



Schulung und Beratung im
Gesundheitswesen

www.semita-gesundheitswesen.de

Mobil 0151-62521022

Büro 0591-80091911

Fax 0591-80091912

info@semita-gesundheitswesen.de

Heuberge 15

49808 Lingen

Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

SEMITA

Schulung und Beratung im Gesundheitswesen

Gerrit Gödiker

Pflegemanagement

Case Management nach § 7a SGB XI

Pflegeberater nach § 45 SGB XI

staatl. exam. Krankenpfleger

Die wichtigsten Leistungen

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.
- d) Zu a): Personen, die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung beziehen, haben einen Anspruch auf eine intensive Pflegeberatung durch einen Pflegeberater der Pflegekasse.
- e) 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 Sozialgesetzbuches, Elftes Buch (SGB XI)

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 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.

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

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).

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.

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 ausbezahlt (§ 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.

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 auszuzahlen 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 %			

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.

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.

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 gezählt.

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.

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)

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

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.

Unterstützende Hilfen für pflegende Angehörige

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 Verdienstaufschlag 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 weitergezahlt.

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. 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.

4. Pflegezeitgesetz und Familienpflegezeitgesetz

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 vor auszuplanen.
- 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 € 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.

5 Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

Die Pflegekassen sind verpflichtet, für Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflgetätigkeit 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 Pflgetätigkeit 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 examinieren 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.

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 10 00 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 Pfl egetätigkeit zusammenhängen (beispielsweise: Pflegeperson rutscht bei der Tätigkeit „Baden“ aus und verletzt sich).
- Wegeunfälle: Unfälle auf dem Weg zur Pfl egetätigkeit oder zu-

rück (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.

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.

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.

Weiterführende Informationen:

Bundesministerium für Gesundheit

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege.html>

<http://www.pflegestaerkungsgesetz.de>

Bundesministerium für Familie, Jugend, Frauen und Senioren

<https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/aeltere-menschen/vereinbarkeit-von-pflege-und-beruf>

© Alle Rechte vorbehalten – Semita / Gerrit Gödiker 2018