



Pflegeversicherung und entlastende Hilfsangebote

Informationen für Antragstellende, deren Familien
und Angehörige



Lebenshilfe
Schleswig-Holstein

Pflegeversicherung und entlastende Hilfsangebote

Stand:2022

Pflegeversicherung und entlastende Hilfsangebote	1
1. Zusammenfassung in Leichter Sprache	2
2. Gesetzliche Grundlagen	4
2.1. Anspruchsvoraussetzungen	4
3. Leistungen der Pflegeversicherung	4
3.1. Leistungen / Einstufung in Pflegegrade	4
3.2. Soziale Absicherung von pflegenden Angehörigen	5
3.3. Liste der Sach- und Geldleistungen nach Pflegegraden	7
3.4. Liste der zusätzlichen ambulanten Leistungen	8
4. Feststellung der Pflegebedürftigkeit und Begutachtung	14
5. Bescheid der Pflegekasse und Rechtsmittel	15
6. Zusammenfassungen in anderen Sprachen	16
6.1. Zusammenfassung in türkischer Sprache	16
6.2. Zusammenfassung in russischer Sprache	17
6.3. Zusammenfassung in arabischer Sprache	18
6.4. Zusammenfassung in afghanischer Sprache	19

Zusammenfassung in Leichter Sprache

Manche Menschen brauchen Hilfe im Alltag.

Sie brauchen zum Beispiel Hilfe beim Waschen oder Anziehen oder Essen.

Oder sie brauchen Betreuung.

Zum Beispiel Betreuung beim Spaziergehen.



Die Pflege-versicherung kann Geld für Hilfe und Betreuung geben.

Die Pflege-versicherung unterstützt Menschen unterschiedlich.

Manche Menschen bekommen Geld für die Hilfe.

Von dem Geld kann man dann die nötige Hilfe selbst bezahlen.

Manche Menschen bekommen die Leistung direkt.

Dann bezahlt die Pflege-versicherung zum Beispiel einen Pflege-dienst.

Die Pflege-versicherung bezahlt zum Beispiel auch bestimmte Hilfs-mittel oder

Dinge zur Unterstützung oder

wenn man Wohnungen umbauen muss.



Wenn man Unterstützung von der Pflege-versicherung will, muss man einen Antrag schreiben.

Und man muss viele Fragen beantworten.

Zum Beispiel:

Welche Hilfe braucht jemand?

Wie oft braucht jemand Hilfe oder Betreuung?

Was kann jemand noch selber machen?

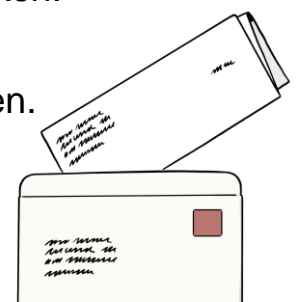


Man muss den Antrag schreiben, damit die Pflege-versicherung hilft.

Dann muss man den Antrag an die Pflege-versicherung schicken.

Die Pflege-versicherung entscheidet dann, was sie bezahlt.

Oder was man von den Sachen bekommt, die im Antrag stehen.



**In diesem Heft findet man
einige wichtige Informationen zur Pflege-versicherung.**

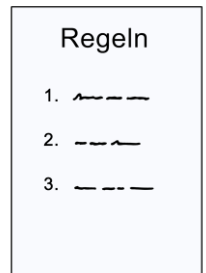
Die Regeln zur Pflege-versicherung sind schwierig.

Man muss für jede Person genau beachten, was man schreibt.

Man muss genau aufpassen, dass man den Antrag richtig schreibt.

Man muss richtig beschreiben, was man braucht.

Und man muss gut beschreiben, warum man das braucht.



Die Regeln zur Pflege-Versicherung sind schwierig.

Bitte holen Sie sich Beratung.

Holen Sie Beratung, bevor Sie Anträge schreiben.

Frühe Beratung ist besser,

damit man gut vorbereitet ist.

Späte Beratung ist schwieriger, wenn der Antrag abgelehnt ist.



Die Beratung bei uns kostet nichts.

In diesem Heft stehen mehr Infos zur Pflege-versicherung und zum Pflege-grad.

Es ist ein langer Text in schwieriger Sprache.

Viele Infos im Text gelten nur für bestimmte Fälle.

Darum sagen wir:

Mit Beratung kann man das besser erklären,

als wenn wir einen längeren Text mit vielen Ausnahmen schreiben.



Wir beraten Sie persönlich zu den Regeln der Pflege-versicherung.

Wir beraten Sie so, dass Sie verstehen, was für Sie wichtig ist.

Die Beratung bei uns kostet nichts.

Hier bekommen Sie Beratung:

Ulrike Tofaute

Kehdenstr. 2-10

24103 Kiel

Tel.: 0431- 6611821

tofaute@lebenshilfe-sh.de



1. Gesetzliche Grundlagen

Die gesetzlichen Grundlagen der Pflegeversicherung befinden sich im Sozialgesetzbuch XI (**SGB XI**).

1.1. Anspruchsvoraussetzungen

- Mitgliedschaft in einer Pflegeversicherung
- Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit
- Antrag an die Pflegekasse
- Vorversicherungszeit (2 Jahre innerhalb der letzten 10 Jahre) - bei Kindern gilt diese Zeit, wenn ein Elternteil sie erfüllt-

Wenn die Vorversicherungszeit von 2 Jahren nicht erfüllt wird, kann Hilfe zur Pflege beantragt werden (SGB XII). Sie kann auch von pflegebedürftigen Personen beantragt werden, die den Pflegebedarf weder durch die Leistungen der Pflegekasse noch aus eigenen finanziellen Mitteln komplett decken können.

2. Leistungen der Pflegeversicherung

2.1. Leistungen / Einstufung in Pflegegrade

Alle Pflegedürftigen erhalten Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung, unabhängig davon, ob sie von körperlichen, kognitiven oder psychischen Einschränkungen betroffen sind.

Durch die Begutachtung soll ermittelt werden, wie selbständig eine Person ihren Alltag gestalten kann. Je höher dabei der Pflegegrad (PG) ist, desto höher sind die Leistungen:

- PG 1 - geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
- PG 2 - erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
- PG 3 - schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
- PG 4 - schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
- PG 5 - schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung

Der Grad der Selbständigkeit wird in verschiedenen Bereichen (Modulen) anhand eines Punktesystems ermittelt. Daraus ergibt sich – mit unterschiedlicher Gewichtung – die Einstufung in einen Pflegegrad. Die Module sind:

- 1. Mobilität**
- 2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten**
- 3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen**
- 4. Selbstversorgung**
- 5. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen**
- 6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte**

Eine Sonderregelung gibt es für Kinder von 0 bis 18 Monaten. Sie werden einen Pflegegrad höher eingestuft als Erwachsene mit gleicher Bedürftigkeit.

Es gibt dabei nur 3 Modulen, die dabei überprüft werden:

- Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen,
- Selbstversorgung (Nahrungsaufnahme),
- Umgang mit krankheits-/ therapiebedingten Anforderungen und Belastungen.

Dieser Pflegegrad wird bis zum 18. Lebensmonat ohne neue Begutachtung bewährt- es sei denn, ihre Situation verbessert oder verschlechtert sich und macht deshalb eine erneute Begutachtung erforderlich.

Nach den 18 Monaten wird automatisch einen Pflegegrad herabgestuft.

2.2. Soziale Absicherung von pflegenden Angehörigen

Die Pflegekasse sieht Rentenbeiträge und Arbeitslosenbeiträge an die Pflegepersonen unter bestimmten Voraussetzungen vor. Je höher der Pflegegrad ist, desto höher bemisst sich der Rentenbeitrag. Dafür müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Die pflegebedürftige Person hat mindestens den Pflegegrad 2,
- die Pflegeperson pflegt mindestens zehn Stunden in der Woche,
- die zehn Stunden sind auf mindestens zwei Tage verteilt,

- es müssen mindestens 30 % der Gesamtleistung sein und
- die Pflegeperson arbeitet nicht mehr als 30 Stunden in der Woche.

Es besteht die Möglichkeit, die erforderlichen 10 Stunden zu erreichen, indem die Pflegezeit bei mehreren pflegebedürftigen Personen addiert wird. Grundsätzlich muss eine Pflegeperson auf mindestens 10 Stunden kommen, wenn also z.B. der Partner mitpflegt, sollte das berücksichtigt werden, damit die Rentenbeiträge bezahlt werden.

Beiträge zur Arbeitslosenversicherung werden für die gesamte Dauer der Pflegeetätigkeit **ab Pflegegrad 2** für Pflegepersonen, die aus dem Beruf aussteigen, bezahlt. Voraussetzung ist eine Versicherungspflicht in der Arbeitslosenversicherung oder Bezug von Arbeitslosengeld **direkt vor** der Pflegeetätigkeit. Für Pflegepersonen besteht damit die Möglichkeit, nach dem Ende der Pflegeetätigkeit Arbeitslosengeld zu beantragen und Leistungen der Arbeitsförderung zu beanspruchen.

Die **Pflegeberatung** erfolgt auch gegenüber Angehörigen oder weiteren Personen oder unter deren Einbeziehung. Sie erfolgt auf Wunsch in der häuslichen Umgebung oder in der Einrichtung, in der die Person lebt. Wer Leistungen bei der Pflegeversicherung beantragt, soll automatisch das Angebot für eine Pflegeberatung, einen zuständigen Pflegeberatenden und eine (Preis-) Liste aller Anbieter im Umkreis erhalten.

Die **Beratungseinsätze** nach § 37 Abs. 3 SGB XI sind verpflichtend. Wenn sie versäumt werden, kann das Pflegegeld gekürzt werden.

- Pflegegrad 1: Anspruch auf 2 Beratungen/ Jahr,
- Pflegegrad 2: verpflichtend halbjährlich,
- Pflegegrad 3: verpflichtend halbjährlich,
- Pflegegrad 4: verpflichtend vierteljährlich,
- Pflegegrad 5: verpflichtend vierteljährlich.

Auch bei Pflegesachleistungen ist ein Beratungsbesuch möglich, aber nicht verpflichtend.

Kostenlose Schulungskurse muss die Pflegekasse ausnahmslos und auch in häuslicher Umgebung der pflegebedürftigen Person durchführen. Corona-bedingt gibt es dazu momentan Einschränkungen.

2.3. Liste der Sach- und Geldleistungen nach Pflegegraden

Welche Leistungen einer pflegebedürftigen Person zustehen, zeigt die Tabelle:

Pflegegrad	Ambulante Sachleistung in €/ Monat (§ 36 SGB XI)	Ambulante Geldleistung in €/ Monat (§ 37 SGB XI)
I	125 € als Zuschuss möglich	
II	724	316
III	1.363	545
IIII	1.693	728
V	2.095	901

Pflegegeld wird an Versicherte gezahlt, die häuslich von Angehörigen, Freunden oder Bekannten gepflegt werden.

Mit den Pflegesachleistungen wird der Einsatz von ambulanten Pflegediensten bezahlt. Die ambulanten Pflegedienste rechnen ihre Leistungen direkt mit der Krankenkasse bzw. dem Kostenträger ab. Beide Leistungen können miteinander kombiniert werden (§ 38 SGB XI).

Leider sind nur die Pflegesachleistungen und nicht das Pflegegeld erhöht worden. In der vorherigen Fassung der Pflegereform sollte auch eine Erhöhung des Pflegegelds oder das einheitliche Entlastungsbudget für die Verhinderungspflege beschlossen werden. Das ist leider nicht umgesetzt worden.

2.4. Liste der zusätzlichen ambulanten Leistungen

Zusätzlich zu den Pflegesachleistungen (§ 36 SGB XI) bzw. dem Pflegegeld (§ 37 SGB XI) gibt es noch andere Leistungen der Pflegekassen, die bei ambulanter Pflege genutzt werden können. Hier gibt es eine Übersicht:

Was gibt es?	Welcher Pflegegrad?	Euro
§ 38 Kombinationsleistungen	Ab Pflegegrad 2	Nach Pflegegrad
§ 38 a Förderung ambulanter Wohnformen	Ab Pflegegrad 1	214/ Monat
§ 39 Verhinderungspflege	Ab Pflegegrad 2	1612/ Jahr
§ 40 Pflegehilfsmittel	Ab Pflegegrad 1	40/ Monat
§ 40 Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen	Ab Pflegegrad 1	4000/ pro Maßnahme
§ 41 Tages- und Nachtpflege	Ab Pflegegrad 2	Nach Pflegegrad
§ 42 Kurzzeitpflege	Ab Pflegegrad 2	1774/ Jahr
§ 45 Angebote zur Unterstützung im Alltag	Ab Pflegegrad 1	125/ Monat
§ 45e Anschubfinanzierung für ambulante Wohnformen	Ab Pflegegrad 1	2500/ einmalig

Auf die einzelnen ambulanten Leistungen wird nochmal gezielt eingegangen. Diese sind:

Kombination von Geldleistung und Sachleistung (§ 38 SGB XI)

Die nach § 36 Absatz 3 zustehende Sachleistung und das Pflegegeld im Sinne des § 37 können kombiniert werden. Dabei wird das Pflegegeld um den Vomhundertsatz vermindert, in dem der Pflegebedürftige Sachleistungen in Anspruch genommen hat.

Beispiel:

Herr Müller möchte 20 % Sachleistung erhalten und erhält dann 80 % Pflegegeld, zusammen ergibt das 100 %. Damit kann er sowohl einen Pflegedienst als auch eine Pflegeperson beauftragen, die Pflege durchzuführen. Die Rechnung an den Pflegedienst wird zunächst bezahlt, damit dann der verbleibende Rest des Pflegegeldes an ihn ausgezahlt werden kann. An die Entscheidung, in welchem Verhältnis er Geld- und Sachleistung in Anspruch nehmen möchte, ist Herr Müller i.d.R. für die Dauer von sechs Monaten gebunden.

Pflegebedürftige in besonderen Wohnformen für Menschen mit Behinderungen (§ 43a) haben Anspruch auf ungekürztes Pflegegeld anteilig für die Tage, an denen sie sich in häuslicher Pflege befinden.

Wenn also Herr Müller in einer besonderen Wohnform wohnt, kann er für die Zeit in den Ferien oder am Wochenende, in der er zum Beispiel bei seinen Eltern übernachtet, anteilig für diese Tage das Pflegegeld und andere Pflegeleistungen erhalten (für einen Tag bedeutet das 1/30 des Pflegegeldes/Monat. An- und Abreisetag werden als jeweils ein voller Tag bewertet).

Förderung ambulanter Wohngemeinschaften (§ 38a SGB XI) und Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulanten betreuten Wohngruppen (§ 45e SGB XI)

Pflegebedürftige können zur Gründung einer ambulanten Wohngruppe einen Zuschlag von **214 € monatlich** erhalten. Bei einer förderfähigen ambulanten Wohngruppe handelt es sich um gemeinschaftliches Wohnen von mindestens drei und höchstens zwölf Personen, die pflegebedürftig im Sinne des § 14 SGB XI **ab Pflegegrad 1** sind.

Beispiel:

Vier Personen möchten in einer WG zusammenziehen, drei davon sind pflegebedürftig, eine nicht. Die drei erhalten den Zuschlag von 214 € pro

Person. Nach zwei Jahren zieht eine pflegebedürftige Person dauerhaft aus, eine nicht pflegebedürftige Person zieht ein. Der Zuschlag für die beiden übrig gebliebenen pflegebedürftigen Personen entfällt, da nicht mehr drei pflegebedürftige Personen in der WG zusammen leben.

In der Wohngruppe wird dafür eine von den Mitgliedern der Wohngruppe gemeinschaftlich beauftragte Person beauftragt, die organisatorische, verwaltende oder pflegerische Unterstützung leistet (sog. Präsenzkraft). Dabei darf der Umfang der Pflegeleistungen insgesamt nicht dem eines vollstationären Umfangs entsprechen. Die teilstationäre Pflege darf nur zusätzlich erfolgen, wenn der Medizinische Dienst sie für die Sicherstellung der Pflege für notwendig hält.

Auch die Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulanten Wohngruppen (§ 45 e SGB XI) in Höhe von 2500 € pro Person kann von den Anspruchsberechtigten genutzt werden (Gesamtbetrag pro WG bis zu 10.000 Euro).

Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI)

Diese Leistung von 1612 Euro im Jahr kann zur Entlastung und bei Verhinderung der Pflegeperson genutzt werden. Auf Antrag erhalten sie alle pflegebedürftigen Personen **ab Pflegegrad 2** jedes Jahr nach einer Pflegezeit von 6 Monaten bis zu **6 Wochen** im Jahr. Eine Pflegezeit kann es auch schon gegeben haben, wenn noch kein Pflegegrad vorlag, wenn der Pflegebedürftige aber schon gepflegt wurde.

Werden die Mittel der Kurzzeitpflege nicht verbraucht, so können 806 € der nicht in Anspruch genommenen Kurzzeitpflege für Aufwendungen der Verhinderungspflege verwendet werden. In diesem Fall können Kosten der Verhinderungspflege in Höhe von maximal 2.418,00 Euro (806,00 Euro plus 1.612,00 Euro) je Kalenderjahr wie bisher in Anspruch genommen werden.

In der Zeit wird **das hälftige Pflegegeld (§ 37 SGB XI) weitergezahlt.**

Verhinderungspflege kann auch stundenweise abgerechnet werden, **bei unter 8 Stunden pro Tag bleibt das volle Pflegegeld erhalten.**

Verhinderungspflege kann von jeder Person übernommen werden, es ist keine Vorbildung erforderlich. Wenn Verwandte bis 2. Grades die Verhinderungspflege leisten, kann maximal der Betrag des 1,5-fachen Pflegegeldes pro Jahr in Anspruch genommen werden. Zusätzlich können Aufwendungen der Verwandten wie Fahrkosten oder Dienstaussfall

übernommen werden, aber nur in Höhe des Maximalbetrages der Verhinderungspflege.

Beispiel:

Frau Müller möchte gerne, dass ihre Tochter ihren Mann vorübergehend pflegt, er hat Pflegegrad 3 und bezieht 545 € Pflegegeld im Monat. Mit der Tochter kann das 1,5 fache des Pflegegeldes abgerechnet werden, das wären 817.50 € im Jahr. Sie hat Fahrkosten von Düsseldorf nach Kiel mit dem Zug zahlt sie 64 €. Auch diese können abgerechnet werden. Da der Gesamtbetrag unter den 1.612 € Verhinderungspflege liegt, ist die Abrechnung problemlos möglich.

Wohnumfeld-verbessernde Maßnahmen/ Pflegehilfsmittel (§ 40 SGB XI)

Umbaumaßnahmen der Wohnung, die die häusliche Pflege erleichtern oder sicherstellen sollen, können von der Pflegekasse durch einen Zuschuss von bis zu 4000 € **ab Pflegegrad 1** gefördert werden. Leben mehrere pflegebedürftige Personen in einer gemeinsamen Wohnung, können die Zuschüsse für eine Umbaumaßnahme bis zu einem Maximalbetrag von 16.000 € addiert werden.

Die Gewährung der Pflegehilfsmittel wird nach der Begutachtung der Pflegekasse entschieden. Volljährige pflegebedürftige Personen bezahlen einen Eigenanteil von 10 %, maximal 25 Euro. Der Betrag für Verbrauchspflegehilfsmittel beträgt maximal 40 € im Monat.

Kombinationsleistungen mit Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI)

Die Leistungen der Tages- und Nachtpflege **ab Pflegegrad 2** sind **in vollem Umfang** neben der Pflegesachleistung oder dem Pflegegeld **kombinierbar**, d.h. es bleibt die volle Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI) bzw. das Pflegegeld (§ 37 SGB XI) erhalten, wenn eine Tages- oder Nachtpflege in Anspruch genommen wird.

Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI)

Der Leistungsbetrag für die Kurzzeitpflege wird ab 2022 von 1.612 Euro auf 1.774 Euro pro Kalenderjahr erhöht. Diese (stationäre) Leistung steht allen pflegebedürftigen Personen **ab Pflegegrad 2** bis zu 8 Wochen im Jahr zu, wenn die Pflege (zeitweise) nicht im häuslichen Umfeld erbracht werden kann. **In der Zeit wird das hälftige Pflegegeld weitergezahlt.** Nicht verbrauchte Verhinderungspflege (max. 1.612 Euro) kann voll auf die Kurzzeitpflege angerechnet werden. Sind also die Mittel der

Verhinderungspflege nicht aufgebraucht, kann dieser Betrag auf 3.386 Euro/Jahr erhöht werden (1.774 Euro plus 1.612 Euro).

Menschen mit Behinderungen können diese Leistung ohne Altersbeschränkung auch in einer Einrichtung der Behindertenhilfe, die nicht als Pflegeeinrichtung anerkannt ist, in Anspruch nehmen, wenn diese die geeignetere Einrichtung ist.

Pflegeunterstützungsgeld (§ 44a SGB XI)

Pflegende Angehörige in einem Beschäftigungsverhältnis haben für eine kurzzeitige Arbeitsverhinderung nach § 2 des Pflegezeitgesetzes Anspruch auf einen **Ausgleich für entgangenes Arbeitsentgelt** (Pflegeunterstützungsgeld) für bis zu **zehn Arbeitstage im Jahr**. Die Leistung wird in Höhe der Leistung des Kinderkrankengeldes gewährt, wenn diese erforderlich ist, um für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in einer **akut aufgetretenen Pflegesituation** eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherzustellen.

Angebote zur Unterstützung im Alltag: Betreuungs- und Entlastungsleistungen (§ 45a SGB XI)

Die zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen werden als **Angebote zur Unterstützung im Alltag** zusammengefasst und können durch anerkannte Träger und Personen durchgeführt werden. Der Betrag **für alle Pflegegrade** beträgt 125 €. Das Geld kann aufgespart werden und ist bis zum 30.6. des Folgejahres auszugeben.

Die Erstattungen der Aufwendungen erfolgt auch dann, wenn für die Finanzierung der Betreuungs- und Entlastungsleistungen Mittel der Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI) eingesetzt werden.

Der Betrag ist **zweckgebunden** für qualitätsgesicherte Betreuung- und Entlastungsleistungen einzusetzen. Die Erstattung erfolgt auf Antrag gegen Nachweis entsprechender Aufwendungen (Rechnung). Wird ein Nachweis über die erbrachten Aufwendungen eingereicht, ist dies als Antrag zu werten. Der Betrag kann für folgende Leistungen eingesetzt werden:

- In der Tages- und Nachtpflege in teilstationären Einrichtungen,
- im Rahmen der Kurzzeitpflege,
- bei der Inanspruchnahme von zugelassenen Pflegediensten, sofern es sich um Angebote der Anleitung und Betreuung und nicht um Leistungen der Selbstversorgung handelt,

- für die Inanspruchnahme der nach Landesrecht anerkannten niederschweligen Betreuungsangebote (z. B. Familienunterstützende Dienste).

Als grundsätzlich anerkennungsfähige niedrigrschwellige Angebote kommen insbesondere in Betracht:

- Betreuungsangebote von ehrenamtlichen Helfern in Gruppen oder im häuslichen Bereich,
- Angebote für die gezielte Entlastung der Pflegenden,
- Angebote zur Bewältigung von Anforderungen des Alltags oder im Haushalt,
- Angebote zur Unterstützung der eigenverantwortlichen Organisation von individuell benötigten Hilfeleistungen.

Es können sich unter bestimmten Bedingungen auch private Personen anerkennen lassen und diese Angebote durchführen, näheres regelt die Landesverordnung für die niedrigrschwellige Angebote in Schleswig-Holstein:

Besondere Anerkennungs Voraussetzungen von Angeboten zur Unterstützung im Alltag durch ehrenamtliche Nachbarschaftshilfe sind

- die Erbringung nur durch volljährige Einzelpersonen,
- keine bestehende häusliche Gemeinschaft oder Verwandtschaft bis zum 2. Grad mit der pflegebedürftigen Person,
- keine Tätigkeit als Pflegeperson im Sinne des § 19 SGB XI bei der zu betreuenden Person,
- eine abgeschlossene berufliche Qualifikation (pflegerisch oder pädagogisch) oder Schulung,
- eine Betreuung von maximal drei pflegebedürftigen Personen je Kalendermonat und Wohnort im „angemessenen“ Umkreis des Wohnorts des Pflegebedürftigen,
- für erbrachte Leistungen darf nur eine Aufwandsentschädigung (bis 8 Euro) verlangt werden.

Nicht genutzte Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI können **bis zu 40%** für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote in Anspruch genommen werden, **auch vorrangig (§ 45 b Absatz 3 SGB XI)**.

Bei der Inanspruchnahme von Betreuungsangeboten von nach Landesrecht anerkannten Diensten erfolgt die Kostenerstattung gegen Vorlage entsprechender Belege. Ein vorheriger Umwandlungsantrag des Sachleistungsbetrages ist nicht mehr notwendig.

Beispiel: Frau Schmidt hat Pflegegrad 3 und bekommt 545 € Pflegegeld. Nun beantragt sie eine Kombinationsleistung von Pflegegeld (60%) und Sachleistung (40%). Sie möchte die Umwandlung der Sachleistung (1.363 €) in Betreuungsleistungen. Das sind im Monat **maximal** 545,20 €, die sie für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote einsetzen kann. Vom Pflegegeld hätte sie dann noch 60 % zur Verfügung, das sind 327 €/Monat. Insgesamt hat sie somit mehr Stunden für Betreuungsleistungen zur Verfügung. Sie kann entscheiden, wie die Prozente aufteilt werden, es sind aber maximal 40% der Sachleistungen umwandelbar. Sie reicht die Belege für die Betreuungsleistungen ein und erhält ihr Geld.

3. Feststellung der Pflegebedürftigkeit und Begutachtung (§ 18 SGB XI)

Nach Eingang des Antrages überprüft die zuständige Pflegekasse die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen und beauftragt umgehend den Medizinischen Dienst der Kasse (MDK) oder andere unabhängige Gutachter, eine gutachterliche Prüfung vorzunehmen.

Es wird überprüft, ob eine Pflegebedürftigkeit im Einzelfall vorliegt und eine Zuordnung in einen Pflegegrad vorgenommen. Dabei sind alle vorhandenen ärztlichen Unterlagen zu berücksichtigen. Die Begutachtung soll nach vorheriger Anmeldung durch geschulte und qualifizierte Gutachter im Wohnraum des Antragstellers durchgeführt werden. Bei der Begutachtung werden gleichzeitig ein möglicher Rehabilitationsbedarf und ein **konkreter Hilfsmittelbedarf festgestellt, der gleichzeitig als Antrag auf Leistungsgewährung** gilt.

Bei Kindern sollen qualifizierter Gutachter (Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in oder Kinderarzt/in) eingesetzt werden. Diese Begutachtung erlaubt es, auf die Belange der Kinder besser einzugehen. Dabei wird berücksichtigt, dass sich ihr jeweiliger Pflegebedarf stark von dem Erwachsener unterscheidet. Maßgebend für die Beurteilung des Hilfebedarfs

von Kindern ist dabei nicht der natürliche altersbedingte Pflegeaufwand, sondern **nur der darüber hinausgehende abweichende Hilfebedarf.**

Antragstellende und deren Angehörige sollten sich gut vorbereiten. Hierzu gehört z.B. die Erstellung eines Tagespflegeplanes, der alle wichtigen pflegerischen und betreuerischen Tätigkeiten beinhaltet und erfasst, wie selbständig die pflegebedürftige Person in den einzelnen Bereichen ist. Dazu gehört eine detailgenaue Einschätzung für jedes Modul.

Die pflegebedürftige Person kann jederzeit einen Änderungsantrag stellen, wenn die Pflegebedürftigkeit überprüft werden soll.

4. Bescheid der Pflegekasse und Rechtsmittel

Die Pflegekasse ist verpflichtet, das Ergebnis der Begutachtung inklusive des Begutachtungsbogens in einem schriftlichen Bescheid mitzuteilen. Es gibt die Möglichkeit einen Widerspruch einzulegen.

Ein mögliches Klageverfahren würde vor dem zuständigen Sozialgericht stattfinden. Bei den privaten Kassen spricht man nicht von einem Widerspruch, sondern von einer Einwendung. Es gelten eigene verfahrensrechtliche Vorschriften.

Anschriften von Mitgliedern, Einrichtungen & Familienentlastenden Diensten

Die Anschriften der Lebenshilfevereinigungen und der weiteren Mitgliedern können Sie unserer Homepage entnehmen: <http://www.lebenshilfe-sh.de>

Wir haben diese Informationen mit großer Sorgfalt zusammengestellt. Sollten Sie Fehler erkennen oder Ergänzungsvorschläge bzw. Fragen haben, so setzen Sie sich bitte mit uns in Verbindung.

Die Informationen dieser Broschüre können - mit Hinweis auf die Inhaltsrechte – sehr gern an Menschen mit Behinderungen, Angehörige, sowie interessierte Menschen und Einrichtungen weitergegeben werden.

Die Bilder im Text sind von: © Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung Bremen e.V. Illustrator Stefan Albers, Atelier Fleetinsel 2013.

***Sie haben Fragen zum Inhalt und möchten beraten werden? Dann wenden Sie sich gerne an:
Ulrike Tofaute***

***Lebenshilfe Schleswig-Holstein e.V.
Kehdenstr. 2-10 – 24103 Kiel
Tel.: 0431- 66118-21
info@lebenshilfe-sh.de
www.lebenshilfe-sh.de***

5. Zusammenfassungen in anderen Sprachen

5.1. Zusammenfassung in türkischer Sprache

Düz ve Basit dilde özet

Bazı insanların günlük yaşamda yardıma ihtiyacı var.

Örneğin şu konularda yardıma ihtiyacı var:

Yıkamakta, giyim de,

ya da örneğin bir yürüyüşe çıkarken bakıma ihtiyaç duyarlar.

Yardıma ihtiyaç olan herkes Bakım sigortasından bu yardımı temin edilebilir.

Bazı insanlar yardımı para olarak alır.

Gerekli yardımı ödemek için, ücreti bu parayla kendiniz ödeyebilirsiniz.

Örneğin, bazı insanlar günlük yardım için bir hemşirelik hizmeti gelir, bakım sigortası ayrıca Evde gereken değişiklikleri gerçekleştirir.

Ne kadar bir kişinin bakım sigortasından yardım alabilir, bunu öğrenmek için çok soruları cevaplamak gerekiyor Örnek:

İnsanlara ne sıklıkla yardıma veya bakıma ihtiyaç duyar?

ve bir kişinin hangi yardıma ihtiyacı var.

Bakım sigortasına bir başvuru yazmanız gerekiyor ve ondan sonra bakım Sigortasından yardım ala bilirsiniz.

Bu metin içinde geçen Bakım Sigortasıyla ilgili bazı Önemli bilgiler geçiyor. Ayrıca soru dilde uzun bir metin vardır.

Uzun metin bakım sigortası ve bakım derecesi hakkında daha fazla bilgi vermektedir.

Bakım sigortası kuralları zordur.

Lütfen bizimle danışın.

Bizimle görüşmek sizin için ücretsizdir.

Ulrike Tofaute

Kehdenstr. 2-10

24103 Kiel

Tel.: 0431- 6611821

tofaute@lebenshilfe-sh.de

5.2. Zusammenfassung in russischer Sprache

Некоторым людям нужна помощь в повседневной жизни.
Например, помощь в купании, мытье, чтобы одеться или поесть.
Некоторым нужна помощь для прогулок на свежем воздухе.
Нуждающиеся в подобной помощи могут получить ее от страховки на случай потребности в постороннем уходе (далее Pflegeversicherung)

Некоторые люди получают помощь в виде денег.
Вы можете использовать деньги для оплаты необходимой помощи самостоятельно.
Например, некоторые люди получают помощь медсестер амбулаторной службы ухода за больными и инвалидами (Pflegedienst).
Pflegeversicherung также оплачивает определенные вещи для ухода или преобразования по месту проживания.
Сколько и какую именно помощь от Pflegeversicherung получит нуждающийся в ней, можно выяснить ответив на некоторые вопросы, например: как часто люди нуждаются в помощи или уходе и какая именно помощь нужна человеку.
Для того, чтобы получить эту поддержку, следует подать заявление на имя Pflegeversicherung.

Это ходатайство содержит важную информацию и состоит из сложного по содержанию текста. Длинный текст содержит информацию об уходе и степени ухода.

Правила и условия Pflegeversicherung сложны.

Пожалуйста, обратитесь к нам за поддержкой.
Консультация у нас бесплатна.

Ulrike Tofaute
Kehdenstr. 2-10
24103 Kiel
Tel.: 0431- 6611821
tofaute@lebenshilfe-sh.de

5.3. Zusammenfassung in arabischer Sprache

يحتاج بعض الناس إلى المساعدة في الحياة اليومية.
تحتاج إلى مساعدة ، على سبيل المثال
أخذ شاور ، ارتداء ملابس ، تناول الطعام
أو يحتاجون إلى رعاية عند المشي ، على سبيل المثال.
إذا كنت بحاجة إلى مثل هذه المساعدة ، يمكنك الحصول على الدعم من التأمين الصحي.
بعض الناس يحصلون على المساعدة اما على صورة :

1- مال:

و بهذا المال يمكنك دفع تكاليف المساعدة اللازمة بنفسك.

او

2 – خدمة تريض :

كأن يأتي شخص لمساعدتكم في المنزل.

3 يدفع تأمين رعاية التمرريض أيضاً مقابل أشياء أو تحويلات معينة.

لكي تتعرف على مقدار المساعدة التي يتلقاها الشخص من تأمين الرعاية الطويلة الأجل ، عليك الاجابة على العديد من الأسئلة ، على سبيل المثال:

كم مرة انت بحاجة إلى المساعدة أو الرعاية.

وما هي المساعدة التي تحتاج إليها .

يجب عليك كتابة طلب للحصول على تأمين الرعاية للمساعدة.

يحتوي هذا النص على بعض المعلومات الهامة حول تأمين الرعاية الطويلة الأجل.

هناك أيضاً نص طويل بلغة صعبة.

يحتوي النص الطويل على مزيد من المعلومات حول تأمين الرعاية ودرجة الرعاية.

قواعد التأمين على الرعاية طويلة الأجل صعبة.

يرجى الحصول على المشورة.

التشاور معنا لا يكلف شيئاً.

Ulrike Tofaute
Kehdenstr. 2-10
24103 Kiel
Tel.: 0431- 6611821
tofaute@lebenshilfe-sh.de

5.4. Zusammenfassung in afghanischer Sprache

خلاصه به زبان ساده
 بعضی انسان ها در کار روزمره به کمک ضرورت دارند
 مثلا در قسمت لباس شوی لباس پوشیدن و غذا خوردن
 و یا بعضی ها در وقت پیاده گردی به مراقبت ضرورت دارند
 کسانی که به این کمک ها ضرورت دارند می توانند از بیمه مراقبت این کمک ها را بدست
 بیاورند
 بعضی انسان ها این کمک ها را به قسم پول بدست می آورند و از پول که به دست
 می آورند می توانند بعضی مراقبت های که از ایشان صورت می گیرد به آنها پول بپردازد
 بعضی ها خدمات پرستاری برای شان داده می شود
 بیمه مراقبتی پول برای تغییرات خانه و چیز های که ضرورت می پردازد
 چقدر کمک یک نفر از طرف بیمه مراقبت می شود وقت میداند که سوالات زیاد را جواب بدهد
 مثلا
 برای چند وقت یک انسان به کمک و مراقبت ضرورت دارد
 کدام کمک ها را یک نفر ضرورت دارد
 باید یک درخواست نوشته شود تا بیمه مراقبت شما را کمک نماید
 در این متن بعضی چیز های مهم در قسمت بیمه مراقبت جا داده شده
 یک متن طولانی به زبان دشوار وجود دارد
 در متن طویل معلومات زیاد در مورد بیمه مراقبت و درجه مراقبت موجود است
 قوانین بیمه مراقبت دشوار است لطفاً مشوره بگیرید
 مشورت ما بدون پول می باشد

Ulrike Tofaute
Kehdenstr. 2-10
24103 Kiel
Tel.: 0431- 6611821
tofaute@lebenshilfe-sh.de