



UstA

Unterstützungsangebote im Alltag



Was sind Unterstützungsangebote im Alltag?

Unterstützungsangebote im Alltag sind Dienstleistungen, Maßnahmen und Ressourcen, die Menschen dabei helfen, ihre täglichen Aufgaben und Bedürfnisse zu bewältigen. Diese Angebote sind besonders wichtig für Menschen, die aufgrund von Alter, Krankheit, Behinderung oder anderen Herausforderungen Unterstützung benötigen.



Ziele dieser Angebote

- die Unterstützung und Entlastung der Betroffenen
 - die Unterstützung deren Angehöriger, um bei der häufig anstrengenden Pflege und Betreuung etwas freie Zeit zu verschaffen.
 - Förderung sozialer Austausch, Gesundheit und gesellschaftlicher Teilhabe
- Häuslichen Betreuungsdienste
 - Betreuungsgruppen für Menschen mit Demenz
 - Gruppen-, Einzel- oder Tagesangebote oder Freizeiten für Menschen mit geistigen und/oder körperlichen Behinderungen (Offene Hilfen)

Häusliche Betreuungsdienste

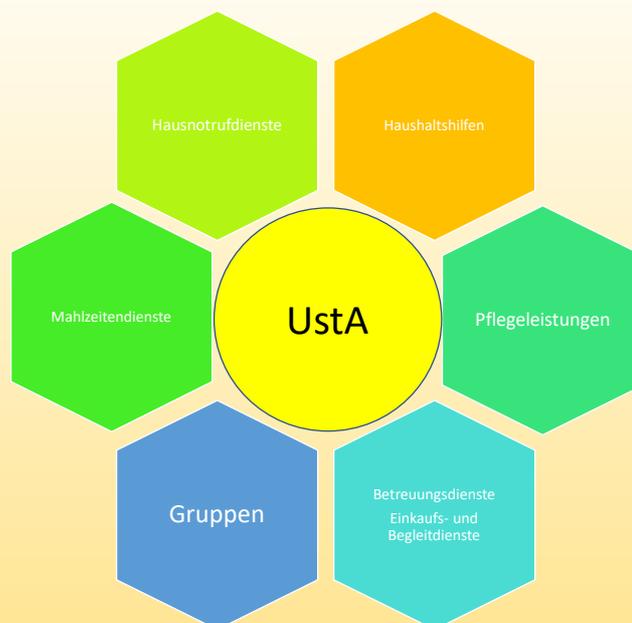


- Stundenweise individuelle Unterstützung und Entlastung für hilfs- und pflegebedürftige Personen und ihre Angehörigen sowie für Familien mit Kindern zu Hause.
- Zumeist wöchentliche Besuche: gehen spazieren oder ermöglichen soziale Kontakte.
- Häufig wird auch in der Hausarbeit unterstützt oder Spiele gespielt und/ oder vorgelesen.
- Ältere, insbesondere auch alleinlebende immobile Pflegebedürftige
→ Angebot des Aktivierenden Hausbesuchs (30 Minuten Bewegungsübungen und 30 Minuten mit anregenden Gesprächen (z.B. DRK EM)

Betreuungsgruppen für Menschen mit Demenz



- Idee einer pflegenden Angehörigen entstanden, die der Entlastung und Unterstützung bedurfte und sich mit ihrer Situation als Pflegende alleine sah.
- In Betreuungsgruppen für Menschen mit Demenz werden in der Regel die Betroffenen mit einem Betreuungsschlüssel von möglichst 1:2 betreut.
- Meist umfasst die inhaltliche Gestaltung ein gemeinsames Kaffeetrinken, Angebote zur Beschäftigung und Aktivierung (wie z.B. Gymnastik, Singen und Musizieren, kreatives Gestalten oder Gesellschaftsspiele) und Spaziergänge oder kurze Ausflüge.
- Dabei orientiert sich die Beschäftigung an der individuellen Biografie und Befindlichkeit der einzelnen Gäste



Zwischeninfo 1



Angebote zur Unterstützung im Alltag im Landkreis Emmendingen



Zwischeninfo 2



Anerkannte Dienste nach Landesrecht

Dienste (alphabetisch)	Einsatzgebiet	Leistungen
AWO Kreisverband Breisgau-Hochschwarzwald und Emmendingen e.V. Gartenstr. 1 79312 Emmendingen Tel: 07641 / 91 49 130 Mail: info.auf.raedern@awo-bhe.de www.awo-bhe.de	Emmendingen Freilatt Köndringen Senau Teningen	Betreuungsdienste Unterstützung im Haushalt Wäschepflege Einkäufen Fahrdienste Begleitung zum Arzt Gartenpflege Grabpflege Essen auf Rädern (größeres Einsatzgebiet)
AWO-Ortsverein Waldkirch e.V. Schleifstalllee 9 79183 Waldkirch Tel: 07681 / 22 666 Mail: info@awo-waldkirch.de www.awo-waldkirch.de	Gutach Kolltau Waldkirch	Betreuungsdienste Unterstützung im Haushalt Wäschepflege Einkäufen Fahrdienste Begleitung zum Arzt Gartenpflege Grabpflege
Betreuungsdienst Rundum Serviceleistungen für haushaltsnahe Dienstleistungen Dörfle 9 79348 Freilatt Tel: 0174 / 32 82 558 Mail: betreuungsdiensrundum@outlook.de Mail: rundum-care.de	Landkreis Emmendingen	Betreuungsdienste Unterstützung im Haushalt Wäschepflege Einkäufen Fahrdienste

Der Entlastungsbetrag



- Entlastungsbetrag (§ 45b SGB XI) umfasst monatlich 131 €
- Steht ab Pflegegrad 1 zur Verfügung
- Wird nicht als Festbetrag ausgezahlt, sondern kann nur zweckgebunden z.B. für die Leistungen von Unterstützungsangeboten rückerstattet werden. Dies bedeutet, dass die Kosten erst nach Vorlage von Belegen oder schriftlichen Nachweisen erstattet werden.



Neu seit 2025: Ehrenamtlich Einzelhelfende



- Veränderte Bedarfe in der ambulanten pflegerischen Versorgungsstruktur
- ermöglicht niedrigschwellige, nachbarschaftliche Hilfen durch ehrenamtliche Helferinnen und Helfer im Quartier.
- Die Leistungen werden in der Regel in Form von ehrenamtlicher Hilfe für Nachbarinnen und Nachbarn oder für Freunde/Bekannte von Einzelpersonen erbracht.
- Ehrenamtliche Helferinnen und Helfer aktivieren, stärken, versorgen und begleiten die zu betreuende Person, sie kümmern sich und ermöglichen Teilhabe.
- Konkret helfen sie beispielsweise dabei, soziale Kontakte aufrechtzuerhalten, begleiten zu Arztbesuchen, unterstützen bei der Haushaltsführung, gestalten Freizeit und kaufen ein.

VORAUSSETZUNG FÜR EINZELHELFER

mindestens **16 Jahre** alt

Unterstützung erfolgt **ehrenamtlich**

Nicht mehr als **zwei Personen** gleichzeitig

nicht mit der pflegebedürftigen Person

verwandt oder **verschwägert**

– lebt nicht mit ihr in **häuslicher Gemeinschaft**



Quelle: Sozialministerium Baden-Württemberg

Notwendige Unterlagen



→ Ehrenamtlich Einzelhelfende müssen nicht von einer Anerkennungsstelle anerkannt werden.

- Informationen zum Einsatz als ehrenamtliche Einzelhelferin oder ehrenamtlicher Einzelhelfer (bürokratiearm: Anerkennungsfiktion)
- Bestätigung für den Einsatz als ehrenamtliche Einzelhelferin oder als ehrenamtlicher Einzelhelfer (Die Bestätigung ist für den Einsatz als Einzelhelferin oder Einzelhelfer auszufüllen und zu unterschreiben.)
- Abrechnungsformular – Ehrenamtlich Einzelhelfende

<p style="text-align: center;">Bestätigung für den Einsatz als ehrenamtliche Einzelhelferin oder als ehrenamtlicher Einzelhelfer</p> <p>Name, Vorname _____ Anschrift _____</p> <p>Mit der nachfolgenden Unterschrift wird der Einsatz als ehrenamtliche Einzelhelferin/als ehrenamtlicher Einzelhelfer möglich, damit die zu unterstützende pflegebedürftige Person, den Entlastungsbetrag nach § 45b Abs. 1 Satz 3 Nr. 4 Sozialgesetzbuch (SGB) XI bei der für Sie zuständige Pflegekasse bzw. bei dem für Sie zuständigen privaten Krankenversicherungsunternehmen beantragen kann. Diese unterschriebene Bestätigung ist in Kopie dem Formular zur Abrechnung von Unterstützungsleistungen nach § 45b SGB XI beizufügen.</p> <p>Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich</p> <ul style="list-style-type: none"> das 16. Lebensjahr vollendet habe, die Unterstützung ehrenamtlich übernehmen und nicht mehr als zwei pflegebedürftige Personen zeitgleich unterstützen werde, als ehrenamtliche Einzelhelferin/als ehrenamtlicher Einzelhelfer pflegebedürftige Person unterstütze, die nicht mit mir bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert sind, als ehrenamtliche Einzelhelferin/als ehrenamtlicher Einzelhelfer nicht pflegebedürftige Personen unterstütze, die mit mir in häuslicher Gemeinschaft leben, nicht bereits als Pflegeperson gemäß § 19 SGB XI für die pflegebedürftige Person tätig <p>Mit meiner Unterschrift bestätige ich ebenso, dass ich</p> <ul style="list-style-type: none"> die Informationen zum Einsatz als ehrenamtliche Einzelhelferin oder als ehrenamtlicher Einzelhelfer zur Kenntnis genommen habe, damit einverstanden bin, dass die Angaben zum Zwecke der Abrechnung bei der zuständigen Pflegekasse bzw. bei dem zuständigen privaten Krankenversicherungsunternehmen der unterstützten pflegebedürftigen Person gespeichert werden. <p>Ort, Datum _____ Unterschrift Einzelhelferin/Einzelhelfer _____</p>	<p style="text-align: center;">Abrechnung der Unterstützungsleistung nach § 45b Abs. 1 Satz 3 Nr. 4 SGB XI</p> <p style="text-align: center;">Bitte das Formular direkt an die Pflegekasse/das private Versicherungsunternehmen schicken.</p> <p>Angebot zur Unterstützung im Alltag als ehrenamtliche Einzelhelferin/als ehrenamtlicher Einzelhelfer gemäß § 45a SGB XI</p> <p>Angaben zur versicherten Person/ zur Leistungsempfängerin bzw. zum Leistungsempfänger</p> <p>Name, Vorname: _____ Adresse: _____ Geburtsdatum: _____ Versicherungsnummer: _____</p> <p>Angaben zur ehrenamtlichen Einzelhelferin/zum ehrenamtlichen Einzelhelfer</p> <p>Name, Vorname: _____ Anschrift: _____</p> <p>Eine Kopie des ausgefüllten und unterschriebenen Vordrucks „Bestätigung des zukünftigen Einsatzes als ehrenamtliche Einzelhelferin oder als ehrenamtlicher Einzelhelfer“ ist beigelegt.</p>	<p style="text-align: right;">3</p> <p>Hinweis: Diese Seite bitte nur ausfüllen, wenn die Zahlung direkt an die Einzelhelferin oder den Einzelhelfer erfolgen soll. Wenn die Zahlung direkt an Sie als pflegebedürftige Person erfolgen soll, bitte diese Seite nicht ausfüllen.</p> <p style="text-align: center;">Abtretungserklärung zum Anspruch auf Erstattung</p> <p>gem. § 45b Abs. 1 Satz 3 Nr. 4 SGB XI an die/den Einzelhelferin/Einzelhelfer (gem. § 45a SGB XI) (wenn Sie über eine Abtretungserklärung abrechnen, füllen Sie diese bitte jedes Mal erneut aus. Privatversicherte wenden sich bei gewünschter Direktzahlung direkt an ihr Versicherungsunternehmen)</p> <p>Name, Vorname der/des Versicherten _____ Geburtsdatum _____</p> <p>Ich bin damit einverstanden, dass meine Pflegekasse/ mein privates Versicherungsunternehmen</p> <p>den Entlastungsbetrag (gem. § 45b Abs. 1 Satz 3 Nr. 4 SGB XI) als Erstattungsleistung für das Angebot zur Unterstützung im Alltag (gem. § 45a SGB XI) direkt mit meiner ehrenamtlichen Einzelhelferin/meinem ehrenamtlichen Einzelhelfer (s. o.) abrechnet.</p> <p>Ort, Datum _____ Unterschrift versicherte Person, ggf. gesetzliche Betreuung/gesetzlicher Betreuer/ Bevollmächtigter, Bevollmächtigter</p> <p style="text-align: center;">Annahme der Abtretung durch die ehrenamtliche Einzelhelferin/den ehrenamtlichen Einzelhelfer</p> <p>Ich nehme die Abtretung an.</p> <p>Ort, Datum _____ Unterschrift der Einzelhelferin/des Einzelhelfers _____</p>
---	---	--