



AHB

*Ambulanter
Hauspflegeverbund
Bremen*

Die Pflegeversicherung

SGB XI

www.ahb-bremen.de

Vorwort

Der Ambulante Hauspflegeverbund Bremen (AHB) – ein Dienstleistungsunternehmen der häuslichen Alten- und Krankenpflege – versorgt in seiner täglichen Arbeit Menschen, die durch Krankheit, Alter und andere Einflüsse auf die pflegerische Hilfe Dritter angewiesen sind.

Das 1995 in Kraft getretene Pflegeversicherungsgesetz und das ab dem 01.07.2008 greifende Pflege-Weiterentwicklungsgesetz regelt u.a. die Ansprüche dieser benötigten Hilfe und die damit verbundenen Kosten für alle Beteiligten. Wie bei jedem Gesetz wirken die verschiedenen Verordnungen aus der Pflegeversicherung auf viele Menschen als undurchschaubarer „Gesetzesdschungel“.

Um insbesondere dem Informationsbedürfnis der betroffenen Pflegebedürftigen und Ihrer Angehörigen Rechnung zu tragen, entstand dieser Wegweiser. Er vermittelt die wesentlichen Stichpunkte der Pflegeversicherung (SGBXI) zur ambulanten Hauskrankenpflege, Teil-, Kurzzeit- und Vollstationären Pflege und verschafft Ihnen einen ersten Überblick.

Für Ihre weitergehenden Fragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Ihr AHB-Team

Die Pflegeversicherung

Am 01.01.1995 ist die Pflegeversicherung als 5. Säule unseres Sozialversicherungssystems in Kraft getreten. Das Pflegeversicherungsgesetz ist im Sozialgesetzbuch, Elftes Buch (SGB XI), geregelt und soll helfen, die Situation der Pflegebedürftigen zu erleichtern und zu unterstützen.

Mit ab dem 01.07.2008 geltenden Pflege- Weiterentwicklungsgesetz (Pflegereform) ergeben sich Änderungen im Leistungskatalog, sowie arbeits- und sozialversicherungsrechtliche Änderungen.

Wer ist pflegeversichert?

Pflichtversichert:

Sind alle Pflichtmitglieder und freiwilligen Mitglieder der gesetzlichen Krankenkasse.

Privatversichert:

Mitglieder einer privaten Krankenversicherung müssen sich ebenfalls privat pflegepflichtversichern.

Familienversichert :

Hier ist die Pflegeversicherung analog zur Krankenversicherung geregelt.

Wann liegt Pflegebedürftigkeit vor?

Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens **auf Dauer – voraussichtlich für mindestens sechs Monate** – im erheblichen oder höheren Maße der Hilfe bedürfen.

Die Entscheidung über das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit kann jedoch vor Ablauf von 6 Monaten getroffen werden, wenn absehbar ist, das der Zustand der Hilfsbedürftigkeit mindestens 6 Monate andauern wird.

(§ 14 Abs. 1 SGB XI)

Als Krankheit oder Behinderung gelten:

- Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat
- Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane
- Störungen des Zentralnervensystems sowie endogene Psychosen und Neurosen
- Geistige Behinderungen, demenzbedingte Fähigkeitsstörungen

(§ 14 Abs. 2 SGB XI)

Hilfe im Sinne des Abs. 1

Besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in der Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.

(§ 14 Abs. 3 SGB XI)

Mit den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen werden folgende Bereiche gesichert:

Bereich der Körperpflege

- Waschen, Duschen, Baden
- Zahnpflege, Kämmen, Rasieren
- Darm- und Blasenentleerung

Bereich der Ernährung

- das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung

Bereich der Mobilität

- das selbständige Aufstehen und Zubettgehen
- An- und Auskleiden
- Gehen, Stehen, Treppen steigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung

Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung

- Einkaufen, Kochen
- Reinigen der Wohnung, Spülen sowie Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung
- Beheizen der Wohnung

(§ 14 Abs. 4 SGB XI)

Welche Pflegestufe?

Entsprechend der Schwere der Pflegebedürftigkeit erfolgt eine Einstufung in eine der drei Pflegestufen nach § 15 SGB XI.

Dazu muß festgestellt werden, bei welchen Verrichtungen aus den Bereichen der Körperpflege, der Ernährung und der Mobilität der tägliche Hilfebedarf besteht.

Der Hilfebedarf sind die Leistungen, die von Freunden, Nachbarn, Bekannten und Familienangehörigen erbracht werden.

Die Einstufung in die Pflegestufe entscheidet sich in der Häufigkeit des Hilfebedarfs in den genannten Bereichen sowie dem entsprechenden Zeitaufwand für die Pflege.

Die Festlegung des zeitlichen Pflegeaufwandes in den einzelnen Pflegestufen bedeutet keine Vorgabe für die personelle Besetzung ambulanter Pflegedienste.

Die Einschätzung zur Pflegebedürftigkeit wird über einen Gutachter vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen vorgenommen.

Pflegestufe I - Erhebliche Pflegebedürftigkeit

Erhebliche Pflegebedürftigkeit liegt dann vor, wenn der erforderliche Hilfebedarf bei dem Pflegebedürftigen mindestens einmal täglich bei wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen der Körperpflege, Ernährung oder Mobilität besteht. Zusätzlich muß mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt werden .

Der wöchentliche Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger, Nachbar oder eine andere, **nicht** als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die Versorgung des Pflegebedürftigen erbringt, muß im Tagesdurchschnitt mindestens **eineinhalb Stunden** betragen, wobei auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen müssen, **das heißt der pflegerische Aufwand gegenüber dem hauswirtschaftlichen Aufwand im Vordergrund stehen muß.**

Pflegestufe II - Schwerpflegebedürftigkeit

Schwerpflegebedürftigkeit liegt dann vor, wenn der Pflegebedarf mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten besteht. Der erforderliche Hilfebedarf muß in den Bereichen der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität bestehen. Zusätzlich muß mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt werden. Der wöchentliche Zeitaufwand , den ein Familienangehöriger, Nachbar oder eine andere, **nicht** als Pflegekraft ausgebildete Person für die Versorgung des Pflegebedürftigen erbringt, muß im Tagesdurchschnitt **mindestens drei Stunden** betragen, wobei auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen müssen, **das heißt der pflegerische Aufwand gegenüber dem hauswirtschaftlichen Aufwand eindeutig das Übergewicht haben muß.**

Pflegestufe III - Schwerstpflegebedürftigkeit

Schwerstpflegebedürftigkeit liegt vor, wenn der **Hilfebedarf** so groß ist, dass **jederzeit** eine Pflegeperson unmittelbar erreichbar sein muss, weil der konkrete Hilfebedarf jederzeit (Tag und Nacht) anfallen kann. (Rund um die Uhr Betreuung) Der wöchentliche Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger, Nachbar oder eine andere, **nicht als Pflegekraft ausgebildete Person**, für die Versorgung des Pflegebedürftigen erbringt, muss **im Tagesdurchschnitt mindestens fünf Stunden** betragen. Hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen, das heißt der **pflegerische Aufwand muss gegenüber dem hauswirtschaftlichen Aufwand eindeutig das Übergewicht haben**.

Diese drei Stufen dienen der Festlegung der Pflegestufe durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen. Sie beinhalten nicht den Zeitumfang, der bei Inanspruchnahme eines Pflegedienstes erbracht werden muss.

Die Anerkennung eines Behinderungsgrades von 100 und der Schwerstpflegebedürftigkeit im Bereich Sozialhilfe hat für die Einstufung in die Pflegeversicherung keine „Bindungswirkung“.

Pflegebedürftigkeit bei Kindern

Pflegebedürftige Kinder sind zur Feststellung des Hilfebedarfs mit einem **gesunden Kind gleichen Alters zu vergleichen**. Maßgebend für die Beurteilung des Hilfebedarfs bei einem Säugling oder Kleinkind ist nicht der natürliche, altersbedingte Pflegeaufwand, **sondern nur der darüber hinausgehende Hilfebedarf**.

Bei kranken oder behinderten Kindern ist der zusätzliche Hilfebedarf zu berücksichtigen, der sich z.B. als Folge einer angeborenen Erkrankung, einer intensivmedizinischen Behandlung oder einer Operation im Bereich der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität ergibt. Im ersten Lebensjahr liegt Pflegebedürftigkeit nur ausnahmsweise vor, die Feststellung bedarf einer besonderen Begründung. Die Prüfung der Pflegebedürftigkeit von Kindern ist in der Regel durch besonders geschulte Gutachter mit einer Qualifikation als Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder als Kinderärztin oder Kinderarzt vorzunehmen. (§ 18 Abs. 7 SGB XI u. Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung der Pflegebedürftigkeit nach SGB XI/Stand 2006)

Wie wird die Pflegebedürftigkeit beantragt?

Die Leistungen bei Pflegebedürftigkeit sind bei der Pflegekasse zu beantragen. Die Pflegekasse ist der zuständigen Krankenkasse angegliedert. In der Regel ist ein Anruf oder ein formloser Brief zur **Antragsstellung** ausreichend. Ihre **Pflegekasse** schickt Ihnen dann ein entsprechendes Antragsformular zu.

Die Pflegekasse veranlasst eine **Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen** (MDK). Der Gutachterdienst des MDK stellt bei dem Pflegebedürftigen fest, ob die Voraussetzungen zur Inanspruchnahme von Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz erfüllt sind und welche Pflegestufe vorliegt. Das **Ergebnis** seiner Prüfung wird spätestens **nach 5 Wochen** nach Antragsingang dem Antragssteller schriftlich mitgeteilt.

„Zur Unterstützung des Pflegebedürftigen bei der Ausübung seines Wahlrechts nach § 2 Abs. 2, sowie zur Förderung des Wettbewerbs und der Überschaubarkeit des vorhandenen Angebots, hat die zuständige Pflegekasse dem Pflegebedürftigen unverzüglich nach Eingang seines Antrages auf Leistungen nach diesem Buch eine **Vergleichsliste** über die Leistungen und Vergütungen der zugelassenen **Pflegeeinrichtungen** zu übermitteln, in deren Einzugsbereich die pflegerische Versorgung gewährleistet werden soll (Leistungs- und Preisvergleichsliste).

Gleichzeitig ist der Pflegebedürftige über den nächstgelegenen Pflegestützpunkt (§ 92c), die Pflegeberatung (§ 7a) und darüber zu unterrichten, dass die **Beratung** und Unterstützung durch den **Pflegestützpunkt** sowie die Pflegeberatung **unentgeltlich** sind.“

„Versicherte mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sind in gleicher Weise, insbesondere über anerkannte niedrigschwellige Betreuungsangebote, zu unterrichten und zu beraten.“ (§ 7 Abs. 3)

Widerspruchsverfahren, bzw. Wiederholungsbegutachtung

Ist der Versicherte mit der Einschätzung des MDK nicht einverstanden, muss **innerhalb von sechs Wochen** schriftlich bei der zuständigen Pflegekasse **Einspruch** erhoben werden. Es erfolgt daraufhin eine erneute Prüfung eines unabhängigen Gutachters.

Pflegestufe I, II und III – was bedeutet das?

Pflegebedürftige, die in ihrem Haushalt oder einem anderen Haushalt gepflegt werden, erhalten **Pflegesachleistung oder Pflegegeldleistung** nach dem § 36 und § 37 SGB XI.

Die Pflegesachleistung:

Wird die häusliche Pflege durch **geeignete Pflegekräfte** erbracht, die entweder von der Pflegekasse oder bei ambulanten Pflegeeinrichtungen angestellt sind, kann der Versicherte die Pflegesachleistung in Anspruch nehmen. Die Pflegesachleistung wird dann **direkt** über den ambulanten Pflegedienst mit der Pflegekasse abgerechnet.

Der Anspruch auf häusliche Pflege nach dem Pflegeversicherungsgesetz umfasst je Kalendermonat in der

Pflegestufe I

Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von ab 01.01.2012: **450,00 €**

Pflegestufe II

Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von ab 01.01.2012: **1.100,00 €**

Pflegestufe III

Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von ab 01.01.2012: **1.550,00 €**

Die Pflegekassen können, in **besonders gelagerten Einzelfällen zur Vermeidung von Härten**, Pflegebedürftigen der **Pflegestufe III** weitere Pflegeeinsätze bis zu einem **Gesamtwert von 1.918 € monatlich** gewähren, **wenn ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand** vorliegt, der **das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt**, beispielsweise wenn im Endstadium von Krebserkrankungen regelmäßig mehrfach, auch in der Nacht, Hilfe geleistet werden muss. Die Pflegekassen haben sicherzustellen, dass die Ausnahmeregelung insgesamt für nicht mehr als 3% aller versicherten Pflegebedürftigen der Pflegestufe III, die häuslich gepflegt werden, Anwendung findet.

(§ 36 SGB XI Abs. 4)

Die Pflegegeldleistung

Pflegebedürftige können anstelle der häuslichen Pflegehilfe ein **Pflegegeld** beantragen. Der Anspruch setzt voraus, dass der Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld dessen Umfang entsprechend die erforderliche **Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung** durch eine Pflegeperson **in geeigneter Weise selbst sicherstellt**.

Der Anspruch auf das Pflegegeld nach dem Pflegeversicherungsgesetz beträgt je Kalendermonat:

Pflegestufe I ab 01.01.2012: **235,00 €**

Pflegestufe II ab 01.01.2012: **440,00 €**

Pflegestufe III ab 01.01.2012: **700,00 €**

Besonderheiten in der Geldleistung

Pflegebedürftige, die Pflegegeld beziehen, sind dazu verpflichtet, in regelmäßigen Zeitabständen einen Pflegeeinsatz durch eine Pflegeeinrichtung, mit der die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, durchführen zu lassen. Dieser Pflegeeinsatz muss bei Patienten der Pflegestufe I + II mindestens halbjährlich und bei Patienten der Pflegestufe III mindestens vierteljährlich durchgeführt werden.

Die Kosten dieses Einsatzes werden vom Pflegedienst direkt mit der Pflegekasse abgerechnet.

(§ 37.3 SGB XI)

Kombinationsleistung

Nimmt der Pflegebedürftige die Sachleistung nur teilweise in Anspruch, erhält er von der zuständigen Pflegekasse ein anteiliges Pflegegeld ausgezahlt. Der dem Pflegebedürftigen noch verbleibende Anteil des Pflegegeldes berechnet sich nach dem Verhältnis zwischen dem jeweiligen Höchstbetrag der Sachleistung und dem tatsächlich in Anspruch genommenen Betrag. Entsprechend diesem Verhältnis ist das Pflegegeld anteilig auszuzahlen.

Pflegestufe I

100% Sachleistung =	450,00 €	ergibt 0%	Geldleistung =	0,00 €
50% Sachleistung =	225,00 €	ergibt 50%	Geldleistung =	117,50 €
10% Sachleistung =	45,00 €	ergibt 90%	Geldleistung =	211,50 €

Pflegestufe II

100% Sachleistung =	1.100,00 €	ergibt 0%	Geldleistung =	0,00 €
50% Sachleistung =	550,00 €	ergibt 50%	Geldleistung =	220,00 €
10% Sachleistung =	110,00 €	ergibt 90%	Geldleistung =	396,00 €

Pflegestufe III

100% Sachleistung =	1.550,00 €	ergibt 0%	Geldleistung =	0,00 €
50% Sachleistung =	775,00 €	ergibt 50%	Geldleistung =	350,00 €
10% Sachleistung =	155,00 €	ergibt 90%	Geldleistung =	630,00 €

Aber Achtung!

An die Entscheidung, in welchem Verhältnis der Pflegebedürftige Geld- und Sachleistung in Anspruch nehmen will, ist der Pflegebedürftige grundsätzlich für die Dauer von **sechs Monaten gebunden**.

Dieses bedeutet, dass der Versicherte bei Inanspruchnahme einer erhöhten Sachleistung evtl. die dann entstehenden Mehrkosten selbst zu finanzieren hat.

(§ 38 SGB XI)

Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson

Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubes, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege verhindert, übernimmt die Pflegekasse die Kosten für eine **Ersatzpflegekraft für längstens vier Wochen je Kalenderjahr**.

Die Aufwendungen der Pflegekasse dürfen im Einzelfall

ab 01.01.2012 **1.550,00 €**

im Kalenderjahr nicht überschreiten und müssen im Vorfeld bei der zuständigen Pflegekasse beantragt werden.

Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens 6 Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat.

(§ 39 SGB XI)

Dieses bedeutet im Einzelfall

Wird von dem Pflegebedürftigen die **Geldleistung** in Anspruch genommen und die **Pflegeperson** fährt z.B. in den **Urlaub**, so kann sich der Pflegebedürftige eine **Ersatzpflegekraft durch einen Pflegedienst** zu Hilfe holen **oder** diese Zeit in einer **Kurzzeitpflegeeinrichtung** verbringen.

Wird die **Ersatzpflege durch** eine **Pflegeperson** sichergestellt, die **nicht erwerbsmäßig pflegt**, dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse den Betrag des Pflegegeldes der festgestellten Pflegestufe nicht überschreiten. Zusätzlich können von der Pflegekasse auf **Nachweis notwendige Aufwendungen**, die der Pflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sind, übernommen werden.

Bei Einschaltung professioneller Pflegedienste kann das Urlaubsgeld in Anspruch genommen werden, jedoch wird die Geldleistung anteilmäßig um die entsprechenden Tage des Urlaubes gekürzt.

Bei Pflegebedürftigen, die Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz in Form von Sachleistungen in Empfang nehmen, stellt sich der Anspruch auf Leistungen bei Verhinderung der Pflegeperson ab 01.07.2008 wie folgt dar:

Pflegestufe I:

450,00 € Sachleistung **plus 1.550,00 €** Verhinderungsgeld sind **insgesamt bis zu 2.000,00 €**, die dann für die Pflege **zur Verfügung** stehen.

Pflegestufe II:

1.100,00 € Sachleistung **plus 1.550,00 €** Verhinderungsgeld sind **insgesamt bis zu 2.650,00 €**, die dann für die Pflege **zur Verfügung** stehen.

Pflegestufe III:

1.550,00 € Sachleistung **plus 1.550,00 €** Verhinderungsgeld sind **insgesamt bis zu 3.100,00 €**, die dann für die Pflege **zur Verfügung** stehen.

(Gültig ab 01.01.2012)

Ein weiterer Vorteil bei Pflegebedürftigen die Sachleistung beziehen, besteht darin, dass die Verhinderungspflege direkt mit der Pflegekasse abgerechnet wird, während bei Beziehern von Geldleistung mit dem Pflegebedürftigen abgerechnet wird. Hier muss der Pflegebedürftige in finanzielle Vorleistung gehen und bekommt die ihm entstandenen Unkosten bis zum o.g. Höchstbetrag unter Quittungsbeleg von der Pflegekasse wieder erstattet.

Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

Pflegebedürftige haben Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen, oder ihm eine selbständigere Lebensführung ermöglichen, soweit die Kosten für benötigte Hilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung entstehen und demnach von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu tragen sind. Die Pflegekasse überprüft die Notwendigkeit der Versorgung mit den beantragten Pflegehilfsmitteln unter Beteiligung einer Pflegefachkraft oder des Medizinischen Dienstes der Krankenkasse. Die Aufwendungen der Pflegekassen zum Verbrauch bestimmter **Hilfsmittel** dürfen **monatlich** den **Betrag von 31,00 €** nicht überschreiten.

(§ 40 Abs. 1 u. 2 SGB XI)

Das heißt für Pflegehilfsmittel wie z.B. Inkontinenzmaterialien, Bettwäsche etc. kann von der Pflegekasse ein Zuschuss von bis zu 31 € nach Prüfung durch den MDK bewilligt werden. So wird z.B. ein Hausnotrufgerät mit 18,36 € im Monat von der Pflegekasse bezuschusst.

Technische Hilfsmittel wie Pflegebetten, Rollstühle oder Hebehilfen sollen von der Pflegekasse **vorrangig leihweise** zur Verfügung gestellt werden. Lehnen die Versicherten die leihweise Überlassung eines Hilfsmittels ohne zwingenden Grund ab, haben sie die Kosten im vollen Umfang selbst zu tragen. Der Anspruch auf Pflegehilfsmittel umfasst auch die notwendige Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch. (Gilt nicht in Härtefällen)

Weiterhin können die Pflegekassen **Zuschüsse** für Maßnahmen zur **Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes** gewähren. Hierunter fallen beispielsweise Rampen für Rollstuhlfahrer oder Haltegriffe für Gehbehinderte.

Die Höhe der **Zuschüsse** ist unter Berücksichtigung der Kosten der Maßnahme, sowie eines angemessenen Eigenanteils **in Abhängigkeit** von dem **Einkommen** des Pflegebedürftigen zu bemessen (Eigenanteil: 10 %, höchstens 25,00 €; Voraussetzung: Vollendung des 18. Lebensjahres). Die Zuschüsse dürfen einen Betrag in Höhe von 2.557,00 € je Maßnahme nicht überschreiten.

(§ 40 Abs. 3 u. 4 SGB XI)

Erheblicher allgemeiner Betreuungsbedarf

Personen, die einen **erheblichen Betreuungsbedarf** und allgemeine **Beaufsichtigung** benötigen (z.B. bei Demenz), haben ab dem 01.07.2008 Anspruch auf gesonderte Leistungen nach § 45 SGB XI.

Die Inanspruchnahme dieser Leistungen ist unabhängig von einer Pflegeeinstufung.

Hierbei handelt es sich um Versicherte mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen.

Nach vorheriger Antragsstellung entscheidet der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) über den Leistungsanspruch des Pflegebedürftigen. Es müssen im Rahmen der Begutachtung als Folge der Krankheit oder Behinderung Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens festgestellt worden sein. Diese Auswirkungen müssen dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz geführt haben.

Versicherte, die diese Voraussetzungen erfüllen, können niedrigschwellige, qualitätsgesicherte und aktivierende **Betreuungsleistungen**, wie z.B. Spaziergänge, Vorlesen, Beschäftigungstherapie (Malen, Singen, Musizieren) oder Tages-, Nacht- bzw. Kurzzeitpflege im Wert von **bis zu 2.400,00 € jährlich** in Anspruch nehmen. Die Leistungen werden nicht als Geldleistung ausbezahlt.

100,00 € monatlich (Grundbetrag)

200,00 € monatlich (erhöhter Betrag)

(Wird die Leistung in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderquartal übertragen werden.)

Wer erhält die Leistung von 100 oder 200 € monatlich?

Mittels eines Kriterienkataloges stellt der MDK in seinem Gutachten fest, ob ein „erheblicher allgemeiner Betreuungsbedarf“ vorliegt.

Der Katalog enthält 13 Einzelaspekte*:

1. Weglauftendenz
2. Verkennen oder Verursachen gefährlicher Situationen
3. unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen
4. tötlich oder verbal aggressives Verhalten
5. in der Situation nicht angemessenes Verhalten
6. Unfähigkeit, die eigenen körperlichen oder seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen
7. Unfähigkeit zur Kooperation aufgrund einer Depression oder Angststörung
8. Beeinträchtigung des Gedächtnisses und herabgesetztes Urteilsvermögen, die zu Problemen bei der Alltagsbewältigung führen
9. Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus
10. Unfähigkeit, den Tagesablauf eigenständig zu planen
11. Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen
12. ausgeprägt labiles und unkontrolliertes emotionales Verhalten
13. Niedergeschlagenheit und Hoffnungslosigkeit aufgrund einer nicht therapierbaren Depression

Bei einer vorliegenden „erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz“ müssen **zwei verschiedene Kriterien mit „ja“** beantwortet werden und **mindestens einmal** muss **ein Kriterium aus den Bereichen 1 bis 9 positiv beantwortet** werden. Dann ergibt sich daraus der Anspruch auf den monatlichen Grundbetrag von **100,00 €**.

Wenn **zusätzlich** zu den genannten Kriterien mindestens **einmal bei den Aspekten 1, 2, 3, 4, 5, 9 oder 11 ein „Ja“** angegeben wird, ergibt sich der erhöhte Betreuungsbedarf und damit der Anspruch auf **200,00 €** monatlich.

Die o.g. **Leistungen** können **auch von Pflegebedürftigen der Pflegestufen I, II und III** zusätzlich zu Ihren bisherigen Leistungen der Pflegekasse beantragt werden. Ebenso können **auch hier Bewohner von Pflegeheimen mit dementiellen Krankheiten** zusätzliche Leistungen beantragen. Die Pflegekasse prüft hier zunächst unbürokratisch nach Aktenlage.

*zur Zeit geltende Umsetzempfehlung

Teilstationäre Pflege

Kann die **häusliche Pflege nicht ausreichend sichergestellt** werden, so haben Pflegebedürftige den Anspruch auf teilstationäre Pflege, d.h. **Tages- oder Nachtpflege**. Eine **Kombinationsleistung zwischen Tages- oder Nachtpflege und häuslicher ambulanter Versorgung** ist möglich.

Tagespflegeeinrichtungen wenden sich mit ihren speziellen Angeboten an Pflegebedürftige, die nach einem Klinikaufenthalt weiterer Rehabilitation bedürfen oder deren Krankenhausaufenthalt dadurch verkürzt werden kann. Ebenso wenden Sie sich an ältere psychisch veränderte Menschen, die besonderer Betreuung bedürfen oder ältere alleinstehende Personen, die von Einsamkeit und Isolation bedroht bzw. betroffen sind.

Der Aufenthalt in einer Tagespflege kann auch pflegende Angehörige insbesondere bei Berufstätigkeit entlasten. Der Einsatz eines ambulanten Pflegedienstes kann die Tagespflege sinnvoll ergänzen.

Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten **Aufwendungen** und der sozialen Betreuung **im Rahmen der Höchstbeträge der jeweiligen Pflegestufe**. **Daneben bleibt ein hälftiger Anspruch auf die jeweilige ambulante Sachleistung oder das Pflegegeld erhalten.**

Pflegestufe I:

ab 01.01.2012 450,00 € + Pflegesachleistung oder Pflegegeld
(225,00 €) (117,50 €)

Pflegestufe II:

ab 01.01.2012 1.100,00 € + Pflegesachleistung oder Pflegegeld
(550,00 €) (220,00 €)

Pflegestufe III:

ab 01.01.2012 1.550,00 € + Pflegesachleistung oder Pflegegeld
(775,00 €) (350,00 €)

Achtung gesonderte Beträge bei Härtefallregelung

Kurzzeitpflege

Kann die **häusliche Pflege zeitweise nicht**, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang **erbracht werden** und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht ein **Anspruch auf Pflege** in einer **vollstationären Einrichtung**.

Dies gilt:

1. für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen oder
2. in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist.

(§ 42 Abs. 1 SGB XI)

Der Anspruch auf **Kurzzeitpflege** ist auf **vier Wochen pro Kalenderjahr** beschränkt. Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen und die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie die Aufwendungen für die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu einem Gesamtbetrag von

ab 01.01.2012 **1.550,00 €**

(§ 42 Abs. 2 SGB XI)

Vollstationäre Pflege

Pflegebedürftige haben Anspruch auf Pflege in vollstationären Einrichtungen, **wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht** möglich ist oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht **in Betracht** kommt.

(§ 43 Abs. 1 SGB XI)

Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der medizinischen Behandlungspflege und der sozialen Betreuung pauschal **monatlich** von:

Pflegestufe I: 1.023,00 €

Pflegestufe II: 1.279,00 €

Pflegestufe II: ab 01.01.2012 1.550,00 €

Für Pflegebedürftige, die als **Härtefall** anerkannt sind, werden die o.g. Aufwendungen monatlich übernommen in Höhe von:

ab 01.01.2012 1.918,00 €

(§ 43 Abs. 5 SGB XI)

Wir hoffen, dass wir Ihnen mit diesen Informationen weiterhelfen konnten. Sollten Sie noch Fragen haben, setzen Sie sich bitte mit uns in Verbindung. Wir stehen Ihnen gerne für ein ausführliches individuelles kostenfreies Pflegeberatungsgespräch zur Verfügung.

Ihr AHB-Team

(zugelassener Vertragspartner aller Krankenkassen)

Alle Angaben sind ohne Gewähr. Änderungen vorbehalten.

© Alle Rechte vorbehalten, Stand: November 2011

**AHB**

*Ambulanter
Hauspflegeverbund
Bremen*

Das AHB-Büro in Ihrer Nähe!

● **AHB Stadtteilbüro West**

Wartburgplatz 5
28217 Bremen

Telefon 04 21/3 80 80 -15
Telefax 04 21/3 80 80 -17

● **AHB Stadtteilbüro Mitte/Ost**

Berliner Freiheit 11f
28327 Bremen

Telefon 04 21/4 36 85-3
Telefax 04 21/4 36 85-55

● **AHB Stadtteilbüro Oslebscity**

Am Oslebshauer Bahnhof 13
28239 Bremen

Telefon 04 21/43 68 59-90
Telefax 04 21/43 68 59-99

● **AHB Stadtteilbüro Nord**

Hindenburgstraße 17
28717 Bremen

Telefon 04 21/6 36 79 -56
Telefax 04 21/6 36 79 -58

● **AHB Zentrale/Hausnotruf**

Kurfürstenallee 80
28211 Bremen

Telefon 04 21/20 45 10
Telefax 04 21/4 98 43 08

● **info@ahb-bremen.de**
www.ahb-bremen.de

