

Mobile Pflege

Informationen zur Pflegeversicherung



Paritätische Sozialdienste

Inhalt

Pflegebedürftigkeit	3
Pflege zu Hause	3
Antragstellung	4
Feststellung der Pflegebedürftigkeit	4
Die sechs Module in der Begutachtung	5
Die Leistungen der häuslichen Pflege	7
Pflege – „Geldleistung“, § 37 SGB XI	7
Pflege – „Sachleistung“, § 36 Absatz 3, SGB XI	8
Kombination von Geldleistung und Sachleistung: Pflege – „Kombinationsleistung“, §38 SGB XI	8
Verhinderungspflege, § 39 SGB XI	9
Kurzzeitpflege, § 42 SGB XI	10
Kombination von Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege in der Häuslichkeit, § 39 und § 42 SGB XI	11
Teilstationäre Pflege, § 41 SGB XI	12
Entlastungsangebote, § 45 SGB XI	12
Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen, § 40 SGB XI	13
Pflegekurse in der Gruppe, § 45 SGB XI	
Pfleges Schulungen in der Häuslichkeit, § 45 SGB XI	14
Verordnung Häusliche Krankenpflege/ Medizinische Behandlungspflege §37 Abs. 2 SGB V	15
Hilfe zur Pflege, SGB XII, § 61 bis § 66a - Wann übernimmt das Sozialamt die Pflegekosten -	16

Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit aufweisen und deshalb die Hilfe von Anderen brauchen. Sie können körperliche, kognitive oder psychische Belastungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen.

Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer – voraussichtlich für mindestens sechs Monate – bestehen.

Pflege zu Hause

Wer einen nahestehenden Menschen zu Hause pflegt, dem bietet die Pflegeversicherung verschiedene Hilfen und Leistungen an.

Hier erfahren Sie, welche finanzielle Unterstützung Sie in diesem Fall erhalten, welche Beratungsangebote Sie nutzen und wie Sie die Pflege eines Angehörigen mit Ihrem Beruf in Einklang bringen können.

Antragstellung

Um Leistungen der Pflegeversicherung zu erhalten, muss bei der Pflegekasse ein Antrag gestellt werden.

Der Antrag muss von dem Pflegebedürftigen gestellt und unterschrieben werden. Dies kann auch ein gesetzlicher Betreuer/Vertreter oder ein Bevollmächtigter übernehmen.

Es ist wichtig, dass der Antrag rechtzeitig gestellt wird, sobald Anspruchsvoraussetzungen vorliegen. Denn Leistungen werden grundsätzlich erst ab Antragstellung gezahlt!

Für die Zeit **vor** der Antragstellung erhält man keine Leistung – auch wenn die Voraussetzungen hier schon erfüllt waren.

Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Der Maßstab für die Pflegebedürftigkeit ist der Grad der Selbstständigkeit bei der Durchführung von Aktivitäten oder der Gestaltung von Lebensbereichen.

Ebenso maßgebend ist die Abhängigkeit von Hilfe durch andere – nicht nur bei der Grundpflege, sondern auch in wichtigen Bereichen der Lebensführung.

Bei der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) werden sechs Module erfasst. Dies stellt sicher, dass der Mensch als Ganzes betrachtet wird.

Die sechs Module in der Begutachtung

1. Mobilität (Beweglichkeit)

Wie selbständig kann die betroffene Person eine Haltung einnehmen, eine Haltung wechseln und/oder sich fortbewegen? Beurteilt werden Aspekte wie Körperkraft, Balance und Koordination der Bewegung.

2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Wie gut kann sich die betroffene Person im Alltag orientieren und beteiligen? Wie gut findet sie sich örtlich und zeitlich zurecht? Wie gut kann sie Entscheidungen treffen und steuern? Beurteilt werden kognitive (=geistige) Funktionen und Aktivitäten, nicht die motorische (=körperliche) Umsetzung.

3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

In welchem Maße kann die betroffene Person ihr Verhalten noch selbst steuern? Beurteilt werden Aspekte wie motorische und soziale Auffälligkeiten, verbale und physische Aggression, Ängste und Depressionen.

4. Selbstversorgung

Wie selbständig kann sich die betroffene Person im Alltag noch versorgen? Beurteilt werden Aspekte wie Körperpflege, Essen und Trinken und Toilettengänge.

5. Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

Wie aufwändig und belastend ist der Umgang mit Krankheit und Therapie? Beurteilt wird, wie oft ärztlich angeordnete Maßnahmen über längere Zeit nötig sind, wie zeitintensiv sie sind und ob die betroffene Person sie selbständig ausführen kann.

6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Wie selbständig kann die betroffene Person ihren Alltag gestalten und Kontakte pflegen? Beurteilt werden Aspekte wie Tagesablauf gestalten, sich beschäftigen, Aktivitäten planen und Kontakte pflegen.

Der MDK beurteilt, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welcher Grad der Pflegebedürftigkeit vorliegt. Hierzu besucht der MDK die betroffene Person in ihrer häuslichen Umgebung und erstellt ein Gutachten.

Die Pflegekasse entscheidet aufgrund des Gutachtens über die Anerkennung von Pflegebedürftigkeit und über die Gewährung von Leistungen aus der Pflegeversicherung.

Der Pflegebedürftige erhält von seiner Pflegekasse einen schriftlichen Bescheid über die Pflegeleistungen. Aus diesem Bescheid geht hervor, welche Pflegeleistungen und ab wann sie gewährt werden.

Wird der Antrag auf Pflegeleistungen abgelehnt oder ist der Pflegebedürftige mit dem Ergebnis der Einstufung nicht einverstanden, kann er innerhalb eines Monats Widerspruch bei der Pflegekasse einlegen.

Die Leistungen der häuslichen Pflege

Leistungen der häuslichen Pflege erhalten Pflegebedürftige, die **zu Hause gepflegt** werden. Sie können zwischen verschiedenen Leistungen wählen. Die Leistungen der Pflegeversicherung sind gestaffelt, sie hängen von dem festgestellten Pflegegrad ab.

Pflege – „Geldleistung“, § 37 SGB XI

Geldleistungen werden gezahlt, wenn die Pflege zu Hause ausschließlich von **Angehörigen, Verwandten oder Bekannten** durchgeführt wird. Der Pflegebedürftige kann der Pflegeperson somit eine materielle Anerkennung zukommen lassen.

Das Pflegegeld beträgt z.Zt. monatlich:

Pflegegrad 1	0 Euro
Pflegegrad 2	316 Euro
Pflegegrad 3	545 Euro
Pflegegrad 4	728 Euro
Pflegegrad 5	901 Euro

Die Qualität der häuslichen Pflege muss sicher sein und der Pflegebedürftige ausreichend versorgt. Deshalb muss jeder Pflegebedürftige, der ausschließlich Pflegegeld erhält, regelmäßig eine **Beratung** durchführen lassen (§ 37 Absatz 3. SGB XI) – in den Pflegegraden 2 und 3 halbjährlich und in den Pflegegraden 4 und 5 vierteljährlich.

Die Beratung erfolgt durch einen zugelassenen Pflegedienst. Sie ist für den Versicherten kostenfrei.

In der Beratung werden Pflegebedürftige und ihre Angehöri-

gen zur Pflege informiert. Gemeinsam wird besprochen, welche Hilfestellungen und Leistungen am besten zur häuslichen Pflege passen.

Nimmt der Pflegebedürftige diese Beratung nicht in Anspruch, muss die Pflegekasse Pflegegeld kürzen. Kommt dies wiederholt vor, wird die Zahlung sogar ganz eingestellt.

Pflege – „Sachleistung“, § 36 Absatz 3, SGB XI

Wird ein Pflegebedürftiger zu Hause ausschließlich von **Pflegekräften eines zugelassenen Pflegedienstes** gepflegt, übernimmt die Pflegekasse Kosten für die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung. Die Pflegeeinsätze werden direkt mit der Pflegekasse abgerechnet.

Je nach Pflegebedürftigkeit und Pflegegrad werden z.Zt. Pflegesachleistungen von monatlich bis zu

Pflegegrad 1	0 Euro	
Pflegegrad 2	689 Euro	
Pflegegrad 3	1.298 Euro	
Pflegegrad 4	1.612 Euro	
Pflegegrad 5	1.995 Euro	übernommen.

Kombination von Geldleistung und Sachleistung: Pflege – „Kombinationsleistung“, §38 SGB XI

Ergänzen sich Pflegedienst und häusliche Pflegeperson bei der Pflege, können Sachleistung und Geldleistung kombiniert werden. So kann die Pflege an die individuellen Bedürfnisse des Pflegebedürftigen optimal angepasst werden.

Beispiel:

Ein Pflegebedürftiger mit Pflegegrad 3 hat Anspruch auf die Sachleistung bis zu 1.298 Euro oder auf eine Geldleistung von 545 Euro monatlich. Er wählt die Kombinationsleistung:

- Der Pflegedienst erbringt Leistungen bis zum Gesamtwert von 649 Euro (= 50 % von höchstens 1.298 Euro).
- Es verbleiben für die Pflege durch Angehörige 272,50 Euro (= 50 % von 545 Euro).

Wichtig: Die Auszahlung des anteiligen Pflegegeldes erfolgt erst, wenn die Sachleistung des Pflegedienstes bezahlt ist.

Verhinderungspflege, § 39 SGB XI

Kann die private Pflegeperson aufgrund von Urlaub, Krankheit oder aus sonstigen Gründen nicht pflegen, übernimmt die Pflegekasse Kosten für die Verhinderungspflege – bis zu sechs Wochen pro Kalenderjahr.

Voraussetzung: Der Pflegebedürftige wurde zuvor mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt und hat mindestens Pflegegrad 2. Die Kosten müssen nachgewiesen werden.

Aufwendungen für die Verhinderungspflege werden bis zu 1.612 Euro erstattet.

Die Verhinderungspflege können Verwandte, Freunde, Nachbarn oder professionelle Pflegedienste erbringen.

Sind die Ersatzpflegenden mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grad verwandt/verschwägert oder leben sie mit ihm in häuslicher Gemeinschaft, dann dürfen die Zahlungen der Pflegekasse den 1,5-fachen Betrag des Pflegegeldes nicht überschreiten.

Bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind beispielsweise Kinder, Enkel, Eltern, Großeltern, Geschwister, Schwiegereltern, Stiefkinder oder Schwager/Schwägerin der Pflegebedürftigen.

Entstehen diesen Pflegepersonen Aufwendungen wie Fahrtkosten oder Verdienstausschlag, kann die Pflegekasse diese Kosten zusätzlich übernehmen.

Während der Zeit der Verhinderungspflege wird das Pflegegeld zur Hälfte weitergezahlt.

Kurzzeitpflege, § 42 SGB XI

Kurzzeitpflege kann beantragt werden, wenn die pflegebedürftige Person für eine begrenzte Zeit stationär in einer Pflegeeinrichtung betreut werden muss. Anspruch auf Kurzzeitpflege besteht für alle Pflegebedürftigen ab Pflegegrad 2. Sie muss im Voraus bei der Pflegekasse beantragt werden.

Die Kurzzeitpflege kann in Betracht kommen:

- direkt nach Krankenhausaufenthalt
- nach Unfall, aufgrund von erhöhtem Pflegebedarf
- wenn in der Wohnung des Pflegebedürftigen noch Umbaumaßnahmen erforderlich sind
- für die Zeiten der Krankheit, des Urlaubs oder einer sonstigen Verhinderung der Pflegeperson, die nicht mit Leistungen der Verhinderungspflege überbrückt werden können
- in Krisenzeiten, z.B. bei völligem Ausfall der bisherigen Pflegeperson
- bei kurzfristiger erheblicher Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit

- zur Überbrückung von Wartezeiten für einen Platz in einer Pflegeeinrichtung oder
- zum Testen von dauerhafter Pflege in einer Einrichtung (sogenanntes Probewohnen).

Kurzzeitpflege kann bis zu vier Wochen im Kalenderjahr beansprucht werden. Der Beitrag der Pflegekasse von 1.612 Euro ist für alle Pflegegrade gleich. Mehrkosten für Unterkunft und Verpflegung sowie die Investitionskosten müssen vom Pflegebedürftigen gezahlt werden.

Für die Zeit der Kurzzeitpflege wird das Pflegegeld zur Hälfte weitergezahlt.

Kombination von Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege in der Häuslichkeit, § 39 und § 42 SGB XI

Die Leistungen der Verhinderungspflege und der Kurzzeitpflege können unmittelbar nacheinander in Anspruch genommen werden, wenn die jeweiligen Voraussetzungen vorliegen.

Auch eine Kombination der beiden Leistungen ist möglich.

So kann die Hälfte des Betrags der Kurzzeitpflege für die Verhinderungspflege eingesetzt werden. Damit steht statt 1.612 Euro Verhinderungspflege ein Betrag von 2.418 Euro (+ 806 Euro aus der Kurzzeitpflege) für höchstens 42 Tage im Kalenderjahr zur Verfügung.

Teilstationäre Pflege, § 41 SGB XI

Teilstationäre Pflege umfasst Leistungen der Tages- und/oder Nachtpflege. Sie ist eine Ergänzung zur häuslichen Pflege und wird in dafür zugelassenen Einrichtungen erbracht.

Die Pflegekasse übernimmt z.Zt. Aufwendungen der teilstationären Pflege bis zu

Pflegegrad 1	0 Euro	
Pflegegrad 2	689 Euro	
Pflegegrad 3	1.298 Euro	
Pflegegrad 4	1.612 Euro	
Pflegegrad 5	1.995 Euro	im Monat.

Die Leistungen der Tages- bzw. Nachtpflege können neben den Pflegeleistungen zu Hause zusätzlich in Anspruch genommen werden. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie die Investitionskosten werden privat in Rechnung gestellt. Viele Einrichtungen bieten einen Hol- und Bringdienst an.

Entlastungsangebote, § 45 SGB XI

Pflegebedürftige aller Pflegegrade, die zu Hause gepflegt werden, haben Anspruch auf einen Entlastungsbetrag von bis zu 125 Euro im Monat.

Dabei handelt es sich um eine zweckgebundene Leistung. Sie kann beispielsweise für Nebenkosten der Tages-, Nacht- oder Kurzzeitpflege eingesetzt werden oder für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote und Betreuungsgruppen, wenn sie rechtlich anerkannt sind. Nicht verbrauchte Gelder eines Kalenderjahres können bis zum 30. Juni des Folgejahres genutzt werden.

Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen, § 40 SGB XI

Pflegebedürftige haben Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln. Diese ermöglichen eine selbständigere Lebensführung, erleichtern die Pflege oder lindern Beschwerden des Pflegebedürftigen. Voraussetzung ist, dass diese Hilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern übernommen werden müssen. Die Pflegekasse überprüft die Notwendigkeit der beantragten Pflegehilfsmittel.

Die Pflegekasse übernimmt bei zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel (z.B. Desinfektionsmittel und Einmalhandschuhe) monatlich höchstens 40 Euro.

Für Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes können Pflegekassen Zuschüsse bewilligen. Damit soll eine möglichst selbständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt, die häusliche Pflege ermöglicht oder erleichtert werden. Hierzu zählen zum Beispiel die Verbreiterung von Türen für Rollstuhlfahrende oder die Installation von Haltegriffen für eine sichere Benutzung von Bad und WC.

Die Höhe des Zuschusses richtet sich nach den Kosten der Umbaumaßnahme, beträgt aber höchstens 4000 Euro.

Leben mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung, beträgt der Zuschuss ebenfalls höchstens 4000 Euro je Pflegebedürftigem. Der Gesamtbetrag ist auf 16.000 Euro begrenzt. Er wird bei mehr als vier Anspruchsberechtigten anteilig auf die jeweiligen Versicherungsträger aufgeteilt.

Der Antrag inkl. Kostenvoranschlag muss **vor** der Umbaumaßnahme von der Pflegekasse genehmigt sein.

Pflegekurse in der Gruppe, § 45 SGB XI

Pfleges Schulungen in der Häuslichkeit, § 45 SGB XI

Eine private Pflegesituation kann jeden Menschen plötzlich und ohne Vorbereitung treffen. Die Pflege durch Angehörige zu Hause ist der Wunsch der meisten Pflegedürftigen. Für Angehörige führt dies oft zu einer hohen Belastung und zu einer Überforderung mit der Situation. Es entstehen Fragen wie

- Wie gehe ich mit bestimmten Krankheiten um?
- Wo erhalte ich Hilfe und Unterstützung?
- Welche Hilfsmittel gibt es für die Pflege zu Hause?

Pflegekassen bieten für Angehörige kostenlose Pflegekurse und Pflegeschulungen an, wenn ein Pflegegrad vorliegt.

Bei Pflegeschulungen in der Häuslichkeit besucht eine Pflegefachkraft die pflegenden Angehörigen zu Hause und unterstützt individuell. Die Pflegepersonen erhalten Sicherheit im Umgang mit der alltäglichen Pflege für den Angehörigen.

Die Schulungen können mehrmals jährlich durchgeführt werden. Es ist ein Antrag bei der Pflegekasse erforderlich.

Inhalte können sein:

- Praktische Tipps und Übungen
- Handgriffe beim An- und Auskleiden
- Pflegetechniken beim bettlägerigen Menschen
- Handgriffe bei der Mobilisierung und Lagerung
- Hebetechniken und Prophylaxen
- Handgriffe beim Anreichen von Essen und Trinken
- Verhaltensstrategien für den Umgang mit psychischen Belastungen

- richtiger Umgang mit Hilfsmitteln
- Hygienemaßnahmen in der häuslichen Pflege
- Selbstpflege des Pflegenden

Verordnung Häusliche Krankenpflege/ Medizinische Behandlungspflege §37 Abs. 2 SGB V

Die Behandlungspflege umfasst ausschließlich medizinische Leistungen, die von Pflegefachkräften beim pflegebedürftigen Menschen zu Hause durchgeführt werden. Darunter fallen Tätigkeiten wie Wundversorgung, Verbandwechsel, Dekubitusbehandlung, Medikamentengabe, Kompressionsstrümpfe an- und ausziehen, Blutdruck- und Blutzuckermessung oder Injektionen verabreichen.

Wann ist eine Behandlungspflege notwendig?

Im Krankenhaus wird jeder Patient rund um die Uhr medizinisch überwacht und versorgt. Aber auch zu Hause brauchen Pflegebedürftige oft eine medizinische Versorgung. So wie ein Arzt Medikamente verschreiben kann, kann er auch eine medizinische Behandlungspflege verordnen.

Hilfe zur Pflege, SGB XII, § 61 bis § 66a - Wann übernimmt das Sozialamt die Pflegekosten -

Was passiert, wenn die Kosten für die häusliche Pflege nicht selbst bezahlt werden können? Was passiert, wenn die Pflegekosten höher sind als die Leistungen der Pflegekasse?

Die „Hilfe zur Pflege“ ist sozialrechtlich geregelt. Der Sozialhilfeträger (Sozialamt) übernimmt unter bestimmten Voraussetzungen Kosten für die Pflege, wenn nicht genügend eigene finanzielle Mittel vorhanden sind und die Angehörigen nicht zur Zahlung der Pflegekosten herangezogen werden können.

Dies können Kosten sein für:

- die häusliche Pflege in Form von Pflegegeld für pflegende Angehörige
- die ambulante Pflege über Pflegedienste / Häusliche Pflege
- die teilstationäre Tages- / Nachtpflege
- die Kurzzeitbetreuung / Kurzzeitpflege
- die Verhinderungspflege / Ersatzpflege
- die vollstationäre Unterbringung in einem Pflegeheim
- die Pflegehilfsmittel (z.B. Hausnotruf)
- Privatkosten für Unterkunft und Verpflegung in einer stationären Einrichtung
- ein Taschengeld

Wo wird ein Antrag auf „Hilfe zur Pflege“ gestellt?

Der Antrag auf „Hilfe zur Pflege“ wird beim zuständigen Sozialhilfeträger (Sozialamt) gestellt. Dieser Schritt sollte nicht zu weit hinausgezögert werden: Die Sozialämter bezahlen erst ab Antragstellung, nicht rückwirkend!

Die „Hilfe zur Pflege“ ist nicht bundeseinheitlich geregelt. Über Art und Umfang der Leistungen gibt das zuständige Sozialamt Auskunft.

Müssen die Kinder die Kosten für die Pflege ihrer Eltern übernehmen?

Das kann nicht generell gesagt werden. Kinder müssen nicht zwingend für die Pflegeheimkosten der Eltern aufkommen.

Was Sie wissen sollten: Wenn Kinder ihre Eltern pflegen, kann von ihnen nicht erwartet werden, dass sie auch für den Elternunterhalt aufkommen. Siehe:

www.pflege-durch-angehoerige.de/elternunterhalt-naturalunterhalt.

Sollten Sie unterhaltspflichtig für einen Angehörigen sein, können Sie diese Kosten als außergewöhnliche Belastungen bei der Steuer ansetzen.

Paritätische Sozialdienste gGmbH Karlsruhe

Mobile Pflege

Telefon: 0721 91230-60

Fax: 0721 91230-52

E-Mail: pflege@paritaet-ka.de

Web: www.paritaet-ka.de

Stand: Januar 2021



Paritätische Sozialdienste