



# ds dienste für senioren

Wenn Pflege notwendig wird...  
Informationen zu Ansprüchen und  
Finanzierungen von Leistungen

Diese Mappe enthält  
Informationen zu:

Sozialgesetzbuch V  
zur Krankenversicherung (Auszüge)  
Sozialgesetzbuch XI  
zur Pflegeversicherung (Auszüge)  
Die Pflegestufen  
Ambulante Pflege  
Stationäre Pflege  
Tagespflege  
Kurzzeitpflege  
Verhinderungspflege  
Assistenzleistungen  
Leistungen der Sozialhilfeträger

Weitere Informationen über:

[www.dienste-fuer-senioren.com](http://www.dienste-fuer-senioren.com)  
oder die Internetseite der Diakonie Stetten.  
[www.diakonie-stetten.de](http://www.diakonie-stetten.de)

Sowie:

Otto-Mühlschlegel-Haus  
Strümpfelbacher Straße 63  
71384 Weinstadt

Seniorenzentrum Lorch  
Am Haldenberg 10  
73547 Lorch

Wohnanlage für Betreutes Wohnen  
Richard-Hirschmann-Straße 19  
73718 Esslingen

Sehr geehrte Interessentin  
Sehr geehrter Interessent

Die ds - dienste für senioren gGmbH ist eine gemeinnützige GmbH der Diakonie Stetten e.V. mit Sitz in Kernen im Remstal. Die ds - dienste für senioren bieten sowohl Betreutes Wohnen als auch Pflegehäuser für das Wohnen im Alter an.

Unsere Häuser befinden sich in Esslingen, Lorch sowie Endersbach.

In dieser Mappe haben wir die wichtigsten Informationen rund um das Thema Pflege für Sie zusammengestellt. Wir wollen Ihnen somit einen Wegweiser in die Hand geben, der Ihre wichtigsten Fragen beantworten soll.

Wird ein Angehöriger pflegebedürftig, weiß man oft nicht, was zu tun ist, beziehungsweise welche Möglichkeiten einem von Gesetzeswegen her zustehen.

Deshalb haben wir für Sie Informationen zu den betreffenden Gesetzestexten, den Pflegestufen, den verschiedenen Unterbringungsmöglichkeiten und den Ihnen zustehenden Leistungen zusammengestellt.

Wir hoffen Ihnen mit dieser Mappe den Einstieg in das komplexe Thema „Pflege“ erleichtern zu können.

Mit freundlichem Gruß

Helmut Reder

26.06.2008

## Inhaltsverzeichnis

	<b>Seite</b>
<b>Die gesetzliche Krankenversicherung</b>	<b>3</b>
Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung	3
Leistungen, die die Krankenkasse nicht mehr bezahlt	4
<b>Die Pflegeversicherung</b>	<b>5</b>
Wer ist pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung?	5
Stufen der Pflegebedürftigkeit	6
Pflugesachleistungen	7
Geldleistungen	7
Kombinationsleistungen	7
<b>Reform der Pflegeversicherung</b>	<b>7</b>
Neue Möglichkeiten der häuslichen Pflege	8
Kurzfristige Organisation der Pflege – Kurzfristige Arbeitsverhinderung	8
<b>Häusliche Pflege / Ambulante Pflege</b>	<b>8</b>
Soziotherapie bei schwerer psychischer Erkrankung	9
Zuzahlungen	9
<b>Tagespflege</b>	<b>10</b>
<b>Kurzzeitpflege</b>	<b>11</b>
<b>Verhinderungspflege</b>	<b>12</b>
<b>Die Kosten für Kurzzeit- und Verhinderungspflege in einem Pflegeheim</b>	<b>12</b>
Bei vorhandener Pflegestufe	12
Wenn keine Pflegestufe vorliegt	13
Wenn das Einkommen nicht reicht	13
<b>Assistenzleistungen</b>	<b>14</b>
<b>Hilfe zur Pflege</b>	<b>14</b>
Pflegestufe „0“	14
Einkommensgrenzen	15

## Die gesetzliche Krankenversicherung (Sozialgesetzbuch V)

Man unterscheidet die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und die Private Krankenversicherung (PKV).

### Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung

Auszüge aus dem Sozialgesetzbuch

#### § 1 Sozialgesetzbuch V – Krankenversicherung

Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wieder herzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu verbessern.

Die Versicherten sind für ihren Gesundheitszustand mitverantwortlich.

#### § 11 Übersicht über die Leistungen (Auszüge)

- zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung
- zur Früherkennung von Krankheiten
- zur Behandlung einer Krankheit
- Leistungen, die nach dem persönlichen Budget erbracht werden. Dies gilt in Verbindung mit dem Sozialgesetzbuch IX (Teilhabe behinderter Menschen am gesellschaftlichen Leben).

#### § 27 Die Ziele einer Krankenbehandlung sind

- eine Krankheit zu erkennen
- zu heilen
- ihre Verschlimmerung zu verhindern
- Krankheitsbeschwerden zu lindern

Die gesetzliche Krankenkasse arbeitet nach dem „Sachleistungsprinzip“.

Die Versicherten erhalten nicht das Geld für die Krankenbehandlung. Die Krankenkasse ist dafür verantwortlich, dass die Behandlung, die Sachleistung, erbracht wird.

Die Krankenkasse muss nicht jede Untersuchungs- und Behandlungsmethode bezahlen.

Nach der Rechtssprechung muss die Wirksamkeit der Behandlungsmethoden in einer ausreichenden Zahl auf Grund von wissenschaftlich geführten Statistiken gesichert sein.

#### § 34 Arznei und Verbandsmittel

Von den verschreibungspflichtigen Medikamenten sind für über 18 jährige ausgeschlossen:

- Medikamente gegen Erkältungskrankheiten
- Mund- und Rachentherapeutika
- Abführmittel
- Arznei gegen Reisekrankheiten
- Arzneimittel, bei deren Wirkung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht.

**Heilmittel** sind äußerlich anwendbare Mittel, die zur Krankenheilung beitragen. Arzneimittel wirken im Gegensatz dazu von innen auf den Körper.

Von außen angewendete Mittel sind vor allem Dienstleistungen, wie:

- Massagen
- Bäder
- Krankengymnastik
- Logopädie (Sprachtherapie)
- Beschäftigungstherapie (Ergotherapie)

**Hilfsmittel** sind sachliche Mittel oder technische Produkte, die individuell gefertigt werden. Dazu gehören neben Gehhilfen auch Spritzen und Inhalationsgeräte.

Die Krankenkassen sind verpflichtet, für die einzelnen Hilfsmittel Festbeträge zu entrichten. Liegt der Preis für ein Hilfsmittel über dem Festbetrag, hat der Versicherte den Unterschied selbst zu entrichten.

Für Heil- und Hilfsmittel gilt eine einheitliche Zuzahlung. Von allen volljährigen Versicherten sind 10% des von den Kassen zu zahlenden Preises, mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 10 Euro zu bezahlen.

### **Leistungen, die die Krankenkasse nicht mehr bezahlt:**

#### **Zahnersatz**

Seit dem 1.01.2005 ist Zahnersatz allein von Versicherten zu finanzieren. Die Krankenkassen bieten eine Zahnersatzversicherung an.

#### **Sterbegeld**

Mit Wirkung vom 1.01.2004 wurde der Anspruch auf Sterbegeld durch die Krankenversicherung vollständig gestrichen. Zuvor betrug der Betrag 1050 Euro beim Tod eines Mitgliedes.

Bei Pflegebedürftigkeit in der eigenen Häuslichkeit oder in einem Pflegeheim gilt weiter das Hausarztprinzip.

Der Hausarzt ist auch im Pflegeheim für die ärztliche Versorgung zuständig. Er muss neben den Therapien, Arzneimittel sowie, im Bedarfsfall, Rezepte für Inkontinenzhilfen ausstellen.

## Die Pflegeversicherung (Sozialgesetzbuch XI)

### Wer kann Leistungen nach der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen?

Die Pflegeversicherung ist eine Versicherung, die nach dem Versicherungsprinzip arbeitet.

Ein möglicher Pflegebedarf wird deshalb als Versicherungsfall bezeichnet.

Der Versicherungsfall tritt bei der Pflegeversicherung mit der Anerkennung des Pflegebedarfs durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen ein. Konkret bedeutet dies, dass die Pflegekasse einen Pflegebedarf anerkennt, der sich in eine der drei Pflegestufen einordnen lässt.

### Wer ist pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung?

Auszüge aus dem Sozialgesetzbuch XI

#### § 14 Sozialgesetzbuch XI – Begriff der Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf eines täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15) der Hilfe bedürfen.

Gewöhnliche und wiederkehrende Verrichtungen sind:

Im Bereich der Körperpflege

Waschen, Duschen, Baden

Zahnpflege, Kämmen, Rasieren

Darm- und Blasenentleerung

Im Bereich der Ernährung

Mundgerechte Zubereitung von Nahrung

Aufnahme von Nahrung

Im Bereich der Mobilität

Das selbständige Aufstehen und Zubettgehen

An- und Auskleiden

Gehen, Stehen, Treppensteigen

Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung

Im Bereich der Hauswirtschaftlichen Versorgung

Einkaufen, Kochen

Reinigen der Wohnung

Spülen

Wechseln und Waschen der Wäsche und der Kleidung

Das Beheizen

§ 3 Vorrang der häuslichen Pflege.

Die Pflegeversicherung soll mit ihren Leistungen vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn unterstützen, damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in der häuslichen Umgebung bleiben können.

Leistungen der teilstationären Pflege und der Kurzzeitpflege gehen den Leistungen der vollstationären Pflege vor.

## § 15 Stufen der Pflegebedürftigkeit

Stufe I: (erheblich Pflegebedürftige)

Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt 90 Minuten betragen. Hierbei müssen mindestens 45 Minuten auf die Grundpflege entfallen.

Stufe II: (Schwerpflegebedürftige)

Personen, die bei der Körperpflege, Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt drei Stunden betragen. Hierbei müssen mindestens zwei Stunden auf die Grundpflege entfallen.

Stufe III: (Schwerstpflegebedürftige)

Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und Hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt fünf Stunden betragen. Hierbei müssen mindestens vier Stunden auf die Grundpflege entfallen.

§ 18 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Die Pflegekassen haben durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung prüfen zu lassen, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welche Stufe der Pflegebedürftigkeit vorliegt.

### Pflegesachleistungen

Sofern einem pflegebedürftigen Menschen von den Pflegekassen mindestens die Pflegestufe II anerkannt wird, kann er Pflegesachleistungen beziehen. Damit sind die Leistungen gemeint, die ein von den Pflegekassen anerkannter Pflegedienst erbringt. Die pflegebedürftige Person erhält von den Pflegediensten die Dienstleistungen in Form der Pflege. Dies wird als Pflegesachleistung bezeichnet.

### Geldleistungen

Organisiert die pflegebedürftige Person ihre Pflege selbst, bekommt Sie bei Anerkennung einer Pflegestufe Pflegegeld.

### Kombinationsleistungen

Ein Pflegebedürftiger kann Sachleistungen, die er über einen Pflegedienst bezieht mit Geldleistungen kombinieren, die er für Pflegeleistungen ausgibt, die er nicht über einen anerkannten Pflegedienst bezieht.

## Reform der Pflegeversicherung

Zum 1. Juli 2008 ist das „Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung“ in Kraft getreten. Die Leistungen sollen schrittweise erhöht werden, sowohl im Bereich der häuslichen Pflege als auch für demenziell erkrankte Pflegebedürftige im stationären Bereich.

Die Leistungen, die ein von den Pflegekassen anerkannter Pflegedienst übernimmt, werden Pflegesachleistungen genannt.

Die ambulanten Sachleistungen sollen bis 2012 folgendermaßen angehoben werden:

Pflegestufe	bisher	2008	2010	2012
Stufe I	384	420	440	450
Stufe II	921	980	1040	1100
Stufe III	1432	1470	1510	1550

Beträge in Euro

Die Stufe III für Härtefälle im ambulanten Bereich in Höhe von 1918 Euro monatlich bleibt bestehen.

Das Pflegegeld soll bis 2012 in folgenden Stufen erhöht werden (siehe Geldleistungen):

Pflegestufe	bisher	2008	2010	2012
Stufe I	205	215	225	235
Stufe II	410	420	430	440
Stufe III	665	675	685	700

Beträge in Euro

## Neue Möglichkeiten der häuslichen Pflege

Viele Pflegebedürftige möchten zu Hause in ihrer gewohnten Umgebung versorgt werden. Um dies zu ermöglichen, werden künftig mit durch das neue Pflegezeitgesetz die Angehörigen mehr unterstützt. Ab dem 1. Juli 2008 wurde der Anspruch auf Pflegezeit von bis zu sechs Monaten gewährt. Für diese Dauer kann sich der Angehörige ohne Lohn- und Gehaltszahlung von der Arbeit freistellen lassen. Für diese Pflegezeit bleibt man über die Pflegekasse rentenversichert. Die Krankenversicherung läuft entweder über einen eigenen Mindestbeitrag oder über die Familienmitversicherung.

## Kurzfristige Organisation von Pflege – Kurzfristige Arbeitsverhinderung

Pflegezeitgesetz § 2

Wird ein Angehöriger unerwartet zum Pflegefall, gibt es die Möglichkeit der Freistellung von der Arbeit für bis zu zehn Tage. Damit sollen Familienmitglieder zeitnah und zügig reagieren können, wenn bei einem Akutereignis (Schlaganfall, Herzinfarkt, Unfall) ein Pflegebedarf entsteht. Wichtig hierbei ist, dass der plötzliche Eintritt eines Pflegefalls vorliegt.

Somit soll dem Angehörigen die benötigte Zeit gegeben werden mit den Sorgen und Problemen im Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit fertig zu werden.

Es besteht kein Anspruch auf Lohnfortzahlung.

## Häusliche Krankenpflege / Ambulante Pflege

Ca. 90% der pflegebedürftigen Menschen werden zu Hause gepflegt. Das System der ambulanten Pflege wird vom Gesetzgeber bevorzugt.

## Auszüge aus dem Sozialgesetzbuch V zur häuslichen Pflege

§ 37 Sozialgesetzbuch V – Häusliche Krankenpflege

Die Versicherten haben Anspruch auf häusliche Krankenpflege, die von der Krankenkasse finanziert wird, wenn damit ein Anspruch auf einen notwendigen Krankenhausaufenthalt vermieden oder verkürzt wird.

Der Anspruch besteht nur, wenn eine im Haushalt lebende Person den Kranken nicht im erforderlichen Umfang versorgen kann.

Die Behandlungspflege kann von den Krankenkassen auch dann genehmigt werden, wenn damit das Ziel der ärztlichen Behandlung sichergestellt wird (§ 37(2) SGB V). Dies kann prinzipiell zeitlich unbefristet erfolgen, solange die Behandlungspflege aus ärztlicher Sicht medizinisch notwendig ist.

Die häusliche Krankenpflege umfasst

- eine Grundpflege
- Behandlungspflege
- hauswirtschaftliche Versorgung.

Unter Grundpflege versteht man:  
Den Patienten „betten“ und „lagern“,  
Waschen und Baden,  
Hilfe beim Toilettengang.

Unter Behandlungspflege versteht man medizinische Leistungen, die nicht vom Arzt selbst erbracht werden, wie:

- Verbände anlegen.
- Medikamente richten, verabreichen und die Einnahme kontrollieren
- Injektionen
- Einreibungen
- Katheter
- Dekubitusprophylaxe

Zur hauswirtschaftlichen Versorgung gehört das Zubereiten von Mahlzeiten sowie Reinigungsarbeiten.

Die Dauer der beschriebenen häuslichen Pflege, die von der Krankenkasse bezahlt wird, ist auf vier Wochen beschränkt. Eine Verlängerung ist nach Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen möglich.

### **Soziotherapie bei schwerer psychischer Erkrankung**

Neu im Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung ist die Aufnahme von Soziotherapie. Bei schwerer psychischer Erkrankung haben Versicherte Anspruch auf Soziotherapie, wenn dadurch ein Krankenhausaufenthalt zu vermeiden ist und die Versicherten aufgrund ihrer Erkrankung nicht in der Lage sind ärztliche Leistungen oder Verordnungen selbständig in Anspruch zu nehmen. Die Soziotherapie beinhaltet die im Einzelfall erforderliche Motivation zur Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen oder die erforderliche Koordination. Innerhalb von drei Jahren sind 120 Stunden Soziotherapie möglich. Dabei besteht eine Zuzahlungspflicht von 10% der Kosten.

### **Zuzahlungen**

Für die ersten 28 Tage Inanspruchnahme der Leistungen der Pflegekasse ist eine Zuzahlung in Höhe von 10% der Kosten vom Versicherten zu bezahlen. Die Zuzahlungen werden von den Krankenkassen eingezogen.

Für jede ärztliche Verordnung ist eine Zuzahlung von 10 Euro zu entrichten.

## Tagespflege

Die Tagespflege bietet Menschen mit Pflegebedarf tagsüber notwendige pflegerische und therapeutische Versorgung und Hilfen. Abends kehren sie in ihre Wohnungen zurück und verbringen auch das Wochenende zu Hause. Die Pflegekasse beteiligt sich an der Pflegevergütung.

Tagespflege wird in speziellen Einrichtungen der Tagespflege angeboten oder in Pflegeheimen in Form der integrierten Tagespflege. Einrichtungen der Tagespflege müssen ebenfalls von den Pflegekassen anerkannt sein, wenn Leistungen aus der Pflegeversicherung in Anspruch genommen werden sollen.

Durch die Tagespflege soll erreicht werden:

- eine Entlastung der Angehörigen
- Vermeidung oder Hinauszögerung eines Heimaufenthaltes
- Sicherstellung einer angemessenen Pflege und Betreuung tagsüber
- eine Förderung bzw. Erhaltung sozialer Kommunikation.

### Auszug aus dem Sozialgesetzbuch XI zur Tages- und Nachtpflege

§ 41 Sozialgesetzbuch XI (Auszug)

1) Pflegebedürftige haben Anspruch auf teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist. Die teilstationäre Pflege umfasst auch die notwendige Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung der Tagespflege oder der Nachtpflege und zurück.

(2) Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen der teilstationären Pflege, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie die Aufwendungen für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege:

für Pflegebedürftige der Pflegestufe I im Wert bis zu 420 Euro,

für Pflegebedürftige der Pflegestufe II im Wert bis zu 980 Euro,

für Pflegebedürftige der Pflegestufe III im Wert bis zu 1470 Euro je Kalendermonat.

Aufnahmevoraussetzungen sind:

- Transportfähigkeit, Gruppenfähigkeit keine aggressiven Tendenzen.

Reichen die Leistungen der Pflegekasse zur Deckung der entstehenden Kosten nicht aus, können diese im Rahmen der Einzelfallhilfe bei Unterschreitung bestimmter Einkommens- und Vermögensgrenzen vom Sozialamt übernommen werden.

Tagespflegeeinrichtungen, die ihre Leistungen mit der Pflegekasse abrechnen können, benötigen einen sogenannten „Versorgungsvertrag.“ Die Pflegekasse bezahlt das Pflegegeld an Einrichtungen nur, wenn diese einen solchen Vertrag nachweisen können.

## Kurzzeitpflege

### Ein Angebot zur Entlastung pflegender Angehöriger

Viele pflegebedürftige Menschen werden zu Hause gepflegt. Kann ein pflegebedürftiger Mensch vorübergehend nicht in ausreichendem Umfang zu Hause gepflegt werden, hat der Gesetzgeber die Möglichkeit der Kurzzeitpflege geschaffen. Unter Kurzzeitpflege versteht man die vorübergehende Versorgung und Betreuung pflegebedürftiger Menschen in einer Pflegeeinrichtung.

Die Gründe hierfür können unterschiedlich sein:

Gesundheitliche Krisen bei kurzfristiger Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Pflegebedürftigen und eine dadurch entstehende Überforderung der Hauptpflegeperson; zur Überbrückung, bis ein geeigneter beziehungsweise gewünschter Dauerpflegeplatz zur Verfügung steht.

Die Pflegekassen übernehmen die Kosten für die vorübergehende Pflege, die dabei anfallen. Jedoch werden nicht die gesamten Kosten des Heimaufenthalts übernommen.

Die Pflegekassen unterstützen dazu einen Aufenthalt von bis zu vier Wochen im Kalenderjahr. Sie können einen finanziellen Beitrag zu den pflegebedingten Kosten bis zu 1470 Euro im Kalenderjahr genehmigen.

Kurzzeitpflege erfolgt in Pflegeheimen, die die Genehmigung haben Kurzzeitgäste aufzunehmen. Mit Hilfe der Kurzzeitpflege lassen sich Notsituationen gut überbrücken. Ein Beispiel dafür ist, wenn nach einem Krankenhausaufenthalt die Wohnung auf die neue Pflegesituation vorbereitet werden muss. Die Kurzzeitpflege kann auch gut dafür genutzt werden, um Entscheidungshilfe für den richtigen Platz einer zukünftigen Versorgung zu finden. In einer Kurzzeitpflege entscheidet sich häufig, ob nach der Kurzzeitpflege ein Verbleiben in der eigenen Wohnung möglich ist oder ob eine dauerhafte Versorgung im Pflegeheim notwendig wird.

Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege können Sie unabhängig voneinander beantragen. Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege wird bei der zuständigen Pflegekasse beantragt.

Die Pflegekasse ist unter der Adresse der Krankenkasse des Versicherten zu finden.

## Verhinderungspflege

### Möglichkeiten der Entlastung bei der häuslichen Pflege

Viele pflegebedürftige Menschen werden zu Hause gepflegt. Den größten Anteil an der Pflege haben dabei die pflegenden Angehörigen.

Zur Entlastung der Personen, die die häusliche Pflege durchführen sind vom Gesetzgeber die Möglichkeiten der Verhinderungspflege geschaffen worden.

Gründe für die Entlastung können sein: Urlaub, Kur, Erholung, Erkrankung der Hauptpflegeperson.

Die Pflegekassen übernehmen die Kosten für die vorübergehende Pflege, die dabei entstehen.

Sie übernehmen nicht die gesamten Kosten eines Heimaufenthalts.

Die Pflegekassen unterstützen dazu einen Aufenthalt von bis zu vier Wochen im Kalenderjahr. Die Pflegekasse kann einen finanziellen Beitrag zu den pflegebedingten Kosten bis zu 1470 Euro im Kalenderjahr genehmigen.

Wird die Pflege durch eine zugelassene Sozialstation gewerbsmäßig durchgeführt, gelten ebenfalls die Sätze bis zu 1470 Euro im Jahr.

Wird die Pflege von einer nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegeperson in der Häuslichkeit des pflegebedürftigen Menschen durchgeführt, gelten andere Sätze für die Verhinderungspflege.

Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege können unabhängig voneinander beantragt werden.

Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege wird bei der zuständigen Pflegekasse beantragt.

Die Pflegekasse ist unter der Adresse der Krankenkasse des Versicherten zu finden.

## Die Kosten für Kurzzeit- und Verhinderungspflege in einem Pflegeheim

### Bei vorhandener Pflegestufe

#### Wie setzen sich die Kosten in einem Pflegeheim zusammen?

Die Kosten in einem Pflegeheim setzen sich aus drei Teilen zusammen. Dies sind die Pflegekosten, Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie die Kosten für die Investition des Gebäudes, inklusive der Kosten für die Instandhaltung und Modernisierung der Einrichtung. Die Höhe der Pflegesätze richtet sich nach den Pflegestufen, in die die Gäste vor ihrem Aufenthalt schon eingestuft sind

#### Die Höhe der Pflegekosten, die von der Pflegekasse übernommen werden.

Für die Kurzzeitpflege und für die Verhinderungspflege kann die Pflegekasse jeweils 1470 Euro im Jahr genehmigen.

Je höher die Pflegestufe des Gastes (Verhinderungspflege oder Kurzzeitpflege) und damit der Pflegeaufwand, desto teurer ist der Tagessatz. Dies bedeutet, dass Pflegebedürftige der Stufe III den Höchstbetrag von 1.470 Euro pro Kalenderjahr für Kurzzeitpflege schneller ausgeschöpft haben!

Zusätzlich wirkt sich auf die Berechnung der Tage, für die finanzielle Unterstützung möglich ist, aus, dass es Unterschiede in den Tagessätzen zwischen den Einrichtungen gibt.

Die Pflegekassen übernehmen für Personen, die in eine Pflegestufe eingestuft wurden, die Kosten für pflegebedingte Aufwendungen, soziale Betreuung sowie medizinische Behandlungspflege und dies bis zu vier Wochen pro Kalenderjahr. Dabei können bis zu vier Wochen für die Kurzzeitpflege und vier Wochen für die Verhinderungspflege beantragt werden. Die Anteile für Unterkunft und Verpflegung, sowie die Investitionskosten muss der Pflegebedürftige selbst tragen.

### **wenn keine Pflegestufe vorliegt**

Liegt keine Pflegestufe vor, so ist zunächst zu prüfen, ob der Pflegebedürftige Anspruch auf eine Pflegestufe haben könnte. Dazu kann ein Antrag auf eine Pflegestufe bei der Pflegekasse gestellt werden. Wird die Pflegestufe nachträglich genehmigt, so bezahlt die Pflegekasse rückwirkend ihren Anteil am Pflegesatz ab dem Tag, an welchem der Antrag gestellt wurde.

Besteht keine Aussicht auf eine Einstufung, so wird in unseren Pflegeheimen die Pflegestufe „0“ zu Grunde gelegt. Für die Pflegestufe „0“ sind Pflegesätze verhandelt und genehmigt.

### **Wenn das eigene Einkommen nicht reicht**

Reichen das eigene Einkommen und Vermögen nicht aus, kann beim Sozialamt die Übernahme der Kosten für Unterkunft und Verpflegung beantragt werden. Das Sozialamt kommt auch ggf. für die Gesamtkosten auf, wenn ein älterer Mensch nicht in eine Pflegestufe eingestuft ist und die Gesamtkosten selbst tragen muss. Ob die Kosten übernommen werden können, hängt vom Einkommen, dem Vermögen und eventuellen Unterhaltsverpflichtungen seitens der Angehörigen ab. (siehe „Hilfe zur Pflege“)

## Assistenzleistungen

Der Begriff der Assistenzleistungen findet immer häufiger Verwendung. Unter diesem Begriff sind bestehende und neue Leistungen zusammengefasst. Dies betrifft sowohl Leistungen, die mit Pflege und Pflegebedarf zusammenhängen als auch Themenkreise, in denen es um die Begleitung und Unterstützung von Menschen mit Behinderungen in einem weiteren Sinne geht. In dieser Mappe wird nur auf Assistenzleistungen eingegangen, die im Zusammenhang mit der Pflege stehen.

Bei einer Assistenzleistung handelt es sich allgemein um eine personenbezogene Dienstleistung, die je nach Bedarf mit unterschiedlichsten Inhalten angeboten werden kann. Die Assistenzleistungen sind vom Pflegebedürftigen selbst zu finanzieren beziehungsweise er kann über ein Antragsverfahren beim Sozialhilfeträger die Genehmigung von Assistenzleistungen erlangen.

Als Assistenznehmer wählen die pflegebedürftigen Menschen ihre Assistenten selbst aus. Sie bestimmen Zeit, Ort und Art der Assistenzleistung und leiten an.

Eine Form der Assistenzleistungen sind die Haushaltsnahen Dienstleistungen. Diese müssen im Haushalt der pflegebedürftigen Person erbracht werden.

Sie können nach § 35a Einkommensteuergesetz auf Antrag in Höhe von 20% der Aufwendungen (höchstens 600 Euro im Jahr) von der Einkommenssteuer abgezogen werden. Dieser Betrag erhöht sich auf 1200 Euro für Pflege- und Betreuungsleistungen bei Personen, für die eine von der Pflegekasse anerkannte Pflegebedürftigkeit vorliegt. Haushaltsnahe Dienstleistungen können auch von der Einkommensteuer abgesetzt werden, wenn die Dienstleistungen im Haushalt des Steuerpflichtigen erbracht werden.

## Hilfe zur Pflege (SGB XII, §§61ff)

### Unterstützung bei der Finanzierung der Pflegekosten durch den Sozialhilfeträger

Die Pflegeversicherung stellt eine Grundabsicherung dar. Können Pflegebedürftige mit hohem Pflegebedarf ihre notwendige Pflege mit den von der Pflegekasse gewährten Leistungen nicht voll finanzieren, tritt grundsätzlich die Sozialhilfe mit ergänzenden Leistungen bis zur vollen Höhe des Bedarfs ein.

Nimmt der Pflegebedürftige im Rahmen der ambulanten Pflege ausschließlich oder überwiegend Pflegesachleistungen der Pflegekasse in Anspruch, kann geprüft werden, ob ihm daneben ergänzend ein Pflegegeld von der Sozialhilfe zu gewähren ist.

Im Falle einer stationären Unterbringung übernimmt die Sozialhilfe zusätzlich die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie die Investitionskosten.

### Pflegestufe „0“

Für Pflegebedürftige, die nicht den Grad der erheblichen Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe I erreichen und deswegen keine Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, können unter bestimmten Voraussetzungen Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem Sozialgesetzbuch XII beziehen, da diese zum Teil bereits bei geringer Pflegebedürftigkeit einsetzen. Wird Hilfe zur Pflege gewährt, hat die häusliche Pflege gegenüber teil- oder vollstationärer Pflege Vorrang.

## Einkommensgrenzen

Für die Bewilligung für Hilfe zur Pflege gelten bestimmte Einkommensgrenzen. Liegt das persönliche Einkommen unterhalb dieser Grenze, hat man vollen Anspruch auf Sozialhilfe. Liegt das Einkommen oberhalb der festgelegten Grenze, muss der Teil des Einkommens, der über dieser Grenze liegt, für die Pflegekosten eingesetzt werden.

Die Einkommensgrenzen setzen sich folgendermaßen zusammen:

- Grundbetrag  
Für den Grundbetrag wird das Zweifache des Eckregelsatzes angenommen. Dieser beträgt 345 Euro. Somit liegt die Einkommensgrenze bei 690 Euro.
- Kosten für eine angemessene Unterkunft  
Die Höhe der Kosten beläuft sich in der Regel auf die ortsübliche Miete für eine der Größe nach angemessene Wohnung einschließlich den Nebenkosten (ohne Heizung)
- Familienzuschlag  
Der Familienzuschlag beträgt 70% des aufgerundeten Betrages des Regelsatzes eines Haushaltsvorstandes für den nicht getrennt lebenden Ehegatten und jeden weiteren Haushaltsangehörigen.

## Impressum:

Text: Helmut Reder, Sandra Krauter  
Layout: Marion Kabsch, Sandra Krauter  
Deckblatt: Gerold Dreßler, „Agentur für d`Werbung“, Schorndorf