

Weitere Informationen erhalten Sie bei

Pflegestützpunkt Wiesbaden

☎ 0611 31-3648 (Jörg Bracke)

☎ 0611 31-3590 (Ulrich Wunderlich)

E-Mail: pflugestuetzpunkt@wiesbaden.de

Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter

☎ 0611 31-3698 (Andreas Göbel)

E-Mail: andreas.goebel@wiesbaden.de

VDAB

☎ 0611 53 16 70 11 (Hilde Ott-Meyer)

E-Mail: hilde.ott-meyer@vdab.de

Geschäftsstelle des Forum Demenz Wiesbaden

☎ 0611 31-3488 (Ulrike Granzin)

☎ 0611 31-4676 (Birgit Haas)

E-Mail: forum.demenz@wiesbaden.de

- www.forum-demenz-wiesbaden.de



Amt für Soziale Arbeit – Abteilung Altenarbeit
Forum Demenz
Konradinallee 11 | 65189 Wiesbaden

5. Ausgabe Januar 2012

Leistungen der Pflegeversicherung

mit den wichtigsten
Informationen zu
den Leistungen
bei Demenz



Amt für Soziale Arbeit

Die wichtigsten Informationen zur Pflegeversicherung unter besonderer Berücksichtigung der Leistungen für Menschen mit Demenz

| | |
|--|----------|
| Inhaltsverzeichnis | 1 |
| Einleitung | 3 |
| Die Pflegesituation in Deutschland | 3 |
| Die Pflegesituation in Wiesbaden | 3 |
| Was bedeutet Pflegebedürftigkeit? | 4 |
| Welche Hilfeleistungen werden bei der Ermittlung der Pflegestufe berücksichtigt? | 4 |
| Die Schritte zu den Leistungen der Pflegeversicherung | 6 |
| 1. Leistungen der Pflegeversicherung für alle Menschen mit Pflegebedarf | 8 |
| 1.1 Pflegestufen | 8 |
| 1.1.1 Pflegestufe I: Erhebliche Pflegebedürftigkeit | 8 |
| 1.1.2 Pflegestufe II: Schwerpflegebedürftigkeit | 9 |
| 1.1.3 Pflegestufe III: Schwerstpflegebedürftigkeit | 9 |
| 1.1.4 Besonderer Härtefall | 10 |
| 1.2 Die Leistungen | 10 |
| 1.2.1 Pflegeberatung | 10 |
| 1.2.2 Pflegesachleistungen | 12 |
| 1.2.3 Pflegegeld | 13 |
| 1.2.4 Kombination von Sach- und Geldleistungen | 13 |
| 1.2.5 Erhöhte Leistungen bei Tagespflege | 13 |
| 1.2.6 Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson | 15 |

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 1.2.7 | Unterstützende Hilfen für pflegende Angehörige | 16 |
| 1.2.7.1 | Teilstationäre Pflege / Tagespflege | 16 |
| 1.2.7.2 | Stationäre Kurzzeitpflege | 16 |
| 1.2.7.3 | Anstellung einer hauswirtschaftlichen Hilfskraft | 17 |
| 1.2.7.4 | Pflegezeit | 18 |
| | Wichtige Änderung ab 1. Januar 2012 | 20 |
| 1.2.7.5 | Vollstationäre Pflege | 21 |
| 1.2.7.6 | Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen | 22 |
| 1.2.7.7 | Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson | 22 |
| 1.2.7.8 | Schonvermögen von Angehörigen | 25 |
| 1.2.7.9 | Steuerliche Entlastung / Steuerfreibetrag | 26 |
| 1.2.8 | Pflegehilfsmittel und Zuschüsse zu pflegebedingtem Umbau | 26 |
| 1.2.9 | Beratungseinsätze | 28 |
| 2. | Leistungen der Pflegeversicherung für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (z. B. Demenz) | 30 |
| 2.1 | Zusätzliche Betreuungsleistungen | 30 |
| 2.2 | Zusätzliches Personal in Heimen | 32 |
| 3. | Weiterführende Informationen | 33 |
| | Impressum | 36 |

Einleitung

Verschiedene Krankheiten oder Behinderungen können Pflegebedürftigkeit auslösen. Wenn ein Mensch dauerhaft nicht in der Lage ist, alltäglichen Aktivitäten und Verrichtungen selbständig nachzugehen, ist Hilfe zur Bewältigung der daraus resultierenden Defizite erforderlich. Neben den körperlichen Erkrankungen (wie z. B. Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat, Funktionsstörungen der inneren Organe und der Sinnesorgane) gehören auch Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen zu den Hilfebedarf auslösenden Krankheitsbildern. Zunehmend ist die Zahl der Menschen, die in Folge einer Demenz Unterstützung benötigen. Die Pflege und Betreuung von erkrankten Menschen konfrontiert insbesondere die Angehörigen mit vielen Fragen.

Diese Broschüre soll bei der Bewältigung dieser Fragen eine Hilfestellung bieten und stellt im ersten allgemeinen Teil die Leistungen der Pflegeversicherung vor. Im zweiten Teil geht sie auf spezielle Regelungen bei Demenz und anderen kognitiven Beeinträchtigungen ein.

Die Pflegesituation in Deutschland

Bereits im Jahre 2030 wird es in Deutschland etwa 58% mehr Pflegebedürftige geben als heute. Die Zahl wird von derzeit 2,1 Millionen auf 3,4 Millionen ansteigen. Zurück zu führen ist diese Entwicklung auf die steigende Anzahl an Älteren bei insgesamt sinkender Gesamtbevölkerung.

In Zukunft werden wir alle deshalb die Augen vor den wachsenden Aufgaben der Versorgung und Pflege nicht verschließen können.

Die Pflegesituation in Wiesbaden

Auch für Wiesbaden stellt die demographische Entwicklung eine zunehmende Herausforderung dar. Mit dem allgemeinen Anstieg der Lebenserwartung wächst auch die Zahl der Menschen, die auf Hilfe und Pflege angewiesen sind. Im Pflegebericht „Bilanz und Ausblick 2001 bis 2020“ der Landeshauptstadt Wiesbaden wird prognostiziert, dass sich die Zahl der Menschen, die Leistungen im Bereich der Pflege

in Anspruch nehmen müssen von knapp 6.000 (im Jahr 2001) auf ca. 7.000 (im Jahr 2020) erhöhen wird. Eine Personengruppe, die zunehmend in den Mittelpunkt des öffentlichen Interesses rückt, ist der Kreis der demenziell erkrankten älteren Menschen. Die Berechnungen für Wiesbaden gehen davon aus, dass die Anzahl der Personen mit einer mittelschweren bis schweren Demenz von ca. 3.800 (2001) auf rund 4.300 (2020) angewachsen wird.

Menschen mit Hilfs- und Pflegebedarf finden in Wiesbaden neben ärztlicher und therapeutischer Behandlung auch zahlreiche Unterstützungsmöglichkeiten, die von Beratungsangeboten, über häusliche Hilfen, Pflegediensten bis hin zu teilstationären und vollstationären Pflegeeinrichtungen reichen. In den Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter, im Pflegestützpunkt und in der Geschäftsstelle des Forum Demenz Wiesbaden sind entsprechende Adressenlisten und Broschüren (wie z. B. Demenz – Angebote für Betroffene und deren Angehörige) erhältlich.

Was bedeutet Pflegebedürftigkeit?

Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn Hilfe wegen Krankheit oder Behinderung notwendig ist. Die gesetzliche Pflegeversicherung greift dann, wenn gewöhnliche und regelmäßig zu verrichtende Tätigkeiten des täglichen Lebens wegen Krankheit oder Behinderung dauerhaft - voraussichtlich jedoch für mindestens sechs Monate - nicht mehr in vollem Umfang durchgeführt werden können. Ein Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung wird durch eine kurzfristige Pflegebedürftigkeit (zum Beispiel acht Wochen Hilfebedarf nach einer Oberschenkelfraktur) nicht ausgelöst.

Welche Hilfeleistungen werden bei der Ermittlung der Pflegestufe berücksichtigt?

Die gesetzliche Pflegeversicherung gewährt Ansprüche für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung.

Die **hauswirtschaftliche Versorgung** umfasst folgende Tätigkeiten, die im Rahmen der Begutachtung berücksichtigt werden: Einkaufen, Kochen, Spülen, Reinigen der Wohnung, Beheizen der

Wohnung sowie Wechseln und Waschen der Kleidung und Wäsche.

Die **Grundpflege** umfasst die Teilbereiche Körperpflege, Ernährung und Mobilität.

Die Verrichtungen der **Körperpflege** sind:

Waschen, Duschen, Baden, Zahnpflege, Kämmen, Rasieren und die Hilfe bei der Darm- und Blasenentleerung.

Zum Bereich der **Ernährung** zählt:

Hilfen bei der mundgerechten Zubereitung (hiermit ist nicht das Kochen bzw. die Zubereitung der Speise gemeint, sondern vielmehr etwa das Kleinschneiden von Brot oder Fleisch) und die Aufnahme der Nahrung (zum Beispiel das Anreichen von Essen oder die Gabe von Sondenkost).

Zum Bereich der **Mobilität** gehören folgende berücksichtigungsfähige Hilfeleistungen:

Hilfe beim Aufstehen und Zubettgehen (einschließlich des Umlagerns im Bett), An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen sowie dem Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung (nur für beispielsweise Arzt- und Therapeutenbesuche, nicht jedoch für Spaziergänge).

Die Hilfe kann verschiedenartig geleistet werden. So kann eine vollständige Übernahme der einzelnen Verrichtungen, eine teilweise Übernahme, eine Unterstützung, eine Anleitung (zum selbständigen Durchführen) oder eine Beaufsichtigung erforderlich sein.

Unterschiedliche Menschen brauchen unterschiedlich viel Hilfe. Das reicht von einmal wöchentlich baden bis zu sechsmal täglich Intimpflege nach Ausscheidung. Entsprechend gibt es drei verschiedene Pflegestufen. Um der niedrigsten Pflegestufe I zugeordnet zu werden, müssen (neben anderen Kriterien) durchschnittlich 90 Minuten Hilfe am Tag benötigt werden, wovon mehr als 45 Minuten auf die Grundpflege entfallen müssen. Ob die Voraussetzungen für eine Pflegestufe und damit für Leistungen aus der Pflegekasse gegeben sind, wird individuell durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) begutachtet.

Die Schritte zu den Leistungen der Pflegeversicherung

Leistungen der Pflegeversicherung gibt es nur auf Antrag. Die erforderlichen Antragsformulare sind bei der jeweiligen Pflegekasse erhältlich. Da die Pflegekasse mit der zuständigen Krankenkasse organisatorisch verbunden ist, genügt ein Anruf bei der Krankenkasse, die das Formular dann zuschickt.

Der Antrag sollte gestellt werden, wenn die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist oder sie vorherzusehen ist. Der Antrag ist an die Pflegekasse zu richten. Die Leistungen der Pflegeversicherung werden vom Zeitpunkt der Antragstellung an gewährt, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an, in dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen.

Wenn der Antrag bei der Pflegekasse eingeht, beauftragt diese den Medizinischen Dienst der Krankenkassen oder – bei privater Krankenversicherung – den Gutachterdienst. Diese Dienste kommen ins Haus und prüfen, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit vorliegen und welcher der drei Pflegestufen die zu pflegende Person zuzuordnen ist.

Die Höhe der meisten Pflegeversicherungsleistungen bemisst sich dann nach der festgelegten Pflegestufe, also dem Grad der Pflegebedürftigkeit. Die Pflegekasse entscheidet unter Berücksichtigung des Gutachtens des Medizinischen Dienstes, ob und in welche Stufe der Antragsteller als pflegebedürftig eingestuft wird.

Sollte sich der Gesundheitszustand des Pflegebedürftigen verschlechtern, kann jederzeit eine Höherstufung beantragt werden.

Wer mit der Einstufung nicht einverstanden ist, kann gegen den Bescheid Widerspruch einlegen.¹

Hierzu empfiehlt es sich, zunächst eine Kopie des Gutachtens bei der Pflegekasse anzufordern. Gleichzeitig sollte man ein so genanntes Pflegetagebuch über einen Zeitraum von mindestens einer Woche führen (erhältlich entweder auch bei den jeweiligen Pflegekassen, ansonsten bei Sozialverbänden, Verbraucherzentralen oder auch in Pflegestütz-

punkten), in dem man den individuellen Fremdhilfebedarf in den relevanten Verrichtungen festhalten kann.

Man kann nach Auswertung des Gutachtens entweder schriftlich dazu Stellung nehmen oder aber eine „Korrektur“ in der Kopie vornehmen (zum Beispiel zutreffende Minutenwerte angeben, falsche Aussagen korrigieren oder Ergänzungen vornehmen), um seinen Widerspruch zu begründen.

Der Widerspruch selbst ist schriftlich (oder zur Niederschrift in der Pflegekasse; der Widerspruchsführer diktiert und der Sachbearbeiter schreibt den Text auf) innerhalb eines Monats ab Zustellung des Ablehnungsbescheides der Pflegekasse einzureichen. Kann diese Frist nicht eingehalten werden, etwa weil die Beschaffung von ärztlichen Stellungnahmen oder Befundberichten oder Dokumentationen von Pflegediensten andauert, kann vorsorglich ein Widerspruchsschreiben ohne nähere Begründung zur Fristwahrung eingereicht werden und die Begründung / Unterlagen zu einem späteren Zeitpunkt nachgereicht werden.

In den Fällen, in denen die Pflegekasse in ihrem ablehnenden Bescheid auf eine Rechtsbehelfsbelehrung (hierin wird auf die Form und einzuhaltende Frist sowie auf die Zustelladresse eines Widerspruchs hingewiesen) verzichtet, beträgt die Widerspruchsfrist ein Jahr.

1. Leistungen der Pflegeversicherung für alle Menschen mit Pflegebedarf

1.1 Pflegestufen

Als die Pflegeversicherung eingeführt wurde, musste entschieden werden, wer in welchem Umfang Leistungen bekommen kann. Dazu wurden drei Pflegestufen eingeführt. Es wurden politische Entscheidungen getroffen, um die Ausgaben zu begrenzen. Bei der Einstufung wird ein deutlicher Schwerpunkt auf den Bereich der Grundpflege gelegt. Es wird berücksichtigt, was nötig ist, um Körperpflege, Kleidung, Toilettengänge, Nahrungsaufnahme und die dazu benötigten Wege zu bewältigen. Hilfen bei der Freizeitgestaltung, allgemeine Beaufsichtigung und Betreuung, aber auch ärztlich verordnete Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege (so genannte Behandlungspflege) finden bei der Einstufung zeitlich leider keine Berücksichtigung.

1.1.1 Pflegestufe I: Erhebliche Pflegebedürftigkeit

Um die Pflegestufe 1 zu erreichen, muss regelmäßig und auf Dauer für mindestens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens einmal täglich ein Hilfebedarf bestehen. Zusätzlich muss die pflegebedürftige Person mehrfach in der Woche der Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung bedürfen.

Der Gesamtaufwand für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung muss im wöchentlichen Tagesdurchschnitt mindestens 90 Minuten betragen, wobei hiervon mehr als 45 Minuten auf die Grundpflege entfallen müssen.

Beispiel:

Eine Dame lebt im eigenen Haushalt. Sie benötigt Hilfe beim Waschen von Intimbereich und Unterkörper. Außerdem kann sie Hosen und Strümpfe nicht allein anziehen. Das Ausziehen gelingt abends mühsam aber ohne Hilfe. Einmal wöchentlich wird Hilfe beim Baden benötigt. Drei Mal in der Woche kommt die Tochter, bringt vorgekochtes Essen zum Aufwärmen mit, kauft ein und macht weitere Hausarbeiten.

Hier sind meist die Voraussetzungen für die Stufe I („erhebliche Pflegebedürftigkeit“) erfüllt.

1.1.2 Pflegestufe II: Schwerpflegebedürftigkeit

Die „Schwerpflegebedürftigkeit“ beginnt, wenn täglich durchschnittlich mindestens drei Stunden lang Hilfebedarf besteht und davon mindestens zwei Stunden auf die Grundpflege entfallen. Die grundpflegerische Hilfe muss täglich zu mindestens drei verschiedenen Zeiten nötig sein. Es muss mehrmals in der Woche hauswirtschaftliche Hilfe notwendig sein.

Beispiel:

Ein Herr lebt im Haushalt mit seiner Ehefrau. Er benötigt Anleitung beim Waschen von Gesicht, Händen und Intimbereich; teilweise und bei Bedarf vollständige Übernahme beim Waschen des übrigen Körpers, bei Zahnpflege, Kämmen und Ankleiden. Morgens übernimmt das ein Pflegedienst. Das Essen von mundgerecht vorbereiteten Mahlzeiten gelingt ohne Hilfe. Getränke müssen eingeschenkt und zum Trinken muss immer wieder aufgefordert werden. Abends übernimmt die Ehefrau teilweise Umziehen und Intimpflege. Es ist umfangreiche Hilfe beim Duschen und Haare waschen nötig. Die hauswirtschaftliche Versorgung ist durch die Ehefrau gewährleistet.

Hier sind meist die Voraussetzungen der Pflegestufe II erfüllt.

1.1.3 Pflegestufe III: Schwerstpflegebedürftigkeit

Die „Schwerstpflegebedürftigkeit“ beginnt, wenn täglich durchschnittlich mindestens fünf Stunden lang Hilfe geleistet werden muss und davon mindestens vier Stunden auf die Grundpflege entfallen und der konkrete Hilfebedarf jederzeit, auch nachts, gegeben ist (so genannte „rund-um-die-Uhr-Pflege“). Die schlichte Verlagerung von Pflegemaßnahmen in die Nachtstunden (22 Uhr - 6 Uhr) reicht nicht aus.

Beispiel:

Eine Dame lebt im Haushalt der Tochter. Sie benötigt Anleitung beim Waschen von Gesicht, Händen und Intimbereich; teilweise und bei Be-

darf vollständige Übernahme beim Waschen des übrigen Körpers, bei Zahnpflege, Kämmen und Ankleiden. Beim Essen geht die Anleitung oft in die Übernahme (Anreichen von Nahrung) über. Mehrmals täglich muss die Dame zur Toilette geführt werden, zusätzlich regelmäßig ein bis zwei Mal in der Nacht, da auch nachts ein Wechsel der Inkontinenzartikel erforderlich wird. Anschließend ist eine Intimpflege erforderlich. Bei allen Gängen in der Wohnung muss die Dame begleitet werden.

Hier sind meist die Voraussetzungen der Pflegestufe III erfüllt.

1.1.4 Besonderer Härtefall

Sind die Voraussetzungen der Pflegestufe III erfüllt, übersteigt die geleistete Pflege diese Bedingungen aber noch deutlich, kann die Härtefallregelung in Anspruch genommen werden. Sie greift, wenn auch nachts regelmäßig zwei Pflegepersonen gleichzeitig benötigt werden (beispielsweise zur Lagerung eines übergewichtigen Menschen)

oder

die Hilfe bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität (Grundpflege) täglich durchschnittlich sieben Stunden erfordert, wobei mindestens zwei Stunden auf die Nacht entfallen müssen.

1.2 Die Leistungen

1.2.1 Pflegeberatung

Ab 1. Januar 2009 besteht für pflegebedürftige Menschen und für Menschen mit Behinderung sowie für Menschen, die von Behinderung oder Pflege bedroht sind **ein Anspruch** auf eine individuelle Beratung und Hilfestellung bei der Auswahl und Inanspruchnahme von bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten durch eine Pflegeberaterin oder einen Pflegeberater. Aber auch Angehörige können von diesem Beratungsangebot Gebrauch machen.

Aufgaben des Pflegeberaters:

- ✓ Hilfebedarf systematisch erfassen und analysieren;
Erstellung eines individuellen Versorgungsplanes;

- ✓ Überwachung der Durchführung des Versorgungsplanes und ggf. erforderliche Anpassung bei Veränderungen;
- ✓ Auswertung und Dokumentation des Hilfeprozesses (wenn besonders komplex).

Grundsätze der Pflegeberatung:

- ✓ Die Pflegeberatung, die Koordinierung und Vernetzung von Versorgungsangeboten erfolgt kostenfrei und nur, wenn der Ratsuchende dies wünscht.

Wichtig:

Der Versorgungsplan hat keinen zwingenden, rechtsverbindlichen, sondern nur einen empfehlenden Charakter!

- ✓ Die Unabhängigkeit der Beratung ist zu gewährleisten.
- ✓ Den Wünschen nach personeller Kontinuität in der Pflegeberatung soll entsprochen werden.
- ✓ Dritte z. B. Angehörige oder Beratungsstellen werden auf Wunsch in die Pflegeberatung einbezogen.
- ✓ Die Beratung erfolgt auf Wunsch des Versicherten in der häuslichen Umgebung.
- ✓ Leistungsanträge nach SGB XI und SGB V können auch gegenüber der Pflegeberaterin bzw. dem Pflegeberater gestellt werden.
- ✓ Der Leistungsbescheid ist unverzüglich dem Antragsteller und der Pflegeberaterin bzw. dem Pflegeberater zuzuleiten.

Pflegestützpunkte gemäß § 92c des Sozialgesetzbuch, Elftes Buch (SGB XI)

Die Errichtung durch Pflege- und Krankenkassen muss dann erfolgen, wenn ein Bundesland die Einrichtung von Pflegestützpunkten bestimmt. Beim Ausbau soll auf vorhandene Beratungsstrukturen wie zum Beispiel die Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter zurückgegriffen werden.

Der Pflegestützpunkt Wiesbaden wurde zum 1. Juli 2010 in einer gemeinsamen Trägerschaft der Pflege- und Krankenkassenverbände in Hessen und der Landeshauptstadt Wiesbaden, Amt für Soziale Arbeit, errichtet.

Die beiden Mitarbeiter des Pflegestützpunktes bieten eine umfassende sowie unabhängige Auskunft und Beratung zur Auswahl und Inanspruchnahme von Sozialleistungen und Hilfsangeboten. Es erfolgt eine Koordinierung aller für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden Unterstützungsangebote einschließlich der Hilfestellung bei der Antragstellung und Inanspruchnahme der Leistungen. Ebenso wird eine Vernetzung von aufeinander abgestimmten pflegerischen und sozialen Versorgungs- und Betreuungsangeboten gewährleistet.

Der Pflegestützpunkt Wiesbaden arbeitet mit allen Einrichtungen und Diensten zusammen, die sich mit Fragen der Prävention, Rehabilitation, Pflege und Hilfen zur Lebensgestaltung befassen und dient als Ansprechpartner für Ärzte, Krankenhäuser sowie Sanitätshäuser.

1.2.2 Pflegesachleistungen

Die Pflegesachleistung umfasst häusliche Pflegehilfe durch professionelle Pflegekräfte in Form von Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung. Die Behandlungspflege (zum Beispiel Wundversorgung, Medikamentengabe, Blutzuckermessungen usw.) gehört nicht zur Pflegesachleistung. Dies sind Leistungen der so genannten Häuslichen Krankenpflege, die von der Krankenkasse zu tragen sind (nach § 37 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – SGB V).

Der Anspruch auf häusliche Pflegehilfe umfasst je Kalendermonat Pflegeeinsätze für Pflegebedürftige

| | |
|---------------------|-------------------|
| der Pflegestufe I | bis zu 450,00 € |
| der Pflegestufe II | bis zu 1.100,00 € |
| der Pflegestufe III | bis zu 1.550,00 € |

in Härtefällen bis zu 1.918,00 €. Ein Härtefall liegt dann vor, wenn ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vorliegt, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt (beispielsweise wenn im Endstadium einer Krebserkrankung regelmäßig mehrfach auch in der Nacht Hilfeleistungen erforderlich sind).

1.2.3 Pflegegeld

Statt der häuslichen Pflegehilfe durch professionelle Kräfte kann sich ein pflegebedürftiger Mensch auch von ehrenamtlichen Pflegepersonen, insbesondere von Angehörigen, pflegen lassen. In diesem Fall wird anstelle der Pflegesachleistung nach § 37 SGB XI ein Pflegegeld ausgezahlt.

| Gezahlt werden je Kalendermonat für Pflegebetürftige | |
|--|----------|
| der Pflegestufe I: | 235,00 € |
| der Pflegestufe II: | 440,00 € |
| der Pflegestufe III: | 700,00 € |

Um die Qualität der Pflege zu sichern und der Pflegeperson regelmäßig Hilfestellung zu geben, ist von den Pflegebedürftigen der Pflegestufen I und II einmal halbjährlich und der Pflegestufe III einmal vierteljährlich eine Beratungspflege von einem zugelassenen Pflegedienst durchführen zu lassen. Dieser Einsatz ist durch den betreffenden Pflegedienst der Pflegekasse schriftlich nachzuweisen. Die Kosten für den Pflegeinsatz werden von der Pflegekasse übernommen.

1.2.4 Kombination von Sach- und Geldleistungen

Es ist nach § 38 SGB XI aber auch möglich, Pflegegeld und Pflegesachleistung zu kombinieren, das heißt, die Pflegesachleistung nur teilweise in Anspruch zu nehmen und für den nicht in Anspruch genommenen Teil entsprechend Pflegegeld zu erhalten. Das Pflegegeld wird um den Prozentsatz vermindert, in dem die pflegebedürftige Person Sachleistungen in Anspruch genommen hat. Die Entscheidung, in welchem Verhältnis Geld- und Sachleistung in Anspruch genommen werden sollen, ist für sechs Monate bindend.

1.2.5 Erhöhte Leistungen bei Tagespflege

Nimmt eine Pflegebedürftige oder ein Pflegebedürftiger sowohl ambulante (zum Beispiel Pflegegeld) als auch teilstationäre Versorgung (Tages- oder Nachtpflege) in Anspruch, so steht ein erweitertes Budget

zur Verfügung. Die betroffene Person kann das **1,5-fache des pauschalen Leistungsbetrages** der Pflegeversicherung als Gesamtbetrag innerhalb der verschiedenen Versorgungsformen kombinieren.

Diese Kombinationsmöglichkeiten führen zu einer **Erhöhung des Gesamtanspruchs auf das 1,5-fache des bisherigen Betrages**, dies bedeutet, dass sich der Leistungsanspruch um 50% erhöht.

Bei Inanspruchnahme von Kombinationsleistungen kann die pflegebedürftige Person somit 150% ihres Leistungsbetrages als Budget nutzen.

Dies gilt bei ausschließlicher Inanspruchnahme von Tages- und Nachtpflege in Kombination mit Pflegesachleistungen oder Pflegegeld.

Grundsätzlich können die Versorgungsformen frei kombiniert werden. Allerdings darf keine Versorgungsform über den Höchstsatz der Einzelversorgung hinaus in Anspruch genommen werden.

| Berechnungsbeispiel Pflegestufe 2: | | | |
|------------------------------------|------|------------------|------------|
| Pflegegeld | 35% | (von 440,00 €) | = 154,00 € |
| Sachleistung | 35% | (von 1.100,00 €) | = 385,00 € |
| Tagespflege | 80% | (von 1.100,00 €) | = 880,00 € |
| Gesamt: | 150% | | |

| Berechnungsbeispiel Pflegestufe 2: | | | |
|------------------------------------|------|------------------|------------|
| Sachleistung | 80% | (von 1.100,00 €) | = 880,00 € |
| Tagespflege | 70% | (von 1.100,00 €) | = 770,00 € |
| Gesamt: | 150% | | |

| | | | |
|----------------|------|------------------|------------|
| Pflegegeld | 80% | (von 440,00 €) | = 352,00 € |
| Tagespflege | 70% | (von 1.100,00 €) | = 770,00 € |
| Gesamt: | 150% | | |

| Berechnungsbeispiel Pflegestufe 2: | | | |
|------------------------------------|------|------------------|------------|
| Pflegegeld | 60% | (von 440,00 €) | = 264,00 € |
| Sachleistung | 40% | (von 1.100,00 €) | = 440,00 € |
| Tagespflege | 50% | (von 1.100,00 €) | = 550,00 € |
| Gesamt: | 150% | | |

1.2.6 Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson

Nach § 39 SGB XI übernimmt die Pflegekasse die Kosten für eine Pflegevertretung für maximal vier Wochen im Jahr, wenn die Pflegeperson verhindert ist, beispielsweise um Urlaub zu machen oder wenn sie erkrankt ist. Neu ist, dass der Anspruch auf Verhinderungspflege bereits nach sechsmonatiger Pflege (früher 12 Monate Wartezeit) besteht. Wichtig ist, dass es sich hier um keinen Pauschalbetrag handelt, sondern die einzelnen Aufwendungen nachgewiesen werden müssen. Der Betrag kann auch über mehrere Teilzeiträume im Jahr in Anspruch genommen werden, beispielsweise eine Woche im Mai und drei Wochen im Oktober. Erstattet wird immer nur der Maximalbetrag von 1.550,00 €. Darüber hinaus gehende Kosten müssen selbst getragen werden. Für eine selbstbeschaffte Pflege, die mit der Pflegeperson bis zum zweiten Grad verwandt bzw. verschwägert ist oder in häuslicher Gemeinschaft lebt, erstattet die Pflegekasse nur die Kosten in Höhe der Geldleistung der vorliegenden Pflegestufe. Zusätzlich können in diesen Fällen nachgewiesener Verdienstausschlag und / oder Fahrkosten erstattet werden. Insgesamt werden jedoch nur maximal 1.550,00 € erstattet.

Wichtig:

Bei Personen, die Pflegegeld beziehen, ruht der Anspruch auf Pflegegeldzahlung für die Dauer der Verhinderungspflegeleistung; lediglich für den ersten Leistungstag und für den Tag der Beendigung der Verhinderungspflege wird Pflegegeld anteilig ausgezahlt.

Wird die Verhinderungspflege jedoch auf Abruf stundenweise erbracht, wird das Pflegegeld durchgehend gezahlt.

1.2.7 Unterstützende Hilfen für pflegende Angehörige

1.2.7.1 Teilstationäre Pflege / Tagespflege

Ein Anspruch auf teilstationäre Pflege in Einrichtungen besteht für den Fall, dass die häusliche Pflege nicht mehr ausreichend ist oder zur Ergänzung bzw. Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich wird. Enthalten ist die Beförderung von der Wohnung zur Einrichtung und zurück. Die Leistungen der Tages- und Nachtpflege werden wie die ambulanten Pflegesachleistungen in 2012 ebenfalls schrittweise angehoben. Damit sollen Tages- und Nachtpflegeangebote nachhaltig gestärkt werden.

1.2.7.2 Stationäre Kurzzeitpflege

Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch eine teilstationäre Unterbringung nicht aus, besteht Anspruch auf Pflege in einer stationären Einrichtung. Der Anspruch ist auf vier Wochen pro Kalenderjahr beschränkt und gilt zum Beispiel für eine Übergangszeit im Anschluss an einen stationären Klinikaufenthalt oder wenn in anderen Krisensituationen eine häusliche oder teilstationäre Unterbringung nicht ausreicht. Für behinderte Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres besteht in begründeten Einzelfällen auch Anspruch auf Kurzzeitpflege in einer geeigneten Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen oder einer anderen geeigneten Einrichtung.

Wichtig:

Der Leistungsanspruch besteht unabhängig von der Pflegestufe in Höhe von 1.550,00 € für die pflegebedingten Aufwendungen (Heim-

investitionskosten und Kosten für Unterkunft und Verpflegung werden von der Pflegekasse nicht getragen).

Bei Pflegegeldbezieherinnen und Pflegegeldbeziehern ruht der Anspruch auf Pflegegeldzahlung für die Dauer des Aufenthalts; lediglich für den Aufnahme- und Entlassungstag wird Pflegegeld anteilig ausgezahlt.

1.2.7.3 Anstellung einer hauswirtschaftlichen Hilfskraft

Pflegende Angehörige können als Arbeitgeber für eine Hilfskraft auftreten. In diesem Fall ist allerdings zu beachten, dass dann Sozialversicherungsabgaben zu zahlen sind und Lohnsteuer abgeführt werden muss. Die Tätigkeit der Hilfskraft muss auf hauswirtschaftliche Arbeiten begrenzt bleiben. Tätigkeiten der Pflege sind nicht erlaubt.

Die Beschäftigung dieser Hilfskraft wird steuerlich gefördert. Die Steuerermäßigung beträgt 20% der Aufwendungen bis zu einer jährlichen Höchstgrenze von 510,00 € bei geringfügigen bzw. 4.000,00 € bei sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnissen.

Eine Vermittlung erfolgt durch die örtliche Agentur für Arbeit. Vor einer Beschäftigung muss durch diese geprüft werden, ob bevorrechtigte Arbeitnehmer zur Verfügung stehen. Erst wenn aus diesem Personenkreis – in der Regel deutsche Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer – keine geeigneten Personen in Frage kommen, ist eine Vermittlung von osteuropäischen Haushaltshilfen möglich.

Ratsam ist, sich vor der Beschäftigung einer Hilfskraft mit der Pflegekasse oder Agentur für Arbeit in Verbindung zu setzen. Denn wer Arbeitskräfte ohne Arbeitserlaubnis beschäftigt, begünstigt die Schwarzarbeit.²

Einzelheiten hierzu können Sie auch der Broschüre „haushaltsnahe Beschäftigungsverhältnisse, Dienstleistungen und Handwerkerleistungen in privaten Haushalten“ des Hessischen Finanzministeriums sowie dem Ratgeber „Hilfe rund um die Uhr – (I)egal durch wen?“ der Verbraucherzentrale Hessen entnehmen.

² Textauszug aus „Pflegebedürftig – Was ist zu tun?“; Hessisches Sozialministerium Oktober 2010

1.2.7.4 Pflegezeit

Wer einen nahen Angehörigen (Ehegatten, Lebenspartner, Partner in einer eheähnlichen Gemeinschaft, Großeltern, Eltern, Geschwister, Kinder, Adoptiv- und Pflegekinder, Enkelkinder, Schwiegereltern und Schwiegerkinder) in seiner häuslichen Umgebung pflegt, hat unter bestimmten Voraussetzungen gegenüber seinem Arbeitgeber einen Rechtsanspruch auf Freistellung von der Arbeit.

Es gibt zwei Möglichkeiten für Arbeitnehmer:

- ✓ Kurzzeitige Arbeitsverhinderung (bis zu 10 Tagen);
- ✓ Pflegezeit (bis zu 6 Monate).

Kurzzeitige Arbeitsverhinderung bei Beginn der Pflege

Grundsätze:

Es besteht ein Anspruch auf unbezahlte Freistellung von der Arbeit für maximal 10 Arbeitstage, wenn nach einem Akutereignis bei einem nahen Angehörigen ein plötzlicher Pflegebedarf eintritt. Dieser Anspruch dient dazu die Pflege zu organisieren. Diese gesetzliche Regelung gilt für alle Betriebe unabhängig von ihrer Größe. Es ist keine Zustimmung des Arbeitgebers erforderlich.

Der Arbeitgeber kann allerdings eine ärztliche Bescheinigung verlangen, woraus sich zumindest eine voraussichtliche Pflegebedürftigkeit der oder des Angehörigen und die Erfordernis der Arbeitsbefreiung ableiten lässt. Eine Pflicht zur Fortzahlung des Gehalts gibt es nicht. Diese kann sich jedoch aus betrieblichen Vereinbarungen wie Arbeits- oder Tarifverträgen ergeben.

Pflegezeit

Grundsätze:

Es besteht ein Anspruch auf unbezahlte vollständige oder teilweise Freistellung (Arbeitsverringerung) für maximal 6 Monate.

Die Pflegezeit kann auch im Anschluss an eine kurzzeitige Arbeitsverhinderung in Anspruch genommen werden.

Wichtig:

Ein Anspruch besteht nur, wenn ein Unternehmen mehr als 15 Beschäftigte hat (Kopf-Prinzip).

Frist:

Will die oder der Beschäftigte Pflegezeit beanspruchen, muss dies spätestens 10 Arbeitstage vor Beginn der Pflegezeit dem Arbeitgeber gegenüber schriftlich angezeigt werden.

Form:

Die Arbeitnehmerin bzw. der Arbeitnehmer muss gleichzeitig mit der schriftlichen Ankündigung der Pflegezeit erklären,

- ✓ wie lange die Pflegezeit dauern soll und
- ✓ ob eine volle oder nur teilweise Freistellung angestrebt wird.

Bei teilweisem Freistellungsbegehren muss der Umfang der Freistellung sowie die Verteilung der verbleibenden Arbeitszeit angegeben werden. Hierüber muss mit dem Arbeitgeber eine schriftliche Vereinbarung getroffen werden.

Wichtig:

Prinzipiell muss der Arbeitgeber auf die Vorstellungen seiner Arbeitnehmerin bzw. seines Arbeitnehmers eingehen, es sei denn, dass wichtige betriebliche Belange dem entgegenstehen.

Es besteht ein Kündigungsschutz ähnlich wie beim Mutterschutz oder Elternzeit.

Dieser gilt für ordentliche und fristlose Kündigungen:

- ✓ von Ankündigung der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung und / oder Pflegezeit an
- ✓ bis zum Ende der jeweils gewählten „Auszeit“.

Wichtige Änderung ab 1. Januar 2012

Familienpflegezeitgesetz (FPzG)

Am 21. Oktober 2011 hat der Bundestag das neue Familienpflegezeitgesetz beschlossen, welches zum 1. Januar 2012 in Kraft tritt. Die bisherigen Regelungen des Pflegezeitgesetzes bestehen jedoch auch weiterhin.

Grundsätze:

Das FPzG sieht vor, dass Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die einen nahen Angehörigen pflegen, ihre Arbeitszeit künftig für die Dauer von maximal zwei Jahren auf bis zu 15 Wochenstunden reduzieren können.

Gehaltsvorschuss in der Pflegezeit:

Erfolgt eine Reduzierung der wöchentlichen Arbeitszeit von 100 auf 50%, so erhält man während der Familienpflegezeit einen Gehaltsvorschuss in Höhe von 75% des letzten Bruttoeinkommens.

Diese Vorschusszahlung wird von der KfW-Bank geleistet und muss nach Beendigung der Pflegezeit wieder an die KfW zurückgezahlt werden.

Wichtig:

Bei Wiederaufnahme der Vollbeschäftigung erhält die Arbeitnehmerin bzw. der Arbeitnehmer zunächst nur 75% des normalen Gehalts; solange, bis das Saldo bei der KfW ausgeglichen ist. Die einbehaltenen 25% werden in dieser Zeit an die KfW weitergeleitet.

Vereinbarung mit Arbeitgeber erforderlich

Wie in der bisherigen Pflegezeit auch, gibt es auch bei der Familienpflegezeit keinen ausdrücklichen Rechtsanspruch auf die Freistellung von der Arbeit. Möchte man diese Regelung in Anspruch nehmen, ist eine Vereinbarung mit dem Arbeitgeber zu treffen. Dieser kann, beispielsweise aus betriebsbedingten Gründen, den Wunsch auf Freistellung ablehnen.

1.2.7.5 Vollstationäre Pflege

Der Anspruch auf vollstationäre Pflege ist nach § 43 SGB XI davon abhängig, dass häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt.

Die Notwendigkeit der vollstationären Pflege kann vorliegen bei

- Fehlen einer Pflegeperson,
- fehlender Pflegebereitschaft möglicher Pflegepersonen,
- drohender oder bereits eingetretener Überforderung der Pflegepersonen,
- drohender oder bereits eingetretener Verwahrlosung des Pflegebedürftigen,
- Eigen- und Fremdgefährdungstendenzen des Pflegebedürftigen oder wenn
- die räumlichen Gegebenheiten im häuslichen Bereich keine ambulante Pflege ermöglichen und durch Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes (§ 40 Abs. SGB XI) nicht verbessert werden können.

Die Pflegekassen übernehmen die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege und der sozialen Betreuung in pauschalierter Form.

Die Höhe der Leistungen im Pflegeheim ist abhängig von der jeweiligen Pflegestufe. Übernommen werden je Kalendermonat in

| | |
|------------------|------------|
| Pflegestufe I: | 1.023,00 € |
| Pflegestufe II: | 1.279,00 € |
| Pflegestufe III: | 1.550,00 € |
| Härtefall: | 1.918,00 € |

Die meisten stationären Pflegeeinrichtungen dürfen nur Menschen aufnehmen, denen im Gutachten des MDK bescheinigt wurde, dass eine vollstationäre Pflege erforderlich ist. Diese „Heimbedürftigkeitsbescheinigung“ kann auch ausgestellt werden, wenn die Voraussetzungen für die Stufe I nicht erfüllt sind.

1.2.7.6 Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

Pflegekurse richten sich an ehrenamtlich Pflegende. Es können aber auch Interessierte geschult werden, die (noch) keinen zu pflegenden Angehörigen haben. Es ist unerheblich, ob bereits Leistungen der Pflegeversicherung bezogen werden. Der Teilnehmerkreis umfasst somit nicht nur Pflegepersonen im engeren Sinne, sondern alle Interessierten, die sich über häusliche Pflege informieren möchten.

Es sollen wichtige Kenntnisse und Fähigkeiten vermittelt werden, die für die Versorgung pflegebedürftiger Menschen von Bedeutung sind. Neben Informationen zur Lagerung und Bewegung Pflegebedürftiger werden auch Ratschläge zur richtigen Ernährung und Tipps zur Grundpflege vermittelt. Ratschläge über und die Unterstützung bei pflegebedingten eigenen psychischen und körperlichen Belastungen der pflegenden Angehörigen sind weiterer Bestandteil dieser Schulungen. Die individuelle Beratung über in Frage kommende Pflegeleistungen und der Einsatz von Pflegehilfsmitteln soll im Kurs ebenfalls vermittelt werden.

Es besteht zudem die Möglichkeit der Pflegeschulung in der häuslichen Umgebung der pflegebedürftigen Person, sobald eine Pflegestufe existiert (häusliche Pflegeschulung). So werden im konkreten Fall nicht nur theoretische Grundlagen zur häuslichen Pflege vermittelt, sondern auch speziell auf die individuellen häuslichen Verhältnisse ausgerichtete praktische Hinweise gegeben. Dies trägt zu einer spürbaren Erleichterung im Pflegealltag bei.

Die Pflegekurse sind für die Teilnehmer unentgeltlich, die Kosten werden von der eigenen oder der Pflegekasse der pflegebedürftigen Person übernommen.

1.2.7.7 Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson

Damit eine Pflegeperson sozial abgesichert werden kann, sind folgende Grundvoraussetzungen von ihr zu erfüllen:

1. Die Pflegeperson pflegt einen pflegebedürftigen Menschen (nicht erwerbsmäßig) mindestens 14 Stunden wöchentlich in dessen häuslicher Umgebung.

Das bedeutet, dass die Pflegeperson für ihre Tätigkeit keine finanzielle Zuwendung erhält, die das ausgezahlte Pflegegeld übersteigt. Bei nahen Familienangehörigen wird allgemein eine nicht erwerbsmäßige Pflege angenommen.

2. Die Pflegeperson ist nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig.

Absicherung in der Rentenversicherung:

Bei Vorliegen der zuvor genannten Voraussetzungen zahlt die Pflegekasse der bzw. des Pflegebedürftigen der Pflegeperson Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung (sofern keine Ausschlussbestände vorliegen). Die Höhe der zu zahlenden Beiträge richtet sich nach dem Schweregrad der Pflegebedürftigkeit und dem wöchentlichen Stundenumfang der Pflegetätigkeit. Die Pflegeperson muss allerdings zunächst einen **Antrag auf Versicherungspflicht** bei der Pflegekasse stellen. Diese ist erst aufgrund eines solchen Antrags zur Zahlung der Beiträge verpflichtet.

Die Beitragsabführung erfolgt alleinig durch die zuständige Pflegekasse; für die Pflegeperson entsteht keine Beitragsbelastung.

Nähere Informationen zur Rentenversicherung der Pflegepersonen sowie eine Informationsbroschüre erhalten Sie gratis unter der kostenfreien Servicrufnummer der Deutschen Rentenversicherung unter 0800 / 10 00 48 00. Hier erfahren Sie auch die Adressen von Beratungsstellen vor Ort.

Unfallversicherung der Pflegepersonen:

Seit Bestehen der Pflegeversicherung, dem 1. April 1995, sind alle nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen im häuslichen Bereich (zum Beispiel Familienangehörige, Freunde, Nachbarn usw.) bei den gemeindlichen Unfallversicherungsträgern beitragsfrei versichert, sofern die oben genannten Voraussetzungen vorliegen.

Unfallversichert sind die Tätigkeiten im Bereich der Körperpflege (zum Beispiel Waschen, Duschen, Baden usw.), der Ernährung (beispielsweise Vor- und Zubereitung der Nahrung), der Mobilität (wie Hilfen beim Aufstehen und Zubettgehen, Gehen, Treppensteigen usw.) und der hauswirtschaftlichen Versorgung (zum Beispiel Kochen, Reinigen der Wohnung, Einkaufen usw.).

Zu beachten ist jedoch, dass nur solche Tätigkeiten unfallversichert sind, die überwiegend dem pflegebedürftigen Menschen zugute kommen. Tätigkeiten, die mit der gesamten Wohnungsgemeinschaft und gleichzeitig dem pflegebedürftigen Menschen in Verbindung gebracht werden, sind nicht versichert.

In den Unfallversicherungsschutz fallen

- **Arbeitsunfälle:** Unfälle, die unmittelbar mit der Pfl egetätigkeit zusammenhängen (beispielsweise: Pflegeperson rutscht bei der Tätigkeit „Baden“ aus und verletzt sich).
- **Wegeunfälle:** Unfälle auf dem Weg zur Pfl egetätigkeit oder zurück (zum Beispiel ein Fahrradunfall auf nasser Straße auf dem Hinweg zum Pflegebedürftigen).
- **Berufskrankheiten:** Bestimmte Erkrankungen, die nachweislich durch gesundheitsschädigende Einwirkungen während der Pfl egetätigkeit entstanden sind (zum Beispiel Infektionskrankheiten).

Von den Unfallkassen werden Heilbehandlungen (ärztliche Behandlungen, Arznei- und Heilmittelanwendungen), berufliche und soziale Rehabilitationsmaßnahmen (beispielsweise Umschulungen oder Hilfen im Haushalt) sowie Geldleistungen (Verletztengeld, Versicherten- oder Hinterbliebenenrenten) erbracht.

In Hessen wendet man sich an die **Unfallkasse Hessen**

Opernplatz 14 | 60313 Frankfurt | Telefon 069 / 29 97 22 33.

Anschriften anderer Länder erhält man beim Bundesverband der Unfallkassen in München unter www.unfallkassen.de

1.2.7.8 Schonvermögen von Angehörigen

Reichen die Leistungen der Pflegeversicherung, des Einkommens des Pflegebedürftigen und Ersparnisse nicht aus, um die Kosten für eine häusliche oder stationäre Pflege zu tragen, kann der pflegebedürftige Mensch (oder seine Vertretung) einen Antrag auf Übernahme der restlichen Kosten beim örtlichen Sozialhilfeträger stellen. Der Gesetzgeber sieht hierbei ein unantastbares Schonvermögen von derzeit 2.600,00 € vor. Für Bürgerinnen und Bürger der Stadt Wiesbaden wird zudem ein zusätzlicher Schonbetrag in gleicher Höhe anerkannt, sofern dieser nachweislich der Bestattungsvorsorge dient.

Einsatz von Vermögen für Pflegekosten im Sinne von Elternunterhalt:

In Kürze: unterhaltsverpflichtete Kinder müssen nicht nur mit dem eigenen Einkommen, sondern gegebenenfalls auch mit dem eigenen Vermögen für den Unterhalt der Eltern (etwa für Pflegekosten) einstehen. Ausgenommen ist davon das so genannte Schonvermögen beim Elternunterhalt.

Das Schonvermögen und die Schonbeträge können beim Elternunterhalt je nach Bundesland regional unterschiedlich ausfallen. Die Sozialhilfeträger haben teilweise auch Richtlinien zum Schonvermögen verfasst. Diese können bei Bedarf beim zuständigen örtlichen Sozialhilfeträger erfragt werden.

Grundsätzlich gilt bei der Ermittlung des Schonvermögens im Elternunterhalt: Ein selbst genutztes Eigenheim muss weder veräußert noch belastet werden. Verfügt die unterhaltspflichtige Person neben einer ausschließlich selbst genutzten Immobilie über weiteres Grundvermögen, so kann dies bei den Unterhaltszahlungen vom Sozialhilfeträger berücksichtigt werden. Ein angemessenes Altersvorsorgevermögen bleibt außen vor. Zum Schonvermögen gehören auch angemessene Ersparnisse, wie zum Beispiel Rücklagen für die Ersatzbeschaffung von Gebrauchsgegenständen (beispielsweise für den Neukauf eines Autos) sowie Ansparungen für die Ausbildung der Kinder.

Lebensversicherungen oder sonstige Altersvorsorgemaßnahmen gehören immer dann zum Schonvermögen, wenn sie einer der jeweiligen

Familien-situation angemessenen Altersvorsorge dienen. Beim Kriterium der Leistungsfähigkeit stellt sich daher sehr häufig die Frage des Schonvermögens. Die Sozialämter handhaben das Schonvermögen beim Elternunterhalt je nach Amt, Region oder Bundesland unterschiedlich.

1.2.7.9 Steuerliche Entlastung / Steuerfreibetrag

Für die Pflege von Familienangehörigen (in Ausnahmefällen auch bei der Pflege von anderen Personen), die entweder in Pflegestufe III eingestuft sind oder bei denen das Merkmal „H“ (hilflos) im Schwerbehindertenausweis eingetragen ist, kann die Pflegeperson einen pauschalen Steuerfreibetrag von jährlich 924,00 € beanspruchen, sofern sie dafür keine Einnahmen erhalten hat. Dies gilt unabhängig von den Leistungen der Pflegeversicherung für die zu betreuende Person.

Entstanden höhere Aufwendungen, so können diese anstelle des Pauschbetrags als außergewöhnliche Belastung unter Anrechnung der zumutbaren Belastung geltend gemacht werden.

1.2.8 Pflegehilfsmittel und Zuschüsse zu pflegebedingtem Umbau

Die Pflegekassen gewähren bei Pflegebedürftigkeit im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes Hilfsmittel, sofern sie der Erleichterung der Pflege dienen, zur Linderung der Beschwerden der Pflegebedürftigen beitragen und / oder eine selbständigere Lebensführung ermöglichen. Der Antrag auf Kostenübernahme eines Pflegehilfsmittels kann ohne ärztliche Verordnung bei der Pflegekasse gestellt werden.

Es gibt zwei Arten von Pflegehilfsmitteln:

- Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel: werden von den Pflegekassen monatlich bis zu einem Betrag von 31,00 € bezahlt (zum Beispiel saugende Bettschutzeinlagen zum Einmalgebrauch, Einmalhandschuhe, Desinfektionsmittel usw.)
- Technische Pflegehilfsmittel: werden in der Regel leihweise von den Pflegekassen zur Verfügung gestellt (zum Beispiel Pflegebetten). Ist eine leihweise Versorgung nicht möglich, fällt ab dem vollendeten 18. Lebensjahr eine Zuzahlung in Höhe von 10% des

Kaufpreises an (höchstens jedoch 25,00 €)

Wichtig ist die Abgrenzung zwischen Pflegehilfsmitteln (Kostenträger Pflegekassen) und Hilfsmitteln (Kostenträger Krankenkassen):

Die Krankenkasse ist dann Leistungsträger, wenn mit dem Hilfsmittel der Erfolg der Krankenbehandlung gesichert wird oder einer drohenden Behinderung vorgebeugt wird oder eine Behinderung auszugleichen ist.

Die Pflegekasse ist vorrangiger Leistungsträger, wenn Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI vorliegt und das (Pflege-)hilfsmittel einen die Pflege erleichternden Charakter hat. Pflegehilfsmittel sollen zudem dafür sorgen, dass pflegebedürftige Menschen ihre Selbständigkeit wiedererlangen oder erhalten können. Auch bei Pflegebedürftigkeit besteht uneingeschränkter Anspruch auf Hilfsmittelversorgung im Sinne des Rechts der Krankenversicherung.

Zuschüsse zu so genannten Wohnumfeld verbessernden Maßnahmen werden ebenfalls zu den Pflegehilfsmitteln gezählt.

Unter Wohnumfeld verbessernden Maßnahmen fallen entweder Umbaumaßnahmen oder technische Hilfen im Haushalt. Folgende Leistungen können bezuschusst werden:

- Maßnahmen, die einen Eingriff in die Bausubstanz erfordern (Beispiele hierfür sind der Einbau von individuellen Liftsystemen in Badezimmern, fest installierte Treppenlifter und Rampen, Türverbreiterungen usw.)
- Einbau bzw. Umbau von vorhandenem Mobiliar, welches aufgrund der konkreten Pflegesituation individuell umgestaltet oder hergestellt werden muss (zum Beispiel der Austausch einer Badewanne durch eine Duschtasse oder die Absenkung von Küchenhängeschränken).

Selbst ein Umzug kann als Maßnahme zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes angesehen werden, wenn durch eine andere Woh-

nung den Anforderungen der Pflegebedürftigen Rechnung getragen werden kann. Das ist beispielsweise dann der Fall, wenn ein Umzug von einer Wohnung im Obergeschoss in eine Wohnung im Erdgeschoss statt findet oder ein Umzug in eine behindertengerechte Wohnung erfolgt.

Die Pflegekassen gewähren im Rahmen ihres Ermessens einen Betrag von bis zu 2.557,00 € je Maßnahme.

Zu beachten ist dabei, dass alle Maßnahmen, die zum Zeitpunkt des Zuschusses gewährt werden, als EINE Maßnahme gelten. Auch verschiedene Einzelmaßnahmen zusammen gelten als eine Maßnahme im Sinne des Gesetzes. Dies gilt auch dann, wenn durch die jeweils notwendigen Einzelmaßnahmen unterschiedliche Ziele erreicht werden. Irrelevant ist auch, ob die verschiedenen Maßnahmen innerhalb oder außerhalb der Wohnung erfolgen oder in verschiedenen Räumen durchgeführt werden.

Ändert sich allerdings die Pflegesituation und es wird eine weitere Wohnumfeldverbessernde Maßnahme erforderlich, kann ein erneuter Zuschuss von bis zu 2.557,00 € gewährt werden.

Zu den Leistungen der Wohnumfeldverbesserungsmaßnahmen ist ein individuell zu berechnender Eigenanteil zu leisten. Näheres ist bei der zuständigen Pflegekasse zu erfragen.

1.2.9 Beratungseinsätze für Pflegebedürftige, die Pflegegeld beziehen

Pflegebedürftige, die Pflegegeld beziehen, haben bei Pflegestufe I und II einmal pro Halbjahr einen Beratungseinsatz abzurufen; bei Pflegestufe III ist dies einmal pro Quartal erforderlich.

Die Vergütung hierfür beträgt für die Pflegestufe I und II je bis zu 21,00 € und in der Pflegestufe III bis zu 31,00 €.

Die Beratung kann erfolgen durch zugelassene Pflegeeinrichtungen, anerkannte Beratungsstellen oder (falls diese fehlen) durch eine von der Pflegekasse beauftragte jedoch nicht bei ihr beschäftigte Pflege-

fachkraft. Auch die Pflegeberaterin oder der Pflegeberater nach § 7a SGB XI kann diese Beratungseinsätze durchführen und bescheinigen (§ 37 Abs. 8 SGB XI).

Personen ohne Pflegestufe (so genannte Pflegestufe 0), bei denen jedoch ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung festgestellt ist, können einmal halbjährlich einen Beratungsbesuch beanspruchen. Die Vergütung beträgt auch hier bis zu 21,00 €.

Die jeweils anfallenden Vergütungen werden durch die Pflegekasse direkt mit den Einrichtungen ohne Eigenbeteiligung für den pflegebedürftigen Menschen abgerechnet.

2. Leistungen der Pflegeversicherung für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (z. B. Demenz)

Das Ziel der Reform aus dem Jahre 2008 (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) war hier eine Verbesserung der Versorgungssituation insbesondere von demenzerkrankten Mitbürgern zu schaffen. Speziell im ambulanten Bereich wurde hiermit die Entlastung in der Versorgungssituation Pflegebedürftiger mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf weiter ausgebaut.

Viele Menschen, bei denen der regelmäßige Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege nicht so umfangreich ist und die überwiegend Unterstützung, Anleitung und Beaufsichtigung benötigen, haben Probleme, die Kriterien für das Erreichen einer Pflegestufe zu erfüllen.

2.1 Zusätzliche Betreuungsleistungen

Versicherte, denen bei der Begutachtung eine „eingeschränkte Alltagskompetenz“ bescheinigt wurde, können seit 2008 je nach Schwere der Einschränkung monatlich bis zu 100,00 € (Grundbetrag) bzw. bis zu 200,00 € (erhöhter Betrag) für die Nutzung so genannter zusätzlicher Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen – auch wenn ihnen nicht die Pflegestufe I zugesprochen wurde (so genannte „Pflegestufe 0“). Pro Jahr können also umgerechnet bis zu 1.200,00 € bzw. bis zu 2.400,00 € zusätzliche Betreuungsleistungen abgerufen werden.

Die Höhe des jeweiligen Anspruchs wird von der Pflegekasse auf Empfehlung des MDK im Einzelfall anhand des Gutachtens zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit individuell festgelegt und dem Versicherten mitgeteilt. Die Kriterien werden anhand eines tabellarischen Fragebogens durch den Gutachter des MDK ermittelt.

Darin sind die folgenden 13 Kriterien zusammengefasst:

1. Unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauftendenz)
2. Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen

3. Unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen
4. Tätlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation
5. Im Zusammenhang mit speziellen Situationen unangebrachtes Verhalten
6. Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen
7. Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung
8. Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigung des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben
9. Störung des Tag- und Nacht-Rhythmus
10. Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren
11. Verkennen von Alltagssituationen und unangemessenes Reagieren in Alltagssituationen
12. Ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten
13. Zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagttheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit auf Grund einer therapieresistenten Depression.

Zwei Aspekte (hiervon mindestens ein Aspekt aus den Kriterien 1 – 9) aus unterschiedlichen Bereichen müssen erfüllt sein, um Anspruch auf den Grundbetrag von 100,00 € monatlich zu haben.

Werden zwei Kriterien und zusätzlich mindestens ein weiteres Krite-

rium aus den Bereichen 1-5, 9 oder 11 erfüllt, liegt ein erhöhter Betreuungsbedarf vor und es besteht ein Anspruch auf 200,00 € pro Monat.

Die Leistungen können innerhalb eines jeweiligen Kalenderjahres in Anspruch genommen werden; werden sie nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.

Die zusätzlichen Betreuungsangebote sind jedoch zweckgebunden einzusetzen (Leistungen der Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege, besondere Angebote von zugelassenen Pflegediensten oder für so genannte niedrigschwellige Betreuungsangebote, die nach Landesrecht anerkannt sind) und können nicht pauschal ausgezahlt werden.

Darüber hinaus können auch die Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI in Anspruch genommen werden. In diesem Rahmen können Pflegefachkräfte, die sich vor Ort auskennen, oft nützliche Hinweise geben.

2.2 Zusätzliche Betreuungsleistungen für Demenzerkrankte in Pflegeheimen

Das Pflegeweiterentwicklungsgesetz hat die Grundlage für bessere Betreuungsmöglichkeiten für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz nicht nur im ambulanten Bereich, sondern auch in Pflegeheimen geschaffen. Diese ergänzenden Betreuungsleistungen sollen durch zusätzliche, von den Pflegekassen finanzierte Betreuungspersonen erbracht werden. Der bisherige Pflegesatz ändert sich dadurch nicht. Damit die Pflegekassen wissen, welche Bewohnerinnen und Bewohner Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen haben, ist vorgesehen, dass Pflegeheime Übersichten derjenigen vorlegen, bei denen der MDK bereits die erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz festgestellt haben oder die nach Einschätzung des Heims einen besonderen Betreuungsbedarf benötigen.

3. Weiterführende Informationen

Ratgeber zur Pflege. Alles was Sie zur Pflege wissen müssen. 8. Auflage. Juli 2011.

Bundesministerium für Gesundheit (Herausgeber).

Bezugsadresse:

Publikationsversand der Bundesregierung

Postfach 48 10 09 | 18132 Rostock

E-Mail: publikationen@bundesregierung.de

Bestell-Nr. BMG-P-07055

Demenz. Angebote für Betroffene und deren Angehörige. Ausgabe Mai 2010. Landeshauptstadt Wiesbaden (Herausgeber).

Bezugsadresse:

Amt für Soziale Arbeit. Beratungsstellen für selbständiges Leben

Konradinallee 11 | 65189 Wiesbaden

E-Mail: altenarbeit@wiesbaden.de

Die Rechte der Kranken- und Pflegeversicherten.

Bezugsadresse:

Zukunftsforum Demenz

Postfach 11 13 53 | 60048 Frankfurt am Main

E-Mail: zukunftsforum@demenz.de

Pflegebedürftig. Was ist zu tun? Oktober 2010.

Bestelladresse:

Hessisches Sozialministerium, Referat Öffentlichkeitsarbeit

Dostojewskistraße 4 | 65187 Wiesbaden

www.hsm.hessen.de

Knaup, Karin: Pflegebericht. Leistungsstrukturen und Herausforderung im Bereich der Pflege in Wiesbaden. Bilanz und Ausblick 2001 bis 2020. Landeshauptstadt Wiesbaden (Herausgeber).

Bezugsadresse:

Amt für Soziale Arbeit, Abteilung Grundsatz und Planung
Postfach 3920 | 65209 Wiesbaden

E-Mail: sozialplanung@wiesbaden.de

Rechtliche Vorsorge. Bestimmen Sie Ihre gesetzliche Vertretung selbst!
14. Fassung. Juni 2011.

Landeshauptstadt Wiesbaden (Herausgeber).

Bestelladresse:

Amt für Soziale Arbeit, Betreuungsstelle
Konradinallee 11 | 65189 Wiesbaden

E-Mail: betreuungsstelle@wiesbaden.de

Haushaltsnahe Beschäftigungsverhältnisse in privaten Haushalten,

Bezugsadresse:

Hessisches Ministerium der Finanzen
Referat Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Friedrich-Ebert-Allee 8 | 65183 Wiesbaden | Telefon 0611 322-0

Hilfe rund um die Uhr - (I)legal durch wen?

Bezugsadresse:

Verbraucherzentrale Hessen e.V.
Große Friedberger Straße 13-17 | 60313 Frankfurt/M.
Telefon 01805 97 20 10

E-Mail: vzh@verbraucher.de

Impressum

- Herausgeber:** Landeshauptstadt Wiesbaden
Amt für Soziale Arbeit
Pflegerstützpunkt Wiesbaden
Geschäftsstelle des Forum Demenz Wiesbaden
Konradinallee 11 | 65189 Wiesbaden
- Verfasst von:** Jörg Bracke, Hilde Ott-Meyer, Birgit Haas, Ulrike Granzin
- Gestaltung:** Wiesbaden Marketing GmbH
- Auflage:** 2.000
- Druck:** Druckerei Wurm
Im Rad 42 | 65197 Wiesbaden
Wiesbaden, Januar 2012