbeiter festgelegte Ausgestaltung kann danach nur mit vorheriger Zustimmung der AEC geändert werden.

C. Verschiedene Arten des Fahrzeugumbaus

- Anpassung des Führerstandes;
- Zugang des Leistungsempfängers zum Fahrzeug;
- Zugang des Leistungsempfängers im Rollstuhl zum Fahrzeug;
- Verladen des Rollstuhls.

Hier erhalten Sie Informationen über Firmen, die Fahrzeugumbauten durchführen:

Info-handicap

Koordinator "Barrierefreiheit"

65, avenue de la Gare
L-1611 Luxemburg
Tel.: +352 366 466-1 Fax: +352 360 885
E-mail: info@iha.lu

www.editus.lu

Suche: "Fahrzeugumbau/Adaptation automobile"

7.1.4.3. Die Beihilfen für Blindenführhunde

A. Voraussetzungen

- Sie müssen einen Antrag bei der Pflegeversicherung stellen. Dabei sind die nachstehenden beiden Formulare auszufüllen:
 - Der ärztliche Bericht (R20) ist seitens Ihres behandelnden Arztes auszufüllen.
 - Kreuzen Sie auf dem Antragsformular das Feld „Antrag auf technische Hilfsmittel“ an. Bitte geben Sie an, dass es sich um einen Antrag in Bezug auf einen Blindenführhund handelt.

Der Antrag ist an die nachstehende Anschrift zu übermitteln:

Nationale Gesundheitskasse (Caisse nationale de santé - CNS)

Pflegeversicherung

Postfach 1023
L-1010 Luxembourg

Ihr Antrag wird erst ab dem Datum als vollständig betrachtet, an dem beide Dokumente (das Antragsformular und der ärztliche Bericht) bei der CNS eingegangen sind.

- Ihre Lebensumstände müssen sich mit der Haltung eines Hundes vereinbaren lassen.

B. Bewertung Ihrer Situation seitens der Bewertungs- und Kontrollbehörde (AEC) der Pflegeversicherung

Sie werden dazu aufgefordert, bei der AEC in Luxemburg-Hollerich zu erscheinen. Dabei geht es darum, zu bewerten, ob Sie die nach Maßgabe der geänderten großherzoglichen Verordnung vom 22. Dezember 2006 zur Festsetzung: 1. der Modalitäten und der Grenzen der Übernahme von technischen Hilfsmitteln seitens der Pflegeversicherung (...) erforderlichen Kriterien erfüllen, um Anspruch auf eine finanzielle Beihilfe der Pflegeversicherung für die Anschaffung eines Blindenführhundes zu haben.

C. Seitens der AEC erfolgende Erstellung der Akte für die Blindenführhundsschule

Die AEC erstellt auch Ihre Antragsakte für die Blindenführhundsschule. Hierzu muss Ihre Krankenakte durch eine Augenuntersuchung und eine HNO-Untersuchung ergänzt werden. Hierfür werden Sie dazu aufgefordert, innerhalb einer Frist von 3 Monaten einen seitens der AEC benannten Augen- und HNO-Arzt aufzusuchen.

D. Untersuchung Ihrer Akte seitens der Blindenführhundsschule (Association des Chiens Guides du Grand Est)

Die Blindenführhundsschule

Sofern die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine finanzielle Beihilfe der Pflegeversicherung für die Anschaffung eines Blindenführhundes erfüllt sind, wird Ihre Akte an die Blindenführhundsschule in Wappingen/Metz (Frankreich) übermittelt (Association des Chiens Guides du Grand Est).

Die Blindenführhundsschule setzt sich mit Ihnen in Verbindung und nimmt eine Bewertung vor. Sie müssen sich persönlich in die Räumlichkeiten der Schule begeben, um dort an einem Ihnen unbekanntem Ort einen Fortbewegungstest mithilfe eines Taststocks zu absolvieren und ein erstes Gespräch mit den Ausbildern zu führen. Im Anschluss an diesen Test und auf Grundlage der Akte der Pflegeversicherung beurteilt die Schule, ob Sie körperlich dazu in der Lage sind, sich mit einem Hund fortzubewegen, und ob Sie die Fortbewegungstechniken beherrschen.

Die Schule untersucht die üblicherweise von Ihnen zurückgelegten Strecken, um sicher zu gehen, dass diese sicher bewältigt werden können. Sie besucht Sie zuhause, um sich ein Bild von der Umgebung zu machen, in der der künftige Führhund aufwachsen wird. Danach werden Sie erneut in die Schule eingeladen, um einen „Hundetest“ zu absolvieren, der die seitens der Ausbilder vorgeschlagene Wahl des Hundes bestätigen soll.

Das Praktikum und die Übergabe des Blindenführhunds

Ein 2- bis 3-wöchiges Praktikum ist vorgesehen, dessen Termin mit Ihnen abgestimmt wird, um Sie und Ihr Umfeld in Bezug auf den Umgang mit dem Hund zu schulen. Dieses Praktikum findet teilweise in der Schule und teilweise bei Ihnen zuhause statt. Am Ende des Praktikums unterzeichnen Sie den Vertrag mit der Blindenführhundsschule (Association des Chiens Guides du Grand Est) und der Hund wird Ihnen offiziell übergeben. Für die Abwicklung des gesamten Verfahrens bis zur Übergabe des Blindenführhundes ist eine Zeitspanne von über 1 Jahr einzukalkulieren.

Die Beihilfe der Pflegeversicherung umfasst den Anschaffungspreis des Hundes, die Kosten für die Aufzucht des Hundes bei einer Pflegefamilie, die Kosten für die Ausbildung des Führhundes und die Kosten für die Anschaffung des Geschirrs. Darüber hinaus umfasst sie auch die Kosten für die in der Schule und am Wohnsitz des Leistungsempfängers erfolgende Einführung in die Technik der Geschirrführung sowie die Betreuung des Hundes seitens der Schule. Die Reise- und Aufenthaltskosten für den Schulbesuch sind vom Antragsteller zu tragen.

Die Betreuung und die Begleitung

Während des gesamten Berufslebens des Hundes, das sich auf 7 bis 9 Jahre erstreckt, werden Sie von der Blindenführhundsschule (Association des Chiens Guides du Grand Est) betreut und begleitet.

Die Kosten für den Unterhalt, die Nahrung, den Tierarzt und die Haftpflichtversicherung für seitens des Hundes verursachte Schäden obliegen dem Leistungsempfänger.

Der Leistungsempfänger muss sich dazu verpflichten, den Hund artgerecht zu halten und im Einklang mit den Tierschutzvorschriften für ihn Sorge zu tragen.

► **Kontaktdaten:**

Association des Chiens Guides du Grand Est

École de Woippy

10, avenue de Thionville

F-57140 Woippy/Metz

Tel.: +333 87 33 14 36

www.chiens-guides-est.org

Chiens Guides d'Aveugles au Luxembourg asbl

Postfach 2420

L-1024 Luxemburg

Tel.: +352 621 286 153

www.chienguide.org

7.1.4.4. Die Beihilfen für Wohnraumanpassungen ¹⁵

A. Allgemeines

Die Anpassung Ihres Wohnraums kann übernommen werden, um Ihnen zu ermöglichen, Ihre selbstbestimmte Lebensführung in den Bereichen der Körperhygiene, der Zubereitung der Mahlzeiten und der Mobilität in und außerhalb der Wohnung zu erhöhen oder beizubehalten.

Nachstehend einige Beispiele für Wohnraumanpassungen:

- Einbau einer Dusche anstelle einer Badewanne;
- Verbreiterung einer Tür, um die Durchfahrt eines Rollstuhls zu ermöglichen;
- Einbau eines Treppenlifts;
- Einbau einer Betonrampe;
- Verlegung von Anti-Rutsch-Materialien am Boden, usw.

Wohnraumanpassungen werden auf Stellungnahme der Bewertungs- und Kontrollbehörde (AEC) der Pflegeversicherung übernommen.

Lebt der Antragsteller in einer Mietwohnung, die seinem Bedarf nicht angepasst ist, kann die Pflegeversicherung sich an der **Übernahme der zusätzlichen Mietkosten** beteiligen, die durch einen Umzug in eine angepasste oder anpassbare Wohnung entstehen. Der Höchstbetrag dieser Beteiligung beträgt 350€ pro Monat. Die monatliche Beteiligung an der Miete endet, wenn der gesamte Höchstbetrag dieser Beteiligung von 28.000€ erreicht wurde.

B. Vorgehensweise

Voraussetzungen

Sie haben einen Antrag bei der Pflegeversicherung gestellt.

Ihre Lebensplanung beinhaltet einen langfristigen Aufenthalt in Ihrem Zuhause: Sie müssen während der Dauer, die auf Ihrem offiziellen Entscheid genannt wird, in Ihrem angepassten Zuhause wohnen bleiben. Wenn Sie ohne triftigen Grund vor dem genannten Datum ausziehen, **müssen Sie den Restbetrag des Umbaus übernehmen.** (Geänderte großherzogliche Verordnung vom 22. Dezember 2005 zur Festsetzung (...) 2. der Modalitäten und der Grenzen der Übernahme von Wohnraumanpassungen seitens der Pflegeversicherung).

¹⁵ <https://aec.gouvernement.lu/de/l-assurance-dependance/prestations/adaptation-du-logement.html>

Sie sind:

- Eigentümer der Wohnung oder des Hauses, die bzw. das Sie bewohnen;
- Mieter oder Miteigentümer: haben Sie das prinzipielle Einverständnis für eine Wohnraumanpassung seitens der Bewertungs- und Kontrollbehörde (AEC) der Pflegeversicherung, benötigen Sie zusätzlich das schriftliche Einverständnis des Eigentümers bzw. der Miteigentümerschaft auf Basis eines Schreibens, welches sie von der AEC zugeschickt bekommen werden.

Ausarbeitung des Projektes einer Wohnraumanpassung:

1. Ein Experte der AEC wird einen Besuch bei Ihnen zuhause durchführen. Diese Person ist der für die Bearbeitung Ihrer Akte zuständige AEC-Mitarbeiter und wird mit Ihnen zusammen nach der bestmöglichen Lösung für Ihre spezielle Situation suchen. Wenn technische Hilfsmittel keine Lösung bringen und Sie definitiv in Ihrem Zuhause bleiben wollen, kann eine Anpassung des Wohnraumes durch die AEC vorgeschlagen werden, dies in Zusammenarbeit mit der ADAPTH asbl (Association pour le développement et la propagation d'aides techniques pour handicapé(e)s).
2. Ein Experte der ADAPTH wird bei Ihnen vor Ort die verschiedenen Möglichkeiten der Wohnraumanpassung analysieren. Dabei wird mit Ingenieuren oder Architekten zusammengearbeitet, die die technische Machbarkeit der vorgeschlagenen Lösungen prüfen.
3. Wenn mehrere Lösungen von der ADAPTH vorgeschlagen werden, wird sich Ihr zuständiger AEC-Mitarbeiter mit Ihnen in Verbindung setzen, um in gegenseitigem Einvernehmen eine Lösung zurückzubehalten. Dieses Projekt wird von der ADAPTH in einem Lastenheft („cahier de charges fonctionnel“) beschrieben.
4. Sie erhalten eine Kopie dieses Lastenheftes, welches Sie sorgfältig lesen sollten. Sie können Ihre Zustimmung oder Ihre Kommentare bezüglich dieser Lösung an Ihren zuständigen AEC-Mitarbeiter weiterleiten. Wir weisen Sie darauf hin, dass alle späteren Änderungen dieser zurückgehaltenen Lösung, die zusätzliche Kosten verursachen sollten, zu Ihren Lasten sind.
5. Auf der Grundlage dieser gemeinsam festgehaltenen Lösung wird dann ein sogenanntes technisches Lastenheft („cahier de charges technique“) durch die ADAPTH und deren Partner realisiert, in dem technische Spezifikationen für die Unternehmen aufgeführt werden.
6. Dieses technische Lastenheft wird Ihnen in 2 Exemplaren zugesendet mit dem Ziel, Angebote für die Arbeiten zu erhalten. Sie müssen hierfür zwei verschiedene Unternehmen Ihrer Wahl kontaktieren. Sollten Sie Hilfe benötigen, diese Angebote zu bekommen, wenden Sie sich bitte an die ADAPTH.
7. Die beiden vollständig ausgefüllten Angebote senden Sie bitte an Ihren zuständigen AEC-Mitarbeiter. Hier werden die Angebote analysiert und bei Bedarf durch die ADAPTH überprüft.

Umsetzung der Wohnraumanpassung

1. Sie erhalten einen offiziellen Entscheid der Nationalen Gesundheitskasse (CNS), der Ihnen die Höhe der bewilligten Gelder, sowie die Namen der Firmen mitteilt, die den Vorschriften entsprechen.
2. Bevor Sie eines der genannten Unternehmen mit der Ausführung der Arbeit beauftragen, müssen Sie Ihre Wahl der ADAPTH mitteilen.
3. Eine Beaufsichtigung der Arbeiten durch die ADAPTH ist vorgesehen.
4. Rechnungen für geleistete Arbeit müssen an die ADAPTH zur Analyse gesendet werden. Nach der Überprüfung werden sie an die CNS zur Auszahlung an das Unternehmen weitergeleitet.
5. Wir möchten Sie darauf aufmerksam machen, dass die Umbauarbeiten zu Unannehmlichkeiten führen können. Die betroffenen Räumlichkeiten stehen in der gesamten Bauzeit nicht zur Verfügung, im Durchschnitt beträgt dieser Zeitraum zwischen 1-3 Wochen. Unvorhersehbare

Ereignisse können diese Zeit verlängern und weitere Arbeiten erfordern. Während des Umbaus werden Sie mit Geräusch- und Staubbelastung rechnen müssen, sowie der Anwesenheit der Arbeiter.

6. Die Gesamtdauer des Projektes liegt erfahrungsgemäß zwischen 6 bis 24 Monaten, je nach der Größe des Projektes.
7. Eine offizielle Abnahme der Arbeiten wird in Anwesenheit Ihres zuständigen AEC-Mitarbeiters oder der ADAPTH durchgeführt.

Es ist wichtig, zu beachten, dass jeder Umbau eine Anpassung Ihres Pflegeplanes bewirken kann.

► **Kontaktdaten:**

ADAPTH asbl -
Association pour le développement et la propagation d'aides techniques pour handicapé(e)s
Nationales Kompetenzzentrum für die Zugänglichkeit von Gebäuden
(Centre de compétence national pour l'accessibilité des bâtiments - CCNAB)
36, rue de Longwy
L-8080 Bertrange
Tel.: +352 43 95 58-1 Fax: +352 43 95 58-99
www.adapth.lu

7.1.5. Die Pflegeversicherung kann Ihnen auch Beihilfen für Inkontinenzmaterial bewilligen

Im Falle der Nutzung von Inkontinenzmaterial wird Ihnen ein Pauschalbetrag in Höhe von 14,32€ pro Monat gewährt. Der dem gewichteten Lebenshaltungskostenindex 100 vom 1. Januar 1948 entsprechende Betrag wird nach Maßgabe der für die Besoldung und die Pension von Staatsbeamten anwendbaren Modalitäten angepasst.

7.1.6. Die Pflegeversicherung kann Ihnen Unterstützung bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten bewilligen

Die Pflegeversicherung kann Ihnen Unterstützung bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten bewilligen, sofern der pflegebedürftigen Person eine der 15 Pflegestufen zugeteilt wird (mindestens 3,5 Stunden pro Woche).

Die Unterstützung der pflegebedürftigen Person bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten wird in Form einer Pauschale in Höhe von 3 Stunden pro Woche übernommen.

7.1.7. Die Pflegeversicherung kann die Anwesenheit und Betreuung einer Pflegeperson übernehmen

Diese Leistungen der Pflegeversicherung werden Ihnen bewilligt, wenn Sie ohne Pflegedienst in Ihrem häuslichen Umfeld bleiben und ganz oder teilweise von einer oder mehreren Personen aus Ihrem Umfeld gepflegt werden. Diese Personen werden als „Pflegepersonen“ bezeichnet.

Die Bewertungs- und Kontrollbehörde (AEC) bewertet, inwieweit die Pflegeperson fähig und verfügbar ist, mindestens einmal pro Woche Hilfe- und Pflegeleistungen in den Bereichen der Aktivitäten des täglichen Lebens (AEV) zu erbringen, sowie deren Bedarf an Betreuung und Schulung. Diese Bewertung erfolgt auf Grundlage des Bewertungs- und Ermittlungstools und des Handbuchs, einem seitens der Pflegeperson ordnungsgemäß ausgefüllten und unterzeichneten Auskunftsbogen und einem persönlichen Gespräch mit der Pflegeperson.

Anhand der Bewertung können die Verfügbarkeiten der Pflegeperson in Anbetracht ihrer beruflichen Situation, ihrer familiären Verpflichtungen und der geographischen Entfernung zwischen Ihrem Wohnsitz und dem Wohnsitz der Pflegeperson beurteilt, ihre psychischen und physischen Fähigkeiten sowie die Entlastungsmöglichkeiten bewertet werden, über die sie abgesehen von der Betreuung durch die Pflegeversicherung verfügt. Ein Dritter, dem selbst eine Pflegestufe zugeteilt wurde, darf nicht als Pflegeperson ausgewählt werden.

Im Anschluss an die Bewertung des Antragstellers und der Pflegeperson erstellt die AEC gegebenenfalls eine Dokumentation der durchzuführenden Hilfe- und Pflegeleistungen, die eine genaue Angabe der Leistungen enthält.

Sofern die AEC im Rahmen des Verbleibs im häuslichen Umfeld feststellt, dass die Hilfe- und Pflegeleistungen für die Aktivitäten des täglichen Lebens oder die Unterstützung bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten ganz oder teilweise von einer Pflegeperson erbracht werden, hält sie in der Dokumentation der durchzuführenden Hilfe- und Pflegeleistungen die Aufteilung der Erbringung der benötigten Leistungen zwischen dieser Pflegeperson und den Dienstleistern der Pflegedienste fest. Diese Aufteilung bleibt bis zu der im Anschluss an eine Neubewertung erfolgenden neuen Dokumentation der durchzuführenden Hilfe- und Pflegeleistungen gültig.

Sollte die AEC feststellen, dass die Pflegeperson zur Erbringung der benötigten Hilfe- und Pflegeleistungen nicht mehr in der Lage ist, endet die Aufteilung der Erbringung der benötigten Leistungen. Sofern die Pflegeperson nur vorübergehend nicht dazu in der Lage ist, werden die erforderlichen Hilfe- und Pflegeleistungen seitens der Dienstleister der Pflegedienste erbracht und an der Dokumentation der durchzuführenden Hilfe- und Pflegeleistungen werden keine Änderungen vorgenommen.

Eine großherzogliche Verordnung¹⁶ setzt das im Rahmen der Aufgaben der Bewertungs- und Kontrollbehörde der Pflegeversicherung eingesetzte Bewertungs- und Ermittlungstool der Leistungen der Pflegeversicherung, die Aufstellung und das Handbuch der Hilfe- und Pflegeleistungen fest, und erstellt ein Musterformular für die Dokumentation der durchzuführenden Hilfe- und Pflegeleistungen. Dieselbe großherzogliche Verordnung kann für verschiedene Pathologien und klinische Situationen auch die benötigte Zeitpauschale festsetzen.

¹⁶ <https://aec.gouvernement.lu/de/espace-professionnels/referentiel-des-aides-et-soins.html>

Unter Berücksichtigung der seitens der Pflegeperson erbrachten benötigten Leistungen entspricht die Übernahme der seitens der Dienstleister der Pflegedienste in den Bereichen der Aktivitäten des täglichen Lebens (AEV) erbrachten Hilfe- und Pflegeleistungen einer der folgenden Pauschalen:

Übernahme der seitens der Dienstleister der Pflegedienste in den Bereichen der Aktivitäten des täglichen Lebens (AEV) erbrachten Hilfe- und Pflegeleistungen	
Pauschale 0	125 Minuten, wenn der Dienstleister weniger als 210 Minuten pro Woche übernimmt
Pauschale 1	280 Minuten, wenn der Dienstleister zwischen 210 und 350 Minuten pro Woche übernimmt
Pauschale 2	420 Minuten, wenn der Dienstleister zwischen 351 und 490 Minuten pro Woche übernimmt
Pauschale 3	560 Minuten, wenn der Dienstleister zwischen 491 und 630 Minuten pro Woche übernimmt
Pauschale 4	700 Minuten, wenn der Dienstleister zwischen 631 und 770 Minuten pro Woche übernimmt
Pauschale 5	840 Minuten, wenn der Dienstleister zwischen 771 und 910 Minuten pro Woche übernimmt
Pauschale 6	980 Minuten, wenn der Dienstleister zwischen 911 und 1.050 Minuten pro Woche übernimmt
Pauschale 7	1.120 Minuten, wenn der Dienstleister zwischen 1.051 und 1.190 Minuten pro Woche übernimmt
Pauschale 8	1.260 Minuten, wenn der Dienstleister zwischen 1.191 und 1.330 Minuten pro Woche übernimmt.
Pauschale 9	1.400 Minuten, wenn der Dienstleister zwischen 1.331 und 1.470 Minuten pro Woche übernimmt
Pauschale 10	1.540 Minuten, wenn der Dienstleister zwischen 1.471 und 1.610 Minuten pro Woche übernimmt
Pauschale 11	1.680 Minuten, wenn der Dienstleister zwischen 1.611 und 1.750 Minuten pro Woche übernimmt
Pauschale 12	1.820 Minuten, wenn der Dienstleister zwischen 1.751 und 1.890 Minuten pro Woche übernimmt.
Pauschale 13	1.960 Minuten, wenn der Dienstleister zwischen 1.891 und 2.030 Minuten pro Woche übernimmt
Pauschale 14	2.100 Minuten, wenn der Dienstleister zwischen 2.031 und 2.170 Minuten pro Woche übernimmt
Pauschale 15	2.230 Minuten, wenn der Dienstleister mindestens 2.171 Minuten pro Woche übernimmt

Sie haben auch die Möglichkeit, den Ersatz der Sachleistungen für die von der Pflegeperson erbrachten AEV und die Unterstützung bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten durch eine Geldleistung zu beantragen.

Auf der Grundlage der von der AEC erstellten Dokumentation der durchzuführenden Hilfe- und Pflegeleistungen können die von der Pflegeperson erbrachten Sachleistungen für die Aktivitäten des täglichen Lebens und für die Unterstützung bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten durch eine einer der folgenden Pauschalen entsprechende Geldleistung ersetzt werden:

Übernahme der Geldleistungen welche die von den Hilfe- und Pflegedienstleistern erbrachten Leistungen im Bereich der Aktivitäten des täglichen Lebens teilweise ersetzen können	
Pauschale 1	12,50€ pro Woche, wenn die Pflegeperson mindestens 61 Minuten pro Woche übernimmt
Pauschale 2	37,50€ pro Woche, wenn die Pflegeperson zwischen 61 und 120 Minuten pro Woche übernimmt
Pauschale 3	62,50€ pro Woche, wenn die Pflegeperson zwischen 121 und 180 Minuten pro Woche übernimmt
Pauschale 4	87,50€ pro Woche, wenn die Pflegeperson zwischen 181 und 240 Minuten pro Woche übernimmt
Pauschale 5	112,50€ pro Woche, wenn die Pflegeperson zwischen 241 und 300 Minuten pro Woche übernimmt
Pauschale 6	137,50€ pro Woche, wenn die Pflegeperson zwischen 301 und 360 Minuten pro Woche übernimmt
Pauschale 7	162,50€ pro Woche, wenn die Pflegeperson zwischen 361 und 420 Minuten pro Woche übernimmt
Pauschale 8	187,50€ pro Woche, wenn die Pflegeperson zwischen 421 und 480 Minuten pro Woche übernimmt
Pauschale 9	212,50€ pro Woche, wenn die Pflegeperson zwischen 481 und 540 Minuten pro Woche übernimmt
Pauschale 10	262,50€ pro Woche, wenn die Pflegeperson 541 Minuten pro Woche oder mehr übernimmt

Dieser Ersatz endet, wenn die Pflegeperson nicht mehr in der Lage ist, die Hilfe- und Pflegeleistungen gemäß der Dokumentation der durchzuführenden Hilfe- und Pflegeleistungen zu erbringen, und dies von der AEC festgestellt wurde.

Für pflegebedürftige Kinder bis zum Alter von 8 Jahren richtet sich die Dauer der seitens der Pflegeperson erbrachten Leistungen darüber hinaus auch nach einem Anpassungskoeffizienten, der den zusätzlichen Bedarf an Hilfestellung im Vergleich zu körperlich und geistig gesunden Kindern im gleichen Alter berücksichtigt. Die Anpassungskoeffizienten und die Anwendungsmodalitäten der vorliegenden Bestimmung sind durch großherzogliche Verordnung festgesetzt ¹⁷.

Die Geldleistungen unterliegen keinen Steuern und Sozialabgaben.

Pflegebedürftige Personen, die eine Geldleistung beziehen, behalten ihren Anspruch auf diese Leistung bei der Eröffnung des Anspruchs auf Palliativversorgung.

¹⁷ Großherzogliche Verordnung vom 18. September 2018 zur Änderung der geänderten großherzoglichen Verordnung vom 21. Dezember 2006 zur Festsetzung der spezifischen Modalitäten in Bezug auf die Ermittlung der Pflegebedürftigkeit bei Kindern (Mémorial A Nr. 875 vom 27. September 2018).

ANMERKUNGEN

Zwei Personen können dieselbe Pflegestufe, aber unterschiedliche Pauschalen für die Sach- und Geldleistungen haben, da diese Pauschalen in Abhängigkeit von der Aufteilung der Aufgaben zwischen dem Pflegedienst und der Pflegeperson variieren.

Für ein besseres Verständnis könnten sich einige Erläuterungen als hilfreich erweisen.

Grad des wöchentlichen Bedarfs an Hilfe- und Pflegeleistungen oder „Pfleigestufe“

Entsprechend dem Bedarf an **Hilfe- und Pflegeleistungen im Bereich der Aktivitäten des täglichen Lebens** (AEV) wird der pflegebedürftigen Person eine der 15 Pflegestufen zugeteilt.

Jede dieser 15 Pflegestufen entspricht einem **in Minuten ausgedrückten Übernahmezeitfenster**, auf das die **pflegebedürftige Person während einer Woche Anspruch hat**.

Aufteilung der Leistungen

Im Falle des Verbleibs im häuslichen Umfeld spricht man von einer Aufteilung der Leistungen, sofern **ein Pflegedienst (RAS) und eine Pflegeperson Leistungen erbringen**, um die Hilfe- und Pflegeleistungen in Bezug auf die pflegebedürftige Person zu übernehmen. Die **Aufteilung der zu erbringenden Hilfe- und Pflegeleistungen** zwischen dem RAS und der Pflegeperson **erfolgt im Zuge der Bewertung seitens des Mitarbeiters der Bewertungs- und Kontrollbehörde (AEC)**.

Die Aufteilung der Aktivitäten ermöglicht die Festsetzung der **Zahlungspauschalen**:

- die **Sachleistungspauschale**, die dem Pflegedienst im Gegenzug für seine Pflegeleistungen entrichtet wird;
- die **Geldleistungspauschale**, die der pflegebedürftigen Person zur Entschädigung der Pflegeperson für ihre Pflegeleistungen entrichtet wird.

Geldleistung

Lebt die pflegebedürftige Person in ihrem häuslichen Umfeld und verfügt über eine **seitens der AEC anerkannte Pflegeperson**, ist es **möglich, einen Teil der Sachleistung** (seitens eines Pflegedienstes-RAS erbrachte Hilfe) **in eine Geldleistung umzuwandeln**.

Nur die Sachleistungen für die **Aktivitäten des täglichen Lebens** und für die **Unterstützung bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten** können durch Geldleistungen ersetzt werden.

Es gibt **10 Pauschalen** bei den Geldleistungen, je nach Ausmaß der durch die Pflegeperson übernommenen Betreuung. Diese **Pauschale wird der pflegebedürftigen Person gewährt**. Sie dient als Vergütung für die Pflegeperson, die die Hilfe- und Pflegeleistungen erbringt.

Die Geldleistungen werden **ab dem Zustellungsdatum des Entscheids** geschuldet, sofern der Antragsteller als pflegebedürftig und die die Hilfe- und Pflegeleistungen sicherstellende Privatperson als Pflegeperson anerkannt wird.

Sachleistung

Wenn im Rahmen der Pflegeversicherung die Rede von durch einen **Fachdienst (Pflegedienst, teilstationäres Zentrum oder Einrichtung)** erbrachten Hilfeleistungen ist, spricht man von Sachleistungen.

Es gibt **16 verschiedene Pauschalen**, je nach Ausmaß der im Bereich der Aktivitäten des täglichen Lebens erforderlichen Hilfe- und Pflegeleistungen. Diese Pauschale wird seitens der CNS direkt an die Einrichtungen entrichtet. Die Kosten in Bezug auf die verschiedenen bewilligten Aktivitäten werden gegebenenfalls ebenfalls direkt an die Einrichtung entrichtet.

Die **Sachleistung** ist ab dem Antragsdatum **zu entrichten**, sofern der Antragsteller als pflegebedürftig anerkannt wird.

7.1.8. Die Pflegeversicherung kann Ihnen Unterstützung bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten bewilligen

Diese Unterstützung besteht darin, Ihnen bei der Reinhaltung der Wohnräume Ihres Wohnsitzes zu helfen (Badezimmer, Küche, Schlafzimmer, Wohnzimmer, Esszimmer) und die Grundversorgung sicherzustellen, d.h.:

- Reinigung und Aufräumen der Wohnbereiche;
- Abspülen und Reinigen der Küchenausstattung;
- Prüfung der Verzehrbarekeit der Lebensmittel;
- Einkauf von Lebensmitteln und anderen lebensnotwendigen Dingen;
- Wechseln der Bettwäsche;
- Waschen und Bügeln der Wäsche.

Die Aktivität „Unterstützung bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten“ kann mit den „Aktivitäten zur Unterstützung der Unabhängigkeit (AAI)“ und mit allen Formen der Aktivitäten in Bezug auf den Verbleib im häuslichen Umfeld kumuliert werden.

Die Unterstützung bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten wird in Form einer Pauschale in Höhe von 3 Stunden pro Woche übernommen.

7.1.9. Wenn Sie Anspruch auf Palliativversorgung haben, kann Ihnen die Pflegeversicherung Leistungen bewilligen ¹⁸

Benötigen Sie Palliativpflege, brauchen Sie **keinen Antrag auf „Pflegeversicherung“** einzureichen und sich einer Bewertung seitens der Bewertungs- und Kontrollbehörde (AEC) zu unterziehen, sondern müssen Ihren Arzt bitten, eine „Erklärung im Hinblick auf den Erhalt von Palliativpflege“ beim kontrollärztlichen Dienst der Sozialversicherung vorzulegen.

Zusätzlich zu den von der Krankenversicherung vorgesehenen ärztlichen Leistungen, die durch die Vorschriften aus der Satzung der Nationalen Gesundheitskasse abgedeckt sind, haben Sie mit Ausnahme der Wohnraumanpassungen Anspruch auf die Leistungen der Pflegeversicherung (siehe Punkt 7.1.4.4.).

Die seitens der Dienstleister von Pflegediensten in den Bereichen der Aktivitäten des täglichen Lebens (AEV) erbrachten Hilfe- und Pflegeleistungen werden gemäß einer Pauschale übernommen, die einem Bedarf an Hilfe- und Pflegeleistungen in Höhe von 780 Minuten entspricht. Die übrigen Leistungen, auf die Sie Anspruch haben, werden innerhalb der in den Punkten 7.1.7., 7.2. und 7.3. vorgesehenen Grenzen übernommen. Die großherzogliche Verordnung ¹⁹ setzt die Voraussetzungen und Modalitäten für die Übernahme technischer Hilfsmittel für Personen mit Anspruch auf Palliativversorgung fest (siehe obigen Punkt 7.1.4.).

Personen, die bereits eine Geldleistung der Pflegeversicherung beziehen, behalten ihren Anspruch auf diese Leistung bei der Eröffnung des Anspruchs auf Palliativpflege.

¹⁸ Für weitere Informationen siehe auch <http://sante.public.lu/fr/droits/fin-vie/accompagnement/index.html> und <https://cns.public.lu/de/assure/vie-privee/fin-vie/soins-palliatifs.html>

¹⁹ Geänderte großherzogliche Verordnung vom 22. Dezember 2006 zur Festsetzung: 1. der Modalitäten und der Grenzen der Übernahme von technischen Hilfsmitteln seitens der Pflegeversicherung; 2. der Modalitäten und der Grenzen der Übernahme von Wohnraumanpassungen seitens der Pflegeversicherung; 3. der für Hilfe- und Pflegeleistungen erforderlichen Produkte (Mémorial A 2006, S.4816, Mémorial A 2010, S. 1262, Mémorial A 2017 Nr. 1092).

7.2. DIE LEISTUNGEN IM STATIONÄREN BEREICH

Sofern Sie in einer Einrichtung für den ständigen Aufenthalt²⁰ leben und in dieser Einrichtung Hilfe- und Pflegeleistungen erhalten, übernimmt die Pflegeversicherung die nachstehenden Leistungen:

7.2.1. Die Hilfe- und Pflegeleistungen in den Bereichen der Aktivitäten des täglichen Lebens (AEV)

Sofern Sie in einer Einrichtung für den ständigen Aufenthalt Hilfe- und Pflegeleistungen für die Aktivitäten des täglichen Lebens erhalten, erfolgt die Übernahme der in der Dokumentation der durchzuführenden Hilfe- und Pflegeleistungen festgesetzten benötigten Leistungen vollständig unter Anwendung der nachstehenden Pauschalen:

Übernahme der von den Hilfe- und Pflegedienstleistern erbrachten Leistungen im Bereich der Aktivitäten des alltäglichen Lebens (AEV)	
Pauschale 1	280 Minuten, wenn der Dienstleister zwischen 210 und 350 Minuten pro Woche übernimmt
Pauschale 2	420 Minuten, wenn der Dienstleister zwischen 351 und 490 Minuten pro Woche übernimmt
Pauschale 3	560 Minuten, wenn der Dienstleister zwischen 491 und 630 Minuten pro Woche übernimmt
Pauschale 4	700 Minuten, wenn der Dienstleister zwischen 631 und 770 Minuten pro Woche übernimmt
Pauschale 5	840 Minuten, wenn der Dienstleister zwischen 771 und 910 Minuten pro Woche übernimmt
Pauschale 6	980 Minuten, wenn der Dienstleister zwischen 911 und 1.050 Minuten pro Woche übernimmt
Pauschale 7	1.120 Minuten, wenn der Dienstleister zwischen 1.051 und 1.190 Minuten pro Woche übernimmt
Pauschale 8	1.260 Minuten, wenn der Dienstleister zwischen 1.191 und 1.330 Minuten pro Woche übernimmt
Pauschale 9	1.400 Minuten, wenn der Dienstleister zwischen 1.331 und 1.470 Minuten pro Woche übernimmt
Pauschale 10	1.540 Minuten, wenn der Dienstleister zwischen 1.471 und 1.610 Minuten pro Woche übernimmt
Pauschale 11	1.680 Minuten, wenn der Dienstleister zwischen 1.611 und 1.750 Minuten pro Woche übernimmt
Pauschale 12	1.820 Minuten, wenn der Dienstleister zwischen 1.751 und 1.890 Minuten pro Woche übernimmt
Pauschale 13	1.960 Minuten, wenn der Dienstleister zwischen 1.891 und 2.030 Minuten pro Woche übernimmt
Pauschale 14	2.100 Minuten, wenn der Dienstleister zwischen 2.031 und 2.170 Minuten pro Woche übernimmt
Pauschale 15	2.230 Minuten, wenn der Dienstleister mindestens 2.171 Minuten pro Woche übernimmt

Die in der Dokumentation der durchzuführenden Hilfe- und Pflegeleistungen festgesetzten AEV dürfen selbst dann nicht in Rechnung gestellt werden, wenn sie von der pflegebedürftigen Person abgelehnt wurden oder sie die vorgesehene Pauschale übersteigen. Diese Vorschrift findet keine Anwendung, wenn die pflegebedürftige Person Hilfe- und Pflegeleistungen beantragt, die zu einem Bereich der AEV gehören, der in der Dokumentation der durchzuführenden Hilfe- und Pflegeleistungen nicht vorgesehen ist²¹.

²⁰ Die Einrichtungen für den ständigen Aufenthalt beherbergen die Personen Tag und Nacht und übernehmen die Gesamtheit der von ihnen benötigten Hilfe- und Pflegeleistungen, wie z.B. Pflegeheime oder Seniorenheime.

²¹ <http://www.copas.lu/thematiques/assurance-dependance/convention-cadre/>

7.2.2. Die Aktivitäten zur Unterstützung der Unabhängigkeit (AAI)

Diese Aktivitäten zielen auf das Erlernen oder die Bewahrung der motorischen, kognitiven oder psychischen Fähigkeiten ab, die benötigt werden, um die Aktivitäten des täglichen Lebens selbst zu verrichten oder die Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit für diese Aktivitäten zu beschränken.

Die AAI werden bewilligt, wenn die nachstehenden beiden Voraussetzungen erfüllt sind:

- die pflegebedürftige Person ist dazu in der Lage, geistig oder körperlich aktiv an den angebotenen Aktivitäten teilzunehmen;
- die pflegebedürftige Person weist ein Mindestmaß an Verständnis- und Aufnahmefähigkeiten für die Betreuungsaktivitäten in der Einrichtung auf.

Die AAI können mit den Betreuungsaktivitäten in einer Einrichtung (AAE) kumuliert werden.

Die individuell angebotenen AAI werden für eine maximale Dauer von 5 Stunden pro Woche übernommen. Diese Aktivitäten können für eine maximale Dauer von 20 Stunden pro Woche in der Gruppe angeboten werden.

7.2.3. Die Pflegeversicherung kann die Betreuungsaktivitäten übernehmen, wenn Sie sich in einer Hilfe- und Pflegeeinrichtung aufhalten (AAE)

Die AAE bestehen in der Betreuung der pflegebedürftigen Person während des Tages. Ziel dieser Aktivitäten ist es, die Sicherheit einer pflegebedürftigen Person zu gewährleisten, die nicht über einen längeren Zeitraum allein bleiben kann, bzw. die für sie schädliche soziale Isolation zu vermeiden. Sie helfen, den Tagesablauf der pflegebedürftigen Person zu strukturieren und ermöglichen ihr die Teilnahme an Beschäftigungs- und sozialen Aktivitäten. Diese Aktivitäten erfolgen in der Gruppe.

Die AAE werden pflegebedürftigen Personen gewährt, die in einer Hilfe- und Pflegeeinrichtung betreut werden.

Die Aktivität „Betreuungsaktivitäten in einer Einrichtung“ kann mit den Aktivitäten zur Unterstützung der Unabhängigkeit kumuliert werden.

Die Betreuungsaktivität, die sie in einer Einrichtung für den ständigen Aufenthalt benötigen, wird nach Maßgabe einer Pauschale übernommen, die sich auf 4 Stunden pro Woche beläuft. Sofern Sie eine spezifische und personalisierte Betreuung benötigen, die eine intensive Aufsicht erfordert, kann diese Pauschale auf 10 Stunden pro Woche erhöht werden.

7.2.4. Die Pflegeversicherung kann Ihnen technische Hilfsmittel bewilligen

Die **Bewilligung technischer Hilfsmittel hängt vom Aufenthaltsort des Leistungsempfängers ab**. Technische Hilfsmittel können bei Personen, die sich in einer Hilfe- und Pflegeeinrichtung oder einer Einrichtung für betreutes Wohnen befinden, übernommen werden, diese Übernahme ist jedoch eingeschränkter (siehe Liste der von der Pflegeversicherung übernommenen technischen Hilfsmittel im Anhang zur geänderten großherzoglichen Verordnung vom 22. Dezember 2006²²). Hilfe- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für betreutes Wohnen müssen nämlich gemäß den laut der Gesetzgebung zur Regelung der Beziehungen zwischen dem Staat und den im sozialen, familiären und therapeutischen Bereich tätigen Einrichtungen erforderlichen Zulassungen über eine Reihe von technischen Hilfsmitteln verfügen.

Beispiele für technische Hilfsmittel: Rollator, Rollstuhl, usw.

²² Großherzogliche Verordnung vom 13. Dezember 2017 zur Änderung der geänderten großherzoglichen Verordnung vom 22. Dezember 2006, Mémorial A, Nr. 1092 vom 19. Dezember 2017.

7.3. DIE PFLEGEVERSICHERUNG KANN IHNEN LEISTUNGEN BEWILLIGEN, WENN SIE SICH IN EINER EINRICHTUNG FÜR DEN ZEITWEILIGEN AUFENTHALT BEFINDEN

Wenn die pflegebedürftige Person in einer Hilfe- und Pflegeeinrichtung für den zeitweiligen Aufenthalt²³ Hilfe- und Pflegeleistungen erhält, hat sie für die Zeiträume des Aufenthalts in dieser Einrichtung auf die in Punkt 7.2. vorgesehenen Leistungen und für die Zeiträume des Aufenthalts im häuslichen Umfeld auf die in Punkt 7.1. vorgesehenen Leistungen Anspruch.

Wenn sich die pflegebedürftige Person in einer Einrichtung befindet, die aus dem Staatshaushalt finanziert wird, hat sie für die Zeiträume des Aufenthalts im häuslichen Umfeld gleichwohl auf die in Punkt 7.1. vorgesehenen Leistungen Anspruch.

8 UNTER WELCHEN VORAUSSETZUNGEN WERDEN IHRE LEISTUNGEN VON DER PFLEGEVERSICHERUNG ÜBERNOMMEN?

Die Leistungen der Pflegeversicherung werden frühestens ab dem Tag der Vorlage des Antrags geschuldet, der das Antragsformular und gegebenenfalls den ordnungsgemäß ausgefüllten Auskunftsbogen in Bezug auf die Pflegeperson und den ordnungsgemäß ausgefüllten Bericht des behandelnden Arztes umfasst.

Die Leistungen können für eine begrenzte oder eine unbegrenzte Dauer bewilligt werden.

Man unterscheidet zwischen zwei Arten von Leistungen: den Sachleistungen und den Geldleistungen.

8.1. DIE IM HÄUSLICHEN UMFELD UND IN EINER EINRICHTUNG ERBRACHTEN SACHLEISTUNGEN²⁴

8.1.1. Die pflegebedürftige Person lebt in ihrem häuslichen Umfeld

Falls ausschließlich ein Pflegedienst (réseau d'aides et de soins - RAS) Leistungen erbringt, wird die Pauschale für die Sachleistungen im Bereich der Aktivitäten des täglichen Lebens (AEV) direkt von der Nationalen Gesundheitskasse (CNS) an den Pflegedienst gezahlt. Gegebenenfalls werden die Kosten für die zusätzlich bewilligten Aktivitäten ebenfalls direkt an den Pflegedienst gezahlt.

²³ Siehe im nachstehenden Teil III, Punkt 6.2.2.

²⁴ <https://aec.gouvernement.lu/de/l-assurance-dependance/prestations/prestations-en-nature.html>

Erbringen ein Pflegedienst und eine Pflegeperson Leistungen, wird die Aufteilung der benötigten Hilfe- und Pflegeleistungen, d. h. die Aufteilung der vom Pflegedienst erbrachten Leistungen und der von der Pflegeperson erbrachten Leistungen, in der Dokumentation der durchzuführenden Hilfe- und Pflegeleistungen festgehalten. Entsprechend der festgehaltenen Aufteilung werden die jeweiligen Pauschalen der Sach- und Geldleistungen von der CNS für die Sachleistungen direkt an den Pflegedienst und für die Geldleistungen direkt an die Pflegeperson gezahlt.

8.1.2. Die pflegebedürftige Person lebt in einer Einrichtung für Senioren oder für behinderte Personen

Die Pflegeversicherung übernimmt die Kosten für die von der pflegebedürftigen Person in den Bereichen der Aktivitäten des täglichen Lebens benötigten Hilfe- und Pflegeleistungen: die Pauschale für die Sachleistungen im Bereich der Aktivitäten des täglichen Lebens wird direkt von der CNS an die Einrichtungen gezahlt. Es gibt **15 verschiedene Pauschalen je nach Ausmaß der benötigten Hilfe- und Pflegeleistungen**. Gegebenenfalls werden die Kosten für die zusätzlich bewilligten Aktivitäten ebenfalls direkt an die Einrichtung gezahlt.

Die **Unterkunftskosten** (zu denen die Zimmermiete sowie die Kosten für Verpflegung und Betreuung gehören), deren Höhe von Einrichtung zu Einrichtung unterschiedlich ausfallen kann, gehen jedoch immer **zulasten der in einer Einrichtung lebenden Person**, unabhängig davon, ob sie pflegebedürftig ist oder nicht.

8.2. DIE GELDLEISTUNGEN²⁵

Lebt die pflegebedürftige Person in ihrem häuslichen Umfeld, **sieht das Gesetz vor, dass eine Person, die sich regelmäßig und mindestens einmal pro Woche an den Hilfe- und Pflegeleistungen beteiligt, unter gewissen Bedingungen als Pflegeperson anerkannt werden kann.**

Bei dieser Pflegeperson kann es sich um eine nahestehende oder sonstige private Person handeln, die Sie eingestellt haben. Damit ein **Ersatz der Sachleistungen** (durch einen Pflegedienst erbrachte Leistungen) **durch Geldleistungen** stattfinden kann, **muss diese Pflegeperson von der Bewertungs- und Kontrollbehörde identifiziert und bewertet werden.**

Nur die Sachleistungen für die Aktivitäten des täglichen Lebens und für die Unterstützung bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten können durch Geldleistungen ersetzt werden. Es gibt **10 Pauschalen bei den Geldleistungen, je nach Ausmaß der durch die Pflegeperson übernommenen Betreuung.**

Die Geldleistungen werden nach Fristablauf entrichtet. Die Zahlung kann der Vorlage einer Lebensbescheinigung unterstehen.

Die Entrichtung der Geldleistung endet am Tag des Entscheids des Verwaltungsträgers der Pflegeversicherung, der im Anschluss an die Feststellung erfolgt, dass die Pflegeperson nicht mehr dazu in der Lage ist, die Hilfe- und Pflegeleistungen zu erbringen. Sollte dies nur vorübergehend der Fall sein, wird die Entrichtung der Geldleistung während der Zeiträume ausgesetzt, in denen die erforderlichen Hilfe- und Pflegeleistungen seitens der Hilfe- und Pflegedienstleister erbracht werden.

Die Zahlung erfolgt per Post- oder Banküberweisung auf das Konto des Leistungsempfängers oder im Falle eines minderjährigen Kindes, einer unter Vormundschaft oder unter Pflegschaft gestellten Person auf das Konto der gesetzlich befugten Person. Die Gebühren obliegen dem Leistungsempfänger.

Bestimmte Personengruppen haben Anspruch auf die Pflegeversicherung und können eine pauschale Geldleistung²⁶ beziehen, die anderen Voraussetzungen unterliegt.

²⁵ <https://aec.gouvernement.lu/de/l-assurance-dependance/prestations/prestations-en-especes.html>

²⁶ <https://aec.gouvernement.lu/de/l-assurance-dependance/prestations/prestations-en-especes/dispositions-particulieres.html> und www.legilux.public.lu/eli/etat/leg/rgd/2017/12/13/a1089/jo

Dabei handelt es sich um:

- Personen mit einem verminderten Sehvermögen;
- Personen, die aufgrund von starken Hörproblemen, einer Aphasie oder Dysarthrie Kommunikationsprobleme haben oder Personen, bei denen eine Laryngektomie vorgenommen wurde;
- Personen, die unter einer symptomatischen Form von Spina bifida leiden.

Sobald die Bewilligungskriterien in Bezug auf ein vermindertes Hör- oder Sehvermögen seitens eines von der Bewertungs- und Kontrollbehörde (AEC) der Pflegeversicherung zugelassenen HNO-Facharztes oder Augenarztes bewertet wurden, hat die Person Anspruch auf eine pauschale Geldleistung.

9 WANN UND WIE KANN IHR BEDARF AN HILFE- UND PFLEGELEISTUNGEN NEU BEWERTET WERDEN?

9.1. DIE FÄLLE, IN DENEN DER BEDARF DER PFLEGEBEDÜRFTIGEN PERSON NEU BEWERTET WERDEN KANN²⁷

Auf Initiative der Bewertungs- und Kontrollbehörde (AEC) kann unter den nachstehenden Voraussetzungen und nach Maßgabe der nachstehenden Modalitäten eine Neubewertung Ihres Bedarfs vorgenommen werden:

1. wenn die Erbringung der in der Dokumentation der durchzuführenden Hilfe- und Pflegeleistungen festgesetzten und in den Bereichen der Aktivitäten des täglichen Lebens (AEV) benötigten Leistungen vollständig von einem Dienstleister übernommen wird, erfolgt die Neubewertung frühestens 2 Jahre nach der Zustellung des rechtskräftigen Übernahmeentscheids;
2. wenn die Erbringung der in der Dokumentation der durchzuführenden Hilfe- und Pflegeleistungen festgesetzten benötigten Leistungen ganz oder teilweise seitens einer Pflegeperson in Ihrem häuslichen Umfeld übernommen wird, erfolgt die Neubewertung frühestens 1 Jahr nach der Zustellung des rechtskräftigen Übernahmeentscheids;
3. wenn Sie Ihr häusliches Umfeld verlassen, um in einer Hilfe- und Pflegeeinrichtung betreut zu werden, erfolgt die Neubewertung innerhalb einer Frist von 6 Monaten nach Ihrer Aufnahme;
4. wenn Sie einen Antrag in Bezug auf technische Hilfsmittel oder Wohnraumanpassungen einreichen, kann die AEC Ihren Gesamtbedarf neu bewerten;
5. wenn die AEC eine grundlegende Veränderung der Umstände feststellt, kann sie eine Neubewertung Ihres Bedarfs durchführen.

²⁷ <https://aec.gouvernement.lu/dam-assets/espaces-professionnels/guide-m%C3%A9tier/GuideMetierMysecuV0000original.pdf>

Auf von Ihnen, Ihren Familienmitgliedern, der Pflegeperson oder eines Dienstleisters gestellten begründeten Antrag sowie auf Initiative des Verwaltungsträgers der Pflegeversicherung ermisst die AEC die Zweckmäßigkeit einer Neubewertung Ihres Bedarfs. Ein Antrag auf Neubewertung der Leistungen ist erst nach einer Frist von 1 Jahr nach der Zustellung des rechtskräftigen Übernahmeentscheids zulässig, sofern aus dem dem Antrag beigefügten ärztlichen Bericht des Arztes nicht hervorgeht, dass in der Zwischenzeit eine grundlegende Veränderung der Umstände stattgefunden hat.

9.2. DIE MODALITÄTEN DER NEUBEWERTUNG DES BEDARFS UND DER ERMITTLUNG DER LEISTUNGEN

Die Neubewertung des Bedarfs und die Ermittlung der benötigten Leistungen erfolgen nach Maßgabe derselben Kriterien wie zum Zeitpunkt der ersten Beantragung der Leistungen der Pflegeversicherung.

Wenn die Erbringung der in der Dokumentation der durchzuführenden Hilfe- und Pflegeleistungen festgesetzten Leistungen ganz oder teilweise von einem Dienstleister übernommen wird, kann der Dienstleister auf Antrag der Bewertungs- und Kontrollbehörde (AEC) mit der Neubewertung des Bedarfs und der Ermittlung der benötigten Leistungen beauftragt werden. Gegebenenfalls überprüft und ergänzt die AEC die erhobenen Daten mittels des Bewertungs- und Ermittlungstools der Pflegeversicherung.

Auf Grundlage der Neubewertung des Bedarfs und der Ermittlung der benötigten Leistungen erstellt die AEC eine neue Dokumentation der durchzuführenden Hilfe- und Pflegeleistungen.

9.3. DAS DATUM DES INKRAFTTRETENS DER NEUBEWERTUNG

Der Entscheid in Bezug auf eine Erhöhung der Leistungen tritt am ersten Tag der Woche in Kraft, in der der Antrag eingereicht wurde.

Der Entscheid in Bezug auf eine Herabsetzung der Leistungen tritt erst am ersten Tag der Folgewoche seiner Zustellung in Kraft.

10 IN WELCHEN FÄLLEN KÖNNEN DIE LEISTUNGEN ENTZOGEN WERDEN?

Jede Leistung der Pflegeversicherung wird gestrichen, sofern die sie begründenden Voraussetzungen nicht länger erfüllt sind.

Sofern sich die Berechnungsfaktoren ändern oder festgestellt wird, dass die Leistung infolge eines Fehlers bewilligt wurde, wird diese erhöht, herabgesetzt oder gestrichen.

Die Rückerstattung der Leistungen ist verpflichtend, sofern Sie deren Zuweisung durch die Angabe falscher Sachverhalte oder die Verheimlichung wichtiger Sachverhalte bewirkt haben oder es unterlassen haben, derartige Sachverhalte nach der Zuweisung zu melden.

Der Entscheid in Bezug auf die Rückerstattung kann erst nach Ihrer mündlichen oder schriftlichen Anhörung getroffen werden.

Die Geldleistungen werden unbeschadet einer entsprechenden Erhöhung der Sachleistungen gestrichen oder herabgesetzt, wenn aus einer Stellungnahme der Bewertungs- und Kontrollbehörde (AEC) hervorgeht, dass sie nicht für die angegebenen Zwecke eingesetzt wurden.

Für jeden Entscheid in Bezug auf den Entzug, die Herabsetzung oder die Streichung der Leistungen der Pflegeversicherung, ist die Stellungnahme der AEC anzufordern.

11 WAS IST DIE VERJÄHRUNGSFRIST DER LEISTUNGEN?

Die gegen die Versicherten oder gegen den Verwaltungsträger der Pflegeversicherung eingereichte Klage der Dienstleister der Hilfe- und Pflegeleistungen verjährt nach Ablauf einer Frist von 2 Jahren nach dem Datum der erbrachten Leistungen.

Die gegen die Versicherung eingereichte Klage der Versicherten verjährt innerhalb derselben Frist ab Eröffnung des Anspruchs.

12 IN WELCHEN FÄLLEN KÖNNEN DIE LEISTUNGEN AUSGESETZT ODER EINGESTELLT WERDEN?

Die Sachleistungen werden während eines Krankenhausaufenthalts ausgesetzt. Der Anspruch auf die in der Woche vor der Krankeneinweisung bezogene Geldleistung wird über einen Zeitraum von drei Wochen nach dieser Aufnahme aufrechterhalten. Im Falle von aufeinander folgenden Krankenhausaufenthalten darf die Aufrechterhaltung des Anspruchs auf Geldleistungen 21 Tage pro Jahr nicht übersteigen.

Die in einem Zentrum für funktionale Rehabilitation und Wiedereingliederung betreute pflegebedürftige Person hat in Abweichung von den Bestimmungen aus Absatz 1 für die außerhalb dieses Zentrums verbrachte Zeit Anspruch auf die für den Verbleib im häuslichen Umfeld erforderlichen Sachleistungen, deren Entrichtung der Pflegeversicherung obliegt.

13 INWIEWEIT KÖNNEN DIE LEISTUNGEN DER PFLEGEVERSICHERUNG MIT ANDEREN LEISTUNGEN ZUSAMMENFALLEN?

Die Leistungen der Pflegeversicherung werden nicht geschuldet, wenn Sie dieselben Leistungen im Rahmen der Krankenversicherung beziehen. Besteht ein Anspruch auf die Übernahme technischer Hilfsmittel im Rahmen der Pflegeversicherung, ist dieser Anspruch jedoch vorrangig.

Die Leistungen der Pflegeversicherung werden nicht geschuldet, wenn Sie dieselben Leistungen im Rahmen der Unfallversicherung, der Rechtsvorschriften in Bezug auf Kriegsschäden, der Rechtsvorschriften in Bezug auf behinderte Personen oder der Rechtsvorschriften in Bezug auf das Förderschulsystem beziehen.

Die in Bezug auf die Wohnungsbeihilfe vorgesehenen Beihilfen werden bis zur Höhe der seitens der Pflegeversicherung erfolgenden Übernahme der vorgesehenen Wohnraumanpassungen eingestellt.

14 INWIEWEIT KÖNNEN DIE LEISTUNGEN DER PFLEGEVERSICHERUNG MIT DER FÜRSORGE ZUSAMMENFALLEN?

Die Bestimmungen in Bezug auf die Pflegeversicherung ändern weder die gesetzlichen Verpflichtungen des Staates, der Gemeinden und der Sozialämter zur Unterstützung bedürftiger Personen, noch die gesetzlichen, satzungsmäßigen, vertraglichen oder testamentarischen Verpflichtungen in Bezug auf die Unterstützung der versicherten Personen oder deren Hinterbliebener.

Gleichwohl können sich der Staat, die Gemeinde oder das Sozialamt, die eine bedürftige Person über einen Zeitraum hinweg unterstützt haben, in dem diese Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung hatte, ihre Ausgaben innerhalb der gesetzlich vorgesehenen Grenzen erstatten lassen.

Der Verwaltungsträger der Pflegeversicherung ist dazu verpflichtet, die Unterstützungseinrichtungen auf Antrag darüber in Kenntnis zu setzen, ob und in welchem Umfang die von diesen unterstützten Personen Anspruch auf die gesetzlich vorgesehenen Leistungen haben.

15 INWIEWEIT TRITT DIE PFLEGEVERSICHERUNG IM FALLE DER ENTSCHÄDIGUNG EINES SEITENS EINES DRITTEN VERURSACHTEN UND VON IHR ÜBERNOMMENEN SCHADENS IN IHRE ANSPRÜCHE EIN?

Sofern die versicherten Personen oder deren Rechtsnachfolger nach Maßgabe einer gesetzlichen Bestimmung die Entschädigung eines ihnen seitens eines Dritten verursachten Schadens fordern können, geht der Anspruch bis zur Höhe der Leistungen auf den Verwaltungsträger der Pflegeversicherung über, sofern er Schadenskomponenten betrifft, die seitens der Pflegeversicherung gedeckt sind.

Auf die Wiedergutmachung von durch vor dem 1. Januar 1999 eingetretenen Schadensfällen verursachten Schäden findet Absatz 1 keine Anwendung.





FINANZIERUNG DER PFLEGEVERSICHERUNG



1 WIE WIRD DIE PFLEGE-VERSICHERUNG FINANZIERT?

Um den ihr obliegenden Aufwendungen nachzukommen, wendet die Pflegeversicherung das System der Lastenverteilung mit Bildung einer Rücklage an, die sich auf mindestens 10% des Jahresbetrags der laufenden Ausgaben belaufen muss.

Neben den Erträgen aus Anlagen und verschiedenen anderen Geldmitteln, umfassen die für die Finanzierung der Versicherung erforderlichen Geldmittel:

1. einen staatlichen Beitrag in Höhe von 40% der Gesamtausgaben, einschließlich der Einstellung in die Rücklage;
2. einen Sonderbeitrag, der aus dem Ertrag der jedem Endkunden, einschließlich der Eigenerzeuger, der einen Jahresverbrauch von über 25.000 kWh zu Lasten des Stromsektors aufweist, anzurechnenden „Stromsteuer“ besteht, der zur Finanzierung der Pflegeversicherung verwendet wird;
3. zur Deckung der Restausgaben einen seitens der Versicherten zu leistenden Pflegebeitrag in Höhe von 1,4%, der von ihrem Erwerbs- und Ersatzeinkommen abgezogen wird.

2 WER ENTRICHTET DEN PFLEGEBEITRAG UND WIE WIRD ER ERRECHNET?

Die Bemessungsgrundlage des Pflegebeitrags stellen die Erwerbs- und Ersatzeinkommen sowie die Vermögenseinkünfte dar. Es gibt keine Obergrenze und der Beitrag kann nicht von der Steuer abgesetzt werden.

Sofern Sie Arbeitnehmer, Beamter, Rentenempfänger, Empfänger der Eingliederungszulage im Rahmen des Einkommens zur sozialen Eingliederung (REVIS) oder Arbeitslosengeldempfänger sind, erfolgt die Berechnung des Pflegebeitrags in Bezug auf Ihr Erwerbs- oder Ersatzeinkommen nach Abzug von $\frac{1}{4}$ des sozialen Mindestlohns (536,25€ ab 1. Januar 2020).

Im Falle einer Teilzeitbeschäftigung wird dieser Abzug in Abhängigkeit von der Anzahl der angegebenen Stunden im Verhältnis zu 173 Stunden anteilig berechnet. Selbiges gilt für den Abzug von dem dem Pflegebeitrag unterliegenden Ersatzeinkommen und insbesondere für den Abzug vom Krankengeld.

Sofern Sie in Rente sind und eine unselbstständige Erwerbstätigkeit oder eine dieser gleichgestellten Tätigkeit ausüben, erfolgt der Abzug vom Erwerbseinkommen und wird wie oben beschrieben anteilig berechnet. Der eventuelle Restbetrag des Abzugs wird der Rente angelastet.

Die Festsetzung und der Einzug des Pflegebeitrags erfolgen seitens der Zentralstelle der Sozialversicherungen (Centre commun de la sécurité sociale - CCSS). Er wird vom Arbeitgeber oder von dem das Ersatzeinkommen entrichtenden Träger einbehalten.



Finanzierung der Pflegeversicherung

Sofern Sie Vermögenseinkünfte beziehen (Mieten, Dividenden, Gewinnanteile...), wird der Beitrag auch von diesen Einkünften abgezogen. Gleichwohl findet der Abzug von $\frac{1}{4}$ des sozialen Mindestlohns keine Anwendung. Darüber hinaus ist der Pflegebeitrag nicht als Einkommenssteuer zu betrachten und zählt nicht zu den im Rahmen der Einkommenssteuer vorgesehenen Betriebsausgaben, Werbungskosten oder Sonderausgaben.

Die Festsetzung und die im Auftrag des Verwaltungsträgers der Pflegeversicherung erfolgende Einziehung des Pflegebeitrags von den Vermögenseinkünften obliegen der Steuerverwaltung.



ORGANISATION DER PFLEGEVERSICHERUNG



1 WER VERWALTET DIE PFLEGEVERSICHERUNG?

Die Verwaltung der Pflegeversicherung wird von der Nationalen Gesundheitskasse (CNS) übernommen.

1.1. WELCHE AUFGABEN HAT DER VORSTAND DER CNS?

Der Vorstand hat die nachstehenden Aufgaben:

1. Entscheidung über den Haushalt und die jährliche Abrechnung der Einnahmen und Ausgaben der Pflegeversicherung, die seitens des Sozialversicherungsministers nach Stellungnahme der Aufsichtsbehörde zu genehmigen sind;
2. Vorbereitung der seitens des Vorsitzenden oder seines Beauftragten mit den Dienstleistern der Hilfe- und Pflegeleistungen zu führenden Verhandlungen und Stellungnahme zum Ergebnis dieser Verhandlungen;
3. Treffen individueller Entscheide in Bezug auf die Leistungen.

Die Entscheide des Vorstands ergehen mit der Mehrheit der Stimmen.

1.2. WELCHE RECHTSMITTEL GIBT ES GEGEN EINEN ENTSCHEID DER CNS IM BEREICH DER PFLEGEVERSICHERUNG?²⁸

Auf Antrag des Versicherten kann jede individuelle Frage Gegenstand eines Entscheids des Vorsitzenden der Nationalen Gesundheitskasse oder dessen Beauftragten werden. Dieser Entscheid ist gefasst, sofern der Betroffene nicht innerhalb einer Frist von 40 Tagen nach der Zustellung schriftlichen Widerspruch einlegt. Über den Widerspruch entscheidet der Vorstand.

Die Anträge auf den Erhalt von Leistungen und die infolge eines Entscheids des Vorsitzenden der Nationalen Gesundheitskasse oder dessen Beauftragten eingelegten Widersprüche werden ordnungsgemäß eingereicht, sofern sie vom Antragsteller selbst, von seinem gesetzlichen Vertreter, von seinem eingetragenen Lebenspartner oder einer Person eingereicht werden, die dazu befugt ist, den Antragsteller bei der Verhandlung vor dem Friedensgericht zu vertreten. Sofern es sich bei dem Vertreter nicht um einen Rechtsanwalt handelt, muss dieser eine schriftliche Vollmacht nachweisen.

Die im vorstehenden Absatz dargelegten Befugnisse können auch von ordnungsgemäß bevollmächtigten Beauftragten von Berufs- oder Gewerkschaftsverbänden ausgeübt werden.

Die Anträge auf den Erhalt von Leistungen gelten ebenfalls als ordnungsgemäß eingereicht, wenn der behandelnde Arzt des Antragstellers auf dem ordnungsgemäß ausgefüllten Antragsformular bescheinigt, dass Letzterer handlungsunfähig ist und bescheinigt, die Erklärung eingereicht zu haben, wonach der Antragsteller unter gerichtliche Schutzbetreuung zu stellen ist.

²⁸ Für weitere Informationen siehe auch: <https://aec.gouvernement.lu/de/l-assurance-dependance/procedure/voies-de-recours.html>

Gegen die seitens des Vorstands im Hinblick auf die Leistungen gefassten Entscheide kann vor dem Schiedsgericht der Sozialversicherung Berufung eingelegt werden.

Das Schiedsgericht der Sozialversicherung entscheidet letztinstanzlich bis zu einem Streitwert von 1.250€. Sofern der Streitwert diesen Betrag übersteigt, kann gegen den Entscheid Berufung eingelegt werden. Die Berufung ist vor dem Obersten Schiedsgericht der Sozialversicherung einzulegen.

2 WELCHE FUNKTION HAT DIE BEWERTUNGS- UND KONTROLLBEHÖRDE (AEC) DER PFLEGEVERSICHERUNG?

2.1. WELCHES STATUT HAT DIE AEC?

Bei der AEC handelt es sich um eine ernannte staatliche Behörde, die dem Sozialversicherungsminister untersteht, und die im Rahmen der Leistungen der Pflegeversicherung Bewertungs-, Kontroll- und Beratungsaufgaben innehat.

2.2. WELCHE AUFGABEN HAT DIE AEC?

Die AEC gibt Stellungnahmen ab, ermittelt die Hilfe- und Pflegeleistungen der pflegebedürftigen Person und erstellt die Dokumentation der durchzuführenden Hilfe- und Pflegeleistungen.

Alle 2 Jahre obliegen der Bewertungs- und Kontrollbehörde der Pflegeversicherung die nachstehenden Aufgaben:

- die Kontrolle und Messung der Angemessenheit der tatsächlich erbrachten Leistungen und der in der Dokumentation der durchzuführenden Hilfe- und Pflegeleistungen festgesetzten benötigten Leistungen mittels der seitens der Pflegedienstleister bereitgestellten Dokumentation der Betreuung und gegebenenfalls eines Besuchs bei der pflegebedürftigen Person;
- die Kontrolle der Qualität der für die pflegebedürftige Person erbrachten Leistungen mittels Indikatoren, der seitens der Pflegedienstleister bereitgestellten Dokumentation der Betreuung und gegebenenfalls eines Besuchs bei der pflegebedürftigen Person.

Die AEC erstellt einen zweijährlichen Bericht über die durchgeführten Kontrollen, den sie dem Vorstand der Nationalen Gesundheitskasse (CNS), dem Sozialversicherungsminister, dem Gesundheitsminister und den nach Maßgabe der Gesetzgebung über die Beziehungen zwischen dem Staat und den im sozialen, familiären und therapeutischen Bereich tätigen Einrichtungen zuständigen Ministern übermittelt.

Die AEC informiert und berät die geschützten Personen, die Personen aus dem Umfeld der pflegebedürftigen Person, einschließlich der Pflegeperson, der Ärzte und der Fachkräfte für Hilfe- und Pflegeleistungen in Bezug auf die Betreuung der pflegebedürftigen Personen.

Sie berät den Verwaltungsträger der Pflegeversicherung, die mit der Finanzierung und Bewilligung der Dienste beauftragten Ministerien und die Hilfe- und Pflegeeinrichtungen im Hinblick auf die Anpassung der Strukturen an die Bedürfnisse der pflegebedürftigen Bevölkerung.

Auf Antrag anderer öffentlicher Dienste stellt sie Gutachten bereit.

Die individuellen Stellungnahmen der AEC sind für den Verwaltungsträger der Pflegeversicherung bindend. Unbeschadet der vorstehenden Bestimmungen können das Schiedsgericht und das Oberste Schiedsgericht der Sozialversicherung in jedem Fall unabhängige Sachverständige einsetzen. Sollte die Stellungnahme der AEC seitens des vom Schiedsgericht beauftragten Sachverständigen widerlegt werden, beurteilt der Verwaltungsträger selbst die Zweckmäßigkeit einer Berufung.

Die AEC nimmt ihre Aufgaben durch das Einholen von Auskünften und die Durchführung einer Bewertung am üblichen Wohnort der Antragsteller auf Leistungen der Pflegeversicherung und gegebenenfalls ihrer Pflegeperson wahr. In Abhängigkeit vom Zustand der pflegebedürftigen Person kann die Bewertung in den Untersuchungsräumen der Bewertungs- und Kontrollbehörde der Pflegeversicherung stattfinden.

Die Mitarbeiter der AEC können sich im Zuge der Ausübung ihrer Aufgaben und unter Mitführung von Nachweisen über die von ihnen bekleideten Ämter in das häusliche Umfeld oder in die Aufnahmeeinrichtung der Personen begeben, die vorgesehenen Hilfe- und Pflegeleistungen, technischen Hilfsmittel und Wohnraumanpassungen beantragt haben, um die erforderlichen Feststellungen im Hinblick auf die Bewilligung, die Aufrechterhaltung oder den Entzug der Leistungen zu treffen. Die Besuche im häuslichen Umfeld oder in der Einrichtung dürfen ausschließlich zwischen 6:30 Uhr und 20:00 Uhr erfolgen.

Die Mitarbeiter der AEC können sich von den Hilfe- und Pflegedienstleistern die Dokumentation der Hilfe- und Pflegeleistungen in Bezug auf die pflegebedürftigen Personen zeigen lassen.

Die Mitarbeiter der AEC dürfen sich keine seitens einer Person während des Zeitraums ihrer Beziehung von Leistungen der Pflegeversicherung erfolgten rechtsgeschäftlichen oder testamentarischen Verfügungen zu ihren Gunsten zu Nutze machen, es sei denn, es handelt sich um den Fall eines Verwandtschaftsverhältnisses bis einschließlich zum vierten Grad.

In Abweichung von den Bestimmungen in Bezug auf das Berufsgeheimnis sind die Angestellten der Sozialversicherungsbehörden und -träger dazu verpflichtet, der AEC die sich in ihrem Besitz befindenden und zur Ausübung der der AEC übertragenen Aufgaben erforderlichen Informationen zu übermitteln.

Die AEC kann im Hinblick auf die Ausführung ihrer Aufgaben Partnerschaftsabkommen mit spezialisierten Einrichtungen abschließen, sofern diese Einrichtungen mit dem Verwaltungsträger der Pflegeversicherung keinen Vertrag über die Erbringung von Hilfe- und Pflegeleistungen abgeschlossen haben.

3 WELCHE FUNKTION HAT DIE BERATENDE KOMMISSION?

3.1. WIE SETZT SIE SICH ZUSAMMEN?

Eine beratende Kommission wird eingerichtet, die sich aus den nachstehenden Mitgliedern zusammensetzt:

- aus 1 Beauftragten des Sozialversicherungsministers;
- aus 2 Mitgliedern, die die Bewertungs- und Kontrollbehörde (AEC) vertreten;

- aus 2 seitens des Gesundheits- bzw. des Familienministers ernannten Mitgliedern;
- aus dem Vorsitzenden des Verwaltungsträgers der Pflegeversicherung oder dessen Beauftragtem;
- aus 2 seitens der Arbeitnehmervertreter aus ihren Reihen ernannten Mitgliedern;
- aus 2 seitens der die Hilfe- und Pflegedienstleister repräsentierenden berufsständischen Organisation(en) ernannten Mitgliedern;
- aus 2 seitens des Hohen Behindertenrats bzw. des Hohen Seniorenrats ernannten Mitgliedern.

Der Beauftragte des Sozialversicherungsministers übernimmt das Amt des Vorsitzenden der Kommission.

Für jedes ordentliche Mitglied gibt es ein stellvertretendes Mitglied. Die Kommission kann Sachverständige hinzuziehen.

3.2. WELCHE AUFGABEN HAT SIE?

Die beratende Kommission kann sich selbst mit jedweder Angelegenheit in Bezug auf ihre Zuständigkeitsbereiche befassen, um:

- ihre Stellungnahme zu der großherzoglichen Verordnung abzugeben, die das Bewertungs- und Ermittlungstool der Leistungen der Pflegeversicherung und die im Rahmen der Aufgaben der AEC eingesetzte Aufstellung und das Handbuch der Hilfe- und Pflegeleistungen festsetzt und ein Musterformular für die Dokumentation der durchzuführenden Hilfe- und Pflegeleistungen erstellt;
- ein durch großherzogliche Verordnung festgesetztes Verzeichnis der seitens der Pflegeversicherung übernommenen technischen Hilfsmittel vorzuschlagen;
- ihre Stellungnahme zu den Normen in Bezug auf die Qualifikation und den Bestand des Personals sowie zu den Koeffizienten der Personalqualifikation und der Gruppenbetreuung abzugeben.

Darüber hinaus kann sie auch vom Sozialversicherungs-, vom Gesundheits- und vom Familienminister, von der AEC, vom Verwaltungsträger der Pflegeversicherung oder auch von der oder den die Hilfe- und Pflegedienstleister repräsentierenden berufsständischen Organisationen angerufen werden.

Im Falle eines Stimmengleichstands in der beratenden Kommission oder einer Unterkommission ist die Stimme des Vorsitzenden entscheidend.

Die Betriebskosten der Kommission obliegen in vollem Umfang dem Staat.

4 WELCHEN QUALITÄTSNORMEN UND -INDIKATOREN UNTERLIEGEN DIE LEISTUNGEN DER PFLEGEVERSICHERUNG?

Die der Pflegeversicherung obliegenden Leistungen werden von Hilfe- und Pflegedienstleistern unter Einhaltung der durch großherzogliche Verordnung²⁹ festgesetzten Normen in Bezug auf die Qualifikation und den Bestand des Personals und nach Maßgabe der Koeffizienten der Personalqualifikation und der Gruppenbetreuung nach Anforderung der Stellungnahme der beratenden Kommission erbracht.

4.1. WAS SIND DIE NORMEN IN BEZUG AUF DIE QUALIFIKATION UND DEN BESTAND DES PERSONALS?

Die Normen in Bezug auf die Qualifikation des Personals setzen die seitens der Fachkräfte für die Erbringung der der Pflegeversicherung obliegenden Leistungen benötigten Mindestqualifikationen fest. Ihre Festsetzung erfolgt unter Berücksichtigung des zur Erbringung der Aktivitäten des täglichen Lebens, der Aktivitäten zur Unterstützung der Unabhängigkeit, der Betreuungsaktivitäten, der Aufsichtsaktivitäten, der Aktivitäten in Bezug auf die Schulung der Pflegeperson sowie der Unterstützung bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten erforderlichen Mindestmaßes an beruflichen Fähigkeiten.

4.2. WAS SIND DIE NORMEN IN BEZUG AUF DEN PERSONALBESTAND?

Die Normen in Bezug auf den Personalbestand setzen die Zusammenstellung der an der Erbringung der der Pflegeversicherung obliegenden Leistungen beteiligten Fachkräfte fest. Ihre Festsetzung erfolgt für jede Leistungsart und jede Kategorie von Hilfe- und Pflegedienstleistern. Sie berücksichtigen die benötigten Mindestqualifikationen und die Bestimmungen der Gesetzgebung zur Regelung der Beziehungen zwischen dem Staat und den im sozialen, familiären und therapeutischen Bereich tätigen Einrichtungen.

29 Großherzogliche Verordnung vom 18. September 2018 zur Änderung der großherzoglichen Verordnung vom 13. Dezember 2017 zur Festsetzung: 1) der Normen in Bezug auf den Bestand und die Qualifikation des Personals; 2) der Koeffizienten der Gruppenbetreuung (Mémorial A 2018 Nr. 876 vom 27. September 2018).

4.3. WAS SIND DIE KOEFFIZIENTEN DER PERSONALQUALIFIKATION UND DER GRUPPENBETREUUNG?

Die Koeffizienten der Personalqualifikation ergeben sich aus den Normen in Bezug auf den Personalbestand und werden für jede Leistungsart nach Maßgabe der für deren Erbringung erforderlichen beruflichen Fähigkeiten unter Berücksichtigung der Einkünfte der Fachkräfte festgesetzt.

Die Koeffizienten der Gruppenbetreuung setzen für die Aktivitäten zur Unterstützung der Unabhängigkeit und die Aufsichtsaktivitäten in der Gruppe die zur Erreichung der Zielsetzungen dieser Aktivitäten unter Gewährleistung der Sicherheit der pflegebedürftigen Personen und unter Berücksichtigung der Bestimmungen der Gesetzgebung zur Regelung der Beziehungen zwischen dem Staat und den im sozialen, familiären und therapeutischen Bereich tätigen Einrichtungen durchschnittlich erforderliche jährliche Betreuung fest.

4.4. WAS SIND DIE MODALITÄTEN UND DER INHALT DER DOKUMENTATION DER BETREUUNG SEITENS DER HILFE- UND PFLEGEDIENSTLEISTER?

Die Bestimmungen zur Organisation der Modalitäten und des Inhalts der Dokumentation der Betreuung seitens der Hilfe- und Pflegedienstleister sind durch großherzogliche Verordnung festgesetzt³⁰. Die über das Internet zugängliche Dokumentation der Betreuung enthält die Verwaltungsdaten in Bezug auf die betreute pflegebedürftige Person, die Informationen in Bezug auf die Pflege und die therapeutische Betreuung, die Angaben in Bezug auf die Aufnahme in einer Hilfe- und Pflegeeinrichtung oder den Beginn der Betreuung seitens eines Pflegedienstes, sowie die Dokumentation in Bezug auf die Informationen über den Gesundheitszustand der pflegebedürftigen Person.

Die seitens des Hilfe- und Pflegedienstleisters erstellte Dokumentation enthält eine typische Betreuungswoche, die sich von der Dokumentation der durchzuführenden Hilfe- und Pflegeleistungen unterscheidet. Die regelmäßig aktualisierte Dokumentation der typischen Betreuungswoche gibt Auskunft über die Hilfe- und Pflegeleistungen und die regelmäßige und tägliche Begleitung und Betreuung der pflegebedürftigen Person. Aus der Dokumentation der typischen Betreuungswoche ergibt sich die regelmäßige Aktualisierung eines Überweisungsbogens, der die zur Gewährleistung der Sicherheit und Beständigkeit der Hilfe- und Pflegeleistungen sowie deren Koordinierung erforderlichen Daten enthält. Der Inhalt der typischen Betreuungswoche und des Überweisungsbogens sind durch großherzogliche Verordnung festgesetzt.

Jede Person, die die gesammelten Daten einsieht oder aktualisiert, muss jederzeit identifizierbar sein.

4.5. WIE WIRD DIE QUALITÄT DER LEISTUNGEN KONTROLLIERT?

Diese großherzogliche Verordnung³¹ setzt darüber hinaus die Modalitäten in Bezug auf die Kontrolle der Qualität der erbrachten Leistungen und den Inhalt der Qualitätsindikatoren der Betreuung fest. Die Indikatoren ermöglichen der AEC die Messung der Qualität der Betreuung der pflegebedürftigen Person und entsprechen bei den Hilfe- und Pflegedienstleistern einer Erfassung der Anzahl der pflegebedürftigen Personen, die einen Dekubitus aufweisen, der pflegebedürftigen Personen, für die eine Schmerzbewertung durchgeführt wurde, der Häufigkeit von Stürzen und wiederholten Stürzen bei pflegebedürftigen Personen, der Ernährungsüberwachung bei pflegebedürftigen Personen, des formalisierten Mechanismus zum Beschwerdemanagement und des Inhalts der Dokumentation.

³⁰ Großherzogliche Verordnung vom 13. Dezember 2017 zur Festsetzung des Inhalts der Dokumentation der Betreuung und der Qualitätsindikatoren der Betreuung (Mémorial A 2017 Nr. 1094 vom 19. Dezember 2017).

³¹ <https://aec.gouvernement.lu/dam-assets/espaces-professionnels/guide-m%C3%A9tier/GuideMetierMysecuV0000original.pdf>.

5 WIE SIND DIE BEZIEHUNGEN ZWISCHEN DER PFLEGEVERSICHERUNG UND DEN VERSCHIEDENEN KATEGORIEN VON HILFE- UND PFLEGEDIENTSTLEISTERN GEREGLT?

Die Beziehungen zwischen der Pflegeversicherung und den in den nachstehenden Artikeln dargelegten verschiedenen Kategorien von Hilfe- und Pflegedienstleistern werden durch Rahmenvereinbarungen festgesetzt.

Diese Vereinbarungen werden zwischen dem Verwaltungsträger der Pflegeversicherung und der oder den die Hilfe- und Pflegedienstleister repräsentierenden berufsständischen Organisation(en) abgeschlossen.

Diese Vereinbarungen müssen Nachstehendes festsetzen:

1. die Verpflichtung zu der an die pflegebedürftige Person nach Maßgabe der Qualitätsbestimmungen erfolgende Erbringung der Hilfe- und Pflegeleistungen in Übereinstimmung mit den in der Dokumentation der durchzuführenden Hilfe- und Pflegeleistungen festgesetzten benötigten Leistungen;
2. die Verfahren und Modalitäten in Bezug auf den Bestand und die Qualifikation des Personals;
3. die Verpflichtung zur kontinuierlichen Erbringung der Hilfe- und Pflegeleistungen an allen Tagen des Jahres;
4. die Modalitäten der für die Inrechnungstellung und Zahlung der erbrachten Leistungen erforderlichen Dokumentation und deren Überprüfung;
5. die Voraussetzungen und Modalitäten für den Abschluss des Betreuungsvertrags zwischen der pflegebedürftigen Person und dem Dienstleister und für dessen Beendigung;
6. die Verpflichtung zur Buchführung nach Maßgabe eines einheitlichen Kontenplans, der durch einen analytischen Teil ergänzt ist. Der Kontenplan und die Modalitäten und Regeln der Betriebsbuchführung werden vom Verwaltungsträger der Pflegeversicherung festgesetzt;
7. die Modalitäten in Bezug auf die Koordinierung der Hilfe- und Pflegeleistungen und sämtlicher Dienstleistungen rund um die pflegebedürftige Person, sowie die Modalitäten in Bezug auf die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Dienstleistern.

Sollte der Pflegedienstleister nicht dazu in der Lage sein, die in den vorstehenden Punkten 1 und 3 des ersten Absatzes vorgesehenen Voraussetzungen zu erfüllen, muss er durch einen schriftlichen Vertrag nachweisen, dass er zur Erbringung der seitens der ihm anvertrauten pflegebedürftigen Person benötigten Hilfe- und Pflegeleistungen die Mitwirkung eines anderen Dienstleiters zu den in diesem Vertrag vorgesehenen Bedingungen sichergestellt hat.

Die Rahmenvereinbarungen werden auf unbefristete Dauer geschlossen und gelten nicht rückwirkend. Sie können seitens der Unterzeichnerparteien jederzeit einvernehmlich geändert werden und von jeder Partei unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von zwölf Monaten vollständig oder teilweise gekündigt werden. Die Verhandlungen in Bezug auf ihre vollständige oder teilweise Erneuerung werden zu einem auf Initiative der CNS im Mémorial veröffentlichten Datum innerhalb einer Frist von zwei Monaten nach der Kündigung aufgenommen.

Die Dienstleister treten der Rahmenvereinbarung durch einen mit dem Verwaltungsträger der Pflegeversicherung abgeschlossenen Hilfe- und Pflegevertrag bei. Der Hilfe- und Pflegevertrag präzisiert den seitens des Dienstleisters betreuten Personenkreis, sowie in Bezug auf Dienstleister, die ihre Leistungen im häuslichen Umfeld der pflegebedürftigen Person erbringen, die geographische Umgrenzung ihrer Tätigkeiten, die mindestens dem Gebiet eines Wahlbezirks entsprechen muss.

Die Rahmenvereinbarungen werden im Mémorial veröffentlicht, was gegebenenfalls in Form eines koordinierten Textes erfolgt.

6 WAS VERSTEHT MAN UNTER „HILFE- UND PFLEGEDIENSTLEISTERN“?

Dabei handelt es sich um Pflegedienste, die hauptsächlich häusliche Hilfeleistungen anbieten, sowie um Hilfe- und Pflegeeinrichtungen wie Seniorenheime, Pflegeheime, Hilfe- und Pflegeeinrichtungen für den zeitweiligen Aufenthalt und spezialisierte Tageszentren.

6.1. WAS VERSTEHT MAN UNTER „PFLEGEDIENST“?

Als Pflegedienst wird eine rechtswirksam gegründete Gesamtheit aus einer oder mehreren natürlichen oder juristischen Personen betrachtet, die den im häuslichen Umfeld verbleibenden pflegebedürftigen Personen in Abhängigkeit von ihrer Pflegebedürftigkeit die benötigten Hilfe- und Pflegeleistungen gewährleisten.

Sämtliche im Rahmen eines Pflegedienstes bereitgestellten Hilfe- und Pflegeleistungen sind von Personen zu erbringen, die ihre Tätigkeiten kraft einer seitens des in Anwendung der Gesetzgebung zur Regelung der Beziehungen zwischen dem Staat und den im sozialen, familiären und therapeutischen Bereich tätigen Einrichtungen zuständigen Ministers ausgestellten Genehmigung ausüben und mit dem Verwaltungsträger der Pflegeversicherung einen Vertrag über die Erbringung von Hilfe- und Pflegeleistungen abgeschlossen haben.

Die Pflegedienste können auf teilstationäre Zentren zurückgreifen.

Als teilstationäre Zentren gelten Einrichtungen, die pflegebedürftige Personen im Falle des Verbleibs im häuslichen Umfeld entweder tagsüber oder nachts aufnehmen und ihnen während ihres Aufenthalts in diesem Zentrum, das mit dem Verwaltungsträger der Pflegeversicherung einen diesbezüglichen Vertrag über die Erbringung von Hilfe- und Pflegeleistungen abgeschlossen hat, die in Abhängigkeit von ihrer Pflegebedürftigkeit benötigten Hilfe- und Pflegeleistungen gewährleisten.

6.2. WAS VERSTEHT MAN UNTER „HILFE- UND PFLEGE-EINRICHTUNGEN“?

Es gibt 2 Arten von Hilfe- und Pflegeeinrichtungen: die Einrichtungen für den ständigen Aufenthalt und die Einrichtungen für den zeitweiligen Aufenthalt.

6.2.1. Was versteht man unter „Hilfe- und Pflegeeinrichtungen für den ständigen Aufenthalt“?

Die Hilfe- und Pflegeeinrichtungen für den ständigen Aufenthalt sind Einrichtungen, in denen sich die betreffende Person ständig aufhält. Dabei handelt es sich entweder um Seniorenheime, die gesunde und pflegebedürftige Personen aufnehmen, oder um Pflegeheime, die ausschließlich pflegebedürftige Personen aufnehmen.

Wenn Sie ein Zimmer in einer Einrichtung wünschen, können Sie sich direkt an die Einrichtung Ihrer Wahl wenden, da die Einrichtungen über die Belegung der frei gewordenen Betten entscheiden.

Die staatliche oder private Hilfe- und Pflegeeinrichtung muss ihre Tätigkeit kraft einer seitens des in Anwendung der Gesetzgebung zur Regelung der Beziehungen zwischen dem Staat und den im sozialen, familiären und therapeutischen Bereich tätigen Einrichtungen oder einer anderen gesetzlichen Bestimmung zuständigen Ministers ausgestellten Genehmigung ausüben und mit dem Verwaltungsträger der Pflegeversicherung einen diesbezüglichen Vertrag über die Erbringung von Hilfe- und Pflegeleistungen abgeschlossen haben.

6.2.2. Was versteht man unter „Hilfe- und Pflegeeinrichtungen für den zeitweiligen Aufenthalt“?

Die Einrichtungen für den zeitweiligen Aufenthalt sind Einrichtungen, in denen die betreffende Person zwischen dem Aufenthalt in der Einrichtung und dem Aufenthalt im häuslichen Umfeld abwechselt. Diese Einrichtungen richten sich ausschließlich an behinderte Personen.

Die Einrichtung muss während der Aufenthaltsdauer sämtliche seitens der pflegebedürftigen Person nach Maßgabe der in der Rahmenvereinbarung festgesetzten Voraussetzungen und Modalitäten benötigten Hilfe- und Pflegeleistungen erbringen.



INFORMATIONS UTILES

NÜTZLICHE INFORMATIONEN



CONTACTS EN ORDRE ALPHABÉTIQUE - KONTAKTE IN ALPHABETISCHER REIHENFOLGE

► **ADAPTH asbl -**

Association pour le développement et la propagation d'aides techniques pour handicapé(s)
Centre de compétence national pour l'accessibilité des bâtiments (CCNAB)
Nationales Kompetenzzentrum für die Zugänglichkeit von Gebäuden (CCNAB)

36, rue de Longwy
L-8080 Bertrange
Tél. : +352 43 95 58-1 Fax : +352 43 95 58-99
www.adapth.lu

► **Administration d'évaluation et de contrôle (AEC) de l'assurance dépendance** **Bewertungs- und Kontrollbehörde (AEC) der Pflegeversicherung**

Pour tout renseignement d'ordre général
Für alle allgemeinen Auskünfte

Helpline « Secrétariat/Sekretariat »

Tél. : (+352) 247-86060 Fax : (+352) 247-86061
E-mail : secretariat@ad.etat.lu

Du lundi au vendredi de 9.00 à 11.00 heures et de 14.00 à 16.00 heures
Montag bis Freitag von 9:00 bis 11:00 Uhr und von 14:00 bis 16:00 Uhr

Pour tout renseignement en relation avec des aides techniques, une adaptation du logement ou une adaptation de voiture :

Für alle Auskünfte im Zusammenhang mit den technischen Hilfsmitteln, einer Wohnraumanpassung oder eines Fahrzeugumbaus:

Helpline « Aides techniques et adaptations logement/ Technische Hilfsmittel und Wohnraumanpassung »

Tél. : (+352) 247-86040 Fax : (+352) 247-86055
E-mail : helpline.at.lo@ad.etat.lu

lundi, mardi, jeudi et vendredi de 8.30 à 11.30 heures ; mercredi de 13.30 à 17.00 heures
Montag, Dienstag, Donnerstag und Freitag von 8:30 bis 11:30 Uhr; Mittwoch von 13:30 bis 17:00 Uhr

Important : Vous devez absolument éviter d'acheter de votre propre initiative des aides techniques (p.ex. fauteuil roulant, lit d'hôpital, aides à la marche), de commencer des travaux d'adaptation du logement ou de faire adapter votre voiture. Il est indispensable d'attendre l'accord de l'AEC. La loi ne prévoit aucune prise en charge rétroactive.

Wichtig: Sie sollten keinesfalls auf eigene Initiative technische Hilfsmittel (z. B. Rollstuhl, Pflegebett, Gehhilfen) kaufen oder Wohnraumanpassungs- oder Fahrzeugumbauarbeiten beginnen. Sie sollten unbedingt die Genehmigung der AEC abwarten. Das Gesetz sieht keine rückwirkende Kostenübernahme vor.

► **Association des Chiens Guides du Grand Est**

École de Woippy

10, avenue de Thionville
F-57140 Woippy/Metz
Tél. : +33 3 87 33 14 36
www.chiens-guides-est.org

► **Caisse nationale de santé (CNS)**

Nationale Gesundheitskasse (CNS)

Assurance dépendance / Pflegeversicherung

125, route d'Esch
L-2980 Luxembourg
B.P. 1023
L-1010 Luxembourg
Tél. : +352 2757-4455
E-mail : assurancedependance@secu.lu
www.cns.lu

- ▶ **Centre commun de la sécurité sociale(CCSS)**
Zentralstelle der Sozialversicherungen
125, route d'Esch
L-1471 Luxembourg
Tél. : +352 40 141-1
www.ccss.lu

- ▶ **Chiens Guides d'Aveugles au Luxembourg asbl**
B.P. 2420
L-1024 Luxembourg
Tél. : +352 621 286 153
www.chienguide.org

- ▶ **Fonds national de solidarité**
Nationaler Solidaritätsfonds
8-10, rue de la Fonderie
L-1531 Luxembourg
B.P. 2411
L-1024 Luxembourg
Tél. : +352 49 10 81-1 Fax : +352 26 12 34 64
E-mail : fns@secu.lu
www.fns.lu

- ▶ **Info-Handicap**
65, avenue de la Gare
L-1611 Luxembourg
Tél. : +352 366 466 Fax : +352 360 885
E-mail : info@iha.lu
www.info-handicap.lu

- ▶ **Ministère de la Famille, de l'Intégration et à la Grande Région**
Ministerium für Familie, Integration und die Großregion
12-14, avenue Emile Reuter
L-2420 Luxembourg
www.mfi.public.lu
 - Luxsenior/Senioren-Telefon**
Tél. : +352 247-86000
www.luxsenior.lu
 - lundi à vendredi de 8.30 à 11.30 heures
Montag bis Freitag von 8:30 bis 11:30 Uhr

- ▶ **Ministère de la Mobilité et des Travaux publics**
Ministerium für Mobilität und öffentliche Arbeiten
Département de la mobilité et des transports - Commission médicale
Abteilung für Mobilität und Transport - Medizinische Kommission
4, place de l'Europe
L-1499 Luxembourg
Tél. : +352 247-84466

L'assurance dépendance

La loi du 29 août 2017, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2018, a réformé l'assurance dépendance de fond en comble.

L'objet de cette publication est d'expliquer les prestations de l'assurance dépendance, prestations dont on peut bénéficier soit à domicile, soit dans un établissement, donc dans un centre intégré pour personnes âgées ou dans une maison de soins.

À côté de la description des prestations, la publication contient également des informations pratiques concernant les formalités à remplir par les personnes dépendantes ou leurs proches pour bénéficier des prestations de l'assurance dépendance.

Des exemples concrets et une liste détaillée d'adresses de contact figurant dans la publication devraient également permettre un accès plus facile aux prestations de l'assurance dépendance.

Die Pflegeversicherung

Das Gesetz vom 29. August 2017, welches am 1. Januar 2018 in Kraft getreten ist, hat die Pflegeversicherung vollständig erneuert.

Ziel unserer vorliegenden Broschüre ist es, die Leistungen der Pflegeversicherung zu erklären, Leistungen die sowohl zuhause als auch in den Einrichtungen, also den Altenheimen (integrierte Zentren für ältere Menschen) und Pflegeheimen, in Anspruch genommen werden können.

Neben der Beschreibung der Leistungen enthält die Broschüre aber auch praktische Informationen betreffend die Formalitäten, die pflegebedürftige Personen oder deren Angehörige erfüllen müssen, um die Leistungen in Anspruch nehmen zu können.

Konkrete Beispiele und eine ausführliche Liste von Kontaktdaten sollen ebenfalls dazu dienen, den Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung zu erleichtern.



Diffuseur :

Librairie Um Fieldgen | 3, rue Glesener | L-1631 Luxembourg | www.libuf.lu | libuf@pt.lu

Éditeur :



CHAMBRE DES SALARIES
LUXEMBOURG

18 rue Auguste Lumière L-1950 Luxembourg
B.P. 1263 L-1012 Luxembourg
T +352 27 494 200 F +352 27 494 250
csl@csl.lu www.csl.lu

Prix : 5 €

ISBN : 978-2-919888-64-1

