



AHB

*Ambulanter
Hauspflegeverband
Bremen*



Die Pflegeversicherung

SGB XI

Stand: Januar 2024

www.ahb-bremen.de

Vorwort

Der Ambulante Hauspflegeverbund Bremen (AHB) – ein Dienstleistungsunternehmen der häuslichen Alten- und Krankenpflege – versorgt bereits seit über 30 Jahren in seiner täglichen Arbeit Menschen, die durch Krankheit, Alter und andere Einflüsse auf die pflegerische Hilfe Dritter angewiesen sind.

Unser Bestreben ist es, dass Sie Ihren Lebensabend in Ihrem eigenen Zuhause verbringen können. Um dieses zu ermöglichen, versuchen wir mit dieser Broschüre, Ihnen einen Überblick über die gesetzlichen Möglichkeiten in der ambulanten Versorgung zu verschaffen.

Das 1995 in Kraft getretene Pflegeversicherungsgesetz und diverse Änderungen/Erweiterungen in den folgenden Jahren haben die Versorgung Pflegebedürftiger in Deutschland geprägt.

Zum 01. Januar 2017 gab es eine erneute, weitreichende Gesetzesänderung im SGB XI – **das Pflegestärkungsgesetz (PSG) 2** trat in Kraft und beinhaltete viele Veränderungen, wie z.B. einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff, ein neues Begutachtungsverfahren oder neue Leistungsbeträge.

Seit Januar 2022 entlastet das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) besonders die Pflegebedürftigen und deren Familien, die über einen längeren Zeitraum auf Pflege angewiesen sind. Die Änderungen der Pflegeleistungen betreffen die Pflegesachleistungen, die Kurzzeitpflege und die Entlastung bei den Pflegeheimkosten.

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 des PSG 2 zur ambulanten Hauskrankenpflege, Teil-, Kurzzeit- sowie vollstationären Pflege und verschafft Ihnen einen ersten Überblick.

Für Ihre weitergehenden Fragen stehen wir Ihnen 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.

Viele Änderungen bzw. Erweiterungen haben in den Jahren darauf u.a. zu einer besseren Versorgung von „Demenzkranken“ (die zu Hause gepflegt werden), mehr Unterstützung von pflegenden Angehörigen, aber auch zur Förderung von Pflege-Wohngruppen und Tagespflege geführt.

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 gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können.

Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 SGB XI festgelegten Schwere bestehen.

Einstufung der Pflegebedürftigkeit nach „Pflegegraden“

(§ 14 SGB XI)

Mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz gibt es seit 2017, statt drei Pflegestufen, **fünf Pflegegrade**, die der individuellen Pflegebedürftigkeit besser gerecht werden sollen. Bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist ausschließlich der Grad der Selbständigkeit ausschlaggebend. Das bedeutet: Was kann der Betroffene noch alleine und wo benötigt er Unterstützung? Um den Grad der Selbstständigkeit einer Person festzustellen, werden Aktivitäten in **sechs pflegerlevanten Modulen** untersucht und Begutachtungspunkte vergeben:

1. ● **Mobilität**

z. B. körperliche Beweglichkeit, wie morgens aufstehen und vom Bett ins Badezimmer gehen, das Fortbewegen innerhalb der Wohnung oder Treppensteigen etc.

2. ● **Kognitive und kommunikative Fähigkeiten**

Verstehen und reden, z. B. die Orientierung über Ort und Zeit, Sachverhalte begreifen, erkennen von Risiken oder andere Menschen im Gespräch verstehen etc.

3. ● **Verhaltensweisen und psychische Problemlagen**

z. B. Unruhe in der Nacht oder Ängste und Aggressionen, die für sich selbst und für andere Menschen belastend sind oder die Ablehnung pflegerischer Maßnahmen etc.

4. ● **Selbstversorgung**

z. B. sich selbständig waschen und ankleiden, essen und trinken, selbständige Benutzung der Toilette etc.

5. • Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

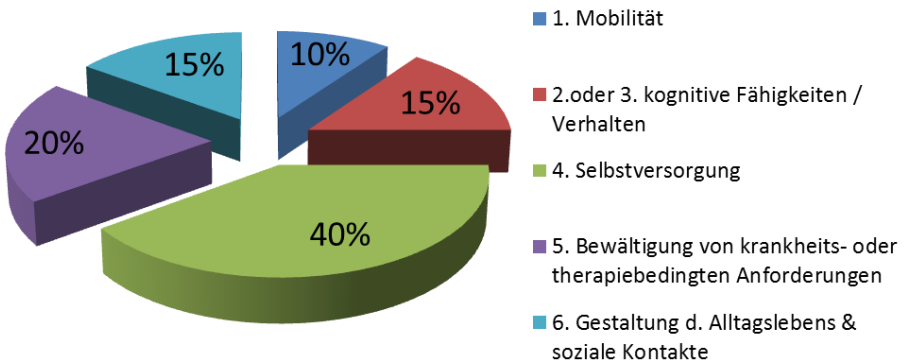
z. B. die Fähigkeit zu haben, die Medikamente selbst einnehmen zu können, die Blutzuckermessung selbst durchzuführen oder auch gut mit einer Prothese oder dem Rollator zurecht zu kommen oder den Arzt selbständig aufzusuchen etc.

6. • Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

z. B. die Fähigkeit zu haben, den Tagesablauf selbständig zu gestalten, mit anderen Menschen in direkten Kontakt zu treten oder eine Veranstaltung ohne fremde Hilfe zu besuchen etc.

Mit der Begutachtung wird der Grad der Selbständigkeit in diesen sechs Bereichen (Modulen) gemessen und - mit unterschiedlicher Gewichtung (siehe Grafik) - zu einer Gesamtbewertung zusammengeführt. Dabei können Modul 2 und 3 maximal einen Höchstwert von 15 % erwerben. Daraus ergibt sich die Einstufung in den Pflegegrad.

Gewichtung der Module



Ermittlung des „Grades der Pflegebedürftigkeit“

(§ 15 SGB XI)

Voraussetzung für eine Einstufung ist, wenn die begutachtete Person z. B.:

- Gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweist und deshalb Hilfe durch andere bedarf
- Körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen aufweist, die sie nicht selbständig kompensieren oder bewältigen kann
- Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mind. 6 Monate bestehen und mit mind. der in § 15 festgelegten Schwere bestehen

In der Regel wird der **Grad der Selbständigkeit** bzw. der **Grad der Fähigkeit** bewertet. Je nach Punktvorgabe (von 0 – 4) wird der Schweregrad der Beeinträchtigungen wie folgt beurteilt:

- 0 Punkte: keine Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten
- 1 Punkt: geringe Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten
- 2 Punkte: erhebliche Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten
- 3 Punkte: schwere Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten
- 4 Punkte: schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten

Aus den unterschiedlichen Modulen werden die erreichten Punkte, unter Berücksichtigung ihrer Gewichtung (siehe S. 5/6), zusammengezählt und daraus ergibt sich die Zuteilung in einen Pflegegrad (wie folgt):

- Pflegegrad 1** – geringe Beeinträchtigung der Selbständigkeit
(12,5 – 26,5 Punkte)
- Pflegegrad 2** – erhebliche Beeinträchtigung der Selbständigkeit
(27 – 47 Punkte)
- Pflegegrad 3** – schwere Beeinträchtigung der Selbständigkeit
(47,5 – 69,5 Punkte)
- Pflegegrad 4** – schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit
(70 – 89,5 Punkte)
- Pflegegrad 5** – schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit mit
besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung
ab 90 - 100 Punkte)

• **Kinder werden besonders berücksichtigt bei der Einstufung:**

Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt.

Pflegebedürftige Kinder im Alter bis 18 Monate werden wie folgt eingestuft:

- | | |
|--------------------------------------|----------------------------|
| - ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten | in den Pflegegrad 2 |
| - ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten | in den Pflegegrad 3 |
| - ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten | in den Pflegegrad 4 |
| - ab 70 bis 100 Gesamtpunkten | in den Pflegegrad 5 |

Nach dem 18. Lebensmonat werden Kinder älteren Kindern und Erwachsenen in der Bewertung gleichgestellt.

Wie kann man Leistungen der Pflegeversicherung beantragen?

(§ 18 SGB XI)

Der Antrag hierfür ist bei der Pflegekasse zu stellen. Die Pflegekasse ist der zuständigen Krankenkasse des Versicherten angegliedert. In der Regel ist ein Anruf oder ein formloser Brief zur **Antragsstellung** ausreichend. Die **Pflegekasse** sendet Ihnen das Antragsformular zu, welches vom Antragsteller entsprechend ausgefüllt und an die Kasse zurück gesandt wird.

Die Pflegekasse veranlasst eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst (MD) oder einen unabhängigen Gutachter. Das **Ergebnis** der Prüfung muss dem Antragsteller, spätestens 20 Arbeitstage nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse, schriftlich mitgeteilt werden. Das Gutachten wird dem Antragsteller durch die Pflegekasse übersandt, sofern er der Über-sendung nicht widerspricht.

Widerspruchsverfahren, bzw. Wiederholungsbegutachtung

Werden Anträge abgelehnt oder es wird ein geringerer Pflegegrad anerkannt, als der Pflegebedürftige erhofft hat, kann Widerspruch gegen den Bescheid eingelegt werden. **Sie haben ab dem Zugang des Bescheides einen Monat Zeit, um Widerspruch bei der Pflegekasse einzulegen.**

Der Widerspruch muss per Brief (empfehlenswert: per Einschreiben) oder Fax bei der Pflegekasse eintreffen. Eine einfache E-Mail genügt nicht.

Eine **Begründung ist nicht sofort erforderlich**, sondern kann und muss nachgeliefert werden. Wichtig ist nur, dass Versicherte dem Bescheid der Pflegekasse rechtzeitig widersprechen und deutlich darauf hinweisen, dass eine Begründung folgt.

Im Widerspruchsverfahren überprüft die Pflegekasse ihre Entscheidung noch einmal und es wird in der Regel ein Zweitgutachten erstellt. Entweder erfolgt dieses Gutachten nach Aktenlage oder mit einem erneuten Besuch beim Pflegebedürftigen. Auch zu dem Folgetermin sollten alle medizinischen Unterlagen bereitgehalten werden, damit sich der Gutachter wiederum ein umfangreiches Bild von der Situation machen kann.

Wird der Einwand angenommen, erhalten Sie einen positiven Bescheid, die sogenannte Abhilfe. Bleibt die Pflegekasse bei ihrer Ablehnung, erlässt sie den Widerspruchsbescheid.

Der Begriff der „Pflegepersonen“

(§ 19 SGB XI)

Pflegepersonen im Sinne dieses Gesetzes sind Personen, die nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen in seiner häuslichen Umgebung pflegen. Leistungen zur sozialen Sicherung nach § 44 SGB XI (Beiträge zur Renten- und Arbeitslosenversicherung) erhält eine Pflegeperson nur dann, wenn sie eine oder mehrere pflegebedürftige Personen wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche pflegt.

Leistungen bei Pflegegrad 1 (§ 28a SGB XI)

Pflegebedürftige mit **Pflegegrad 1** haben nur Anspruch auf bestimmte Leistungen der Pflegeversicherung.

Wie:

- Pflegeberatung (gemäß der §§ 7a und 7b SGB XI),
- Beratung in der eigenen Häuslichkeit (gemäß § 37 Abs.3 SGB XI),
- zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen (gemäß § 38a SGB XI),
- Versorgung mit Pflegehilfsmitteln (gemäß § 40 SGB XI),
- finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfeldes (gemäß § 40 SGB XI),
- zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen (gemäß § 43b SGB XI),
- Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen (gemäß § 45 SGB XI).

Zudem gewährt die Pflegeversicherung den Entlastungsbetrag (gemäß § 45b) in Höhe von 125 Euro monatlich. Dieser kann (gemäß § 45b) zur Erstattung von Kosten eingesetzt werden, die dem Versicherten im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen der Tages- und Nachtpflege sowie der Kurzzeitpflege, von Leistungen der ambulanten Pflegedienste (§ 36) sowie Leistungen von anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag (§ 45a) entstehen.

Die Pflegesachleistung

(§ 36 SGB XI)

Pflegebedürftige der **Pflegegrade 2 bis 5** haben bei häuslicher Pflege Anspruch auf körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen, sowie auf Hilfen bei der Haushaltsführung als Sachleistung (häusliche Pflegehilfe).

Häusliche Pflegehilfe wird erbracht, um Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeit des Pflegebedürftigen so weit wie möglich durch pflegerische Maßnahmen zu beseitigen oder zu mindern und eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit zu verhindern.

Bestandteil der häuslichen Pflegehilfe ist auch die pflegefachliche Anleitung von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen. Pflegerische Betreuungsmaßnahmen umfassen Unterstützungsleistungen zur Bewältigung und Gestaltung des alltäglichen Lebens im häuslichen Umfeld, insbesondere

1. bei der Bewältigung psychosozialer Problemlagen oder von Gefährdungen,
2. bei der Orientierung, bei der Tagesstrukturierung, bei der Kommunikation, bei der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte und bei bedürfnisgerechten Beschäftigungen im Alltag sowie
3. durch Maßnahmen zur kognitiven Aktivierung.

Pflegesachleistungen werden durch **qualifizierte Pflegekräfte** erbracht, die entweder von der Pflegekasse oder bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, mit denen die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, angestellt sind.

Die Pflegesachleistungen werden **direkt** über den ambulanten Pflegedienst mit der Pflegekasse abgerechnet.

Der Anspruch nach dem Pflegeversicherungsgesetz beträgt je Kalendermonat:

Pflegegrad 1	0,00 €
Pflegegrad 2 Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert:	761,00 €
Pflegegrad 3 Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert:	1.432,00 €
Pflegegrad 4 Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert:	1.778,00 €
Pflegegrad 5 Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert:	2.200,00 €

Die Pflegegeldleistung (§ 37 SGB XI)

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 können anstelle der häuslichen Pflegehilfe ein **Pflegegeld** beantragen. Der Anspruch setzt voraus, dass der Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld die erforderliche Pflege und Versorgung durch eine Pflegeperson **in geeigneter Weise selbst sicherstellt**.

Der Anspruch auf Pflegegeld nach dem Pflegeversicherungsgesetz beträgt je Kalendermonat:

Pflegegrad 1:	0,00 €
Pflegegrad 2:	332,00 €
Pflegegrad 3:	572,00 €
Pflegegrad 4:	764,00 €
Pflegegrad 5:	946,00 €

Besonderheiten bei der Geldleistung

(§ 37, Abs.3 SGB XI)

Pflegebedürftige, die Pflegegeld beziehen, sind dazu verpflichtet, in regelmäßigen Zeitabständen einen Pflegeeinsatz durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung durchführen zu lassen. Dieser Pflegeeinsatz muss bei Patienten mit Pflegegrad 2 + 3 mindestens halbjährlich und bei Patienten mit Pflegegrad 4 + 5 mindestens vierteljährlich durchgeführt werden.

Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 haben Anspruch, halbjährlich einen Beratungsbesuch abzurufen; Pflegesachleistungsbezieher können ebenfalls halbjährlich einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen.

Die Kosten der Beratungsbesuche werden vom Pflegedienst direkt mit der Pflegekasse abgerechnet.

Die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes wird während einer Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI für bis zu acht Wochen und während einer Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr fortgewährt.

Kombinationsleistung

(§ 38 SGB XI)

Nimmt der Pflegebedürftige die Sachleistung nur teilweise in Anspruch, erhält er von der zuständigen Pflegekasse ein anteiliges Pflegegeld ausbezahlt. 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 (siehe folgende Beispiele).

Pflegegrad 2

100% Sachleistung = 761,00 €	ergibt 0%	Geldleistung = 0,00 €
50% Sachleistung = 380,50 €	ergibt 50%	Geldleistung = 166,00 €
10% Sachleistung = 76,10 €	ergibt 90%	Geldleistung = 298,80 €

Pflegegrad 3

100% Sachleistung =	1.432,00 €	ergibt 0% Geldleistung =	0,00 €
50% Sachleistung =	716,00 €	ergibt 50% Geldleistung =	286,00 €
10% Sachleistung =	143,20 €	ergibt 90% Geldleistung =	514,80 €

Pflegegrad 4

100% Sachleistung =	1.778,00 €	ergibt 0% Geldleistung =	0,00 €
50% Sachleistung =	889,00 €	ergibt 50% Geldleistung =	382,00 €
10% Sachleistung =	177,80 €	ergibt 90% Geldleistung =	687,60 €

Pflegegrad 5

100% Sachleistung =	2.200,00 €	ergibt 0% Geldleistung =	0,00 €
50% Sachleistung =	1.100,00 €	ergibt 50% Geldleistung =	473,00 €
10% Sachleistung =	220,00 €	ergibt 90% Geldleistung =	851,40 €

Aber Achtung!

An die Entscheidung, ob der Pflegebedürftige Geld-, Sach- oder Kombileistungen in Anspruch nehmen will, ist der Pflegebedürftige grundsätzlich für die Dauer von **sechs Monaten gebunden**.

Entlastungsbetrag

(§ 45b SGB XI)

Pflegebedürftige aller Pflegegrade, die ambulant gepflegt werden, haben einen einheitlichen Entlastungsbetrag in Höhe von **bis zu 125 Euro monatlich**. Der Betrag ist zweckgebunden einzusetzen und ist für qualitätsgesicherte Leistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger und vergleichbarer Nahestehender, in ihrer Eigenschaft als Pflegenden sowie zur Förderung der Selbständigkeit und Selbstbestimmtheit der Pflegebedürftigen bei der Gestaltung ihres Alltages bestimmt. Der Betrag dient der Erstattung von Aufwendungen, die dem Versicherten entstehen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von:

1. Leistungen der Tages- oder Nachtpflege,
2. Leistungen der Kurzzeitpflege,
3. Leistungen der ambulanten Pflegedienste im Sinne des § 36, in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht von Leistungen im Bereich der Selbstversorgung (Körperpflege),
4. Leistungen zur Unterstützung im Alltag (früher niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote) im Sinne des § 45a.

Die Leistung kann innerhalb des jeweiligen Kalenderjahres in Anspruch genommen werden; wird die Leistung in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende **Kalenderhalbjahr** übertragen werden. Wird der Betrag allerdings nicht bis zum 30.6. des folgenden Jahres in Anspruch genommen, verfällt der Betrag!

Zusätzliche Angebote, die Sie für den Entlastungsbetrag bei uns in Anspruch nehmen können:

- ◆ Betreuung und Beaufsichtigung (z. B. von demenzerkrankten Menschen) zu Hause
- ◆ Hilfe und Unterstützung bei der Haushaltsführung (z. B. einkaufen, putzen, waschen etc.)
- ◆ Hilfe bei der Tagesstrukturierung (z. B. spazieren gehen, gemeinsames kochen und essen, Gesellschaftsspiele spielen, vorlesen etc.)
- ◆ Unterstützung bei der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte (z. B. Begleitung zu Veranstaltungen, Arztbesuchen etc.)
- ◆ Hilfe bei pflegebedingten Anforderungen des Alltags (z. B. Inanspruchnahme von Pflegesachleistungen bei Pflegegrad 2-5)
- ◆ Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen
- ◆ Inanspruchnahme der Verhinderungspflege (auch Stundenweise)
- ◆ Angebote des AHB zur Unterstützung des Alltages (z. B. Sitzgymnastik)
- ◆ Beratung durch Pflege(fach)kräfte des AHB zur gezielten Entlastung von Angehörigen

und vieles mehr...

Sprechen Sie uns gerne an!

Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson

(§ 39 SGB XI)

Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaub, Krankheit oder anderen Gründen verhindert, übernimmt die Pflegekasse die Kosten für eine Ersatzpflegekraft bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr (für eine private Pflegeperson oder einen Pflegedienst). Die Verhinderungspflege kann auch tageweise mit Unterbrechungen abgerufen werden. Die Verhinderungspflege muss bei geplantem Urlaub vorher bei der Pflegekasse beantragt werden.

Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat und der Pflegebedürftige zum Zeitpunkt der Verhinderung mindestens in Pflegegrad 2 eingestuft ist – und eine private Pflegeperson angegeben hat (ab Juli 2025 entfällt die Vorpflegezeit).

Bei plötzlichem Ausfall der Pflegeperson kann auch sofort mit der Verhinderungspflege begonnen werden, aber sie muss kurzfristig rückwirkend beantragt werden.

Die Pflegekasse erstattet pro Kalenderjahr für 42 Tage beziehungsweise sechs Wochen bis zu 1.612 Euro. Sofern die Kurzzeitpflege im Kalenderjahr nicht vollständig in Anspruch genommen wurde, können bis zu 806 Euro des offenen Betrages zusätzlich für die Verhinderungspflege genutzt werden (insgesamt bis zu 2.418 Euro). Der Anspruch Kurzzeitpflege wird dann allerdings um den zusätzlichen Betrag verringert. (Sonderregelung siehe S.21)

Die Verhinderungspflege kann u.a. durch ambulante Pflegedienste oder stationäre Einrichtungen erbracht werden. Hier gelten ebenfalls die o.g. Höchstgrenzen (max. 42 Tage, bis zu 1.612 Euro plus ggfs. 806 Euro aus der Kurzzeitpflege).

Die Verhinderungspflege kann auch für Arztbesuche der Pflegeperson und bei anderen kurzen Unterbrechungen von weniger als acht Stunden in Anspruch genommen werden. Diese Zeiten werden nicht auf den jährlichen Höchstanspruch von 42 Tagen angerechnet. Nur der Höchstbetrag von 1.612 Euro kommt zum Tragen. Bei diesen weniger als acht Stunden dauernden Unterbrechungen der Pflege erhalten Pflegebedürftige das volle Pflegegeld ungekürzt weiter.

Bei einer Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum 2. Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, gibt es nur den 1,5-fachen Satz des monatlichen Pflegegeldes für sechs Wochen Verhinderungspflege. Allerdings können Verdienstausfall oder Fahrtkosten zusätzlich mit angerechnet werden. Eine Aufstockung ist dann bis max. 1.612 Euro (plus ggfs. 806 Euro aus Kurzzeitpflege) möglich.

Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

(§40 Abs.1 bis 4 SGB XI)

Pflegebedürftige ab Pflegegrad 1 können zusätzlich Pflegehilfsmittel beantragen, wenn diese dazu beitragen die Pflege zu erleichtern, Beschwerden des Pflegebedürftigen zu lindern oder ihm eine selbständigere Lebensführung zu ermöglichen.

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 Pflegehilfsmittel (z.B. Bettschutzeinlagen, Handschuhe) dürfen monatlich den Betrag von 40,00 Euro nicht überschreiten.

Technische Hilfsmittel wie Pflegebetten, Rollstühle oder Hebehilfen sollen von der Pflegekasse vorrangig leihweise zur Verfügung gestellt werden.

Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben zu den Kosten der Pflegehilfsmittel eine Zuzahlung von 10 %, höchstens jedoch 25 Euro je Pflegehilfsmittel an die abgebende Stelle zu leisten (allerdings können sich Versicherten nach Belastungsgrenze u.U. ganz oder teilweise von der Zuzahlung befreien lassen).

Bei der Auswahl von **geeigneten Hilfsmitteln** und **Pflegehilfsmitteln** bekommt das Pflegepersonal nun mehr Entscheidungsbefugnis. Die Pflegekräfte können konkrete Empfehlungen für Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel aussprechen. Dies ist im Rahmen ihrer Leistungserbringung nach den § 36 SGB V, § 37 und 37c SGB V sowie bei Beratungseinsätzen nach § 37 Abs. 3 SGB XI möglich.

Durch diese neue Regelung ist dann keine ärztliche Verordnung mehr nötig.

Bitte beachten: Wenn Sie bei der Kasse ein Hilfsmittel oder Pflegehilfsmittel beantragen, darf die Empfehlung der Pflegekraft nicht älter als 14 Tage sein.

Die Bearbeitungsfrist für Anträge für Pflegehilfsmittel durch die Pflegekasse wird auf 3 Wochen festgelegt (§ 40 Abs. 7).

Wenn Pflegebedürftige zu Hause gepflegt und betreut werden, ist es oft sinnvoll, das Wohnumfeld darauf hin anzupassen.

Daher kann die Pflegekasse Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes gewähren. Hierunter fallen beispielsweise Rampen für Rollstuhlfahrer oder Haltegriffe für Menschen mit Gehbehinderung. Die Höhe der Zuschüsse ist unter Berücksichtigung der Kosten der Maßnahme zu bemessen. Die Zuschüsse dürfen einen Betrag in Höhe von 4.000,00 Euro je Maßnahme nicht überschreiten. Leben mindestens vier Pflegebedürftige in einer ambulanten Wohngemeinschaft, ist der Gesamtbetrag auf 16.000,00 Euro je Maßnahme begrenzt.

Der **Hausnotruf** ist ein offiziell anerkanntes Hilfsmittel für Senioren. Die Pflegekasse zahlt bei anerkannter Pflegebedürftigkeit (meist ab Pflegegrad 1) des Betroffenen einen Zuschuss. Die monatlichen Nutzungsgebühren bezuschusst die Kasse mit bis zu **25,50 Euro**. Wichtig zu wissen ist, dass die Pflegekasse nur dann die Kosten für den Hausnotruf anteilig übernimmt, wenn Pflegebedürftige die meiste Zeit des Tages allein leben und jederzeit mit einer Notsituation aufgrund des Pflegezustands zu rechnen ist.

Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen (§ 38a SGB XI)

Pflegebedürftige haben Anspruch auf einen pauschalen Zuschlag in Höhe von 214,00 Euro monatlich, wenn

- **sie gemeinschaftlich zusammen wohnen** (mindestens 3, **maximal 12 Personen**) zum Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung und davon mindestens zwei Personen pflegebedürftig sind,
- sie Leistungen nach den §§ 36, 37, 38, § 45a oder § 45b beziehen,
- **sie gemeinsam** eine Person beauftragt haben für organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten oder hauswirtschaftliche Unterstützung => alleiniges „Putzen“ reicht nicht!
- keine Versorgungsform **einschließlich teilstationärer Pflege** vorliegt, in denen ein Anbieter **Leistungen im Umfang der stationären Versorgung anbietet**.

Tagespflege und Nachtpflege (§ 41 SGB XI)

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 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.

Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen der teilstationären Pflege einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und die Aufwendungen für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege.

Der Anspruch für Tagespflege umfasst:

Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Keine	689,- €	1.298,- €	1.612,- €	1.995,- €

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 können teilstationäre Tages- und Nachtpflege zusätzlich zu ambulanten Pflegesachleistungen, Pflegegeld oder der Kombinationsleistung in Anspruch nehmen, ohne dass eine Anrechnung auf diese Ansprüche erfolgt.

- Der Entlastungsbetrag von 125,00 Euro kann auch für Hotel- und Investitionskosten eingesetzt werden
- Der Pflegegrad 1 erhält keine Leistung, es ist nur möglich den Betrag von 125,00 Euro für Pflegesatzkosten zu nutzen
- Auch die Verhinderungspflege in Höhe von 1.612,00 Euro kann für die Tagespflege genutzt werden

Kurzzeitpflege

(§ 42 SGB XI)

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 ausreichend möglich ist.
- Anspruchsberechtigt sind die Pflegegrade 2 bis 5.
 - Die Kurzzeitpflege kann bis zu 8 Wochen pro Kalenderjahr in Anspruch genommen werden.

- Die Leistungshöhe beträgt bis zu 1.774,00 EUR pro Kalenderjahr. Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege.
- Der Leistungsbetrag kann um bis zu 1.612,00 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Verhinderungspflege auf insgesamt bis zu 3.386,00 Euro im Kalenderjahr erhöht werden.
- Das Pflegegeld wird für bis zu 8 Wochen während der Kurzzeitpflege hälftig weitergezahlt.

Vollstationäre Pflege

(§ 43 SGB XI)

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 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.

Für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen übernimmt die Pflegekasse im Rahmen der pauschalen Leistungsbeträge die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege.

Der Anspruch beträgt je Kalendermonat:

Pflegegrad 2:	770,00 € für Pflegebedürftige
Pflegegrad 3:	1.262,00 € für Pflegebedürftige
Pflegegrad 4:	1.775,00 € für Pflegebedürftige
Pflegegrad 5:	2.005,00 € für Pflegebedürftige

Wählen Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 vollstationäre Pflege, erhalten sie für die genannten Aufwendungen einen Zuschuss in Höhe von 125,00 Euro monatlich.

Die PV zahlt bei der Versorgung im Pflegeheim seit 01.Januar 2022 neben nach Pflegegrad differenzierten Leistungsbetrag einen Zuschlag.

Dieser steigert sich mit der Dauer der Pflege von 15 Prozent im ersten Jahr, zu 30 Prozent im zweiten Jahr, über 50 % im dritten Jahr und zu danach 75 Prozent des pflegebedingten Eigenanteils (Zuschläge ab 2024).

Sonstiges

Sonderregelung Verhinderungspflege

Für Pflegebedürftige bis 25 Jahre mit Pflegegrad 4 & 5 gelten andere, verbesserte Bedingungen - erkundigen Sie sich bei Ihrer Krankenkasse.

Übergangspflege für Menschen ohne Pflegeeinstufung

Häufig kommt es vor, dass Menschen vorübergehend Pflege benötigen, ohne dass eine Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung vorliegt z.B. nach einem Krankenhausaufenthalt, einer ambulanten OP oder aufgrund einer akuten schwerwiegenden Erkrankung.

Durch das Krankenhausstrukturgesetz können Versicherte in diesen Fällen eine Übergangspflege als Leistung der Krankenkasse nach SGB V in Anspruch nehmen.

- Versicherte haben Anspruch auf vier Wochen Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege.
(§ 37 Abs.1a SGB V)
- bis zu vier Wochen können Versicherte eine Haushaltshilfe erhalten. Diese Leistung kann unter Umständen auf bis zu 26 Wochen verlängert werden, sollten sich Kinder, die unter zwölf Jahre oder behindert auf Hilfe angewiesen sind, im Haushalt befinden.
(§ 38 Abs.1 SGB V)
- Reichen die o.g. Leistungen nicht aus, besteht ein Anspruch auf Aufnahme in eine Kurzzeit-Pflegeeinrichtung für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr. Die Krankenkasse beteiligt sich an den Kosten mit 1.774,00 Euro/Jahr.
(§ 39c SGB V)
- Ist nach einem Krankenhausaufenthalt keine Versorgung durch häusliche Krankenpflege, Pflegeleistungen nach dem SGB XI, Kurzzeitpflege oder einer Reha sichergestellt, besteht ein Anspruch auf eine zehntägige Übergangspflege im Krankenhaus. Die Kosten für die Übergangspflege, incl. Unterkunft, Verpflegung und ärztliche Behandlung übernimmt die Krankenkasse.
(§ 39e SGB V)

Wir hoffen, dass wir Ihnen mit diesen Informationen weiterhelfen konnten.

Alle Änderungen für das Jahr 2024 wurden möglichst berücksichtigt und alle Angaben/Zahlen beziehen sich auf den Stand Januar 2024, ohne Anspruch auf Vollständigkeit.

Unser Bestreben ist es, Sie solange wie möglich in Ihrer Eigenständigkeit zu unterstützen, sodass Sie Ihren Lebensabend in Ihrem eigenen, gewohnten Zuhause verbringen können.

Sollten Sie noch Fragen haben, setzen Sie sich bitte mit uns in Verbindung. Wir stehen Ihnen gerne für ein ausführliches, individuelles und kostenfreies Pflegeberatungsgespräch zur Verfügung.

Ihr AHB-Team

(zugelassener Vertragspartner aller Kranken-/Pflegekassen)

Alle Angaben sind ohne Gewähr. Änderungen vorbehalten.

Kein Anspruch auf Vollständigkeit.

© Alle Rechte vorbehalten, **Stand: Dezember 2023**

**AHB**

Ambulanter Hauspflegeverband Bremen

Das AHB-Büro in Ihrer Nähe!

- **AHB Stadtteilbüro West**

Wartburgplatz 5
28217 Bremen

Tel.: 0421 / 380 80 15
Fax: 0421 / 380 80 17

- **AHB Stadtteilbüro Nord**

Hindenburgstr. 9-11
28717 Bremen

Tel.: 0421 / 636 79 56
Fax: 0421 / 636 79 58

- **AHB Stadtteilbüro Oslebscity**

Am Oslebshauser Bahnhof 13
28239 Bremen

Tel.: 0421 / 43 68 599 0
Fax: 0421 / 43 68 599 9

- **AHB Stadtteilbüro Ost/Mitte**

Vahrer Str. 271/273
28329 Bremen

Tel.: 0421 / 43 68 53
Fax: 0421 / 43 68 55 5

- **AHB Stadtteilbüro Ost/Horn**

Kopernikusstr. 89
28357 Bremen

Tel.: 0421 / 98 88 54 0
Fax: 0421 / 98 88 54 99



- **AHB Zentrale**

Kurfürstenallee 80
28211 Bremen

Tel.: 0421 / 20 45 10
Fax: 0421 / 498 43 08

info@ahb-bremen.de

www.ahb-bremen.de

