

Informationssammlung

rund um die Ansprüche und Leistungen

für pflegende Angehörige

Herausgeber: Pflegestützpunkt im Kreis Stormarn,

Mommsenstraße 13, 23843 Bad Oldesloe

Homepage: <http://www.kreis-stormarn.de/go/pflegestuetspunkt>

Stand: Januar 2018

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	S.3
Geldleistung aus der Pflegeversicherung.....	S.4
Absicherung in den Sozialversicherungen.....	S.6
Verhinderungspflege.....	S.10
Auszeit von der Arbeit für die Pflege.....	S.14
Pflegekurse.....	S.17
Gesprächsgruppen mit anderen Angehörigen.....	S.18
Pflegeberatung.....	S.19
Kur für pflegende Angehörige.....	S.20
Hilfsmittel als Entlastung.....	S.21
Wohnraumanpassung als Entlastung.....	S.25
Entlastung durch professionelle Dienste.....	S.32
➤ Pflegedienst.....	S.32
➤ Tagespflege.....	S.34
➤ Aufenthalt in der Kurzzeitpflege.....	S.36
➤ Weitere Hilfen.....	S.38

Einleitung

Wer sich für die Pflege oder Unterstützung eines nahe stehenden Menschen entschieden hat, ist manchmal einer körperlichen und emotionalen Belastung ausgesetzt und steht daneben noch einer erheblichen organisatorischen Verantwortung gegenüber. Diese Informationssammlung soll eine Orientierung bieten inmitten der Vielfalt an Hilfemöglichkeiten und finanziellen Erleichterungen.

Gleichzeitig soll es Menschen, die sich nicht sicher sind, ob sie diese Aufgabe übernehmen wollen, ein Wissensfundament bieten und vermitteln, wie weitgreifend die Arten der Hilfe inzwischen sind.

Die Informationen in diesem Nachschlagewerk werden sich im Laufe der Zeit entsprechend der Änderungen in den Gesetzen und auf dem Markt ändern.

Dafür und auch für eine wegweisende, neutrale und kostenfreie Beratung steht der Pflegestützpunkt Ratsuchenden stets für Fragen zur Verfügung.

Geldleistung aus der Pflegeversicherung

Definition Pflegegeld: = Entlohnung für privat organisierte Pflege und Unterstützung, welche im Vergleich zu examinierter Pflege laienhaft ist.

Das Pflegegeld kann ab Pflegegrad 2 gewählt werden.

- Erbringung der Pflege durch zum Beispiel: Angehörige, Freunde, Nachbarn, Putzhilfe, 24h-Betreuungskraft aus Osteuropa
- Direktüberweisung wahlweise an Pflegebedürftigen (auch wenn jemand z.B. keinen hat, der einen hilft) oder verantwortliche Pflegeperson.
- Geld kann zur freien Verfügung ausgegeben werden.
- kein Nachweis über die Ausgabe erforderlich. Voraussetzung ist, dass das Geld nicht missbräuchlich eingesetzt wird und die Grundpflegerische Versorgung sicher gestellt ist.
- Verantwortliche Pflegeperson muss entsprechend mit Name, Adresse usw. registriert sein. Es können auch mehrere sein, die sich die Aufgabe regelmäßig teilen.
- Pflegegeld und Registrierung ist auch im Rahmen einer **Kombinationsleistung** möglich. Das heißt, man kombiniert den Leistungsanspruch zwischen privater Pflege und Pflegedienst. Man kann jedoch nicht beide Töpfe zu je 100% ausschöpfen, sondern es darf in der Kombination nicht mehr wie 100% zusammen ergeben. *Beispiel:* Man wählt Pflegedienst 1 x die Woche zum Duschen (ca. 96€ im Monat) bei Pflegegrad 2, das macht von den Kosten 13% des Pflegedienst-Budgets (689€) aus. Es bleiben 87% über, die man dann von dem Pflegegeldbudget (316€) ausrechnet. Das wären 275€, die als Pflegegeld ausbezahlt werden. Die Prozentanteile können jederzeit verändert werden.

--> Vorteile der Registrierung (nur in den Pflegegraden 2-5):

- Eigenes Geld für Verhinderungspflege (Ersatz) bei Abwesenheit der Pflegeperson (Ausnahme, nicht für erwerbsmäßige Putzhilfe oder 24h-Kraft)
- Schutz & Absicherung in der Unfallversicherung, siehe S. 9
- Absicherung in der Rentenversicherung, siehe S. 6ff
- Kranken- und Pflegeversicherung, siehe S. 9

Kontroll- und Beratungsbesuche bei häuslicher Pflege (§37 SGB XI): Um sicher zu stellen, dass das Pflegegeld sinnvoll genutzt wird und der Pflegebedürftige angemessen gepflegt wird, wird jeder Leistungsberechtigte regelmäßig von einer zugelassenen Pflegefachkraft aufgesucht (anerkannte Pflegedienste). Ausnahme: Diejenigen, die Kombinationsleistung nutzen, brauchen diese Beratung nicht durchführen lassen.

-->Vorteil des Besuchs: Expertenblick auf den Patienten, Expertentipps zur Erleichterung der Pflege.

Es wird ein Besuchsbericht geschrieben und an die Pflegekasse geschickt.

Eine Verweigerung eines solchen Besuchs hätte finanzielle Sanktionen zur Folge. So gesehen ist der Beratungsbesuch eine Bedingung für den Bezug von Pflegegeld.

Besuchsintervalle:

- bei Pflegegrad 1, 2 und 3 → zweimal im Jahr,
- bei Pflegestufe 4 und 5 → viermal im Jahr.

Die Beratungsbesuche sind für die Pflegebedürftigen immer kostenfrei, der Pflegedienst rechnet die Kosten dafür mit der Pflegekasse ab. Welcher Pflegedienst dies durchführt, liegt in alleiniger Entscheidung des Pflegebedürftigen.

- Pflegegeld wird am ersten und letzten Tag der **Kurzzeitpflege** voll bezahlt, während der laufenden Kurzzeitpflege zur Hälfte je Tag für maximal 56 Tage. Bei der **Verhinderungspflege** gilt dasselbe Prinzip, die Hälfte des Pflegegeldes parallel für 42 Tage (für 56 wenn man die Kurzzeitpflege nicht genutzt hat). Plus: Bei einer Verhinderung der Pflegeperson von unter 8 Stunden am Tag, gibt es ebenfalls das volle Pflegegeld (wegen Übergabe).
- Das Pflegegeld wird auch in den ersten vier Wochen eines **Krankenhausaufenthaltes** oder einer stationären Rehabilitationsmaßnahme weiter gezahlt.
- Pflegegeld (aber nicht Sachleistung) kann auch **dauerhaft im Ausland** bezogen werden, soweit es sich um Mitgliedsländer des Europäischen Wirtschaftsraums (alle europäischen Staaten, nicht Staaten des ehemaligen Jugoslawien) sowie die Schweiz handelt.
- **Pflegegeld ist steuerfrei.** Für den Pflegebedürftigen selber ist das Geld immer steuerfrei, denn es handelt sich um eine Sozialleistung.

Wenn es an pflegende Angehörige weitergeleitet wird, gilt Folgendes: Nach § 3 Nr. 36 EStG sind Einnahmen für Leistungen zu körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen oder Hilfen bei der Haushaltsführung bis zur Höhe des gesetzlichen Pflegegeldes nach §37 SGB XI steuerfrei, wenn diese Hilfe von Angehörigen des Pflegebedürftigen oder von anderen Personen, die damit eine sittliche Pflicht im Sinne des § 33 Abs. 2 EStG gegenüber dem Pflegebedürftigen erfüllen, erbracht werden. Menschen die sich sittlich/moralisch verpflichtet fühlen die Pflege zu übernehmen, jedoch nicht mit dem Pflegebedürftigen verwandt sind, können das Pflegegeld ebenfalls als steuerfreies Einkommen erhalten. Eine sittliche/moralische Verpflichtung liegt vor, wenn es sich um eine sehr enge Beziehung zwischen dem Pflegebedürftigen und der Pflegeperson handelt. Der Bezug von Pflegegeld für die Personengruppe der Angehörigen/sittlich Verpflichteten muss auch nicht bei der Minijobzentrale gemeldet werden. Pflegegeld wird auch nicht auf das Arbeitslosengeld 2 oder die Grundsicherung angerechnet. Es kann parallel anrechnungsfrei bezogen werden. Es bleibt auch bei der Ermittlung von Unterhaltsansprüchen und Unterhaltsverpflichtungen der Pflegeperson unberücksichtigt.

- Ein rein erwerbsmäßiger Bezug von Pflegegeld aufgrund einer Geschäftsbeziehung wäre demgegenüber steuerpflichtig.
 - Nicht erfasst von der Steuerbefreiung sind vom Pflegebedürftigen selbst zusätzlich gewährte Vergütungen.
-

→Das heißt, in solchen Fällen müsste die Einnahme versteuert werden als selbstständige Tätigkeit oder alternativ eine Anmeldung bei der Minijob-Zentrale geschehen. Dort ist auch ein Unfallversicherungsschutz gegeben.

Absicherung in den Sozialversicherungen

1. Übersicht

Wer einen pflegebedürftigen Angehörigen pflegt, wird bei bestimmten Voraussetzungen über die Pflegeversicherung des Pflegebedürftigen in den Sozialversicherungen abgesichert. Das heißt, Beitragszahlungen erfolgen von dort. Der Beginn des Anspruchs hängt aber vom Zeitpunkt der Antragstellung auf Pflege ab. Der Antrag auf Pflege wird von der pflegebedürftigen Person oder deren gesetzlichen Vertreter gestellt. Dort sollten unbedingt Angaben zur Pflegeperson gemacht werden.

Bei Freistellung von der Arbeit für die Pflege: Auch während einer Pflegezeit oder Familienpflegezeit kann die Pflegekasse des Pflegebedürftigen diese Beiträge in die Sozialversicherungen einzahlen. Wer Pflegeunterstützungsgeld erhält, bekommt von dieser Lohnersatzleistung ebenfalls Beiträge abgeführt.

2. Rentenversicherung

Die Pflegeversicherung des Pflegebedürftigen zahlt für die Pflegeperson Beiträge in die eigene gesetzliche Rentenversicherung ein. Der Pflegeperson oder dem Pflegebedürftigen entstehen keine zusätzlichen Kosten! Es muss nur ein Fragebogen ausgefüllt werden. Erst nach Eingang des Fragebogens kann der Rentenanspruch geltend gemacht werden! Dann meldet die Pflegekasse die rentenversicherungspflichtige Pflegeperson beim zuständigen Rentenversicherungsträger und führt die Beiträge ab. Auch Pflegepersonen, die Arbeitslosengeld I oder II, Elterngeld, eine Erwerbsminderungsrente, eine Altersrente für Schwerbehinderte, eine Altersrente für langjährig Versicherte oder eine Teilrente nach dem Flexirentengesetz beziehen, können sich Beiträge zur Aufbesserung der Altersrente einzahlen lassen. Bezieher einer Vollrente (100%) wegen Alters dagegen nicht. Diese könnten aber beispielsweise auf eine 99%-Teilrente reduzieren und erhielten dann die Möglichkeit, weitere Rentenbeiträge einzahlen zu lassen.

Es müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

Die Pflegeperson pflegt nicht erwerbsmäßig eine oder mehrere Pflegebedürftige mindestens **10 Stunden/600 Minuten** wöchentlich in deren häuslicher Umgebung.

- →Achtung, zum Erfassen des Pflegeaufwands in Stunden sollte man sich das Gutachten von der Pflegekasse geben lassen, um nachzuvollziehen, ob man die 10-Stunden-Schwelle erreicht.
 - →2. Tipp: Zur Ermittlung des Pflegeaufwandes dürfen ausdrücklich auch Zeiten mit einbezogen werden, in denen man die Haushaltsführung oder bürokratische Angelegenheiten übernimmt.
 - Ab Pflegegrad 2 werden Beiträge in die RV entrichtet.
 - Diese Pflege ist auf mindestens 2 Tage in der Woche verteilt und wird für mindestens 60 Tage im Jahr geleistet (auch voraussichtlich). **Gilt also nicht für eingesprungene Ersatzpfleger in der Verhinderungspflege!**
 - Die Pflegeperson ist nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig. Wer nebenbei mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig ist, kann nicht zusätzlich durch die Pflegetätigkeit rentenversichert werden.
 - Es ist auch möglich, die vorausgesetzte Pflegezeit zu erreichen, indem man die Aufwände zusammen addiert, wenn man mehrere Personen pflegt.
-

- Es ist auch möglich, sich die Pflege einer Person mit mehreren Pflegenden aufzuteilen und für mehrere Beteiligte RV-Beiträge zu erhalten (für alle, die über 10 Stunden kommen). Die Aufteilung geschieht anhand des prozentualen Stundenanteils an der Gesamtpflege je Woche (ebenfalls in Gesamtstunden angegeben). Dieser Prozent-Anteil wird dann in der Tabelle auf Seite 2 zugrunde gelegt, wenn die Beitragsbemessungsgrundlage aufgeteilt wird – Z.B. im PG 3 übernimmt einer 55% und einer 45% der Pflege, dann gibt es einmal 0,2365 und einmal 0,1935 an Beiträgen.
- Es ist auch möglich, bei der Kombinationsleistung anteilig Beiträge eingezahlt zu bekommen.
- Es ist sogar auch möglich, bei der vollen Nutzung von Pflegesachleistung und trotzdem eigener unentgeltlicher Unterstützungsleistung (nachgewiesen durch MDK-Gutachten) einen kleinen Rentenbeitrag zu erhalten.
- Wer eine kurzzeitige Arbeitsverhinderung unter Bezug von Pflegeunterstützungsgeld nutzt, wird einer Sonderregelung unterzogen: Dort richtet sich die Beitragshöhe nach 80% des vorherigen Bruttolohns und wird zur Hälfte von der Pflegekasse des Pflegebedürftigen und zur anderen Hälfte vom Pflegebedürftigen getragen.

Der monatliche Beitragssatz ist, wie bei jedem sozialversicherungspflichtigen Arbeitnehmer auch, 18,6%. Dieser Satz wird in Verbindung gebracht mit einem „fiktiven Pflegegehalt“ (=Beitragsbemessungsgrundlage), dies fällt je nach Pflegegrad und Pflegeumfang unterschiedlich hoch aus. Abgeleitet wird dieses „Gehalt“ prozentual aus dem Durchschnittswert (=Bezugsgröße) aller deutschen Arbeitnehmer aus dem jeweils vorletzten Jahre. Hier wird nach Gebiet Ost und West unterschieden. Hier kommt es darauf an, wo der Pflegebedürftige wohnt. Im Tarifgebiet West gilt für 2018 der monatliche Wert: 3045€

Die Werte sind für 3 verschiedene Leistungsarten angegeben, wo private Pflege geleistet wird. Rechenweg→

Zugeordneter Dezimal-Prozent je PG und Leistungsart x Bezugsgröße x 0,187 = Rentenbeitrag, der monatlich eingezahlt wird:

<u>Monatliche Beitragsbemessungsgrundlage in Dezimal-Prozent der Bezugsgröße</u>			
	<u>Pflegegeld</u>	<u>Kombinationsleistung bei nachgewiesenen 10 oder mehr Pflegestunden die Woche</u>	<u>Pflegesachleistung und trotzdem nachgewiesenen 10 oder mehr Pflegestunden die Woche</u>
<u>Pflegegrad 2</u>	0,27	0,2295	0,189
<u>Pflegegrad 3</u>	0,43	0,3655	0,301
<u>Pflegegrad 4</u>	0,7	0,595	0,49
<u>Pflegegrad 5</u>	1	0,85	0,7

Konsequenz: Wichtig ist am Ende bei der Zusammensetzung der eigenen Rente nicht nur der entrichtete monatliche Beitrag, sondern auch die zugrunde liegende

Beitragsbemessungsgrundlage, hier fiktives Pflegegehalt. Außerdem die Beitragszeiten: Um im Alter eine gesetzliche Rente zu bekommen, müssen auf dem Rentenkonto jedes Versicherten mindestens 60 Pflichtbeiträge eingezahlt sein (= 5 Beitragsjahre). Wer eine Jahr lang ohne jede Unterbrechung 12 Monate gepflegt hat, erwirbt für diesen Zeitraum als Rentenanwartschaft pro Monat einen gewissen Rentenzahlbetrag dazu. Man erhöht sich also durch ununterbrochene Pflege die eigene Rente. Dieser Betrag ist wieder gestaffelt nach Pflegegraden und Umfang der Pflegetätigkeit (Stand Juli 2017)→

Pflegetätigkeit für ein Jahr und Bezug von ...	Rentenplus / Monat (West in Euro)
Pflegegrad 5	
Pflegegeld	29,86
Kombinationsleistungen	25,38
Pflegesachleistungen + Hilfe oben drauf	20,90
Pflegegrad 4	
Pflegegeld	20,90
Kombinationsleistungen	17,76
Pflegesachleistungen + Hilfe oben drauf	14,63
Pflegegrad 3	
Pflegegeld	12,84
Kombinationsleistungen	10,91
Pflegesachleistungen + Hilfe oben drauf	8,99
Pflegegrad 2	
Pflegegeld	8,06
Kombinationsleistungen	6,85
Pflegesachleistungen	5,64

Weitere Besonderheiten für die Absicherung:

Die Leistungen zur sozialen Sicherung werden auch weiterbezahlt für die Dauer einer häuslichen Krankenpflege (SGB V) sowie in den ersten 4 Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung des Pflegebedürftigen oder einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation des Pflegebedürftigen.

Eine Unterbrechung der Pflege für einen Urlaub (max. 42 Tage im Jahr steht der Weiterzahlung nicht im Wege. Unter Erholungsurlaub ist ein Aussetzen der Pflegetätigkeit zu verstehen, welches von der Pflegeperson begründet wird und während der diese die Pflegetätigkeit zum Zwecke der Erholung vorübergehend nicht ausübt ("Urlaub/Befreiung von der Pflege"). Diese Feststellung kann letztlich nur von der Pflegeperson getroffen werden. Es ist auch möglich, während des Urlaubs von der Pflege die übliche sonstige Erwerbstätigkeit bis zu 30h in der Woche weiter auszuüben – dem steht eine Zahlung der RV-Beiträge durch die Pflegekasse nicht entgegen.

Eine Krankheit der Pflegeperson wäre nicht als Urlaub anzusehen. Wenn die Pflegetätigkeit z.B. wegen einer eigenen Erkrankung der Pflegeperson unterbrochen wird, endet die Versicherungspflicht für die Pflegeperson. Man kann aber in der Zeit Verhinderungspflege, finanziert durch die Pflegekasse organisieren und weiter anteilig Pflegegeld bekommen. Außer am ersten und letzten Tag einer Kurzzeit- oder Verhinderungspflege besteht eine Versicherungspflicht in der RV.

3. Kranken- und Pflegeversicherung (bei Pflegezeit und bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung/Pflegeunterstützungsgeld)

Ihre eigene Krankenversicherung muss eine Pflegeperson selbst regeln. Eine automatische Absicherung wie bei Unfall- und Rentenversicherung gibt es hier in der Regel nicht. Es gibt aber in bestimmten Fällen die Möglichkeit der Bezuschussung der Versicherungsbeiträge. Dies ist nur möglich bei einer Inanspruchnahme der Pflegezeit und beim Pflegeunterstützungsgeld (§44a SGB XI) und zwar entweder bei vollständiger Freistellung oder bei Freistellung bis auf eine geringfügige Beschäftigung (Minijob). Wer weiterhin in Teilzeit sozialversicherungspflichtig beschäftigt ist, bekommt keine Zuschüsse, da der KV-Beitrag ja schon über den Arbeitgeber fließt (das ist auch bei der Familienpflegezeit der Fall, bei der mind. 15 Stunden die Woche gearbeitet werden müssen). Es gibt ein weiteres Ausschlusskriterium, welches vorher abgeprüft werden muss: Die Möglichkeit, beitragsfrei in der Familienversicherung mitversichert zu sein oder mitversichert werden zu können.

In den übrigen Fällen wird der Status der freiwilligen Krankenversicherung gewählt. Nur wenn ausschließlich eine freiwillige Krankenversicherung möglich ist, bezuschusst die Pflegekasse des Pflegebedürftigen auf Antrag die Mindestbeiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung (§ 44a SGB XI). Die Höhe des Zuschusses richtet sich nach dem 14,6 prozentigem Mindestsatz + durchschnittlicher Zusatzbetrag in Abhängigkeit von der jährlich neu festgesetzten Bezugsgröße.

Rechenweg: Bezugsgröße : 90 x 30 x 0,157 = Monatlicher Beitrag. Wäre in 2018 maximal 159€. Für die Pflegeversicherung würde ein Beitragszuschuss in Höhe von maximal 25€ gezahlt werden bei Menschen, die Kinder haben. Bei Kinderlosen wird 27€ gezahlt (2017)

4. Arbeitslosen(weiter)versicherung

Pflegende, die neben ihrer Pflgetätigkeit keinen Versicherungsschutz in der Arbeitslosenversicherung haben (z.B. durch Arbeit), müssen sich unter Umständen in der Arbeitslosenversicherung pflichtversichern (§26 (2b) SGB III): Nämlich wenn sie vor Aufnahme der Pflgetätigkeit pflichtversichert (z.B. durch Arbeit) waren oder wo direkt vor der Pflege ein Bezug von Arbeitslosengeld 1 geendet hat). Direkt heißt dabei entweder unmittelbar oder maximal 1 Monat Unterbrechung. Voraussetzung ist, dass der Pflegebedürftigen mindestens Pflegegrad 2 hat und die Pflege mindestens 10 Stunden wöchentlich stattfindet. Der monatliche Beitrag liegt bei 8,75 Euro im Westen (Stand: 2017) und wird von der Pflegekasse des Pflegebedürftigen gezahlt.

5. Unfallversicherung

Die Pflegeperson steht unter dem Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung. Beiträge werden nicht erhoben. Die Pflegekasse muss die Pflegeperson beim kommunalen Unfallversicherungsträger melden. Dies gilt auch, wenn die Pflegepersonen weniger als 10 Stunden in der Woche pflegen. Die versicherte Tätigkeit umfasst Pflgetätigkeiten im Bereich der Körperpflege und – soweit diese Tätigkeiten überwiegend Pflegebedürftigen zugutekommen – Pflgetätigkeiten in den Bereichen der Ernährung, der Mobilität sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung (§2 Abs. 1 Nr. 17 SGB VII). Dies gilt auch in der Verhinderungspflege. Zuständig ist in Schleswig-Holstein die:

Unfallkasse Nord

Seekoppelweg 5 a, 24113 Kiel

Tel.: 0431 6407-0

Fax: 0431 6407-250

E-Mail: ukn@uk-nord.de

Verhinderungspflege (VHP)

Anspruch:

- Der Anspruch auf Verhinderungspflege besteht, wenn die Pflegeperson, die pflegt, wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus einem anderen Grund an der Pflege gehindert ist. Das zustehende Budget ist dafür da, Ersatzpflege zu finanzieren.
- Es muss vorher eine Pflegezeit von 6 Monaten zuhause stattgefunden haben
- Es ist erlaubt, dass in dieser Vorpflegezeit auch nur Pflegegrad 1 besteht und die Vorpflege anderweitig nachgewiesen wird (MDK Gutachten). Es ist aber unbedingt erforderlich, dass im Moment der VHP-Nutzung mindestens Pflegegrad 2 vorliegt.
- Eine Unterbrechung von bis zu 4 Wochen in der Vorpflegezeit ist erlaubt
- Diese Leistung steht jedes Jahr neu zu
- Anspruchsvoraussetzung ist nicht, dass die Leistung im Vorwege beantragt wird! (Siehe GKV-Rundschreiben, Punkt 2.(2) auf Seite 181 zu §39 SGB XI).

Definition Pflegeperson

- Als Pflegeperson gilt, wer als hauptverantwortliche Pflegeperson bei der Pflegekasse registriert ist. Man gilt aber nur dann als Pflegeperson, wenn man es nicht erwerbstätig tut. Also für die fest eingestellte Haushaltshilfe oder die feste 24h-Kraft könnte es keinen Anspruch geben. Wer aber als Familienangehöriger oder sonstige in persönlicher Verbindung (nach sittlicher Verpflichtung) mit dem Pflegebedürftigen stehende Person das Pflegegeld erhält, begründet einen Anspruch.
- Wer neben einem Pflegedienst, also als Kombinationsleistung, pflegt und entsprechend registriert ist, hat auch einen Anspruch auf Verhinderungspflege. Dabei ist es egal, welche Art von Pflege oder Betreuung beim Angehörigen verbleibt.
- Für den Anspruch ist es nicht erforderlich, dass die Pflegeperson vorher mindestens 10 Stunden wöchentlich (=Grenze für die Rentenversicherung) gepflegt hat.

Einlösbarkeit: Bis zu 6 Wochen (42 Tage) im Jahr und bis zu 1612€.

- Sind Leistungen der Kurzzeitpflege noch nicht ausgeschöpft, gibt es in der Regel die Möglichkeit, diese zu 50% auch zusätzlich noch für die Verhinderungspflege einzusetzen. Das ergibt dann zusammen 2418€, aber trotzdem insgesamt 6 Wochen.
- Grundsätzlich kann die Verhinderungspflege entweder ganze Tage genommen werden oder aber stundenweise. Von einem ganzen Tag spricht man, wenn die Pflegeperson mindestens 8 Stunden abwesend war. In diesem Fall würde auch ein ganzer Tag von der Tagesmenge 42 Tage abgezogen werden. Sind es weniger wie 8 Stunden, so wird nur von der Geldmenge abgezogen, aber nicht von der Tagesmenge her. Entscheidend für diese ist der tatsächliche Verhinderungszeitraum der Pflegeperson und nicht die Dauer der Inanspruchnahme der Ersatzpflege.
- Wenn die Ersatzpflege durch einen gewerblichen Pflegedienst wahrgenommen wird, kann der volle Betrag genommen werden.
- Wenn die Ersatzpflege durch eine Pflegeeinrichtung wie eine Kurzzeitpflege wahrgenommen wird, kann der volle Betrag genommen werden. Es können aber dort nur die reinen Pflegekosten übernommen werden, nicht Unterkunftskosten usw. *Tipp:* Zur Finanzierung der evtl. hierbei entstehenden Eigenanteile können Betreuungsbeträge nach §45b (125€ pro Monat für jeden Pflegebedürftigen) eingesetzt werden.
- Auch andere Organisationen oder Institutionen (z.B. Lebenshilfe oder Rehaklinik als Nicht-Bewohner bzw Nicht-Patient) können Verhinderungspflege erbringen → im

Gegensatz zur Kurzzeitpflege können für die Verhinderungspflege auch Einrichtungen genutzt werden, die nicht als offizieller Pflegeanbieter behandelt werden. Es kann in diesen Fällen ebenfalls nur den Anteil an Pflegekosten übernommen werden. Lässt dieser sich nicht heraus rechnen, darf die Pflegekasse den Gesamtkostensatz als Grundlage nehmen und hiervon mindestens 20 % für Unterkunft/Verpflegung abziehen. Der Rest würde dann von dem VHP-Budget übernommen werden.

-Neben erwerbsmäßig tätigen Einzelpersonen können auch Betreuungskräfte aus dem osteuropäischen Umland die Verhinderungspflege erbringen. Rechnungen des osteuropäischen Dienstleisters/Agentur können bei der Krankenkasse zur Beantragung der Verhinderungspflege eingereicht werden, sofern die pflegende Person legal beschäftigt, d.h. keine Schwarzarbeit gegeben ist.

-Man kann auch eine selbstständig tätige Seniorenassistentin/-Betreuungsperson engagieren und die Rechnung derer bei der Kasse einreichen. Welche Preise da gelten, dafür gibt es keine Vorgaben. Der Pflegebedürftige muss selber über sein Budget haushalten und es sich entsprechend sinnvoll einteilen. Es kann allerdings sein, dass eine einzelne Kasse einen Stundenlohn für unangemessen hoch ansieht und dann nicht bereit ist, eine Rechnung zu erstatten.

-Man kann auch eine Person seines Vertrauens (Laie) mit der Aufgabe der Pflege betrauen.

Umfang beim Laien, mögliche Konstellationen:

1.) Entfernt verwandte Personen (außerhalb des 2. Grades) oder Hilfe von Nachbarn und Freunden: Es ist ein Höchstbetrag von bis zu 1612€ (oder 2418€ wenn keine KZP in Anspruch genommen wurde) möglich. Es kann ein Lohn vereinbart werden, der auch über der Höhe des Pflegegeldes liegt. Achtung, bei mehr wie der Höhe des Pflegegeldes muss der Lohn von der Person möglicherweise versteuert werden!

2.) Person, die bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert ist (zum Beispiel: Ehegatten, Elternteil, Geschwister, Schwager, Schwiegertochter, Stieftochter, Großeltern, Kinder, Enkelkinder) oder wenn die Ersatzkraft mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft lebt: Dann beschränken sich die Zahlungen auf das maximal 1,5-fache des üblichen Pflegegeldes für maximal genau 42 Tage.

Hier gibt es eine andere Kostendeckelung: Das Jahresbudget ist begrenzt auf das 1,5-fache Pflegegeld für genau 42 Tage. Das Budget beträgt dann pro Jahr: *Tabelle 1*:

Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
474 €	817,50 €	1092 €	1351,50 €

Daraus kann man den Geldbetrag pro Tag ausrechnen. Einige Kassen veranschlagen diesen Betrag als Pauschalbetrag, egal ob die Ersatzpflege mehr oder weniger wie 8 Stunden war. Andere Kassen gestatten aber auch höhere Beträge als die errechneten Pauschalen: *Tabelle 2*:

Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
11,29 €	19,46 €	26 €	32,18 €

Darüber hinaus können aber nachgewiesene Kosten für Verdienstauffälle (verglichen mit dem sonstigen Netto-Einkommen) oder Kosten für die eigene Kinderbetreuung oder Fahrtkosten (bei Privat-PKW: 0,20€ pro Kilometer, gemäß Bundesreisekostengesetz ohne KM-Begrenzung oder für Fahrkarten öffentlicher Verkehrsmittel) mit bei der Kasse angegeben werden. Nur in solchen Situationen kann dieser Personenkreis das Budget

auffüllen auf bis zu 1612€ und sogar dann auch auf 2418€ (wenn keine Kurzzeitpflege genutzt wurde). Achtung, mögliche Versteuerung dann beachten! Eine mögliche Konstellation dafür ist auch, dass jemand für einen nahen Angehörigen (Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Ehegatten, Lebenspartner, Schwägerinnen, Geschwister, Kinder, Schwiegerkinder oder Enkelkinder) 6 Monate Pflegezeit vom Job nimmt und dadurch Verdienstaufschlag hat. Dann kann man bis zu 2418€ erstattet bekommen. Das geht aber nur, wenn die Pflegezeit aufgrund eines Ausfalls der Hauptpflegeperson stattfindet. Selbe Möglichkeit existiert dann bei der 10-tägigen Arbeitsverhinderung, dort kann allerdings kein Verdienstaufschlag, sondern nur Fahrtkosten angeführt werden.

3.) Person, die bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert ist führt Ersatzpflege erwerbsmäßig aus: Erwerbsmäßigkeit liegt per Definition immer dann vor, wenn aus einer Pflege mehr Lohn erzielt wird als die Höhe des Pflegegeldes, oder die VHP mehr wie 42 Tage **am Stück** erfolgt ist oder mindestens zwei pflegebedürftige Personen für mindestens je eine Woche im Jahr gepflegt wurden. Dann kann auf jeden Fall 1612€ oder 2418€ angenommen werden. Hier ist ein höherer Stundenlohn möglich! Dieser kann individuell festgelegt werden. Auch in diesen Fällen gilt eine mögliche Versteuerung!

Begrenzung:

- Entweder es ist der Höchstbetrag an Ausgaben erreicht. Selbst wenn theoretisch noch nicht der maximale Zeitraum an Verhinderungstagen überschritten ist. Sobald 1612/2418€ überschritten sind, ist der Anspruch auf VHP definitiv erschöpft. Oder aber es ist die Höchstzahl an Tagen erreicht (42 Tage). Wer immer ganze Tage (also mehr wie 8 Stunden am Tag) verhindert war, kann davon also nur maximal 42/56 ganze Kalendertage nutzen (selbst wenn die 1612€ noch nicht erschöpft sein sollten). Wenn dann der Leistungsanspruch nach der Dauer von 42 Tagen, nicht aber der Höhe nach bereits ausgeschöpft wurde, kann trotzdem der nicht verbrauchte Leistungsbetrag für die stundenweise Ersatzpflege von weniger als acht Stunden täglich in Anspruch genommen werden.

Tipp: Wenn eine Person nach Kriterium 2.) das komplette Budget, also das 1,5-fache Pflegegeld verbraucht hat, kann die Differenz zwischen 1612€ und dem verbrauchten Geld noch für die Kurzzeitpflege umgewidmet werden.

→ Also wenn der Erstattungsbetrag der Verhinderungspflege für das entsprechende Kalenderjahr erschöpft ist, ist keine weitere VHP mehr möglich. Demgegenüber ist einer Erschöpfung der Zeit noch die Möglichkeit da, weiterhin stundenweise VHP über das verbliebene Budget zu nutzen.

Weiterbezug von Pflegegeld:

-Es wird generell für den ersten und letzten Tag der Verhinderungspflege das Pflegegeld in voller Höhe gezahlt (Grund: es gibt an diesen Tagen ja eine „Übergabe“).

-Wenn die Pflegeperson weniger wie 8 Stunden pro Tag verhindert ist, bleibt das volle Pflegegeld für den Tag erhalten. Ende des Monats wird nach folgender Formel berechnet: x sind die Tage, die man im Monat nur stundenweise Ersatz oder Übergabe hatte, dann gilt

$x/30$ mal Pflegegeld je PG (z.B. bei PG 2 beträgt das Pflegegeld 316€ pro Monat).

- Ist die Pflegeperson 8 oder mehr Stunden am Tag verhindert, wird das Pflegegeld trotzdem für die Hälfte weitergezahlt, höchstens aber für 6 Wochen. Das gilt auch, wenn die Ersatzpflegeperson nur 4 Stunden gepflegt hat. Entscheidend ist die Abwesenheitsdauer. Dann gilt diese Formel, um sich den individuellen Monatswert auszurechnen: y sind die Tage, die man im Monat ganztägig Ersatz hatte, dann gilt

(y /30 mal Pflegegeld) : 2

Eine Beispielrechnung (Quelle: Postbeamtenkrankenkasse)

Frau M. pflegt seit einem Jahr Ihren Ehemann, der in die Pflegegrad 3 eingestuft ist. Er erhält monatlich ein Pflegegeld in Höhe von 545 Euro. Frau M. kann aufgrund eines Krankenhausaufenthalts vom 04.08. bis 22.08. (19 Kalendertage) Ihren Ehemann vorübergehend nicht pflegen. Deshalb wird die Pflege für diesen Zeitraum von der nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebenden Tochter durchgeführt. Von der Tochter werden Fahrkosten für öffentliche Verkehrsmittel in Höhe von 60,00 Euro nachgewiesen.

Verhinderungspflege 04.-22.08 (19 Tage)	$545 \text{ €} \times 19/42 \times 1,5 = 369,82\text{€}$
plus Fahrtkosten der Tochter	60 € nachgewiesen
Normales Pflegegeld 01.-04.08 und 22.-31.08 (Für den Zeitraum von 14 Tagen, in welchem Frau M. wie gewohnt Ihren Ehemann pflegt, inklusive des ersten und letzten Tages der Verhinderungspflege)	$545 \text{ €} \times 14/30 = 254,33\text{€}$
Hälftiges Pflegegeld 05.-21.08. (17 Tage)	$545 \text{ €} \times 17/30 : 2 = 154,42\text{€}$
Insgesamt	838,57 €

Dies ist die Gesamtleistung für den betreffenden Zeitraum. Davon kommen 429,82€ (369,82+60) aus dem Topf der Verhinderungspflege. Es besteht für das Jahr noch ein Restanspruch auf Verhinderungspflege für 23 Tage und in Höhe von 1182,18€ (1612-429,82).

Besteuerung? Anrechenbarkeit ?

Nach § 3 Nummer 36 des Einkommensteuergesetzes (EStG) sind Einnahmen für Leistungen zur Grundpflege oder hauswirtschaftlichen Versorgung bis zur Höhe des Pflegegeldes nach § 37 SGB XI steuerfrei, wenn diese Leistungen von Angehörigen des Pflegebedürftigen oder von anderen Personen, die damit eine sittliche Pflicht gegenüber dem Pflegebedürftigen erfüllen, erbracht werden. Das heißt, wer als Laie 2418€ erhalten hat, muss einen Teil versteuern. Oder wenn man zusätzlich vom Pflegebedürftigen noch einen freiwilligen Zuschuss zu den geringen Sätzen erhalten hat, muss es versteuert werden, sobald es die Pflegegeld-Höhe übersteigt.

Anstelle einer Besteuerung aus selbstständiger Tätigkeit kann auch eine Anmeldung bei der Minijob-Zentrale eine Alternative sein. Dort ist auch ein Unfallversicherungsschutz gegeben und die Mehrkosten für die pauschalen Sozialabgaben können ebenfalls von dem Verhinderungs-Budget getragen werden.

Bei Bezug von ALG I oder ALG II findet keine Anrechnung als Einkommen statt, sofern es sich bei dem Pflegebedürftigen um Verwandte, Freunde, nahe Bekannte oder Nachbarn handelt (angenommen wird hierbei ein „Sittlichkeitsgrund“).

Auszeit von der Arbeit für die Pflege

Angehörige*, die sich dafür entscheiden, häusliche Pflege zu übernehmen, haben die Möglichkeit, sich in verschiedenster Weise von der Arbeit freistellen zu lassen unter Erhalt vom Arbeitsplatz und manchmal weiteren Leistungen. Es gibt von der Dauer der Freistellung her drei Möglichkeiten:

	Arbeitsverhinderung	Pflegezeit	Familienpflegezeit
Rechtliche Grundlage	§§ 1-2; 5-8 PflegeZG	§§ 1, 4-8 PflegeZG	Familienpflegezeitgesetz (FPfZG)
Welche Arbeitgeber	Anspruch bei allen Arbeitgebern	Anspruch ab einer Betriebsgröße von 16 oder mehr Beschäftigten	Anspruch ab einer Betriebsgröße von 26 oder mehr Beschäftigten
Zweck	akute + weiterführende Pflegemaßnahmen gewährleisten	Pflege eines Angehörigen in der häuslichen Umgebung	Pflege eines Angehörigen in der häuslichen Umgebung
Pflegegrade	Pflegegrade 1-5. Anspruch besteht auch ohne Pflegegrad, sofern voraussichtlich einer erteilt werden könnte, dies muss mit einem ärztlichen Attest belegt	Pflegegrade 1-5. Anspruch besteht auch ohne Pflegegrad, wenn ein naher Angehöriger in einer palliativen Situation begleitet werden soll (für 3 Monate)	Pflegegrade 1-5

	Arbeitsver- hinderung	Pflegezeit	Familienpflegezeit
	werden		
Maxi- male Dauer	zehn Arbeitstage ohne Ankündi- gungsfrist	sechs Monate (max. drei Monate möglich, wenn ein naher Angehöriger in der letzten Lebensphase ist)	24 Monate
Art der Freistell- ung	vollständig	vollständig oder teilweise (wahlweise)	teilweise, Stundenreduzierung auf > 15 Stunden pro Woche möglich
Lohners- atz- leistung	Ja: Pflegeunterst- ützungsgeld in Höhe von 90% Netto bei der Pflegekasse des Angehörigen zu beantragen. + Fahrtkosten von 0,20€ pro KM für den Fall, dass der freigestellte Beschäftigte die Pflege als Ersatz für eine an der Pflege gehinderte Pflegeperson übernimmt	Nein. Aber teilweise zinsloses Darlehen (beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben zu beantragen). Das Darlehen hat eine monatliche Mindesthöhe von 50€ und maximal bis zur Hälfte des durch die Arbeitszeitreduzierung fehlenden Nettobetrags.	Nein. Aber für den Teil des ausgefallenen Lohnes kann ein zinsloses Darlehen (beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben zu beantragt werden). Es gibt auch die Möglichkeit des Lohnvorschusses um die Hälfte des reduzierten Lohnes: Jemand reduziert von 100 auf 50% Stellenanteil und erhält aber 75% Lohn während der 2 Jahre. Nach Beendigung arbeitet er wieder 100% und erhält aber weiterhin nur 75% Gehalt (bis zum Ausgleich des Vorschusses). <u>Es gilt also folgende Berechnungsformel:</u> <i>Wochenstunden vor der</i>

	Arbeitsver- hinderung	Pflegezeit	Familienpflegezeit
			<i>FPfZ minus Wochenstunden während der FPfZ mal Gesamteinkommen der letzten 12 Monate dividiert durch Gesamtstunden der letzten 12 Monate mal 52/12 (ein Monat) dividiert durch 2 = Fertig!</i>
Kündigu ngs- schutz	<p>Der Arbeitgeber darf das Beschäftigungsverhältnis von der Ankündigung – höchstens jedoch zwölf Wochen vor dem angekündigten Beginn – bis zur Beendigung der Pflegezeit oder der anderen Freistellungen nach dem PflegeZG nicht kündigen. Nur in besonderen Fällen kann eine Kündigung von der für den Arbeitsschutz zuständigen obersten Landesbehörde oder der von ihr bestimmten Stelle ausnahmsweise für zulässig erklärt werden.</p>		
Kranken versiche rung	<p>Familienversiche- rung über Ehepartner oder freiwillige Versicherung**, wenn nicht verheiratet</p>	<p>Von 0 bis 450 € Erwerbseinkommen: Familien- versicherung bzw. freiwillige Versicherung** über 450 €: als gesetzliche Pflichtversicherung (Arbeitgeber)</p>	<p>Bei Teilzeitbeschäftigung von über 15 Stunden: als gesetzliche Pflichtversicherung (Arbeitgeber)</p>

*Angehörige nach dieser Regelung sind nahe Verwandte und Partner, also Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Stiefeltern, Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft, Geschwister, Ehegatten der Geschwister und Geschwister der Ehegatten, Lebenspartner der Geschwister und Geschwister der Lebenspartner, Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder, die Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder des Ehegatten oder Lebenspartners, Schwiegerkinder und Enkelkinder.

**Die Pflegekasse des Pflegebedürftigen kann auf Antrag einen Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag leisten. Bei mindestens 60 Pflegetagen im Jahr à mindestens 10 Pflegetagen in der Woche, zahlt die Pflegekasse des Pflegebedürftigen einen zusätzlichen Beitrag in die eigene Rentenkasse ein!

Pflegekurse

Der Anspruch auf die Nutzung von Pflegekursen für Angehörige, ehrenamtliche Pflegepersonen und Interessierte ist in §45 SGB geregelt. Dort steht:

„(1) Die Pflegekassen haben für Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflege Tätigkeit interessierte Personen unentgeltlich Schulungskurse durchzuführen, um soziales Engagement im Bereich der Pflege zu fördern und zu stärken, Pflege und Betreuung zu erleichtern und zu verbessern sowie pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen zu mindern und ihrer Entstehung vorzubeugen. Die Kurse sollen Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege vermitteln. Auf Wunsch der Pflegeperson und der pflegebedürftigen Person findet die Schulung auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen statt. § 114a Absatz 3a gilt entsprechend.

(2) Die Pflegekasse kann die Kurse entweder selbst oder gemeinsam mit anderen Pflegekassen durchführen oder geeignete andere Einrichtungen [Anmerkung: Pflegedienste, Bildungsträger oder Krankenhäuser beispielsweise] mit der Durchführung beauftragen.(...)“

Nach der Rahmenvereinbarung, die die Pflegekassen nach § 45 SGB XI abgeschlossen haben, haben Angehörige jeweils einen Anspruch auf eine individuelle Schulung in der häuslichen Umgebung von längstens 2 Stunden und sie können einen Pflegekurs besuchen, der längstens 20 Stunden dauern darf. Die Kosten für einen solchen Kurs übernimmt bei bereits bestehendem Pflegeverhältnisses die Pflegekasse des Pflegebedürftigen/Leistungsbeziehers. Allerdings ist es bei Gruppenkursen unerheblich, ob bereits Leistungen der Pflegeversicherung bezogen werden. Der Teilnehmerkreis eines Gruppenkurses umfasst somit nicht nur Pflegepersonen im engeren Sinne, sondern alle Interessenten, die sich über häusliche Pflege informieren möchten. Die Pflegegruppenkurse sind demnach prinzipiell kostenfrei anzubieten. Eine Durchführung in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen ist also möglich, sobald ein Pflegegrad 1 – 5 vorliegt. Auch dies ist für pflegende Angehörige kostenfrei.

Beim Pflegekurs werden folgende Themen behandelt:

- Der Pflegebedürftige und seine Umgebung
- Wahrnehmung und Beobachtung des pflegebedürftigen Menschen
- Vorbeugung von Zweiterkrankungen wie Dekubitus, Diabetes etc.
- Gesunde Ernährung
- Optimale Medikamenteneinnahme
- Pflege von langzeiterkrankten Menschen bzw. Menschen mit Behinderungen
- Ausgewählte Pflegehandlungen
- Besondere Pflegesituationen (z.B. sterbende Menschen)
- Pflegebedingte Belastungen feststellen und Entlastungsmöglichkeiten für Pflegepersonen aufzeigen
- Umgang mit Demenz

Neben der Schulung in Gruppen ist es außerdem möglich, eine individuelle Schulung in der eigenen häuslichen Umgebung zu erhalten. Dabei geht es um die konkrete Hilfe bei der Pflege mit dem entsprechenden Angehörigen. In diesem Falle kommt die Pflegekraft nach Hause und zeigt ganz konkret die Ausführung der Pflege. Manche Pflegekassen bieten zudem ein Online-Kursangebot an.

Der Pflegestützpunkt händigt Ihnen gern Informationen über aktuelle Angebote und Adressen aus. Auf unserer Homepage können Sie ebenfalls auf eine aktuelle Liste zugreifen.

Gesprächsgruppen mit anderen Angehörigen

Eine weitere Unterstützung kann im Austausch mit anderen pflegenden Angehörigen gefunden werden. Eine Teilnahme braucht nicht bei der Pflegekasse beantragt werden, es handelt sich in der Regel um kostenfreie regionale Angebote.

In einer angeleiteten Gruppe oder Selbsthilfegruppe kommt man mit Gleichgesinnten zusammen, die dieselbe Pflegeaufgabe übernehmen und meist mit ähnlichen Fragen oder Problemen beschäftigt sind, beispielsweise der Umgang mit der Pflege-Belastung (z.B. bei herausforderndem Verhalten) oder das Verhindern von Überlastung oder Überforderung. Durch den anstrengenden und zeitintensiven Pflegealltag kommt es bei einigen zur Vernachlässigung eigener Bedürfnisse und Grenzen.

Um die tägliche Herausforderung zu meistern, kann das Gespräch mit anderen Betroffenen, kleinen Alltagstipps und dem Gefühl „anderen geht es genauso wie mir, ich bin nicht allein“ sehr hilfreich sein. Durch den regelmäßigen Kontakt kann eine psychosoziale Stütze entstehen, die hilft, über Schwierigkeiten hinweg zu kommen und Eskalationen zu vermeiden. Durch diese Ansätze zur Entlastung ist letztendlich nicht nur dem Pflegenden geholfen, sondern auch dem Pflegebedürftigen. Meistens kann dadurch die häusliche Pflege stabilisiert werden.

Der Pflegestützpunkt händigt Ihnen gern Informationen über aktuelle Angebote und Adressen aus.

Pflegeberatung

Jeder Pflegebedürftige, ganz gleich welchen Pflegegrades, hat nach §7a SGB XI einen Anspruch auf Pflegeberatung bei der eigenen Pflegekasse. Pflegeberatung dient der individuell ausgerichteten Hilfestellung „bei der Auswahl und Inanspruchnahme von bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind“ (§7a(1)SGB XI). Auch pflegende Angehörige sollen von dieser Unterstützung profitieren. Jedem Pflegebedürftigen wird von der Pflegekasse ein fester Ansprechpartner als Pflegeberater benannt. Die Beratung kann mehrmals und über längeren Zeitraum durchgeführt werden; insbesondere nach einem Wechsel der Leistungsart (z.B. Sachleistung eines Pflegedienstes oder Tagespflege) soll die Pflegekasse diese Beratung anregen. Durchführende Personen sind eigene Angestellte der Pflegekassen oder aber externe Beratungsunternehmen, die von der Pflegekasse einen Auftrag erhalten. Bei privat Versicherten übernimmt der Beratungsdienst COMPASS diese Aufgabe für alle privaten Pflegekassen.

Im Vergleich zu den Aufgaben der Pflegestützpunkte (§7c SGB XI) bezieht sich die Pflegeberatung nach §7a SGB XI auf eine vollumfängliche Einzelfallbegleitung mit beispielsweise Erstellen eines Hilfeplanes und Organisieren von Wohnraumanpassung. Im Pflegestützpunkt ist neben einer allgemeinen Erstberatung rund um das Thema Pflege auch Raum für Öffentlichkeitsarbeit, Präventionsaufgaben und als ein großer Schwerpunkt die regionale Netzwerkarbeit im Pflegesektor.

Der Zugang zur Pflegeberatung nach §7a SGB XI geht über die Pflegekasse des Pflegebedürftigen. Dort wird der Kontakt zum Pflegeberater, ggfs. auch extern, hergestellt.

Wird ein Pflegebedürftiger Zuhause gepflegt ohne Nutzung von professionellen Diensten (wie Pflegedienst oder Tagespflege), so hat der Pflegebedürftige bzw seine registrierte Pflegeperson einen Beratungseinsatz bei häuslicher Pflege (§37 SGB XI) durchführen zu lassen. Anerkannt sind dafür u.a. Pflegedienste. Die Häufigkeit dieses Einsatzes ist nach Pflegegraden gestaffelt und die Teilnahme verbindlich.

Kur für pflegende Angehörige

Pflegenden Angehörigen als stehen als Versicherte selbstverständlich alle üblichen Leistungen der Krankenversicherung zu. Mit der Pflegereform wurde verdeutlicht, dass die Belange von pflegenden Angehörigen jedoch bei Anträgen auf Kur und Rehabilitation besondere Berücksichtigung finden soll.

Eine Kur ist eine Krankenversicherungsleistung (§23 (2) SGB V) die der Vorsorge von gesundheitlicher Schwäche und Krankheiten dienen soll. Wenn eine ärztliche Behandlung und Behandlung mit Heilmitteln allein nicht ausreicht, kann auf Antrag eine sogenannte ambulante Vorsorgeleistung erbracht werden. Dann werden in einem anerkannten Kurort Kosten für Arztbehandlung und Therapien zu 90% übernommen werden und für Unterkunft, Verpflegung und Kurtaxe wird ein Zuschuss von 16€ pro Tag in einer beliebigen Herberge gezahlt. Sofern dies nicht ausreichend ist, kann die Behandlung auch in einer zugelassenen Rehaklinik erfolgen. Bei pflegenden Angehörigen ist zusätzlich möglich, stattdessen eine Einrichtung des Müttergenesungswerkes oder ähnliche zugelassene Einrichtung nach §111a SGB V zu wählen.

Einige Krankenkassen bieten spezielle Kur-Programme für pflegende Angehörige an.

Interessierte sollten sich zwecks besonderer Angebote an die Pflegekasse des Pflegebedürftigen wenden und auch bei ihrer eigenen Pflegekasse nachfragen. Der Pflegestützpunkt händigt Ihnen ebenfalls gern Informationen über aktuelle Angebote und Adressen aus.

Hilfsmittel als Entlastung

Hilfsmittel können den Alltag wesentlich erleichtern, sie ermöglichen ein Stück weit mehr Unabhängigkeit für den älteren Menschen. Der Unterschied zwischen einem Hilfsmittel und einem Pflegehilfsmittel: Hilfsmittel werden von der Krankenkasse bezahlt und dienen der Behandlung einer Erkrankung. Pflegehilfsmittel werden von der Pflegekasse übernommen, da sie die dauerhafte Pflege erleichtern sollen. Nur wer einen Pflegegrad hat, hat auch Anspruch auf Pflegehilfsmittel. Auf Hilfsmittel dagegen hat jeder Patient Anspruch, wenn er die Voraussetzungen dafür erfüllt.

Die zu Lasten der **Krankenversicherung** verordnungsfähigen Hilfsmittel befinden sich unter Produktgruppen 01 – 33 und das sog. **Pflegehilfsmittel-Verzeichnis** hat die Produktgruppen 50 – 54.

Im Hilfsmittelverzeichnis (HMV) werden folgende Produktgruppen von Hilfsmitteln gelistet:

- 01 Absauggeräte
- 02 Adaptionshilfen
- 03 Applikationshilfen
- 04 Badehilfen
- 05 Bandagen
- 06 Bestrahlungsgeräte
- 07 Blindenhilfsmittel
- 08 Einlagen
- 09 Elektrostimulationsgeräte
- 10 Gehhilfen
- 11 Hilfsmittel gegen Dekubitus
- 12 Hilfsmittel bei Tracheostoma
- 13 Hörhilfen
- 14 Inhalations- und Atemtherapiegeräte
- 15 Inkontinenzhilfen
- 16 Kommunikationshilfen
- 17 Hilfsmittel zur Kompressionstherapie
- 18 Krankenfahrzeuge
- 19 Krankenpflegeartikel
- 20 Lagerungshilfen
- 21 Messgeräte für Körperzustände/-funktionen
- 22 Mobilitätshilfen
- 23 Orthesen / Schienen
- 24 Prothesen
- 25 Sehhilfen
- 26 Sitzhilfen
- 27 Sprechhilfen
- 28 Stehhilfen
- 29 Stomaartikel
- 31 Schuhe
- 32 Therapeutische Bewegungsgeräte

33 Toilettenhilfen

-
- 50 Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege
 - 51 Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene
 - 52 Pflegehilfsmittel zur selbständigeren Lebensführung/Mobilität
 - 53 Pflegehilfsmittel zur Linderung von Beschwerden
 - 54 Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel*
-
- 99 Verschiedenes

Das HMV gliedert sich in vier hierarchisch angeordnete Ebenen: Gruppe, Ort, Untergruppe und Produktart.

Ein Beispiel:

Produktgruppe: 01 = Absauggeräte

Anwendungsort: 24 = Atmungsorgane

Untergruppe 01 = Sekret-Absauggeräte, netzabhängig

Produktart 1 = Sekret-Absauggerät mit normaler Saugleistung, netzabhängig

Innerhalb der untersten Ebene (Produktart) befinden sich also schlussendlich die dazu passenden Produkte.

Die **Produktnummer**, die jedes einzelne aufgeführte Produkt eindeutig identifizierbar macht, leitet sich aus der darüber liegenden hierarchischen „Ebenen-Kette“ ab, indem an die Ziffern der Ebenen eine dreiteilige Zahl angehängt wird, die als laufende Nummer den Produkten vergeben wird. So lautet die Produktnummer des an erster Stelle aufgeführten Gerätes/Produktes der oben beispielhaft aufgeführten Kette: 01.24.01.1001 und trägt die Produktbezeichnung „Atmolit 26/K“.

Unterschiede zwischen Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln:

	Hilfsmittel SGB V	Pflegehilfsmittel SGB XI
Kostenträger	Krankenversicherung	Pflegeversicherung
Ziel / Funktion	<ul style="list-style-type: none"> • Sicherung einer Krankenbehandlung • Vorbeugung/Ausgleich einer Behinderung 	<ul style="list-style-type: none"> • Erleichterung/Linderung von Beschwerden eines Pflegebedürftigen • Ermöglichen einer selbständigen Lebensführung
Beispiele	<ul style="list-style-type: none"> • Rollstühle • Elektro-Rollstühle • Rollatoren • Pflegebetten • Kompressionsstrümpfe • Prothesen • Absauggeräte • Stomaartikel • WC-Sitzerhöhung • Anti-Dekubitus-Matratze • Anti-Dekubitus-Sitzkissen • Inkontinenzwindeln • Haltegriffe • Badewannenlifter • Deckenlifter • Hörgeräte • Blutdruckmessgerät • Absauggerät • Prothesen 	<ul style="list-style-type: none"> • Rollstühle • Pflegebetten • Pflegenachtschrank • Bettgalgen • Betteinlegerahmen • Bettwaschsystem • Urinflaschen • Hausnotrufsystem • Toilettenstuhl • Personenlifter • Bett-Badewanne • Lagerungskissen • <i>Einmalhandschuhe</i> • <i>Desinfektionsmittel</i> • <i>Mundschutz</i> • <i>Bettschutzeinlagen</i>
Voraussetzungen	<ul style="list-style-type: none"> • ärztliche Verordnung • Zusammenhang mit Verhütung oder Behandlung einer Krankheit • Leistung ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich 	<ul style="list-style-type: none"> • festgestellte Pflegebedürftigkeit • nur bei Pflege Zuhause
Zuzahlung	<ul style="list-style-type: none"> • Verbrauchsartikel: 10 %, aber max. 10€ • Nicht-Verbrauchsartikel: 10 %, aber mind. 5€ und max. 10 € pro Hilfsmittel 	<ul style="list-style-type: none"> • Verbrauchsartikel (Gruppe 54): 40 € pro Monat hat jeder frei, ein Verbrauch darüber hinaus muss selbst finanziert werden. • Nicht-Verbrauchsartikel: 10 %, aber max. 25 € pro Hilfsmittel

Vorgehensweise bei der Beschaffung von Hilfsmitteln:

- Erkundigen Sie sich, ob Ihre Kranken- oder Pflegekasse in Bezug auf Hilfsmittel einen Vertrag mit einem bestimmten Anbieter hat.
- Hilfsmittel kann man im Sanitätshaus oder in der Apotheke erhalten
- Lassen Sie sich beim Anbieter vor Ort beraten, häufig ist eine Beratung auch in der eigenen Häuslichkeit möglich. Dort erhalten Sie eine Auflistung mit genauer Bezeichnung der einzelnen Hilfsmittel, ggfs. Kostenvoranschlag.
- Mit dieser Auflistung müssen Sie bei Ihrem behandelnden Arzt eine Verordnung/Rezept für die einzelnen Hilfsmittel anfordern. Alternativ können Sie auch zuerst zum Arzt gehen und sich dort Rat nach geeigneten Hilfsmitteln holen.
- Diese ärztliche Verordnung muss dann von Ihrer Krankenkasse genehmigt werden. Hierbei sind viele Sanitätshäuser behilflich: Sie schicken das Rezept des Interessierten + Kostenvoranschlag an die jeweilige Kasse und kümmern sich um die Korrespondenz.
- Nach Genehmigung können Sie das Hilfsmittel bei Ihrem Sanitätshaus bestellen und direkt nach Hause liefern lassen.

Wohnraumanpassung als Entlastung

Die Pflegekassen zahlen finanzielle Zuschüsse für "Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes" des Pflegebedürftigen, wenn dadurch im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt wird.

In der Praxis bedeutet dies, dass es die Möglichkeit gibt, nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit (nach Feststellung eines Pflegegrades) die Wohnung so anzupassen, dass sie weiterhin längerfristig genutzt werden kann.

Die Zuschüsse dürfen dabei einen Betrag in Höhe von 4.000 Euro je Maßnahme nicht übersteigen. Leben mehrere Pflegebedürftige in der Wohnung (z. B.

Pflegewohngemeinschaften) so ist der Gesamtzuschuss auf 16.000 € je Maßnahme begrenzt.

Maßnahme bezeichnet nicht jede einzelne Baumaßnahme, sondern die Gesamtheit der **in einer bestimmten Situation** sinnvollen, erforderlichen Anpassungen. Wird also in diesem Jahr der Badumbau durchgeführt, im nächsten Jahr die Rampe ans Haus gebaut und wieder ein Jahr später werden die Türen verbreitert, so sind dies keine jeweils neuen Maßnahmen, sondern es ist die stückweise Umsetzung einer Gesamtmaßnahme. Zum Beispiel wenn bei jemandem alle diese Einzelumbauten bereits von Anfang an erforderlich waren, aber z.B. aus Kostengründen teilweise zurückgestellt wurden.

Für diese **Gesamtmaßnahme** gibt es auch nur **einmal** den Zuschuss.

Alle Umbauten, die zum Zeitpunkt der Bewilligung des Zuschusses, und damit auf Grund des zu diesem Zeitpunkt bestehenden Hilfebedarfs, erforderlich sind, gelten als eine Maßnahme, egal wann sie tatsächlich ausgeführt werden. Es können nur Maßnahmen bezuschusst werden, die dem gegenwärtigen Bedarf des Pflegebedürftigen entsprechen. Wenn sich der Bedarf und die **Pflegesituation ändern**, dann kann eine neue Maßnahme erforderlich sein, um den neuen, zusätzlichen Bedarf abzudecken. Der Zuschuss kann also auch mehrfach gewährt werden, auch innerhalb eines Jahres.

Wichtig: Alle Maßnahmen, für die ein Zuschuss beantragt werden soll, müssen **voher** mit der Pflegeversicherung abgesprochen werden, der Zuschuss muss vor Beginn der Baumaßnahme beantragt sein.

Vorgehensweise (mit Beispiel Badumbau):

- Schicken Sie den Kostenvoranschlag (evtl. zur besseren Veranschaulichung auch Bilder vom vorhandenen Bad) an die Pflegekasse. Diese entscheidet, ob Sie einen Zuschuss erhalten.
- Sobald der Badumbau beendet ist, können Sie die Handwerkerrechnungen einreichen und Sie erhalten Ihren Zuschuss.

Wichtig: Alle mietvertraglichen und baurechtlichen Fragen müssen auf Seiten des Pflegebedürftigen geklärt sein. Die Pflegeversicherung ist nicht für diese Fragen verantwortlich.

In einer Mietwohnung sind die Umbauten fast immer von der Genehmigung des Vermieters abhängig. Allerdings darf er die Genehmigung auch nur in sehr begründeten Ausnahmefällen verweigern. Dann müssen diese Gründe oder Interessen schwerer wiegen als das Interesse des Mieters. Beispiele wären Umfang und Dauer der Baumaßnahme, Belange der anderen Mieter, Haftungs- und Sicherheitsaspekte oder sinkender Verkaufswert der Immobilie.

Der Vermieter hat außerdem einen Anspruch auf Rückbau, wenn der Mieter auszieht. Der Vermieter kann hierfür eine Sicherheitsleistung verlangen, die den Rückbaukosten entspricht. Es gibt auch Firmen, die den Rückbau kostenlos mit übernehmen. Der

Vermieter ist aber nicht verpflichtet, sich darauf einzulassen - es hat nämlich schon Streitfälle vor Gericht gegeben, in denen Vermietern Recht gegeben wurde: Es kann ihm nicht zugemutet werden, das Risiko einer Firmeninsolvenz mitzutragen, indem er dann auf den Rückbaukosten sitzen bleibt.

Der Einbau eines Treppenliftes in einem Gemeinschaftstreppenhaus scheitert leider häufiger an den baurechtlichen Vorschriften über die Fluchtwege und notwendigen Treppenbreiten.

Alternativ zu nötigen Umbaumaßnahmen kann auch ein Umzug in eine den Anforderungen des Pflegebedürftigen entsprechende Wohnung bezuschusst werden.

Bei der Auswahl eines Handwerksbetriebs sollte sichergestellt sein, dass der Betrieb vertraut ist mit der **DIN-Norm zum barrierefreien Bauen (DIN 18040-2)**.

Als förderfähig anerkannte Maßnahmen (Quelle: GKV-Spitzenverband)

Außerhalb der Wohnung:

Ausstattungs-elemente	Mögliche Veränderungen
Aufzug	Einbau eines Personenaufzuges in einem eigenen Haus Anpassung an die Bedürfnisse eines Rollstuhlfahrers: Eben-erdiger Zugang, Vergrößerung der Türen, Schalterleiste in Greifhöhe Installation von Haltestangen, Schaffung von Sitzplätzen
Briefkasten	Absenkung des Briefkastens auf Greifhöhe (z. B. bei Roll- stuhlfahrern)
Orientierungshilfen	Schaffung von Orientierungshilfen für Sehbehinderte, z. B. ertastbare Hinweise auf die jeweilige Etage
Treppe	Installation von gut zu umfassenden und ausreichend langen Handläufen auf beiden Seiten Verhinderung der Stolpergefahr durch farbige Stufenmarkie- rungen an den Vorderkanten Einbau von fest installierten Rampen und Treppenliften
Türen, Türanschlätze und Schwellen	Türvergrößerung Abbau von Türschwellen Installation von Türen mit pneumatischem Türantrieb oder ähnlichem Einbau einer Gegensprechanlage

Weiter gehende Maßnahmen außerhalb des Eingangsbereichs/Treppenhauses, z. B. Schaffung eines behindertengerechten Parkplatzes, Markierung und Pflasterung der Zugangswege oder allgemeine Verkehrssicherungsmaßnahmen sind keine Maßnahmen i. S. des § 40 Abs. 4 SGB XI.

Innerhalb der Wohnung:

Ausstattungs-elemente	Mögliche Veränderungen
Bewegungsfläche	Umbaumaßnahmen zur Schaffung ausreichender Bewegungsfläche, z. B. durch Installation der Waschmaschine in der Küche anstatt im Bad (Aufwendungen für Verlegung der Wasser- und Stromanschlüsse)
Bodenbelag	Beseitigung von Stolperquellen, Rutsch- und Sturzgefahren
Heizung	Installation von z. B. elektrischen Heizgeräten anstelle von Öl-, Gas-, Kohle- oder Holzöfen (wenn dadurch der Hilfebedarf bei der Beschaffung von Heizmaterial kompensiert wird)
Lichtscha-lter/Steckdosen/Heizungsventile	Installation der Lichtschalter/Steckdosen/Heizungsventile in Greifhöhe Ertastbare Heizungsventile für Sehbehinderte
Reorganisation der Wohnung	Anpassung der Wohnungsaufteilung (ggf. geplant für jüngere Bewohner, Ehepaare) auf veränderte Anforderungen (alt, allein, gebrechlich) durch Umnutzung von Räumen Stockwerktausch (insbesondere in Einfamilienhäusern ist häufig das Bad und das Schlafzimmer in oberen Etagen eingerichtet)
Türen, Türanschlätze und Schwellen	Türvergrößerung Abbau von Türschwellen, z. B. auch zum Balkon Veränderung der Türanschlätze, wenn sich dadurch der Zugang zu einzelnen Wohnungsbereichen erleichtern oder die Bewegungsfläche vergrößern lässt Einbau von Sicherungstüren zur Vermeidung einer Selbst- bzw. Fremdgefährdung bei desorientierten Personen Bei einer bereits installierten Türöffnungs- und -schließungsanlage eine Absenkung der Anlage in Greifhöhe bzw. behinderungsgerechte Anpassung

Ausstattungs-elemente	Mögliche Veränderungen
Türen, Türanschlätze und Schwellen	Absenkung eines Türspions
Fenster	Absenkung der Fenstergriffe Anbringung von elektrisch betriebenen Rollläden, sofern der Anspruchsberechtigte zur Linderung seiner Beschwerden ständig auf einen kühlen Raum angewiesen ist und eine Unterbringung nur in diesem Raum erfolgen kann

Küche

Ausstattungs-elemente	Mögliche Veränderungen
Armaturen	<p>Installation von Armaturen mit verlängertem Hebel oder Schlaufe, Schlauchbrause</p> <p>Installation von Warmwassergeräten, wenn kein fließend warmes Wasser vorhanden ist und aufgrund der Pflegebedürftigkeit (auch unterhalb Pflegestufe I nach § 123 SGB XI) Warmwasserquellen im Haus nicht erreicht oder das warme Wasser nicht – wie bisher – aufbereitet werden kann</p>
Bodenbelag	Verwendung von rutschhemmendem Belag
Kücheneinrichtung	<p>Veränderung der Höhe von z. B. Herd, Kühlschrank, Arbeitsplatte, Spüle als Sitzarbeitsplätze</p> <p>Schaffung einer mit dem Rollstuhl unterfahrbaren Kücheneinrichtung</p> <p>Absenkung von Küchenoberflächen (ggf. maschinelle Absenkvorrichtung)</p> <p>Schaffung von herausfahrbaren Unterschränken (ggf. durch Einhängkörbe)</p>

Bad und WC

Ausstattungs-elemente	Mögliche Veränderungen
Einbau eines fehlenden Bades/WC	Umgestaltung der Wohnung und Einbau eines nicht vorhandenen Bades/WC
Anpassung eines vorhandenen Bades/WC: Armaturen	<p>Installation von Armaturen mit verlängertem Hebel oder Schlaufe, Schlauchbrause</p> <p>Installation von Warmwassergeräten, wenn kein fließend warmes Wasser vorhanden ist und aufgrund der Pflegebedürftigkeit (auch unterhalb Pflegestufe I nach § 123 SGB XI) Warmwasserquellen im Haus nicht erreicht oder das warme Wasser nicht – wie bisher – aufbereitet werden kann</p>
Badewanne	Badewanneneinstiegshilfen, die mit wesentlichen Eingriffen in die Bausubstanz verbunden sind
Bodenbelag	<p>Verwendung von rutschhemmendem Bodenbelag</p> <p>Schaffung rutschhemmender Bodenbeläge in der Dusche</p>
Duschplatz	<p>Einbau einer Dusche, wenn der Einstieg in eine Badewanne auch mit Hilfsmitteln nicht mehr ohne fremde Hilfe möglich ist</p> <p>Herstellung eines bodengleichen Zugangs zur Dusche</p>
Einrichtungsgegenstände	Anpassung der Höhe
Toilette	Anpassung der Sitzhöhe des Klosettbeckens durch Einbau eines Sockels
Waschtisch	Anpassung der Höhe des Waschtisches (ggf. Einbau eines höhenverstellbaren Waschtisches) zur Benutzung im Sitzen bzw. im Rollstuhl

Die Fliesen, z. B. bei der Herstellung eines bodengleichen Zuganges zur Dusche, sind auch als Kosten bei der Maßnahme mit zu berücksichtigen. Hierbei sind die Kosten der Fliesen nicht auf den Bereich der Dusche gesondert zu berechnen, wenn ggf. das gesamte Bad mit neuen Fliesen ausgestattet wird.

Schlafzimmer

Ausstattungs-elemente	Mögliche Veränderungen
Bettzugang	Umbaumaßnahmen zur Schaffung eines freien Zugangs zum Bett
Bodenbelag	Verwendung von rutschhemmendem Bodenbelag
Lichtschalter/Steckdosen	Installation von Lichtschaltern und Steckdosen, die vom Bett aus zu erreichen sind

Praktische Tipps & Hinweise zu weiteren Finanzierungsmöglichkeiten:

Sollte der maximale Zuschuss einer Maßnahme schon ausgeschöpft sein oder es besteht kein Anspruch auf eine Pflegestufe, existieren noch folgende andere Finanzierungsmöglichkeiten:

Förderung der gesetzlichen Rentenversicherung/Rehabilitationsträger

Die für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zuständigen Rehabilitationsträger (z. B. Unfallversicherung, Deutsche Rentenversicherung Bund, Bundesagentur für Arbeit) übernehmen vorrangig unter den trägerspezifischen Voraussetzungen nach den Bestimmungen des Neunten Buches des Sozialgesetzbuches (SGB IX) auch Kosten der Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer behinderungsgerechten Wohnung in angemessenem Umfang.

Voraussetzung für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben: Menschen mit mindestens 50-prozentiger Behinderung wollen und können wieder ins Berufsleben zurückkehren. Die Integrationsämter (für Stormarn: Integrationsfachdienst Ahrensburg, Große Straße 28–30, 22926 Ahrensburg, Telefon: 04102/211521) können im Rahmen ihrer Zuständigkeit für die begleitende Hilfe im Arbeitsleben Geldleistungen zur Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer Wohnung, die den besonderen Bedürfnissen des schwerbehinderten Menschen entspricht, gewähren (SGB IX). Darüber hinaus können sie im Rahmen der nachgehenden Hilfe im Arbeitsleben Leistungen zur Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer behindertengerechten Wohnung gewähren (SchwbAV – Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabeverordnung). Diese Leistungen gehen den Leistungen der Pflegeversicherung vor, sodass grundsätzlich bei berufstätigen Pflegebedürftigen, die schwerbehindert im Sinne des SGB IX (Grad der Behinderung von wenigstens 50) sind, Zuschüsse zu Wohnumfeldverbesserungsmaßnahmen durch die Pflegekassen nicht in Betracht kommen.

Steuerliche Abzugsfähigkeit

Die zumutbare Belastungsgrenze beträgt z.B. 4-7% des Jahreseinkommens bei Steuerpflichtigen, die keine Kinder haben und bei Steuerpflichtigen mit Kindern ist die Grenze bei 1-4% des Jahreseinkommens erreicht (je nach Anzahl der Kinder und nach genauer Höhe des Einkommens). Auch wenn Sie als behinderter Mensch bereits einen

Steuerfreibetrag haben, haben Sie zusätzlich noch die Möglichkeit, den Badumbau als Außergewöhnliche Belastung von der Steuer abzusetzen. Welche Voraussetzungen hierfür nötig sind, können Sie mit Ihrem Steuerberater oder Ihrem zuständigen Finanzamt direkt klären. Zum Beispiel können bei einem GdB von 100 bis zu 4500€ vom Jahreseinkommen abgezogen werden.

Eingliederungshilfe

Wenn ein Anspruch auf Teilhabeleistungen besteht und kein anderer Kostenträger zuständig ist, können Menschen mit einer Behinderung einen Antrag über die Eingliederungshilfe stellen. Dies ist auch möglich, wenn der Zuschuss der Pflegekasse für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen nicht alle Kosten deckt. Diese Förderung ist einkommens- und vermögensabhängig. Auskunft gibt der Fachdienst Soziale Hilfen und Teilhabe der Kreisverwaltung.

Zuschüsse/Förderung

→über die KfW-Bank :

Es gibt staatliche Förderprogramme für altersgerechte Wohnraumsanierungen über die KfW-Bank.

Investitionszuschuss über die KfW: Das Programm „Zuschuss 455“ richtet sich an private Eigentümer, die Wohnraum barriere reduziert umbauen oder umgebauten Wohnraum kaufen. Beispiele sind Wege, Rollatorbehausungen, Hochbeete, breite Türen, Treppenlifte, Balkone, Badewannen/-liften, Gemeinschaftsräume im Mehrgenerationenwohnen. Bis zu 6.250 Euro Zuschuss pro Wohneinheit bei Kombination von Maßnahmen, Barrierereduzierung/Einbruchschutz“ sind möglich. Bei Einzelmaßnahmen aus den Förderbereichen zur Barrierereduzierung können 10-12,5 % Ihrer förderfähigen Kosten bezuschusst werden, bis zu 5.000 Euro pro Wohneinheit. Der Mindestinvestitionsbetrag ist 2.000 Euro. Diese Förderung ist flexibel kombinierbar mit anderen Fördermitteln.

Genauere Voraussetzungen und Einsatzmöglichkeiten für die Zuschüsse sind in einem Merkblatt aufgelistet, unter dem Link:

[https://www.kfw.de/inlandsfoerderung/Privatpersonen/Bestandsimmobilie/Foerderprodukte/Altersgerecht-Umbauen-Investitionszuschuss-\(455\)/](https://www.kfw.de/inlandsfoerderung/Privatpersonen/Bestandsimmobilie/Foerderprodukte/Altersgerecht-Umbauen-Investitionszuschuss-(455)/)

Zinsgünstiger Kredit über die KfW-Bank: Die Bank unterstützt jedoch nicht nur mit Zuschüssen, sondern auch mit günstigen Baufinanzierungszinsen. Das Förderprogramm mit der Nummer 159 betrifft „altersgerechtes Umbauen“ und meint alle Maßnahmen, die Barrieren abbauen, Wohnqualität gewährleisten und den Kauf von frisch umgebauten Immobilien. Antragsteller (Eigentümer, Vermieter, Mieter) erhalten auf Antrag einen zinsgünstigen Kredit in Höhe von 50.000€ pro Wohneinheit. Eine förderfähige Maßnahme kann bis zu 100% kreditfinanziert sein. Wichtig ist: Der Antrag muss vor Beginn der Baumaßnahmen gestellt sein!

Die Höhe der Zinsen und Voraussetzungen, um ein zinsgünstiges Darlehen zu bekommen, erfahren Sie auch über Ihre Hausbank

Genauere Voraussetzungen und Einsatzmöglichkeiten für die Zuschüsse sind in einem Merkblatt aufgelistet, unter dem Link:

[https://www.kfw.de/inlandsfoerderung/Privatpersonen/Bestandsimmobilien/Finanzierungsangebote/Altersgerecht-umbauen-\(159\)/index-2.html](https://www.kfw.de/inlandsfoerderung/Privatpersonen/Bestandsimmobilien/Finanzierungsangebote/Altersgerecht-umbauen-(159)/index-2.html)

Förderungen durch Stiftungen

Bedürftige Menschen haben die Möglichkeit, Stiftungsgelder in Anspruch zu nehmen. Einige Stiftungen finden Sie hier:

- Heinz und Mia Krone-Stiftung (Wiedereingliederung von Rollstuhlfahrern)
- Nathalie-Todenhöfer-Stiftung (Lebensfreude für Multiple Sklerose-Patienten)
- Kämpgen-Stiftung (Lebensqualität für Menschen mit Behinderung)
- Elsa-Krauschitz-Stiftung (Förderung barrierefreien Wohnens)

Entlastung durch professionelle Dienste

- Pflegedienst -

Ein professioneller Pflegedienst unterstützt in Form von Hilfe bei der Körperpflege, bei medizinischer Behandlungspflege, bei der Betreuung und Beschäftigung und im Haushalt. Durchgeführt wird dies von examinierten Pflegefachkräften, von Pflegehelfern und Haushaltskräften. Die medizinische Behandlungspflege ist eine Leistung der Krankenkasse (SGB V) und wird auf ärztliche Verordnung hin erbracht. Die Körperpflegeleistungen können in Form der ambulanten Sachleistung bei der Pflegekasse abgerechnet werden (bei Pflegegrad 2-5). Im Pflegegrad 1 kann der Entlastungsbetrag von 125€ ausnahmsweise auch für Körperpflegemaßnahmen beim Pflegedienst eingesetzt werden.

Die Abrechnung bei der Pflegekasse gestaltet sich so, dass zusammengehörende pflegerische (und hauswirtschaftliche) Verrichtungen in Form von Leistungspaketen, den sog. Leistungskomplexen, zusammengefasst sind. Sie erhalten ein unterschiedlich hohes Gewicht, dieses ist in Punkten ausgedrückt. Je aufwändiger die Leistung, umso höher die Punktzahl. Diese Punkte sind vom Gesetzgeber pauschal festgelegt und gelten für alle Pflegedienste in Schleswig-Holstein.

Dann gibt es noch als zweite Rechengröße den sogenannten „Punktwert“. Dieser Wert bezieht sich auf den jeweiligen Pflegedienst und ist nicht überall gleich hoch. Der Normalwert beträgt **0,0514€ im Jahre 2018 in Schleswig-Holstein**. Es gibt aber einige Ausnahmen, wo Pflegedienste einen höheren oder niedrigeren eigenen Punktwert mit den Pflegekassen ausgehandelt haben (Liste).

Die Pflegedienste müssen sich also bei der Rechnungserstellung an diese festgelegten Daten (an die Leistungspunkte + an den Pflegedienst-Punktwert) halten. Die Vergütung errechnet sich schlussendlich durch das Multiplizieren des Punktwertes von 0,0514€ mit der Punktzahl. Also zum Beispiel 440 Punkte x 0,0514€ = 22,62€ für eine Große Morgentoilette.

Zu der Vergütung der Leistungskomplexe kommt eine **Einsatzpauschale** in Höhe von 4,27€ bzw. 4,38 €. Diese Einsatzpauschale kann vom Pflegedienst maximal 2x täglich abgerechnet werden.

Die Einsatzpauschale in Servicehäusern, Einrichtungen des „Betreuten Wohnen“, Altenwohnanlagen und ähnlichen Einrichtungen beträgt, 1,86 € je Einsatz und ist 1x täglich abrechenbar.

An Sonn- und Feiertagen sowie in der Nacht von 22.00 bis 6.00 Uhr wird ein 10%iger **Zuschlag** auf die Gesamtvergütung erhoben

Der jeweilige Leistungskomplex ist nur dann abrechnungsfähig, wenn von den dazu gehörigen Einzelmaßnahmen die wesentlichen Leistungsinhalte vollständig erbracht werden. Und dann werden die Leistungskomplexe auch komplett abgerechnet, gleich ob es sich um die vollständige Übernahme der Leistung, um unterstützende Hilfestellungen oder um Anleitung zur selbständigen Verrichtung handelt. Mit den ausgewiesenen Vergütungen eines Leistungskomplexes sind alle vertraglichen Leistungen abgegolten. Der für die jeweilige Verrichtung erforderliche Vor- und Nachbereitungsaufwand ist Bestandteil der Verrichtung und nicht gesondert vergütungsfähig.

Je günstiger der Punktwert, bzw. der Preis der Leistung ist, umso mehr Leistungen können genutzt werden, um mit dem Budget der Pflegesachleistung in dem jeweiligen Pflegegrad zurecht zu kommen. Der Pflegebedürftige soll nämlich die Möglichkeit erhalten, seine Leistungen flexibel einzukaufen. Wird das Budget überschritten, muss privat etwas dazu bezahlt werden oder notfalls ein Sozialhilfeantrag gestellt werden.

Wie lange genau mindestens gepflegt werden muss, ist gesetzlich nicht vorgeschrieben. Wie lange ein Pflegeeinsatz im Rahmen eines Leistungskomplexes dauert, kann mit dem Patienten und/oder den Angehörigen individuell festgelegt werden. Fakt ist aber, dass dem individuellen Bedarf des Betroffenen unbedingt Rechnung getragen werden muss und immer alle einzeln aufgeführten Maßnahmen je Leistungskomplex durchgeführt werden müssen! Ist die Leistung erbracht, kann der Pflegedienstmitarbeiter gehen. Die Leistung kostet dann eine feste Pauschale. Der Preis ist immer gleich hoch, auch wenn es mal kürzer oder länger gedauert hat.

Der Pflegestützpunkt händigt Ihnen gern Informationen über aktuelle Angebote und Adressen aus. Auf unserer Homepage können Sie ebenfalls auf eine aktuelle Liste zugreifen.

Entlastung durch professionelle Dienste

-Tagespflege-

Bei dieser Leistung handelt es sich um eine mehrstündige (ca. 6-7h) Pflege, Betreuung und Beschäftigung in einer Tagespflegestelle in Wohnortnähe des Pflegebedürftigen. Für pflegende Angehörige kann dies eine spürbare Entlastung sein. Die Versorgung ist in einer Gruppe von ca. 8-20 Personen. Es wird ein Fahrdienst + 3 Mahlzeiten angeboten. Es ist der Regel montags - freitags geöffnet. Die Patienten sollten mindestens Rollstuhl-mobil sein.

Jede Tagespflege hat feste Tagessätze. Die Beträge sind mit den Pflegekassen und Sozialhilfeträger ausgehandelt. Hier ist vertraglich festgelegt, wieviel die Einrichtung ansetzen darf für die einzelnen Kostenbestandteile. Der Tagessatz/Gesamtbetrag setzt sich aus folgenden Teilen zusammen:

- 1.) Die **Pflegekosten** (für die Grundpflege, Nahrungsaufnahme, Mobilitätsförderung sowie für die Behandlungspflege und für die soziale Betreuung)

Die Sätze sind nach Pflegegraden unterteilt. Die Bandbreite an Preisen reicht hierbei im Kreis Stormarn wie folgt:

Pflegegrad 1: Zwischen 22 und 30€ täglich

Pflegegrad 2: Zwischen 28 und 38€ täglich

Pflegegrad 3: Zwischen 33 und 46€ täglich

Pflegegrad 4: Zwischen 39 und 53€ täglich

Pflegegrad 5: Zwischen 42 und 57€ täglich

→Bezuschussung:

Wer einen Pflegegrad, bei dem übernehmen die Pflegekassen je nach Pflegegrad Zuschüsse für die Pflegekosten bis zu folgender maximaler Höhe:

Pflegegrad 1: 125€ aus dem Entlastungsbetrag monatlich

Pflegegrad 2: 689€ monatlich

Pflegegrad 3: 1298€ monatlich

Pflegegrad 4: 1612€ monatlich

Pflegegrad 5: 1995€ monatlich

- 2.) **Die Fahrtkosten** (Die Einrichtung stellt einen Hol- und Bringdienst)

Auch hier gelten Tagessätze (das heißt, der Satz wird am Tag nur einmal für den Hin- und Rückweg zusammen erhoben). Der Satz ist in jeder Einrichtung für alle Pflegegrade gleich hoch. Die Einrichtungen haben auch hier eine Schwankung an ausgehandelten Preisen: Zwischen 6 und 13€

→Bezuschussung:

Die Fahrtkosten werden bei Pflegegrad 2 – 5 von den Pflegekassen getragen. Es muss aber mit dem monatlichen „Budget“ (siehe oben) gehaushaltet werden. Um zu berechnen, für wie viele Tage der Zuschuss der Pflegekasse reicht, muss der tägliche Pflegesatz + Fahrtkosten mit der Anzahl der tatsächlich genutzten Tage in der Tagespflege multipliziert werden. Dann muss man es mit dem Pflegekassen-Zuschuss gegenrechnen.

Z.B: 20 Tage im Monat bei PG 2:

$20 \times (31\text{€ Pflegekosten} + 6\text{€ Fahrtkosten}) = 740\text{€}$. Abzüglich 689€ Zuschuss = 51€, die zunächst ungedeckt sind.

Die Zahlung des ungedeckten Betrags geschieht entweder privat, aus Mitteln der zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach §45b SGB XI (monatlich 125€), oder aus Mitteln der Verhinderungspflege nach §39 SGB XI (1612€ im Jahr).

Wer keinen Pflegegrad oder Pflegegrad 1 hat, muss komplett selbst zahlen.

3.) Die **Kosten für Unterkunft und Verpflegung** (meist sind Getränke, Mittagessen, Kaffeemahlzeit und Snacks mit inbegriffen sowie anteilig Kosten für Mobiliar & Ausstattung)

Auch hier gelten Tagessätze. Die Einrichtungen haben auch hier eine Schwankung an ausgehandelten Preisen. Zumindest für alle Pflegegrade ist dieser Satz dann innerhalb ein und derselben Einrichtung gleich hoch. Er liegt je nach Einrichtung zwischen 11 und 18€

→Bezuschussung:

Diese Kosten müssen privat gezahlt werden! Man kann allerdings auch hier die zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach §45b SGB XI (monatlich 125€), einsetzen. Außerdem können hier Mittel der Verhinderungspflege nach §39 SGB XI (1612€ im Jahr) eingesetzt werden.

4.) Die **Investitionskosten** (zur Instandhaltung und Modernisierung von Gebäuden)

Auch hier gelten Tagessätze. Die Einrichtungen haben auch hier eine Schwankung an ausgehandelten Preisen. Zumindest für alle Pflegegrade ist dieser Satz dann innerhalb ein und derselben Einrichtung gleich hoch. Er liegt je nach Einrichtung zwischen 10 und 13€

→Bezuschussung:

Wer mindestens Pflegegrad 2 hat und in Schleswig-Holstein gemeldet ist, kann hierfür einen Zuschuss in Höhe von 90% beim Kreis beantragen (Zuschuss zu den Investitionsaufwendungen gemäß Landespflegegesetzverordnung). Dieser Zuschuss ist unabhängig davon, wie hoch das Einkommen oder Vermögen ist. Der Antrag wird in der Regel von der Tagespflegestelle bei der Kreisverwaltung gestellt.

Wer keinen Pflegegrad oder Pflegegrad 1 hat, bekommt leider keinen Zuschuss. In diesen Fällen müssen die Betroffenen die Kosten selber tragen.

Wer einen Pflegegrad hat und die verbleibenden 10% nicht privat zahlen kann, kann auch hierfür Mittel der zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach §45b SGB XI (monatlich 125€) oder Mittel der Verhinderungspflege nach §39 SGB XI (1612€ im Jahr) einsetzen.

Der Pflegestützpunkt händigt Ihnen gern Informationen über aktuelle Angebote und Adressen aus. Auf unserer Homepage können Sie ebenfalls auf eine aktuelle Liste zugreifen.

Entlastung durch professionelle Dienste

-Aufenthalt in der Kurzzeitpflege-

Definition: Kurzzeitiger Aufenthalt in einer Pflegeeinrichtung

Anspruch:

- Der Anspruch auf Kurzzeitpflege besteht bei jedem Pflegebedürftigen, der Zuhause gepflegt wird.
- Der Anspruch besteht sofort ab dem ersten Tag der festgestellten Pflegebedürftigkeit (auch nach einem Eilverfahren).
- Berechtig sind Empfänger der Pflegegrade 2 bis 5.
- im Pflegegrad 1 kann eine Kurzzeitpflege nur mithilfe des Entlastungsbetrages von 125€ monatlich (auch aufsummierbar, falls nicht jeden Monat genutzt) bezuschusst werden. Oder aber nach einem Krankenhausaufenthalt über einen anderen Weg, siehe ganz unten.

Einlösbarkeit: Bis zu 8 Wochen/56 Tage pro Jahr und bis zu 1612€.

- Sind Leistungen der Verhinderungspflege nicht ausgeschöpft, gibt es die Möglichkeit, diese zu 100% auch zusätzlich für die Kurzzeitpflege einzusetzen. Das ergibt dann zusammen 3248€ oder 8 Wochen/56 Tage.
- grundsätzlich kann man die Kurzzeitpflege beliebig aufteilen (tageweise).
- eingelöst werden kann der Anspruch nur in einer zugelassenen Kurzzeitpflegeeinrichtung (Pflegeheim mit Kurzzeitpflege-Vertrag – fast alle Heime).
- das Budget bezieht sich auf die entfallenen Pflegekosten in der Rechnung. Kosten für Unterkunft/Verpflegung sowie für Investitionskosten können damit nicht gedeckt werden.

Restfinanzierung:

- Kosten für Unterkunft/Verpflegung können über den Entlastungsbetrag von 125€ monatlich abgedeckt werden. Diese Beträge können während eines laufenden Kalenderjahres angesammelt und abgerufen werden. Sogar in die ersten 6 Monate eines Folgejahres können nicht genutzte Beträge übertragen werden. Abgerufen werden können sie dann auch am Stück. Die Kurzzeitpflegerechnung kann dafür mit Verweis auf den Anspruch nach §45b SGB XI bei der Pflegekasse eingereicht werden. Um zu wissen, wieviel bereits gesammelt wurde, ist auch eine telefonische Abfrage des Standes bei der Pflegekasse möglich.
- Für die Investitionskosten können Menschen, die in Schleswig-Holstein gemeldet sind, einen Investitionskostenzuschuss beim Kreis Stormarn beantragen (Landesmittel). Dies bezieht sich auf 90% der Investitionskosten, höchstens jedoch 15,34€ täglich. Dies gilt nur für Pflegegrad 2-5 und auch nur für 4 Wochen im Jahr.

Weiterbezug von Pflegegeld:

- Es wird generell für den ersten und letzten Tag der Kurzzeitpflege das Pflegegeld in voller Höhe gezahlt (Grund: es gibt an diesen Tagen ja eine „Übergabe“).
- An den Tagen, wo die Kurzzeitpflege ganztägig stattfindet, wird das Pflegegeld trotzdem zur Hälfte weiter gezahlt.

Kurzzeitpflege bei Menschen, die nur Pflegegrad 1 oder gar keinen haben:

Können nach einem Krankenhaus-Aufenthalt eine Kurzzeitpflege aus der Krankenversicherung vom Arzt verordnet bekommen (§39c SGB V), und zwar sofern eine häusliche Pflege nicht ausreicht. Das Budget beträgt ebenfalls 1612€ für 8 Wochen im Jahr.

Der Pflegestützpunkt händigt Ihnen gern Informationen über aktuelle Angebote und Adressen aus. Auf unserer Homepage können Sie ebenfalls auf eine aktuelle Liste aller Pflegeheime zugreifen.

Entlastung durch professionelle Dienste

-Weitere Hilfen-

Es gibt zahlreiche weitere professionelle oder niedrighschwellige Hilfsangebote, die in einer individuellen Pflegesituation für Entlastung sorgen können:

- Hausnotrufsystem als schnelles Kommunikationsmittel bei Stürzen, Unfällen, Unwohlsein und Missgeschicken
- Essen auf Rädern (Menüdienst) mit der Lieferung einer fertig zubereiteten heißen Mittagsmahlzeit
- Lebensmittel-Lieferservice mit der Lieferung von Lebensmitteln auf individuelle Bestellung
- Haushaltshilfen für eine Entlastung bei der Haushaltsführung
- Umzugsdienstleister für tatkräftige Unterstützung beim Umzug
- Private Betreuungs- und Assistenzpersonen für eine Entlastung von Alltagsaufgaben, Übernahme von Fahrten, Besorgungen, Begleitung, Betreuung
- 24-Stunden Betreuung durch zeitweise im Hause lebende Kräfte, meistens aus Osteuropa vermittelt
- Ehrenamtlich organisierte Besuchsdienste und Nachbarschaftshilfen als Hilfsangebot für meist alleinlebende und finanziell bedürftige Personen
- Nutzung von örtlichen Betreuungsgruppen und Seniorentreffs
- Betreuer Urlaub und Nutzung von Pflege-Hotels zur Erholung und gleichzeitiger pflegerischer Versorgung des Pflegebedürftigen
- Im Falle einer Geschäftsunfähigkeit des Pflegebedürftigen und Fehlens/Wegfallens eines Vorsorgebevollmächtigten ist die Bestellung eines gerichtlich angeordneten Berufsbetreuers möglich für die Übernahme von Pflegeorganisation und anderen organisatorischen Aufgaben

Der Pflegestützpunkt berät Sie gern zu diesen Angeboten und händigt Ihnen Informationen über aktuelle Angebote und Adressen aus.