Informationen 03 / 2024 – 30.09.2024

BIVA

Kurzzeitpflege 1
Teilstationäre Pflege: Tages- und Nachtpflege 2
Pflege-WG: Wann gibt es zusätzlich teilstationäre Pflegeleistungen? 4
BSG: Pflegeleistungsempfänger in WG für Menschen mit Behinderung haben keinen Anspruch auf Pflegegeld 5
BSG: Anspruch auf unentgeltliche Nutzung des ÖPNV auch ohne Grundsicherung.. 6
Neuer Leitfaden zu Reha-Maßnahmen für pflegende Angehörige 7
„Handbuch Pflege“: Lotse durch Leistungen und Anträge 7
Hamburger Hausbesuche werden ausgeweitet 7
Sachsen: neue Demenzstrategie 7
Versicherungsschutz bei Demenzerkrankten 7

Das besondere Thema

Kurzzeitpflege

Was tun, wenn man plötzlich auf stationäre Pflege angewiesen ist, zum Beispiel nach einem Krankenhausaufenthalt? Oder wenn die Pflege zuhause nicht mehr gewährleistet werden kann, weil vorübergehend intensivere Unterstützung erforderlich ist? Für diese Fälle gibt es die sogenannte stationäre Kurzzeitpflege in stationären Pflegeeinrichtungen. Es gibt auch spezielle Kurzzeitpflege-Einrichtungen, diese sind allerdings selten und meist teurer.

Wem steht Kurzzeitpflege zu und wie wird sie finanziert?

Kurzzeitpflege ist auf acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt und steht grundsätzlich allen Pflegebedürftigen zu, die mindestens Pflegegrad 2 haben. Die Kosten für die Kurzzeitpflege bestehen – genau wie die stationäre Pflege generell – aus den Pflegekosten, den Kosten für Unterbringung und Verpflegung und den Investitionskosten. Die Pflegekasse übernimmt die Pflegekosten bis maximal 1.774 Euro pro Kalenderjahr – der Betrag ist identisch für alle Pflegegrade von 2 bis 5. Zusätzlich können im Kalenderjahr noch nicht in Anspruch genommene Mittel der Verhinderungspflege eingesetzt werden, sodass der Leistungsbetrag der Kurzzeitpflege auf insgesamt bis zu 3.386 Euro steigt. Betroffene mit Pflegegrad 1 können den Entlastungsbetrag von bis zu 125 Euro monatlich, also bis zu 1.500 Euro pro Jahr, einsetzen, um die Kurzzeitpflege zu finanzieren. Die Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten müssen grundsätzlich selbst getragen werden.

Wenn Menschen ohne Pflegegrad Kurzzeitpflege benötigen, zum Beispiel nach einem Krankenhausaufenthalt, ist die Krankenversicherung zuständig, nicht die Pflegekasse.

Wie kann man den Eigenanteil finanzieren?

Der Entlastungsbetrag von bis zu 1500 Euro pro Jahr steht allen Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 bis 5 zu und kann für die Finanzierung von Unterbringung und Verpflegung in der Kurzzeitpflege eingesetzt werden.

Das Pflegegeld, das Pflegebedürftige für die Pflege durch Privatpersonen zuhause erhalten, wird während einer stationären Kurzzeitpflege bis zu acht Wochen zu 50 Prozent weiterbezahlt. Dieser Betrag kann ebenfalls eingesetzt werden.

Eine weitere Möglichkeit ist, den Eigenanteil an der Kurzzeitpflege im Nachhinein als außergewöhnliche Belastungen steuerlich geltend zu machen. Voraussetzung dafür ist, dass die individuelle zumutbare Belastungsgrenze überschritten wird, die sich aus Einkommen, Familienstand und Anzahl der Kinder ergibt.

Reichen die eigenen Mittel nicht aus, um den Eigenanteil an der Kurzzeitpflege zu finanzieren, springt die Hilfe zur Pflege als Sozialleistung des Staates ein – genau wie bei der dauerhaften stationären Pflege.

Wie beantragt man Kurzzeitpflege?

Einen Antrag auf Kurzzeitpflege bei bestehendem Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 stellt man bei der zuständigen Pflegeversicherung, die bei der Krankenversicherung angesiedelt ist. Unterstützung beim Ausfüllen der Formulare oder Beratung zur Finanzierung der Kurzzeitpflege gibt es ebenfalls dort. Auch bei der Suche nach einem Kurzzeitpflegeplatz kann die Krankenkasse oft helfen, ansonsten auch die Kommunen oder spezielle Internet-Portale.

BIVA-TIPP

Pflegebedürftige, die vollstationäre Kurzzeitpflege in Anspruch nehmen, haben in der Pflegeeinrichtung auch Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung, die über die notwendige Versorgung hinausgeht.

Teilstationäre Pflege: Tages- und Nachtpflege

Pflege durch Angehörige zuhause kann bei hohem Pflegebedarf zu Überforderung führen. Für diesen Fall gibt es die Möglichkeit der teilstationären Pflege in einer Pflegeeinrichtung, je nach Bedarf entweder tagsüber oder nachts. Die Tagespflege wird oft von Pflegebedürftigen in Anspruch genommen, deren Angehörige berufstätig sind. Zudem können in einer Tagespflege-Einrichtung soziale Kontakte geknüpft und die kognitiven Fähigkeiten der Pflegebedürftigen gefördert werden. Die Nachtpflege ist zum Beispiel geeignet, wenn die Betroffenen unter Schlafstörungen leiden oder nachts Medikamente benötigen.

Was genau beinhaltet Tages- oder Nachtpflege?

Die Tagespflege dauert in der Regel von morgens bis zum späten Nachmittag oder frühen Abend. Neben Frühstück, Mittagessen, Nachmittagskaffee und ggf. Abendessen findet die benötigte Pflege und Betreuung statt wie etwa Begleitung beim Toilettengang oder Medikamentengabe. Zusätzlich gibt es gemeinsame Aktivitäten wie Spiele, Gymnastik, Gedächtnistraining oder auch Ausflüge.

Die Nachtpflege beginnt nach dem Abendessen und beinhaltet die Unterstützung bei der Grundpflege und beim Zubettgehen und Aufstehen. Bei Bedarf werden Medikamente verabreicht oder Verbände erneuert (Behandlungspflege).

Welche Einrichtungen gibt es für die teilstationäre Pflege?

Tagespflege wird von extra dafür geschaffenen Einrichtungen oder von Pflegediensten mit zusätzlichen Räumlichkeiten angeboten. Nachtpflege bieten meist Pflegeheime an.

Die Nachfrage ist allerdings größer als das Angebot und die Suche entsprechend schwierig. Helfen können Internet-Portale, die Kommunen oder auch die Krankenversicherung.

Wie wird teilstationäre Pflege finanziert?

Die Pflegeversicherung übernimmt die pflegerische Versorgung der teilstationären Pflege bis zu einer bestimmten Summe je nach Pflegegrad. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten müssen Betroffene selbst zahlen.

Neben der pflegerischen Versorgung beinhaltet die teilstationäre Pflege auch die Beförderung der Betroffenen von der Wohnung in die Einrichtung und zurück. Außerdem übernimmt die Pflegeversicherung in teilstationären Pflegeeinrichtungen die Kosten von sogenannten Betreuungskräften für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung der Pflegebedürftigen.

Das sind die maximalen monatlichen Leistungen der Pflegeversicherung:

Pflegegrad 1: 125 Euro (Entlastungsbetrag)

Pflegegrad 2: 689 Euro

Pflegegrad 3: 1.298 Euro

Pflegegrad 4: 1.612 Euro

Pflegegrad 5: 1.995 Euro

Neben der teilstationären Pflege stehen den Betroffenen weiterhin Pflegegeld, Pflegesachleistungen und der Entlastungsbetrag zu. Das gilt auch für Kurzzeit- und Verhinderungspflege.

Wie beantragt man Tages- oder Nachtpflege?

Einen Antrag auf Tages- oder Nachtpflege stellt man bei der Pflegeversicherung, die bei der Krankenversicherung angesiedelt ist. Wenn bisher noch kein Pflegegrad vorliegt, stellt man einen Neuantrag auf Begutachtung. Bei vorliegendem Pflegegrad

stellt man einen Änderungsantrag, um teilstationäre Pflege zu erhalten. Die Leistungen werden ab Pflegegrad 2 gewährt.

Aus unserer Beratungsarbeit

Pflege-WG: Wann gibt es zusätzlich teilstationäre Pflegeleistungen?

BIVA-Mitglied Herr K. wandte sich verzweifelt an die BIVA-Beratung. Er hatte das Gefühl, dass die Betreuung seiner Mutter in einer Wohngemeinschaft nicht ausreicht. Zwar erhält diese bereits den Wohngruppenzuschlag, wodurch eine Präsenzkraft in der WG zur Unterstützung zur Verfügung steht, doch ihr Krankheitsbild erfordert eine intensivere Betreuung. Da ein Platz in einem Pflegeheim nur schwer zu finden ist, suchte Herr K. nach weiteren Optionen.

Die BIVA-Beratung informierte ihn darüber, dass es grundsätzlich möglich ist, neben der Betreuung in der Wohngemeinschaft auch teilstationäre Pflegeleistungen wie Tagespflege in Anspruch zu nehmen. Nach § 38a Abs. 1 Satz 2 SGB XI ist dies erlaubt – eine Information, die vielen unbekannt ist. Allerdings gibt es hierfür bestimmte Voraussetzungen.

Der Beratungsdienst erläuterte Herrn K., dass der Medizinische Dienst (MD) prüfen muss, ob die Pflege in der Wohngemeinschaft ohne die zusätzliche Tagespflege nicht ausreichend wäre. Diese Prüfung ist erforderlich, um zu entscheiden, ob die Tagespflege bewilligt werden kann. Es existiert ein festgelegtes Prüfverfahren, das verschiedene Kriterien berücksichtigt.

Folgende Voraussetzungen prüft der MD:

- Ist eine zusätzliche Beaufsichtigung des Pflegebedürftigen über die vertraglich vereinbarte Anwesenheit der Präsenzkraft hinaus erforderlich?
- Werden individuelle Pflegeleistungen benötigt, die über das hinausgehen, was in der Wohngemeinschaft durch die Präsenzkraft oder den ambulanten Pflegedienst geleistet wird?
- Gibt es einen häufig abweichenden individuellen Bedarf, der nicht durch die gemeinschaftlich vereinbarten Leistungen abgedeckt wird?
- Führt ein erhöhter Betreuungsbedarf oder Verhaltensauffälligkeiten des Pflegebedürftigen zu einer Belastung des Gemeinschaftslebens, die von der Präsenzkraft oder dem ambulanten Pflegedienst nicht aufgefangen werden kann?

Herr K. war erleichtert, dass er durch die Beratung Klarheit über das Verfahren erhalten hatte und wusste nun, welche Schritte er als Nächstes einleiten musste. Abschließend erklärte die BIVA-Beratung ihm, dass die Prüfung durch den MD in der Regel anhand der Aktenlage erfolgt und ein Besuch in der Wohngruppe nur in Ausnahmefällen erforderlich ist.

BSG: Pflegeleistungsempfänger in WG für Menschen mit Behinderung haben keinen Anspruch auf Pflegegeld

Bewohner einer Einrichtung nach § 71 Abs. 4 Nr. 3 SGB XI mit einer Behinderung oder Pflegebedarf, also einer besonderen Wohnform, in der neben Leistungen der Eingliederungshilfe auch Pflegeleistungen erbracht werden, haben keinen Anspruch auf Pflegegeld.

Sachverhalt:

Der pflegebedürftige Kläger mit Pflegegrad 3 lebt in einer Lebensgemeinschaft, die Menschen mit Behinderungen Wohnraum überlässt und Leistungen der Eingliederungshilfe erbringt. Der Kläger bewohnt dort ein Einzelzimmer und nimmt Leistungen unter anderem der Pflege und Betreuung in Anspruch. Die Kosten seiner Versorgung in der Lebensgemeinschaft trägt der Kläger selbst. Er erhält keine Leistungen der Eingliederungshilfe nach SGB IX. Er beantragte bei der Pflegekasse Pflegegeld nach dem Pflegegrad 3 anstelle der ihm bislang gezahlten geringeren Pauschalleistung nach § 43a SGB XI (Pauschalleistung für die Pflege von Menschen mit Behinderungen in Höhe von monatlich 266,00 €). Die Pflegekasse lehnte einen Anspruch auf Pflegegeld ab, da er in einer Räumlichkeit nach § 71 Absatz 4 Nummer 3 SGB XI lebe (“besondere Wohnform“ mit überwiegend Leistungen der Eingliederungshilfe) und bei dem deshalb keine häusliche Pflege vorliege. Hiergegen richtet sich die Klage. Das Bundessozialgericht wies die Klage ab.

Begründung:

Pflegegeld könne zwar auch bezogen werden, wenn Pflegebedürftige nicht in ihrem eigenen Haushalt gepflegt werden; es sei aber nicht zulässig, wenn Pflegebedürftige in einer stationären Pflegeeinrichtung oder in einer Einrichtung oder in Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Absatz 4 SGB XI gepflegt würden (§ 36 Absatz 4 Satz 1 SGB XI). Räumlichkeiten in diesem Sinne seien solche, in denen die Erbringung von Leistungen der Eingliederungshilfe im Vordergrund stünden, und in denen der Umfang der Gesamtversorgung einen Umfang erreiche, der weitgehend der Versorgung in einer vollstationären Einrichtung entspreche (§ 71 Absatz 4 Nummer 3 SGB XI). Der Kläger lebe in einer solchen besonderen „Wohnform“, in der neben Leistungen der Eingliederungshilfe auch Pflegeleistungen erbracht würden.

Ein Anspruch auf Pflegegeld sei daher mangels häuslicher Pflege ausgeschlossen. Der Begriff der Räumlichkeit in § 71 Absatz 4 Nummer 3 SGB XI knüpfe allein an den Ort an, an dem gepflegt werde, nicht aber daran, wer die Kosten der Eingliederungshilfeleistungen trage. Dass der Anspruch nach § 43a SGB XI auf 266 Euro im Monat begrenzt ist, sei verfassungsrechtlich unbedenklich. Es liege kein Verstoß gegen den allgemeinen Gleichheitssatz vor. Die Abgrenzungsregelungen zwischen Pflegeversicherung und Eingliederungshilfe knüpften nicht benachteiligend an eine Behinderung an, sondern an die Leistungs- und Finanzierungsverantwortung verschiedener Leistungsträger im gegliederten Sozialleistungssystem.

Dies gelte auch für den Fall, dass der Leistungsbezieher die Kosten für die Eingliederungshilfe selbst bezahle.

Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 05.09.2024 – Aktenzeichen B 3 P 9/22 R

BSG: Anspruch auf unentgeltliche Nutzung des ÖPNV auch ohne Grundsicherung

Eine Pflegeheimbewohnerin mit einer Schwerbehinderung mit dem Merkzeichen G erhält nur Hilfe zur Pflege. Sie forderte vom Sozialhilfeträger die Erstattung einer Wertmarke zur unentgeltlichen Nutzung des ÖPNV und wurde abgewiesen. Das Bundessozialgericht hob das Urteil auf und sprach ihr die Kostenerstattung zu.

Sachverhalt:

Die Klägerin ist schwerbehindert mit dem Merkzeichen G und erhält nur Hilfe zur Pflege. Sie besorgte sich eine Wertmarke zum Preis von 91,00 € zur unentgeltlichen Nutzung des ÖPNV und begehrte die Erstattung dieser Kosten vom Sozialhilfeträger. Das Landessozialgericht wies die Klage ab, da sie lediglich Hilfe zur Pflege erhalte, aber keine Grundsicherung. Dieses Urteil hob das Bunddessozialgericht auf und sprach ihr die Kostenerstattung zu, da Sie zum befreiungsberechtigten Personenkreis nach § 228 Abs. 4 SGB IX gehöre.

Begründung:

Zwar erfasse die Vorschrift des § 228 Abs. 4 SGB IX ihrem Wortlaut nach nur den Bezug von Lebensunterhalt sichernden laufenden Leistungen nach dem Dritten und Vierten Kapitel des SGB XII. Trotzdem genüge über den Wortlaut hinaus auch der Erhalt von Hilfe zur Pflege nach dem Siebten Kapitel des SGB XII, jedenfalls soweit Anspruch auf Hilfe zur Pflege in einem Alten- und Pflegeheim bestehe. Der Gesetzgeber habe nach der Gesetzeshistorie und den zugrunde liegenden Gesetzesmaterialien ab Oktober 1985 bewusst bedürftige Heimbewohner von der Aufbringung des Eigenanteils befreit. Diese Befreiung galt nach damaligem Recht des BSHG für alle bedürftigen Heimbewohner. Im Zuge der Einführung des SGB XII im Jahr 2005 seien Heimbewohner zwar teilweise aus dem Anwendungsbereich des Befreiungstatbestands herausgefallen, weil der Gesetzgeber im Sozialhilferecht die Leistungen zum Lebensunterhalt und die Hilfen in besonderen Lebenslagen getrennt geregelt habe. Hierbei handele es sich aber um eine unbeabsichtigte Nebenfolge des Systemwechsels. Es sei nicht erkennbar, dass der Gesetzgeber bewusst sozialhilfebedürftige Heimbewohner, die nur Hilfe zur Pflege beziehen, von der Befreiung des § 228 Absatz 4 Nummer 2 SGB IX ausschließen wollte. Hinweise für einen dahingehenden Veränderungswillen des Gesetzgebers finden sich in den Gesetzesmaterialien nicht. Ein sachlicher Grund für den Ausschluss dieser hilfebedürftigen Heimbewohner sei auch nicht ersichtlich.

BIVA-Tipp:

Wenn Sie als Heimbewohner Leistungen der Sozialhilfe beziehen, beantragen Sie beim zuständigen Sozialamt die Befreiung von Kosten, die bei Nutzung des Öffentlichen Personennahverkehrs entstehen. Dies dürfte auch das sogenannte

Deutschlandticket betreffen, zumindest wenn Sie regelmäßig mit Bus und Bahn fahren.

Bundessozialgericht (BSG), Entscheidung vom 19.09.2024 – Aktenzeichen 9 SB 2/23 R

Aus der Presse

Neuer Leitfaden zu Reha-Maßnahmen für pflegende Angehörige

Auch pflegende Angehörige haben einen Anspruch auf Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen, aber viele wissen nichts davon. Ein neuer Leitfaden soll Abhilfe schaffen und sowohl die pflegenden Angehörigen selbst zum Thema informieren als auch Mitarbeitende in Beratungsstellen bei ihrer Arbeit unterstützen. Hier geht's zum Leitfaden https://www.pflegewegweiser-nrw.de/system/files/media/document/file/vorsorge-und-reha-angebote-fur-pflegende-angehorige.pdf

„Handbuch Pflege": Lotse durch Leistungen und Anträge

Das Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetz (PUEG) bringt viele Verbesserungen für Menschen mit Pflegebedarf und ihre Angehörigen. Das „Handbuch Pflege" der Verbraucherzentrale zum Preis von 18 Euro enthält alle aktuellen Neuerungen inklusive Anträge, Musterschreiben, Checklisten und Formulierungshilfen. Hier geht's zur Bestellung online oder telefonisch: https://www.ratgeber-verbraucherzentrale.de/gesundheit-pflege/handbuch-pflege-46009130

Hamburger Hausbesuche werden ausgeweitet

In Hamburg erhält jeder Bürger zum 80. Geburtstag ein Gratulationsschreiben von der Stadt, verbunden mit der kostenlosen Möglichkeit, während eines Hausbesuchs Fragen des selbstbestimmten Älterwerdens zu besprechen. Diese Hamburger Hausbesuche werden nun ausgeweitet, u.a. um Menschen mit Migrationshintergrund besser zu erreichen. Weitere Infos unter https://www.hamburg.de/politik-und-verwaltung/behoerden/sozialbehoerde/themen/pflege/hausbesuch-86112

Sachsen: neue Demenzstrategie

Die rund 103.000 Menschen mit der Diagnose Demenz in Sachsen sollen ein selbstbestimmtes und würdevolles Leben führen können. Das Kabinett beschloss dazu eine Sächsische Demenzstrategie und den Landesdemenzplan Sachsen. Beides soll als Leitfaden und Handlungskonzept dienen, um Beratungs-, Betreuungs- und Versorgungsangebote sinnvoll zu erweitern. Weitere Infos unter https://www.landesinitiative-demenz.de/

Versicherungsschutz bei Demenzerkrankten

Die Privathaftpflichtversicherung leistet bei geistiger Beeinträchtigung nur dann, wenn eine spezielle Demenzklausel. Diese stellt sicher, dass die Police auch leistet,

wenn der Versicherte aufgrund seiner Erkrankung deliktsunfähig ist und nicht haftbar gemacht werden kann.

Herzlichen Dank an die „Interessenvertretung Patienten und Versicherte“ (interessenvertretung@patienten-versicherte.de), einen BIVA-Kooperationspartner, für den interessanten Hinweis.

https://www.augsburger-allgemeine.de/geld-leben/so-sichern-sie-sich-ab-demenzkrank-haftpflicht-leistet-nur-mit-zusatzklausel-103003398