

Weitere Informationen erhalten Sie bei

Pflegestützpunkt Wiesbaden

☎ 0611 31-3648 (Jörg Bracke)

☎ 0611 31-3590 (Petra Waßmann)

E-Mail: pflegestuetzpunkt@wiesbaden.de

Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter

☎ 0611 31-3487

E-Mail: beratung-im-alter@wiesbaden.de

Alzheimer Gesellschaft Wiesbaden e.V.

☎ 0611 72 44 23-0

E-Mail: info@alzheimer-wiesbaden.de

VDAB

☎ 06131 61955 11 (Hilde Ott-Meyer)

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

bpa

☎ 0611 34 10 79-0 (Sabine Söngen)

E-Mail: hessen@bpa.de

Geschäftsstelle des Forum Demenz Wiesbaden

☎ 0611 31-4676 oder 31-3488

E-Mail: forum.demenz@wiesbaden.de

- www.forum-demenz-wiesbaden.de



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

10. Ausgabe Dezember 2016

Leistungen der Pflegeversicherung

mit den neuen
Regelungen durch das
Pflegestärkungsgesetz



Amt für Soziale Arbeit

Inhalt

Die wichtigsten Informationen zur Pflegeversicherung

Die Broschüre enthält die Änderungen des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes 2016/17 und alle Informationen zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff ab dem 01.01.2017

Einleitung	3
1. Pflegegrade	20
2. Die wichtigsten Leistungen	32
3. Unterstützende Hilfen für pflegende Angehörige	50
4. Zulagenförderung der privaten Pflegevorsorge („Pflege-Bahr“)	68
5. Ausblick: Drittes Pflegestärkungsgesetz (PSG III)	70
6. Weiterführende Informationen	72
7. Impressum	76

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. Verlusten, Lähmungen oder anderen Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat, Erkrankungen 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. Auch zunehmend ist die Zahl der Menschen, die infolge 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.

Hinweise zur Schreibweise:

Um eine flüssige Leseweise zu ermöglichen, wird im Folgenden auf eine Geschlechtsform zurückgegriffen, zumeist die, die in der angesprochenen Personengruppe überwiegt. Gleichzeitig ist jedoch immer auch das andere Geschlecht gemeint.

Die Pflegesituation in Deutschland

Im Dezember 2013 waren 2,6 Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI); die Mehrheit davon (65%) waren Frauen. 83 % der Pflegebedürftigen waren 65 Jahre und älter; 85 Jahre und älter waren 37 %. Mehr als zwei Drittel (71 % bzw. 1,86 Millionen) der Pflegebedürftigen werden zu Hause versorgt.

Innerhalb der nächsten 15 Jahre könnte die Zahl pflegebedürftiger Menschen in Deutschland um etwa 35 % steigen. So werden es im Jahr 2030 voraussichtlich 3,5 Millionen sein.

Im Hinblick auf den demografischen Wandel begegnete die Bundesregierung diesen Herausforderungen zunächst mit **dem Pflege-Neu- ausrichtungs-Gesetz** (PNG), welches die Situation Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen verbessert hat. Durch das PNG wurden die Grundsteine für eine Fortentwicklung der Leistungsangebote – gerade für Menschen mit Demenz – sowie eine Anpassung der Finanzierungsgrundlage der Pflege geschaffen.

Mit dem **Ersten Pflegestärkungsgesetz** (PSG I) wurde die Unterstützung für Pflegebedürftige und ihre Familien spürbar ausgeweitet. Zudem wurde ein Pflegevorsorgefonds eingerichtet, um die Generationengerechtigkeit in der Finanzierung der Pflegeversicherung zu erhalten.

Mit dem **Zweiten Pflegestärkungsgesetz** (PSG II) werden ab dem 1. Januar 2017 ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungsverfahren eingeführt. Damit erhalten erstmals alle Pflegebedürftigen gleichberechtigten Zugang zu den Leistungen der

Pflegeversicherung – unabhängig davon, ob sie an körperlichen Einschränkungen leiden oder an einer Demenz erkrankt sind. Damit einher geht ein neues Begutachtungsverfahren, das die Schwere der Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten ermittelt und auf dieser Grundlage fünf Pflegegrade bestimmt. Wer bereits pflegebedürftig ist, erhält Bestandsschutz. Insgesamt erhöhen sich die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung in dieser Wahlperiode damit um 20 %.

Durch diese Änderungen können Pflegebedürftige und ihre Familien die Leistungen der Pflegeversicherung wesentlich besser auf ihre jeweilige Situation zuschneiden.

Damit die Hilfe, die benötigt wird, zügig bei den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen ankommt, stärkt das **Dritte Pflegestärkungsgesetz** (PSG III), welches ebenfalls zum 1. Januar 2017 in Kraft tritt, die Pflegeberatung in den Kommunen. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen erhalten dadurch eine Beratung aus einer Hand. Außerdem erfolgt eine Erweiterung des Prüfrechtes für Kranken- und Pflegekassen in Bezug auf Abrechnungen von Pflegeeinrichtungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK).

Quellen:

<http://www.bmg.bund.de/ministerium/meldungen/2016/psg-iii-kabinett.html>

Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2013, Deutschlandergebnisse

http://www.bib-demografie.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Download/Grafik_des_Monats/2015_06_pflegebeduerftige.pdf?__blob=publicationFile&t=4
Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung
Pressemitteilung Nr. 7/2015

Die Pflegesituation in Wiesbaden

Auch für Wiesbaden stellt die demografische Entwicklung eine zunehmende Herausforderung dar. Mit dem allgemeinen Anstieg der Lebenserwartung wächst die Zahl der Menschen, die auf Hilfe und Pflege angewiesen sind. Im Grundlagenbericht zur Altenhilfeplanung der Landeshauptstadt Wiesbaden wird prognostiziert, dass sich die Zahl der älteren Menschen über 65 Jahre, die Leistungen im Bereich der Pflege in Anspruch nehmen müssen, von rund 6.000 (im Jahr 2013) auf knapp 8.000 (im Jahr 2030) erhöhen wird.

Eine Personengruppe, die zunehmend in den Mittelpunkt des öffentlichen Interesses rückt, ist der Kreis der älteren Menschen mit Demenz. Die Berechnungen für Wiesbaden gehen davon aus, dass die Anzahl der über 65-jährigen mit einer mittelschweren bis schweren Demenz ausgehend von rund 4.100 im Jahr 2013 auf 5.200 im Jahr 2030 ansteigen wird.

Menschen mit Hilfs- und Pflegebedarf finden in Wiesbaden neben ärztlicher und therapeutischer Behandlung auch zahlreiche Unterstützungsmöglichkeiten, die von Beratungs- und Betreuungsangeboten, über häusliche Hilfen und Pflegedienste 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 Adresslisten und Broschüren (wie z. B. Demenz – Angebote für Betroffene und deren Angehörige) erhältlich.

Was bedeutet Pflegebedürftigkeit?

Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn Hilfe durch andere Personen erforderlich wird, da gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten vorliegen. Die betroffenen Personen weisen körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen bzw. gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen auf. Diese können nicht mehr selbständig kompensiert oder bewältigt werden.

Die gesetzliche Pflegeversicherung greift dann, wenn Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten dauerhaft – voraussichtlich jedoch für mindestens sechs Monate – und zumindest die Voraussetzungen des Pflegegrades 1 vorliegen. Ein Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung wird durch eine kurzfristige Beeinträchtigung (z. B. acht Wochen Hilfebedarf nach einer Schenkelfraktur) nicht ausgelöst.

Welche Hilfeleistungen werden bei der Ermittlung der Pflegegrade berücksichtigt?

Für die Deckung der Bedarfe an körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung stellen die Pflegekassen Leistungen zur Verfügung. Diese werden als Dienst-, Sach- oder Geldleistungen erbracht.

Die Art und der Umfang der Leistungen richten sich zum einen nach dem Schweregrad der Pflegebedürftigkeit. Zum anderen ist maßgeblich, ob eine häusliche, teilstationäre oder vollstationäre Pflege erforderlich ist.

Das neue Begutachtungsinstrument erfasst nicht mehr nur die „klassischen“ Bereiche Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftliche Versorgung. Neu ist, dass

- die kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten,
- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen,
- die Gestaltung von Alltagsleben und sozialen Kontakten, sowie
- der Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Belastungen

vollumfänglich einbezogen werden.

Für die Beurteilung der Pflegegrade werden ab dem 1. Januar 2017 die folgenden sechs Module herangezogen:

- 1. Mobilität:** Hierunter werden die Aktivitäten Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs sowie das Treppensteigen berücksichtigt.
- 2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten:** Hierzu sind folgende Fragestellungen zu verstehen: Können Personen aus dem näheren Umfeld erkannt werden? Besteht eine örtliche und zeitliche Orientierung? Kann man sich an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen erinnern? Können kleinschrittige Alltagshandlungen noch gesteuert werden? Können Entscheidungen im Alltagsleben getroffen werden? Werden Sachverhalte und Informationen verstanden? Können Risiken und Gefahren erkannt werden? Erfolgt das Mitteilen von elementaren Bedürfnissen? Werden Aufforderungen adäquat verstanden? Erfolgt die Beteiligung an einem Gespräch?
- 3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen:** In diesem Modul wird berücksichtigt, ob beispielsweise motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten vorliegen. Werden Gegenstände beschädigt? Besteht ein physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen? Werden verbale Aggressionen geäußert oder liegen andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten vor (z. B. Beschimpfungen der Pflegeperson)? Besteht ein Abwehrverhalten gegen pflegerische und andere unterstützende Maßnahmen? Liegen Wahnvorstellungen, Ängste oder Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage vor? Legt die betroffene Person sozial inadäquate Verhaltensweisen bzw. sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen an den Tag?

4. Selbstversorgung: Unter diesem großen Modul werden die Bereiche erfasst, welche man früher als „Grundpflege“ und „Ernährung“ bezeichnet hat. Beinhaltet sind das Waschen des vorderen Oberkörpers, die Körperpflege im Bereich des Kopfes, das Waschen des Intimbereichs, das Duschen und Baden einschließlich des Haarewaschens, das An- und Auskleiden des Ober- und Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und das Eingießen von Getränken. Das Essen und Trinken selbst sowie die Benutzung einer Toilette oder eines Toilettenstuhls werden hierbei besonders gewichtet. Auch das Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und der Umgang mit einem Dauerkatheter bzw. einem Urostoma werden berücksichtigt. Ebenso das Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und der Umgang mit einem Stoma bis hin zur Sondenernährung. Weiterhin werden in diesem Modul das Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei bis zu 18 Monate alten Kindern (welche einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen) berücksichtigt. Bei der Selbstversorgung wurden bewusst nur Teilbereiche berücksichtigt, da sich weitere Einschränkungen der Selbständigkeit daraus ableiten lassen. Wer sich zum Beispiel den vorderen Oberkörper nicht selbständig waschen kann, wird auch den Rücken nicht alleine waschen können usw..

5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:

- a) In Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,
- b) in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,

c) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie

d) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften.

6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte: Hierbei wird die Gestaltung des Tagesablaufs und die Anpassung an Veränderungen berücksichtigt. Ebenfalls wird das Ruhen und Schlafen sowie das „Sich beschäftigen“ bewertet. Weiterhin das Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen, Interaktionen mit Personen im direkten Kontakt, bis hin zur Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.

Führen die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten dazu, dass die betroffene Person ihre Haushaltsführung und außerhäusliche Aktivitäten nicht mehr ohne Hilfe bewältigen kann, werden diese im Gutachten unter dem Punkt „Erhebung weiterer versorgungsrelevanter Informationen“ erfasst. Diese Informationen fließen jedoch nicht in die Ermittlung des Pflegegrades mit ein.

Die bisherigen „Zeitorientierungswerte“ - das heißt wie viele Minuten werden täglich für die einzelnen Verrichtungen benötigt - spielen ab dem 1. Januar 2017 keine Rolle mehr. **Vielmehr geht es künftig um die zentrale Frage: „Was kann der Pflegebedürftige und was kann er nicht?“**

Kurz: angewiesen sein auf personelle und pflegerische Hilfe im Umgang und Bewältigung mit Folgen von Krankheit und Behinderung.

Die Schritte zu den Leistungen der Pflegeversicherung

Anspruch auf Leistungen der Pflegekassen besteht, wenn eine Person mit Pflegebedarf in den letzten zehn Jahren vor der Antragsstellung mindestens zwei Jahre selbst oder familienversichert war.

Die Leistungen der Pflegeversicherung werden nur auf Antrag gewährt; dieser Antrag ist formlos möglich. Formlos bedeutet, dass der Antrag telefonisch, per E-Mail oder per Briefpost gestellt werden kann. Grundsätzlich ist es sinnvoll, den Antrag schriftlich einzureichen, um später einen Nachweis zu haben, falls es zu Unstimmigkeiten kommt.

Der Antrag ist an die Pflegekasse zu richten. Die zuständige Pflegekasse ist immer bei der Krankenversicherung organisiert, bei der ein Pflegebedürftiger krankenversichert ist. Das gilt für alle gesetzlichen Krankenkassen (z. B. AOK – Die Gesundheitskasse, Barmer GEK, Techniker Krankenkasse, Betriebskrankenkassen usw.), wie auch für private Krankenkassen. Der Antrag muss immer für den Pflegebedürftigen – nicht im Namen des Pflegenden – gestellt werden.

Es kann hilfreich sein, ein von der Pflegekasse angebotenes Antragsformular zu verwenden. Allerdings sollten Sie darauf achten, welche Festlegungen und Aussagen Sie dort treffen. Der formlose Antrag, der Besuch des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK), das Gespräch von Mensch zu Mensch, können besser geeignet sein, um die Situation zu beurteilen, als schriftliche Festlegungen im Antrag.

Die eigentliche Begutachtung beginnt mit einem Besuch durch den MDK. Hier wird über die Pflegesituation aus der Sicht des Antragstellers und der Angehörigen / der Pflegeperson (Ist-Zustand) gesprochen. Im Hausbesuch und mit Sichtung der Unterlagen (z. B. Pflegeberichte, Arztbriefe) bildet sich der Gutachter eine Meinung für die nachfolgende Beurteilung des Hilfebedarfs.

Die Pflegekasse entscheidet unter Berücksichtigung des Gutachtens des MDK, ob und in welchen Grad der Pflegebedürftige eingestuft wird.

Die Entscheidung der Pflegekasse ist dem Antragsteller spätestens 25 Arbeitstage nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse schriftlich mitzuteilen. In Ausnahmefällen kann sich die Frist verkürzen. Die 25-Tage-Frist wird im Rahmen der Gesetzesänderungen vom 1. November 2016 bis 31. Dezember 2017 ausgesetzt. Die Aussetzung gilt nicht bei dringenden Entscheidungen, wie z. B. bei Erstanträgen auf Pflegesachleistungen. Wird diese Frist nicht eingehalten, hat die Pflegekasse nach Fristablauf für jede angefangene Woche der Fristüberschreitung unverzüglich 70,00 € an den Antragsteller zu zahlen. Die Zahlung dieser „Verzögerungsgebühr“ wird für die Zeit vom 1. November 2016 bis 31. Dezember 2017 ebenfalls ausgesetzt.

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

Gesonderte Rehabilitationsempfehlung: Im Rahmen der Pflegebegutachtung ermittelt der MDK auch ein eventuell vorhandenes Rehabilitationspotenzial und teilt der Pflegekasse das Ergebnis in einer gesonderten Rehabilitationsempfehlung mit. Dem bereits bestehenden Prinzip „Reha vor Pflege“ wird somit Genüge getan.

Der Medizinische Dienst der Spitzenverbände (MDS) hat zur neuen Begutachtung von Pflegebedürftigkeit ein klar strukturiertes und übersichtliches Service- und Informationsangebot inklusive Flyer und Checklisten eingerichtet, welches Sie unter dem Link www.pflegebegutachtung.de finden.

Zum Ablauf der Begutachtung empfiehlt Ihnen die Alzheimer Gesellschaft Wiesbaden e. V., das Folgende zu beachten:

Damit im Gutachten des MDK alle Informationen in das neue Begutachtungsinstrument einfließen, achten Sie darauf, dass der Gutachter folgende Informationen abfragt bzw. von Ihnen erhält:

- Informationen zur Person (z. B. öffnet selbst die Tür, ist vollständig bekleidet) und zur Begutachtungssituation (Interaktion bei der Kontaktaufnahme, liegt im Bett usw.)
- Welche Lebensgewohnheiten hat der Betroffene und welche davon kann er nicht mehr wie gewohnt ausüben?
- Angaben zur Wohn- und Lebenssituation (z. B. Mobilität im häuslichen Umfeld, kann Toilette selbständig finden und nutzen)
- Angaben zur Versorgungssituation (Wer lebt mit im Haushalt? Wer steht wann und wie oft zur Verfügung?)
- Befunderhebung zu Beeinträchtigungen (persönliche Angaben unterstützt durch Pflegedokumentation, Krankenhaus-, Rehabilitations- und Arztberichte, bereits vorliegende sozialmedizinische Gutachten z. B. Rehabilitationsgutachten)
- Gehen Sie die Begutachtungsmodule vor dem Begutachtungsverfahren durch und besprechen Sie sich vorher, wie Sie sich selbst einordnen und warum.

Im Begutachtungsverfahren werden auch Aussagen darüber getroffen, ob in der häuslichen Umgebung oder Einrichtung präventive, also vorbeugende Maßnahmen empfohlen werden können (z. B. Sturzprävention).

Abschließend noch acht Tipps der Alzheimer Gesellschaft Wiesbaden e. V. zur Begutachtung bei Menschen mit Demenz:

1. Bitten Sie um einen Gutachter mit Kenntnissen zu Demenzerkrankungen und deren Auswirkungen auf alle täglichen Aktivitäten (z. B. Zahn- und Körperpflege, Toilettengänge, Essen und Trinken).
2. Bitten Sie um ein zusätzliches Gespräch ohne ihren Angehörigen mit Demenz, wenn Sie im Beisein des Betroffenen nicht offen über den Hilfebedarf sprechen können. Menschen mit Demenz reagieren oft verletzt, wenn sie mit ihren eigenen Defiziten konfrontiert werden.
3. Der Besuch des Gutachters muss Ihnen rechtzeitig angekündigt werden. Falls der Termin für Sie ungünstig ist, bitten Sie um einen Ausweichtermin.
4. Die Begutachtungszeit beträgt zwischen 30 und 60 Minuten. Bemühen Sie sich diese begrenzte Zeit zu nutzen, um die Selbständigkeit aber auch den Hilfebedarf darzustellen.
5. Bereiten Sie sich auf den Termin der Begutachtung vor; verwenden Sie im Gespräch eigene Notizen als Erinnerungsstütze. Führen Sie einige Tage zuvor ein Pflegetagebuch über die nötigen Hilfestellungen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens.

6. Machen Sie klare Angaben zum Hilfebedarf bei den „Verrichtungen des täglichen Lebens“. Machen Sie wichtige Angaben von sich aus, auch wenn der Gutachter nicht danach fragen sollte. Der Gutachter muss dokumentieren, wenn seine Einschätzung von Ihrer abweicht. Er muss prüfen, ob es Möglichkeiten gibt, diese Abweichung aufzuklären. Geht er im Gutachten nicht auf Ihre andere Einschätzung ein, hat er einen Formfehler begangen. Das Gutachten ist unzureichend. Die Pflegekasse ist verpflichtet, dem Antragsteller das Gutachten zuzusenden – außer Sie lehnen dies explizit ab.
7. Der Gutachter soll alle Beteiligten in einer normalen Alltagssituation vorfinden. Keine Verharmlosung oder Beschönigung des Hilfebedarfes. Richten Sie den pflegebedürftigen Angehörigen nicht besonders fein her.
8. Schämen Sie sich nicht, Ihren Pflege- und Betreuungsaufwand wahrheitsgemäß anzugeben. Leistungen der Pflegeversicherung sind kein Almosen, sondern ein Rechtsanspruch jedes Versicherten, sofern die Leistungsvoraussetzungen erfüllt sind.

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

Zum „Widerspruch gegen einen Ablehnungsbescheid der Pflegekasse“ gibt Ihnen die Alzheimer Gesellschaft Wiesbaden e.V. folgende Tipps:

Erheben Sie Widerspruch, wenn Sie den Eindruck haben, dass die Pflegebedürftigkeit nicht richtig eingestuft wurde!

Liegt Ihnen ein Bescheid mit Rechtsbehelfsbelehrung vor, beträgt die Widerspruchsfrist einen Monat, ansonsten ein Jahr ab Bekanntgabe des Bescheids. Grundsätzlich gilt der schriftliche Bescheid drei Tage nach der Aufgabe zur Post bzw. der Absendung als bekannt gegeben.

Der Widerspruch ist schriftlich innerhalb eines Monats nach seiner Bekanntgabe bei der Pflegekasse einzureichen. Kann diese Frist nicht eingehalten werden, etwa weil die Beschaffung von ärztlichen Stellungnahmen, Befundberichten oder Dokumentationen von Pflegediensten andauert, kann vorsorglich ein Widerspruchsschreiben ohne nähere Begründung zur Fristwahrung eingereicht werden. Die Begründung / fehlende Unterlagen können zu einem späteren Zeitpunkt (aber schnellstmöglich) nachgereicht werden.

Nach Erhebung des Widerspruchs prüft die Pflegekasse, ob sie Ihrem Widerspruch abhilft. Möchte die Pflegekasse den Bescheid nicht aufheben, fragt sie meist nach, ob weiterhin am Widerspruch festgehalten wird. Halten Sie weiterhin am Widerspruch fest, wird Ihr Widerspruch an den Widerspruchsausschuss der Pflegekasse weitergeleitet.

Sollte das Widerspruchsverfahren gegen die Pflegekasse erfolglos sein, erhalten Sie sodann vom Widerspruchsausschuss der Pflegekasse einen rechtsmittelfähigen Widerspruchsbescheid. Gegen diesen können Sie binnen einer Frist von einem Monat nach Bekanntgabe vor dem Sozialgericht Klage erheben, welches im jeweiligen Rechtsbehelf angegeben ist.

Sollten Sie nach drei Monaten keinen Widerspruchsbescheid erhalten, können Sie Untätigkeitsklage beim zuständigen Sozialgericht erheben.

Begründungen für einen Widerspruch könnten sein (hier eine Auswahl):

- Bei der Begutachtung wurde ein separates Gespräch mit Ihnen abgelehnt oder Ihre Äußerungen wurden nicht oder nur wenig beachtet.
- Bei der Begutachtung fehlte Zeit, um das Ausmaß des Hilfebedarfes zu erfassen.
- Bei der Begutachtung wurden von Ihnen genannte, abweichende Einschätzungen des Unterstützungsbedarfes nicht beachtet.
- Der Gutachter hatte wenig Kenntnis von Demenzerkrankungen und deren Auswirkungen.
- Einzelne Hilfsbedarfe wurden nicht angesprochen und/oder wurden nicht berücksichtigt.

Weitere Tipps:

- Benennen Sie bei Ihrer Begründung Krankheitssymptome, die den persönlichen Unterstützungsbedarf erhöhen (Abwehrverhalten bei fehlender Geduld, Unruhe, Ablenkbarkeit, verlangsamte Handlungen, notwendige motivierende Gespräche, notwendige mehrfache Anläufe bei Handlungsschritten).
- Hilfreich können fachärztliche Atteste, z. B. eines Neurologen, sein: Aussagen über Diagnose, Krankheitsstadium, Symptome und deren Auswirkungen bei alltäglichen Verrichtungen.

1. Pflegegrade

So unterschiedlich der jeweilige Hilfebedarf eines pflegebedürftigen Menschen ist, so individuell erfolgt auch die Ermittlung der Pflegegrade. Diese reichen von dem so genannten Pflegegrad 1 (nur geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten) bis hin zum Pflegegrad 5 (schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung).

Bei der Einstufung wird künftig aufgrund des ab 1. Januar 2017 geltenden „Neuen Begutachtungsinstruments“ ein deutlicher Schwerpunkt auf den Bereich der Selbständigkeit gelegt.

Es wird, wie in den Punkten „Was bedeutet Pflegebedürftigkeit?“ und „Welche Hilfeleistungen werden bei der Ermittlung der Pflegegrade berücksichtigt?“ bereits dargestellt, auf den Schweregrad der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten abgezielt.

Jedes einzelne Kriterium der erwähnten Module wird individuell einer Punkteskala zugeordnet. Diese reicht in den Modulen 1, 4 und 6 vom Punktbereich 0 (keine Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten dieser einzelnen Verrichtung; also selbständig) bis hin zum Punktbereich 3 (schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten in dieser Verrichtung; also unselbständig).

Hierzu ein Beispiel (Auszug) aus dem Modul 4 - Selbstversorgung:

Ziffer	Kriterien	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
4.4.1	Waschen des vorderen Oberkörpers	0	1	2	3

Innerhalb der Module wird jedoch bei einzelnen Kriterien, aufgrund der besonderen Bedeutung für die pflegerische Versorgung, noch eine stärkere Gewichtung vorgenommen, wie folgendes Beispiel, ebenfalls ein Auszug aus dem Modul 4, zeigt:

Ziffer	Kriterien	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
4.4.8	Essen	0	3	6	9

Das Begutachtungsinstrument beinhaltet in den Modulen 2, 3 und 5 andere Formen der zuvor genannten Skala. Hier gilt, dass der Grad der Beeinträchtigung mit der jeweils erforderlichen Häufigkeit der Hilfen steigt. „0“ bedeutet, dass Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten nie vorliegen. „5“ bedeutet, dass ein entsprechender Hilfebedarf täglich vorliegt.

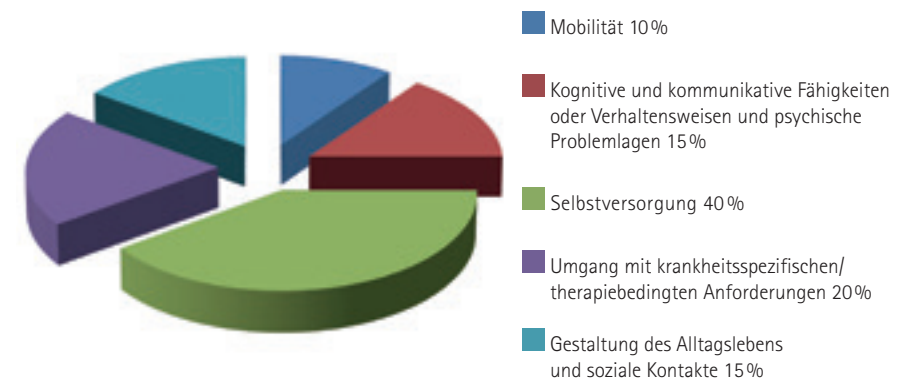
Hierzu ein Beispiel (Auszug) aus dem Modul 3 – Verhaltensweisen und psychische Problemlagen:

Ziffer	Kriterien	nie oder selten	Selten (ein- bis dreimal innerhalb von zwei Wochen)	Häufig (zweimal bis mehrmals wöchentlich, aber nicht täglich)	täglich
4.3.1	Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten	0	1	3	5

Hinzu kommt, dass die einzelnen sechs Module auch noch unterschiedlich stark gewichtet werden:

- 1. **Modul 1 (Mobilität):** 10 Prozent
- 2. **Modul 2 und 3 (Kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychische Problemlagen):** 15 Prozent
(Nur das Modul mit der höheren Punktzahl wird gewertet.)
- 3. **Modul 4 (Selbstversorgung):** 40 Prozent
- 4. **Modul 5 (Behandlung/Therapie):** 20 Prozent
- 5. **Modul 6 (Alltagsgestaltung):** 15 Prozent

Gewichtung der Module im neuen Begutachtungsinstrument



Nachdem für jedes Kriterium in den sechs Modulen die individuelle Punkteinstufung stattgefunden hat, erfolgt eine Addition der Punktwerte unter Berücksichtigung der zuvor genannten prozentualen Gewichtung.

Der daraus resultierende Gesamtpunktwert stellt das Ausmaß an Pflegebedürftigkeit und somit daraus abgeleitet den jeweiligen Pflegegrad dar.

Pflegegrad	Grad der Beeinträchtigung der Selbständigkeit	Gesamtpunkte
Ohne		unter 12,5
PG 1	geringe Beeinträchtigung	12,5 bis unter 27,0
PG 2	erhebliche Beeinträchtigung	27,0 bis unter 47,5
PG 3	schwere Beeinträchtigung	47,5 bis unter 70,0
PG 4	schwerste Beeinträchtigung	70,0 bis unter 90,0
PG 5	schwerste Beeinträchtigung mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung	90,0 bis 100

Begutachtungsregeln für Kinder

Bei pflegebedürftigen Kindern wird zur Feststellung des Pflegegrades die Beeinträchtigung der Selbständigkeit und der Fähigkeitsstörungen mit der altersentsprechenden Entwicklung von nicht pflegebedürftigen Kindern verglichen.

Kinder von 0 bis 18 Monaten

Bei pflegebedürftigen Kindern im Alter von 0 bis 18 Monaten gibt es eine Sonderregelung. Liegen bei ihnen die gleichen Einschränkungen vor, werden sie um einen Pflegegrad höher eingestuft als ältere Kinder. Diese Sonderregelung soll dazu beitragen, dass unnötig oft Begutachtungen in den ersten Lebensmonaten anfallen, welche sowohl für die Kinder als auch für die Eltern eine Belastung bedeuten. Zudem werden mit dieser Regelung natürliche Entwicklungsschwankungen berücksichtigt.

Ausnahme: Ein Höherstufungsantrag oder eine Nachuntersuchung ist aus fachlicher Sicht notwendig.

Stufengliederung des Begutachtungsinstruments (Punkteskalierung) für Kinder von 0 bis 18 Monaten:

Pflegegrad	Grad der Beeinträchtigung der Selbständigkeit	Gesamtpunkte
Ohne		unter 12,5
PG 2	erhebliche Beeinträchtigung	12,5 bis unter 27,0
PG 3	schwere Beeinträchtigung	27,0 bis unter 47,5
PG 4	schwerste Beeinträchtigung	47,5 bis unter 70,0
PG 5	schwerste Beeinträchtigung mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung	70,0 bis 100

1.1 Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigung der Selbständigkeit

Personen im Pflegegrad 1 können ihre Aktivitäten in der Regel noch recht selbständig ausüben. Gegebenenfalls gelingt ihnen dies erschwert, verlangsamt oder mittels Nutzung von Hilfsmitteln. Personelle Hilfen und Unterstützungen sind noch nicht erforderlich.

Der Pflegegrad 1 wird beispielsweise bei Personen vergeben, bei denen keine eingeschränkte Alltagskompetenz vorliegt, dafür jedoch motorische Einschränkungen im Stütz- und Bewegungsapparat, Teillähmungen nach Schlaganfällen oder Störungen beim Gehen bzw. Stehen bestehen.

Es kann ebenso eine psychosoziale Unterstützung im geringen Umfang in Form von Erledigungen von finanziellen oder behördlichen Angelegenheiten erforderlich sein.

Ein nächtlicher Hilfebedarf liegt nicht vor.

1.2 Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigung der Selbständigkeit

Wurde der Pflegegrad 2 ermittelt, so kann dieser Personenkreis den größten Teil der Aktivitäten noch recht selbständig ausüben. Für die Pflegeperson besteht nur ein geringer Aufwand im Sinne von Richten bzw. Zurechtlegen von Gegenständen, Kleidung oder Utensilien. Hin und wieder sind Aufforderungen zwecks Motivation des Pflegebedürftigen sowie unterstützende Hilfen bei Entscheidungsfindungen notwendig. Vereinzelt sind Aktivitäten in Form von Teilübernahmen zu leisten.

Punktuell sind Hilfen beim Waschen, An- und Entkleiden oder bei den Toilettengängen in Form von Teilhilfen oder Unterstützungen notwendig.

Pflegebedürftige ohne eingeschränkte Alltagskompetenz werden vorrangig im behandlungspflegerischen Bereich Unterstützungsbedarf im Umgang mit krankheitsbedingten Anforderungen, Hilfen bei der Medikamentengabe, bei Arzt- bzw. Therapeutenbesuchen oder beispielsweise beim Spritzen von Insulin haben.

Liegt eine eingeschränkte Alltagskompetenz ohne motorische Beeinträchtigung vor, bestehen erforderliche Hilfs- und Unterstützungsbedarfe in Form von Impulsgaben (Aufforderungen bzw. kleinschrittige Anleitungen) sowie Überprüfungen, ob die Aktivitäten durchgeführt wurden. Dies ist etwa bei Menschen mit Demenz im Anfangsstadium der Fall. Weiterhin fallen Unterstützung bei der Tagesstrukturierung sowie „Betreuungstätigkeiten“ wie Vorlesen, Spielen, Gespräche führen oder die Einbeziehung in Alltagsaktivitäten (z. B. gemeinsames Kochen) im Haushalt an.

Ein nächtlicher Hilfebedarf besteht in der Regel nicht.

1.3 Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigung der Selbständigkeit

Pflegebedürftige im Pflegegrad 3 können ihre Aktivitäten nur noch zu einem geringen Teil selbständig ausüben. Es liegen aber noch gewisse Ressourcen vor, so dass sich die Personen noch entsprechend in die eigene Pflege einbringen können. Dies ist auch der Fall, wenn ständig Impulsgaben oder Anleitungen während der Aktivität erforderlich sind.

Der Hilfebedarf geht so weit, dass die Handlungen zumindest teilweise übernommen werden müssen. Ein Zurechtlegen oder Richten von Gegenständen ist ebenso wie punktuelle Unterstützung nicht mehr ausreichend.

Sofern nur körperliche Beeinträchtigungen vorliegen, so könnten diese beispielsweise Teillähmungen der Extremitäten sein (etwa durch einen Schlaganfall oder Multiple Sklerose). Ebenso sind Funktionsstörungen beim Gehen und Stehen denkbar. In begrenztem Umfang, zum Beispiel durch Nutzung von Hilfsmitteln wie Gehstock oder Rollator oder mit Festhalten an Mobiliar, ist eine selbständige Fortbewegung dennoch möglich.

Liegen zudem Einschränkungen der Alltagskompetenz vor, so sind bei dieser Personengruppe sicherlich kontinuierliche Aufforderungen und Anleitungen zur Durchführung von Aktivitäten, etwa zum Toilettengang oder zum Waschen und Kleiden, notwendig. Sicherlich fallen auch in geringem Maße Teilübernahmen von Aktivitäten an. Zusätzlich liegt ein hoher Aufwand im Rahmen der psychosozialen Unterstützung und Betreuung vor.

Gelegentlich liegt auch ein nächtlicher Hilfebedarf vor.

1.4 Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit

Personen im Pflegegrad 4 können ihre Aktivitäten nicht mehr selbständig ausüben. Ihnen gelingt dies, wenn überhaupt, nur noch sehr selten und äußerst erschwert mittels Nutzung von Hilfsmitteln. Personelle Hilfen und Unterstützungen sind in der Regel permanent erforderlich.

Man kann davon ausgehen, dass die betroffenen Personen vollständig immobil sind, beispielsweise bei einer stark fortgeschrittenen Multiplen Sklerose oder einer Querschnittslähmung. Jedoch sind auch andere schwerwiegende, die Pflege auslösende Diagnosen wie stark ausgeprägte Lähmungserscheinungen nach Schlaganfall, Amputationen der unteren Extremitäten sowie fortgeschrittene körperliche Altersschwäche denkbar.

Sofern eine eingeschränkte Alltagskompetenz vorliegt, kann man von einer fortgeschrittenen Beeinträchtigung ausgehen. Es sind häufige bis ständige Anregungen durch Pflegepersonen erforderlich. Ebenso ist eine selbständige Tagesstrukturierung nicht mehr möglich. Weiterhin besteht ein hoher Bedarf an Beaufsichtigung bzw. Betreuung aufgrund ausgeprägter Neigung zu situativ inadäquatem Verhalten oder auch wegen Sturzgefahr. Die Präsenz einer Pflegeperson ist quasi ständig erforderlich.

Ein nächtlicher Hilfebedarf liegt kontinuierlich vor.

1.5 Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung

Bei Pflegebedürftigen im Pflegegrad 5 liegen hochgradige körperliche Beeinträchtigungen vor, so dass keine Eigenaktivität mehr vorliegt und sie ständig auf Hilfe angewiesen sind. Es ist in der Regel von Geh- und Stehunsfähigkeit und überwiegender Bettlägerigkeit auszugehen. Die Grundpflege muss komplett übernommen werden.

Aktivitäten durch eine Pflegeperson sind auch nachts regelmäßig erforderlich (Positionieren, Unterstützung bei Toilettengängen usw.).

Zu beachten:

Eine besondere Bedarfskonstellation liegt bei Pflegebedürftigen vor, bei denen eine Funktionsunfähigkeit beider Arme und beider Beine vorliegt. Dieser Personenkreis kann unter Würdigung der stark ausgeprägten Einschränkungen z. B. bei schwersten Kontrakturen oder kompletter Lähmung in den Pflegegrad 5 eingestuft werden, auch wenn er den Schwellenwert von 90 Punkten nicht erreicht.

1.6 Überleitung der bisherigen Pflegestufen in die neuen Pflegegrade

Bei Personen, die zum 1. Januar 2017 bereits als pflegebedürftig eingestuft sind, erfolgt die Überleitung in die neuen Pflegegrade automatisch. Es bedarf keiner erneuten Antragsstellung bei der Pflegekasse. Es sei denn, dass eine Verschlechterung des Allgemeinzustandes eingetreten ist und deshalb eine Höherstufung beantragt wird.

Als Faustformel für die Überleitung gilt: Menschen mit ausschließlich körperlichen Einschränkungen werden in den nächst höheren Grad (+1) übergeleitet; Personen mit (zusätzlichen) geistigen Einschränkungen in den übernächsten Pflegegrad (+2). Zu beachten ist hier, dass die Feststellung über das Vorliegen einer sogenannten „eingeschränkten Alltagskompetenz“ aus dem bis 31. Dezember 2016 erstellten Pflegegutachten hervorgehen muss, damit die Pflegekassen eine Überleitung über zwei Stufen durchführen können.

Beispiele für die Überleitung bereits Pflegebedürftiger:

– Menschen mit körperlichen Einschränkungen

(einfacher Stufensprung; +1):
aus Pflegestufe I wird Pflegegrad 2
aus Pflegestufe III wird Pflegegrad 4

– Menschen mit geistigen Einschränkungen

(doppelter Stufensprung; +2):
aus Pflegestufe 0 wird Pflegegrad 2
aus Pflegestufe II wird Pflegegrad 4

Wichtig dabei ist, dass niemand, der bis zum 31. Dezember 2016 bereits in eine Pflegestufe eingestuft ist, durch die Überleitung in die neuen Pflegegrade schlechter gestellt werden darf!

Es gilt eine sogenannte **Besitzstandswahrung**. Diese besagt, dass die Leistungen der Pflegeversicherung bei dem zuvor erwähnten Personenkreis nicht reduziert werden dürfen; selbst wenn bei einer späteren Begutachtung des MDK dem Grunde nach ein niedrigerer Pflegegrad ermittelt werden sollte.

Hierzu ein Beispiel:

Eine pflegebedürftige Person, die bislang in die Pflegestufe II eingestuft war, wird ab 1. Januar 2017 aufgrund der automatischen Überleitung (hier einfacher Stufensprung) dem Pflegegrad 3 zugeordnet.

Antrag auf Höherstufung erfolgt am:	02.03.2017
MDK-Begutachtung erfolgt am:	23.03.2017
Es wird ermittelt, dass seit Februar 2017	01.02.2017

eigentlich nur noch Pflegegrad 2 vorliegt!

Ergebnis:

Aufgrund des **Besitzstandsschutzes** (gemäß § 140 Abs. 3 SGB XI) bleibt es bei dem ab 1. Januar 2017 zugeordneten Pflegegrad 3!

2. Die wichtigsten Leistungen

2.1 Aufklärung, Beratung und Formen der Pflegeberatung

Den Pflegekassen kommt unter anderem die Aufgabe zu, ihre Versicherten hinsichtlich einer gesunden Lebensführung zwecks Vorbeugung von Pflegebedürftigkeit aufzuklären und zu beraten. Hierbei ist auch auf präventive Maßnahmen hinzuweisen.

Weiterhin haben die Pflegekassen die Verpflichtung, ihre Versicherten sowie deren Angehörige insbesondere zu den Leistungen der Pflegeversicherung, aber auch zu Hilfen und Leistungen anderer Träger zu informieren. Ebenso ist der Hinweis zu erbringen, dass ein Anspruch auf die Zusendung des Pflegegutachtens und der darin enthaltenen gesonderten Präventions- und Rehabilitationsempfehlung der Gutachter besteht.

Die Pflegekasse hat die antragstellende Person unverzüglich nach Eingang des Antrags neben der Zusendung von Leistungs- und Preisvergleichslisten von Leistungserbringern (beispielsweise ambulante Pflegedienste und anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag) auf folgende Beratungsmöglichkeiten verbindlich hinzuweisen:

- a) individuelle Pflegeberatung durch die Pflegekasse auf Wunsch des Pflegebedürftigen,
- b) die verpflichtende Pflegeberatung bei Erstantragstellung auf Leistungen der sozialen Pflegeversicherung,
- c) die unabhängige Pflegeberatung in den Pflegestützpunkten.

Zu a): Personen, die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung beziehen, haben einen Anspruch auf eine intensive Pflegeberatung durch einen Pflegeberater der Pflegekasse.

Aber auch Angehörige können von diesem Beratungsangebot Gebrauch machen.

Aufgaben des Pflegeberaters:

- ✓ Hilfebedarf systematisch erfassen und analysieren; Erstellung eines individuellen Versorgungsplanes zur Gewährleistung der Nachhaltigkeit der Beratung;
- ✓ 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.
- ✓ Anträge auf Leistungen der Pflegeversicherung nach dem Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI) und auf Leistungen der Krankenversicherung nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) können auch gegenüber dem Pflegeberater gestellt werden.
- ✓ Der Leistungsbescheid ist unverzüglich dem Antragsteller und dem Pflegeberater zuzuleiten.

Zu b): Zusätzlich besteht Anspruch auf eine individuelle Pflegeberatung für Personen, die einen erstmaligen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung stellen.

Die Pflegekasse hat der antragstellenden Person unmittelbar nach Eingang des Pflegeantrags unter Angabe einer Kontaktperson (in der Regel der Pflegeberater der jeweiligen Pflegekasse) einen konkreten Beratungstermin anzubieten, welcher **innerhalb von zwei Wochen nach Antragstellung** durchzuführen ist.

Ist dies der Pflegekasse nicht möglich, ist der antragstellenden Person ein **Beratungsgutschein** auszustellen, in dem geeignete Anbieter für eine Pflegeberatung benannt sind, bei denen innerhalb von zwei Wochen der Beratungsgutschein eingelöst werden kann. Dies sind in der Regel zertifizierte, private Firmen, die mit den Pflegekassen für die Erbringung der Beratungsleistungen Verträge abgeschlossen haben.

Die Beratung erfolgt nach den Grundsätzen und Inhalten von a).

Zu c): Unabhängige Beratung in Pflegestützpunkten gemäß § 92c des Sozialgesetzbuch, Elftes Buch (SGB XI)

Die Errichtung von Pflegestützpunkten durch Pflege- und Krankenkassen kann dann erfolgen, wenn ein Bundesland dies bestimmt hat. Beim Ausbau soll auf vorhandene Beratungsstrukturen, wie z. B. 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 Mitarbeiterin und der 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 der 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. Einen besonderen Schwerpunkt bildet dabei die Beratung von jüngeren, unter 60-jährigen Menschen mit einem Pflegebedarf und/oder einer Behinderung sowie deren Angehörigen.

Die unter b) beschriebene Beratung fällt jedoch nicht in den Zuständigkeitsbereich des Pflegestützpunktes.

2.2 Leistungen bei Pflegegrad 1

Die Pflegeversicherung gewährt bei Pflegegrad 1 folgende Leistungen:

1. Pflegeberatung (gemäß den §§ 7a und 7b SGB XI),
2. Beratung in der eigenen Häuslichkeit (gemäß § 37 Absatz 3 SGB XI),
3. zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen (gemäß § 38a SGB XI),
4. Versorgung mit Pflegehilfsmitteln (gemäß § 40 Absätze 1 bis 3 und 5 SGB XI),
5. finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfelds (gemäß § 40 Absatz 4 SGB XI),
6. zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen (gemäß § 43b SGB XI),
7. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen (gemäß § 45 SGB XI).

Weiterhin wird ein Entlastungsbetrag (§ 45b Absatz 1 Satz 1 SGB XI) in Höhe von bis zu 125,00 € monatlich gewährt. Dieser kann im Rahmen der Kostenerstattung für Folgendes eingesetzt werden: Inanspruchnahme von Leistungen der Tages- und Nachtpflege sowie der Kurzzeitpflege, von Leistungen der ambulanten Pflegedienste (Pflegesachleistungen) sowie von Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag (§ 45a Absätze 1 und 2 SGB XI).

Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1, die eine Versorgung in einer vollstationären Pflegeeinrichtung gewählt haben, gewährt die Pflegeversicherung einen Zuschuss in Höhe von 125,00 € monatlich (§ 43 Absatz 3 SGB XI).

2.3 Pflegesachleistungen

Die Pflegesachleistung umfasst körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung als Sachleistung (häusliche Pflegehilfe). **Ansprüche bestehen nur in den Pflegegraden 2 bis 5.**

Die Pflegesachleistungen, welche durch ambulante Pflegedienste erbracht werden, umfassen pflegerische Maßnahmen der unter Punkt 1 genannten Module. Ziel der häuslichen Pflegehilfe ist es, Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen weitestgehend durch pflegerische Maßnahmen zu kompensieren oder zu mindern bzw. einer Verschlimmerung von Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken.

Neben den zuvor beschriebenen pflegerischen Maßnahmen der häuslichen Pflegehilfe ist auch die pflegefachliche Anleitung von Pflegebedürftigen und deren Pflegepersonen Bestandteil der Pflegesachleistungen. Hinzu kommen Betreuungsmaßnahmen, welche Unterstützungsleistungen zur Bewältigung sowie die Gestaltung des alltäglichen Lebens im häuslichen Umfeld umfassen. Insbesondere bei der Bewältigung psychosozialer Problemlagen oder Gefährdungen, bei der Orientierung, bei der Tagesstrukturierung, bei der Kommunikation, bei der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte und bei bedürfnisgerechten Beschäftigungen im Alltag sowie Maßnahmen zur kognitiven Aktivierung.

Der Anspruch auf häusliche Pflegehilfe umfasst je Kalendermonat:

Pflegegrad	Pflegesachleistungen (§ 36 SGB XI)
PG 1	
PG 2	bis zu 689,00 €
PG 3	bis zu 1.298,00 €
PG 4	bis zu 1.612,00 €
PG 5	bis zu 1.995,00 €

Für die Erbringung der Pflegesachleistungen ist ein individueller **Pflegevertrag** zwischen der pflegebedürftigen Person (bzw. deren Vertreter) und einem zugelassenen ambulanten Pflegedienst zu schließen. Im Pflegevertrag sind folgende Punkte verpflichtend aufzuführen: Art, Inhalt und Umfang der Leistungen einschließlich der dafür mit den Leistungsträgern jeweils vereinbarten Vergütung. Der Pflegedienst muss seine Preise im Vertrag zum Beispiel durch Erstellen eines Kostenvoranschlages transparent machen. Bei wesentlichen Änderungen in der Versorgung ist die pflegebedürftige Person in der Regel schriftlich über die voraussichtlichen Kosten zu informieren. Der Vertrag muss schriftlich vereinbart werden und kann von Seiten des Pflegebedürftigen jederzeit **ohne** Einhaltung einer Frist gekündigt werden.

2.4 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 ein Pflegegeld ausgezahlt (§ 37 SGB XI).

Gezahlt werden je Kalendermonat für Pflegebedürftige:

Pflegegrad	Pflegeleistungen (§ 37 SGB XI)
PG 1	
PG 2	316,00 €
PG 3	545,00 €
PG 4	728,00 €
PG 5	901,00 €

Um die Qualität der Pflege zu sichern und der Pflegeperson regelmäßig Hilfestellung zu geben, ist von den Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 und 3 einmal halbjährlich und bei den Pflegegraden 4 und 5 einmal vierteljährlich verpflichtend eine Beratung durch einen zugelassenen Pflegedienst durchführen zu lassen. Dieser Einsatz wird der Pflegekasse durch den betreffenden Pflegedienst schriftlich nachgewiesen. Die Kosten für den Beratungseinsatz werden von der Pflegekasse übernommen.

Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 haben einen Anspruch auf einen halbjährlichen Beratungsbesuch durch einen zugelassenen Pflegedienst. Pflegebedürftige, die von einem ambulanten Dienst im Rahmen der Sachleistungen versorgt werden, können ebenfalls halbjährlich einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen. Es besteht jedoch in beiden Fällen keine Verpflichtung zur Inanspruchnahme.

Zu beachten:

Pflegebedürftige, die in der Pflegestufe II (mit eingeschränkter Alltagskompetenz) eingestuft waren, mussten den Beratungseinsatz bislang halbjährlich nachweisen. Durch den doppelten Stufensprung werden sie zum 1. Januar 2017 in den Pflegegrad 4 übergeleitet und müssen den Beratungseinsatz nun vierteljährlich durchführen lassen.

2.5 Kombination von Sach- und Geldleistungen

Es ist auch möglich, Pflegegeld und Pflegesachleistung zu kombinieren. Das heißt, dass die Pflegesachleistung nur teilweise in Anspruch genommen wird und für den nicht in Anspruch genommenen Teil entsprechend ein anteiliges Pflegegeld ausbezahlt ist. 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 den Anspruchsberechtigten grundsätzlich sechs Monate bindend. Lässt sich das Ausmaß der Pflegesachleistung im Einzelfall jedoch nicht im Voraus bestimmen, kann das anteilige Pflegegeld auch auf Antrag von der Pflegekasse monatlich ermittelt und ausgezahlt werden.

Berechnungsbeispiel Pflegegrad 3:

Sachleistung	35 %	(von 1.298,00 €)	=	454,30 €
Pflegegeld	65 %	(von 545,00 €)	=	354,25 €
Gesamt:	100 %			

Berechnungsbeispiel Pflegegrad 4:

Sachleistung	60 %	(von 1.612,00 €)	=	967,20 €
Pflegegeld	40 %	(von 728,00 €)	=	291,20 €
Gesamt:	100 %			

2.6 Leistungen der (teilstationären) Tages- und Nachtpflege

Ein Anspruch auf teilstationäre Pflege (ab Pflegegrad 2) in Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege 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.

Pflegegrad	Tages- und Nachtpflege § 41 SGB XI
PG 1	
PG 2	bis zu 689,00 €
PG 3	bis zu 1.298,00 €
PG 4	bis zu 1.612,00 €
PG 5	bis zu 1.995,00 €

Nimmt eine pflegebedürftige Person sowohl ambulante (Pflegegeld, Kombinationsleistung oder Sachleistung) als auch teilstationäre Leistungen (Tages- oder Nachtpflege) in Anspruch, so können die Leistungen der Tages- und Nachtpflege neben den ambulanten Leistungen in vollem Umfang (100%) in Anspruch genommen werden.

2.7 Vollstationäre Pflege

Einen Anspruch auf Pflege in vollstationären Einrichtungen haben Pflegebedürftige der **Pflegegrade 2 bis 5**.

Dieser Anspruch 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 kommen.

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 die Aufwendungen der Betreuung in pauschalierter Form. Die Höhe der Leistungen im Pflegeheim ist abhängig von dem jeweiligen Pflegegrad. Wählen Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 vollstationäre Pflege, erhalten sie für die pflegebedingten Aufwendungen lediglich einen Zuschuss in Höhe von 125,00 € monatlich.

Übernommen werden je Kalendermonat in

Pflegegrad	Vollstationäre Pflege § 43 SGB XI
PG 1	125,00 € (Zuschuss)
PG 2	770,00 €
PG 3	1.262,00 €
PG 4	1.775,00 €
PG 5	2.005,00 €

In stationären Pflegeeinrichtungen wird ein einrichtungseinheitlicher Eigenanteil (EEE), der von den Bewohnern zu tragen ist, eingeführt. Die Höhe ist unabhängig vom Pflegegrad und für alle Bewohner der Pflegegrade 2 bis 5 gleich. Ein Bewohner mit Pflegegrad 5 muss also aus seinen eigenen Mitteln nicht mehr tragen als ein Bewohner mit Pflegegrad 2. Der einheitliche Eigenanteil variiert von Pflegeheim zu Pflegeheim.

Grundsätzlich kann sich jeder Pflegebedürftige für den Umzug in eine stationäre Einrichtung entscheiden. Kann der Pflegebedürftige die anfallenden zusätzlichen Kosten nicht aus eigenen Mitteln finanzieren, besteht die Möglichkeit, dass der Sozialhilfeträger die Kosten übernimmt. Ob und inwieweit die Kosten dafür übernommen werden, hängt bei Pflegebedürftigen der **Pflegegrade 1 und 2** von einem sogenannten Einwilligungsvorbehalt ab. Der Sozialhilfeträger entscheidet in eigenem Ermessen, ob stationäre Pflege vermieden werden kann. Hierbei werden überwiegend ein amtsärztliches und auch ein sozialmedizinisches Gutachten, welche Auskünfte über die vorhandene Sozialanamnese geben, verlangt. Vor Heimaufnahme sollte daher mit dem Fachdienst des jeweiligen Kreises bzw. der Stadt Kontakt aufgenommen werden, um die entsprechenden Gutachten anfordern zu können.

Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung (§ 43b SGB XI)

Die zusätzlichen Betreuungskräfte nach § 43b SGB XI (bisher § 87b SGB XI) werden als Individualanspruch ausgestaltet; mit der Folge, dass diese ab 1. Januar 2017 von den stationären Einrichtungen vorgehalten werden müssen. Der sogenannte Betreuungsschlüssel von einer Betreuungskraft für 20 Bewohner (1:20) ist dann für alle verpflichtend. Anspruchsberechtigt sind alle Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen. Das verbessert den Pflegealltag in den voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen.

In § 84 Abs. 8 und § 85 Abs. 8 SGB XI erfolgt die Verankerung als Vergütungszuschläge. Der Vergütungszuschlag ist von der Pflegekasse zu tragen und von privaten Versicherungsunternehmen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes zu erstatten. Pflegebedürftige dürfen mit den Vergütungszuschlägen weder ganz noch teilweise belastet werden.

Die Vereinbarung der Vergütungszuschläge zwischen stationärer Pflegeeinrichtung und Kasse erfolgt auf der Grundlage, dass

- die anspruchsberechtigten Personen über die notwendige Versorgung hinaus zusätzlich betreut und aktiviert werden,
- die stationäre Pflegeeinrichtung für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung der Pflegebedürftigen über zusätzliches Betreuungspersonal verfügt.

Mit den Vergütungszuschlägen sind alle zusätzlichen Leistungen der Betreuung und Aktivierung für anspruchsberechtigte Personen abgegolten.

Die stationären Pflegeeinrichtungen haben die anspruchsberechtigten Personen und deren Angehörige im Rahmen des Abschlusses des Heimvertrages nachweislich darauf hinzuweisen, dass ein zusätzliches Betreuungsangebot besteht, für das ein Vergütungszuschlag gezahlt wird.

2.8 Pflegehilfsmittel und Zuschüsse zu pflegebedingtem Umbau

Die Pflegekassen gewähren bei Pflegebedürftigkeit im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes Pflegehilfsmittel bzw. wohnumfeldverbessernde Maßnahmen. Voraussetzung ist, dass diese 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 grundsätzlich 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 40,00 € bezahlt (z. B. saugende Bettschutzeinlagen zum Einmalgebrauch, Einmalhandschuhe, Desinfektionsmittel usw.).
- **Technische Pflegehilfsmittel** werden in der Regel leihweise von den Pflegekassen zur Verfügung gestellt (z. B. 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 (Leistungsträger Pflegekassen) und Hilfsmitteln (Leistungsträger Krankenkassen).

Die Krankenkasse ist Leistungsträger, wenn mit dem Hilfsmittel der Erfolg der Krankenbehandlung gesichert wird, einer drohenden Behinderung vorgebeugt werden kann 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 ein uneingeschränkter Anspruch auf Hilfsmittelversorgung im Sinne des Rechts der Krankenversicherung.

Zuschüsse zu Maßnahmen, die das Wohnumfeld verbessern, werden ebenfalls zu den Pflegehilfsmitteln gezahlt.

Unter das Wohnumfeld verbessernde 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 Wohnung den Anforderungen der Pflegebedürftigen (also die Pflege dadurch erleichtert oder erst ermöglicht wird) Rechnung getragen werden kann. Das ist beispielsweise der Fall, wenn ein Umzug von einer Wohnung im Obergeschoss in eine Wohnung im Erdgeschoss stattfindet oder ein Umzug in eine behindertengerechte Wohnung erfolgt.

Die Pflegekassen gewähren im Rahmen ihres Ermessens einen Betrag von bis zu 4.000,00 € je Maßnahme. Leben mehrere Pflegebedürftige in einem Haushalt, so beträgt der Zuschuss grundsätzlich für jeden 4.000,00 €; er ist jedoch insgesamt begrenzt auf 16.000,00 €. Wohnen mehr als vier pflegebedürftige Personen in einem Haushalt, so werden die Kosten anteilig auf die jeweiligen Pflegekassen aufgeteilt.

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 Wohnumfeld verbessernde Maßnahme erforderlich, kann ein erneuter Zuschuss von bis zu 4.000,00 € gewährt werden.

2.9 Förderung ambulant betreuter Wohngruppen

Pflegebedürftige der Pflegegrade 1 bis 5 haben Anspruch auf einen pauschalen Zuschlag in Höhe von 214,00 € monatlich, wenn sie in einer ambulant betreuten Wohngruppe (regelmäßig mindestens drei, höchstens zwölf Personen) in einer gemeinsamen Wohnung mit häuslicher pflegerischer Versorgung leben und mindestens drei dieser Personen Leistungen beziehen (Pflegesachleistung, Kombinationsleistung, Pflegegeld) oder zumindest Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a SGB XI oder den Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI in Anspruch nehmen. In der ambulant betreuten Wohngruppe muss zudem eine gemeinschaftlich beauftragte Person tätig sein, die organisatorische, verwaltende oder pflegerische Tätigkeiten verrichtet. Es gilt die Einhaltung der jeweils maßgeblichen heimrechtlichen Vorschriften.

Der Zuschlag kann zum Beispiel auch dafür genutzt werden, eine von der Pflegekasse anerkannte Einzelpflegekraft dafür zu entlohnen, dass

sie – neben der über die Sachleistung bereits finanzierten Pflege- und Betreuungstätigkeit – verwaltende Tätigkeiten in der Wohngruppe übernimmt.

Anschubfinanzierung von Wohngruppen:

Pflegebedürftige, die einen Anspruch auf die zuvor genannte Pauschale haben und an der Neugründung einer ambulant betreuten Wohngruppe beteiligt sind, können zusätzlich einen einmaligen Betrag in Höhe von bis zu 2.500,00 € erhalten. Der Gesamtbetrag je Wohngruppe ist auf 10.000,00 € begrenzt und wird bei mehr als vier Anspruchsberechtigten anteilig auf die Versicherungsträger aufgeteilt.

Neben den Wohngruppenzuschlägen können Leistungen der Tages- und Nachtpflege gemäß § 41 SGB XI in Anspruch genommen werden, wenn gegenüber der Pflegekasse durch eine Prüfung des MDK nachgewiesen ist, dass die Pflege in der ambulant betreuten Wohngruppe ohne teilstationäre Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann.

3. Unterstützende Hilfen für pflegende Angehörige

3.1 Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson

Nach § 39 SGB XI übernimmt die Pflegekasse die Kosten für eine Ersatzpflege für längstens sechs Wochen im Jahr, wenn die Pflegeperson wegen Erholungsurlaub, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege verhindert ist. Voraussetzung ist jedoch, dass der Pflegebedürftige mindestens in Pflegegrad 2 eingestuft ist und die Pflegeperson ihn vor der erstmaligen Inanspruchnahme mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat.

Wichtig ist, dass es sich hier um keinen Pauschalbetrag handelt, sondern die einzelnen Einsatztage oder Einsatzstunden 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. Auch eine stundenweise Verhinderungspflege kann bei der Pflegekasse beantragt werden. Ist in diesen Fällen die Pflegeperson weniger als acht Stunden am Tag verhindert, so erfolgt ausschließlich eine Anrechnung auf den Höchstbetrag von 1.612,00 € nicht aber auf die Höchstdauer von sechs Wochen. Erstattet wird maximal der Höchstbetrag von 1.612,00 €. Zusätzlich können noch nicht in Anspruch genommene Mittel der Kurzzeitpflege um bis zu 806,00 € (50%) den Betrag auf bis zu 2.418,00 € pro Jahr erhöhen. Darüber hinaus gehende Kosten müssen selbst getragen werden.

Für eine selbst beschaffte Ersatzpflegeperson, die mit der pflegebedürftigen Person bis zum zweiten Grad verwandt bzw. verschwägert ist oder in häuslicher Gemeinschaft lebt, erstattet die Pflegekasse nur die Kosten in Höhe der Geldleistung des vorliegenden Pflegegrades. Zusätzlich können in diesen Fällen nachgewiesener Verdienstaussfall und / oder Fahrtkosten erstattet werden.

Wichtig:

- Bei Personen, die Pflegegeld beziehen, halbiert sich die Pflegegeldzahlung für die Dauer der Verhinderungspflegeleistung. Lediglich für den ersten Leistungstag und für den Tag der Beendigung der Verhinderungspflege wird das Pflegegeld voll ausgezahlt. Bei stundenweiser Verhinderungspflege wird das Pflegegeld in voller Höhe weiter gezahlt.

3.2 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 für Pflegebedürftige der **Pflegegrade 2 bis 5** Anspruch auf Pflege in einer stationären Einrichtung, die Kurzzeitpflege anbietet. Der Anspruch ist auf acht 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 25. 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 für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 beinhaltet Pflege, Betreuung sowie Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu einem Betrag in Höhe von 1.612,00 € im Kalenderjahr. Investitionskosten und Kosten für Unterkunft und Verpflegung der Pflegeeinrichtung werden von der Pflegekasse nicht getragen.

- Sofern noch keine Verhinderungspflege in Anspruch genommen wurde, kann der Leistungsbetrag der Verhinderungspflege in voller Höhe auf die Kurzzeitpflege angerechnet werden, so dass eine **Verdopplung des Leistungsbetrags** auf maximal 3.224,00 € für längstens acht Wochen im Kalenderjahr ermöglicht wird.

Kurzzeitpflege auch in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen:

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege besteht auch in Einrichtungen, die stationäre Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation erbringen, wenn während einer Maßnahme der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation **für die Pflegeperson** eine gleichzeitige Unterbringung und Pflege des Pflegebedürftigen erforderlich ist. Führt eine Pflegeperson demnach eine Rehabilitationsmaßnahme durch, kann die pflegebedürftige Person mit aufgenommen werden, auch wenn die Rehabilitationseinrichtung keine Zulassung zur Kurzzeitpflege hat.

Wichtig:

Bei Pflegegeldbeziehern halbiert sich der Anspruch auf die Pflegegeldzahlung für die Dauer des Aufenthalts, sofern unmittelbar vorher Pflegegeld bezogen wurde. Für den Aufnahme- und Entlassungstag wird Pflegegeld anteilig in voller Höhe ausgezahlt.

3.3 Entlastungsbetrag (§ 45a und b SGB XI)

Die bisherigen Betreuungs- und Entlastungsleistungen in Höhe von 104,00 € bzw. 208,00 € werden ersetzt durch einen sogenannten **„Entlastungsbetrag“**, der **in Höhe von bis zu 125,00 € monatlich** von den Pflegekassen für jeden Pflegebedürftigen in der häuslichen Umgebung erstattet wird. **Es gibt nur noch einen Entlastungsbetrag für alle Pflegebedürftigen.**

Dieser Betrag ist zweckgebunden einzusetzen für qualitätsgesicherte Leistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger und vergleichbar Nahestehender in ihrer Eigenschaft als Pflegende sowie zur Förderung der Selbständigkeit und Selbstbestimmtheit der Pflegebedürftigen bei der Gestaltung ihres Alltags.

In wenigen Einzelfällen besteht auch ab 2017 weiterhin ein Anspruch auf monatlich 208,00 €. Dieser sogenannte „Besitzstand“ greift allerdings nur, sofern die übrigen Leistungen durch die Pflegereform nicht um mindestens 83,00 € monatlich steigen. Das ist nur bei Härtefällen der heutigen Pflegestufe III der Fall.

Mit dem Entlastungsbetrag können Leistungen der Kurzzeit-, Verhinderungs-, Tages- und Nachtpflege sowie Betreuungs- und Haushaltsleistungen finanziert werden. Erbracht werden dürfen diese Leistungen von dafür zugelassenen ambulanten Pflegediensten und von nach Landesrecht anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag.

Angebote zur Unterstützung im Alltag sind:

1. Angebote, in denen insbesondere ehrenamtliche Helferinnen und Helfer unter pflegfachlicher Anleitung die Betreuung von Pflegebedürftigen mit allgemeinem oder mit besonderem Betreuungsbedarf in Gruppen oder im häuslichen Bereich übernehmen (Betreuungsangebote),
2. Angebote, die der gezielten Entlastung und beratenden Unterstützung von pflegenden Angehörigen und vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen in ihrer Eigenschaft als Pflegende dienen (Angebote zur Entlastung von Pflegenden),
3. Angebote, die dazu dienen, die Pflegebedürftigen bei der Bewältigung von allgemeinen oder pflegebedingten Anforderungen des Alltags oder im Haushalt, insbesondere bei der Haushaltsführung, oder bei der eigenverantwortlichen Organisation individuell benötigter Hilfeleistungen zu unterstützen (Angebote zur Entlastung im Alltag).

Bei nach Landesrecht anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag können Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2 bis zu 40% der ambulanten Pflegesachleistung, sofern die Grundpflege gesichert ist, für Angebote zur Unterstützung im Alltag einsetzen. Für die Anerkennung eines Leistungserbringers zur Erbringung dieser Leistungen sind jedoch eine Landesverordnung und entsprechende Verträge erforderlich, die in Hessen zum Zeitpunkt der Veröffentlichung dieser Broschüre noch nicht abschließend vorlagen.

Ab Feststellung von Pflegebedürftigkeit und Vorliegen häuslicher Pflege besteht der Leistungsanspruch. Der Entlastungsbetrag kann innerhalb eines jeweiligen Kalenderjahres in Anspruch genommen werden; wird er nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderhalbjahr (Stichtag 30.06.) übertragen werden.

3.4 Pflegezeitgesetz und Familienpflegezeitgesetz (Quelle: bmfsfj)

Pflegezeitgesetz

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 aus dem Pflegezeit- bzw. Familienpflegezeitgesetz.

Kurzfristige Arbeitsverhinderung von bis zu zehn Tagen bei Beginn der Pflege

Arbeitnehmer können eine sofortige zehntägige Auszeit (ohne Vorlaufzeit) von der Arbeit nehmen, wenn es einen **akuten** Pflegefall in der Familie gibt. Sie erhalten für maximal zehn Tage Pflegeunterstützungsgeld, welches bei der Pflegekasse des Pflegebedürftigen unverzüglich

beantragt werden muss. Das Pflegeunterstützungsgeld gibt Familien so die Möglichkeit, sich im akuten Notfall um ihre pflegebedürftigen Angehörigen kümmern und eine bedarfsgerechte Pflege organisieren zu können. Voraussetzung ist allerdings, dass Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI vorliegt oder es liegen Tatsachen vor, aus denen sich ergibt, dass Pflegebedürftigkeit überwiegend wahrscheinlich ist. Diese gesetzliche Regelung gilt für alle Arbeitnehmer (unabhängig von der Betriebsgröße).

Wichtig ist vor allem, dass der Arbeitnehmer unverzüglich mitteilt, dass er die kurzfristige Auszeit braucht und wie lange diese andauert. Außerdem muss eine ärztliche Bescheinigung über die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen vorgelegt werden.

Was genau ist in diesem Zusammenhang unter **akut** zu verstehen:

- Die Situation tritt plötzlich auf und es bestand somit keine Zeit voranzuplanen.
- Eine andere Pflegeperson ist nicht verfügbar oder fällt kurzfristig aus.
- Die Situation des Pflegebedürftigen hat sich plötzlich verschlimmert.
- Es besteht keine Möglichkeit, den Pflegebedürftigen in einer Einrichtung der stationären Pflege unterzubringen.
- Der Arbeitnehmer muss sich während der Arbeitszeit um Organisatorisches kümmern und braucht diese kurzfristige Auszeit deswegen sofort.

Pflegeunterstützungsgeld

Arbeitnehmer erhalten für die zehntägige Auszeit eine Entgeltersatzleistung: das Pflegeunterstützungsgeld. Dies gilt auch für Minijobber.

Als Pflegeunterstützungsgeld zahlt die gesetzliche Pflegeversicherung

- 90 Prozent des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts oder
- 100 Prozent des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts, wenn in den letzten zwölf Kalendermonaten vor der Freistellung eine beitragspflichtige Einmalzahlung gezahlt wurde.

Das Pflegeunterstützungsgeld darf das Höchstkrankengeld von 98,88 € (2016) nicht überschreiten.

Außerdem werden Kranken-, Renten- und Arbeitslosenversicherungsbeiträge entrichtet. Die Leistungen werden von der Pflegekasse des Pflegebedürftigen erbracht. (Quelle: AOK)

Sechsmonatige Pflegezeit

Der Arbeitnehmer hat das Recht, für einen Zeitraum von **längstens sechs Monaten**, vollständig oder teilweise von der Arbeitsleistung freigestellt zu werden, um nahe Angehörige zu pflegen. Es besteht eine Ankündigungsfrist von zehn Tagen. Die Pflegezeit kann auch im Anschluss an die kurzfristige Arbeitsverhinderung von bis zu zehn Tagen genommen werden.

Wer von dieser Möglichkeit Gebrauch macht, hat einen Rechtsanspruch auf ein zinsloses Darlehen (zu beantragen beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben, BAFzA). Das Darlehen wird in monatlichen Raten ausgezahlt und deckt die Hälfte des durch die Arbeitszeitreduzierung fehlenden Nettogehalts ab. Der Arbeitgeber muss dafür den Umfang der Freistellung, die arbeitsvertraglichen Wochenstunden der letzten zwölf Monate vor der Freistellung sowie das ausfallende Entgelt bescheinigen.

Nach Ende der Pflegezeit muss das Darlehen in Raten zurückgezahlt werden (Untergrenze 50,00 € im Monat). Bei Härtefällen kann das Darlehen durch das BAFzA auch gestundet werden.

Der Rechtsanspruch auf Freistellung besteht nicht gegenüber Arbeitgebern mit 15 oder weniger Beschäftigten.

Familienpflegezeit – Grundsätzliches

Wenn die zunächst gewählte Dauer zur Pflege der oder des nahen Angehörigen nicht ausreicht, kann die Freistellung mit Zustimmung des Arbeitgebers bis zur jeweiligen Höchstdauer verlängert werden. **Die Höchstdauer beträgt bei der Pflegezeit sechs Monate und bei der Familienpflegezeit 24 Monate.**

Gegenüber dem Arbeitgeber besteht ein Anspruch auf Verlängerung, wenn ein Wechsel der Pflegeperson aus einem wichtigen Grund nicht erfolgen kann. Die Freistellungsansprüche dürfen auch bei einer Kombination der verschiedenen Ansprüche und bei einer Verlängerung eine Gesamtdauer von 24 Monaten nicht überschreiten.

Wenn Sie Familienpflegezeit in Anspruch nehmen möchten, gilt eine Ankündigungsfrist von acht Wochen. Für den Übergang von der bis zu sechsmonatigen Pflegezeit zur Familienpflegezeit ist eine Ankündigungsfrist von drei Monaten einzuhalten.

Ausstieg aus dem Beruf für 24 Monate

Auf die **24-monatige Familienpflegezeit**, bei der pflegende Beschäftigte ihre Arbeitszeit bis auf eine **Mindestarbeitszeit von 15 Wochenstunden** reduzieren können, besteht ein Rechtsanspruch. Der Einkommensausfall kann auch in diesem Fall durch ein zinsloses Darlehen abgedeckt werden.

Der Rechtsanspruch auf Familienpflegezeit besteht gegenüber Betrieben mit mehr als 25 Beschäftigten.

Von dieser Regelung profitieren somit sowohl die Beschäftigten, die in ihrer Tätigkeit verbleiben, als auch die Arbeitgeber, die nicht gänzlich auf die fachliche Kompetenz erfahrener Mitarbeiter verzichten müssen.

Pflegezeit bei Minderjährigen

Um einen minderjährigen pflegebedürftigen nahen Angehörigen sowohl im eigenen Zuhause als auch außerhäuslich, zum Beispiel bei einem längeren Aufenthalt in einer Spezialklinik, betreuen zu können, besteht für Beschäftigte die Möglichkeit der **vollständigen oder teilweisen Freistellung für bis zu sechs Monate oder der teilweisen Freistellung für bis zu 24 Monate bei einer wöchentlichen Mindestarbeitszeit von 15 Stunden**. Im Rahmen der angekündigten Freistellung zur Betreuung minderjähriger pflegebedürftiger Angehöriger ist ein Wechsel zwischen der häuslichen Pflege und der Betreuung in einer Einrichtung jederzeit möglich.

Pflegezeit für die Begleitung in der letzten Lebensphase

Auch für die Begleitung einer oder eines nahen Angehörigen in der letzten Lebensphase gibt es die Möglichkeit **einer bis zu drei Monate dauernden vollständigen oder teilweisen Freistellung** nach dem Pflegezeitgesetz. Die Begleitung kann auch in einem Hospiz erfolgen.

Reicht die bisher beantragte Dauer zur Pflege nicht aus, kann die Freistellung mit Zustimmung des Arbeitgebers bis zur jeweiligen Höchstdauer verlängert werden. Gegenüber dem Arbeitgeber besteht ein Anspruch auf Verlängerung, wenn ein Wechsel der Pflegeperson aus einem wichtigen Grund nicht erfolgen kann. Die Freistellungsansprüche dürfen auch bei einer Kombination der verschiedenen Ansprüche und bei einer Verlängerung eine Gesamtdauer von 24 Monaten nicht überschreiten.

In allen Fällen kann eine vorzeitige Beendigung nur mit Zustimmung des Arbeitgebers erfolgen.

Es besteht Kündigungsschutz ähnlich wie beim Mutterschutz oder in der Elternzeit.

3.5 Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

Die Pflegekassen sind verpflichtet, für Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pfl egetätigkeit interessierte Personen unentgeltlich Schulungskurse durchzuführen (§ 45 SGB XI). Damit sollen soziales Engagement im Bereich der Pflege gefördert und gestärkt werden, Pflege und Betreuung erleichtert und verbessert sowie pflegebedingte körperliche und seelische Beanspruchungen gemindert und ihrer Entstehung vorgebeugt werden. Die Kurse sollen vor allem Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung von Pflege vermitteln.

Sie bieten praktische Anleitung und Informationen, aber auch Beratung und Unterstützung zu vielfältigen Themen. Es sollen Kenntnisse vermittelt und vertieft werden, die zur Pfl egetätigkeit in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen notwendig und hilfreich sind. Außerdem bieten diese Kurse pflegenden Angehörigen die Möglichkeit, sich mit anderen auszutauschen und Kontakte zu knüpfen.

Entweder bietet die Pflegekasse eigene Kurse an oder beauftragt Pflegedienste und Weiterbildungsträger mit dieser Aufgabe. Führt die Pflegekasse solche Kurse nicht eigenständig durch, dann händigen die Pflegekassen einen Berechtigungsschein und eine Liste mit Institutionen aus, bei denen diese Berechtigungsscheine eingelöst werden können.

Der Besuch eines Pflegekurses ist grundsätzlich nur einmal möglich, kann aber bei einem berechtigten Interesse erneut bewilligt werden. Die Schulungen dürfen nur von examinierten berufserfahrenen Pflegefachkräften durchgeführt werden.

Auf Wunsch der Pflegeperson und der pflegebedürftigen Person kann die Schulung auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen stattfinden. In diesem Falle zeigt die Pflegefachkraft ganz konkret die Ausführung der Pflege.

3.6 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 oder mehrere Pflegebedürftige mit mindestens **Pflegegrad 2** mindestens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche in deren häuslicher Umgebung. Die Pflege darf nicht erwerbsmäßig erfolgen. 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 neben der Pflege maximal 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig.

Absicherung in der Rentenversicherung:

Bei Vorliegen der zuvor genannten Voraussetzungen zahlt die Pflegekasse der bzw. des Pflegebedürftigen für die Pflegeperson Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung (sofern keine Ausschlussstatbestände vorliegen). Die Höhe der zu zahlenden Beiträge richtet sich nach dem Schweregrad der Pflegebedürftigkeit und dem wöchentlichen Stundenumfang der Pfl egetätigkeit.

Die Pflegeperson muss allerdings 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 1000 48 00. Hier erfahren Sie auch die Adressen von Beratungsstellen vor Ort.

Versicherung in der Arbeitsförderung:

Während der pflegerischen Tätigkeit sind Pflegepersonen, die die oben genannten Voraussetzungen erfüllen, unabhängig von der Inanspruchnahme von Pflegezeit, in das Leistungssystem der Arbeitsförderung einbezogen.

Weitere Voraussetzungen sind:

Die Pflegeperson muss

- unmittelbar vor der Pflegezeit versicherungspflichtig gewesen sein, d. h., ihre versicherungspflichtige Arbeit entweder komplett aufgegeben oder reduziert haben

oder

- eine als Arbeitsbeschaffungsmaßnahme geförderte Beschäftigung ausgeübt haben, die ein Versicherungsverhältnis oder den Bezug einer laufenden Entgeltersatzleistung unterbrochen hat.

Beim Vorliegen aller Voraussetzungen entrichtet die Pflegeversicherung Beiträge an die Bundesagentur für Arbeit.

Nähere Informationen erteilen die **Bundesagentur für Arbeit**, die **Pflegekassen** oder die **private Pflege-Pflicht-Versicherung**.

Unfallversicherung der Pflegepersonen:

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

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

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

Unter den Unfallversicherungsschutz fallen

- **Arbeitsunfälle:** Unfälle, die unmittelbar mit der Pflegetätigkeit zusammenhängen (beispielsweise: Pflegeperson rutscht bei der Tätigkeit „Baden“ aus und verletzt sich).
- **Wegeunfälle:** Unfälle auf dem Weg zur Pflegetätigkeit oder zurück (z. B. ein Fahrradunfall auf nasser Straße auf dem Hinweg zum Pflegebedürftigen).
- **Berufskrankheiten:** Bestimmte Erkrankungen, die nachweislich durch gesundheitsschädigende Einwirkungen während der Pflegetätigkeit entstanden sind (z. B. 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 2997 22 33.
Anschriften anderer Länder erhält man beim Bundesverband der Unfallkassen in München unter www.unfallkassen.de

3.7 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. Ob und inwieweit hierbei ein so genanntes Schonvermögen unangetastet bleibt, hängt vom Einzelfall ab und wird individuell geprüft.

Die Selbstbehalte für Angehörige, die zum Elternunterhalt herangezogen werden, richten sich nach den Richtlinien der Oberlandesgerichte (OLG) im Zuständigkeitsbereich des jeweiligen Trägers der Sozialhilfe. Diese können bei Bedarf beim zuständigen örtlichen Sozialhilfeträger erfragt werden.

3.8 Steuerliche Entlastung / Steuerfreibetrag für nicht bezahlte pflegende Personen

Wer eine pflegebedürftige Person in deren oder in seiner eigenen Wohnung betreut und pflegt, hat Anspruch auf einen Pflegepauschbetrag. Dies gilt, wenn der Pflegebedürftige „hilflos“ ist (Behindertenausweis mit Merkzeichen „H“) oder wenn ein Pflegegrad (Höhe des Pflegegrades ist zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht festgelegt, bisher Pflegestufe III) besteht. Ferner ist erforderlich, dass zwischen der Pflegeperson und dem Pflegebedürftigen eine enge persönliche Beziehung besteht (Verwandtschaft oder enges Nachbarschaftsverhältnis).

Der Pauschbetrag von derzeit 924,00 € wird unabhängig von den tatsächlichen Aufwendungen und ohne erforderlichen Nachweis angesetzt. Er wird ungekürzt als Jahresbetrag angerechnet. Dabei ist es egal, ob die Voraussetzungen das ganze Jahr über gegeben waren. Der Pflegepauschbetrag wird auch nicht um eine zumutbare Belastung gekürzt.

Wichtig ist, dass die pflegebedürftige Person unentgeltlich gepflegt wird.

3.9 Anstellung einer hauswirtschaftlichen Hilfskraft

Pflegende Angehörige können **Arbeitgeber** für eine Hilfskraft sein. Dabei ist zu beachten, dass in diesem Fall Sozialversicherungsabgaben und Lohnsteuer abgeführt werden müssen. Die Hilfskraft darf ausschließlich hauswirtschaftliche Arbeiten erledigen. Die obligatorische Unfallversicherung einer hauswirtschaftlichen Hilfskraft erfolgt über die Unfallkasse Hessen.

Für die Anstellung einer Hilfskraft beträgt die Steuerermäßigung 20% der Aufwendungen bis zu einer jährlichen Höchstgrenze von 510,00 € bei geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen bzw. von 4.000,00 € bei sozialversicherungspflichtigen.

Eine Vermittlung von Hilfskräften erfolgt durch die örtliche Agentur für Arbeit. Diese prüft vor einer Beschäftigung, 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 ausländischen Haushaltshilfen möglich.

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

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)legal durch wen?“ der Verbraucherzentrale Hessen entnehmen.

4. Zulagenförderung der privaten Pflegevorsorge („Pflege-Bahr“)

Mit dieser Förderung soll eine eigenverantwortliche Pflegevorsorge erleichtert werden.

Grundsätzlich sind alle Personen förderfähig, die der sozialen oder privaten Pflegepflichtversicherung angehören. Allerdings müssen sie über 18 Jahre alt sein und dürfen noch keine Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit beziehen oder bereits bezogen haben. Der Mindestbeitrag des Versicherten beträgt 120,00 € jährlich (10,00 € monatlich). Der jährliche Förderbeitrag von 60,00 € (5,00 € monatlich) kommt hinzu. Ab wann eine förderfähige private Pflege-Zusatzversicherung vorliegt, erfahren Sie bei Ihrer zuständigen Pflegekasse.

5. Ausblick: Drittes Pflegestärkungsgesetz (PSG III)

Das PSG III wird der Schnittstellenmanager für die unterschiedlichen Hilfesysteme (Pflegeleistungen und andere Sozialleistungen des SGB XII, z. B. Eingliederungshilfe) sein, da es mit dem PSG II noch keine rechtlichen Beziehungen der beiden Systeme gibt.

Unter anderem werden im PSG III folgende Themen geregelt werden: die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in andere Sozialleistungssysteme, Stärkung der Beratung (insbesondere der Vor-Ort-Beratung für Pflegebedürftige), Erweiterung des Prüfrechtes für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung in Bezug auf die Abrechnungen.

6. Weiterführende Informationen

Demenz. Angebote für Betroffene und deren Angehörige.
Ausgabe November 2016. Landeshauptstadt Wiesbaden (Herausgeber).

Bezugsadresse:

Amt für Soziale Arbeit. Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter
Konradinallee 11 | 65189 Wiesbaden

E-Mail: beratung-im-alter@wiesbaden.de

Die Pflegestärkungsgesetze – Das Wichtigste im Überblick
Bundesministerium für Gesundheit (Herausgeber). Mai 2016

Bezugsadresse:

www.bundesgesundheitsministerium.de/Service/publikationen.html

oder:

Publikationsversand der Bundesregierung

Postfach 48 10 09 | 18132 Rostock

E-Mail: publikationen@bundesregierung.de

Bestell-Nr. BMG-P-11019

Die Pflegestärkungsgesetze – Informationen für die häusliche Pflege
Bundesministerium für Gesundheit (Herausgeber). April 2016

Bezugsadresse:

www.bundesgesundheitsministerium.de/Service/publikationen.html

oder:

Publikationsversand der Bundesregierung

Postfach 48 10 09 | 18132 Rostock

E-Mail: publikationen@bundesregierung.de

Bestell-Nr. BMG-P-11007

Die Pflegestärkungsgesetze – Informationen für Demenzkranke und
ihre Angehörigen

Bundesministerium für Gesundheit (Herausgeber). Mai 2016

Bezugsadresse:

www.bundesgesundheitsministerium.de/Service/publikationen.html

oder:

Publikationsversand der Bundesregierung

Postfach 48 10 09 | 18132 Rostock

E-Mail: publikationen@bundesregierung.de

Bestell-Nr. BMG-P-11006

Knaup, Karin: Hilfe- und Pflegebedarf älterer Menschen in Wiesbaden bis 2030. Grundlagenbericht zur Altenhilfeplanung
Landeshauptstadt Wiesbaden (Herausgeber).

Bezugsadresse:

Amt für Soziale Arbeit, Abteilung Grundsatz und Planung

Konradinerallee 11 | 65189 Wiesbaden

E-Mail: sozialplanung@wiesbaden.de

Ratgeber zur Krankenversicherung

Bundesministerium für Gesundheit (Herausgeber). Juni 2016

Bezugsadresse:

www.bundesgesundheitsministerium.de/Service/publikationen.html

oder:

Publikationsversand der Bundesregierung

Postfach 48 10 09 | 18132 Rostock

E-Mail: publikationen@bundesregierung.de | Bestell-Nr. BMG-P-07031

Ratgeber zur Pflege. Alles was Sie zur Pflege wissen müssen.

Bundesministerium für Gesundheit (Herausgeber). Januar 2016

Bezugsadresse:

www.bundesgesundheitsministerium.de/Service/publikationen.html

oder

Publikationsversand der Bundesregierung

Postfach 48 10 09 | 18132 Rostock

E-Mail: publikationen@bundesregierung.de

Bestell-Nr. BMG-P-07055

Ratgeber in rechtlichen und finanziellen Fragen

8. Auflage 2016, Taschenbuch 6,00 €

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.

Bezugsadresse:

www.deutsche-alzheimer.de/broschüren

Rechtliche Vorsorge. Sie entscheiden, wer entscheidet!

19. Fassung. Mai 2016.

Landeshauptstadt Wiesbaden (Herausgeber).

Bezugsadresse:

Amt für Soziale Arbeit, Betreuungsbehörde

Konradinerallee 11 | 65189 Wiesbaden

E-Mail: betreuungsbehoerde@wiesbaden.de

Steuertipps für haushaltsnahe Beschäftigungsverhältnisse, Dienstleistungen und Handwerkerleistungen in privaten Haushalten

Ausgabe Januar 2015.

Bezugsadresse:

Hessisches Ministerium der Finanzen

Referat Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Friedrich-Ebert-Allee 8 | 65185 Wiesbaden

Telefon: 0611 32-0

Hilfe rund um die Uhr – (I)egal durch wen?

Bezugsadresse:

Verbraucherzentrale Hessen e.V.

Große Friedberger Straße 13-17 | 60313 Frankfurt/M.

Fax 069 97 20 10-50

E-Mail: vzh@verbraucher.de

7. 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, Sabine Söngen,
Regina Petri, Anja Selle-Uersfeld, Birgit Haas

Gestaltung: Wiesbaden Marketing GmbH

Auflage: 5.000

Druck: Chmielorz GmbH, Wiesbaden

Stand: 10. Auflage, Dezember 2016