

Kostenübernahme durch Pflegekasse, Krankenkasse oder Sozialamt

Zum 01.01.1995 ist das Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der der Pflegebedürftigkeit in Kraft getreten. Mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) wurde zum 01.01.2017 die pflegerische Versorgung durch einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungsinstrument (NBI) auf eine neue pflegefachliche Grundlage gestellt. Die Pflegebedürftigkeit orientiert sich allein daran, wie stark die Selbständigkeit beziehungsweise die Fähigkeit eines Menschen bei der Bewältigung des Alltags beeinträchtigt sind und er deshalb der Hilfe durch andere bedarf.

Im Folgenden wollen wir Ihnen darstellen, welche von uns zu erbringende Leistungen mit der Pflegekasse, der Krankenkasse und /oder dem Sozialamt abrechenbar sind.

Pflegekasse (SGB XI § 36-41, §45b)

Die Pflege und Betreuung ist darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen auch in Form der aktivierenden Pflege wiederzugewinnen oder zu erhalten. Beiden Leistungen wird unterschieden zwischen Sach-, Geld- und Kombinationsleistungen.

Leistungen des Pflegedienstes und Anspruchsvoraussetzungen:

Leistungen im Bereich der Mobilität:

Unterstützung oder Übernahme bei dem Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Position, Umsetzen, Fortbewegen, Treppensteigen.

Leistungen im Bereich kognitive und kommunikative Fähigkeiten, sowie bei psychischen Problemlagen:

Unterstützung oder Übernahme bei dem Treffen von Entscheidungen im Alltag, Erkennen von Risiken und Gefahren, Bewältigung von Belastenden Emotionen, Gespräch Beteiligungen.

Leistungen im Bereich der Selbstversorgung:

Unterstützung oder Übernahme bei der Körperpflege, An- und Auskleiden, Mundgerechtes Zubereiten oder Bereitstellen der Nahrung, Toilettengang.

Leistungen im Bereich der Gestaltung des Alltagslebens und Haushaltsführung:

Unterstützung oder Übernahme bei der Gestaltung des Tagesablaufs, Sichbeschäftigen, Außerhäusliche Aktivitäten, Einkaufen, hauswirtschaftliche Versorgung, Behördengänge.

Die Leistungen nach SGB XI sind bei der Pflegekasse zu beantragen. Die Pflegekasse beauftragt für die Feststellung von Pflegebedürftigkeit den Medizinischen Dienst der Krankenkasse. Liegen die Voraussetzungen für die Zuordnung zu einem Pflegegrad, bekommt der Versicherte schriftlich Ergebnis der Begutachtung mitgeteilt. (s. Tabelle)



Statt Altenheim e.V.

**Pflege zu Hause
Sozialstation**

Am Sonnenhang 1 - 57078 Siegen
Tel.: 0271/790830 - Fax.: 0271/790840

Pflegegrad	Sachleistun a monatlich	Geldleistun a monatlich	Entlastungsleistungen	Verhinderungspflege
Pflegegrad 1			125 €	
Pflegegrad 2	698	316	125 €	1612 + (806) €
Pflegegrad 3	1298	545	125 €	1612 + (806) €
Pflegegrad 4	1612	728	125 €	1612 + (806) €
Pflegegrad 5	1995	901	125 €	1612 +

Die Pflegekassen übernehmen neben den monatlichen Pflegekosten zusätzlich die Kosten für notwendige **Pflegehilfsmittel** bis zu 40 Euro/monatlich, sie stellen technische Pflegehilfsmittel (z. B. Rollstuhl, Pflegebett,...) zur Verfügung und geben Zuschüsse zur **Verbesserung des Wohnumfeldes**, wie z.B. den behindertengerechten Umbau eines Badezimmers, bis zu einer Höhe von 4000 Euro je Maßnahme und Person. Bei Bezug von Geldleistungen müssen 2-mal pro Jahr (bei Pflegegrad 1 bis 3) oder 4-mal (bei Pflegegrad 4-bis5) **Beratungseinsätze** nach (§ 37 Abs. 3) abgerufen werden. Die Kosten dafür übernimmt die Pflegekasse.

Kann eine Pflegeperson wegen Krankheit, Urlaub oder aus anderen Gründen die Pflege nicht durchführen, besteht die Möglichkeit die **Verhinderungspflege** in Anspruch zu nehmen. Der Betrag von 1612 € kann um die Hälfte aufgestockt werden, falls diese Summe nicht für die Kurzzeitpflege verbraucht werden soll.

Zusätzlich haben Pflegebedürftige einen Anspruch auf **Entlastungsleistungen** in Höhe von bis zu 125 Euro monatlich. Der Betrag ist zweckgebunden einzusetzen für qualitätsgesicherte Leistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger und vergleichbar Nahestehender in ihrer Eigenschaft als Pflegenden sowie zur Förderung der Selbständigkeit und Selbstbestimmtheit der Pflegebedürftigen bei der Gestaltung ihres Alltags.

Seit 2015 haben Pflegebedürftige zusätzlich zur Sach- oder Geldleistungen den gleichen Betrag wie für die Pflegesachleistung für den Aufenthalt in der **Tagespflege** zu Verfügung.

Krankenkasse (SGB V § 37-38)

Zusätzlich zur Hilfe bei Pflegebedürftigkeit bietet der Pflegedienst Leistungen an, die von den Krankenkassen bezahlt werden und medizinisch notwendige Hilfen im Falle einer Erkrankung umfassen. Nur die Leistungen nach § 37 (b) werden zusätzlich zur Pflegeleistung gewährt. Bevor die Pflegekräfte tätig werden können, bedarf es einer Verordnung durch den Arzt und einer Überprüfung und Genehmigung dieser Verordnung durch die Krankenkasse.

1. Häusliche Krankenpflege nach § 37 (1a) SGB V

Leistungen des Pflegedienstes:

Unterstützung oder Übernahme bei der Körperpflege, An- und Auskleiden, Mundgerechtes Zubereiten oder Bereitstellen der Nahrung, Toilettengang und hauswirtschaftliche Versorgung.

Voraussetzung zur Beanspruchung/Genehmigung:

Vermeidung oder Verkürzung von Krankenhausaufenthalt bzw. wenn Krankenhausaufenthalt geboten aber nicht ausführbar ist. Der Anspruch besteht bis zu 4 Wochen je Krankheitsfall (in Ausnahmefällen länger) und kann bis zu 2 x täglich verordnet werden.

2. Häusliche Krankenpflege nach § 37 (2) SGB V

Leistungen des Pflegedienstes:

Medizinische Versorgung: *Richten und Verabreichen von Medikamenten,*

Kompressionstherapie, Injektionen und Blutzuckerkontrollen, Medizinische Einreibungen, Blutdruckkontrollen, Wundbehandlung, Dekubitusversorgung.

Voraussetzung zur Beanspruchung/Genehmigung:

Die Behandlungspflege soll das Ziel der ärztlichen Verordnung sichern. Die Dauer und der Umfang der Leistung hängt von der im Einzelfall notwendigen Behandlung ab. Diese Leistungen dürfen nur von examinierten Pflegefachkräften durchgeführt werden.

3. Haushaltshilfe nach § 38 SGB V

Leistungen des Pflegedienstes:

Alle notwendigen Verrichtungen, die zur Weiterführung des Haushaltes erforderlich sind (Mahlzeiten Zubereiten, Spülen, Müllbeseitigung, Einkäufe, Wäsche waschen, usw.)

Voraussetzung zur Beanspruchung/Genehmigung:

Die Hilfe wird gewährt, wenn die versicherte Person vorübergehend nicht dazu in der Lage ist, ihren Haushalt zu führen (z.B. wegen Krankheit oder Kur) und auch keine andere, im Haushalt lebende Person dies übernehmen könnte und wenn die Weiterführung des Haushaltes notwendig ist, um z. B. die Heimaufnahme eines behinderten Kindes oder eines Kindes unter 12 Jahren zu verhindern. Der Anspruch besteht bis zu 4 Wochen (in Ausnahmefällen länger).

Sozialamt (SGB XII)

Hilfe zur Pflege nach § 61-63

Besteht kein Anspruch auf die vorgenannten finanziellen Zuschüsse durch die Pflegekasse, z.B. der festgestellte Pflegebedarf befindet sich unterhalb des Pflegegrades 1 und das eigene Einkommen liegt unterhalb der festgelegten Freigrenze, besteht die Möglichkeit, für die oben genannten Leistungen der Pflegeversicherung ganz oder zusätzlich Leistungen der Sozialhilfe in Anspruch zu nehmen.

Wer Sozialhilfe für die finanzielle Abdeckung der Pflege und Betreuung beansprucht, muss sein Einkommen und Vermögen über einer festgelegten Freigrenze einsetzen. Auch Verwandte in gerader Abstammungslinie (Kinder, Eltern,...) können unter Umständen zu finanziellen Beiträgen herangezogen werden. Auskunft über die aktuellen Einkommensfreigrenzen erteilt das zuständige Sozialamt.

Die Leistungen entsprechen den SGB XI Leistungen.

Wir hoffen, Ihnen mit diesen Informationen ein wenig behilflich gewesen zu sein. Wenn sie weitere Fragen zu diesem oder zu anderen Themen rund um die Pflege und Betreuung haben, stehen wir Ihnen gerne innerhalb unserer Bürozeiten zur Verfügung.