



INFORMATIONEN ZU HILFEN UND PFLEGE

2022

Ambulanter Pflegedienst Naake GmbH

Mühlstraße 61 64319 Pfungstadt Tel.: 0 61 57 – 937 45 56 FAX: 0 61 57 – 937 47 04

www.pflegedienst-naake.de
info@pflegedienst-naake.de

Inhalt

| | |
|---|-----------|
| ALLZEIT gut beraten | 2 |
| Informationen zu Hilfen und Pflege | 3 |
| Wer ist pflegebedürftig? | 3 |
| Wo werden Pflegeleistungen beantragt? | 3 |
| Welche Voraussetzungen müssen für die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen erfüllt sein? | 3 |
| Wie schnell wird über den Antrag entschieden? | 4 |
| Einteilung der Pflegegrade | 4 |
| Pflegegrad 1 | 4 |
| Pflegegrad 2 | 4 |
| Pflegegrad 3 | 4 |
| Pflegegrad 4 | 4 |
| Pflegegrad 5 | 4 |
| Was bietet die Pflegeversicherung | 5 |
| Pflegegeld | 5 |
| Pflegesachleistung | 6 |
| Kombinationsleistung | 7 |
| Teilstationäre Tages- und Nachtpflege | 7 |
| Entlastungsbetrag / Entlastungsleistungen | 8 |
| Verhinderungspflege | 9 |
| Stundenweise Verhinderungspflege | 9 |
| Kurzzeitpflege | 10 |
| Technische Pflegehilfsmittel | 11 |
| Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel | 11 |
| Wohnraumanpassung | 12 |
| Ambulante Wohngruppen | 12 |
| Individuelle Pflegeberatung | 13 |
| Pflegekurse | 13 |
| Übergangspflege im Krankenhaus | 14 |
| Vollstationäre Pflege | 14 |
| Leistungszuschlag in vollstationären Einrichtungen | 15 |
| Überblick über die Leistungen der Pflegekasse | 16 |

ALLZEIT gut beraten

Als Pflegedienstleister steht bei ALLZEIT die Beratung pflegebedürftiger Menschen und deren Angehörige im Vordergrund.



"Gut beraten" bedeutet,
Informationen und Antworten auf individuelle Fragen zu erhalten.

Wir profitieren von unserer jahrelangen Erfahrung und geben unser Wissen gerne an Sie weiter.

Unsere Leistungen:

- Beratungseinsatz nach § 37.3 SGB XI
- Antworten auf Fragen der Behandlungspflege, Injektionen, Verbandwechsel und vieles mehr
- Ermittlung des Pflege- und Betreuungsbedarfes
- erstellen von umfangreichen Hilfe- und Serviceplänen nach § 7a der Pflegeversicherung SGB XI Case Management
- individuelle Schulung von Angehörigen nach § 45 der Pflegeversicherung SGB XI bei Ihnen zu Hause
- Unterstützung bei Antragsstellung an Ihre Pflegekasse
- Aufklärung über Entlastungsleistungen nach § 45b der Pflegeversicherung SGB XI
- erläutern von möglichen Maßnahmen und Kostenübernahmen zur Wohnraumanpassung
- Informationen über die Leistungen der Verhinderungs-, Kurzzeit- und Tagespflege
- Beratung zu Pflegehilfsmitteln
- Erläuterung der Vorteile und eventuelle Kostenübernahme eines Hausnotrufsystems.

Informationen zu Hilfen und Pflege

Wer ist pflegebedürftig?

Grundsätzlich kann Pflegebedürftigkeit im Sinne des Gesetzes in jedem Lebensalter auftreten.

Im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes gelten Menschen als pflegebedürftig die

- gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeiten oder Fähigkeiten aufweisen
- körperliche, kognitive und psychische Beeinträchtigungen (z.B. bei Demenz) oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht bewältigen können
- diese Menschen sind deshalb auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate auf Hilfe von Anderen angewiesen.

Wo werden Pflegeleistungen beantragt?

Um Pflegeleistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen zu können, muss ein Antrag bei der zuständigen Pflegekasse gestellt werden.

Die Antragsstellung kann je nach Pflegekasse, telefonisch, formlos per Brief oder auf einem Formblatt (Antrag oder Höhergruppierung des Pflegegrades) gestellt werden. Die Antragstellung kann auch von Familienmitgliedern oder guten Bekannten übernommen werden, wenn diese dazu bevollmächtigt werden.

Nach Antragsstellung beauftragt die Pflegekasse den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (nachfolgend MD genannt) mit der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit.

Leistungen der Pflegeversicherung können nur dann in Anspruch genommen werden, wenn der MD dem Antragsteller einen Pflegegrad zuerkannt hat.

Privatversicherte stellen ihren Antrag bei ihrem privaten Versicherungsunternehmen. Die Begutachtung erfolgt dann durch „MEDICPROOF“.

Welche Voraussetzungen müssen für die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen erfüllt sein?

Um Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen zu können, muss der Versicherte

- in den letzten zehn Jahren vor der Antragsstellung zwei Jahre in der Pflegekasse als Mitglied eingezahlt haben
- oder familienversichert sein
- außerdem muss eine Pflegebedürftigkeit vorliegen.

Wie schnell wird über den Antrag entschieden?

Dem Antragssteller ist spätestens 25 Arbeitstage nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse mitzuteilen, ob die Voraussetzungen für einen Pflegegrad vorliegen. In dieser Frist muss ein schriftlicher Bescheid durch die Pflegekasse beim Antragssteller eingegangen sein.

Bei einem Krankenhausaufenthalt, einer Hospizunterbringung oder während einer ambulant-palliativen Versorgung muss die Begutachtung durch den MD innerhalb einer Woche erfolgen, wenn dies zur Sicherstellung der weiteren Versorgung erforderlich ist.

Einteilung der Pflegegrade

Pflegegrad 1

Bei Personen, die in den Pflegegrad 1 eingruppiert werden, liegt eine **geringe Beeinträchtigung** der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten vor.

Dieser Personenkreis hat nur eingeschränkt Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung.

Pflegegrad 2

Es liegt eine **erhebliche Beeinträchtigung** der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten vor.

Pflegegrad 3

Es liegt eine **schwere Beeinträchtigung** der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten vor.

Pflegegrad 4

Es liegt eine **schwerste Beeinträchtigung** der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten vor.

Pflegegrad 5

Es liegt eine **schwerste Beeinträchtigung** der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten **mit besonderer Anforderung an die pflegerische Versorgung vor.**

Was bietet die Pflegeversicherung

Pflegegeld

Voraussetzung für den Erhalt von Pflegegeld ist, dass die häusliche Pflege selbst sichergestellt ist. Zum Beispiel durch Angehörige oder andere tätige Pflegepersonen.

Das Pflegegeld wird dem Pflegebedürftigen von der Pflegekasse überwiesen.

Dieser kann frei über das gezahlte Pflegegeld verfügen.

Pflegebedürftige, die Pflegegeld beziehen, müssen in den Pflegegraden

- 2 + 3 ½ jährlich
- 4 + 5 ¼ jährlich

einen Beratungsbesuch nach § 37.3 SGB XI in der eigenen Häuslichkeit in Anspruch nehmen.

Auch Personen mit Pflegegrad 1 haben die Möglichkeit einen solchen Beratungsbesuch in Anspruch zu nehmen.

Das monatliche Pflegegeld ist nach dem Schweregrad der Pflegebedürftigkeit gestaffelt

| Pflegegrad | monatliche Leistung |
|------------|---------------------|
| 1 | Keine Leistung |
| 2 | 316,00 € |
| 3 | 545,00 € |
| 4 | 728,00 € |
| 5 | 901,00 € |

Pflegegeld kann **nicht** gezahlt werden

- bei fehlender Pflegeperson
- bei einer vollstationären Krankenhausbehandlung, einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation
- bei Inanspruchnahme der vollen Sachleistungen
- bei vollstationärer Pflege

Pflegesachleistung

Die Sachleistungen der Pflegeversicherung werden für den Einsatz von ambulanten Pflegediensten gezahlt. Diese rechnen direkt mit der Pflegekasse ab.

Ein ambulanter Pflegedienst unterstützt Pflegebedürftige und ihre Angehörigen bei der Pflege zu Hause. Die Mitarbeiter des Pflegedienstes helfen im Rahmen von Hausbesuchen fach- und sachkundig bei der täglichen Pflege.

Das Leistungsangebot der häuslichen Pflege durch einen ambulanten Pflegedienst erstreckt sich über folgende Bereiche

- **körperbezogene Pflegemaßnahmen**, z. B. Körperpflege, Ernährung, Mobilisation und Lagerung
- **pflegerische Betreuungsmaßnahmen**, z. B. Gestaltung des alltäglichen Lebens
- **Hilfe bei der Haushaltsführung**, z.B. Einkaufen, Kochen, Wohnungsreinigung
- **Beratung** der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen bei pflegerischen Fragestellungen
- **Unterstützung** zur Bewältigung und Gestaltung des alltäglichen Lebens im häuslichen Umfeld, z.B. Tagesstrukturierung, Kommunikation, kognitive Aktivierung
- **häusliche Krankenpflege** (nach § 37 SGB V) als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die häusliche Pflege ermöglicht Betroffenen, trotz Pflegebedürftigkeit in der vertrauten Umgebung zu bleiben.

Hierzu gehört auch z.B. die Vermittlung von Fahrdiensten, oder Menüservice.

Bezieher von Sachleistungen können ebenfalls einen Beratungseinsatz nach § 37.3 SGB XI kostenlos in Anspruch nehmen.

Monatlich können folgende Beträge mit der Pflegeversicherung durch den Pflegedienst abgerechnet werden.

| Pflegegrad | monatliche Leistung |
|-------------------|----------------------------|
| 1 | Keine Leistung |
| 2 | 724,00 € |
| 3 | 1.363,00 € |
| 4 | 1.693,00 € |
| 5 | 2.095,00 € |

40% der Pflegesachleistungen können als Entlastungsleistungen (Seite 8) verwendet werden. Für die Umwandlung ist es nicht nötig, einen Antrag zu stellen.

Kombinationsleistung

Um eine optimale, auf die individuellen Bedürfnisse abgestimmte Pflege zu gewährleisten, ist es möglich, dass sich Angehörige und ambulanter Pflegedienst die Pflege teilen.

Konkret bedeutet dies, dass ein anteiliges Pflegegeld gezahlt wird, wenn der ambulante Pflegedienst die Pflegesachleistung nicht im vollen Umfang in Anspruch nimmt.

Teilstationäre Tages- und Nachtpflege

Unter teilstationäre Pflege versteht man die stundenweise Betreuung in einer Tages- und Nachtpflegeeinrichtung.

Dieses Modell kommt dann zum Einsatz, wenn die häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang möglich ist.

Dabei übernimmt die Pflegekasse die Pflegekosten, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Kosten der medizinischen Behandlungspflege bis zu bestimmten Höchstbeträgen.

Die Fahrdienste sind in den vereinbarten Pflegesätzen enthalten.

Die Kosten für die Verpflegung müssen dagegen privat oder über einen Teil mit den Entlastungsleistungen § 45 b SGB XI verrechnet werden.

Die Leistungen der Tages- und Nachtpflege können neben der ambulanten Pflegeleistung oder dem Pflegegeld in vollem Umfang in Anspruch genommen werden.

Eine Ausnahme gilt für Bewohner einer ambulant betreuten Wohngruppe. Diese können die Leistungen der Tages- und Nachtpflege nur nutzen, wenn durch die Prüfung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nachgewiesen wurde, dass die Pflege und Betreuung in der Wohngruppe ohne eine teilstationäre Tages- oder Nachtpflege nicht sichergestellt sind.

Es gelten folgende Höchstbeträge im Monat

| Pflegegrad | monatliche Leistung |
|-------------------|----------------------------|
| 1 | Keine Leistung |
| 2 | 689,00 € |
| 3 | 1.298,00 € |
| 4 | 1.612,00 € |
| 5 | 1.995,00 € |

Entlastungsbetrag / Entlastungsleistungen

Allen Pflegebedürftigen (Pflegegrad 1 bis 5) steht ein monatlicher Entlastungsbetrag von 125,00 € zur Verfügung.

Für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 wird dieser Betrag zu den laufenden Leistungen der Pflegeversicherung gewährt.

Dieser Betrag wird von der Pflegekasse nicht direkt an den Versicherten ausbezahlt, sondern wird ausschließlich von anerkannten Anbietern mit der Pflegekasse abgerechnet.

Wird die Leistung in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderhalbjahr (auch jahresübergreifend) übertragen werden. Er verfällt jedoch jeweils zum 30. Juni des Folgejahres.

Der Entlastungsbetrag kann für folgende Angebote in Anspruch genommen werden

- Anerkannte Betreuungsangebote, z.B. Einzelbetreuung, Betreuungsgruppen für Menschen mit Demenz
- Anerkannte Entlastungsangebote, z. B. haushaltsnahe Dienstleistungen, Alltagsbegleitung
- Tages- und Nachtpflege, Eigenanteil
- Kurzzeit- und Verhinderungspflege, Eigenanteil

Wer seinen Anspruch auf ambulante Pflegesachleistungen nicht vollständig ausschöpft, kann außerdem den nicht für den Bezug von ambulanten Sachleistungen genutzten Betrag für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote verwenden.

Dies ist jedoch nur mit maximal 40% des hierfür vorgesehenen Leistungsbetrages möglich.

Verhinderungspflege

Macht die private Pflegeperson Urlaub oder ist sie durch Krankheit vorübergehend an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegeversicherung die Kosten einer Ersatzpflege, der sogenannten Verhinderungspflege.

Wird diese Pflege vorübergehend durch entfernte Verwandte, Nachbarn oder einen ambulanten Pflegedienst sichergestellt, zahlt die Pflegekasse

- für 6 Wochen bis zu 1.612,00 € pro Kalenderjahr.

Übernimmt ein naher Familienangehöriger (bis zum zweiten Verwandtschaftsgrad) die Ersatzpflege oder jemand, der in häuslicher Gemeinschaft mit dem Pflegebedürftigen lebt, wird die Verhinderungspflege auch bis zu 6 Wochen ausgedehnt. Die Aufwendungen sind dann

- Grundsätzlich auf den 1,5fachen Betrag des Pflegegeldes des festgestellten Pflegegrades beschränkt!

Außerdem kann bis zu 50% des Leistungsbetrags für Kurzzeitpflege (bis 887,00 €) zusätzlich für Verhinderungspflege ausgegeben werden.

Die Verhinderungspflege kann dann dadurch auf maximal 150% des bisherigen Betrages ausgeweitet werden (bis 2.499,00 € pro Kalenderjahr).

Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege angerechnet.

Während der Verhinderungspflege wird

- die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes weitergewährt
- für den ersten und letzten Tag besteht Anspruch auf volles Pflegegeld
- Sachleistungen durch einen Pflegedienst können neben der Verhinderungspflege in voller Höhe abgerechnet werden.

Der Anspruch auf Verhinderungspflege besteht nicht sofort bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit, sondern erst nachdem die Pflegeperson den Pflegebedürftigen mindestens 6 Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat.

Stundenweise Verhinderungspflege

Wird die Verhinderungspflege nur für einige Stunden am Tag (unter 8 Stunden) in Anspruch genommen, erfolgt ausschließlich die Anrechnung

- auf den Höchstbetrag von 1.612,00 € (+ 50% für Kurzzeitpflege)
- das Pflegegeld wird nicht gekürzt.

MASSGEBEND für die stundenweise Verhinderungspflege ist

- der tatsächliche Verhinderungszeitraum der Pflegeperson und nicht die Dauer der Inanspruchnahme der Ersatzpflege!

Kurzzeitpflege

Viele Pflegebedürftige sind nur für eine begrenzte Zeit auf stationäre Pflege angewiesen, insbesondere zur Bewältigung von Krisensituationen bei der häuslichen Pflege oder übergangsweise im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt oder eine Rehabilitationsmaßnahme.

Für Pflegebedürftige mit Pflegegrad 2 bis 5 gibt es die Möglichkeit der Kurzzeitpflege in entsprechenden stationären Einrichtungen.

Für bis zu 4 Wochen (mit Kombination Verhinderungspflege insgesamt 8 Wochen / 56 Kalendertage) oder einem Höchstbetrag von **1.774,00 €** übernimmt die Pflegekasse die Pflegekosten, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Kosten der medizinischen Behandlungspflege in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung.

Zu den genannten Kosten kommen außerdem Tagessätze für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten hinzu, deren Höhe die Einrichtungen individuell festlegen.

Diese Kosten müssen vom Pflegebedürftigen selbst getragen werden bzw. können unter Umständen über den Entlastungsbetrag (nach § 45b 125,00 € pro Monat) abgerechnet werden.

Kurzzeitpflege kann in Anspruch genommen werden, sobald der Pflegebedürftige einen Pflegegrad erhält.

Nach Erschöpfung des Leistungsanspruchs der Kurzzeitpflege, durch Zeitablauf oder durch das schon vorherige Erreichen der finanziellen Leistungsgrenze kann die pflegebedürftige Person im Rahmen der Verhinderungspflege in der stationären Pflegeeinrichtung verbleiben, wenn der Pflegebedürftige bereits länger als 6 Monate (Vorpflegezeit) in einen Pflegegrad eingruppiert wurde.

Dadurch kann der Leistungsbetrag auf **3.386,00 € entsprechend erhöht werden**. Der für die Kurzzeitpflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Verhinderungspflege angerechnet.

Kurzzeitpflege: 1.774,00 € + Verhinderungspflege: 1.612,00 € = 3.386,00 € pro Jahr

Bisher bezogenes Pflegegeld wird während der Kurzzeitpflege zur Hälfte weitergezahlt.

Technische Pflegehilfsmittel

Pflegebedürftige haben Anspruch auf die Versorgung mit Hilfsmitteln, wenn diese die Pflege erleichtern, zu einer selbstständigen Lebensführung beitragen oder die Beschwerden lindern können.

Die Kosten für Pflegehilfsmittel können von der Pflegekasse nur dann getragen werden, wenn eine Pflegebedürftigkeit festgestellt wurde.

Es besteht jedoch darüber hinaus die Möglichkeit, dass andere Leistungserbringer wie beispielweise die Krankenversicherung für die Kosten von Hilfsmitteln aufkommen.

Dazu können gehören

zur Erleichterung der Pflege z.B.

- Pflegebetten, Pflegebettzubehör, Rollatoren, Lifter, Toilettenstuhl, Toilettensitzerhöhung, Badewannelifter, Duschhocker, Haltegriffe usw.

zur Körperpflege / Hygiene z.B.

- Produkte zur Hygiene im Bett, Bettpfannen, Urinflaschen

zur selbstständigen Lebensführung z.B.

- Hausnotrufsysteme

zur Linderung von Beschwerden z.B.

- Lagerungshilfen.

Für die Gewährung von Hilfsmitteln, die außerhalb einer Begutachtung durch den MD benötigt werden, muss weiterhin eine entsprechende ärztliche Verordnung beim Leistungserbringer (z.B. Sanitätshaus) eingereicht werden. Dieser setzt sich mit der zuständigen Kranken- oder Pflegekasse in Verbindung, um zu klären, ob das jeweilige Hilfsmittel gewährt wird.

Zu den Kosten für technische Pflegehilfsmittel muss der Pflegebedürftige einen Eigenanteil von 10%, maximal jedoch 25,00 € je Hilfsmittel zuzahlen. Größere technische Pflegehilfsmittel werden oft leihweise überlassen, sodass eine Zuzahlung entfällt.

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel werden direkt von einem zugelassenen Leistungserbringer bezogen und mit der zuständigen Pflegekasse abgerechnet. Solche Hilfsmittel können natürlich auch selbst gekauft werden. Die Pflegekasse übernimmt bzw. erstattet die Kosten dieser Leistung bis zu **40,00 € im Monat**. Darüberhinausgehende Beträge müssen von dem Versicherten selbst getragen werden.

Dazu gehören

- Bettschutzeinlagen zum einmaligen Gebrauch (2 x pro Jahr waschbare Bettschutzeinlagen)
- Einmalhandschuhe
- Händedesinfektionsmittel
- Flächendesinfektionsmittel
- Mundschutz
- Schutzschürze

Wohnraumanpassung

Die Pflegekasse zahlt nach der Pflegeeinstufung – unabhängig von dem Pflegegrad – auf Antrag bis zu 4.000,00 € als Zuschuss für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes.

Außerhalb der Wohnung

- Ebenerdiger Zugang, Türverbreiterungen, Rampen und Treppenlifte, Briefkästen in Greifhöhe

Innerhalb der Wohnung

- Änderung des Bodenbelags, Änderung der Lichtschalter und Steckdosen, Treppenlifte

Küche

- Armaturen, Bodenbelag, mit Rollstuhl unterfahrbare Kücheneinrichtung

Bad

- bodengleiche Dusche, unterfahrbares Waschbecken.

Wichtig ist, dass erst nach der Beantragung und Bewilligung der Leistung mit der Baumaßnahme begonnen werden sollte, da im Nachhinein keine Kostenübernahme durch die Pflegekasse erfolgt.

Ambulante Wohngruppen

Damit Pflegebedürftige möglichst lange im häuslichen Umfeld verbleiben können, werden ambulant betreute Wohngruppen gefördert.

Dazu müssen mindestens drei Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung leben, um eine ambulant betreute Wohngruppe zu initiieren.

Die Wohngruppe hat den Zweck, gemeinschaftlich die pflegerische Versorgung zu organisieren. Eine von den Pflegebedürftigen oder deren gesetzlichen Vertretern bestimmte Person unterstützt in der Wohngruppe bei der Organisation des Zusammenlebens oder der Pflege.

Zur Finanzierung dieser Pflegeperson erhält jeder Bewohner auf Antrag bei der Pflegekasse monatlich 214,00 €.

Individuelle Pflegeberatung

Nach den gesetzlichen Vorschriften haben Versicherte Anspruch auf eine kostenfreie und unabhängige Pflegeberatung durch die Pflegekasse, den Pflegestützpunkt oder durch einen Pflegeberater eines ambulanten Pflegedienstes, um sich z. B. über Folgendes zu informieren

- allgemein rund um das Thema Pflege
- im Vorfeld einer Begutachtung durch den MD (z.B. wie ist der Ablauf, welche Unterlagen werden benötigt, wie ist das Verfahren)
- Finanzierungsmöglichkeiten der Pflegesituation
- stationäre, teilstationäre und ambulante Betreuung und Versorgung
- Hilfsmittel und Wohnraumanpassungen
- Unterstützungs- und Entlastungsmöglichkeiten pflegender Angehöriger

Die Kosten hierfür trägt die Pflegekasse.

Pflegekurse

Wer einen Angehörigen pflegt oder sich ehrenamtlich um Pflegebedürftige kümmert, kann an einem von der Pflegekasse finanzierten Pflegekurs teilnehmen. Diese werden meist in Zusammenarbeit mit ortsansässigen Pflegediensten angeboten.

Sie bieten praktische Anleitung und Informationen, aber auch Beratung und Unterstützung zu vielen verschiedenen Themen rund um die Pflege.

Durch Pflegekurse sollen auch pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen gemindert werden. Außerdem bieten diese Kurse pflegenden Angehörigen die Möglichkeit, sich mit anderen Pflegenden auszutauschen und Kontakte zu knüpfen.

Liegt ein Pflegegrad vor, besteht weiterhin das Angebot, eine Pflegeanleitung in der eigenen häuslichen Umgebung der Pflegeperson oder des Pflegebedürftigen in Anspruch zu nehmen. Dadurch können beispielsweise vor Ort Unterweisungen im Gebrauch von Hilfsmitteln erfolgen oder bestimmte Pflegetätigkeiten geschult werden.

Übergangspflege im Krankenhaus

Ist nach einem Krankenhausaufenthalt keine Versorgung durch häusliche Krankenpflege, Pflegeleistungen nach dem SGB XI (Pflegeeinstufung), Kurzzeitpflege oder einer Reha sichergestellt, besteht laut § 39e SGB V ein Anspruch auf eine zehntägige Übergangspflege im Krankenhaus.

Die Kosten für die Übergangspflege, incl. Unterkunft, Verpflegung und ärztliche Behandlung übernimmt die Krankenkasse.

Das bedeutet, dass das behandelnde Krankenhaus nicht nach Hause oder in eine andere Einrichtung entlässt, sondern für max. 10 Tage je Krankenhausaufenthalt den Patienten weiter behandelt.

Das Krankenhaus versorgt den Patienten mit allen nötigen Arznei- Heil und Hilfsmitteln, aktiviert ihn und übernimmt die Grund- und Behandlungspflege.

Vollstationäre Pflege

Wenn eine häusliche oder teilstationäre Pflege nicht sichergestellt werden kann, haben Pflegebedürftige Anspruch auf Pflege in vollstationären Einrichtungen.

Bei einer vollstationären Pflege zahlt die Pflegekasse einen pauschalen Sachleistungsbetrag an das Pflegeheim (Pflegesatz). Die Sachleistung ist für den Pflegeaufwand, die medizinische Behandlungspflege und die soziale Betreuung im Heim bestimmt.

Die betreute Person muss die über den Leistungsbetrag der Pflegeversicherung hinaus anfallende Pflege-, Unterbringungs-, -Verpflegungs- und Investitionskosten sowie die eventuell anfallenden Kosten für besondere Komfortleistungen selbst tragen.

| Pflegegrad | monatliche Leistung |
|-------------------|----------------------------|
| 1 | 125,00 € (Zuschuss) |
| 2 | 770,00 € |
| 3 | 1.268,00 € |
| 4 | 1.612,00 € |
| 5 | 1.995,00 € |

Leistungszuschlag in vollstationären Einrichtungen

Eigenanteile in stationären Einrichtungen werden verringert (Leistungszuschlag)

Um Pflegebedürftige finanziell zu entlasten, werden die Eigenanteile der **pflegebedingten** Kosten für die Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen sinken. Hierfür wird der Eigenanteil prozentual von der Pflegekasse übernommen.

| Jahre Aufenthalt in der Einrichtung | Prozentualer Zuschuss |
|--|--|
| Im 1. Jahr | 5 % des pflegebedingten Eigenanteils |
| Im 2. Jahr | 25 % des pflegebedingten Eigenanteils |
| Im 3. Jahr | 45 % des pflegebedingten Eigenanteils |
| ab dem 4. Jahr | 70 % des pflegebedingten Eigenanteils |

Kost und Logis, Ausbildungskosten und Investitionskosten müssen nach wie vor selbst getragen werden.

Die bisherigen Jahre, die der Pflegebedürftige bereits im Pflegeheim untergebracht war, werden bei der Berechnung berücksichtigt.

Überblick über die Leistungen der Pflegekasse

| Leistungen | Pflegegrad 1 | Pflegegrad 2 | Pflegegrad 3 | Pflegegrad 4 | Pflegegrad 5 |
|--|---|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Pflegegeld <i>monatlich</i> | kein Anspruch | 316,00 € | 545,00 € | 728,00 € | 901,00 € |
| Pflegesachleistungen <i>monatlich</i> | kein Anspruch jedoch Einsatz des Entlastungsbetrages von 125,00 € möglich | 724,00 € | 1.363,00 € | 1.693,00 € | 2.095,00 € |
| Entlastungsbetrag <i>monatlich</i> | 125,00 € | 125,00 € | 125,00 € | 125,00 € | 125,00 € |
| Tages- u. Nachtpflege <i>monatlich</i> | kein Anspruch jedoch Einsatz des Entlastungsbetrages von 125,00 € möglich | 689,00 € | 1,298,00 € | 1.612,00 € | 1.995,00 € |
| Verhinderungspflege <i>jährlich</i> | kein Anspruch | 1.612,00 € | 1.612,00 € | 1.612,00 € | 1.612,00 € |
| Kurzzeitpflege <i>jährlich</i> | kein Anspruch jedoch Einsatz des Entlastungsbetrages von 125,00 € möglich | 1.774,00 € | 1.774,00 € | 1.774,00 € | 1.774,00 € |
| Vollstationäre Pflege <i>monatlich</i> | 125,00 € | 770,00 € | 1.262,00 € | 1.775,00 € | 2.005,00 € |
| Wohngruppe <i>monatlich</i> | 214,00 € | 214,00 € | 214,00 € | 214,00 € | 214,00 € |
| Pflegehilfsmittel* <i>monatlich</i> | 40,00 € | 40,00 € | 40,00 € | 40,00 € | 40,00 € |
| Wohnumfeld <i>pro Maßnahme</i> | 4.000,00 € | 4.000,00 € | 4.000,00 € | 4.000,00 € | 4.000,00 € |

02/2022 br