

Handreichung über zusätzliche und niedrigschwellige Betreuungsleistungen für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz nach §§ 45b und 45a SGB XI

Pflegereform

Im Rahmen der Pflegereform 2008 wurden die Leistungen für Menschen mit erheblichem Betreuungsbedarf bzw. eingeschränkter Alltagskompetenz erweitert und 2011 in Baden-Württemberg durch eine Betreuungsangebote-Verordnung ergänzt. Viele Angehörige von Menschen mit Behinderung kennen diese Pflegekassenleistungen noch nicht.

Mit der vorliegenden Handreichung möchte die LAG AVMB BW den Angehörigen und Betreuern vieler leistungsberechtigter Menschen mit geistiger Behinderung Informationen über die Leistungskriterien und Hilfen zur Antragsstellung geben.

Gesetzliche Grundlagen

Gemäß § 45b SGB XI i.V.m. § 45a SGB XI haben seit dem 01.07. 2008 pflegeversicherte Menschen je nach Umfang ihres erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarfs bzw. eingeschränkter Alltagskompetenz Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen bzw. erweiterte Betreuungsleistungen. Die Landesregierung hat diese Regelungen mit einer Verordnung über die Anerkennung und Förderung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten am 28.02. 2011 ergänzt.

Leistungsanspruch bzw. berechtigter Personenkreis

Der Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen und niedrigschwellige Betreuungsangebote haben Pflegebedürftige in häuslicher Pflege, bei denen neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung ein erheblicher Bedarf an all-

gemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist.

Dies sind:

1. Pflegebedürftige der Pflegestufen I, II und III sowie
2. Personen, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht, mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen.

Den Umfang des Betreuungsbedarfs ermitteln vom **Medizinischen Dienst (MdK)** oder von der Pflegekasse beauftragten Gutachter. Sie stellen im Rahmen der Begutachtung fest, ob die Krankheit oder Behinderung des Pflegebedürftigen Auswirkungen auf die Aktivitäten seines täglichen Lebens haben, die dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung seiner Alltagskompetenz führen (vgl. §45a Abs.1).

Überprüft werden hierbei folgende Bereiche: Orientierung; Antrieb/ Beschäftigung; Stimmung; Tag-/Nacht-rhythmus; Wahrnehmung und Denken; Kommunikation und Sprache; situatives Anpassen; soziale Bereiche des Lebens wahrnehmen.

Die Bewertung, ob die Einschränkung der Alltagskompetenz auf Dauer (voraussichtlich für mindestens sechs Monate) erheblich ist, erfolgt anhand des nachfolgend aufgeführten Kriterienkatalogs, in dem 13 mögliche Schädigungen und Fähigkeitsstörungen aufgezählt sind.

Kriterien der Einschränkung der Alltagskompetenzen sind nach §45a, Abs.2:

1. unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauff Tendenzen),

2. Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen,
3. unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen/potenziell gefährdenden Substanzen,
4. tätlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation
5. im situativen Kontext inadäquates Verhalten,
6. Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen,
7. Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung,
8. Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigung des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben,
9. Störung des Tag-/Nachtrhythmus,
10. Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren,
11. Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen,
12. ausgeprägtes labiles oder unkontrolliertes emotionales Verhalten,
13. zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagtheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression.

Höhe des Leistungsanspruchs

Werden zwei Punkte des Kriterienkatalogs (1-13) bejaht und ist davon mindestens einer aus den Bereichen 1 - 9, sind die Anspruchsvoraussetzung für den Grundbetrag von 1200,- € pro Jahr erfüllt.

Wird jedoch zusätzlich mindestens ein weiterer Punkt aus den Bereichen 1, 2, 3, 4, 5, 9 oder 11 bejaht, besteht der Anspruch auf den erhöhten Betrag von 2400,- € pro Jahr.

Der Leistungsanspruch auf den Grundbetrag von 100 € monatlich oder den erhöhten Betrag von 200 € pro Monat besteht unabhängig von einer Pflegeeinstufung. Diese Leistung wird ggf. zusätzlich zu den pflegestufenabhängigen Leistungen gewährt. Wird der Jahresetat von 1200,- bzw. 2400,- € nicht voll ausgeschöpft, können die nicht genutzten Gelder ins Folgejahr übertragen werden und stehen bis zum 30. Juni des folgenden Jahres zusätzlich zur Verfügung. In der Regel dürften die meisten Menschen mit einer geistigen Behinderung Anspruch auf den erhöhten Betrag von 200,- € haben.

Inanspruchnahme zusätzlicher und niedrigschwelliger Betreuungsleistungen

Der dem Pflegebedürftigen gewährte Betrag ist zweckgebunden einzusetzen für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen. Er dient der Erstattung von Aufwendungen, die ihm im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme folgender Leistungen entstehen:

1. der Tages- oder Nachtpflege,
2. der Kurzzeitpflege,
3. der zugelassenen Pflegedienste, sofern es sich um besondere Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung und nicht um Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung handelt, oder
4. der nach Landesrecht anerkannten **niedrigschwelligen Betreuungsangebote**, die nach § 45c gefördert oder förderungsfähig sind (§45b Abs. 1).

Die **zusätzlichen** Betreuungsleistungen entsprechend Ziffer 1 bis drei werden i. d. R. durch fachlich qualifizierte Mitarbeiter anerkannter Ambulanter Dienste erbracht.

Als **niedrigschwellige** Betreuungsangebote (vgl. oben Ziffer 4) können auf schriftlichen Antrag auch Angebote anerkannt werden, in denen

bürgerschaftlich Engagierte, deren Entschädigung sich auf den tatsächlich entstandenen Aufwand beschränkt, sowie **bürgerschaftlich Tätige**, deren Aufwandsentschädigung eine im EStG festgestellte Grenze nicht übersteigt, **unter pflegefachlicher Anleitung die allgemeine Beaufsichtigung und Betreuung** von Pflege- und Hilfebedürftigen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen **in Gruppen oder im häuslichen Bereich übernehmen oder pflegende Angehörige entlasten und beratend unterstützen**.

Die Angebote müssen die Linderung der Folgen der Einschränkungen der Alltagskompetenz, eine Verbesserung der Lebensqualität sowie eine Verbesserung und Ergänzung individueller Pflegearrangements zum Ziel haben und sich an diejenigen Pflege- und Hilfebedürftigen richten, bei denen der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder der Medizinische Dienst der privaten Krankenversicherung nach § 45a Absatz 1 Satz 2 SGB XI solche Einschränkungen der Alltagskompetenz infolge ihrer Krankheit oder Behinderung festgestellt hat.

Solche Angebote können insbesondere sein der **Aufbau und die Unterhaltung von:**

1. Betreuungsgruppen,
2. Kreisen von bürgerschaftlich Engagierten und bürgerschaftlich Tätigen zur stundenweisen

Entlastung pflegender Angehöriger im häuslichen Bereich,

3. Tagesbetreuung in Kleingruppen,
4. Agenturen zur Vermittlung von Betreuungsleistungen,
5. familienentlastenden Dienstleistungen und

6. sonstigen Angeboten, die ein selbständigeres Leben in der Häuslichkeit ermöglichen sollen. (§ 2 Betreuungsangebote-VO).

Konkrete Beispiele zusätzlicher/erweiterter/ niedrigschwelliger **Betreuungsleistungen:**

Exkursionen bzw. Spaziergänge in das nähere und weitere Umfeld, wie Besuche von Einrichtungen, Schwimmbädern, Museen und/ oder Begleitung zu Veranstaltungen wie Theater, Kino, Konzerte;

Unterstützung in besonderen Lebenslagen, wie Begleitung zur Erledigung persönlicher Angelegenheiten bei Ämtern, Banken, Ärzten oder Therapeuten, bei Krankenhausbesuchen, sofern dies nicht die Begleitung durch gesetzliche Vertreter erfordert;

Hilfen zur Mobilisierung, etwa durch Sport- und Bewegungsangebote, Hilfen im Umgang mit Gehhilfen oder Therapiegeräten;

Beschäftigungs- und Gesprächsangebote, wie gemeinsames (Vor-) Lesen, Basteln, Kochen, Backen, Fotos- und Bilderbetrachtung, oder Anleitung zu Gesellschaftsspielen oder Meditationen;

Beaufsichtigen von Pflegebedürftigen, etwa um Angehörige oder Pflegepersonen zeitweise zur Erledigung von Besorgungen und Terminen zu entlasten.

Hinweis für die Angehörigenvertreter in Einrichtungen für geistig behinderte Menschen:

Zusätzliche Betreuungsleistungen werden nicht nur Pflegebedürftigen gewährt, die nach § 45a Abs.1 in häuslicher Pflege, sondern auch in Einrichtungen leben. Dort werden zwar die pflegebedingten und gesetzlichen Leistungen, insbesondere der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung, gewährleistet. Zusätzliche ergänzende, aktivierende und niederschwellige Betreuungsangebote

te, die die Pflegebedürftigen aufgrund ihrer körperlichen und psychischen Bedarfssituationen dringend benötigen, können von den Einrichtungen aufgrund ihrer personell hierfür nicht ausreichenden Ausstattung weder verlässlich noch regelmäßig gewährleistet werden. Dies gilt in gleicher Weise auch für mitwirkende Eltern oder gesetzliche Betreuer, die nicht in der Lage sind, diese zusätzlichen Leistungen zu erbringen.

Beantragung zusätzlicher bzw. niedrigschwelliger Betreuungsleistungen bei eingeschränkter Alltagskompetenz gemäß § 45b SGB XI:

Der Antrag kann **formlos** bei der zuständigen Kranken- bzw. Pflegekasse gestellt werden.

Antragsteller ist entweder der Pflegeversicherte selbst (Anlage 1) oder ein gesetzlicher Betreuer (Anlage 2).

Die Krankenkasse kann den **Medizinischen Dienst** (MDK) mit der Begutachtung beauftragen.

Liegt beim Antragsteller bereits eine **Pflegeeinstufung** vor, kann die Krankenkasse auf die Begutachtung durch den MdK verzichten und dem Antrag stattgeben.

Lehnt die Krankenkasse den Antrag mit schriftlicher Begründung ab, hat der Antragsteller die Möglichkeit, innerhalb von vier Wochen **Widerspruch** einzulegen. Der Widerspruch muss schriftlich und sollte möglichst gleich mit Begründung erfolgen.

Inanspruchnahme von Betreuungsleistungen durch anerkannte ambulante Dienste:

Die Betreuungsleistungen müssen durch fachlich qualifizierte Mitarbeiter anerkannter Ambulanter Dienste erbracht werden.

Die jeweiligen zusätzlichen Betreuungsleistungen und deren Preise können nach individueller und zeitlicher Notwendigkeit zwischen Pflege-

dienst und Leistungsnehmer vertraglich vereinbart werden.

Nach Vorliegen des genehmigten Antrags kann mit der Krankenkasse und dem Pflegedienst die Kostenerstattung wie folgt geregelt werden: Die Privatrechnungen des Pflegedienstes werden zur Erstattung bei der Pflegekasse eingereicht oder der Leistungsnehmer unterzeichnet eine Abtretungserklärung und der Pflegedienst rechnet direkt mit der Pflegekasse ab.

Adressen Ambulanter Dienste, die zusätzliche Betreuungsleistungen anbieten, können bei den Wohlfahrtsverbänden und Sozialämtern auf Stadt- und Landkreisebene erfragt werden.

Anmerkung: Diese Handreichung wurde für die Praxis erarbeitet. Grundlage sind die gesetzlichen Regelungen zu den §§ 45b und 45a SGB XI. Vielfach wurden Texte daraus wörtlich übernommen. Um die Lesbarkeit zu erleichtern, wurde auf eine exakte oder gar wissenschaftliche Zitierweise verzichtet.

Die LAG AVMB BW dankt Herrn Peter A. Scherer, Beiratsmitglied der LAG, für die Ausarbeitung dieser Handreichung, bei der wir im Allgemeinen nur die männliche grammatische Form benutzt haben, damit der Textfluss nicht gebremst wird.

Für die Richtigkeit oder Vollständigkeit der Ausführungen in dieser Handreichung können der Verfasser und die LAG AVMB BW keine Gewähr oder gar Haftung übernehmen.

LAG AVMB Baden-Württemberg e.V.
Geschäftsstelle: Brunnenwiesen 27
70619 Stuttgart; Tel.: 0711-473778,
Fax: 0711-4790375;
eMail-Adresse: info@lag-avmb-bw.de
Homepage: www.lag-avmb-bw.de

Anlagen

Zusätzliche Betreuungsleistungen

Handreichung für Eltern, Angehörige und Betreuer (Stand: 29.03. 2014)



Anlage 1: Entwurf einer Vorlage zur Antragstellung bei der Pflegekasse durch den **Pflegeversicherten:**

Absender/ Adresse/ Datum

Pflege-/ Krankenkasse (z.B. AOK)/

Adresse

Betreff: Gewährung von Betreuungsleistungen für (Name/ Vers.-Nr. des Pflegeversicherten) nach §45b SGB XI

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit stelle ich den Antrag auf Gewährung zusätzlicher Betreuungsleistungen bzw. erweiterte Betreuungsleistungen bei eingeschränkter Alltagskompetenz gemäß § 45b SGB XI.

Begründung: Meine Behinderung hat eine langfristige Einschränkung meiner Alltagskompetenzen zur Folge, die mit einem erheblichen allgemeinen Betreuungs- und Beaufsichtigungsaufwand verbunden ist. Ich benötige deshalb zusätzlich ergänzende, aktivierende und niederschwellige Betreuungsangebote.

Dazu gehören regelmäßige Exkursionen in das nähere und weitere Umfeld, Besuche von Einrichtungen, z. B. Schwimmbäder oder Veranstaltungen, Begleitung zur Erledigung persönlicher Angelegenheiten, z. B. bei Ämtern, Banken, Ärzten oder Therapeuten. Da ich hierfür eine „1:1-Betreuung“ benötige, ist eine aktivierende und qualitätsgesicherte Betreuung bzw. Begleitung durch geeignete Personen unabdingbar.

Hierzu möchte ich folgenden anerkannten Betreuungsdienst im Bereich Behindertenhilfe vertraglich in Anspruch nehmen: (Name/ Adresse des Betreuungsdienstes).

Für eine positive Bescheidung meines Antrags wäre ich dankbar.

Mit freundlichen Grüßen

(Unterschrift)

Anlage 2: Entwurf einer Vorlage zur Antragstellung bei der Pflegekasse durch den **gesetzlichen Betreuer** des Pflegebedürftigen:

Absender (gesetzl. Betreuer)/

Adresse/ Datum

Pflege-/ Krankenkasse (z.B. AOK)/

Adresse

Betreff: Gewährung von Betreuungsleistungen für (Name/ Vers.-Nr. des Pflegeversicherten) nach §45b SGB XI

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit stelle ich als gesetzlicher Betreuer von (Name/Vorname des Betreuten) den Antrag auf Gewährung zusätzlicher Betreuungsleistungen bzw. erweiterte Betreuungsleistungen bei eingeschränkter Alltagskompetenz gemäß § 45b SGB XI.

Begründung: Die Behinderung von (Name) hat eine langfristige Einschränkung seiner Alltagskompetenzen zur Folge, die mit einem erheblichen allgemeinen Betreuungs- und Beaufsichtigungsaufwand verbunden ist. Er benötigt deshalb zusätzlich ergänzende, aktivierende und niederschwellige Betreuungsangebote.

Dazu gehören regelmäßige Exkursionen in das nähere und weitere Umfeld, Besuche von Einrichtungen, z. B. Schwimmbäder oder Veranstaltungen, Begleitung zur Erledigung persönlicher Angelegenheiten, z. B. bei Ämtern, Banken, Ärzten oder Therapeuten. Da er hierfür eine „1:1-Betreuung“ benötige, ist eine aktivierende und qualitätsgesicherte Betreuung bzw. Begleitung durch geeignete Personen unabdingbar.

Hierzu möchten wir den anerkannten Betreuungsdienst im Bereich Behindertenhilfe vertraglich in Anspruch nehmen: (Name und Adresse des Betreuungsdienstes).

Für eine positive Bescheidung unseres Antrags wären wir dankbar.

Mit freundlichen Grüßen

(Unterschrift)

Anlage 3: Entwurf einer Vorlage zur Antragstellung bei der Pflegekasse durch den **gesetzlichen Betreuer des Pflegebedürftigen, der in einer Einrichtung der Behindertenhilfe lebt:**

Absender (gesetzl. Betreuer)/ Adresse/ Datum

Pflege-/ Krankenkasse (z.B. AOK)/

Adresse

Betreff: Gewährung von Betreuungsleistungen für (Name/ Vers.-Nr. des Pflegeversicherten) nach §45b SGB XI

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit stelle ich als gesetzlicher Betreuer von (Name/Vorname des Betreuten) den Antrag auf Gewährung zusätzlicher Betreuungsleistungen bzw. erweiterte Betreuungsleistungen bei eingeschränkter Alltagskompetenz gemäß § 45b SGB XI.

Begründung: Der Betreute (Name) lebt seit (Datum) in der Einrichtung (Name/ Adresse). Es handelt sich um eine Wohngruppe in der die pflegebedingten und gesetzlichen Leistungen, insbesondere der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung, gewährleistet sind.

Zusätzlich ergänzende, aktivierende und niederschwellige Betreuungsangebote, die (Name des Betreuten) aufgrund seiner körperlichen und psychischen Bedarfssituationen dringend benötigt, können von der Einrichtung personell nicht geleistet werden. Auch die (Eltern/ Angehörige/ gesetzlichen Betreuer) sind ohne Unterstützung nicht in der Lage, diese Leistungen verlässlich und regelmäßig zu gewährleisten.

Dazu gehören regelmäßige Exkursionen in das nähere und weitere Umfeld, Besuche von Einrichtungen, z. B. Schwimmbäder oder Veranstaltungen, Begleitung zur Erledigung persönlicher Angelegenheiten, z. B. bei Ämtern, Banken, Ärzten oder Therapeuten, sofern dies nicht die Begleitung von uns als gesetzliche Vertreter erfordert.

Da (Name) hierfür eine „1:1-Betreuung“ benötigt, ist eine aktivierende und qualitätsgesicherte Betreuung bzw. Begleitung durch geeignete Personen unabdingbar. Hierzu wollen wir (in Absprache mit der Einrichtung) den anerkannten Betreuungsdienst im Bereich Behindertenhilfe: (Name/ Adresse des Anbieters) vertraglich in Anspruch nehmen.

Für eine positive Bescheidung unseres Antrags wären wir dankbar.

Mit freundlichen Grüßen

(Unterschrift)

Landesarbeitsgemeinschaft der Angehörigenvertretungen für Menschen mit geistiger Behinderung in Baden-Württemberg e.V.

[Teilen Sie uns bitte Ihre Erfahrungen bei der Anwendung dieser Handreichung mit:](#)

LAG AVMB BW e.V. Geschäftsstelle
Brunnenwiesen 27 * 70619 Stuttgart

T: 0711-473778, F: 0711-4790375

eMail: info@lag-avmb-bw.de
www.lag-avmb-bw.de

LAG AVMB BW e.V. ist als gemeinnütziger Verband nach dem Freistellungsbescheid des Finanzamts Stuttgart AZ 99059/ 26779 SG: IV/ 42 von der Körperschaftsteuer und von der Gewerbesteuer befreit. (Gläubiger-Identifikationsnummer: DE63ZZZ00000808785).
Spendenkonto der LAG AVMB BW e.V.:
IBAN: DE49612901200551400005
BIC: GENODES1NUE
Sparda-Bank Baden-Württemberg.

Gesetzestext: Elftes Buch Sozialgesetzbuch Soziale Pflegeversicherung Viertes Kapitel - Leistungen der Pflegeversicherung - Fünfter Abschnitt

§ 45b Zusätzliche Betreuungsleistungen

(1) Versicherte, die die Voraussetzungen des § 45a erfüllen, können je nach Umfang des erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarfs zusätzliche Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen. Die Kosten hierfür werden ersetzt, höchstens jedoch 100 Euro monatlich (Grundbetrag) oder 200 Euro monatlich (erhöhter Betrag). Die Höhe des jeweiligen Anspruchs nach Satz 2 wird von der Pflegekasse auf Empfehlung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung im Einzelfall festgelegt und dem Versicherten mitgeteilt. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V., der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene und der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen auf Bundesebene Richtlinien über einheitliche Maßstäbe zur Bewertung des Hilfebedarfs auf Grund der Schädigungen und Fähigkeitsstörungen in den in § 45a Abs. 2 Nr. 1 bis 13 aufgeführten Bereichen für die Empfehlung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zur Bemessung der jeweiligen Höhe des Betreuungsbetrages; § 17 Abs. 2 gilt entsprechend. Der Betrag ist zweckgebunden einzusetzen für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen. Er dient der Erstattung von Aufwendungen, die den Versicherten entstehen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen

1.	der Tages- oder Nachtpflege,
2.	der Kurzzeitpflege,
3.	der zugelassenen Pflegedienste, sofern es sich um besondere Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung und nicht um Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung handelt, oder
4.	der nach Landesrecht anerkannten niedrigschwelligen Betreuungsangebote, die nach § 45c gefördert oder förderungsfähig sind.

(2) Die Pflegebedürftigen erhalten die zusätzlichen finanziellen Mittel auf Antrag von der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen sowie im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von der Beihilfefestsetzungsstelle gegen Vorlage entsprechender Belege über entstandene Eigenbelastungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der in Absatz 1 genannten Betreuungsleistungen. Die Leistung nach Absatz 1 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. Ist der Betrag für zusätzliche Betreuungsleistungen nach dem bis zum 30. Juni 2008 geltenden Recht nicht ausgeschöpft worden, kann der nicht verbrauchte kalenderjährliche Betrag in das zweite Halbjahr 2008 und in das Jahr 2009 übertragen werden.

(3) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Anerkennung der niedrigschwelligen Betreuungsangebote zu bestimmen.

Fassung aufgrund des Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) vom 28.05.2008 ([BGBl. I S. 874](#)) mit Wirkung vom 01.07.2008.

Die Pflegeversicherung (SGB XI) auf einen Blick

Achtung Änderung!

Pflegegeldhöhung (für Pflegestufe 0,I,II) gibt es ab 2013 nur, wenn eine zusätzliche Betreuung nach §45b besteht!

neu ab 1.1.2013	Pflegestufe 0 <i>*bei zus. Betr.I.</i>	Pflegestufe I <i>*bei zus. Betr.I.</i>	Pflegestufe I	Pflegestufe II <i>*bei zus. Betr.I.</i>	Pflegestufe II	Pflegestufe III mit und ohne zus. Betr.I.	Härtefall
Pflegesachleistungen (§36)	max. mtl. 225€	max. mtl. 665€	max.mtl.450€	max. mtl. 1250€	max. mtl. 1100€	max. mtl. 1550€	max. mtl. 1.918€
Pflegegeld (§37) „bar“	mtl. 120€	mtl. 305€	mtl. 235€	mtl. 525€	mtl. 440€	mtl. 700€	Verpfl. Sachleist.
Kombinationsleistungen (§38)	Pflegesachleistung + Pflegegeld (anteilige Verrechnung, zusammen 100 %). Verbindliche Erklärung für 6 Monate im Voraus.						
Verhinderungspflege (§39) „Budget“ (verfällt am 31.12.)	<p>Voraussetzung: Pflegeperson hat den Bedürftigen mindestens 6 Monate in häuslicher Umgebung gepflegt. Max. 1.550 € für längstens 4 Wochen pro Kalenderjahr <u>Kostenerstattung für Ersatzpflege/Verhinderungspflege:</u></p> <p>Rechnungen für z.B.: Einzelbetreuungen, Gruppenbetreuungen, Freizeiten, Kurzzeit im Heim,...</p>						
Zusätzl. Betreuungsleist. (§45 b) „Budget“ (verfällt am 30.6. des Folgejahrs)	<p>*Voraussetzung: eingeschränkte Alltagskompetenz</p> <p>z.B. bei geistiger Behinderung, psych. Erkrankung, Altersdemenz (Kriterien nach § 45 a SGB XI)</p> <p>Je nach Pflegebedarf wird Pflegegeld, auch für Pflegestufe 0 (siehe oben) <u>und zusätzlich</u> je nach Einschränkung der Alltagskompetenz/Betreuungsbedarf wird</p> <p>a) ein Grundbetrag von 100 € mtl.: 1200€/Jahr oder</p> <p>b) ein erhöhter Betrag von 200 € mtl.: 2400€/Jahr</p> <p><u>für Betreuungsleistungen durch anerkannte Dienste</u> erstattet:</p> <p>Rechnungen für z.B.: Einzelbetreuungen, Gruppenbetreuungen, Freizeiten, Kurzzeit im Heim,...</p>						
Pflegehilfsmittel, Technische Hilfen (§40)	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegehilfsmittel • Technische Hilfen • Wohnumfeldverbess. <ul style="list-style-type: none"> • Max. 31 Euro monatlich pauschal (z.B. für Windeln ab 3 J.,...) • Eigene Zuzahlung 10 % (max. 25 Euro je Hilfsmittel) • Max. 2.557/10.228€ Euro pro Maßnahme („Kann-Leistung“) 						
Tages- und Nachtpflege (§41) v.a. in der Altenhilfe	max. mtl. 450 €		max. mtl. 1100 €		max. mtl.1550 €		
Kurzzeitpflege (§42)	<p>Max. 1550 € für längstens 4 Wochen pro Kalenderjahr Kostenerstattung.</p> <p><u>Für Kinder unter 18 Jahren in geeigneten Einrichtungen:</u></p> <p>z.B. für.: Kurzzeit im Heim,...</p>						
Soz. Sicherung der Pflegeperson (§44)	<p>Voraussetzung: mindestens 14 Std. wöchentlicher Pflegeeinsatz und keine Erwerbstätigkeit von mehr als 30 Std. wöchentlich.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rentenvers.beitrag • Unfallsvers.beitrag • SGB III-Leistungen <ul style="list-style-type: none"> • Vgl.: jeweiliger allgemeiner Beitragssatz • die Pflegekasse besteht gesetzlicher Unfallversicherungsschutz • Unterhaltsgeld (berufliche Rückkehrer) 						
Pflegekurse (§45) und Kuren	Unentgeltliche Schulungskurse u. Kuren für pflegende Angehörige						
Vollstationäre Pflege (§43)	<p>max. mtl. 256€ (Zuschuss) in Behinderteneinrichtung nach § 43a SGB XI</p> <p>max. mtl. 1.550€ (Sachleistungen) in Altenhilfeeinrichtungen</p>						1918€

Die Pflegekassen haben die Versicherten aufzuklären (§ 7), zu beraten (§ 2 Abs. 4) und zu unterstützen (§ 31 Abs. 4)

(Diese Tabelle ist angelehnt an eine Übersicht in der Broschüre „Peter Dietrich, Sabine Wendt: Richtig begutachten – gerecht beurteilen, Marburg 2007, S. 7.). Aktualisiert und bearbeitet wurde die Tabelle von Martina Steinke, Referentin für Sozialrecht beim Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte e. V, entnommen aus: Zusammen:KOMPAKT, Nr. 21, Ausgabe3/08 (Beiheft der Zeitschrift zusammen., E. Friedrich Verlag, Velber) Stand 30.4.08 / **angepasst für 1.1.2013 SY (Stand 21.11.12)**