

Pflegebedürftig – Was tun?

Herausgegeben von



€ 5,90

Pflege- bedürftig – Was tun?

Ein Ratgeber
für pflegebedürftige Menschen
und ihre Angehörigen

5. Auflage



Die Broschüre ist von folgenden **Autoren** geschrieben worden:

Wolfgang Müller

Paritätische
Pflegedienste
Bremen

Werner Hesse

Der Paritätische
Gesamtverband
Berlin

Thorsten Mittag

Der Paritätische
Gesamtverband
Berlin

Lisa Marcella Schmidt

Der Paritätische
Gesamtverband
Berlin

In dieser Auflage ist Gerd Wenzel aus Bremen als Mitautor ausgeschieden. Von ihm stammte der Impuls zu dieser Aufklärungsbroschüre. Er hat sie wesentlich geprägt. Dafür danken wir ihm ganz herzlich.

Ganz besonders bedanken wir uns auch bei Frau Margret Heider, Bremen. Sie hat den gesamten Text überarbeitet, so dass er einfacher zu lesen ist.

Anmerkungen:

An einigen Stellen verweisen wir auf Gesetze. Dabei gilt der Stand vom 1. Juni 2019.

Damit der Text gut zu lesen ist, verwenden wir bei Berufsbezeichnungen und Personen meistens die „PflegerIn“ oder „HelferIn“. Wir benutzen aber auch – in einem ausgewogenen Verhältnis – nur die weibliche oder männliche Form der Bezeichnung.

Sie finden folgende Randbemerkungen:

TIPP: Nützlicher Hinweis

BERATUNG: Hier empfehlen wir eine Beratung

!: Hier besonders gut aufpassen, um einen Nachteil zu vermeiden.

Wenn Sie uns Hinweise und Anregungen oder Kritik mitteilen möchten, schreiben Sie an die Rechtsabteilung des Paritätischen Gesamtverbandes, Oranienburger Straße 13–14, 10178 Berlin oder mailen Sie uns unter **sozialrecht@paritaet.org**.

www.beck.de

ISBN 978 3 406 73555 4
© 2019 Verlag C.H. Beck oHG
Wilhelmstraße 9, 80801 München

Satz: Fotosatz Buck, Zweikirchener Str. 7, 84036 Kumhausen
Druck: Holzmann Druck GmbH & Co. KG, Gewerbestraße 2, 86825 Bad Wörishofen
Umschlaggestaltung: Ralph Zimmermann - Bureau Paraplueie
Titelmotiv: © pongsuwan - depositphotos.com (modifiziert)

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

Sie wollen oder müssen sich mit dem Thema Pflegebedürftigkeit befassen, weil Sie selbst pflegebedürftig sind oder weil einer Ihrer Angehörigen Hilfe braucht? Die meisten von uns scheuen davor eher zurück – jedenfalls wenn es um uns selbst geht. Wir hoffen, dass es uns schon nicht trifft. Die Zahlen sagen allerdings etwas anderes. Wir werden immer älter und von den Über-80-Jährigen wird jeder Fünfte pflegebedürftig sein.

Dies kann ganz plötzlich passieren, etwa durch einen Unfall oder Schlaganfall. Meistens kommt es eher allmählich. Mit dem Alter lassen Kraft und Geschicklichkeit nach, mit dem Sehen und Hören wird es schlechter – ohne fremde Unterstützung ist vieles nicht mehr zu schaffen. Viele Ältere wollen jedoch nicht immer jemanden um Hilfe bitten. Sie fürchten, dann zu abhängig zu werden. Sie wollen so lange wie möglich selbstständig bleiben.

Mit dieser Broschüre möchten wir Ihnen einiges „Handwerkszeug“ geben, wie Sie und Ihre Angehörigen mit dieser Situation umgehen können. Wie kann ich mich möglichst lange selbst versorgen? Was ist möglich, wenn ich etwa nach einem Sturz oder Schlaganfall nicht mehr so viel kann wie vorher? Wenn ich fremde Hilfe brauche – wie kann ich dennoch eigenständig bleiben und meine Würde behalten? Ich will als Pflegebedürftiger meine Angehörigen nicht zu sehr belasten – wie schaffen wir das?

Es gibt inzwischen viele verschiedene persönliche Hilfen und Dienstleistungen für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen. Angefangen mit Hilfen im Haushalt

bis zur Rundum-Versorgung. Viele dieser Leistungen können Sie bei sich zu Hause bekommen. Manchmal ist es die bessere Lösung, in Betreutes Wohnen oder in ein Pflegeheim umzuziehen.

In Deutschland gibt es über 14.000 Pflegeheime mit fast einer Million Plätzen. Dazu kommen mehr als 14.000 ambulante Pflegedienste, die mehr als 800.000 Menschen zu Hause versorgen. Die meisten pflegebedürftigen Menschen – über 1,2 Millionen – werden ausschließlich von ihren Angehörigen zu Hause versorgt.

Was Sie noch in dieser Broschüre finden: einen „Markt der Möglichkeiten“ – Leistungen der gesetzlichen Pflege-Versicherung – zusätzliche Sozialhilfe für Pflegebedürftige – was Sie selbst bezahlen müssen. Sie erfahren, was alles zur Pflege gehört, und wo sie geleistet wird – zu Hause oder in einer Einrichtung. Sie finden viele Hinweise auf Beratung und weitere Informationen sowie ein ausführliches Stichwort-Verzeichnis. Um Wiederholungen zu vermeiden, haben wir viele Hinweise auf andere Kapitel in den Text eingefügt.

Zum 1. Januar 2019 traten viele gesetzliche Veränderungen in Kraft. Im Verlauf des Jahres 2019 und auch 2020 ist mit weiteren Veränderungen zu rechnen. Beobachten Sie die Tagespresse und lassen Sie sich beraten.

Wir wünschen uns, dass diese Broschüre Ihnen ein nützlicher Ratgeber ist.

Berlin im Juni 2019



Prof. Dr. Rolf Rosenbrock
Vorsitzender des
Paritätischen Gesamtverband

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|----|
| Kapitel 1: Markt der Möglichkeiten – Was kann mir helfen, weiter zu Hause zu leben? | 5 |
| 1. Sehen und Hören | 5 |
| 2. Essen und Trinken | 6 |
| 3. Sich bewegen | 6 |
| 4. Von einem Ort zum andern kommen | 7 |
| 5. Mit chronischen Erkrankungen oder Schmerzen leben | 8 |
| 6. Den Körper pflegen | 8 |
| 7. Inkontinenz – wenn Blase oder Darm nicht mehr dichthalten | 9 |
| 8. Mit typischen Veränderungen im Alter umgehen | 10 |
| 9. Demenz – auch uns kann es treffen | 11 |
| 10. Den Haushalt führen | 12 |
| 11. Bei allein lebenden Menschen: den Alltag regeln | 13 |
| 12. Mit Einsamkeit umgehen – für soziale Kontakte sorgen | 14 |
| 13. Sterben – zu Hause? | 15 |
| Kapitel 2: Im Alter umziehen – ein großer Schritt | 16 |
| 1. Was brauche ich, um mich heimisch zu fühlen? | 16 |
| 2. Wohnen plus – Pflege und Betreuung bei Bedarf | 16 |
| 3. Wichtige Überlegungen für Angehörige | 18 |
| Kapitel 3: Wann habe ich Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung? ... | 20 |
| 1. Wann gelte ich als pflegebedürftig? | 20 |
| 2. Vorversicherungs-Zeit: Bin ich lange genug pflegeversichert? | 21 |
| 3. In welchem Fall bekomme ich keine Leistungen? | 21 |
| 4. Fragebogen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit | 21 |
| Kapitel 4: Wie hilft mir die Pflegekasse, wenn ich zu Hause bleiben möchte? ... | 24 |
| 1. Pflegegeld – wenn Angehörige oder Bekannte Sie pflegen | 24 |
| 2. Entlastungsbetrag | 24 |
| 3. Angebote zur Unterstützung im Alltag | 25 |
| 4. Pflege-Sachleistung – wenn ein zugelassener Pflegedienst Sie pflegt | 26 |
| 5. Kombinationsleistungen – Mischung der Hilfen | 27 |
| 6. Wenn die Pflegeperson verhindert ist – Ersatzpflege | 27 |
| 7. Tagespflege oder Nachtpflege – außerhalb der Wohnung | 28 |

| | |
|---|----|
| 8. Wenn Pflege zu Hause nicht möglich ist – Kurzzeit-Pflege | 29 |
| 9. Pflegebetten und andere Hilfsmittel | 29 |
| 10. Wenn die Wohnung verändert werden muss | 30 |
| 11. Überblick über die Leistungen beim neuen Pflegegrad 1 | 30 |

Kapitel 5: Was hilft denen, die mir helfen – meinen Angehörigen, Nachbarn und FreundInnen?

| | |
|--|----|
| 1. Pflegen lernen – Kurse und Anleitung für Pflegepersonen | 31 |
| 2. Wie sind Pflegepersonen abgesichert? | 31 |
| 3. Medizinische Rehabilitation für pflegende Angehörige | 33 |
| 4. Pflegen und im Beruf arbeiten – wie kann das gehen? | 33 |

Kapitel 6: Woher kann ich weitere Hilfe bekommen?

| | |
|---|----|
| 1. Wofür ist die Krankenkasse zuständig? | 35 |
| 2. Ein Fall für die Unfallversicherung oder das Versorgungsamt? | 36 |
| 3. Besonderheit für Beamte – die Beihilfe | 37 |
| 4. Wohngeld | 37 |
| 5. Pflege-Wohngeld – in einigen Bundesländern | 37 |
| 6. Rundfunkbeitrag für Fernsehen und Radio | 37 |
| 7. Schwerbehinderten-Ausweis | 37 |
| 8. Hilfe in der Familie – Angehörige und Unterhaltspflichtige | 37 |
| 9. Sozialhilfe – Leistungen vom Sozialamt | 38 |

Kapitel 7: Was erwartet mich in einem Pflegeheim?

| | |
|---|----|
| 1. Was für Heime gibt es? | 41 |
| 2. Was bietet ein Pflegeheim? | 41 |
| 3. Was kostet ein Pflegeheim? | 42 |
| 4. Wer bezahlt was? Pflegekasse – ich selbst – Sozialamt – Krankenkasse | 44 |
| 5. Wie wird das Pflegeheim bezahlt? | 45 |
| 6. Wer setzt sich im Pflegeheim für mich ein? | 45 |
| 7. Wer kontrolliert das Pflegeheim? MDK und Heimaufsicht | 46 |

Kapitel 8: Was für Verträge schließe ich mit einem Pflegedienst oder einem Pflegeheim?

| | |
|---|----|
| 1. Wenn ich zu Hause gepflegt und betreut werde | 47 |
| 2. Wenn ich im Pflegeheim wohne | 48 |

Kapitel 9: Bekomme ich Pflegeleistungen auch im Ausland?

49

| | |
|--|----|
| Kapitel 10: Was muss ich tun, um Leistungen zu erhalten? | 50 |
| 1. Leistungen von der Pflegekasse | 50 |
| 2. Leistungen vom Sozialamt | 52 |
| Kapitel 11: Bekommen auch behinderte Menschen Pflegeleistungen? | 53 |
| Kapitel 12: Die private Pflege-Versicherung | 54 |
| 1. Private Pflege-Pflichtversicherung | 54 |
| 2. Staatliche Förderung einer privaten Pflege-Zusatzversicherung | 54 |
| 3. Private Zusatz-Pflegeversicherung ohne staatliche Förderung | 54 |
| Kapitel 13: Was muss ich versteuern – was kann ich absetzen? | 55 |
| 1. Sozial-Leistungen müssen Sie grundsätzlich nicht versteuern | 55 |
| 2. Welche Kosten kann ich von der Steuer absetzen? | 55 |
| 3. Was können meine Kinder von der Steuer absetzen? | 56 |
| Kapitel 14: Wie und wo finde ich Informationen und Hilfen? | 57 |
| 1. Hier bekommen Sie eine persönliche Beratung | 57 |
| 2. Informationen über das Internet | 58 |
| 3. Informationen durch ein persönliches Gespräch, Probewohnen | 59 |
| 4. Pflege rund um die Uhr zu Hause – geht das? | 61 |
| 5. Hier finden Sie Gesetze, Richtlinien und Urteile | 61 |
| Stichwortverzeichnis | 63 |

Kapitel 1: Markt der Möglichkeiten – Was kann mir helfen, weiter zu Hause zu leben?

Älter werden heißt nicht, dass es immer nur bergab geht. Es gibt viele Möglichkeiten, auch im Alter aktiv zu bleiben und sich am Leben zu freuen. Viele bekommen allerdings ihre „Zipperlein“ – und nicht nur das. Sie fühlen sich in bestimmten Situationen unsicher und es gibt verschiedene Probleme und auch Notlagen, die den Alltag schwerer machen können. Es ist gut, rechtzeitig nach Lösungen zu suchen.

Die Menschen gehen verschieden damit um:

- Die einen wollen selbst tun, was ihnen wichtig ist – so lange wie möglich. Dafür bleiben sie „am Ball“, trainieren ihre Kraft und Beweglichkeit und besorgen sich Hilfsmittel.
- Die anderen lassen bleiben, was ihnen schwerfällt oder was sie nicht mehr können. Sie suchen sich lieber andere Menschen, die diese Dinge für sie tun oder sie dabei unterstützen.

Sie entscheiden selbst, was Sie selbst schaffen wollen und wofür Sie Hilfe brauchen. Sich auch im Alter fit halten – das hilft, länger Freude am Leben zu haben. Soviel wissen wir heute.

Es gibt eine Menge Hilfsmittel, die Ihnen den Alltag leichter machen können. Auch gibt es viele Angebote, wie Sie sich von anderen Menschen helfen lassen können. Besonders wenn Sie in einer Stadt leben, finden Sie alle Arten von Unterstützung. Die Frage ist, was das kostet und wer das bezahlt.

Die folgenden Abschnitte zeigen verschiedene Bereiche, in denen es zu Problemen kommen kann. Wichtige Fragen sind dann: Was kann ich selbst tun? Welche Hilfsmittel gibt es? Wer kann mich unterstützen?

1. Sehen und Hören
2. Essen und Trinken
3. Sich bewegen
4. Von einem Ort zum andern kommen
5. Mit chronischen Erkrankungen oder Schmerzen leben
6. Den Körper pflegen
7. Inkontinenz – wenn Blase oder Darm nicht mehr dichthalten
8. Mit typischen Veränderungen im Alter umgehen
9. Demenz – auch uns kann es treffen
10. Den Haushalt führen

11. Bei alleinlebenden Menschen: den Alltag regeln
12. Mit Einsamkeit umgehen – für soziale Kontakte sorgen
13. Sterben – zu Hause?

1. Sehen und Hören

Beratung:

Unsere Augen und Ohren sind wichtig. Durch sie können wir uns leichter zurechtfinden und mit anderen unterhalten. Das wird schwierig, wenn wir nicht mehr scharf sehen können oder wenn wir das Gefühl haben, dass die anderen immer zu leise sprechen. Zum Glück gibt es gute Brillen, Lupen und Hörgeräte – auch für nicht so viel Geld. Lassen Sie sich dazu beraten: von einem Arzt, Optiker oder Hörgeräte-Akustiker.

Für die Wohnung gibt es weitere Hilfsmittel: Kopfhörer für Fernsehen oder Radio; Geräte, um die Türklingel lauter oder durch eine Lampe sichtbar zu machen; Rauchwarnmelder, die nicht nur piepen sondern auch blinken; Telefone mit besonders großen Zahlen und vieles andere.

Es kann sein, dass das Sehen und Hören weiter nachlassen und all diese Hilfen nicht mehr ausreichen. Nur noch verschwommen sehen oder immer nur einen Teil verstehen, das macht unsicher. Der Alltag wird viel mühsamer und es kommt leichter zu Unfällen.

Im Alter können weitere Veränderungen dazukommen, wie Schwächeanfälle, Schwindelgefühl, steife oder schmerzende Gelenke, starke Vergesslichkeit. Dann stellt sich schnell die Frage: Welche Unterstützung gibt es, damit ich in meiner Wohnung bleiben kann?

Beratung:

Viel Nützliches können Sie in Selbsthilfegruppen erfahren. Suchen Sie sich eine Gruppe mit Menschen, denen es ähnlich geht wie Ihnen. Außerdem gibt es Beratungsstellen für Sehbehinderte, Blindenvereine,

Vereine für Hörbehinderte und viele andere Gruppen für alle Fälle des Lebens. Hier erfahren Sie die Adressen: bei der Krankenkasse, beim Sozialamt, beim Gesundheitsamt, bei Wohlfahrtsverbänden, im Internet (siehe Kapitel 14).

2. Essen und Trinken

Essen und Trinken sind lebenswichtig. Dazu gehören auch das Einkaufen, Kochen und Zubereiten. Deswegen kann ein Pflegegrad eher bewilligt werden, wenn es in diesem Bereich große Probleme gibt. Auf der anderen Seite wissen wir, dass wir durch falsches Essen und zu wenig Bewegung krank werden können. Daher sollten wir so essen, dass es gut für unsere Gesundheit ist.

Beratung:

Dies können Probleme mit dem Essen sein:

- Sie vertragen **nur bestimmte Speisen oder Getränke** und andere nicht. Krankheiten, Allergien oder Medikamente können ein Grund dafür sein. Lassen Sie sich von Ihrem Arzt erklären, was Sie bei Ihrer Ernährung und Ihren Medikamenten beachten müssen. Auch ausgebildete Pflegerinnen und Pfleger wissen oft viel über Ernährung.
- **Selbst zu essen** fällt Ihnen schwer – etwa weil die Hände zittern oder weil Sie nicht gut schlucken können. Damit Sie beim Essen möglichst lange selbstständig bleiben, kann Ihnen Krankengymnastik, Ergotherapie und viel Üben helfen. Auch im hohen Alter können Sie damit oft viel erreichen. Dies sollte auch in jedem Pflegeheim beachtet werden. Außerdem gibt es viele praktische Hilfsmittel für selbstständiges Essen. Bitten Sie Ihren Arzt um eine Verordnung für die Therapie und lassen Sie sich in einem Sanitätshaus zu möglichen Hilfsmitteln, wie z. B. das richtige Besteck, beraten.
- Sie brauchen Hilfe beim **Kochen und Zubereiten von Essen**. Sie können umsteigen auf vorbereitetes oder tiefgekühltes Essen, auch als ganze Mahlzeiten. Sie können sich auch täglich warmes Essen bringen lassen. Dies machen Menü-Dienste – auch am Wochenende – und auch einige Metzgereien und Bäcker. Pflegedienste können Sie dafür bezahlen, ein Essen zu kochen oder nur warm zu machen und Frühstück oder Abendessen vorzubereiten.
- Auch das **Einkaufen** kann ein Problem sein. Viele haben Glück und ihre Familie oder Nachbarn kaufen für sie mit ein – mit oder ohne „Trinkgeld“. Viele Lebensmittel-Geschäfte bieten an, den Einkauf nach Hause zu bringen. Wenn Sie nicht alleine ein-

kaufen können, fragen Sie nach Einkaufs-Hilfen – in einer Sozialstation, Ihrer Kirchengemeinde oder bei einem Wohlfahrtsverband. Zu zweit wird das Einkaufen interessanter und weniger anstrengend. Was diese Dienste kosten, richtet sich nach den Kilometern oder nach der Zeit.

- Wenn Sie nur **wenig Geld** haben und keine Extra-Dienste bezahlen können: Fast überall arbeiten Wohlfahrtsverbände mit dem Sozialamt zusammen, damit auch Menschen mit wenig Geld regelmäßig ordentlich essen können. Das heißt, es gibt ermäßigte Preise für Essen-auf-Rädern, Einkaufs-Hilfen oder Haushalts-Hilfen. Dafür wird Ihr Einkommen geprüft. Dies kann unauffällig passieren und Sie müssen nicht ständig zum Sozialamt kommen.
- Sie leben allein und **kochen nicht regelmäßig für sich allein**, weil Sie nicht die rechte Lust dazu haben. Dies gilt vor allem für Männer und kann auf Dauer der Gesundheit schaden. Vielleicht essen Sie sowieso lieber mit anderen zusammen. Fragen Sie bei den Wohlfahrtsverbänden nach preiswerten Mittagstischen. Dies ist auch eine gute Gelegenheit, um täglich „einmal raus und unter Leute zu kommen“. Wer gehbehindert ist, kann sich abholen lassen – das kostet nicht viel.

3. Sich bewegen

Wer rastet, der rostet. Das gilt in jedem Alter und für alle Bereiche des Lebens, und ganz besonders für die körperliche Bewegung. Wer sich wenig bewegt, verliert Kraft und kann steife Gelenke bekommen. Auch Krankheiten oder Schmerzen können dafür der Grund sein. Das Gehen und Stehen strengt immer mehr an – in dieser Lage werden Menschen unsicher auf den Beinen und fallen leichter einmal hin. Nach und nach bekommen sie immer mehr Angst, allein ihre Wohnung zu verlassen.

Weil diese Veränderungen allmählich vor sich gehen, denken viele nicht daran, mit ihrem Arzt darüber zu sprechen. Sie sollten sie jedoch nicht einfach so hinnehmen.

Vielleicht kann eine medizinische Behandlung den Zustand verbessern.

Auch aus anderen Gründen können Ältere leichter einmal stürzen:

Beratung:

Falsche Medikamente, keine ausreichenden Brillen oder Gehhilfen, Stolperfallen in der Wohnung, Probleme mit der Durchblutung, der eilige Gang zur

Toilette. Lassen Sie sich dazu beraten, was Sie zur Sturzvorbeugung tun können.

Zum anderen wissen wir, dass in jedem Alter körperliche Bewegung günstig ist. Das gilt auch für Rollstuhl-FahrerInnen. Kraft und Gleichgewicht zu trainieren hilft, beweglich zu bleiben, seltener zu fallen und sich wohler zu fühlen. Außerdem stärkt es die Abwehrkräfte. Es ist nie zu früh und nie zu spät, damit anzufangen. Wenn Ihr innerer Schweinehund Ihnen dabei im Weg ist, dann nehmen Sie ihn einfach mit!

Manche brauchen eine gezielte Krankengymnastik oder Sporttherapie. Ansonsten gibt es viele Gesundheitssport-Angebote für ältere Menschen. In einer Gruppe Sport zu treiben, macht es auch leichter, nicht zu kneifen. Oft gibt die Krankenkasse einen Zuschuss zu den Kosten. Hier können Sie nachfragen:

- bei Ihrer **Krankenkasse**. Viele Kassen bieten selbst Gesundheitskurse an oder arbeiten mit Sportvereinen oder Sportstudios zusammen. Diese Kurse kosten oft nur wenig.
- beim **Sportverein** in Ihrer Gegend. Immer mehr Vereine bieten Gesundheits-Sport für bestimmte Beschwerden oder Krankheiten an, auch zur Vorbeugung von Stürzen. Diese Kurse sind auch für Menschen gedacht, die bisher keinen Sport gemacht haben.
- bei der **Volkshochschule** oder bei Senioren-Treffpunkten. Auch sie haben oft geeignete Bewegungs-Angebote.
- Immer mehr **Fitness-Studios** haben Angebote für Ältere. Allerdings werden Sie nicht überall gleich gut angeleitet. Fragen Sie vorher Ihren Arzt oder Ihre Krankenkasse, welches Studio für Sie geeignet ist.
- Nachfragen lohnt sich auch im Krankenhaus, Ärzte-Zentrum, Seniorenzentrum oder beim Pflegedienst – hier gibt es oft ebenfalls Bewegungs-Angebote.



TIPP

Für Pflegebedürftige können auch die Kosten für Bewegungsangebote von den Pflegekassen übernommen werden (siehe Kapitel 4 Abschnitt 3) – wenn sie von zugelassenen Pflegediensten oder Betreuungsdiensten angeboten werden.

Wenn Sie bisher noch keine Leistungen der Pflegeversicherung beziehen, aber bereits unter Bewegungseinschränkungen leiden, sollten Sie überlegen, einen Antrag auf Versicherungsleistungen zu stellen. Bereits bei Pflegegrad 1 können Leistungen zur Vorbeugung in Anspruch genommen werden.

4. Von einem Ort zum andern kommen



TIPP

Wenn Sie unsicher auf den Beinen sind, können Ihnen Geh-Stöcke oder ein Rollator helfen. Schwer Gehbehinderte können sich mit einem Rollstuhl weiter ohne fremde Hilfe fortbewegen. In vielen Bussen, Bahnen und Taxis können Sie auch mit einem Elektro-Rollstuhl mitfahren. Eine Taxi-Fahrt müssen Sie rechtzeitig anmelden – oder Sie fragen nach einem Behinderten-Fahrdienst. Die Adressen erfahren Sie beim Gesundheitsamt, Sozialamt, bei Pflegediensten oder beim Behinderten-Verband. Vergleichen Sie die Preise! Diese können weit auseinander liegen.

Wohlfahrtsverbände, Pflegedienste und private Firmen bieten **Persönliche Begleitungen** an – etwa für einen Gang zum Arzt, zum Einkaufen, zum Friedhof oder einfach zum Spazieren-Gehen oder um Bekannte zu treffen. Diese Dienste können verschiedene Namen haben:

- Mobiler Hilfsdienst
- Personen-Begleitdienst
- Nachbarschafts-Hilfe
- Mobile Senioren-Betreuung.

Auch hier gilt:



TIPP

Vergleichen Sie die Angebote und die Preise! Es gibt große Unterschiede. Auch für diese Leistungen kann für pflegebedürftige Menschen die Pflegekasse Kosten übernehmen – wenn der Anbieter von den Kassen anerkannt ist – siehe Kapitel 4 Abschnitte 2 und 3.

Für **notwendige Fahrten zu Ärzten** werden von den Krankenkassen die Kosten auch ohne vorherigen Antrag übernommen, wenn mindestens Pflegegrad 4 vorliegt oder eine Schwerbehinderung anerkannt ist mit Merkzeichen aG, BI oder H.

Sie können weiterhin verreisen – auch wenn Sie schlecht laufen können, im Rollstuhl sitzen oder eine andere Behinderung haben. Mehrere **Reise-Anbieter** organisieren Reisen für Menschen mit und ohne Behinderung. Dies ist dabei besonders wichtig:

- gute Beratung und sorgfältiges Planen

- behindertengerechte Hotels oder Pensionen
- für Fahrten: behindertengerechte Züge, Busse, Autos
- HelferInnen zur Unterstützung für einzelne Reisende, wo es nötig ist

Vergleichen Sie die Preise und fragen Sie die Reiseanbieter nach Zuschüssen von öffentlichen Stellen – leider gibt es die nur selten (sogenannte „Kann-Leistungen“)

5. Mit chronischen Erkrankungen oder Schmerzen leben

Wer dauerhaft krank ist oder oft Schmerzen hat, kann vieles nicht mehr machen oder mitmachen. Unser Gesundheitssystem bietet verschiedene Möglichkeiten, damit diese Menschen möglichst lange so normal wie möglich leben können. Einige davon sind: Krankengymnastik, Üben von Tätigkeiten für den Alltag (Ergotherapie), Kuren (Reha-Maßnahmen) und bestimmte Hilfsmittel für die Pflege. Gerade bei diesen Leistungen ist oft nicht klar, wer sie bezahlen muss.

Die Krankenkassen müssen nur bei Krankheit zahlen. Nach dem Gesetz ist jemand krank, wenn er auch wieder gesund werden kann – also nur für eine gewisse Zeit. Chronisch Kranke werden aber nicht wieder gesund – ohne gute Behandlung wird ihre Krankheit eher schlimmer. Dies sollen Krankenkassen durch ihre Leistungen verhindern, auch das ist ihr Auftrag. Einige Krankenkassenmitarbeiter sehen das anders. Sie lehnen es ab, diese Behandlungen zu bezahlen. Sie halten dies für eine Aufgabe der Pflegekassen.

Die Pflegekassen müssen nur bei Pflegebedürftigkeit zahlen – wenn also ein Pflegegrad anerkannt ist. Pflegebedürftig ist nach dem Gesetz, wer in wichtigen Lebensbereichen auf Dauer eingeschränkt und auf Hilfe angewiesen ist. Dazu gehört alles, was im Alltag anfällt: sich waschen, anziehen und ausziehen; Mahlzeiten kochen oder zubereiten, essen und trinken; aufstehen, sich bewegen usw. (siehe Kapitel 3 Abschnitt 1).



TIPP

Bei chronischer Erkrankung oder dauerhaften Schmerzen kann es bisweilen zu Problemen kommen, wenn weder die Krankenkasse noch die Pflegekasse zahlen wollen – für die Behandlung oder für Hilfsmittel. Oder wenn Sie vom Arzt eine notwendige Verordnung nicht bekommen. Wenden Sie sich in diesen Fällen an eine unabhängige Patienten-Beratungsstelle.

Unterstützung können Sie auch durch Menschen bekommen, die in derselben Lage sind wie Sie. Für die meisten chronischen Erkrankungen gibt es Selbsthilfe-Gruppen, zu finden im Internet oder über das Gesundheitsamt. Oft erfahren Sie dort noch mehr als bei Ärzten und Krankenkassen und Sie können Ihre Probleme mit anderen teilen.

6. Den Körper pflegen

Was zur Körperpflege gehört, wissen Sie selbst: das Ausziehen, Waschen, der Gang zur Toilette, das Anziehen, usw. Für einen sicheren Stand im Bad sorgen Haltegriffe, rutschfeste Matten, ein Dusch-Stuhl und andere Hilfsmittel. Wenn Sie sehr unsicher sind oder Ihr Kreislauf im warmen Wasser schwach wird, brauchen Sie menschliche Unterstützung bei der Körperpflege – vielleicht reicht jemand in Rufnähe. Das braucht Vertrauen in die andere Person. Viele lassen sich erst einmal von Familien-Angehörigen helfen, vielleicht auch von FreundInnen und NachbarInnen. **Pflegende Angehörige** können in Kursen lernen, wie sie bei der Pflege ihre eigene Gesundheit schonen (siehe Kapitel 5 Abschnitt 1).

Sie können sich auch für einen **zugelassenen Pflegedienst** mit ausgebildeten Pflegekräften entscheiden. Wenn bei Ihnen ein Pflegegrad anerkannt worden ist, bekommen Sie von der Pflegekasse einen Zuschuss zu den Pflegekosten – entweder als Pflegegeld oder als sogenannte Pflege-Sachleistung oder von beidem (mehr dazu in Kapitel 4 Abschnitte 1 bis 5).

Mit allen zugelassenen Pflegediensten können Sie ganz individuelle Absprachen treffen. Grundsätzlich haben Sie immer die Möglichkeit, den Pflegedienst mit ganz bestimmten **Leistungen Ihrer Wahl** zu beauftragen. Dann werden Ihnen oft sogenannte **Leistungskomplexe angeboten**. Darin sind zum Beispiel die Leistungen zusammengefasst, die morgens oder abends vom Pflegedienst geleistet werden. Was genau das ist, das ist je nach Region etwas unterschiedlich geregelt. In der Körperpflege wird meistens unterschieden zwischen der „kleinen“ und „großen Toilette“. Wie Sie Ihre Körperpflege haben wollen, besprechen Sie am besten persönlich mit dem Pflegedienst.

Sie können sich aussuchen, ob Sie sich von einem Mann oder von einer Frau pflegen lassen möchten. Allerdings arbeiten nur wenige Männer in der häuslichen Pflege – so lässt sich der Wunsch nach einem männlichen Pfleger nicht immer erfüllen.

Wann ist es sinnvoll, einen professionellen, zugelassenen Pflegedienst zu holen?

- Wenn Sie sich bei der Pflege unsicher fühlen und beispielsweise einen Sturz fürchten, etwa beim Wannenbad. Sie können dafür zum Beispiel den Pflegedienst einmal pro Woche kommen lassen.
- Wenn sonst keine vertraute Person helfen kann. Auf eine ausgebildete Pflegekraft können Sie sich verlassen – bei einer entfernten Bekannten wissen Sie oft nicht so genau, was Sie ihr zutrauen können.
- Wenn bei der gepflegten Person bestimmte Krankheiten zu beachten sind. Oder wenn der Arzt auch eine sogenannte „Behandlungspflege“ verordnet hat: zum Beispiel Wunden versorgen, Stützstrümpfe anziehen.

7. Inkontinenz – wenn Blase oder Darm nicht mehr dichthalten

Wenn Sie ungewollt Harn oder Stuhl verlieren – beim Gehen oder Stehen, oder sogar beim Sitzen oder im Liegen – dann spricht man von Inkontinenz. Ältere haben dieses Problem häufiger als jüngere Menschen, das ist bekannt. Dennoch fällt es vielen schwer, darüber zu sprechen. Das ist schade, denn es gibt wirksame Möglichkeiten Inkontinenz zu behandeln. Und auch hier gilt: je früher begonnen wird, desto besser.

Es gibt verschiedene **Formen und Ursachen** der Inkontinenz:

- wenn die Muskeln des Beckenbodens schwach sind oder stark belastet werden: bei dauerhaftem Husten, Verstopfung, nach Geburten oder bei starkem Übergewicht
- wenn die Schleimhaut sehr empfindlich ist: bei Blasenentzündung oder durch den altersbedingten Rückgang von Hormonen
- bei Erkrankungen der Prostata
- bei anderen Erkrankungen wie: Schlaganfall, Multiple Sklerose, Parkinson-Krankheit, Demenz, Diabetes mellitus
- durch Medikamente: gegen Blasenschwäche, Depressionen, Schmerzen; zur Beruhigung, zum Ausschwemmen von Wasser aus dem Körper
- wenn es ein Problem ist, schnell zur Toilette zu kommen: weiter Weg, keine Hinweis-Schilder, schlechtes Licht; Türschwellen, enge Türen; zu

niedriger Toilettensitz, keine Griffe zum Festhalten; schmutzige Toilette; Kleidung, die stört oder schlecht zu öffnen ist.

Beratung:

Nehmen Sie nicht einfach „auf gut Glück“ rezeptfreie Arzneimittel, sondern **sprechen Sie mit Ihrem Arzt** – auch wenn es Ihnen erst einmal peinlich ist. Lassen Sie klären, woher die Inkontinenz kommt. Gute Adressen für eine Untersuchung und Beratung sind Urologen, FrauenärztInnen oder ein sogenanntes Kontinenz-Zentrum. Dort wird Ihnen eine geeignete Behandlung oder ein Hilfsmittel vorgeschlagen: Muskeltraining mit oder ohne Geräte, Entspannungs-Training, Medikamente, ein Ring oder Würfel zum Einsetzen in die Scheide, vielleicht auch eine kleine oder größere Operation oder ein Schlauch zum Ableiten (Blasen-Katheter); aufsaugende Vorlagen. Auch bei PhysiotherapeutInnen, Sanitätshäusern, Pflegediensten und Apotheken können Sie sich zu Inkontinenz beraten lassen.

Nicht immer kann eine Behandlung die Inkontinenz beseitigen. Dann ist es wichtig, dass der Betroffene weiter in Würde leben kann. Damit dies gelingt, können Sie als **pflegender Angehöriger** einiges dazu beitragen:



TIPPS

Respektvoll mit dem Intimbereich umgehen:

- Bei Toilettengängen immer die Toiletten-Türen schließen
- beim Wechseln von Vorlagen oder Wäsche ganz normal sprechen – nicht in Babysprache
- Einmal-Handschuhe benutzen – so ist Beschmutztes leichter anzufassen
- wenn es unangenehm riecht oder bei Flecken durch Urin oder Stuhl: freundlich aber entschieden die Wäsche wechseln

Den Gang zur Toilette erleichtern:

- der Weg zur Toilette sollte kurz sein und ohne Hindernisse, hell genug, mit Handgriffen oder Handläufen
- in der Toilette Licht brennen lassen
- die Toilette ausreichend heizen
- auch beim Gang zur Toilette den Gehstock oder Rollator benutzen
- sinnvoll für nachts: ein Toilettenstuhl, eine Urinflasche oder für die Frau ein Urin-Schiffchen, direkt am Bett

Praktische Kleidung:

- Gummizüge oder Klettverschlüsse in Hosen und Röcke einnähen – so lassen sie sich schnell und einfach öffnen und schließen.
- Unterleib und Füße möglichst immer warm halten – der Harndrang ist dann nicht so stark.
- Lockere Kleidung – so sind die Vorlagen oder Windel-Höschen von außen nicht zu sehen.

Genug zum Trinken anbieten:

- Wer zu wenig trinkt, bekommt leichter eine Blasenentzündung und Verstopfung. Mindestens 1,5 Liter am Tag werden empfohlen – wenn der Arzt nichts anderes sagt. Wichtig sind auch genug Ballast-Stoffe im Essen, vor allem durch viel Obst und Gemüse.

Die Haut gut pflegen:

- Feuchte Vorlagen können die Haut angreifen. Deshalb ist im Intimbereich eine gute Hautpflege wichtig: feuchte Vorlagen wechseln, mit schonenden Mitteln die Haut reinigen und eincremen.

Die richtigen Hilfsmittel auswählen:

- Es gibt: **aufsaugende Materialien** (Einlagen mit oder ohne Netzhosen, Inkontinenzhosen, Einmal-Krankenunterlagen) und **ableitende Materialien** (Blasenkatheter, Urinbeutel, Kondom-Urinal mit Beinbeutel).

Beratung:

Hilfsmittel bei Inkontinenz werden vom Arzt verordnet. Welche Mittel von der Krankenkasse bezahlt werden, erfahren Sie aus dem Hilfsmittel-Verzeichnis der gesetzlichen Krankenkassen. Lassen Sie sich auch schon vom begutachtenden Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK), vom Pflegedienst, im Sanitätshaus oder in der Apotheke beraten. Fragen Sie dort nach Mustern zum Ausprobieren.

Empfehlungen des MDK, die im Rahmen der Feststellung der Pflegebedürftigkeit vorgenommen werden, müssen von den Pflegekassen schnellstmöglich umgesetzt werden.

8. Mit typischen Veränderungen im Alter umgehen

Ältere Menschen können meistens nicht mehr so schnell reagieren, wenn etwas passiert, womit sie nicht rechnen. Wir können uns nicht vor allem schützen, doch wir können etwas tun, damit es nicht so leicht zu gefährlichen Situationen kommt.

a) Was kann ich tun, um nicht krank oder kränker zu werden?

Für Ältere gelten dieselben Regeln wie für Jüngere, um gesund zu leben:

- sich viel bewegen
- sich ausgewogen ernähren mit wenig Fleisch und Fett und viel Gemüse und Obst
- körperlich und geistig beweglich bleiben, etwas Schönes unternehmen
- Vorsorge-Untersuchungen beim Arzt nutzen.

Bei besonderen Erkrankungen können andere Regeln gelten, das sagt Ihnen Ihr Arzt.

b) Wenn doch etwas passiert ist – Haus-Notrufgeräte

Ein Haus-Notrufgerät kann natürlich nicht verhindern, dass Sie hinfallen. Es kann Ihnen aber helfen, wenn es passiert ist und Sie nicht ans Telefon herankommen. So geht es: Sie schließen einen Vertrag mit einem Notruf-Dienst und bestimmen, wer im Notfall angerufen werden soll. Sie tragen einen Notruf-Knopf am Körper, etwa als Armband. Im Notfall drücken Sie darauf und rufen so die Notruf-Zentrale an. Von dort werden die Personen angerufen, die Sie bestimmt haben. Wenn es nötig ist, kommt ein Notarzt zu Ihnen.

Manche Notrufgeräte können noch mehr: Alarm geben bei Einbruch oder Rauch. Dafür müssen Sie zusätzliche Apparate im Haus einbauen lassen, auf Ihre Kosten.

Die meisten Notrufgeräte werden an das Telefon angeschlossen. Sie funktionieren in der Wohnung und einige Meter darum herum. Es gibt auch Notrufgeräte, die mit einem Handy verbunden sind.

Beratung:

Notrufgeräte werden leihweise ausgegeben. Unter bestimmten Bedingungen bezahlen die Pflegekassen die Leihgebühren (bis ca. 23 € im Monat). Lassen Sie sich dazu von einem Pflegedienst oder im Pflege-Stützpunkt beraten.

c) Was kann mich davor schützen, Opfer von Gewalt zu werden?

Von älteren Menschen wird nicht erwartet, dass sie sich ernsthaft wehren. Deshalb werden sie häufiger überfallen oder beraubt. Eine gute **Nachbarschaft** bietet dafür einen gewissen Schutz. Wenn Ihnen Ihre Nachbarn wichtig sind, werden Sie ihnen auch sicher einmal helfen – und umgekehrt. Sie sprechen miteinander, achten aufeinander und bekommen mit, wenn etwas Ungewöhnliches passiert. Das kann viel zu Ihrer Sicherheit beitragen. Es gehören immer zwei dazu – Hand aufs Herz: Wann haben Sie das letzte Mal Ihre Nachbarn angesprochen?

Viele Alleinstehende leben mit einem **Hund als Haustier** zusammen. Das bringt Bewegung ins Leben und sorgt für ein sicheres Gefühl – und kann helfen, Einbrecher abzuschrecken.

Beratung:

Bei der **Polizei** können Sie sich beraten lassen, wie Sie Ihre Wohnung vor Einbruch schützen können. Sie erfahren dort auch – zum Beispiel in Broschüren – wie Sie sich selbst verhalten können, um nicht in Gefahr zu kommen. Vorträge zum Thema Schutz und Sicherheit gibt es bei Wohlfahrtsverbänden, Senioren-Begegnungsstätten oder Volkshochschulen. Schauen Sie in die Zeitung.

9. Demenz – auch uns kann es treffen

Viele befürchten eine Demenz, wenn sie selbst oder Angehörige häufiger **verwirrt oder vergesslich** sind. Solch ein Zustand kann aber viele Ursachen haben: zu wenig trinken, schlechte Ernährung, Nebenwirkung von Medikamenten, Allein-Sein, Depressionen und andere. Manchmal ist es schwierig, das zu klären. Wenn der Hausarzt sich nicht sicher ist, sollten Sie zu einem Spezialisten gehen. Das kann ein Nervenarzt, ein Geriater oder die Ambulanz einer

geriatrischen Klinik sein. Geriater sind Spezialisten für Krankheiten bei älteren Menschen.

Vor einer Demenz oder der Alzheimer-Krankheit können wir uns nicht schützen, oft kann eine Behandlung mit Medikamenten aber den Zustand verbessern.

Dennoch ist damit zu rechnen, dass die Krankheit fortschreitet. Der Kranke findet sich immer weniger zurecht, hört vielleicht Stimmen, vergisst immer mehr. Er kann zu einer Gefahr für sich selbst und für andere werden, besonders wenn er allein lebt. Günstig für Demenz-Kranke ist, wenn sie weiter zu Hause und zusammen mit vertrauten Personen leben können. Für die Angehörigen kann die Betreuung eines Demenz-Kranken allerdings sehr anstrengend werden, körperlich und seelisch. Sie fragen sich dann oft: Wie lange kann unsere Mutter (oder unser Vater) noch allein in ihrer Wohnung leben?

Vielen Dementen hilft es, wenn alles ganz regelmäßig passiert und wenn möglichst oft jemand in ihrer Nähe ist. Das ist besser zu schaffen, wenn sich viele Personen mit viel gutem Willen daran beteiligen: Familien-Angehörige, Freunde, Nachbarn, ein Pflegedienst, vielleicht auch ein Besuchsdienst. Schwierig wird es, wenn jemand ausfällt und wenn der Demenz-Kranke nur noch für kurze Zeit allein sein kann.

**TIPP**

Seit der letzten Reform der Pflegeversicherung, werden die Einschränkungen und Nachteile aufgrund einer Demenz gleichberechtigt wie andere Einschränkungen bei der Zumessung eines Pflegegrades berücksichtigt. Die Aussichten auf Versicherungsleistungen sind deutlich angestiegen. Einen Antrag auf Leistungen der Pflegekasse sollten Sie auf jeden Fall stellen.

Was dann helfen und entlasten kann:

- Eine **Tagespflege** in einer Einrichtung: Die Gäste werden morgens von zu Hause abgeholt und spät nachmittags zurückgebracht. So sind die Angehörigen tagsüber entlastet.
- Einzelne Pflegeheime bieten eine **Nachtpflege** an. Familien, die einen Demenz-Kranken zu Hause betreuen, kommen so wenigstens nachts einmal zur Ruhe. Fragen Sie danach bei der Pflegekasse.
- Auch einige ambulante Pflegedienste haben sich mittlerweile auf die Organisation von Hilfen bei Demenz spezialisiert.
- Die Unterstützung durch die Pflegekassen ist in den letzten Jahren deutlich verbessert worden.

Es gibt auch einige technische Hilfsmittel:

- **Zum Schutz vor Brand** und unnötigem Energie-Verbrauch: Rauchmelder, automatische Abschalter für Haushalts-Geräte.
- **Beobachtungs-Systeme** wie Bewegungs-Melder für die Wohnung. Sie bemerken zum Beispiel nachts, wenn jemand herumirrt und melden dies an eine Zentrale. Bewegungs-Melder können auch vor Einbrechern schützen. Auch fest angebrachte Kameras oder Geräusch-Melder wie Babyphone können beim Beaufsichtigen helfen.
- **Sender an der Kleidung** für Demenz-Kranke, die oft das Haus verlassen und nicht wieder zurück finden: Über GPS ist jederzeit zu erkennen, wo sie gerade sind. Der Sender ist verbunden mit einem Notruf-Handy.

Solche Maßnahmen sind umstritten – ebenso wie die andere Möglichkeit: diese unruhigen Menschen einzuschließen. Dies muss vorher vom Betreuungsgericht genehmigt werden.

Beratung:

Adressen von Fachärzten und Beratungsstellen erfahren Sie hier:

Deutsche Alzheimer-Gesellschaft,
Tel. 030 – 259 37 95 14 (Festnetz-Tarif)
www.deutsche-alzheimer.de
(siehe Kapitel 14 Abschnitt 2).

Wenn die Demenz fortschreitet, müssen andere Personen immer mehr für den Erkrankten entscheiden – zu seinem Wohl. Darüber sind sich die Angehörigen oft einig. Was genau muss dafür geregelt werden?

Meistens reicht eine **Vorsorge-Vollmacht**. Damit gibt der Pflegebedürftige einer Person die Vollmacht, alles Notwendige für ihn zu regeln (siehe auch dieses Kapitel, Abschnitt 11).

Wenn das nicht ausreicht, kann ein **rechtliches Betreuungs-Verhältnis** sinnvoller sein. Dabei bestimmt das Amtsgericht eine oder mehrere Personen. Das Gericht legt fest, worum sich jede dieser Personen kümmern darf und muss – immer zum Wohl des Pflegebedürftigen.

Es kann dabei auch um das **Aufenthalts-Bestimmungsrecht** gehen. Das heißt: ein Betreuer entscheidet für den Erkrankten, ob er weiter zu Hause leben kann. Wenn der Betreuer das nicht verantworten kann, muss er für einen Umzug sorgen – etwa in eine betreute **Wohngemeinschaft** (siehe Kapitel 2 Abschnitt 2) oder in ein **Pflegeheim** (siehe Kapitel 7).

Ausreichend versichert?

Die meisten Privatversicherungen fragen vor Abschluss eines Vertrages nach dem Gesundheits-Zustand. Sie sollten eine Demenz, genau wie andere Erkrankungen, auf jeden Fall angeben. Andernfalls kann die Versicherung ablehnen zu zahlen. Auch wenn der Demenz-Kranke bereits versichert ist, sollte die Krankheit unbedingt gemeldet werden, denn sie bedeutet ein höheres Risiko.

Familien-Haftpflichtversicherung: Manche Versicherungs-Gesellschaften schließen Familien-Angehörige aus der Versicherung aus, wenn sie von zu Hause in ein Pflegeheim umgezogen sind. Klären Sie dies vor dem Umzug mit der Versicherungs-Gesellschaft. Lassen Sie sich schriftlich bestätigen, dass Ihr Angehöriger weiterhin mit Ihnen gemeinsam versichert ist.

KFZ-Haftpflicht und -Kaskoversicherung, private Krankenversicherung, Unfall-Versicherung: Hier gelten ähnliche Regeln. Für viele Versicherungen gibt es eine Menge Gründe, warum sie eine Person nicht oder nicht mehr versichern. Klären Sie das mit Ihren Versicherungen.

10. Den Haushalt führen

Die Wohnung ist ein sehr persönlicher Bereich. Nicht nur deshalb wollen die meisten ihren Haushalt möglichst lange allein versorgen. **Hausarbeit** bedeutet Bewegung und Bewegung ist gesund. Allerdings passieren dabei die meisten Unfälle, und es gibt auch andere Probleme – hier einige Beispiele:

- wenn Sie zu schwere Gegenstände selbst heben, wie Wasserkisten oder Einkaufstüten – das kann Gelenke und den Rücken überlasten oder eine Inkontinenz verschlimmern
- wenn Sie eine Leiter benutzen – Sie können damit umfallen oder herunterfallen
- bei bestimmten Arbeiten kann Ihnen schwindelig werden – etwa wenn Sie Fenster putzen, Gardinen aufhängen oder wenn Sie vom Bücken wieder hochkommen – und Sie können auch hinfallen.

Ein Sturz kann für ältere Menschen bedeuten, dass sie pflegebedürftig werden. Lassen Sie sich daher rechtzeitig bei solchen Arbeiten helfen. Für viele ist es allerdings schwer, jemanden Fremdes im eigenen Haushalt arbeiten zu lassen. Das braucht viel Vertrauen – gerade wenn sie nicht schaffen, alles zu kontrollieren.

Gehen Sie daher sorgfältig und aufmerksam vor, wenn Sie sich eine Hilfe aussuchen. Überlegen Sie vorher, was Sie von dieser Person erwarten:

- Geht es „nur“ um das Reinigen der Wohnung, vielleicht auch um Garten-Arbeiten? Dafür finden Sie im Telefonbuch Firmen, auch preiswerte. In der Regel besteht für die MitarbeiterInnen eine Haftpflicht-Versicherung – falls bei Ihnen etwas beschädigt wird.
- Oder möchten Sie weitere Unterstützung im Alltag: eine Begleitung beim Einkaufen, Hilfe beim Lesen von wichtigen Briefen oder einfach jemanden zum Reden? Hören Sie sich bei Ihren Bekannten um, vielleicht hat jemand eine Empfehlung für Sie. Gute Adressen für eine Senioren-Betreuung sind Wohlfahrtsverbände und Kirchengemeinden. Fragen Sie dort nach Nachbarschafts-Hilfe – sie wird oft gegen eine kleine Gebühr von Ehrenamtlichen geleistet.
- Aber auch alle ambulanten Pflege- und Betreuungsdienste bieten diese Hilfen an.

Ganz gleich, ob Sie sich für eine Firma, einen anerkannten Pflegedienst oder für ehrenamtliche Hilfe entscheiden – dies sollten Sie erfragen:

- die Preise, auch Fahrtkosten und Mehrwert-Steuer
- ob Sie sich die HelferIn selbst aussuchen können
- ob Sie eine andere HelferIn bekommen können, wenn Sie sich mit der ersten nicht gut verstehen
- wie die Vertretung geregelt ist, wenn die HelferIn mal ausfällt.

Sprechen Sie mit der leitenden Person genau ab wofür Sie Hilfe, brauchen und halten Sie schriftlich fest was Sie besprochen haben. Das schützt vor Missverständnissen (siehe dazu auch Kapitel 8 Abschnitt 1).

Wenn Sie einen Pflegegrad haben, können Sie eine Haushaltshilfe über Ihren Pflege- oder Betreuungsdienst bekommen. Diesen HelferInnen können Sie immer vertrauen. Von Seiten der Pflegekasse stehen Ihnen hierfür Leistungen zur Verfügung, die Sie selbst zwischen Pflegekräften und Haushaltshilfen aufteilen können. Lassen Sie sich von Ihrem Pflegedienst beraten.

(Zu den Leistungen der Pflegekassen siehe Kapitel 4).

11. Bei allein lebenden Menschen: den Alltag regeln

Alte Menschen können oft nicht mehr alle Dinge des Alltags selbst tun oder entscheiden. Dafür kann es körperliche Gründe geben und auch geistige. Dann müssen andere Personen viele Dinge regeln.

Wenn jemand nicht mehr selbstständig entscheiden kann, müssen sich andere vor allem um zwei Bereiche kümmern:

- um die **grundlegenden Dinge** wie Aufenthalts-Bestimmung (wo ist der Pflegebedürftige am besten aufgehoben: zu Hause, im betreuten Wohnen, im Pflegeheim?), Finanzen, Verträge mit dem Pflegedienst oder Pflegeheim usw.
- um den **Haushalt** und die ganz praktischen Dinge des Alltags.

Bevor es soweit ist, sollten Sie einer vertrauten Person eine **Vorsorge-Vollmacht** erteilen. Sie kann dann die grundlegenden Dinge regeln. Nicht jeder hat solch eine Vertrauens-Person. Dann kann das Amtsgericht einen **Betreuer** bestimmen. Das Gericht wählt dafür meistens Familienmitglieder, es können aber auch andere Personen sein.

Dieser Bevollmächtigte (oder Betreuer) entscheidet dann z. B. auch, wer die praktischen Arbeiten des Alltags erledigt. Er wählt einen Pflegedienst aus und entscheidet, was die Pflegekräfte genau tun sollen. Dabei richtet er sich nach der Summe, die die Pflegekasse übernimmt.

Sehr viel mehr Einzelheiten dazu finden Sie in der Broschüre „Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter“, die in der gleichen Reihe wie diese Broschüre im Verlag C.H. Beck erschienen ist.

Meistens ist ein **Hilfe-Mix** am besten. Dabei arbeiten Angehörige, NachbarInnen, MitarbeiterInnen des Pflegedienstes und Nachbarschafts-HelferInnen Hand in Hand und erledigen alle nötigen Aufgaben. Auch eine Tagespflege-Einrichtung kann eine deutliche Entlastung bringen. Ganz wichtig: Alle müssen sich darauf verlassen können, dass der Bevollmächtigte (oder Betreuer) die Fäden in der Hand behält.

Wenn **rund um die Uhr** jemand in der Nähe des Pflegebedürftigen sein muss, ist die Pflege mit ehrenamtlichen HelferInnen nur noch schwer zu schaffen. Viele Familien wenden sich in dieser Situation an eine Vermittlung für Betreuungskräfte aus Osteuropa (siehe Kapitel 8 Abschnitt 1 und Kapitel 14 Abschnitt 4). Die vermittelten HelferInnen sind unterschiedlich ausgebildet und sprechen mehr oder weniger gut deutsch. Darauf sollten Sie bei der Vermittlung ach-

ten. Sie wohnen jeweils für eine gewisse Zeit mit in der Wohnung und sind immer für den Pflegebedürftigen da.

Die Kosten für diese Pflege- und Betreuungskräfte werden nicht von der Pflegekasse übernommen, wenn die vermittelnde Organisation keine Kassenzulassung hat. Sie müssen sie dann selbst bezahlen und können dafür das Pflegegeld nutzen. Die Kosten hängen ab von der Vermittlungs-Stelle und der Erfahrung der HelferInnen. Rechnen Sie mit etwa 2.000 bis 4.000 € pro Monat plus Wohnen, Essen und Trinken.



TIPP

Wenn der Arzt zusätzlich eine Behandlungs-Pflege verordnet, bezahlt dies die Krankenkasse. Über eine Sozialstation oder einen Pflegedienst finden Sie dafür eine ausgebildete Pflegekraft. Sie können sie darum bitten, insgesamt auf den Zustand des Pflegebedürftigen zu achten und mit der Betreuungskraft zusammen zu arbeiten. Wenn Sie möchten, kann der Pflegedienst die Aufsicht über die gesamte Pflege übernehmen. Dies muss im Einzelnen abgesprochen werden.

12. Mit Einsamkeit umgehen – für soziale Kontakte sorgen

Für Pflegebedürftige ist vieles schwerer: etwas zu unternehmen, für andere etwas zu tun oder sich mit jemand zu treffen. Umso wichtiger ist, dass jemand zu ihnen kommt. Denn Kontakte zu anderen Menschen sind wichtig, damit auch Geist und Seele nicht „einrosten“. Kontakte bringen Farbe ins Leben.

Solange wir genug Kraft haben und beweglich sind, können wir selbst viel dafür tun, damit wir später nicht einsam werden, zum Beispiel

- mit der eigenen Familie, alten Freunden, Bekannten und Nachbarn in Kontakt bleiben,
- durch Hobbys oder Kurse andere Menschen mit denselben Vorlieben kennenlernen,
- in einem Verein oder in der Kirchengemeinde mitarbeiten – etwa eine Gruppe für ältere Menschen gründen,
- gemeinsam essen – zum Beispiel sich regelmäßig zum Mittagstisch treffen statt allein Essen auf Rädern zu verzehren.

Regelmäßig mit anderen Menschen zusammenkommen und für andere etwas tun – das ist so wichtig, damit wir uns wohlfühlen. Besonders deutlich wird es im Alter, wenn wir noch einmal umziehen wollen. Als älterer Mensch neue gute FreundInnen und Bekannte zu finden, ist schwerer, als viele denken. Besonders wenn wir nicht mehr so beweglich sind, tut es gut, wenn wir uns auf unsere langjährigen Bekannten verlassen können. Je offener unser Herz für andere ist, desto eher können wir später auch auf Unterstützung und Begleitung hoffen.



TIPP

Vielleicht haben Sie kein solches Netz, das Sie trägt. Dann können Sie nach „organisierter Nachbarschafts-Hilfe“ fragen – beim Sozialamt, in der Sozialstation oder beim Pflegedienst. Diese Hilfe bedeutet, dass Sie einen meist ehrenamtlichen Helfer (oder eine Helferin) vermittelt bekommen. Wofür Sie jemanden brauchen – etwa für Aufgaben im Haushalt oder für einen Ausflug oder um regelmäßig mit jemandem zu reden – und die gewünschten Zeiten sprechen Sie vorher ab. Vor allem Wohlfahrtsverbände, Nachbarschaftshilfe-Vereine und Kirchengemeinden vermitteln diese Dienste, sie nehmen dafür eine geringe Gebühr.

Bestimmte Betreuungsdienste, die von den Bundesländern oder von Pflegekassen offiziell anerkannt sein müssen, können solche Betreuungsleistungen auch mit den Kassen abrechnen. Da hier vielfach Ehrenamtliche tätig sind, sind die Kosten meistens geringer als bei Pflegediensten.



TIPP

Neben den Bemühungen, persönliche Kontakte aufrecht zu erhalten oder anzubahnen, sollten Sie auch die Nutzung moderner Kommunikationstechnik ins Auge fassen. Z.B. lassen sich über Internetplattformen wie Skype, Whats app oder Viber relativ leicht (und oft kostenlose) Gespräche führen, bei denen man auch Sichtkontakt zum Gesprächspartner hat – egal ob der sich gerade im Ausland, im Urlaub oder bei der Arbeit aufhält. Einen entsprechend ausgestatteten PC oder ein Smartphone muss man dafür zwar anschaffen, und den Umgang damit muss man lernen – aber der Aufwand wird sich schnell auszahlen. Lassen Sie sich über entsprechend bedienungsfreundliche und seniorengerechte Endgeräte beraten.

13. Sterben – zu Hause?

Die meisten von uns wünschen sich, zu Hause sterben zu können – über 90 % – und möglichst mit vertrauten Menschen um uns herum. Tatsächlich stirbt nur etwa jeder Dritte in den eigenen vier Wänden und jeder Fünfte in einem Pflegeheim. Die meisten sind am Ende ihres Lebens in einem Krankenhaus, wenige in einem Hospiz.

Wie kommt das? Zum einen werden Menschen ins Krankenhaus eingewiesen, weil sie einen Unfall hatten oder weil es ihnen gesundheitlich plötzlich schlechter geht. Wenn dann die Kraft fehlt, um wieder gesund zu werden – auch nicht mit medizinischer Hilfe –, dann geht das Leben im Krankenhaus zu Ende. Bei anderen ist es abzusehen, dass es ans Sterben geht – etwa wenn sie durch eine chronische Krankheit oder durch das Alter immer schwächer werden, wenn sie kaum noch etwas essen und trinken wollen, nicht mehr sprechen und sich immer mehr in sich zurückziehen.

Dennoch sind Angehörige in dieser Situation mit einer Einweisung ins Krankenhaus oft einverstanden. Sie sind unsicher, wenn der sterbende Mensch selbst nichts mehr dazu sagen kann – und sie wollen keinen Rettungsversuch unterlassen haben. Auch viele MitarbeiterInnen im Gesundheitswesen entscheiden sich in dieser Lage dafür, einen Menschen mit medizinischer Behandlung am Leben zu halten. Darin sind sie „sicherer“, als jemand im Sterben zu begleiten.

Wenn Sie für sich wissen, was Sie in einer solchen Situation wollen oder nicht wollen, dann sollten Sie dies rechtzeitig in einer **Patientenverfügung** aufschreiben. Sie können dann sicher sein, dass nicht gegen Ihren Willen gehandelt wird, wenn Sie nichts mehr dazu sagen können. Außerdem hilft es Ihren Angehörigen und dem medizinischen Personal sehr! Was bei einer Patientenverfügung zu beachten ist, können Sie nachlesen – z. B. in der Broschüre „Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter“, Verlag C.H. Beck.

Auch sterbensranke Menschen werden mitunter aus dem Krankenhaus entlassen. Nicht alle haben Angehörige, die sich dann um sie kümmern. Sie verbringen dann die letzte Lebenszeit bis zu ihrem Tod in ganz fremden Räumen, etwa einem Pflegeheim.

Wir werden alle einmal sterben – das ist sicher. Daher ist es gut, rechtzeitig zu überlegen: Wo will ich am Ende meines Lebens sein? Wer kann mich dann unterstützen und begleiten? Hier sind einige **Möglichkeiten**:

- Ambulante **Pflegedienste** – ihre Fachkräfte können auch mehrmals am Tag zur Behandlungspflege zu Ihnen kommen, so wie es der Arzt verordnet hat. Diese Pflegedienste können sowohl mit der Kranken- als auch mit der Pflegekasse abrechnen.
- In vielen Regionen wird eine „spezialisierte ambulante Palliativ-Versorgung (SAPV)“ angeboten. Hierbei arbeiten Ärzte, Pflegekräfte und alle anderen Beteiligten als Team eng zusammen. Gemeinsam begleiten sie Sterbensranke, oft solche mit chronischen Schmerzen, auf dem letzten Weg. Ihr Hausarzt und Ihre Krankenkasse geben Ihnen dazu Auskunft.
- Sterbenden hilft es, wenn möglichst immer jemand in ihrer Nähe und ganz für sie da ist. Angehörige können dabei an ihre Grenzen kommen. Es hilft ihnen dann sehr, wenn sie sich diese **Betreuung mit Anderen teilen** können. Das können FreundInnen und NachbarInnen sein oder auch geeignete Helferinnen von Pflegediensten. Fragen Sie dort nach.
- Bei Ihrer **Kirchengemeinde** können Sie nach Seelsorge und auch nach praktischer Unterstützung bei der Sterbebegleitung fragen.
- In vielen Regionen gibt es **ambulante Hospizdienste**. Sie organisieren die menschliche, seelische Begleitung von sterbenden Menschen und ihren Angehörigen durch geschulte Laienhelferinnen und -helfer. Bei den meisten Hospiz-Diensten spielt es keine Rolle, welche Religion Sie haben. Die HelferInnen arbeiten meist ehrenamtlich – Spenden sind aber immer willkommen.
- Vor allem Menschen mit einer absehbaren Lebenserwartung, etwa wegen Krebs, können ihre letzte Lebenszeit auch in einem **Hospiz** verbringen. Hier arbeiten ÄrztInnen, PflegerInnen und SeelsorgerInnen eng zusammen. Sie setzen sich dafür ein, den Sterbenden und ihren Angehörigen die letzte Zeit miteinander und den Abschied leichter zu machen. Ihr Ziel ist, dass die Bewohner möglichst bis zu ihrem Tod ohne Schmerzen sind und sich wohlfühlen. (siehe Kapitel 6 Abschnitt 1)

Kapitel 2: Im Alter umziehen – ein großer Schritt

Viele wollen im Alter noch einmal **umziehen**. Die häufigsten Gründe dafür sind:

- Ganz **praktische** – nach dem Auszug der Kinder ist die Wohnung zu groß und zu teuer geworden; der Weg in die Stadt ist zu weit.
- Sich einen **Wunsch erfüllen** – dort wohnen, wo es im Urlaub immer so schön war; endlich in die Nähe der Kinder ziehen; an der Wohnung sparen, um mehr reisen zu können.
- Der **Gedanke an die Zukunft** – im Alter so wohnen, dass die nötigen Hilfen einfach zu bekommen sind; noch bei guter Gesundheit umziehen, um sich gut umzugewöhnen; nicht später in gebrechlichem Zustand umziehen müssen.

1. Was brauche ich, um mich heimisch zu fühlen?

„Einen **alten Baum verpflanzt man nicht**“. Dieses Sprichwort fordert zu mehreren Fragen auf: Wen und was werde ich besonders vermissen, wenn ich umziehe? Ist der Umzug das wert? Wie schaffe ich es, mich in der neuen Wohnung wohl zu fühlen, dort „Wurzeln zu schlagen“?

Den meisten Menschen ist ihr Heimatort, ihr Stadtteil, ihre Straße und ihre Wohnung wichtiger, als sie selbst glauben. Jedes Gesicht und jeden Winkel in der eigenen Gegend zu kennen, die Erinnerungen an Erlebtes – all das macht das **Heimatgefühl** aus. Sich gut auszukennen und mit so vielem verbunden zu sein, das gibt ein gutes Gefühl und Sicherheit, besonders im Alter.

Daher suchen sich viele Ältere ihre „neue Heimat“ in derselben Gegend, denn dort fühlen sie sich schon vertraut. Beim **Aussuchen einer neuen Wohnung** gibt es Unterschiede:

- Die einen denken noch nicht daran, dass sie einmal gebrechlich werden können. Sie sind zuversichtlich und sagen sich: Ich möchte so lange wie möglich selbstständig wohnen.
- Andere sind eher vorsichtig und denken mehr in die Zukunft. Sie sagen: Ich brauche später sicher Hilfe von anderen. In meiner neuen Wohnung muss das einfach zu regeln sein.

Dies ist wichtig, wenn Sie einen **geeigneten Alters-Wohnsitz** suchen:

- Der **Preis – und** was will und was muss ich außer der Miete von meiner Rente sonst noch bezahlen?
- Kosten für **Betreuung**. Ich möchte auch später in meiner eigenen Wohnung versorgt werden. Die Pflege-Versicherung wird davon nur einen Teil bezahlen. Wie viel Geld muss ich dafür sparen?
- Die **Größe**. Wie viel Arbeit macht das Putzen? Brauche ich ein Gästezimmer?
- **Die Lage**: Wo gut **komme ich zum Einkaufen**, zu meinen Ärzten? Gibt es Freizeit-Angebote und Hilfsdienste in der Nähe?
- Die **Sicherheit**. Wo wohnen die nächsten Nachbarn? Liegt die Wohnung im Erdgeschoss oder gibt es einen Fahrstuhl?
- Die **Ausstattung**. Ist die Wohnung seniorenrecht oder behindertengerecht?

Beratung:

Oft lässt sich die **bisherige Wohnung** so **verändern**, dass es keine gefährlichen Stellen mehr gibt und dass Sie an alles gut herankommen. Wenn Sie einen Pflegegrad anerkannt bekommen haben, kann die Pflegekasse etwas zum Umbau dazu bezahlen (siehe Kapitel 4 Abschnitt 10). Informieren Sie sich hierzu bei Ihrer Pflegekasse, in einer Wohn-Beratungsstelle oder bei der Architektenkammer.

2. Wohnen plus – Pflege und Betreuung bei Bedarf

Ihnen geht es nicht nur um die Wohnung? Sie wollen ohne Mühe Hilfe und HelferInnen bekommen, wenn Sie es brauchen?

Besonders in größeren Städten gibt es dafür viele Möglichkeiten.

a) Senioren-Wohnungen und Senioren-Wohnanlagen

Dies sind meist Wohnungen, die öffentlich gefördert werden. Sie können ganz unterschiedlich sein. Für die meisten gilt dies:

- Die Miete ist günstig und Sie brauchen einen Wohn-Berechtigungsschein. Dafür darf Ihr Einkommen nicht so hoch sein. Fragen Sie bei Ihrer Gemeinde-Verwaltung, wo Sie den Schein beantragen können.
- Die Wohnungen eignen sich für Senioren – nach ihrer Lage und Größe und wie sie ausgestattet sind.
- Wer dort einziehen will, muss 60 Jahre oder älter sein – bei Paaren mindestens einer von beiden.
- Nicht in jeder Senioren-Wohnanlage gibt es Kooperationsvereinbarungen mit einem Pflegedienst.

b) Service-Wohnungen, Betreutes Wohnen

Hier wird neben der Wohnung auch eine Betreuung verbindlich angeboten. Beides wird getrennt berechnet. Hierfür gibt es verschiedene Möglichkeiten:

- Zu einem festen Mietpreis wird eine Betreuungspauschale dazugerechnet. Sie bezahlen beides in einem Betrag („integrierter Preis“) oder getrennt (Miete plus „Service-Pauschale“).
- Für Ihre individuelle Betreuung bezahlen Sie zusätzlich nur das, was Sie nutzen. Das können einzelne Leistungen oder sogenannte Leistungs-Pakete sein. Weil Sie die Betreuung jederzeit bekommen können, darf die Miete etwas höher sein.

Fragen Sie bei einem Festpreis (oder einer Pauschale) genau nach, welche Leistungen dazugehören. Davon hängt jeweils der Preis ab. Zum **Grundservice** zählt meistens:

- ein Notruf-System in Ihrer Wohnung
- im Notfall kommt sofort eine Pflegekraft zu Ihnen
- feste Sprechstunden mit Ansprechpersonen für soziale Probleme
- Gemeinschafts-Räume, die alle Bewohner nutzen können.



TIPP

Überlegen Sie vorher genau, was Sie brauchen und was nicht. So können Sie unnötige Kosten vermeiden. Service-Pauschalen reichen von unter 100 € bis über 500 € im Monat.

! Weitere Leistungen können Sie zusätzlich einkaufen: etwa Pflege-Leistungen, Putzen, Mahlzeiten, jemand als Begleitung, oder wenn Sie an Fahrten oder Veranstaltungen teilnehmen wollen. Sie heißen **Wahlleistungen** und Sie bezahlen dafür normale Preise. Achten Sie darauf, dass Sie sich frei aussuchen können, bei wem Sie solche Leistungen einkaufen. Das ist nicht in allen Häusern möglich!

c) Haus-Gemeinschaften von Senioren

Sie werden von den Bewohnern selbst meist lange vorher geplant. Mehrere Paare und einzelne Personen tun sich zusammen, um gemeinsam in einem Haus alt zu werden. Gewöhnlich kennen sie sich schon gut. Sie haben jeweils eine eigene abgeschlossene Wohnung und führen ihr eigenes Leben. Durch die Nähe können sie sich jederzeit treffen oder gegenseitig unterstützen. Sie überlegen gemeinsam, welche Hilfen sie bei Bedarf von außen hinzuholen.

d) Wohn-Gemeinschaften für Senioren

In einer Wohn-Gemeinschaft leben mehrere Einzelpersonen gemeinsam in einer Wohnung. Alle haben mindestens ein eigenes Zimmer. Andere Räume benutzen sie gemeinsam, meistens die Küche, das Bad und ein gemeinsames Wohnzimmer. Dieses Zusammen-Leben kann gut klappen, wenn sich alle gut kennen und einander vertrauen und respektieren.

Bezogen auf ältere Menschen ist meistens eine **Betreute** Wohn-Gemeinschaft gemeint. Oft bieten Wohlfahrtsverbände diese Art zu wohnen an. Sie stellen sicher, dass die BewohnerInnen jederzeit die nötigen Hilfen bekommen können. Das heißt nicht, dass alle rund um die Uhr betreut werden. Meistens gehört zu den Regeln, dass auch die Angehörigen etwas dazu beitragen.

e) Ambulant betreute Wohngruppen

Das Zusammenleben von **pflegebedürftigen** Menschen in ambulant betreuten Wohngruppen wird von der **Pflegeversicherung** unterstützt. Dadurch soll ein Umzug ins Pflegeheim vermieden werden.

In ambulant betreuten Wohngruppen finden sich pflegebedürftige Menschen in normalen Wohnungen zusammen, um sich dort pflegen und versorgen zu lassen. Die Initiative zur Gründung einer solchen Wohngruppe kann von den Pflegebedürftigen selbst oder ihren Angehörigen ausgehen. Oft sind es Pflegedienste, die diese Form der Betreuung und Pflege

anbieten. Wichtig ist, dass Sie das Zusammenleben wie in einem normalen Haushalt gestalten. Um gefördert zu werden, muss die freie Wahl bestehen, wie und durch wen Sie Ihre Pflege durchführen lassen wollen.

Mindestens **drei und höchstens zwölf Pflegebedürftige** müssen zum Zweck der gemeinsam organisierten Pflege zusammen leben. Nur drei Personen müssen einen Pflegegrad haben. In der Wohngruppe muss eine Pflegekraft tätig sein, die sich laufend um die Bewohner kümmert. Diese Pflegekraft kann von den Bewohnern angestellt oder auch von einem Pflegedienst zur Verfügung gestellt werden.

Damit eine Wohngruppe pflegebedürftiger Menschen überhaupt gemeinsam eine Wohnung nutzen kann, muss die Wohnung oft ihren Bedürfnissen angepasst werden. Das Bad braucht eine Pflegedusche. Vielleicht ist auch der Einbau eines **Treppenliftes** erforderlich. Für solche **baulichen Veränderungen** können die Leistungen der Pflegekassen mit bis zu 4.000 € für Maßnahmen der Wohnungsanpassung genutzt werden (siehe Kapitel 4 Abschnitt 10). Bei vier oder mehr Pflegebedürftigen werden nicht mehr als 16.000 € von der Pflegekasse gezahlt.

Zusätzlich erhält jedoch jeder Pflegebedürftige noch einmal bis zu **2.500 €** von seiner Pflegekasse für notwendige Maßnahmen zur **barrierearmen Umgestaltung** der gemeinsamen Wohnung. Diese zusätzlichen Leistungen sind allerdings auf insgesamt 10.000 € je Wohngruppe begrenzt.

Jeder Pflegebedürftige erhält zusätzlich zu den in Kapitel 4 aufgezählten Leistungen monatlich 214 €. Das gilt sowohl, wenn Sie Pflegegeld erhalten als auch bei der Inanspruchnahme von Sachleistungen. Dieser Betrag dient insbesondere dazu, eine Person zu finanzieren, die laufend die Bewohner bei der Haushaltsführung unterstützt.

f) Habe ich durch den Umzug einen Vorteil?

Noch einmal zurück zum Anfang dieses Kapitels: Machen Sie sich vor einem Umzug in eine Betreute Wohnanlage klar, ob Sie dadurch einen Vorteil haben. Viele ambulante Hilfen können Sie auch für Ihre **bisherige Wohnung** bekommen:

- einen Haus-Notruf
- eine Helferin, die täglich kommt
- einen Pflegedienst, der so oft wie nötig kommt
- „Essen auf Rädern“ und vieles mehr.

Wie viel bedeuten Ihnen Ihre **NachbarInnen** und die anderen Menschen, die Sie regelmäßig sehen? In einer neuen Umgebung ist dies alles neu aufzubauen.

en. Wie offen und bereit sind Sie, selbst auf andere Menschen zuzugehen? Neue Freundschaften entstehen nicht von selbst, auch nicht in einer Wohnanlage.

Wohin im Notfall?

Manchmal zeigt sich ganz plötzlich, dass jemand nicht mehr in der eigenen Wohnung weiterleben kann. Das kann etwa nach einem Sturz oder einem Klinik-Aufenthalt deutlich werden oder wenn eine Demenz schnell fortschreitet. Ist der Umzug in ein Heim jetzt die richtige Entscheidung? Ein Ja fällt schwer – gerade wenn es möglich scheint, dass der Zustand wieder besser werden kann.

Mögliche Zwischen-Lösungen sind:

- **Kurzzeit-Pflege** in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung: (zur Finanzierung siehe Kap. 4 Abschnitt 8). Während dieser Zeit können Sie mit Ihren Angehörigen entscheiden, wo Sie in Zukunft versorgt werden wollen.
- Ein separates **Wohn-Appartement** in einem Heim: Hier haben Sie eine eigene kleine Wohnung und gleichzeitig alles, was ein Pflegeheim bietet. Das Pflege-Personal ist ganz in Ihrer Nähe, im Notfall kommt sofort Hilfe und Sie können rundum versorgt werden.
- Eine **Tagespflege** (siehe Kapitel 4 Abschnitt 7) in Verbindung mit einer ambulanten Betreuung: Dies ist eine gute Möglichkeit, wenn die Versorgung abends und nachts noch zu Hause möglich ist.
- Wenn dementielle Beeinträchtigungen zunehmen, kommt zunächst auch eine **Wohn-Gemeinschaft für Demente** in Frage. Dieses Angebot gibt es allerdings nicht überall.
- Suchen Sie sonst ein Pflegeheim, das die Betreuung und Pflege von Demenz-Erkrankten als Schwerpunkt hat – mit besonderen Angeboten für Demente.

3. Wichtige Überlegungen für Angehörige

Großeltern, ihre Kinder und Enkel leben heute meistens an verschiedenen Orten. Solange alle für sich allein gut zurechtkommen, ist dies kein Problem. Die Situation kann sich jedoch mit einem Mal ändern: Die alten Eltern schaffen ihren Haushalt nicht mehr alleine – ein Elternteil ist gestorben und der andere kann nicht allein leben – vieles kann passieren. Jetzt fühlen sich die Kinder gefordert. Holen wir Mutter oder

Vater zu uns? Oder kommen sie zur Schwester oder zum Bruder? Oder ist ein geeignetes Heim besser?

Die **Mutter**, den **Vater** oder beide **zu sich holen**, dieser Gedanke liegt für erwachsene „Kinder“ oft nah. Für beide Seiten bringt dieser Schritt große Veränderungen mit sich. Daher sollten vorher einige Fragen sorgfältig bedacht werden:

- Wie ändert sich unser Alltag, wenn wir unsere Mutter bei uns betreuen?
- Ist unsere Wohnung groß genug? Was müsste verändert werden?
- Könnte die Mutter auch in einer Wohnung ganz in unserer Nähe klar kommen – mit unserer Unterstützung?
- Wer kümmert sich um sie, wenn wir arbeiten oder verreisen oder aus anderen Gründen nicht da sind?
- Wer und was kann uns unterstützen, wenn es der Mutter schlechter geht?
- Können wir alle weiter so arbeiten wie bisher, wenn wir die Mutter pflegen?
- Wie schaffe ich, wie schaffen wir das seelisch und körperlich?

Oder kann die Mutter vielleicht doch in ihrer **vertrauten Umgebung bleiben**?

- Was möchte meine Mutter? Sie weiß, dass es um den letzten Abschnitt ihres Lebens geht.
- Welche wichtigen Kontakte hat sie noch dort, wo sie jetzt lebt?
- Welche ambulanten Hilfen gibt es in ihrem bisherigen Wohnort?
- Was heißt es für uns, wenn die Mutter in ihrer Gegend bleibt? Wie oft könnten wir sie besuchen?

Diese **grundlegenden Fragen** sollten in jedem Fall geklärt werden:

- Wie geht es unserer Mutter jetzt? Über welchen Zeitraum denken wir nach? Suchen wir die beste Lösung für die letzten Lebensjahre? Oder geht es schon darum, Abschied zu nehmen?
- Welche Hilfsdienste gibt es jeweils vor Ort? Was empfehlen uns die Sozialstation oder der Pflegedienst?

Beratung:

Lassen Sie sich an beiden Orten ausführlich beraten!

Kapitel 3: Wann habe ich Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung?

Rechtsgrundlage: §§ 14, 15, 33 SGB 11

Damit Sie Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, müssen Sie bei Ihrer Pflegekasse einen **Antrag** stellen. Außerdem müssen bestimmte Bedingungen erfüllt sein. Diese sind:

1. Sie sind pflegebedürftig.
2. Sie sind lange genug gesetzlich pflegeversichert.
3. Es ist niemand anderes für die Leistung zuständig.

Alles Wichtige zum Antrag an die Pflegekasse und zur Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) finden Sie in Kapitel 10 Abschnitt 1.

1. Wann gelte ich als pflegebedürftig?

Sie sind pflegebedürftig, wenn dies für Sie stimmt:

- a) Sie sind **gesundheitlich beeinträchtigt oder behindert – und**
- b) deswegen brauchen Sie **regelmäßig Hilfe und Unterstützung** im Alltag – **und**
- c) Sie brauchen viel Hilfe – **und**
- d) Sie brauchen diese Hilfe sehr wahrscheinlich für **mindestens 6 Monate**.

Der MDK erstellt ein Gutachten darüber, ob Sie als pflegebedürftig gelten oder nicht (siehe Kapitel 10 Abschnitt 1).

a) Sie sind gesundheitlich beeinträchtigt

Fast alle Krankheiten und Behinderungen können ein Grund sein, weswegen ein Mensch pflegebedürftig wird. Die Pflege-Versicherung zahlt nicht, weil Sie krank oder behindert sind. Sie zahlt, wenn Sie **durch Ihre Erkrankung oder Behinderung pflegebedürftig** und auf die Unterstützung anderer angewiesen sind. Der Unterstützungsbedarf kann sehr vielfältig sein. Die Körperpflege ist nur ein Aspekt neben vielen anderen.

b) Sie brauchen regelmäßig Hilfe und Unterstützung

Der MDK prüft, wie selbstständig Sie noch sind, und zwar in sechs Lebensbereichen:

1. Können Sie sich im Bett bewegen? Können Sie sich in der Wohnung bewegen, auch Treppen steigen?
2. Erkennen Sie Ihre Verwandten und Bekannten? Wissen Sie, wo Sie sind? Erinnern Sie sich an wichtige Ereignisse? Verstehen Sie Informationen und können Sie Entscheidungen treffen? Können Sie Ihre Wünsche äußern? Beteiligen Sie sich an Gesprächen?
3. Sind Sie nachts unruhig? Greifen Sie andere Personen an? Zerstören Sie grundlos Sachen? Fehlt Ihnen Antrieb? Verfolgen Sie Ängste?
4. Können Sie sich selbst waschen, duschen, baden? Können Sie sich an- und ausziehen? Können Sie selbstständig essen und trinken?
5. Brauchen Sie Hilfe bei der Einnahme von Medikamenten oder bei Spritzen? Brauchen Sie Hilfe bei anderen medizinischen Leistungen wie Einreibungen, Verbänden, Kathetern, Benutzung von Prothesen, Besuch von Ärzten und medizinischen Einrichtungen?
6. Können Sie Ihren Tagesablauf eigenständig gestalten und Kontakte pflegen?

Für jeden dieser Bereiche gibt es noch viele weitere Fragen, die Sie unter www.mds-ev.de nachlesen können. Insgesamt werden über 60 Einzelfragen geprüft. Der MDK stellt jeweils fest, ob Ihre Selbstständigkeit und Ihre Fähigkeiten nicht, gering, erheblich, schwer oder ganz schwer beeinträchtigt sind. Dabei wird den verschiedenen Lebensbereichen ein unterschiedlich großes Gewicht gegeben.

Daraus ergeben sich in einem ziemlich komplizierten Verfahren Punktwerte. Es können bis zu 100 Punkte vergeben werden. Anders als früher wird der Bedarf an hauswirtschaftlicher Unterstützung nicht mehr gesondert erhoben. Er besteht nämlich immer, wenn auch ein Bedarf an anderen Unterstützungsleistungen besteht.

c) Sie brauchen viel Hilfe und Unterstützung

Wenn für Sie nur 5 Punkte errechnet wurden, bekommen Sie keine Leistungen der Pflegeversicherung. Die Einteilung in die fünf Pflegegrade geschieht wie folgt:

| | |
|--------------|----------------|
| Pflegegrad 1 | ab 12,5 Punkte |
| Pflegegrad 2 | ab 27 Punkte |
| Pflegegrad 3 | ab 47,5 Punkte |
| Pflegegrad 4 | ab 70 Punkte |
| Pflegegrad 5 | ab 90 Punkte |

Pflegegrad 5 kann in seltenen Fällen auch Personen zugesprochen werden, die keine 90 Punkte erreichen, aber einen außergewöhnlich hohen Pflegebedarf mit besonders hohen Anforderungen haben.

Bei Kindern wird anders gerechnet: Ein Kind gilt als pflegebedürftig, wenn es viel mehr Hilfe braucht als andere Kinder im selben Alter. Besteht bei Kindern im Alter von bis zu 18 Monaten Pflegebedürftigkeit, erhalten sie bei gleichem Punktwert einen höheren Pflegegrad als Erwachsene.

d) Sie brauchen die Hilfe sehr wahrscheinlich für mindestens 6 Monate

Der MDK muss einschätzen, wie lange Sie wahrscheinlich Pflege brauchen. Dabei rechnet er ab dem Tag, an dem er Sie besucht. Wenn der Mitarbeiter des MDK schätzt, dass Sie von diesem Tag an für **mindestens sechs Monate** Hilfe brauchen, dann zahlt die Pflegekasse. Wie lange Sie vorher schon Hilfe gebraucht haben, spielt dabei keine Rolle. Die Pflegekasse zahlt auch, wenn es danach aussieht, dass Sie gar nicht mehr 6 Monate leben – vorausgesetzt Sie sind pflegebedürftig.



TIPP

Sie können sich auf den Besuch des MDK gut vorbereiten, wenn Sie den Fragebogen am Ende dieses Kapitels ausfüllen. Das sind die Fragen, die auch der MDK stellt.

2. Vorversicherungs-Zeit: Bin ich lange genug pflegeversichert?

In Deutschland muss jeder **pflegeversichert** sein. Pflegeleistungen erhalten Sie nur, wenn Sie in den letzten zehn Jahren für mindestens zwei Jahre versichert waren. Es reicht auch, wenn Sie als Familien-Angehöriger mitversichert waren. Dies wird zurückgerechnet von dem Tag, an dem Sie den Antrag stellen. Bei pflegebedürftigen Kindern zählt die **Vorversicherungs-Zeit** der Eltern.

3. In welchem Fall bekomme ich keine Leistungen?

Es gibt Menschen, die aus einem anderen Land nur deshalb nach Deutschland ziehen, um hier Leistungen von der Pflege-Versicherung zu bekommen. Diese Personen haben keinen Anspruch auf Leistungen der Versicherung.

Anders ist es mit Menschen, die zum Beispiel als Rentner ins Ausland gezogen sind. Wenn sie pflegebedürftig werden und wieder nach Deutschland zu ihren Angehörigen zurückkehren, können sie Leistungen aus der Pflege-Versicherung erhalten.

Ein Anspruch auf Pflege-Leistungen vom **Versorgungsamt** (zum Beispiel für Opfer von Gewalttaten) oder aus der **gesetzlichen Unfall-Versicherung** hat Vorrang vor Leistungen der gesetzlichen Pflege-Versicherung. Das heißt: Solange Sie Leistungen von diesen Stellen bekommen, haben Sie keinen Anspruch auf Leistungen der Pflege-Versicherung – dieser Anspruch ruht solange.

4. Fragebogen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Der auf der folgenden Seite abgedruckte Fragebogen soll eine Orientierung für Sie sein. Sie können den dort genannten Punkten entnehmen, wie wichtig die einzelnen Prüfbereiche sind. Die Ihnen zugeordneten Punkte werden in jedem Bereich zusammengezählt und dann gewichtet. Beispielsweise wird der Bereich „Mobilität“ mit 10 % gewichtet, während es im Bereich „Selbstversorgung“ 40 % sind. Daraus ergibt sich dann Ihre Punktzahl und damit Ihr Pflegegrad.

| Ziffer | Bereich Mobilität | selbstständig | überwiegend selbstständig | überwiegend unselbstständig | unselbstständig |
|--------|--|---------------|---------------------------|-----------------------------|-----------------|
| 1.1 | Positionswechsel im Bett | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 1.2 | Halten einer stabilen Sitzposition | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 1.3 | Umsetzen | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 1.4 | Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 1.5 | Treppensteigen | 0 | 1 | 2 | 3 |

| Ziffer | Bereich Selbstversorgung | selbstständig | überwiegend selbstständig | überwiegend unselbstständig | unselbstständig |
|--------|--|---------------|---------------------------|-----------------------------|-----------------|
| 4.1 | Waschen des vorderen Oberkörpers | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4.2 | Körperpflege im Bereich des Kopfes | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4.3 | Waschen des Intimbereichs | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4.4 | Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4.5 | An- und Auskleiden des Oberkörpers | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4.6 | An- und Auskleiden des Unterkörpers | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4.7 | Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4.8 | Essen | 0 | 3 | 6 | 9 |
| 4.9 | Trinken | 0 | 2 | 4 | 6 |
| 4.10 | Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls | 0 | 2 | 4 | 6 |
| 4.11 | Bewältigung der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4.12 | Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4.13 | Ernährung parenteral oder über Sonde | 0 | 0 | 6 | 3 |

| Ziffer | Gestaltung Alltagsleben/soziale Kontakte | selbstständig | überwiegend selbstständig | überwiegend unselbstständig | unselbstständig |
|--------|--|---------------|---------------------------|-----------------------------|-----------------|
| 6.1 | Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6.2 | Ruhen und Schlafen | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6.3 | Sichbeschäftigen | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6.4 | Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6.5 | Interaktion mit Personen im direkten Kontakt | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6.6 | Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds | 0 | 1 | 2 | 3 |

| Ziffer | Verhaltensweisen u. psychische Problemlagen Wie oft muss eine Pflegeperson eingreifen/unterstützen? | nie oder selten | selten | häufig | täglich |
|--------|--|-----------------|--------|--------|---------|
| 3.1 | Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten | 0 | 1 | 3 | 5 |
| 3.2 | Nächtliche Unruhe | 0 | 1 | 3 | 5 |
| 3.3 | Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten | 0 | 1 | 3 | 5 |
| 3.4 | Beschädigen von Gegenständen | 0 | 1 | 3 | 5 |
| 3.5 | Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen | 0 | 1 | 3 | 5 |
| 3.6 | Verbale Aggression | 0 | 1 | 3 | 5 |

| Ziffer | Verhaltensweisen u. psychische Problemlagen Wie oft muss eine Pflegeperson eingreifen/unterstützen? | nie oder selten | selten | häufig | täglich |
|--------|--|-----------------|--------|--------|---------|
| 3.7 | Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten | 0 | 1 | 3 | 5 |
| 3.8 | Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen | 0 | 1 | 3 | 5 |
| 3.9 | Wahnvorstellungen | 0 | 1 | 3 | 5 |
| 3.10 | Ängste | 0 | 1 | 3 | 5 |
| 3.11 | Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage | 0 | 1 | 3 | 5 |
| 3.12 | Sozial inadäquate Verhaltensweisen | 0 | 1 | 3 | 5 |
| 3.13 | Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen | 0 | 1 | 3 | 5 |

| Ziffer | Einschränkungen der geistigen kommunikativen Fähigkeiten | vorhanden/ unbeeinträchtigt | größtenteils vorhanden | in geringem Maße vorhanden | nicht vorhanden |
|--------|--|--------------------------------|---------------------------|-------------------------------|-----------------|
| 2.1 | Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2.2 | Örtliche Orientierung | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2.3 | Zeitliche Orientierung | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2.4 | Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2.5 | Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2.6 | Treffen von Entscheidungen im Alltag | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2.7 | Verstehen von Sachverhalten und Informationen | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2.8 | Erkennen von Risiken und Gefahren | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2.9 | Mitteilen von elementaren Bedürfnissen | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2.10 | Verstehen von Aufforderungen | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2.11 | Beteiligen an einem Gespräch | 0 | 1 | 2 | 3 |

| Ziffer | Bereich Umgang mit Krankheit in Bezug auf: Häufigkeit der Hilfe (Anzahl): | entfällt oder selbständig | täglich | wöchentlich | monatlich |
|--------|---|------------------------------|---------|-------------|-----------|
| 5.1 | Medikation | | | | |
| 5.2 | Injektionen (subcutan oder intramuskulär) | | | | |
| 5.3 | Versorgung intravenöser Zugänge (Port) | | | | |
| 5.4 | Absaugen und Sauerstoffgabe | | | | |
| 5.5 | Einreibungen oder Kälte- und Wärmeanwendungen | | | | |
| 5.6 | Messung und Deutung von Körperzuständen | | | | |
| 5.7 | Körpernahe Hilfsmittel | | | | |
| 5.8 | Verbandswechsel und Wundversorgung | | | | |
| 5.9 | Versorgung mit Stoma | | | | |
| 5.10 | Regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abfuhrmitteln | | | | |
| 5.11 | Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung | | | | |
| 5.12 | Zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung | | | | |
| 5.13 | Arztbesuche | | | | |
| 5.14 | Besuch anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (bis zu drei Stunden) | | | | |
| 5.15 | Zeitlich ausgedehnte Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (länger als drei Stunden) | | | | |

Kapitel 4: Wie hilft mir die Pflegekasse, wenn ich zu Hause bleiben möchte?

Rechtsgrundlage: §§36 bis 42 SGB 11

Die Pflegekasse will Sie unterstützen, dass Sie möglichst lange selbstständig leben können. Vor allem gibt es verschiedene Zuschüsse zu den Kosten der Pflege. Dabei ist es egal, ob Sie in ihrem Haus oder Ihrer Wohnung leben, in einer Seniorenwohnanlage, in einer speziellen Seniorenwohnung (Betreutes Wohnen) oder auch in einer Wohngemeinschaft.

Die einzelnen Leistungen können miteinander kombiniert werden – zum Teil nur unter besonderen Bedingungen. Bei der Pflege-Versicherung gibt es für alle Leistungen eine Obergrenze. Manche Leistungen gibt es bei Pflegegrad 1 nicht.

1. Pflegegeld – wenn Angehörige oder Bekannte Sie pflegen

Rechtsgrundlage: §37 SGB 11

Pflegegeld bekommen Sie jeden Monat überwiesen, wenn Sie Ihre Pflege selbst im Verwandten- oder Bekanntenkreis organisieren. Sie müssen nicht nachweisen, wofür Sie es ausgeben. Sie können es als Dank an Ihre privaten HelferInnen weitergeben, etwa an Ihre Angehörigen, NachbarInnen oder FreundInnen. Sie können damit auch andere HelferInnen bezahlen, die die Pflege nicht als Beruf ausüben. Für die verschiedenen Pflegegrade (siehe Kapitel 3 Abschnitt 1) beträgt das Pflegegeld pro Monat:

| | |
|--------------|-------|
| Pflegegrad 1 | 0 € |
| Pflegegrad 2 | 316 € |
| Pflegegrad 3 | 545 € |
| Pflegegrad 4 | 728 € |
| Pflegegrad 5 | 901 € |

Besteht der Anspruch auf Pflegegeld nicht für den vollen Monat, wird es für jeden Tag zu einem Dreißigstel gezahlt. Im Sterbemonat besteht Anspruch auf Pflegegeld bis zum Monatsende.

Sie als Pflegebedürftiger und auch die HelferInnen, an die Sie Pflegegeld weitergegeben haben, müssen das Pflegegeld **nicht versteuern** (siehe Kapitel 13). Wenn Sie oder Ihre HelferInnen Grundsicherung, Sozialhilfe oder Unterhalt bekommen, wird Ihnen das Pflegegeld **nicht als Einkommen angerechnet**.

Wer sich für Pflegegeld entscheidet, bekommt regelmäßig einen **Hausbesuch** durch einen zugelassenen Pflegedienst oder eine Beratungsstelle. Dabei können sich der Pflegebedürftige und seine Angehörigen zur Pflege beraten lassen. Diese Hausbesuche müssen Sie organisieren und der Kasse nachweisen. Andernfalls muss die Pflegekasse das Pflegegeld kürzen oder streichen. Sie müssen den Besuch nicht bezahlen. Das macht die Pflegekasse.

| Pflegegrad | Hausbesuche wie oft? |
|------------|--|
| 1 | Sie können freiwillig alle 6 Monate einen Hausbesuch zur Beratung in Anspruch nehmen |
| 2 und 3 | etwa alle 6 Monate |
| 4 und 5 | etwa alle 3 Monate |

Auch Pflegebedürftige, die bereits von einem Pflegedienst gepflegt werden, können pro Halbjahr einen Beratungsbesuch beanspruchen; dies ist freiwillig. Die Beratungskosten werden direkt von der Pflegekasse übernommen. Kommen Sie ins Krankenhaus, so wird das Pflegegeld während der ersten vier Wochen weiter gezahlt.

Dies gilt auch während einer medizinischen Reha-Maßnahme oder wenn Sie häusliche Krankenpflege nach dem Sozialgesetzbuch 5 (SGB 5) bekommen (siehe Kapitel 6 Abschnitt 1). Während einer Kurzzeitpflege (Kapitel 4 Abschnitt 8) wird das Pflegegeld für längstens acht Wochen zur Hälfte weiter gezahlt, bei einer Verhinderungspflege (Kapitel 4 Abschnitt 6) längstens sechs Wochen zur Hälfte.

Für pflegebedürftige Bewohner in Wohnheimen für behinderte Menschen gibt es besondere Regeln für das Pflegegeld (hierzu mehr in Kapitel 11).

2. Entlastungsbetrag

Rechtsgrundlage: §45b SGB 11

Einen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 € monatlich erhält **jeder** Leistungsberechtigte, der nicht in einem Heim gepflegt wird, zusätzlich zu den anderen Leistungen der Pflegeversicherung.

Mit diesem Geld sollen vor allem Unterstützungsangebote finanziert werden, die ein möglichst langes Verbleiben im eigenen Haushalt ermöglichen:

- **Betreuungsangebote** – also die allgemeine Betreuung Pflegebedürftiger einzeln zuhause oder auch in Gruppen, (Beaufsichtigung und Beschäftigung, Gesellschaft leisten, Vorlesen, Spielen, Spaziergänge)
- **Angebote zur Entlastung von pflegenden Angehörigen** (Beaufsichtigung / Beschäftigung, wenn die Angehörigen mal „frei“ haben möchten, Übernahme von Alltagshilfen, Organisation von Gesprächskreisen für die Pflegenden – hier stehen die Angehörigen im Mittelpunkt der Unterstützung)
- **Angebote zur Entlastung im Alltag**; hier handelt es sich im Wesentlichen um die Organisation des Haushalts, aber auch anderer Anforderungen im normalen Alltag (Haushaltsführung, Einkäufe, Kontaktpflege, Termine überwachen, Hilfen in Behördenangelegenheiten, Unterstützung in vielfältiger Hinsicht).

Solche Leistungen werden von manchen Pflegediensten angeboten. Es gibt aber auch spezielle Betreuungsdienste. Diese stehen unter der Aufsicht des jeweiligen Bundeslandes und müssen von diesem anerkannt sein. Welche Dienste in Ihrer Region diese Anerkennung haben, erfahren Sie bei den Pflegekassen.

Das Geld darf auch für die Finanzierung von Tages- oder Nachtpflege, und Kurzzeitpflege ausgegeben werden. Nur Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 dürfen das Geld auch für Pflegeleistungen einsetzen.

Die 125 € können flexibel im Laufe eines Jahres eingesetzt werden. Es gibt also ein Jahresbudget in Höhe von 1.500 € (12 x 125 €). Im Laufe des Jahres kann aber zu einem bestimmten Zeitpunkt nicht mehr ausgegeben werden, als sich bis zu diesem Zeitpunkt angesammelt hat – z. B. im Februar 2 x 125 = 250 €, im November aber 11 x 125 = 1.375 €.

Am Jahresende nicht ausgegebene Beträge werden auf das Folgejahr übertragen und können bis zum 30. Juni verbraucht werden. Sie können sich immer bei Ihrer Pflegekasse erkundigen, welche Beträge aktuell noch zur Verfügung stehen.

Sie müssen die Leistungen, die Sie aus dem Entlastungsbetrag finanzieren, erst einmal selbst bezahlen und bekommen das Geld dann auf Antrag von der Pflegekasse zurück. Diese Abrechnung können Sie rückwirkend für mehrere Monate auf einmal machen. Dazu müssen Sie die entsprechenden Belege einreichen. Zugelassene Pflegedienste können diese Leistungen auf Ihren Antrag hin auch direkt mit der

Pflegekasse abrechnen. Lassen Sie sich beraten, etwa bei einem Hausbesuch.

3. Angebote zur Unterstützung im Alltag

Rechtsgrundlage: §45a SGB 11

Statt des Pflegegeldes können Pflegebedürftige mit den Pflegegraden 2 bis 5 Pflege durch einen ambulanten Pflegedienst in Anspruch nehmen – siehe dazu folgenden Abschnitt 4.

Nicht alle Hilfen, die Sie im Alltag brauchen, müssen jedoch professionell organisiert und qualifiziert sein. Es ist daher im Rahmen der Pflegeversicherung auch möglich, preiswerte Alltagshilfen von Anbietern zur Unterstützung im Alltag in Anspruch zu nehmen. Diese dürfen nur Hilfen anbieten, die keine fachliche Ausbildung erfordern. Die dort tätigen Helfer und Helferinnen engagieren sich oft ehrenamtlich oder gegen eine kleine Aufwandsentschädigung. Die Angebote zur Unterstützung im Alltag umfassen die im vorherigen Abschnitt 2 beschriebenen Hilfen.

Diese Anbieter unterliegen nicht der Aufsicht der Pflegekassen, sondern des jeweiligen Bundeslandes. Überzeugen Sie sich vor einer Inanspruchnahme von dieser behördlichen Zulassung – sonst können Sie sich die Kosten nicht von der Pflegekasse erstatten lassen. Lassen Sie sich von der Pflegekasse oder einer Pflegeberatungsstelle entsprechende Listen dieser Anbieter geben. Hier sind die jeweils angebotenen Leistungen, die Preise und Kontaktadressen verzeichnet.

Für die Inanspruchnahme dieser Dienste stehen Ihnen neben dem Entlastungsbetrag von 125 € bis zu 40 % des Betrags, der Ihnen (unterschiedlich je nach Pflegegrad) für Häusliche Pflegehilfen zusteht (siehe folgenden Abschnitt 4) zur Verfügung. Grundsätzlich müssen Sie die Anbieter zunächst selbst bezahlen, können sich das Geld aber von der Pflegekasse – im Rahmen der genannten Höchstbeträge – erstatten lassen.



TIPP

Fragen Sie den Betreuungsdienst, ob er nicht auch – auf der Grundlage einer von Ihnen unterschriebenen Abtretungserklärung – direkt mit der Kasse abrechnen kann

4. Pflege-Sachleistung – wenn ein zugelassener Pflegedienst Sie pflegt

Rechtsgrundlage: §36 SGB 11

Nicht alle Pflegebedürftigen können ausreichend von Angehörigen, Nachbarn und FreundInnen gepflegt werden. In diesem Fall bezahlt die Pflegekasse Häusliche Pflegehilfe durch einen **zugelassenen Pflegedienst**. Unter welchen Diensten Sie wählen können, erfahren Sie bei Ihrer Pflegekasse.

Die Pflegekasse gewährt je nach Pflegegrad unterschiedliche Leistungen. Die Monatsbeträge sehen Sie in der folgenden Tabelle. Im vorherigen Abschnitt haben Sie erfahren, dass Sie – zusätzlich zu den dort genannten 125 € – bis zu 40 % der Pflegesachleistungen auch für Betreuungshilfen nutzen können. Die jeweiligen Höchstbeträge finden Sie ebenfalls in der folgenden Tabelle. Wenn Sie einen Teil Ihres Leistungsanspruchs für solche Betreuungshilfen einsetzen wollen, erhalten Sie einen entsprechend geringeren Betrag zur Finanzierung eines Pflegedienstes. In der Tabelle ist dargestellt, wieviel Ihnen für einen Pflegedienst übrig bleibt, wenn Sie 40 % für Betreuungshilfen einsetzen.

| Pflegegrad | für einen Pflegedienst | Davon höchstens 40 % für einen Betreuungsdienst | Bleiben für einen Pflegedienst |
|------------|------------------------|---|--------------------------------|
| 1 | 0 € | 0 € | 0 € |
| 2 | 689,00 € | 275,60 € | 413,40 € |
| 3 | 1.298,00 € | 519,20 € | 778,80 € |
| 4 | 1.612,00 € | 644,80 € | 967,20 € |
| 5 | 1.995,00 € | 798,00 € | 1.197,00 € |

Pflegedienste können direkt mit der Pflegekasse abrechnen. Die Kosten der Betreuungsdienste müssen Sie zunächst verauslagern. Die Pflegekasse erstattet Ihnen nur so viel, wie nach Abrechnung des Pflegedienstes übrig ist. Während Sie den Entlastungsbetrag über mehrere Monate ansparen können, geht das bei den Pflegesachleistungen nicht. Die jeweiligen Beträge müssen immer im zugehörigen Monat verbraucht werden.

Der Entlastungsbetrag von 125 € monatlich steht daneben allen Pflegebedürftigen zu – auch im Pflegegrad 1.

Alle Hilfen, die dem Pflegebedürftigen persönlich zugute kommen, können vom Pflegedienst erbracht und mit der Pflegekasse abgerechnet werden. Die häuslichen Pflegehilfen umfassen körperbezogene Pflegemaßnahmen (früher Grundpflege genannt), Pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung.

Praktisch bedeutet das, dass Sie mit dem Pflegedienst einen umfassenden Plan der benötigten Unterstützung besprechen können. Der Dienst wird Ihnen dazu einen Versorgungs- und Finanzierungsplan erstellen. Leistungen, deren Kosten über die oben genannten Beträge hinausgehen, müssen Sie selber bezahlen. Wenn Sie dafür nicht genug Geld haben, können Sie sich an das Sozialamt wenden (Siehe Kapitel 6, Abschnitt 9)

Leistungen, die die Pflegekasse nicht übernehmen darf, die sogenannten Privatleistungen, gibt es nicht mehr. Die Pflegekasse darf nur in bestimmten Fällen die Übernahme der Kosten verweigern:

- Ein anderer Träger ist zuständig, z. B. die Krankenkassen für die Krankenpflege oder für die Sozialämter für die Eingliederungshilfe.
- Die Leistungen kommen nicht dem Pflegebedürftigen selbst, sondern anderen Personen zugute, etwa Gartenarbeiten. Lebt der Pflegebedürftige alleine, können aber auch solche Dienste mit der Pflegekasse abrechenbar sein.
- Die Leistungen werden nicht durch zugelassene Dienste erbracht.

Auch wenn es vor allem um die häusliche Betreuung gehen soll, so kann sich die Betreuung auch außerhalb des Haushalts abspielen, z. B. anlässlich einer Reise, zum Besuch von öffentlichen Veranstaltungen oder bei der Wahrnehmung von Hobbyaktivitäten.

Beratung:

Sie bekommen von Ihrer Pflegekasse **Preislisten** für die Leistungen der Pflege- und Betreuungsdienste. Damit können Sie ausrechnen, wie weit das Geld der Pflegekasse reicht. Wenn Sie unsicher sind, was Sie auswählen sollen, lassen Sie sich dazu beraten (siehe Kapitel 14 Abschnitt 1). Dies sollten Sie aber beachten: Die einzelnen Leistungen heißen nicht in allen Bundesländern gleich. Und die Leistungs-Pakete enthalten nicht überall dieselben Leistungen.

BEISPIEL**Preise von Pflege-Sachleistungen in €**

Der Pflegedienst kommt zweimal täglich: morgens und mittags.

| Leistung | Preis | Tage pro Monat | Gesamt-Preis |
|---|-------|----------------|--------------|
| den ganzen Körper waschen | 22,00 | 31 | 682,00 |
| beim Essen und Trinken helfen, morgens | 14,00 | 31 | 434,00 |
| Wege-Gebühr | 4,00 | 31 | 124,00 |
| beim Essen und Trinken helfen, mittags | 14,00 | 31 | 434,00 |
| Kleiner Spaziergang (1/2 Std. nach dem Essen) | 17,00 | 20 | 340,00 |
| Wege-Gebühr | 4,00 | 31 | 124,00 |
| Gesamtpreis | | | 2.138,00 |

Sie können mittlerweile in den meisten Bundesländern die Pflege- und Betreuungsleistungen bei den Pflegediensten auch **stunden- oder minutenweise** einkaufen. Lassen Sie sich von den Pflegediensten dazu beraten und Angebote machen.

Dieses Beispiel enthält noch keine Hilfe im Haushalt. Trotzdem ist sogar der Anspruch im Pflegegrad 5 bereits ausgeschöpft.

Besprechen Sie genau, wobei und wie viel Ihnen Ihre Angehörigen oder Bekannten helfen können. Dann wissen Sie, für welche Leistungen Sie einen Pflegedienst brauchen. Die Pflegekassen haben auf ihren Internet-Seite einen Rechner. Der hilft Ihnen einzuschätzen, was ein Pflegedienst kostet.

(Beispiele: www.aok-pflegedienstnavigator.de oder www.pflegelotse.de)

Sie haben auch dann den vollen Anspruch auf Häusliche Pflegehilfe, wenn Sie tagsüber in einer Tagespflege, in einer geriatrischen Tagesklinik oder in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderungen sind (siehe Kapitel 11).

5. Kombinationsleistungen – Mischung der Hilfen

Rechtsgrundlage: §38 SGB 11

Sie müssen sich bei Ihrer Pflege nicht unbedingt für Angehörige und Bekannte **oder** einen Pflegedienst,

einen ambulanten Betreuungsdienst **oder** ein Angebot zur Unterstützung im Alltag entscheiden. Wenn Sie nicht den ganzen Betrag für einen Pflege- oder Betreuungsdienst brauchen, können Sie einen Anteil als Pflegegeld bekommen. An die Entscheidung, in welchem Verhältnis Sie das Pflegegeld- und die Pflege-Sachleistung in Anspruch nehmen wollen, sind Sie für die Dauer von sechs Monaten gebunden. Im Kasten sehen Sie dazu ein Beispiel.

BEISPIEL FÜR PFLEGEGRAD 3**Kombination von Pflege-/Betreuungsdienst und Pflegegeld**

| | | |
|----------------------|---------|--|
| Anspruch besteht auf | 1.298 € | für häusliche Pflegehilfe als Pflegesachleistung |
| oder | 545 € | als Pflegegeld |

Beispiel für eine Aufteilung:

| | | |
|---|---------------------------|--|
| 700,00 € Pflegedienst 100,00 € Betreuungs- dienst 800,00 € | = 61,63 % von 1.298 € | für häusliche Pflege durch einen Pflege- und Betreuungs- dienst |
| 209,12 € | = 38,37 % von 545,00 € | als Pflegegeld (wird ausgezahlt) |
| | = 100 % zusammen | |

6. Wenn die Pflegeperson verhindert ist – Ersatzpflege

Rechtsgrundlage: §39 SGB 11

Pflegende Angehörige brauchen einmal eine Pause – sie können auch selbst krank werden oder aus anderen Gründen ausfallen. Die Pflege kann durch Andere fortgesetzt werden (Verhinderungspflege oder **Ersatzpflege**). Voraussetzung ist, dass zum Zeitpunkt der Verhinderung mindestens der Pflegegrad 2 vorliegt und die Angehörigen den Pflegebedürftigen vorher schon mindestens 6 Monate gepflegt haben.

Die Pflegekasse bezahlt eine **Ersatzpflege** für längstens sechs Wochen im Kalenderjahr. Dafür sind höchstens 1.612 € vorgesehen. Sie können diesen Betrag aber um 50 % erhöhen lassen, wenn Sie auf entsprechende Anteile im Budget der Kurzzeitpflege (siehe Abschnitt 8) verzichten: also maximal 2.418 € jährlich. Bei der Ersatzpflege gibt es viele Möglichkeiten:

- Sie kann von einer Ersatz-Pflegeperson in Ihrer Wohnung erbracht werden.
- Sie kann auch von Ihrem Pflegedienst erbracht werden, ergänzend zu seinen normalen Leistungen.
- Sie können sie auch in einer anderen Wohnung, einer Tagespflegeeinrichtung oder zum Beispiel im Pflegeheim bekommen.
- Sie können die Ersatzpflege aufteilen, etwa nur **für einzelne Tage oder Stunden** – Sie müssen sie nicht „am Stück“ nehmen.
- Auch wenn regelmäßig ein Pflegedienst zu Ihnen kommt, können Sie für Ihre (gerade verhinderten) pflegenden Angehörigen zusätzlich eine Ersatzpflege bekommen.

Andere Regeln gelten, wenn Sie mit der Ersatz-Pflegeperson **verwandt oder verschwägert** sind:

- Lebt die Ersatz-Pflegeperson mit Ihnen im selben Haushalt, zahlt die Pflegekasse weniger für die Ersatzpflege.
- Sie bekommen auch weniger, wenn die Ersatz-Pflegeperson bis zum zweiten Grad mit Ihnen verwandt oder verschwägert ist. Das gilt für Ehepartner, eingetragene Lebens-Partner, Kinder oder Enkelkinder, Stief- oder Schwiegerkinder, Stief- oder Schwieger-Enkelkinder.

In diesen Fällen zahlt die Pflegekasse für die Ersatzpflege höchstens so viel wie sie Ihnen als Pflegegeld zahlt. Fahrtkosten und ein Verlust durch unbezahlten Urlaub werden zusätzlich ersetzt. Während der Ersatzpflege wird das bisherige Pflegegeld für höchstens sechs Wochen zur Hälfte weiter gezahlt.

7. Tagespflege oder Nachtpflege – außerhalb der Wohnung

Rechtsgrundlage: §41 SGB 11

Dies ist eine Möglichkeit, wenn zu Hause die Pflege nicht rund um die Uhr möglich ist. Meistens geht es um die Tagespflege, wenn die Angehörigen bei der Arbeit sind – oder wenn es allein zuhause zu langweilig oder aufgrund einer Erkrankung gefährlich ist. Dies bedeutet: Ein Fahrdienst holt Sie ab, Sie verbringen einige Stunden in einer Pflege-Einrichtung und werden später wieder nach Hause gebracht. Bei Ihrer Pflegekasse erfahren Sie, mit welchen Einrichtungen sie zusammenarbeitet.

Soviel zahlt die Pflegekasse im Monat für Tagespflege:

| Pflegegrad | Leistungsbetrag |
|------------|-----------------|
| 1 | 0 € |
| 2 | 689 € |
| 3 | 1.298 € |
| 4 | 1.612 € |
| 5 | 1.995 € |

Diese Beträge erhöhen sich noch, wenn Sie sich entscheiden, den Entlastungsbetrag in Höhe von 125 € monatlich oder den Betrag für die Ersatzpflege (1.612 € pro Jahr) auch im Rahmen der Tagespflege einzusetzen.

Eine Anrechnung auf die ambulanten Pflegeleistungen findet nicht statt. Die Tagespflege kann voll in Anspruch genommen werden, ohne dass die ambulanten Pflege-Sachleistungen, das Pflegegeld oder die Kombinationsleistung gekürzt werden.



TIPP

Wenn Sie in einer Pflegewohnung leben, wird durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) überprüft, ob ein zusätzlicher Besuch einer Tagespflege-Einrichtung überhaupt erforderlich ist („ob die Pflege ohne Tagespflege nicht bereits ausreichend sichergestellt ist“).

Legen Sie gegen eine solche Überprüfung Widerspruch ein. Machen Sie deutlich, dass es Ihnen nicht ausreicht, nur rund-um-die-Uhr in der Wohngruppe versorgt zu werden. Dass zu einer guten Pflege auch die Ermöglichung von außerhäuslichen Aktivitäten und weiteren Sozialkontakten gehört.



TIPP

Den Überblick behalten!

Machen Sie sich klar, wie viele Leistungen Ihnen jährlich zustehen.

Lassen Sie sich – z. B. halb- oder vierteljährlich – von Ihrer Pflegekasse den Stand der flexibel in Anspruch zu nehmenden **Budgets** mitteilen.

Regelmäßige monatliche Leistungsansprüche bei Häuslicher Versorgung durch professionelle Dienste

Beispiel für Pflegegrad 2 und Pflegegrad 5

| Anspruch besteht auf | Pflege- grad 2 | Pflege- grad 5 |
|--|-------------------|-------------------|
| Pflegesachleistung | 689,00 € | 1.995,00 € |
| Entlastungsbetrag | 125,00 € | 125,00 € |
| Ersatzpflege (1.612 € im Jahr sind durchschnittlich monatlich) | 134,33 € | 134,33 € |
| Tagespflege | 689,00 € | 1.995,00 € |
| Pflegehilfsmittel | 40,00 € | 40,00 € |
| Gesamt monatlich | 1.677,33 € | 4.289,33 € |

8. Wenn Pflege zu Hause nicht möglich ist – Kurzzeit-Pflege

Rechtsgrundlage: §42 SGB 11

Eine **Kurzzeit-Pflege** kommt in Frage,

- wenn Sie unerwartet pflegebedürftig geworden sind, zum Beispiel durch einen Schlaganfall oder nach einem Sturz mit Knochenbrüchen. Sie können dann oft aus dem Krankenhaus oder der Reha-Klinik nicht nach Hause entlassen werden.
- wenn Sie plötzlich mehr Pflege brauchen und Ihre Pflege zu Hause nicht mehr ausreicht.
- wenn es eine Krise gibt, weil zum Beispiel plötzlich Pflegekräfte ausfallen und Sie keinen Ersatz finden.

Kurzzeitpflege erhalten Sie nur mit den Pflegegraden 2 bis 5.

Für eine Kurzzeit-Pflege ziehen Sie in eine Pflegeeinrichtung um. In dieser Zeit können Ihre Angehörigen die sich anschließende häusliche oder stationäre Pflege planen und vorbereiten.

Nur bestimmte Pflegeheime bieten Kurzzeit-Pflege an. Sie haben dafür einen besonderen Vertrag mit den Pflegekassen.

Die Pflegekasse bewilligt für bis zu acht Wochen Kurzzeit-Pflege im Kalenderjahr maximal 1.612 €. Dieser Betrag kann von Ihnen bis auf das Doppelte (3.224 €) erhöht werden, wenn Sie dafür in entsprechender Höhe auf die Inanspruchnahme der Ersatzpflege verzichten. Voraussetzung ist dafür allerdings, dass Sie vorher sechs Monate zu Hause gepflegt worden sind – siehe Abschnitt 6. Während des Kurzzeitpflegeaufenthalts wird das bisherige Pflegegeld zur Hälfte weiter gezahlt.

Sie können den Aufenthalt in der Kurzzeitpflegeeinrichtung noch weiter verlängern, wenn Sie hierfür den Entlastungsbetrag von monatlich 125 € einsetzen. Für die Zeit des aus dem Entlastungsbetrag finanzierten Aufenthalts in der Kurzzeitpflegeeinrichtung darf das Pflegegeld nicht gekürzt oder gestrichen werden.

Aber nicht für jeden Pflegebedarf gibt es überall eine geeignete oder zumutbare Kurzzeitpflegeeinrichtung. In solchen besonderen Fällen (z. B. Kinder, Menschen mit Behinderungen) kann die Pflege auch in einer Einrichtung für Menschen mit Behinderungen oder in einer „anderen geeigneten Einrichtung“ erfolgen, selbst wenn diese keinen Vertrag mit den Pflegekassen hat.

Wenn die Sie sonst pflegende Person in eine Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung muss, können Sie auch dort Kurzzeitpflege erhalten.

Auch Pflegebedürftige, die keine Leistung der Pflegeversicherung erhalten – z. B. weil sie voraussichtlich weniger als 6 Monate Pflege brauchen, z. B. bei Arm- und Beinbrüchen – können in der Kurzzeitpflege aufgenommen werden. Kostenträger ist dann allerdings die Krankenkasse. Das Krankenhaus oder die Kurzzeitpflegeeinrichtung unterstützt Sie bei der Klärung, ob die Krankenkasse auch in Ihrem Fall zahlt.

9. Pflegebetten und andere Hilfsmittel

Rechtsgrundlage: §40 SGB 11

Es gibt **technische Hilfsmittel**, die die Pflege zu Hause sehr erleichtern können. Beispiele dafür sind:

- ein Pflegebett
- besondere Kissen, damit Sie gut und bequem liegen und sich nicht wundliegen
- ein Toiletten-Stuhl – so haben Sie Ihre Toilette direkt am Bett
- ein Lifter – um Sie aus dem Bett oder in die Wanne zu heben, wenn dies anders nicht möglich ist
- ein Haus-Notruf-Gerät.

Auch Personen mit dem Pflegegrad 1 haben darauf Anspruch. Viele dieser Hilfsmittel bekommen Sie leihweise, dann brauchen Sie nichts zu bezahlen. Andere Hilfsmittel müssen Sie kaufen. Dann müssen Sie etwas zuzahlen: ein Zehntel des Preises, höchstens 25 €. Wenn Sie bei Ihrer Kranken-Versicherung als Härtefall gelten und nichts zuzahlen müssen, gilt dies auch für die Pflege-Versicherung. Legen Sie die Härtefallbestätigung Ihrer Krankenkasse bei der Pflegekasse vor.

Etwas anderes sind **Pflegehilfsmittel** wie Windeln, Unterlagen, Desinfektions-Mittel, Einmal-Handschuhe. Hierzu gibt die Pflegekasse einen Zuschuss von bis zu 40 € im Monat.

Der MDK kann bei der Prüfung Ihrer Pflegebedürftigkeit den Bedarf an Hilfsmitteln feststellen und diese – mit Ihrer Zustimmung – gleich anfordern.

10. Wenn die Wohnung verändert werden muss

Rechtsgrundlage: §40 SGB 11

Viele Wohnungen haben Nachteile, die eine häusliche Pflege schwierig machen. Oft reichen schon kleinere Veränderungen, um dies zu verbessern – Haltegriffe anbringen, eine Türschwelle entfernen, die Tür zum Bad breiter machen, eine Dusche ohne Wanne und Ähnliches. Für einen solchen Umbau kann die Pflegekasse einen Zuschuss bis zu 4.000 € geben. Bedingung dafür ist:

- Die Pflegekasse muss festgestellt haben, dass Sie pflegebedürftig sind.
- Sie müssen **vor dem Umbau** bei der Pflegekasse den Antrag auf einen Zuschuss stellen.

Beratung:

Wenn später mehr umgebaut werden muss, weil Sie mehr Pflege brauchen, können Sie einen neuen Zuschuss bekommen. Lassen Sie sich dazu in einer Wohn-Beratungsstelle beraten.

Diese Leistung gibt es schon ab Pflegegrad 1. Leben mehrere Pflegebedürftige in einer Wohnung zusammen, kann jede Person den Zuschuss in Anspruch nehmen bis zur Höhe von insgesamt 16.000 €. Ambulant betreute Wohngruppen erhalten noch weitere Leistungen (siehe Kapitel 2 Abschnitt 2 e).

Wenn Sie Ihre Wohnung gemietet haben, müssen Sie vor dem Umbau mit dem Vermieter sprechen. Sie haben zwar ein Recht, die Wohnung barrierefrei zu machen – dabei müssen Sie aber Rücksicht auf Ihren Vermieter nehmen. Wenn er es will, muss die Wohnung später bei Ihrem Auszug genauso aussehen wie bei Ihrem Einzug. Dann müssten Sie Ihre Umbauten „zurückbauen“, bevor Sie ausziehen.

11. Überblick über die Leistungen beim neuen Pflegegrad 1

Rechtsgrundlage: §28a SGB 11

Seit 2017 haben viel mehr Menschen als bisher Ansprüche auf Leistungen der Pflegeversicherung. Grund sind die veränderten Kriterien der Beurteilung der Pflegebedürftigkeit (siehe Kapitel 3 Abschnitt 1). Viele dieser Menschen haben noch keine erheblichen Einschränkungen in ihrem täglichen Leben, aber ihr Zustand kann sich verschlechtern.

Diese Menschen haben jetzt erstmals Ansprüche auf Leistungen. Ihnen wird häufig der Pflegegrad 1 zuerkannt werden, wenn sie gemäß dem Beurteilungsschema des MDK 12,5 bis unter 27 Punkte erhalten. Oft werden dies Menschen sein, die aufgrund einer chronischen Erkrankung nur leichte Behinderungen in ihrem Lebensalltag haben. Ihnen soll geholfen werden, um eine Verschlechterung ihres Zustandes möglichst lange zu verhindern.

Daher haben sie Anspruch auf folgende Leistungen:

1. Intensive Beratungen durch FachberaterInnen der Pflegekassen oder anderer zugelassener Beratungsstellen (für diese erhalten Sie Beratungsgutscheine). Sie haben dabei einen Anspruch auf die Erstellung eines ausführlichen Versorgungsplans.
2. Sie können sich durch ambulante Pflegedienste kostenlos bei Ihnen zuhause beraten lassen.
3. Wenn Sie in eine Betreute Wohngruppe ziehen, können Sie bereits jetzt die vorgesehene Unterstützung erhalten (siehe Kapitel 2 Abschnitt 2e).
4. Sie können bereits alle erforderlichen Pflegehilfsmittel (siehe Abschnitt 9) und auch Umbauhilfen für die Wohnung erhalten (siehe Abschnitt 10).
5. Sie erhalten bereits den Entlastungsbetrag von 125 € monatlich (siehe Abschnitt 2). Diesen Betrag können Sie frei verwenden, sowohl für häusliche Pflege, für Betreuungs- und Hauswirtschaftsleistungen aber auch zum Besuch einer Tagespflege oder Kurzzeitpflege.
6. Wenn Sie bereits jetzt in eine stationäre Einrichtung umziehen wollen, beteiligt sich die Kasse lediglich mit 125 € an den Pflegekosten.
7. Ihre Angehörigen und andere Personen, die sich um Sie kümmern wollen, können sich kostenfrei beraten und schulen lassen.

Diese Aufzählung bedeutet andererseits, dass Sie mit dem Pflegegrad 1 noch keine Ansprüche auf Pflegegeld oder ambulante oder stationäre Pflegesachleistungen haben (erst ab Pflegegrad 2).

Kapitel 5: Was hilft denen, die mir helfen – meinen Angehörigen, Nachbarn und FreundInnen?

In diesem Kapitel geht es um **Pflegepersonen**. Das sind die Angehörigen, Nachbarn und Freunde, die den Pflegebedürftigen helfen. Sie leisten bei fast 80 % der Pflegebedürftigen die Pflege zu Hause.

Im Unterschied dazu: Wer die Pflege zu seinem Beruf gemacht hat, ist eine Pflegekraft oder Pflegefachkraft – wie die MitarbeiterInnen eines Pflegedienstes.

1. Pflegen lernen – Kurse und Anleitung für Pflegepersonen

Rechtsgrundlage: §45 SGB 11

Die Pflegekassen sind verpflichtet, kostenlose Kurse für Pflegepersonen anzubieten. Dort lernen sie, wie sie einen pflegebedürftigen Menschen versorgen können, auch praktische Handgriffe. Es gibt besondere Angebote für die Pflege von Menschen mit Demenz.

Ein Schwerpunkt in Pflege-Kursen ist: Wie schaffe ich das körperlich und seelisch, wie schütze ich meine eigene Gesundheit? Sie können sich auch zu Hause in der Umgebung des Pflegebedürftigen schulen und beraten lassen.

2. Wie sind Pflegepersonen abgesichert?

Rechtsgrundlage: §44 SGB 11, § 166 Abs. 2 SGB 6, §26 Abs. 2b SGB 3

Pflegepersonen sind **gesetzlich unfallversichert** – bei der Pflege selbst und auf dem Weg dorthin und zurück. Dies gilt automatisch, wenn die gepflegte Person von der Pflegekasse als pflegebedürftig anerkannt ist – wenn sie also einen Pflegegrad hat. Die Pflegeperson muss dafür keinen Antrag stellen und keinen Beitrag zahlen. Die Unfallkassen der Bundesländer regeln dies. Die Adressen der Unfallkassen finden Sie im Telefonbuch oder im Internet unter www.dguv.de → Versicherung → Zuständigkeit → Berufsgenossenschaften/Unfallkassen und dann das Bundesland, in dem Sie wohnen.

Sollten Sie bei der Pflege oder auf dem Weg dorthin einen Unfall haben, können Sie zu jedem Arzt und in jedes Krankenhaus gehen. Sagen Sie dort

unbedingt, dass Sie den Unfall bei Ihrer Tätigkeit als Pflegeperson hatten. Der Arzt oder das Krankenhaus melden dann den Unfall an die Unfallkasse.

Pflegepersonen werden in der **Arbeitslosenversicherung** versichert, wenn die pflegebedürftige Person mindestens in Pflegegrad 2 eingestuft ist und die Pflegeperson an mindestens 10 Stunden und 2 Tagen pro Woche pflegt. Der Beitrag hierfür wird von der Pflegekasse bzw. der privaten Pflegeversicherung direkt an die Bundesagentur für Arbeit gezahlt. Das gilt nicht für Pflegepersonen, die bereits im Rentenalter sind.

Unter Umständen zahlen die Pflegekassen für Pflegepersonen Beiträge in die **gesetzliche Rentenversicherung** ein – oder in besonderen Fällen stattdessen in ein spezielles Versorgungswerk. Rentenbeiträge werden eingezahlt, wenn

- Die pflegebedürftige Person mindestens in Pflegegrad 2 eingestuft ist,
- die Pflegeperson mindestens 10 Stunden an zwei Tagen pro Woche pflegt,
- die Pflegeperson noch keine Vollrente bekommt und
- höchstens 30 Stunden in der Woche in ihrem Beruf arbeitet.

Diese Voraussetzungen werden vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen überprüft.



TIPP

BezieherInnen einer Teilrente können auch während des Rentenbezugs ihre Rente durch Pflegetätigkeiten aufbessern. Dies gilt selbst bei einer Teilrente von 99 %, bei der Sie kaum Abzüge haben.

Wenn Sie mehr als eine Person pflegen, werden die Pflegezeiten zusammen gezählt. Der monatliche Beitrag wird auf der Grundlage der Bezugsgröße (2019: 3.115 € in den Westländern und 2.870 € in den Ostländern) und dem aktuellen Beitragssatz in der Rentenversicherung (2019: 18,6 %) errechnet. Die Bezugsgröße ist das Durchschnittsentgelt aller Versicherten in der gesetzlichen Rentenversicherung, sie wird jährlich neu festgestellt.

Wie viel die Pflegekasse für Sie einzahlt, hängt ab von dem Pflegegrad, welche Leistungen in Anspruch

genommen werden und dem Bundesland. Für 2019 gelten diese Beiträge:

| Pflegegrad | In Anspruch genommene Leistungen | Monatsbeitrag an die Rentenversicherung Westländer in € ab 2019 | Monatsbeitrag an die Rentenversicherung Ostländer in € ab 2019 |
|------------|---|---|--|
| 5 | Ausschließlich Pflegegeld 100 % der Bezugsgröße | 579,39 | 533,82 |
| 5 | Kombinationsleistung 85 % der Bezugsgröße | 492,48 | 453,75 |
| 5 | Ausschließlich Pflegesachleistung 70 % der Bezugsgröße | 405,57 | 373,67 |
| 4 | Ausschließlich Pflegegeld 70 % der Bezugsgröße | 405,57 | 373,67 |
| 4 | Kombinationsleistung 59,5 % der Bezugsgröße | 344,74 | 317,62 |
| 4 | Ausschließlich Pflegesachleistung 49 % der Bezugsgröße | 283,90 | 261,57 |
| 3 | Ausschließlich Pflegegeld 43 % der Bezugsgröße | 249,14 | 229,54 |
| 3 | Kombinationsleistung 36,55 % der Bezugsgröße | 211,77 | 195,11 |
| 3 | Ausschließlich Pflegesachleistung 30,1 % der Bezugsgröße | 174,40 | 160,68 |
| 2 | Ausschließlich Pflegegeld 27 % der Bezugsgröße | 156,44 | 144,13 |
| 2 | Kombinationsleistung 22,95 % der Bezugsgröße | 132,97 | 122,51 |
| 2 | Ausschließlich Pflegesachleistung 18,9 % der Bezugsgröße | 109,50 | 100,89 |



TIPP

Wenn mehrere Personen sich die Pflege aufteilen, können auch Rentenbeiträge für mehrere gezahlt werden – siehe folgendes Beispiel. Achten Sie bei der Aufteilung der Pflegezeiten darauf, wie sie sich auf die Rentenversicherung auswirken.

BEISPIEL FÜR DIE AUFTEILUNG VON RENTENBEITRÄGEN:

Herr Müller, Pflegegrad 4, Dresden, erhält ausschließlich Pflegegeld – Tochter und Sohn pflegen ihn

| Pflegeperson | Aufteilung der Pfl egetätigkeit | eingezahlter Rentenbeitrag im Monat in € |
|--------------|---------------------------------|---|
| Sohn | 60 % | 224,20 2.870*70 % davon 60 % mal Beitrags- satz 18,6 % |
| Tochter | 40 % | 149,47 2.870*70 % davon 40 % mal Beitrags- satz 18,6 % |

3. Medizinische Rehabilitation für pflegende Angehörige

Rechtsgrundlage §40 SGB 5, §42 Abs.4 SGB 11

Die Krankenkasse erbringt Rehabilitationsleistungen, die aus medizinischen Gründen erforderlich sind. Als pflegender Angehöriger haben Sie einen Anspruch auf diese Leistungen. Anders als bei vielen anderen Leistungen gilt hier der Grundsatz „ambulant vor stationär“ nicht. Sie können als pflegender Angehöriger stationäre Rehabilitation in Anspruch nehmen, unabhängig davon, ob eine ambulante Rehabilitation ausreichend wäre. Die Regelung soll pflegende Angehörige dabei unterstützen, eine Rehabilitation in einer vom mitunter anspruchsvollen pflegerischen Alltag gelösten Umgebung in Anspruch nehmen zu können.

Im Fall einer stationären medizinischen Rehabilitation haben Sie als pflegender Angehöriger auch Anspruch auf die Versorgung des Pflegebedürftigen. Entweder wird die pflegebedürftige Person in dieselbe Einrichtung aufgenommen und dort versorgt oder die Krankenkasse koordiniert die Versorgung in einer anderen Einrichtung (auf Wunsch des pflegenden Angehörigen und mit Einwilligung der Pflegebedürftigen).

4. Pflegen und im Beruf arbeiten – wie kann das gehen?

a) Kurzfristige Freistellung von der Arbeit für 10 Tage zur Organisation einer Pflege

Rechtsgrundlage: §44a SGB 11

Wenn Sie **kurzfristig** für einen nahen Angehörigen eine Pflegesituation organisieren müssen, haben Sie einen Anspruch darauf, für **10 Tage ganz von der Arbeit frei gestellt** zu werden. Jeder Arbeitgeber ist verpflichtet, Sie für diese Zeit freizustellen. In dieser Zeit erhalten Sie keinen Lohn von Ihrem Arbeitgeber. Sie haben statt dessen Anspruch auf das **Pflegeunterstützungsgeld**. Das Pflegeunterstützungsgeld ist genauso hoch wie das Krankengeld, das sind höchstens 90 % Ihres Nettolohns. Stellen Sie dazu einen Antrag bei der Pflegekasse oder der privaten Pflegeversicherung, bei der Ihre Angehörige bzw. Ihr Angehöriger versichert ist. Organisieren Sie die Pflegesituation zu zweit, beispielsweise mit Ihrem Bruder oder Ihrer Schwester, haben Sie beide den Anspruch von der Arbeit frei gestellt zu werden. Der Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld ist jedoch insgesamt auf 10 Tage begrenzt.

b) Pflegezeit – vollständige oder teilweise Freistellung von der Arbeit für 6 Monate

Rechtsgrundlage: Pflegezeitgesetz

Wenn Sie selbst Ihren nahen Angehörigen zu Hause pflegen wollen, können Sie eine sogenannte **Pflegezeit** nehmen und ganz aufhören zu arbeiten oder weniger Stunden arbeiten. Der Arbeitgeber muss das zulassen – allerdings gibt es Ausnahmen. Als nahe Angehörige gelten:

- Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Stiefeltern
- Ehepartner, Lebenspartner, Partner in eheähnlicher oder partnerschaftsähnlicher Gemeinschaft, Geschwister, Schwägerin, Schwager
- Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder – auch die des Ehepartners oder Lebenspartners –, Schwiegerkinder und Enkelkinder.

Pflegezeit bedeutet: Für bis zu sechs Monate arbeiten Sie weniger oder gar nicht – Sie bekommen in dieser Zeit allerdings auch weniger oder keinen Lohn. Dieses Recht haben ArbeitnehmerInnen in Betrieben mit mehr als 15 Beschäftigten. Wenn Sie mehrere nahe Angehörige pflegen, können Sie länger mit der Arbeit aussetzen.

Während der Pflegezeit erhalten Sie von Ihrem Arbeitgeber keinen oder einen geringeren Lohn. Sie können aber ein **zinsloses Darlehen** erhalten. Das Darlehen wird in monatlichen Raten ausgezahlt. Die Höhe der monatlichen Zahlungen beträgt etwa die Hälfte Ihres bisherigen Nettogehalts. Das Darlehen müssen Sie nach dem Ende der Pflegezeit in monatlichen Raten im Laufe von vier Jahren zurückzahlen. Das Darlehen beantragen Sie beim „Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben“ (www.bafza.de).

Wenn Sie eine Pflegezeit nehmen wollen, müssen Sie

- Ihren Arbeitgeber darüber **schriftlich informieren** – spätestens 10 Arbeitstage bevor Sie beginnen. Darin müssen Sie auch angeben, wie viele Stunden Sie weniger arbeiten wollen und für wie lange Sie weniger oder gar nicht arbeiten wollen;
- nachweisen, dass Ihr Angehöriger pflegebedürftig ist – durch eine Bescheinigung der Pflegekasse oder des MDK.

Die Pflegezeit endet früher, wenn Ihr Angehöriger während dieser Zeit verstirbt. Dasselbe gilt, wenn er zu Hause nicht weiter gepflegt werden kann. Vier Wochen nach dem Umzug in ein Pflegeheim oder dem Tod Ihres Angehörigen endet die Pflegezeit. Sie müssen Ihren Arbeitgeber aber sofort informieren und mit ihm absprechen, wann Sie wieder zur Arbeit kommen.

Ihr Arbeitgeber darf Ihnen während der Pflegezeit **nicht kündigen**. Ausnahme: Er hat dazu eine Genehmigung vom Gewerbeaufsichts-Amt.

Vielleicht entscheiden Sie sich, während der Pflegezeit Ihre Arbeitsstelle ganz aufzugeben oder in einen Mini-Job umzuwandeln. Die Pflegekasse zahlt dann für Sie die Beiträge für eine **freiwillige Kranken- und Pflege-Versicherung – auf Antrag**.

Der Versicherungsschutz in der **Arbeitslosenversicherung** besteht während der Pflegezeit fort. Die Beiträge übernimmt ebenfalls die Pflegekasse. Während einer Pflegezeit sind Sie als Pflegeperson unfallversichert und haben Anspruch auf Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen wie oben dargestellt.

c) Eine längere Auszeit von bis zu 24 Monaten aus dem Beruf nehmen

Rechtsgrundlage: Familienpflegezeitgesetz

Die Pflege eines Angehörigen kann so intensiv sein, dass pflegende Angehörige ihre Arbeitszeit reduzieren müssen. Dann können sie eine **Familienpflegezeit** in Anspruch nehmen. Sie können ihre Arbeitszeit auf bis zu 15 Wochenstunden absenken. Die Familienpflegezeit darf bis zu zwei Jahre dauern, Sie erhalten weiter ihr Gehalt – allerdings entsprechend Ihrer verringerten Arbeitszeit gekürzt.

Auf diese Familienpflegezeit haben Sie einen Rechtsanspruch, allerdings nicht, wenn Ihr Betrieb 25 oder weniger Beschäftigte hat. Sie müssen Ihren Arbeitgeber spätestens 8 Wochen, bevor Sie die Familienpflegezeit in Anspruch nehmen wollen, darüber informieren. Sie müssen eine schriftliche Vereinbarung mit Ihrem Arbeitgeber schließen, wie Ihre neue, verkürzte Arbeitszeit über die Woche verteilt wird.

Während der Familienpflegezeit können Sie ein **zinsloses Darlehen** erhalten. Das Darlehen wird in monatlichen Raten ausgezahlt. Die Höhe der monatlichen Zahlungen beträgt etwa die Hälfte des Unterschiedes zwischen Ihrem bisherigen Nettogehalt und dem neuen – wegen der verringerten Arbeitszeit – niedrigeren Nettogehalt. Das Darlehen müssen Sie nach dem Ende der Familienpflegezeit in monatlichen Raten im Laufe von vier Jahren zurückzahlen. Das Darlehen beantragen Sie beim „Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben“ (www.bafza.de).

Statt des zinslosen Darlehens vom Bundesamt können Sie auch mit Ihrem Arbeitgeber vereinbaren, dass er Ihnen diesen monatlichen Betrag als „Vorschuss“ auszahlt. Diesen Vorschuss des Arbeitgebers müssen Sie aber schneller zurückzahlen. Die Rückzahlung erfolgt nach Abschluss der Familienpflegezeit über die gleiche Zahl von Monaten, in denen Sie diesen Vorschuss erhalten haben.

BEISPIEL

Sie haben bisher 40 Wochenstunden gearbeitet. Wegen der Pflege eines Angehörigen arbeiten Sie nur noch 20 Wochenstunden. Für die Hälfte dieser Verkürzung – also 10 Wochenstunden – erhalten Sie weiterhin Gehalt. Sie erhalten also ein Gehalt für 30 Wochenstunden.

Wenn Sie nach der Pflege wieder 40 Wochenstunden arbeiten, wird Ihr Gehalt um den Betrag für 10 Wochenstunden gekürzt – und zwar genau so lange wie Sie vorher verkürzt gearbeitet haben. Wenn Sie das Arbeitsverhältnis aufgeben, bevor der „Vorschuss“ getilgt ist, müssen Sie ihn (in Raten) an den bisherigen Arbeitgeber zurück zahlen.

Sie können „Vorschuss“ und Darlehen auch miteinander kombinieren.

Während der Familienpflegezeit und in der Zeit, in der Sie den „Vorschuss“ zurück zahlen, darf Ihnen nicht gekündigt werden.

d) Wenige Monate ganz oder teilweise mit der Arbeit aussetzen zur Begleitung in der letzten Lebensphase

Rechtsgrundlage: Pflegezeitgesetz

Ihr Angehöriger befindet sich in seiner letzten Lebensphase, beispielsweise in einem Hospiz. Um Ihren Angehörigen dabei begleiten zu können, können Sie sich bis zu drei Monate ganz oder teilweise von der Arbeit freistellen lassen.

Sie haben einen Rechtsanspruch auf diese Freistellung; allerdings nicht, wenn Ihr Betrieb 15 oder weniger Beschäftigte hat. Sie können zum teilweisen Ausgleich Ihres Lohnausfalls ein Darlehen beanspruchen. Die Bedingungen entsprechen den in Abschnitt 4 b) dargestellten Regelungen.

Kapitel 6: Woher kann ich weitere Hilfe bekommen?

Die Pflegekasse zahlt nur, wenn Sie pflegebedürftig sind. Häufig reichen ihre Leistungen nicht, um die gesamte Pflege zu bezahlen.



TIPP

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung muss sich bei der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit auch Gedanken zu Möglichkeiten der Rehabilitation machen und dazu etwas in seinem Gutachten schreiben. Fordern Sie das Gutachten bei Ihrer Pflegekasse an und sprechen Sie mit Ihrem Arzt, wie diese Empfehlungen am besten umgesetzt werden können.

1. Wofür ist die Krankenkasse zuständig?

Rechtsgrundlage: SGB 5

Als Pflegebedürftiger sind Sie selbstverständlich weiter krankenversichert. In den folgenden Abschnitten geht es um Leistungen, die für Pflegebedürftige besonders wichtig sind. Die Hinweise beziehen sich auf die **gesetzliche Krankenversicherung**.

a) Behandlung und Betreuung durch eine Ärztin oder einen Arzt

Wenn Sie pflegebedürftig sind, haben Sie denselben Anspruch auf medizinische Behandlung wie vorher. Entscheiden Sie sich für ÄrztInnen, die viel Erfahrung mit älteren und pflegebedürftigen Menschen haben.

b) Vorbeugung, Früh-Erkennung und Rehabilitation

Aufgaben der Krankenversicherung sind:

- Sie soll vermeiden, dass Menschen pflegebedürftig werden.
- Sie soll Pflegebedürftige davor bewahren, dass sich ihr Zustand verschlechtert.

Deshalb raten ÄrztInnen und Krankenkassen, zu **Vorsorge-Untersuchungen** zu gehen. So sollen Krankheiten verhindert oder frühzeitig erkannt und behandelt werden. Sie als Versicherte sind aber nicht dazu verpflichtet. Auch die Rehabilitation, etwa nach einem Klinikaufenthalt, wird von der Krankenkasse bezahlt.

Rehabilitation findet nicht nur in stationären Einrichtungen statt. Auch die Leistungen der Krankengymnasten und Physiotherapeuten gelten als Rehabilitation.

c) Krankenpflege zu Hause

Die Krankenkasse bezahlt häusliche Pflege, wenn Sie krank sind,

- damit Sie gar nicht ins Krankenhaus müssen oder schneller wieder entlassen werden können, oder
- wenn die ärztliche Behandlung durch Krankenpflege ergänzt werden muss.

Sie erhalten häusliche Krankenpflege auch in einer Wohngemeinschaft oder in einer betreuten Wohnung.

Häusliche Krankenpflege wird vom Arzt verordnet. Sie bekommen sie nur, wenn niemand sonst aus Ihrem Haushalt Sie pflegen kann.

Zur häuslichen Krankenpflege kann gehören: **Behandlungspflege, Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung**. Die Behandlungspflege bekommen Sie zusätzlich, auch wenn die Pflegekasse bereits die Grundpflege für Sie bezahlt. Den Pflegedienst wählen Sie selbst – der regelt alles Weitere mit der Krankenkasse.

Zur häuslichen Krankenpflege müssen Sie etwas **zuzahlen**:

- 10 € pro Verordnung, und
- 10 % der Pflege-Kosten – nur für die ersten 28 Tage der Pflege.

d) Haushaltshilfe

Eine Haushaltshilfe bezahlen die meisten Krankenkassen **auf Antrag**, wenn Sie selbst Ihren Haushalt nicht weiterführen können – etwa weil Sie im Krankenhaus sind oder wegen der Schwere der Erkrankung. Bedingung ist:

- Es lebt ein **Kind im Haushalt**, das unter zwölf Jahre alt ist oder behindert ist und deshalb Hilfe im Alltag braucht. Niemand sonst im Haushalt kann den Haushalt weiterführen.

Die Genehmigung gilt nur für die Dauer der akuten Erkrankung. Zur Haushaltshilfe müssen Sie etwas **zuzahlen**: 10 % der Kosten.



TIPP

Einige Krankenkassen gewähren auch in anderen Fällen Haushaltshilfe. Fragen Sie dort oder bei Ihrem Pflegedienst nach.

e) Kurzzeitpflege

Wenn häusliche Krankenpflege zu Ihrer angemessenen Versorgung nicht ausreicht, erhalten Sie von der Krankenkasse Kurzzeitpflege. Das ist Pflege in einem Pflegeheim für einige Tage oder Wochen. Die Krankenkasse übernimmt Kosten von bis zu 1.612 €.

Diese Leistung erhalten Sie nur, wenn Sie (noch) nicht pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung (die ja sonst zuständig wäre) sind.

f) Palliativ-Versorgung

In bestimmten Fällen bezahlt die Krankenkasse eine sogenannte **spezialisierte Palliativ-Versorgung**. Sie hilft Ihnen, wenn Sie schwerstkrank sind, unter starken Beschwerden leiden und nicht mehr lange zu leben haben. Dabei arbeiten ÄrztInnen und Pflegekräfte eng zusammen, damit Sie am Ende Ihres Lebens möglichst ohne Schmerzen und Beschwerden sind. Es ist gleich, ob Sie zu Hause leben, im Pflegeheim, in einer Einrichtung für Behinderte oder im Hospiz.

Beratung:

Ihr Arzt kann Ihnen diese ambulante Behandlung verordnen, wenn die normale ärztliche Behandlung und Pflege zur Linderung Ihrer Schmerzen oder Beschwerden nicht ausreicht. Fragen Sie Ihren Arzt, Ihre Krankenkasse, den Pflegedienst oder im Pflegeheim.

g) Hospiz

Wenn Sie schwerkrank sind und die Krankheit fortschreitet, wird irgendwann klar, dass Sie bald sterben werden. Sie können sich dann für Hospizleistungen entscheiden – **ambulant oder in einem Hospiz**

(siehe auch Kapitel 1 Abschnitt 13). Dazu bezahlt die Krankenkasse einen **Zuschuss**. Die restlichen Kosten werden getragen von der Pflegekasse, aus Spenden und ehrenamtlicher Arbeit. Wenn ein naher Verwandter Sie ambulant oder in einem Hospiz versorgt, kann er in den letzten Wochen oder Monaten Ihres Lebens von der Arbeit freigestellt werden, um Sie auf ihrem letzten Weg zu begleiten – siehe Kapitel 5 Abschnitt 3 d).

h) Hilfsmittel

Es gibt Hilfsmittel für die Pflege – hierfür ist die Pflegekasse zuständig. Dagegen zahlt die Krankenkasse für Hilfsmittel, die bei einer Krankheit oder Behinderung nötig sind. Das ist manchmal schwer zu unterscheiden. Sie als Versicherte zahlen immer nur Ihren Eigenanteil.

Im Pflegeheim müssen alle nötigen Geräte und Hilfsmittel für die Pflege vorhanden sein – in schlichter Ausführung. Die Krankenkasse zahlt dann, wenn Sie ein Hilfsmittel mit besonderer Ausstattung brauchen – zum Beispiel einen Rollstuhl mit speziellen Polstern, extra für Sie angefertigt.

Beratung:

Manchmal ist unklar, wer für ein notwendiges Hilfsmittel zuständig ist – die Krankenkasse, die Pflegekasse oder das Pflegeheim. Lassen Sie sich in diesem Fall beraten (siehe Kapitel 14). Wir empfehlen: Stellen Sie zunächst einen Antrag bei Ihrer Krankenkasse. Wenn diese nicht zuständig ist, leitet sie den Antrag an die Pflegekasse weiter. Umgekehrt klappt das nicht immer.

2. Ein Fall für die Unfallversicherung oder das Versorgungsamt?

Manche Menschen werden durch einen **Arbeitsunfall** oder eine anerkannte **Berufskrankheit** pflegebedürftig. In diesen Fällen muss die Unfallversicherung die Pflege bezahlen.

Wenn jemand durch eine **Gewalt-Tat** oder durch einen gesundheitlichen Schaden im **Wehrdienst** oder **Zivildienst** pflegebedürftig geworden ist, ist das Versorgungsamt für die Pflegekosten zuständig.

Unter Umständen zahlt die Pflege-Versicherung einen Teil dazu.

3. Besonderheit für Beamte – die Beihilfe

Beamte, Soldaten und Richter können Zuschüsse von der Beihilfe bekommen. Die Beihilfe bewertet Pflegebedürftigkeit genauso wie die gesetzliche Pflege-Versicherung – auch die Einteilung in Pflegegrade ist dieselbe.

Bei **häuslicher Pflege** gilt: Die Beihilfe zahlt die Hälfte von dem, was Ihre Pflege-Versicherung bewilligt. Die andere Hälfte erhalten Sie von der Pflege-Versicherung.

Beratung:

Wenn Sie in einem **Pflegeheim** wohnen, bekommen Sie von der Beihilfe unter Umständen einen Zuschuss für Unterkunft und Verpflegung. Dies hängt von Ihrem Einkommen ab und ist in den Bundesländern unterschiedlich geregelt. Lassen Sie sich von der Beihilfestelle persönlich beraten.

4. Wohngeld

Wohngeld ist ein **Zuschuss zu den Kosten für das Wohnen**. Ob Sie Wohngeld bekommen können, hängt ab von Ihrem Einkommen, von Ihren Kosten für das Wohnen und von der Gegend, wo Sie wohnen.

Einen Antrag auf Wohngeld können Sie stellen,

- wenn Sie zur Miete wohnen, auch in einem **Alten- oder Pflegeheim**
- wenn Sie eine Eigentumswohnung oder ein eigenes Haus bewohnen.

Richten Sie Ihren Wohngeld-Antrag an die Wohngeld-Stelle in ihrer Stadt- oder Kreisverwaltung.

Sie erhalten kein Wohngeld, wenn Sie Grundsicherung im Alter oder Hilfe zum Lebensunterhalt bekommen. In diese Leistungen werden die Wohnkosten schon hinein gerechnet.

5. Pflege-Wohngeld – in einigen Bundesländern

Ein Pflege-Wohngeld soll Ihnen helfen, Ihren Heimplatz zu bezahlen. Es hängt ab von Ihrem Einkommen, Ihrem Vermögen und den Ausgaben des Heimes. Bisher gibt es Pflege-Wohngeld nur in diesen Bundesländern: Mecklenburg-Vorpommern, Nord-

rhein-Westfalen und Schleswig-Holstein. Es ist in jedem Bundesland anders geregelt. Fragen Sie daher bei der Stadt- oder Kreisverwaltung oder direkt im Pflegeheim, wo Sie Ihren Antrag stellen können.

6. Rundfunkbeitrag für Fernsehen und Radio

Fernsehen und Radio hören kostet etwas – auch für Pflegebedürftige.

In diesen Fällen brauchen Sie jedoch keinen Rundfunkbeitrag zu zahlen:

- Sie leben in einem vollstationären Pflegeheim.
- Sie bekommen Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung.
- Sie bekommen Hilfe zur Pflege vom Sozialamt oder vom Versorgungsamt.

Wenn davon etwas für Sie zutrifft, schicken Sie am besten eine Kopie Ihres Bescheides an den „Beitragsservice von ARD, ZDF oder Deutschlandradio“ in Köln (Tel. 0221 5061 0). Wenn Sie neu in ein vollstationäres Pflegeheim ziehen, melden Sie sich beim Beitragsservice ab. Dann brauchen Sie in Zukunft keine Gebühren zu bezahlen.

Wenn Sie einen Schwerbehinderten-Ausweis mit dem Merkzeichen RF haben, bekommen Sie Ermäßigung und brauchen nur ein Drittel der Gebühren zu bezahlen.

(Siehe auch im Internet unter www.rundfunkbeitrag.de → Befreiung/Ermäßigung beantragen)

7. Schwerbehinderten-Ausweis

Wenn Sie schwerbehindert sind und darüber einen Ausweis haben, müssen Sie weniger **Einkommensteuer** zahlen. Manchmal haben Sie noch weitere Vorrechte – etwa kostenloses Fahren mit Bus und Bahn im Nahverkehr. Den Schwerbehinderten-Ausweis bekommen Sie, wenn das Versorgungsamt Ihre Schwerbehinderung anerkennt. Dafür müssen Sie dort einen Antrag stellen.

8. Hilfe in der Familie – Angehörige und Unterhaltspflichtige

Viele Familien schaffen es aus eigener Kraft und mit den Leistungen der Pflegekasse, einen Angehörigen

zu pflegen. Immer mehr pflegebedürftige Menschen haben kein solches Netzwerk von HelferInnen, viele wohnen weit entfernt vom Rest der Familie. Sie müssen umso mehr Pflegeleistungen einkaufen – das ist teuer.

Wer **unterhaltspflichtig** ist, muss auch eine nötige Pflege bezahlen. Allerdings müssen nicht alle Verwandten Unterhalt zahlen. Unterhaltspflichtig sind:

- Ehegatten und eingetragene Lebenspartner, auch wenn sie getrennt leben, auch nach Scheidung oder Trennung
- Leibliche Kinder, Adoptiv-Kinder, Enkel und Urenkel
- Eltern und Großeltern, Adoptiv-Eltern, Adoptiv-Großeltern.

Von diesen Verwandten können Sie Unterhalt nur dann fordern, wenn Sie selbst bedürftig sind. Sie gelten als bedürftig, wenn Ihr Geld und die Leistungen der Pflegekasse für eine ordentliche Pflege nicht reichen.

Zum ändern müssen diese Verwandten nur dann Unterhalt zahlen, wenn sie das können. Wer unterhaltspflichtig ist, muss zuerst für die eigenen Kinder, den Ehepartner und für das eigene Alter sorgen. Zusätzlich können Unterhaltspflichtige, wenn sie z. B. Unterhalt an ihre Eltern zahlen, zurzeit 1.800 € im Monat für sich selbst behalten (Selbstbehalt).

Sie müssen **keinen Unterhalt** zahlen für: Geschwister, Schwiegereltern, Stiefeltern, Onkel, Tanten, Nichten, Neffen.

9. Sozialhilfe – Leistungen vom Sozialamt

Rechtsgrundlage: SGB 12

Auch wenn Sie pflegebedürftig sind, können Sie vom Sozialamt unterstützt werden. Sozialhilfe bekommen Sie nur, wenn Ihr Einkommen und Ihr Vermögen für die nötige Pflege nicht reichen. Jeder dritte Bewohner in Pflegeheimen bekommt Leistungen der Pflege-Versicherung **und** vom Sozialamt.

Für Ältere geht es vor allem um die Grundsicherung, Hilfe zur Pflege und Haushaltshilfe.

a) Grundsicherung

Einen Antrag auf Grundsicherung können Sie stellen, wenn Ihr Geld nicht reicht für die Ausgaben Ihres alltäglichen Lebensunterhalts – wie Wohnung, Ernährung, Strom, Hausrat. Damit ist gemeint: Ihr

Einkommen ist im Monat nicht höher als Ihre Warmmiete zuzüglich 424 €, bei Paaren 764 €. Außerdem haben Sie nur ein kleines Vermögen.

Wie und wo muss der Antrag gestellt werden? Das hängt von Ihrem Haushalt ab:

- wenn jemand in Ihrem Haushalt unter 66 Jahre alt und erwerbsfähig ist
→ Antrag auf Grundsicherung für Arbeitsuchende beim **Jobcenter**
- wenn alle in Ihrem Haushalt auf Dauer erwerbsunfähig oder Rentner sind
→ **Antrag auf Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsunfähigkeit bei Ihrem Sozialamt**

Beratung:

Bei Fragen können Sie sich in jedem Fall beim Sozialamt oder in Ihrer Gemeinde-Verwaltung beraten lassen. Dort können Sie Ihren Antrag auch stellen.

b) Hilfe zur Pflege

Rechtsgrundlage: §§61 bis 66a SGB 12

Hilfe zur Pflege nach dem Sozialgesetzbuch 12 ergänzt die Leistungen der Pflege-Versicherung. Sie erhalten Hilfe zur Pflege vom Sozialamt in diesem Fall:

- Sie sind pflegebedürftig – als Nachweis reicht der Bescheid der Pflegekasse – **und**
- Sie haben nicht genug Geld, um Ihre Pflege zu bezahlen.

Auch wenn Sie für die Pflegekasse nicht als pflegebedürftig gelten, können Sie Hilfe zur Pflege bekommen – zum Beispiel in diesen Fällen:

- Sie brauchen zwar viel Pflege, aber wahrscheinlich für weniger als sechs Monate.
- Sie brauchen zwar viel Pflege, sind aber noch nicht lange genug bei der Pflegekasse versichert.

In beiden Fällen heißt das: Die Pflegekasse zahlt nichts, aber unter Umständen das Sozialamt.

Die Pflegekasse zahlt bis zu einem Höchst-Betrag. Dieser reicht regelmäßig nicht aus für die nötigen Hilfen – weder bei häuslicher Pflege noch im Pflegeheim. Das heißt, Sie oder Ihre Angehörigen müssen den Rest selbst bezahlen. Wenn Sie dafür nicht genug Geld haben, können Sie auf Antrag den Restbetrag vom Sozialamt bekommen.

Die Sozialhilfe ist also eine wichtige Ergänzung zur Pflege-Versicherung.

Zuerst müssen Sie alles ausnutzen, was Sie von der Pflegekasse bekommen können. Nur wenn dieser Betrag nicht ausreicht, können Sie überhaupt Hilfe zur Pflege vom Sozialamt bekommen.

! Wenn Sie sich von Angehörigen und Bekannten pflegen lassen und von der Pflegekasse „nur“ das Pflegegeld nehmen – dann erhalten Sie keine Hilfe zur Pflege vom Sozialamt.

Wie bei allen Leistungen des Sozialamts gilt auch bei der Hilfe zur Pflege: Zuerst müssen Sie aus Ihrem **Vermögen** und aus Ihrem **Einkommen** bezahlen, was die Pflegekasse nicht abdeckt.

Wenn das nicht reicht, sind Ihre **unterhaltspflichtigen Angehörigen** gefordert. Nur wenn sie nicht zahlen, muss das **Sozialamt** Ihnen Hilfe zur Pflege bewilligen. Es wird aber von Ihren Kindern eventuell Unterhalt einfordern. Von Enkelkindern kann das Sozialamt dies nicht verlangen.



TIPP

Verzichten Sie also nicht vorschnell auf Unterhalt, der Ihnen zusteht. Lassen Sie sich beraten – durch einen Anwalt mit Erfahrung im Unterhalts-Recht. Zukünftig (ab dem Jahr 2020) sollen Kinder nur noch **ausnahmsweise** zu den Pflegekosten herangezogen werden. Beobachten Sie dazu die Tagespresse und lassen Sie sich beraten.

Was zählt zum Vermögen?

Ihr Vermögen ist alles, was Sie an Geld und wertvollen Sachen besitzen. Sie müssen Ihr ganzes Vermögen verbrauchen, bevor Sie Hilfe zur Pflege bekommen können. Allerdings gibt es wichtige **Ausnahmen**, zum Beispiel:

- Angenommen, Sie leben in Ihrem eigenen Haus oder Ihrer eigenen Wohnung, allein oder mit Angehörigen. Wenn das Haus nicht zu groß ist, dann müssen Sie das Haus nicht verkaufen. Wenn Sie in ein Pflegeheim umziehen und Ihre Angehörigen sollen auch nach Ihrem Tod in dem Haus wohnen bleiben, dann müssen Sie das Haus auch nicht verkaufen.
- Ein Teil Ihres gesparten Geldes wird nicht angetastet: Für Sie allein sind das 5.000 €, für Ihren Ehepartner oder Lebenspartner kommen 5.000 € dazu.

- Weitere 25.000 € bleiben unangetastet, wenn Sie sich dieses Geld ganz oder zumindest überwiegend während des Leistungsbezuges erarbeitet haben.

Ob Sie ein **Einfamilien-Haus** oder eine **Eigentums-Wohnung** behalten können, hängt nicht nur von der Größe ab. Es kommt auch auf die Preise und die Bauart in Ihrer Gegend an. Daher gibt es unterschiedliche Richtwerte – sie sind etwa in Großstädten höher als auf dem Land.

Es kann sein, dass Sie zum Beispiel Ihr Haus verkaufen müssten, weil es zu groß ist, Sie aber nicht gleich einen geeigneten Käufer finden. Es kann auch sein, dass Sie in Ihrem letzten Lebensabschnitt nur noch wenige Monate Hilfe zur Pflege benötigen und in dieser Zeit in Ihrem Haus wohnen bleiben möchten. Dann bekommen Sie die Hilfe zur Pflege als Darlehen vom Sozialamt. Sie müssen aber eine Grundschuld eintragen lassen.

Was zählt zum Einkommen?

Ihr Einkommen ist erst einmal alles, was Sie einnehmen – wie Rente, Betriebsrente, Zinsen, Miet-Einnahmen. Es ist egal, ob Sie etwas regelmäßig oder nur einmal bekommen. Von diesem Brutto-Einkommen werden abgezogen: Werbungs-Kosten, Beiträge zur Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosen-Versicherung sowie Steuern. Auch Beiträge für andere Versicherungen – etwa für Hausrat und Haftpflicht – können abgezogen werden.

Dieses Einkommen wird verglichen mit einer **Einkommens-Grenze**. So setzt sich die Einkommens-Grenze zusammen (Werte für 2019):

- Grundbetrag 848 €
- dazu: eine angemessene Kaltmiete – sie richtet sich nach der Größe und dem Zustand Ihrer Wohnung und den Preisen in Ihrer Gegend
- dazu: jeweils 297 € für den Ehepartner oder Lebenspartner
- dazu: jeweils 297 € für andere Personen im selben Haushalt, wenn sie hauptsächlich vom Geld des Pflegebedürftigen leben

Bei der häuslichen Pflege müssen Sie in der Regel nur etwas dazu bezahlen, wenn Ihr Einkommen höher ist als die Einkommensgrenze. Bei der stationären Pflege müssen Sie auch Einkommen unter der Einkommensgrenze einsetzen.

BEISPIEL FÜR DIE BERECHNUNG DER EINKOMMENS-GRENZE (ALLE BETRÄGE IN €)

Sie sind alleinstehend und bekommen eine Rente von 1.400 € und eine Betriebsrente von 250 € im Monat. Sie zahlen 400 € im Monat an Kaltmiete (ohne Heizung).

| | | | |
|--------------------------------------|--|-------|---------|
| Einkommen | Rente | 1.400 | |
| | Betriebsrente | 250 | |
| | Einkommen | | 1.650 |
| davon wird abgezogen | Sozial-Versicherung | 160 | |
| | Steuern | 140 | 300 |
| | Einkommen | | 1.350 |
| Einkommens-Grenze | Grundbetrag | 848 | |
| | Angemessene Kaltmiete | 400 | |
| | Einkommens-Grenze | | 1.248 |
| Einkommen über der Einkommens-Grenze | Gesamtbetrag | | 102 |
| | davon 60–80 % für die häusliche Pflege, die zahlen Sie | | 60 – 80 |

Beratung:

Für die **häusliche Pflege** müssen Sie nicht den ganzen Betrag verbrauchen, der **über der Einkommensgrenze** liegt. Meistens wird davon 60 % bis 80 % als Eigen-Beitrag verlangt. So kommen im Beispiel 60 € bis 80 € heraus, die Sie aus Ihrem eigenen Einkommen bezahlen müssen. Den Rest bezahlt dann das Sozialamt. Lassen Sie sich in Ihrer Stadt oder Ihrem Kreis erklären, wie dort der Eigen-Beitrag berechnet wird.

Liegt Ihr Netto-Einkommen **unter der Einkommensgrenze**, so müssen Sie nur im Ausnahmefall davon einen Eigen-Beitrag für die **häusliche Pflege** bezahlen. Ein Beispiel: Einnahmen aus einer zusätzlichen privaten Pflege-Versicherung müssen Sie für die Pflege verwenden – dafür haben Sie die Versicherung ja abgeschlossen.

In einem **Pflegeheim** bleibt Ihnen von Ihrem Einkommen nur ein **Taschengeld**. Nach dem Gesetz gelten 114,48 € im Monat als angemessen. Ihr ganzes restliches Einkommen müssen Sie für die Pflege-Kosten einsetzen, die durch die Pflegekasse und ein Pflege-Wohngeld nicht gedeckt sind.

Hier können Sie sich beraten lassen: beim Sozialamt, bei einem Wohlfahrtsverband oder bei einem Rechtsanwalt mit dem Schwerpunkt Sozialhilfe-Recht.

c) Haushaltshilfe

! Sie sind zwar nicht pflegebedürftig, aber Sie brauchen Hilfe in Ihrem Haushalt? Und Sie haben kein Geld, um jemanden dafür zu bezahlen? Dann können Sie beim Sozialamt einen Antrag auf **Hilfe zur Weiterführung des Haushalts** stellen. Sie soll Ihnen ermöglichen, weiter zu Hause zu leben. Diese Hilfe rechnen einige Sozialämter zur Hilfe zum Lebensunterhalt. Das ist nicht richtig und dadurch kommen sie auf falsche Einkommens-Grenzen. Darauf sollten Sie achten.

Kapitel 7: Was erwartet mich in einem Pflegeheim?

Rechtsgrundlage: §§ 18, 43, 43b SGB 11

Eines Tages kann deutlich werden: Wenn die Pflege zu Hause oder im betreuten Wohnen nicht mehr ausreicht, können Sie sich für den Umzug in ein Pflegeheim entscheiden. In der Regel treffen Sie diese Entscheidung zusammen mit Ihren Angehörigen. Wenn Sie schon einen **Pflegegrad** haben, gilt dieser auch im Pflegeheim

Ist absehbar, dass Sie im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt oder nach der Behandlung in einer stationären Rehabilitationseinrichtung auf Pflege in einem Heim angewiesen sind, muss eine Entscheidung oft sehr schnell getroffen werden. Wird dann erstmalig ein Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung bzw. zur Feststellung auf Pflegebedürftigkeit gestellt, erfolgt die Begutachtung durch den MDK spätestens innerhalb einer Woche. Die verkürzte Begutachtungsfrist gilt auch dann, wenn Sie sich in einem Hospiz befinden oder zu Hause in der letzten Lebensphase versorgt werden. Wenn Ihre Pflegeperson eine Pflegezeit oder Familienpflegezeit angekündigt oder vereinbart hat, ist die Begutachtung nach Antragstellung innerhalb von zwei Wochen durchzuführen.

Bevor Sie sich entscheiden, in ein Pflegeheim zu ziehen, fragen Sie sich vielleicht:

1. Was für Heime gibt es?
2. Was bietet ein Pflegeheim?
3. Was kostet ein Pflegeheim?
4. Wer bezahlt was? Pflegekasse – ich selbst – Sozialamt – Krankenkasse
5. Wie wird das Pflegeheim bezahlt?
6. Wer setzt sich im Pflegeheim für mich ein?
7. Wer kontrolliert das Pflegeheim? MDK und Heimaufsicht.

1. Was für Heime gibt es?

Pflegeheime können ganz **unterschiedlich groß** sein – das reicht von etwa 10 Plätzen in kleinen Einrichtungen bis zu 100 oder 150 Plätzen in großen Einrichtungen. In Deutschland gibt es mehr als 14.000 Pflegeheime – zusammen bieten sie fast eine Mio. Plätze. Daher finden sich bestimmt auch in Ihrer Nähe Pflegeheime. Nicht alle MitarbeiterInnen sind Pflege-Fachkräfte, aber ein größerer Teil.

In manchen Heimen leben die BewohnerInnen in kleineren **Wohngruppen**. Hier kochen und essen

sie gemeinsam. In allen Pflegeheimen können Sie sich mit anderen BewohnerInnen treffen. Sie können zusammen etwas spielen, Handarbeiten machen, malen oder andere Angebote nutzen.

Wenn Sie etwas nicht allein tun können, bekommen Sie Hilfe – zum Beispiel beim Waschen, Anziehen oder Essen. Die PflegerInnen helfen Ihnen auch, Stützstrümpfe an- und auszuziehen oder bei Inkontinenz die Vorlagen zu wechseln.

2. Was bietet ein Pflegeheim?

a) Zimmer und Einrichtung

In Pflegeheimen gibt es fast nur noch **Ein- und Zweibettzimmer**. Zum Zimmer gehört meistens eine eigene Dusche und Toilette. Viele ältere Menschen möchten ein Einbett-Zimmer – das sind sie von zu Hause gewohnt. Andere möchten lieber in einem Zweibett-Zimmer wohnen, etwa Ehepaare.

In vielen Pflegeheimen können Sie Ihr Zimmer **ähnlich wie zu Hause** einrichten. Sprechen Sie ab, was Sie an eigenen Möbeln, Bettwäsche, Tischdecken und anderen persönlichen Dingen mitbringen können. Natürlich tragen Sie im Heim Ihre eigene Kleidung. In einige Heime können Sie auch Ihr Haustier mitnehmen.

Wenn Sie gerne fernsehen, rauchen oder Alkohol trinken, können Sie das in Ihrem Zimmer im Heim weiterhin tun. Allerdings gibt es auch in Pflegeheimen eine Hausordnung, die zu beachten ist, etwa die Berücksichtigung von Vorsichtsmaßnahmen beim Umgang mit Feuer oder von Ruhezeiten.

Sie entscheiden selbst, wann Sie morgens aufstehen. Im Restaurant des Heims suchen Sie sich aus, was Sie essen wollen. Sie können bei kulturellen Veranstaltungen im Heim mitmachen und Sie können auch außerhalb des Heims etwas unternehmen.

Ein Zimmer für mich allein?

Ein Einbett-Zimmer kostet pro Person meistens etwas mehr als ein Zweibett-Zimmer. Wenn Sie diesen Zuschlag nicht selbst bezahlen können, muss das Sozialamt ihn übernehmen. Einige Sozialämter lehnen dies ab – sie finden es für Sozialhilfe-Empfänger zumutbar, auf Dauer in einem Zweibett-Zimmer zu wohnen. Wir – die Autoren

dieser Broschüre – haben dazu eine andere Meinung: Niemand kann gezwungen werden, mit einer fremden Person im selben Zimmer zu leben. Das verstößt gegen die Würde des Menschen. Daher empfehlen wir Ihnen:

! Wenn das Sozialamt den Zuschlag für ein Einbett-Zimmer nicht bezahlt, legen Sie Widerspruch ein und klagen Sie gegen die Entscheidung. Übrigens: In einigen Bundesländern sind bereits Vorgaben erlassen worden, dass in absehbarer Zeit nur noch Einbett-Zimmer angeboten werden dürfen.

b) Wie sind Pflegeheime auf verwirrte Menschen eingestellt?

Unter den BewohnerInnen in Pflegeheimen sind viele **Menschen mit demenziellen Erkrankungen**. Daher gibt es in vielen Pflegeheimen spezielle Angebote für deren Betreuung und Pflege – etwa besondere Wohngruppen und spezielle Wohnraumkonzepte. Suchen Sie gerade ein solches Heim? Sprechen Sie mit der Heimleitung – machen Sie sich als Angehörige ein Bild davon, wie und mit welcher Einstellung Menschen mit demenziellen Erkrankungen betreut werden, bevor Sie sich entscheiden.

Manche Pflegebedürftige sind sehr unruhig und schaffen es immer wieder, das Pflegeheim zu verlassen. Daher haben einige Heime **Video-Kameras** und überwachen damit das Gelände oder die Außentüren. Außerdem gibt es kleine **Sender**, die an der Kleidung befestigt werden können. Damit werden verschwundene BewohnerInnen schnell wiedergefunden. Wenn Sie sich einmal verlaufen, kann das eine große Hilfe sein. Diese Geräte sind nur erlaubt, wenn Sie oder Ihr Betreuer einverstanden sind. In der Regel muss der Betreuer sogar eine Entscheidung des Familiengerichts einholen. **Nicht erlaubt** ist eine Video-Überwachung in Ihrem Zimmer, in der Dusche oder Toilette, in den Fluren, in der gemeinsamen Küche oder im gemeinsamen Wohnbereich. Bei Fragen zur Video-Überwachung wenden Sie sich an den Beauftragten für den Datenschutz – direkt im Heim oder in Ihrem Bundesland.

c) Was passiert, wenn ich für einige Zeit nicht im Pflegeheim bin, oder vor Ablauf der Kündigungsfrist ausziehe?

Rechtsgrundlage: §87a SGB 11

Wenn Sie ins Krankenhaus müssen oder wenn Sie eine Weile bei Ihren Angehörigen zu Besuch sind,

zahlen Sie dem Pflegeheim ab dem vierten Tag ein sogenanntes **Platzgeld**. Es ist mindestens ein Viertel niedriger als der volle Preis. Die Investitions-Kosten (siehe unten: Was kostet ein Pflegeheim?) müssen Sie allerdings voll weiterbezahlen. Die Pflegekasse zahlt weiter für die Pflege-Leistungen, solange Sie höchstens sechs Wochen im Jahr außerhalb des Pflegeheims leben. Solange mindestens ist Ihnen auch Ihr Zimmer sicher. Wollen Sie länger wegbleiben, klären Sie dies vorher im Pflegeheim. Tage, an denen Sie im Krankenhaus oder einer Reha-Klinik sind, zählen dabei nicht mit.

Das Pflegeheim kann bei einem vorzeitigen Auszug des Bewohners vor Ablauf der Kündigungsfrist des Heim- und Betreuungsvertrages nur bis zum tatsächlichen Auszugsdatum eine Vergütung verlangen. Dies hat der Bundesgerichtshof entschieden, weil das Gesetz für Bezieher von Leistungen der sozialen Pflegeversicherung eine taggenaue Abrechnung vorschreibt.

3. Was kostet ein Pflegeheim?

Rechtsgrundlage: §§43, 87a, 88 SGB 11

In der Abrechnung sehen Sie, für welche Leistungen Sie an das Pflegeheim zahlen. Dies sind Pflege, Wohnen und Verpflegung, Investitionen und zusätzliche Leistungen.

a) Kosten für die Pflege-Leistungen

Zu den Pflege-Leistungen gehört:

- Hilfe beim Waschen, Anziehen und auf der Toilette; beim Essen; beim Aufstehen, Gehen, woanders Hinkommen
- medizinische Behandlungs-Pflege: Medikamente geben; aufmerksam Ihren Gesundheits-Zustand beobachten; Verbände anlegen; sorgfältiges Betten und Lagern, damit Sie keine offenen Druckstellen bekommen; bei Bedarf die Ernährung über eine Sonde und mehr
- pflegerische Betreuung sowie der Umgang von Mensch zu Mensch: die BewohnerInnen miteinander bekannt machen, kulturelle Veranstaltungen für die BewohnerInnen, Ausflüge, Beratung und Unterstützung bei Anträgen
- eine Notruf-Anlage und Hilfe im Notfall, zu jeder Uhrzeit
- mit Ihren Angehörigen und mit Ihrem Arzt zusammenarbeiten.

Bei einer Versorgung in einem stationären Pflegeheim erhalten Sie für die **Pflegegrade 2 bis 5** pauschale Beträge zur Finanzierung der Pflegeleistungen. In

ihnen ist festgelegt, welche Pflege-Leistungen das Pflegeheim für Sie bereithält. Dabei geht das Pflegeheim von einem Mittelwert aus. Es muss dafür sorgen, dass Sie jeden Tag das bekommen, was Sie brauchen. Das ist mal weniger und mal mehr. Nur wenn Sie auf Dauer viel mehr Pflege brauchen, kommen Sie auf Antrag oder im Rahmen einer regulären Wiederholungsbegutachtung in einen höheren Pflegegrad. Einen niedrigeren Pflegegrad erhalten Sie dann, wenn Sie weniger Pflege benötigen.

Wenn Sie in einem Pflegeheim leben und **Pflegegrad 1** haben, erhalten Sie von der Pflegekasse lediglich einen monatlichen Zuschuss von 125 € – genau so viel wie in der ambulanten Versorgung. Sie müssen dann selbst bezahlen, was Sie an Pflege brauchen. Wenn Sie die vollen Kosten für das Pflegeheim nicht selbst bezahlen können, sollten Sie einen Antrag beim Sozialamt stellen. In bestimmten Fällen kann das Sozialamt nämlich auch **Kosten für Pflegebedürftige im Pflegegrad 1** übernehmen (siehe Kapitel 6 Abschnitt 9).

b) Kosten für das Wohnen und die Verpflegung

Was Sie im Pflegeheim für Unterkunft und Verpflegung zahlen, können Sie jeden Monat in der Abrechnung sehen.

Die Kosten für die **Unterkunft** sind mit der Miete vergleichbar. Deshalb haben Sie in einem Pflegeheim die gleichen Rechte wie andere Mieter auch.

Zur Unterkunft gehören: Ihr eigenes Zimmer, die Gemeinschaftsräume, das Restaurant, der Garten und die Räume für die Küche, für Waschmaschinen, Keller usw. Mit den Kosten für die Unterkunft bezahlen Sie auch: dass Ihr Zimmer und die gemeinsamen Flächen gereinigt werden, dass geheizt wird, Strom, Wasser und Renovierung, die regelmäßig nötig ist.

Von den **Verpflegungs-Kosten** werden die Lebensmittel bezahlt und die MitarbeiterInnen, die die Mahlzeiten zubereiten und servieren.

Wenn Sie aus medizinischen Gründen nur über eine **Sonde ernährt** werden können –, dann bezahlt dies die Krankenkasse. Deshalb darf Ihnen das Pflegeheim in diesem Fall für die Verpflegung nur einen kleinen Anteil berechnen. Dies wird in der Regel nur rund ein Drittel des Verpflegungsanteils sein, was den reinen Lebensmittelkosten entspricht.

c) Beteiligung an den Kosten der Einrichtung (Investitions-Kosten)

Gemeint sind hier die Kosten für das Gebäude und alle anderen langfristigen Investitionen, wie beispielsweise die Möbel, die Küche aber auch die

EDV der Verwaltung. Die Kosten werden auf die BewohnerInnen umgelegt. Wenn das Heim öffentliche Förder-Gelder bekommen hat, müssen die BewohnerInnen weniger zahlen. Das Pflegeheim kann von BewohnerInnen, die Sozialhilfe bekommen, weniger verlangen als von denen, die mehr Geld haben. Im Bundesdurchschnitt beträgt der Investitionskostensatz derzeit ca. 460 € mtl. mit erheblichen Schwankungen zwischen den Bundesländern.

d) Zusatz-Leistungen – für etwas mehr Komfort

Viele Pflegeheime bieten **zusätzliche Leistungen** an, die auch extra bezahlt werden müssen. Das können sein: ein Festnetztelefon oder ein Kabelanschluss für Fernsehen, das Waschen und Reinigen Ihrer Kleidung, teurere Mahlzeiten zum Auswählen, ein Gästezimmer, etwas Besonderes zu Essen für Ihre Geburtstags-Gäste. Oft gibt es einen Friseur, der einen Salon im Pflegeheim hat oder in Ihr Zimmer kommt. Das tägliche Kämmen und Frisieren, das Haarewaschen und –trocknen und Rasieren gehört dagegen zu den Pflege-Leistungen des Heims – wenn Sie es nicht mehr selbst können.

e) Wie werden die Leistungen im Pflegeheim abgerechnet?

Sie schließen mit dem Heim einen Vertrag. Darin steht, was die täglichen Leistungen kosten. In vielen Verträgen findet sich eine Beispiel-Abrechnung für einen Monat.

BEISPIEL FÜR DIE MONATS-KOSTEN IN EINEM PFLEGEHEIM BEI 30 TAGEN

| Leistungen | Beispiel-Beträge in € | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| | Pflege-grad 2 | Pflege-grad 3 | Pflege-grad 4 | Pflege-grad 5 |
| Allgemeine Pflegeleistungen | 50,33 | 66,73 | 83,83 | 91,50 |
| Unterkunft | 10,00 | 10,00 | 10,00 | 10,00 |
| Verpflegung | 10,00 | 10,00 | 10,00 | 10,00 |
| Investitions-Kosten | 17,00 | 17,00 | 17,00 | 17,00 |
| Summe pro Tag | 87,33 | 103,73 | 120,83 | 128,50 |
| Summe pro Monat (gerundet) | 2.620,00 | 3.112,00 | 3.625,00 | 3.855,00 |
| Zusatz-Leistungen | je nachdem, was Sie sich gönnen | | | |

In jeder Monats-Abrechnung steht, für wie viele Tage Sie bezahlen müssen. In „angebrochenen“ Monaten werden Ihnen nur die Tage berechnet, die Sie in dem Pflegeheim gewohnt haben.

4. Wer bezahlt was? Pflegekasse – ich selbst – Sozialamt – Krankenkasse

a) Was bezahlt die Pflegekasse?

Rechtsgrundlage: §§8, 43, 43b, 84 SGB 11

Wenn Sie im Pflegeheim leben, zahlt die Pflegekasse einen Zuschuss zu den Pflege-Kosten. Dafür gibt es einen Höchstbetrag im Monat, der sich nach Ihrem Pflegegrad richtet. In der Regel können Sie damit rechnen, **diesen Höchstbetrag zu bekommen**.

| Pflegegrad | Monatsbetrag in € |
|------------|-------------------|
| 2 | 770 |
| 3 | 1.262 |
| 4 | 1.775 |
| 5 | 2.005 |

Die restlichen Kosten müssen Sie selbst bezahlen, also für Unterkunft und Verpflegung, die Investitions-Kosten (siehe oben Abschnitt 3) sowie Zusatz-Leistungen.

Die Pflegekasse zahlt für alle Pflegebedürftigen ab dem Pflegegrad 2 einen Zuschlag für zusätzliche Betreuung und Aktivierung. Sie haben auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung durch Ihr Pflegeheim einen Rechtsanspruch. Pflegeheime erhalten zudem ab 2019 einen Personalzuschlag für mehr pflegerische Zuwendung. In beiden Fällen bekommt, Ihr Pflegeheim das Geld dafür direkt von der Pflegekasse. Sie werden damit nicht zusätzlich finanziell belastet.

Die Pflegekasse zahlt für die Tage, die Sie tatsächlich im Heim wohnen – wenn Sie zum Beispiel mitten im Monat einziehen. Dasselbe gilt für die häusliche Pflege **vor dem Umzug** ins Pflegeheim. Wenn Sie für mehrere Tage **Verwandte oder Freunde besuchen**, brauchen Sie weiterhin Pflege. Für diese Tage haben Sie Anspruch auf Pflegegeld oder auf häusliche Pflege durch einen Pflegedienst. Allerdings zahlt die Pflegekasse in einem Monat insgesamt höchstens den Betrag, der oben in der Tabelle steht.

b) Was muss ich selbst bezahlen?

In der Monats-Abrechnung sehen Sie die Gesamt-Kosten für alle Leistungen des Pflegeheims. Davon wird abgezogen, was die Pflegekasse übernimmt. In der folgenden Tabelle (die Daten kommen von oben, Abschnitt 3 e)) sehen Sie, wie hoch Ihr Eigenanteil wäre. Sie sehen hier, dass Ihr Eigenanteil immer gleich hoch ist – ganz unabhängig davon, welchen Pflegegrad Sie haben. Insofern müssen Sie auch keine höheren Kosten befürchten, wenn sich Ihr Pflegegrad erhöht.

BEISPIEL FÜR DIE AUFTEILUNG DER PFLEGEHEIM-KOSTEN FÜR 30 TAGE (IN €)

| Pflegegrad | Gesamt-Kosten im Monat | Soviel zahlt die Pflegekasse | Soviel müssten Sie zahlen einheitlicher Eigenanteil |
|------------|------------------------|------------------------------|---|
| 2 | 2.620,00 | 770,00 | 1.850,00 |
| 3 | 3.112,00 | 1.262,00 | 1.850,00 |
| 4 | 3.625,00 | 1.775,00 | 1.850,00 |
| 5 | 3.855,00 | 2.005,00 | 1.850,00 |

c) Wie geht es weiter, wenn ich mehr Pflege brauche?

Rechtsgrundlage: §87a SGB 11

Es kann sein, dass Sie mit der Zeit allmählich immer mehr Hilfe und Unterstützung brauchen und bekommen. Dadurch wird Ihre Pflege für das Heim teurer. Das Pflegeheim wird Sie schriftlich auffordern, überprüfen zu lassen, ob Sie in einen **höheren Pflegegrad** gehören. Wenn Sie höher eingestuft werden, ändert sich Ihr Vertrag mit dem Pflegeheim. Sie müssen in keinem Fall mehr bezahlen, denn es gibt seit 2017 **einrichtungseinheitliche Eigenanteile**, die immer gleich hoch sind, ganz egal in welchem Pflegegrad Sie eingestuft sind.

Sie können sich weigern, den Antrag auf Überprüfung bei der Pflegekasse zu stellen. Dann darf das Pflegeheim nach einem Monat von Ihnen den höheren Betrag verlangen.

d) Was bezahlt das Sozialamt?

Rechtsgrundlage: §§61 ff. SGB 12

Wenn Sie von Ihrem Einkommen und Vermögen die Rechnungen des Pflegeheims nicht bezahlen können, müssen Ihre Kinder Ihnen helfen. Wenn sie das nicht können oder wenn Sie keine Kinder haben, können Sie einen Antrag beim Sozialamt stellen.

In Deutschland leben über 800.000 Menschen im Pflegeheim. Von ihnen erhalten über 40 % ergänzende Leistungen vom Sozialamt (siehe Kapitel 6 Abschnitt 9). Damit wollen wir Ihnen sagen: Sie haben ein Recht auf diese Leistungen – scheuen Sie sich nicht, einen Antrag zu stellen. Fragen Sie in Ihrem Pflegeheim oder bei der Gemeinde-Verwaltung, welches Sozialamt für Sie zuständig ist. Dort müssen Sie mit dem Antrag auch Papiere über Ihr Einkommen und Vermögen vorlegen. Das Sozialamt prüft zudem Ihre Heimpflegebedürftigkeit. Dabei wird z. B. geklärt, ob die Pflege zu Hause nicht möglich ist, oder nicht in Betracht kommt. Sie bekommen dann einen Bescheid. Darin steht, wie viel Ihrer Kosten vom Sozialamt übernommen werden. Sie sehen darin auch, welcher Eigenanteil Ihnen zugemutet wird (siehe Kapitel 6, Abschnitt 9).

Wenn Ihnen das Sozialamt etwas für das Pflegeheim bezahlt, behalten Sie ein **Taschengeld** (siehe Kapitel 6 Abschnitt 9). Sie können in diesem Fall auch einen Antrag beim Sozialamt stellen, wenn Sie neue Bekleidung brauchen.

e) Was bezahlt die Krankenkasse?

Rechtsgrundlage: SGB 5

Im Pflegeheim sind Sie genau so krankenversichert wie zu Hause. Sie können sich Ihren **Arzt frei aussuchen**. Einige Ärzte besuchen Sie im Pflegeheim, wie vorher zu Hause. Die Mitarbeiterinnen des Pflegeheims arbeiten eng mit den Ärzten zusammen. Übernommen werden auch die Kosten für Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung. Genehmigt werden ohne größeren Aufwand die Kosten, sofern ein Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“, „Bl“ oder „H“, oder eine Einstufung in den Pflegegrad 3, 4 oder 5 vorliegt. Bei Einstufung in den Pflegegrad 3 muss zusätzlich eine dauerhafte Beeinträchtigung der Mobilität vorliegen, oder bis zum 31. Dezember 2016 eine Einstufung in die Pflegestufe 2 erfolgt sein. In allen anderen Fällen muss die Krankenfahrt beantragt und auf die Genehmigung gewartet werden.

Ihre Krankenkasse bezahlt eine medizinisch notwendige Sondenernährung. Das Pflegeheim darf in diesem Fall nur einen kleinen Teil für Ihre Verpflegung berechnen.

Pflegeheime haben die Möglichkeit, auf Kosten der Krankenkassen für ihre Bewohner eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase anzubieten. Das zusätzliche Beratungsangebot orientiert sich an der individuellen Situation des Bewohners und soll seinen Willen in den Mittelpunkt der medizinisch-pflegerischen Versorgung und Betreuung am Lebensende stellen. So kann z. B. festge-

halten werden, wer im Falle des Ablebens informiert werden soll.

Für Zuzahlungen und Eigenbeteiligungen gelten dieselben Regeln wie für die häusliche Versorgung. Bei den **Zuzahlungen** gibt es eine Belastungsgrenze. Nur bis zu dieser Grenze müssen Sie zuzahlen. Wenn Sie Sozialhilfe bekommen, wird dieser Betrag im Pflegeheim auf das Jahr verteilt – Ihnen werden dann regelmäßig 8,48 € (ab 2019) von Ihrem Taschengeld abgezogen. Sind Sie chronisch krank, wird nur die Hälfte abgezogen, also 4,24 € (ab 2019). Dann brauchen Sie im ganzen Jahr nichts weiter zuzuzahlen.

5. Wie wird das Pflegeheim bezahlt?

Rechtsgrundlage: §87a SGB 11

Sie bekommen vom Pflegeheim eine **Monats-Rechnung**. Darin sehen Sie zunächst die Gesamtkosten. Was Ihre Pflegekasse bezahlt, wird abgezogen.

Falls Sie Hilfe zur Pflege vom Sozialamt bekommen, finden Sie diesen Betrag ebenfalls – er wird auch abgezogen. Am Schluss sehen Sie, was Sie selbst an das Pflegeheim überweisen müssen. Das Pflegeheim rechnet mit der Pflegekasse und oft auch mit dem Sozialamt **direkt** ab. Auch bei Privat-Versicherten kann das Pflegeheim meistens die Leistungen der privaten Pflege-Versicherung direkt abrechnen.

Was die zugelassenen Pflegeheime für Pflege, Wohnen und Verpflegung und Investitionskosten bekommen, handeln diese mit den Pflegekassen und den Sozialämtern aus – in den **Pflegesatz-Vereinbarungen**. Als Bewohner können Sie daher nichts mehr an den Preisen ändern. Achten Sie also auf die Kosten, bevor Sie ein Pflegeheim auswählen.

6. Wer setzt sich im Pflegeheim für mich ein?

Rechtsgrundlage: Wohn- und Betreuungsvertrags-gesetz, Heimgesetze der Bundesländer

Dafür gibt es in den meisten Pflegeheimen einen **Heimbeirat** oder einen **Heimfürsprecher**. Der Heimbeirat wird von den Bewohnern des Pflegeheims gewählt. Die Mitglieder im Heimbeirat müssen nicht alle im Pflegeheim wohnen – in den Heimbeirat können auch Angehörige und Betreuer gewählt werden oder andere Personen.

Der Heimbeirat redet mit, wenn es etwa darum geht,

- wie Sie wohnen und wie die Ausstattung ist,
- wie Sie betreut und gepflegt werden,
- was in Ihrem Vertrag mit dem Heim stehen soll,
- was in der Heimordnung stehen soll,
- wie für das Essen gesorgt wird,
- welche Angebote es für die Freizeit gibt.

Das Pflegeheim muss den Heimbeirat anhören, wenn es die Preise erhöhen will. Der Heimbeirat ist also wichtig für Sie – ihn können Sie ansprechen.

7. Wer kontrolliert das Pflegeheim? MDK und Heimaufsicht

Pflegeheime werden durch die Pflegekassen kontrolliert – dies macht der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) (für die privaten Pflegeversicherungen der private Prüfdienst), und durch den Staat – dies macht die Heimaufsicht.

a) So prüft der MDK

Rechtsgrundlage: §§ 114 ff. SGB 11

Jedes Pflegeheim wird **einmal im Jahr** durch den MDK geprüft, es sei denn, die Beurteilung der Einrichtung ist überdurchschnittlich gut. In diesem Fall kommt der MDK alle zwei Jahre. Grundlage dafür ist ein wissenschaftlich fundiertes Instrument zur Qualitätsbeurteilung, welches insbesondere den Zustand und die Zufriedenheit der Bewohner/innen berücksichtigt. Hierzu erhebt das Pflegeheim halbjährlich eigenständig Qualitätsdaten bei den Bewohnern. Es geht dabei um Erhalt und Förderung von Selbständigkeit, den Schutz vor gesundheitlichen Schädigungen und Belastungen und die Unterstützung bei spezifischen Bedarfslagen. Die Ergebnisse werden veröffentlicht. Dabei werden die Einrichtungen miteinander verglichen und anhand eines Durchschnittswertes ist erkennbar, wie die Einrichtung abschneidet. Somit haben Pflegeheime ständig einen Anreiz, sich zu verbessern.

Die Ergebnisse sind auch Bestandteil der MDK-Prüfung. Die MitarbeiterInnen des MDK können mit kurzfristiger Anmeldung, oder in dringenden Fällen auch ohne Anmeldung ins Heim kommen und sich überall umsehen und mit allen sprechen. Die Heimleitung muss das zulassen. **Wenn Sie damit einverstanden sind**, können die Prüfer des MDK in Ihr Zimmer kommen. Sie sollen nämlich feststellen, wie gut Sie gepflegt werden.

Der MDK schreibt über diese Prüfung einen **Qualitäts-Bericht**. Den bekommt die Pflegekasse. Wenn das Heim schlecht arbeitet, muss es nachbessern. Im schlimmsten Fall kann die Pflegekasse den Vertrag mit dem Pflegeheim kündigen. Die Pflegekassen müssen diese Qualitäts-Berichte offen **bekannt geben** – so, dass sie leicht zu lesen sind. Sie enthalten Informationen darüber, ob keine, geringe, moderate, erhebliche oder schwerwiegende Qualitätsdefizite vorhanden sind. Sie finden diese Informationen zusammen mit der von den Einrichtungen erhobenen Ergebnisqualität im Internet (siehe Kapitel 14 Abschnitt 2), und Sie können sich die Berichte auch bei Ihrer Pflegekasse holen. Außerdem muss jedes Pflegeheim die Berichte selbst aushängen.

Sehen Sie sich unbedingt die einzelnen Punkte an, die Ihnen persönlich wichtig sind, zum Beispiel die Pflege-Leistungen selbst.

b) So prüft die Heimaufsicht

Rechtsgrundlage: Heimgesetze der Bundesländer

Eine **Heimaufsicht** gibt es **in jedem Bundesland**. Die Heimaufsicht kann ohne Anmeldung zur Prüfung ins Pflegeheim kommen. Ihre MitarbeiterInnen können sich genauso frei bewegen und mit allen sprechen wie der MDK. Die Heimaufsicht und der MDK müssen bei ihren Prüfungen **zusammenarbeiten** und sich absprechen.

Die **Heimaufsicht kann anordnen**, dass das Pflegeheim etwas verbessern oder verändern muss. Wenn das Heim dies nicht tut, muss es unter Umständen ein hohes **Bußgeld** bezahlen. Im schlimmsten Fall kann die Heimaufsicht das **Heim ganz schließen**. Dann wird dafür gesorgt, dass die Bewohner in ein anderes Pflegeheim umziehen.

Kapitel 8: Was für Verträge schließe ich mit einem Pflegedienst oder einem Pflegeheim?

1. Wenn ich zu Hause gepflegt und betreut werde

Werden Sie von Verwandten und Bekannten versorgt, so schließen Sie vermutlich keinen schriftlichen Vertrag darüber ab. Mit einem Pflegedienst oder einem Pflegeheim dagegen schon.

a) Vertrag mit einem zugelassenen Pflegedienst, einem anerkannten Angebot zur Unterstützung im Alltag oder einer anderen Firma

Rechtsgrundlage: §§45a, 120 SGB 11

Fast alle Pflegedienste sind von den Pflegekassen zugelassen. Darunter sind auch sehr kleine. Mit einem ambulanten Pflegedienst schließen Sie meist einen kurzen **Standard-Vertrag**. Achten Sie darauf, dass die Einsatzzeiten bei Ihnen zu Hause und die Preise stimmen.

Der Pflegedienst bekommt sein Geld zum Teil direkt von der Pflegekasse (Pflege-Sachleistungen, siehe Kapitel 4 Abschnitt 4). Über den Rest schickt er Ihnen jeden Monat eine Rechnung.

Die Angebote zur Unterstützung im Alltag werden vom jeweiligen Bundesland zugelassen und unterliegen der Aufsicht des Bundeslandes. Informationen über die bestehenden Angebote, die häufig auch als „Betreuungsdienste“ bezeichnet werden, erhalten Sie in Ihrem Bundesland und bei Ihrer Pflegekasse. Auch mit diesem „Betreuungsdienst“ schließen Sie einen Standard-Vertrag ab, in dem die Einsätze, Einsatzzeiten und Preise vereinbart werden.



Auch Firmen in anderen Ländern – etwa in Polen – vermitteln angestellte Hilfskräfte oder Pflegekräfte nach Deutschland. Bevor Sie einen Vertrag mit einer solchen Firma unterschreiben, die keine Zulassung als Pflegedienst oder keine Anerkennung als Angebot zur Unterstützung im Alltag besitzen, klären Sie ganz genau

- dass diese Hilfskraft bei der Firma angestellt ist,
- dass sie in Deutschland arbeiten darf und
- dass die polnische Firma Ihnen eine richtige Rechnung schreibt.

b) Vertrag direkt mit der Person, die mir hilft

Wenn meine Pflegerin als Selbstständige arbeitet

Einzelne **Haushalts-Hilfen** oder **Pflegekräfte** arbeiten als Selbstständige – sehr oft ohne Zulassung durch die Pflegekasse. Dies tun auch einige Hilfskräfte aus Osteuropa. Schließen Sie auch in diesem Fall einen schriftlichen Vertrag. Darin sollte eindeutig stehen, wann und für wie viele Stunden Sie Hilfe bekommen und wie viel die Hilfe kostet. Ihre Helferin sollte Ihnen unbedingt eine Rechnung schreiben. Es empfiehlt sich zu prüfen, ob sie ihr Gewerbe angemeldet hat.

 Für die Bezahlung nicht von der Kasse zugelassener Pflegekräfte können Sie nur auf das niedrigere  Pflegegeld zurückgreifen.

Es gibt aber auch die Möglichkeit, dass einzelne qualifizierte Pflege- oder Betreuungskräfte einen Versorgungsvertrag mit der Pflegekasse abschließen. Sie können dann mit der Kasse direkt abrechnen und der Pflegebedürftige kann dann die höheren Pflegesachleistungen erhalten. Aber Achtung: Es gibt bisher nur sehr wenige Pflegekräfte – so genannte Einzelpflegekräfte – mit einem solchen Vertrag mit der Pflegekasse! Diese Einzelpflegekräfte gehen mit Ihnen kein Beschäftigungsverhältnis ein, sondern schließen mit Ihnen einen Pflegevertrag – genauso wie ein zugelassener Pflegedienst und rechnen Sachleistungen mit den Pflegekassen ab. Übersteigen die Kosten die Sachleistungen, müssen Sie diese privat bezahlen.

Wenn ich eine Arbeitnehmerin beschäftige – Minijob

Wenn eine Haushalts-Hilfe oder Pflegekraft bei Ihnen arbeitet und nicht von einem Pflegedienst oder einer Reinigungsfirma kommt, dann arbeitet sie bei Ihnen meist als angestellte Arbeitnehmerin. Das heißt, Sie sind ArbeitgeberIn und müssen das **Arbeitsrecht** beachten. Das bedeutet zum Beispiel, dass Sie den Mindestlohn von 9,19 € und ab 01. Januar 2020 9,35 € je Stunde zahlen müssen. Das gilt **genauso bei einem Minijob**. Im Arbeits-Vertrag muss zum Beispiel stehen:

- wie viele Tage bezahlten Urlaub sie bekommt,

- wie lange sie weiter ihren Lohn bekommt, wenn sie krank wird,
- wie der Vertrag gekündigt werden kann: Sie müssen schriftlich kündigen und die Frist einhalten. Diese beträgt vier Wochen zum 15. oder zum Ende eines Monats. Wenn die Helferin zwei Jahre oder länger bei Ihnen gearbeitet hat, verlängert sich die Frist für eine Kündigung.

Für die Dauer des Urlaubs oder der Lohnfortzahlung gibt es gesetzliche Regelungen, die Sie mindestens einhalten müssen. Wenn Ihre Helferin insgesamt **höchstens 450 €** im Monat verdient – bei Ihnen und bei anderen Arbeitsstellen zusammen –, müssen Sie sie bei der **Minijob-Zentrale** anmelden. Als Arbeitgeber zahlen Sie pauschal Sozialabgaben und Steuern an die Minijob-Zentrale in Höhe von 14,74 % (2019). Ihrer Helferin müssen Sie 13,6 % vom Lohn für die Rentenversicherung abziehen und an die Minijob-Zentrale abführen. Dem kann Ihre Helferin schriftlich widersprechen. Dann wird kein Rentenversicherungsbeitrag mehr von ihrem Lohn abgezogen. Sie verliert dann aber ihre Ansprüche gegenüber der Rentenversicherung.

Beratung:

Verdient Ihre Hilfe oder Ihre Pflegekraft **mehr als 450 € im Monat**, müssen Sie als Arbeitgeber **normale Sozialabgaben und Steuern** abführen. Lassen Sie sich bei Ihrer Krankenkasse oder bei der Bundesagentur für Arbeit dazu beraten.

Schließen Sie unbedingt mit Ihrer Helferin oder Ihrer Pflegerin einen **schriftlichen Arbeitsvertrag**. Wenn Sie sich nur mündlich absprechen, müssen Sie die wichtigen Punkte dennoch aufschreiben und unterschreiben. Dieses Papier müssen Sie Ihrer Helferin oder Pflegerin geben. Dafür haben Sie einen Monat Zeit, gerechnet vom ersten Arbeitstag Ihrer Helferin. Ohne dieses Papier können Sie als Arbeitgeber später große Nachteile haben – wenn es Streit gibt. Wenn Sie Ihre Helferin bar bezahlen und sie gar nicht anmelden – weder bei der Minijob-Zentrale noch bei der Krankenkasse –, ist das Schwarzarbeit. Damit machen Sie sich strafbar.

! Falls Sie „private“ Helfer über eine Zeitungsanzeige suchen, sollten Sie sehr vorsichtig sein. Klären Sie, wer die fremden Helfer sind. Sicherer ist es, sich an bekannte Organisationen zu wenden, wie Wohlfahrtsverbände und Kirchengemeinden. Deren HelferInnen arbeiten oft ehrenamtlich und werden sorgfältig ausgesucht. Lassen Sie sich in jedem Fall die Angebote und die Adressen schriftlich geben.

c) Entschädigung für Ehrenamtliche

Ehrenamtliche HelferInnen bekommen keinen Lohn – Sie können aber eine Entschädigung erhalten. Dafür können Sie Ihr Pflegegeld nehmen. Solange eine Person höchstens 2.400 € im Jahr bekommt, fallen keine Steuern und Sozialabgaben an. Voraussetzung:

- Die Hilfskraft macht diese Arbeit nicht beruflich.
- Eine gemeinnützige Organisation hat Ihnen die Hilfskraft vermittelt – etwa ein Wohlfahrtsverband – und wird in Ihrem Auftrag tätig.

d) Absicherung bei einem Unfall im Haushalt

Im Haushalt passieren die meisten **Unfälle**. **Sichern Sie sich für diesen Fall ab**. Melden Sie Ihren Haushalt bei der Unfallkasse an. Für die Anmeldung schreiben Sie der Unfallkasse, dass Sie in Ihrem Haushalt eine Hilfe beschäftigen, das reicht. Die Unfallkasse kostet etwa 50 € im Jahr. Die Adressen der Unfallkassen finden Sie hier

- im Telefonbuch oder auf der Homepage der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung:
www.dguv.de

2. Wenn ich im Pflegeheim wohne

Rechtsgrundlage: Wohn- und Betreuungsvertrags-gesetz

Bevor Sie in ein **Pflegeheim** ziehen, erhalten Sie einen **langen Vertrag**. Um diese Fragen geht es:

- Welche **Leistungen** erhalte ich in den Bereichen Wohnen, Verpflegung, Pflege, Betreuung tagsüber und welche Zusatz-Leistungen gibt es? Die Leistungen sollen **genau beschrieben** werden.
- Was kostet das Heim? Die Preise für die allgemeine Pflege, das Wohnen, die Verpflegung, die Investitions-Kosten, die Zusatz-Leistungen. Wie hoch ist mein Eigenanteil?
- Was bedeutet es für mich, wenn die **Preise** für das Heim steigen?
- Wie geht das Heim damit um, wenn ich **mehr Pflege** brauche (siehe dazu Kapitel 7 Abschnitt 4)?
- Wie wird das Heim bezahlt? Wie werden Zusatz-Leistungen abgerechnet?
- Wie viel eigene Möbel und andere Sachen kann ich mitbringen?
- Bis wann gilt der Vertrag oder wann kann ich ihn kündigen?

Kapitel 9: Bekomme ich Pflegeleistungen auch im Ausland?

Rechtsgrundlage: §34 SGB 11

Bis zu sechs Wochen im Jahr bekommen Sie das Pflegegeld weiter, wenn Sie ins Ausland fahren. Das gilt für alle Staaten. Die Pflegekasse zahlt auch bis zu sechs Wochen, wenn Sie durch einen in Deutschland zugelassenen Pflegedienst im Ausland gepflegt werden. Dann muss eine Pflegekraft Sie ins Ausland begleiten.

In allen Staaten der **Europäischen Union (EU)** sowie in der Schweiz, in Liechtenstein, Island und Norwegen erhalten Sie das **Pflegegeld** weiter – egal, wie lange sie dort bleiben. Dafür müssen Sie natürlich weiter in Deutschland versichert sein.

Es gibt Ausnahmen: Wenn Sie bei einem Aufenthalt im Ausland Pflege-Leistungen von einem anderen EU-Staat bekommen – zum Beispiel eine belgische Invalidenrente mit Zuschlag wegen Pflegebedürftigkeit – dann kann Ihr deutsches Pflegegeld gekürzt werden.

Auch dies ist in allen EU-Staaten möglich:

- Auf Antrag kann dort festgestellt werden, dass Sie pflegebedürftig sind.
- Wenn Sie Pflegegeld bekommen, sollen Sie sich regelmäßig beraten lassen und dies Ihrer Pflegekasse mitteilen – das geht auch im EU-Ausland.
- Wer Sie dort pflegt, wird rentenversichert – hier sind Pflegepersonen wie Angehörige oder Bekannte gemeint. Klären Sie mit Ihrer Pflegekasse, was Sie dafür tun müssen.

Andere Pflege-Leistungen sind in anderen EU-Staaten unterschiedlich geregelt. Sie können in einem anderen EU-Staat das bekommen, was dort die versicherten Pflegebedürftigen auch bekommen. Informieren Sie sich bei Ihrer Pflegekasse, bevor Sie für längere Zeit ins Ausland fahren.

Wenn Sie in ein Land außerhalb der EU fahren, etwa in die Türkei, hört Ihre Pflegekasse nach sechs Wochen auf zu zahlen.

Kapitel 10: Was muss ich tun, um Leistungen zu erhalten?

1. Leistungen von der Pflegekasse

Rechtsgrundlage: §§ 7a, 7b, 18 und 33 SGB 11

a) Erster Schritt: Einen Antrag stellen

Antrag: Leistungen der Pflegekasse bekommen Sie nur auf **Antrag**. Dafür brauchen Sie keinen Vordruck. Sie sollten ihn **schriftlich** stellen – es geht aber auch mündlich direkt bei der Pflegekasse. Sie bekommen Leistungen ab dem Tag, an dem Sie Ihren **Antrag** gestellt haben.

Sie müssen nicht allein und nicht selbst zur Pflegekasse gehen. Sie können sich eine **vertraute Person** mitnehmen oder jemand anderes schicken – mit einer **Vollmacht** von Ihnen.

! Wenn Sie aus dem Krankenhaus kommen und **häusliche Krankenpflege** brauchen, müssen Sie keinen Antrag stellen. Der Arzt im Krankenhaus und dann Ihr Hausarzt verschreibt Ihnen diese Krankenpflege auf einer Verordnung.

Sobald die Pflegekasse Ihren Antrag erhält, muss sie Ihnen einen Beratungstermin anbieten (auf Wunsch auch bei Ihnen zu Hause), oder Ihnen einen Gutachten für eine unabhängige Beratungsstelle schicken. Der **Beratungstermin muss innerhalb von zwei Wochen** liegen. Sie sollten die Beratung nutzen.

b) Wie entscheidet die Pflegekasse?

Die Pflegekasse lässt ein **Gutachten vom MDK** erstellen. Dafür kommt ein MDK-Mitarbeiter zu Ihnen nach Hause – oder ins Krankenhaus, wenn Sie akut krank sind. Bitten Sie einen Angehörigen oder eine Pflegekraft, dabei zu sein – damit Sie an alles denken und Unterstützung haben. Allerdings kann der MDK-Mitarbeiter während seines kurzen Besuchs Ihre Lage vielleicht nicht richtig einschätzen. Womöglich geht es Ihnen gerade an diesem Tag viel besser als sonst. Sie sollten daher erlauben, dass Ihre Ärzte, Pflegekräfte und Angehörigen **etwas über Sie mitteilen** dürfen. Ärztliche Stellungnahmen sollen vom MDK berücksichtigt werden.

Ein sogenanntes **Pflegetagebuch** kann auch bei der Einschätzung helfen. Darin schreiben Sie oder Ihre

Angehörigen vor dem Besuch über mehrere Tage auf, welche Hilfe Sie morgens, mittags und abends, oder zu anderen Zeiten brauchen. Füllen Sie für sich den Fragebogen am Ende von Kapitel 3, Abschnitt 4 aus. Diese Fragen stellt auch der MDK. Beim Spitzenverband des Medizinischen Dienstes können Sie sich detailliert über das Begutachtungsverfahren informieren – www.mds-ev.de.

Der MDK soll der Pflegekasse auch mitteilen, ob Prävention oder eine medizinische Behandlung Ihnen helfen könnte – zum Beispiel eine Reha-Maßnahme oder Krankengymnastik und welche Hilfsmittel Sie ggf. benötigen. Wenn Sie von der Pflegekasse nichts darüber erfahren oder mit dem Ergebnis des Gutachtens unzufrieden sind, können Sie mit Ihrem Arzt, einer Pflegeberatung, oder auch einer Pflegeeinrichtung (siehe Kapitel 14 Abschnitt 1) beraten, wie Sie mit den Vorschlägen des MDK umgehen. Das MDK-Gutachten wird Ihnen automatisch zugesandt, es sei denn, Sie wollen das nicht.

So arbeitet der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK)

Der MDK ist eine unabhängige Einrichtung. Im Auftrag der Krankenkassen und der Pflegekassen macht er Untersuchungen und schreibt darüber Gutachten. Der MDK hat Ärzte und Pflegekräfte – sie prüfen, ob jemand pflegebedürftig ist. Der MDK soll seine Untersuchung in angemessenen Abständen wiederholen – im Auftrag der Pflegekasse.

Die private Pflege-Versicherung hat dafür einen privaten Prüfdienst: Medicproof.

Nach dem Gutachten des MDK entscheidet die Pflegekasse, ob Sie pflegebedürftig sind und welchen Pflegegrad Sie haben. Die Pflegekasse prüft noch mehr (siehe Kapitel 3), bevor sie Leistungen bewilligt.

Sie selbst müssen auch etwas dazu tun – das heißt, Sie haben eine **Mitwirkungs-Pflicht**. Dazu gehört:

- Sie müssen den MDK-Mitarbeiter in Ihre Wohnung lassen oder in Ihr Krankenzimmer.
- Sie müssen der Pflegekasse mitteilen, wenn sich bei Ihnen etwas ändert – etwa, wenn es Ihnen auf Dauer besser geht und Sie nicht mehr so viel Pflege brauchen.

Die Pflegekasse kann ablehnen zu zahlen, wenn Sie nicht mitarbeiten. Vorher muss die Pflegekasse Sie aber schriftlich auf Ihre Pflichten hinweisen.

Sie können bei der Pflegekasse **in Ihre Akten sehen** – darauf haben Sie ein Recht. Wenn Sie sich Kopien machen lassen, müssen Sie dafür bezahlen.

c) Der Bescheid der Pflegekasse

Das steht in dem **Bescheid** der Pflegekasse:

- Ihr **Pflegegrad** (siehe Kapitel 3 Abschnitt 1),
- **welche** Leistungen Sie bekommen und
- **wie lange** Sie diese Leistungen bekommen.

Zusätzlich erhalten Sie in Kopie das Gutachten des MDK über Ihre Pflegebedürftigkeit. Die Pflegekasse prüft in jedem Fall, ob Rehabilitationsleistungen sinnvoll sind und welche Hilfsmittel Sie ggf. benötigen und gibt Ihnen dazu eine Empfehlung. Die Empfehlung gilt als Antrag auf Rehabilitationsleistungen oder Hilfsmittel, wenn Sie damit einverstanden sind. Die Krankenkasse muss Ihren Antrag dann bearbeiten.

Wenn Sie mit dem Bescheid nicht einverstanden sind, können Sie sich dagegen wehren. Wie, das steht im Bescheid: in der **Rechtsbehelfs-Belehrung**.

Manchmal bewilligt die Pflegekasse zu viele oder zu hohe Leistungen. Dann kann sie den Bescheid für ungültig erklären und einen neuen schreiben.

- **Für die Vergangenheit** (rückwirkend) darf sie das nur tun, wenn **Sie** einen Fehler gemacht haben. Das gilt zum Beispiel, wenn Sie mit Absicht etwas Falsches angegeben haben oder wenn Sie etwas verschwiegen haben. Dann kann die Pflegekasse von Ihnen Geld zurückfordern. Den Bescheid muss sie vorher aufheben.

Liegt der **Fehler bei der Pflegekasse** und war er für Sie nicht zu erkennen, dann müssen Sie nichts zurückzahlen.

- **Für die Zukunft** darf die Pflegekasse die Leistungen kürzen, wenn sich bei Ihnen etwas geändert hat. Zum Beispiel, wenn Sie weniger Pflege brauchen.

Beratung:

Oft ist es schwierig zu entscheiden, wer im Recht ist. Sie sind unsicher, ob Sie wirklich etwas zurückzahlen müssen? Dann wenden Sie sich an eine Beratungsstelle (siehe Kapitel 14 Abschnitt 1) oder einen Rechtsanwalt.

d) Was kann ich tun, wenn ich mit dem Bescheid nicht einverstanden bin?

Vielleicht finden Sie den Pflegegrad falsch, den Sie bekommen haben. Dann können Sie **Widerspruch** bei Ihrer Pflegekasse einlegen – spätestens nach

einem Monat muss er dort angekommen sein. Diese Frist beginnt mit dem Tag, an dem der Bescheid in Ihrem Briefkasten gelandet ist. Stimmt die Rechtsbehelfs-Belehrung im Bescheid nicht oder fehlt sie ganz, haben Sie ein Jahr Zeit für den Widerspruch.

Sie können den Widerspruch zunächst ohne Begründung abschicken. Lesen Sie dann aber Ihre Akte bei der Pflegekasse oder das Pflege-Gutachten. Dann sollten Sie nachträglich Ihren **Widerspruch schriftlich begründen**.

Das Widerspruchs-Verfahren ist für Sie **kostenlos**. Falls Sie einen Anwalt nehmen, müssen Sie den bezahlen. Anwalts-Kosten bekommen Sie zurück, wenn Sie mit dem Widerspruch Recht bekommen und wenn es um besonders schwierige Fragen ging.

Bekomme ich sofort mehr Geld, wenn ich Widerspruch einlege?

Beispiel: Im letzten Bescheid hat die Pflegekasse Ihnen weniger Leistungen bewilligt als bisher.

Wie geht es weiter, solange der Widerspruch bearbeitet wird?

Ihr Widerspruch hat **keine aufschiebende Wirkung** – der letzte Bescheid bleibt also weiter gültig. Das heißt, Sie bekommen weiterhin weniger Leistungen, bis über den Widerspruch entschieden ist. Sie können aber beim Sozialgericht einen Antrag auf Herstellung der aufschiebenden Wirkung stellen, damit erst einmal der vorige Bescheid weiter gilt.

Die Pflegekasse schickt Ihnen nach einigen Wochen einen **Widerspruchs-Bescheid**. Darin steht, ob Sie Recht bekommen und die Pflegekasse neu entscheidet oder nicht. Wenn Sie den Widerspruchs-Bescheid falsch finden, können Sie **vor dem Sozialgericht klagen**. Welches Sozialgericht zuständig ist, sehen Sie in der Rechtsbehelfs-Belehrung. Wie beim Widerspruch haben Sie einen Monat Zeit.

Sie müssen keine **Gerichtskosten** bezahlen und keinen Anwalt nehmen. Sie können die Klage schriftlich einreichen oder Sie gehen zum Sozialgericht und lassen die Klage dort aufschreiben.

Einen Anwalt müssen Sie selbst bezahlen. Sie bekommen die **Anwaltskosten** nur dann zurück, wenn Sie den Prozess vor dem Sozialgericht gewinnen. Wenn Sie sich keinen Anwalt leisten können, können Sie beim Sozialgericht **Prozesskosten-Hilfe** beantragen. Mit Prozesskosten-Hilfe bekommen Sie Ihre Anwaltskosten auch zurück, wenn Sie den Prozess verlieren. Die Prozesskostenhilfe muss bewilligt werden,

- wenn Sie kein Geld für einen Anwalt haben und
- Sie Aussicht haben, Ihre Klage zu gewinnen.

Wenn die Prozesskosten-Hilfe abgelehnt wird, können Sie beim Gericht Beschwerde einlegen.

Wenn Sie vor dem Sozialgericht nicht Recht bekommen, können Sie **Berufung an das Landessozialgericht** einlegen. Das geht allerdings nur, wenn nach dem Urteil des Sozialgerichts eine Berufung möglich ist. Sonst müssen Sie zunächst eine Nichtzulassungs-Beschwerde einreichen. Sie können sich auch gegen das Urteil des Landessozialgerichts wehren und **Revision beim Bundessozialgericht** einlegen. Dafür müssen Sie sich vertreten lassen durch einen Anwalt oder durch eine dort zugelassene Organisation. Diese Verfahren (Widerspruch, Klage, Berufung, Revision) dauern recht lange.



TIPP

Wenn Sie in Not sind und schnell Hilfe brauchen, können Sie sich direkt an das Sozialgericht wenden. Sie können direkt beim Sozialgericht einen Antrag auf einstweilige Anordnung stellen, damit Ihr Problem erst einmal geregelt wird. Sie sollten dann aber nachholen, was in den letzten Abschnitten beschrieben wurde und Widerspruch einlegen gegen den Bescheid der Pflegekasse.

Im Internet finden Sie viele **Entscheidungen** der Sozialgerichte. Schauen Sie hier nach: www.bundessozialgericht.de oder unter www.sozialgerichtsbarkeit.de.

! Auch wenn Sie **privat pflegeversichert** sind, können Sie gegen einen Bescheid Ihrer Pflege-Versicherung klagen – **vor dem Sozialgericht**. Wenn es allerdings um eine Leistung aus einer Zusatz-Versicherung geht, ist ein Zivilgericht zuständig, in der Regel das Amtsgericht.

e) Wie bekomme ich einen höheren Pflegegrad?

Es geht Ihnen gesundheitlich schlechter und Sie brauchen **sehr viel mehr Unterstützung und Pflege**? Sie können jederzeit bei Ihrer Pflegekasse einen **Antrag auf einen höheren Pflegegrad** stellen. Der MDK wird Sie dann wieder besuchen und ein Gutachten schreiben. Von der Pflegekasse bekommen Sie einen neuen Bescheid. Wenn Sie den Bescheid falsch finden, können Sie dagegen Widerspruch einlegen und klagen.

f) Was passiert, wenn es mir deutlich besser geht?

Auch so kann es kommen: Durch gute Behandlung, aktivierende Pflege und Reha-Maßnahmen kann es

sein, dass Sie sich wieder besser fühlen und weniger Pflege brauchen.

Wenn der MDK Ihnen in seinem ersten Gutachten eine Behandlung oder Reha-Maßnahme empfohlen hat, meldet er sich nach einigen Monaten wieder. Wenn er feststellt, dass es Ihnen deutlich besser geht, kann die Pflegekasse Ihnen einen **niedrigeren Pflegegrad** geben. Vorher schreibt oder spricht die Pflegekasse Sie an – sie will wissen, was Sie selbst zu Ihrem Zustand sagen. Danach bekommen Sie einen **neuen Bescheid** über den neuen Pflegegrad.

Wenn Sie niedriger eingestuft werden, bekommen Sie **in Zukunft weniger Leistungen**. Die Pflegekasse darf die Leistungen ab dem Tag herabsetzen, an dem Sie den Bescheid bekommen haben.

Sie können auch aus einem anderen Grund einen niedrigeren Pflegegrad bekommen: Wenn der MDK-Gutachter bei seinem zweiten Besuch feststellt, dass Sie schon im ersten Gutachten **zu hoch eingestuft** wurden. Die Pflegekasse kann Sie in diesem Fall herunterstufen und für die Zukunft die **Leistungen kürzen**.

Das ist allerdings nur erlaubt, wenn das erste Gutachten höchstens zwei Jahre alt ist.

Bevor Sie heruntergestuft werden, muss die Pflegekasse eines bedenken: Sie haben sich vermutlich zu Recht darauf verlassen, dass der erste Bescheid in Ordnung war. Und Sie haben die Leistungen der Pflegekasse für längere Zeit eingeplant. Ob wirklich Leistungen gestrichen werden dürfen, muss im **Einzelfall geprüft** werden.

2. Leistungen vom Sozialamt

Rechtsgrundlage: §§61 ff. SGB 12

Wenn Sie von der Pflegekasse nichts oder zu wenig bekommen und Sie nicht viel Geld haben, sollten Sie einen Antrag beim **Sozialamt** stellen. Das gilt auch, wenn Sie Hilfen im Haushalt brauchen. Zuständig ist das Sozialamt an Ihrem Wohnort oder in Ihrem Kreis.

Was das Sozialamt bewilligt hat, darf es in bestimmten Fällen zurückfordern – vor allem nach dem Tod von den Erben. Es kann nur so viel an Rückzahlung verlangen, wie das Erbe wert ist. In jedem Fall verbleibt dem Erben ein Freibetrag.

Auch gegen einen Bescheid vom Sozialamt können Sie sich wehren, mit Widerspruch und Klage. Dabei gilt das Gleiche wie bei der Pflege-Versicherung.

Kapitel 11: Bekommen auch behinderte Menschen Pflegeleistungen?

Rechtsgrundlage: §43a SGB 11, §§55, 61 ff. SGB 12, SGB 9

Als behindert gilt, wer am Leben in der Gesellschaft nicht voll teilhaben kann, weil er sich deutlich von Anderen im gleichen Alter unterscheidet. Damit ist gemeint, dass sein Körper oder sein Denken anders funktionieren oder er mit anderen Gefühlen lebt – und dies länger als sechs Monate. So wird **Behinderung** im Gesetz erklärt.

Menschen, die pflegebedürftig und behindert sind, haben Anspruch auf

- Leistungen der Gesetzlichen Pflege-Versicherung nach dem SGB 11,
- Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB 12 und
- **Eingliederungs-Hilfe** für behinderte Menschen nach dem SGB 12, ab 2020 nach dem SGB 9.
- Die Eingliederungshilfe soll ihnen helfen, möglichst selbstständig allein oder mit anderen zusammen zu leben.

In **Wohnheimen für behinderte Menschen** („Vollstationäre Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen“) ist die Pflege anders geregelt. Hier geht es vor allem um andere Dinge: das Leben in der Gemeinschaft, die Schule, die Erziehung und das Arbeitsleben, etwa in einer Werkstatt für behinderte Menschen. Die Pflege ist hier auch notwendig, sie steht aber nicht im Mittelpunkt. Solche Einrichtungen gelten deshalb nicht als Pflegeheime.

In den kommenden Jahren sollen Wohnheime für behinderte Menschen abgeschafft werden. Dennoch wird es auch künftig besondere Wohn- und Betreuungsangebote geben, in denen sowohl Pflege wie auch Leistungen der Teilhabe angeboten werden.

Von den Bewohnern solcher Einrichtungen haben die meisten nicht genug Geld, um die Leistungen zu bezahlen. Sie bekommen regelmäßig Leistungen vom Sozialamt (Eingliederungs-Hilfe für behinderte Menschen nach dem SGB 12, ab 2020 nach dem SGB 9).

In speziellen Wohneinrichtungen für behinderte Menschen leben auch pflegebedürftige Bewohner. Für Pflegekosten in den Pflegegraden 2 bis 5 gibt die Pflegekasse einen Zuschuss. Er beträgt 10 % von dem, was das Sozialamt zahlt – höchstens jedoch

266 € im Monat. In der Regel überweist die Pflegekasse diesen Zuschuss direkt an das Sozialamt.

Wenn ein pflegebedürftiger behinderter Bewohner seine **Familie zu Hause besucht**, wird er dort weiter betreut und gepflegt. Für die Tage zu Hause bekommt er die gleichen Pflege-Leistungen – etwa Pflegegeld – wie andere Pflegebedürftige auch (siehe Kapitel 4 Abschnitte 1 bis 5). Dabei gelten beim Einsatz eines ambulanten Pflegedienstes die gleichen Höchstgrenzen.

BEISPIEL

Pflegegeld oder Pflegedienst für die Wochenenden zu Hause

Ein behinderter Bewohner mit Pflegegrad 3 fährt an vier Wochenenden im Monat von Freitagabend bis Sonntagabend nach Hause und wird dort von seiner Familie versorgt. Wie viel Pflegegeld bekommt er dafür? Was zahlt die Pflegekasse, wenn er zu Hause durch einen Pflegedienst versorgt wird?

So wird gerechnet:

Pflegegeld bei 545 € im Monat

Pflegegrad 3: (30 Tage)

Vier Wochenenden zu Hause sind 12 Tage. Pflegegeld für 12 Tage: $545 : 30 \times 12 = 218$ €. Die Pflegekasse zahlt 266 € für das Wohnheim und 218 € Pflegegeld

Pflegedienst bei 1.298 € im Monat

Pflegegrad 3: (30 Tage)

Für den Pflegedienst stehen zur Verfügung: $1.298 : 30 \times 12 = 519,20$ €. Die Pflegekasse zahlt für das Wohnheim 266 € und für den Pflegedienst 519,20 €.

Wer als behinderter Pflegebedürftiger ganz bei seiner Familie lebt, kann dieselben Leistungen bekommen wie nicht behinderte Menschen. Das gilt auch,

- wenn er im ambulant betreuten Wohnen lebt oder
- wenn er in einer Werkstatt für behinderte Menschen arbeitet.

Kapitel 12: Die private Pflege-Versicherung

Wenn Sie bei einer privaten Krankenversicherung versichert sind, wissen Sie, dass es in vieler Hinsicht große Unterschiede zwischen der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung gibt.

1. Private Pflege-Pflichtversicherung

Rechtsgrundlage: § 110 SGB 11

Jeder und jede in Deutschland muss pflegeversichert sein. Gesetzlich Krankenversicherte sind automatisch auch in der gesetzlichen Pflege-Versicherung versichert.

Wer privat krankenversichert ist, muss sich auch privat pflegeversichern. Die private Pflegepflichtversicherung bietet die gleichen Leistungen wie die gesetzliche Pflege-Versicherung. Die Rechnungen bezahlen Sie zunächst selbst und bekommen dann einen Teil von der Versicherung zurück erstattet. Auf Antrag zahlen die meisten privaten Versicherungen auch direkt an Pflegedienste oder Pflegeheime.

Bei einem Streit mit der privaten Pflegepflichtversicherung gilt das gleiche Verfahren wie für die gesetzliche Pflege-Versicherung (siehe Kapitel 10 Abschnitt 1). Auch hier ist das Sozialgericht zuständig.

2. Staatliche Förderung einer privaten Pflege-Zusatzversicherung

Rechtsgrundlage: §§ 126 ff. SGB 11

Der Abschluss einer privaten Pflege-Zusatzversicherung wird staatlich gefördert. Eine solche Versicherung können alle Erwachsenen abschließen, die Mitglied in der gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung sind und noch keine Leistungen beziehen. Die **staatliche Förderung** beträgt monatlich 5 €, wenn der Versicherungsbeitrag ohne diese Förderung mindestens 10 € monatlich beträgt.


Bieten Versicherungsunternehmen eine solche Zusatzversicherung an,

- müssen sie mit allen Personen einen Vertrag abschließen, die das wollen. Sie dürfen keine Gesundheitsüberprüfung vornehmen

- dürfen keine Risikozuschläge erhoben oder Leistungsausschlüsse vereinbart werden
- darf eine Wartezeit von bis zu höchstens fünf Jahren vereinbart werden, ab der die Versicherung leistungspflichtig ist
- muss im Leistungsfall ein Pfl egetagegeld gezahlt werden, im Pflegegrad 5 in Höhe von mindestens 600 € monatlich
- sind sie an die Entscheidung der Pflegekasse über den Grad der Pflegebedürftigkeit gebunden.

Während des Bezugs von Arbeitslosengeld 2 oder Sozialhilfe können Sie die Versicherung ruhen lassen oder sie auch kündigen, Sie brauchen dann keine Beiträge zu bezahlen.

Die staatliche Zulage rechnet das Versicherungsunternehmen direkt mit der staatlichen Behörde ab, darum brauchen Sie sich nicht zu kümmern.

 Prüfen Sie, ob eine solche Pflege-Zusatzversicherung für Sie sinnvoll ist. Es gibt große Unterschiede. Schauen Sie sich vorher die Versicherungsbedingungen ganz genau an und lassen Sie sich von einer unabhängigen Stelle, etwa der Verbraucherzentrale, beraten.

Auch wenn die private Pflege-Zusatzversicherung staatlich gefördert wird, kann es sein, dass sie sich nicht lohnt. Wenn Sie zum Beispiel wenig Geld verdienen und Sie nur eine niedrige Rente erwarten, lohnt sich so eine private Pflege-Zusatzversicherung meistens nicht. Sie müssen dann bei Pflegebedürftigkeit ohnehin Leistungen beim Sozialamt beantragen (siehe Kapitel 6 Abschnitt 9). Dort werden Leistungen aus einer Zusatzversicherung in voller Höhe angerechnet, so dass diese Ihnen kein zusätzliches Geld bringt.

Unter Umständen können die Versicherungs-Beiträge von der Steuer abgesetzt werden. Klären Sie dies mit dem Steuerberater.

3. Private Zusatz-Pflegeversicherung ohne staatliche Förderung

Manchmal ist es günstiger, auf die staatliche Förderung zu verzichten und freiwillig eine private Zusatz-Pflege-Versicherung abzuschließen. Lassen Sie sich dazu beraten, beispielsweise bei der Verbraucherzentrale (<https://www.verbraucherzentrale.de/beratung>).

Kapitel 13: Was muss ich versteuern – was kann ich absetzen?

Rechtsgrundlage: Einkommensteuergesetz

1. Sozial-Leistungen müssen Sie grundsätzlich nicht versteuern

Wer Sozial-Leistungen bekommt, muss darauf keine Steuern zahlen. Wenn Sie zu Hause gepflegt werden, gilt das auch für das Pflegegeld.

Sie können das **Pflegegeld** weitergeben – an Ihre Kinder oder andere Pflegepersonen (Verwandte, Bekannte, Nachbarn usw.). Es ist für Grundpflege oder Hilfe im Haushalt vorgesehen. Auch die Pflegeperson muss es nicht versteuern – selbst wenn sie das gesamte Pflegegeld bekommt. Pflegepersonen brauchen in ihrer Steuererklärung das Pflegegeld nicht anzugeben.

Anders ist es, wenn Sie Arbeitgeber sind für die Person, die Sie pflegt. Wenn Sie miteinander einen Arbeitsvertrag geschlossen haben, bekommt die Pflegerin von Ihnen einen Lohn. Den muss sie versteuern, und Sie als Arbeitgeber müssen diese Steuer an das Finanzamt abführen. So ist es zum Beispiel bei den Pflegekräften aus Osteuropa, die rund um die Uhr für Sie sorgen. Ob Sie den Lohn aus Ihrer Rente oder auch aus dem Pflegegeld bezahlen, ist dafür egal.

2. Welche Kosten kann ich von der Steuer absetzen?

Verschiedene Ausgaben in Ihrem Haushalt können Sie bei der Steuererklärung angeben – und dafür eine Menge Steuern sparen. Dazu gehören Kosten für

- **Haushaltsnahe Dienstleistungen** – wie das Putzen Ihrer Wohnung. Es kommt darauf an, ob Ihre Hilfe einen Minijob hat oder bei Ihnen angestellt ist oder ob Sie eine Reinigungsfirma damit beauftragen. Auch die Kosten für den Hausnotruf können Sie im Rahmen der haushaltsnahen Dienstleistungen von der Steuer absetzen.
- **Pflege und Betreuung**, wenn Sie eine Pflegerin angestellt haben – etwa eine Pflegekraft aus

Osteuropa. Auch für gleichartige Kosten nach Abzug der Leistungen der Pflegeversicherung bei einem ambulanten Pflegedienst können Sie Steuern sparen – bis zur selben Höhe.

- **Handwerker-Arbeiten** – etwa um Ihre Wohnung moderner oder altengerecht zu machen.
- **Außergewöhnliche Belastungen** – das können auch Pflegekosten sein.

Sie bekommen viel Geld vom Staat zurück, wenn Sie für Ihre Hilfe im Haushalt normale Sozialabgaben zahlen.

Handwerker müssen Ihnen eine Rechnung schreiben. Darin müssen die reinen Arbeitskosten zu erkennen sein – nur dafür können Sie Steuern zurückbekommen. Sie müssen nachweisen, dass Sie die Rechnung durch eine Überweisung an den Handwerker bezahlt haben. Die Rechnung müssen Sie mindestens zwei Jahre aufbewahren.

Eine weitere Möglichkeit, Steuern zu sparen: Sie können Pflegekosten als **Außergewöhnliche Belastungen** bei der Steuer angeben. Was Ihnen als Eigenanteil an den Pflegekosten zugemutet wird, zieht das Finanzamt bei der Steuerberechnung von den Kosten ab. Sie müssen alle Kosten für die Pflege einzeln nachweisen. Bewahren Sie daher jede Rechnung darüber auf. Sie sind in ein Pflegeheim umgezogen und Ihren früheren Haushalt gibt es nicht mehr? Das Finanzamt geht davon aus, dass Sie dann weniger Kosten haben: Es zieht von Ihren Kosten eine sogenannte Haushalts-Ersparnis ab – diese beträgt im Jahre 2019 9.168 €.

Wenn Sie einen **Schwerbehinderten-Ausweis** haben, können Sie sich Arbeit sparen. Behinderte Menschen können in der Steuererklärung einen sogenannten **Pauschbetrag für außergewöhnliche Belastungen** angeben. Bei einer Behinderung von 100 % liegt dieser Betrag bei 1.420 € im Jahr. Wenn jemand hilflos oder blind ist, sind es 3.700 €. Wenn Sie weniger als diese Beträge ausgegeben haben, brauchen Sie die Kosten nicht einzeln nachzuweisen.

Beratung:

Es gibt also verschiedene Möglichkeiten, Steuern zu sparen. Wie sie miteinander verrechnet werden, ist kompliziert. Lassen Sie sich deshalb von einem Steuerberater beraten.

Sie können diese Steuer-Vorteile natürlich nur nutzen,

- wenn Sie dem Finanzamt zu all Ihren Ausgaben auch Rechnungen vorlegen oder
- wenn Sie Ihre Haushaltshilfe oder Pflegerin angemeldet haben – entweder bei der Mini-job-Zentrale oder bei der Krankenkasse (siehe Kapitel 8 Abschnitt 1).

3. Was können meine Kinder von der Steuer absetzen?

Sie sind auf Dauer hilflos und jemand aus Ihrer Familie pflegt Sie. Ihre Angehörigen können dann ihre Kosten für die Pflege (**Aufwendungen**) als **Pflege-Pauschbetrag** bei den außergewöhnlichen Belastungen angeben. Der Pflege-Pauschbetrag wird anerkannt, wenn Sie Pflegegrad 4 oder 5 oder das Merkzeichen H im Schwerbehindertenausweis haben.

Zu diesen Aufwendungen gehören zum Beispiel Fahrtkosten von der einen Wohnung zur anderen oder die Kosten für eine besondere Bekleidung. Voraussetzung ist:

- Sie als Pflegebedürftiger haben diese Ausgaben Ihrer Kinder nicht selbst bezahlt.
- Sie werden entweder in Ihrer eigenen Wohnung oder in der Wohnung Ihres Angehörigen gepflegt.

Der **Pflege-Pauschbetrag** beträgt 924 € im Jahr. Werden Sie von mehreren Angehörigen gepflegt, etwa Ihrer Tochter und Ihrem Sohn, so teilen sich die beiden den Pauschbetrag. Haben Ihre Angehörigen mehr als diesen Betrag für Ihre Pflege ausgegeben, so können sie diese Kosten stattdessen bei den allgemeinen **außergewöhnlichen Belastungen** angeben. Das Finanzamt zieht dann den zumutbaren Eigenanteil ab.

Vielleicht bekommen Sie **Unterhalts-Zahlungen** von Ihrer Tochter oder Ihrem Sohn. Diese Ausgaben kön-

nen Ihre Angehörigen als **außergewöhnliche Belastungen** beim Finanzamt angeben. Der Höchstbetrag liegt bei 9.168 € im Jahr – Beiträge zur Kranken- und Pflege-Versicherung können noch extra angegeben werden.

Wenn Sie als Pflegebedürftiger im Jahr mehr als 624 € für Ihren Unterhalt übrig haben, wird dieser „Überschuss“ vom Finanzamt abgezogen.

BEISPIEL

Unterhalts-Zahlungen als außergewöhnliche Belastungen – so wird gerechnet

Ihre Rente beträgt 500 € im Monat, kein weiteres Einkommen.

| | | | |
|---|--|----------------------|-----------|
| 1 | Ihre Rente im Jahr | 500 € × 12 Monate | = 6.000 € |
| 2 | Davon wird abgezogen: 624 € | 6.000 € – 624 € | = 5.376 € |
| 3 | Höchstbetrag für Unterhalts-Zahlungen als außergewöhnliche Belastung | | 9.168 € |
| 4 | Davon wird abgezogen: Ihr eigener Beitrag zu Ihrem Unterhalt (Punkt 2) | 9.168 € – 5.376 € | = 3.792 € |

Dieser Betrag wird für Ihren Sohn oder Ihre Tochter als außergewöhnliche Belastung vom Finanzamt bei der Steuerberechnung wirksam: **3.792 €**. Ihr Sohn oder Ihre Tochter müssen aber immer sämtliche Kosten – ohne Abzüge – in der Steuererklärung eintragen.

Beratung:

Ihr Steuerberater kann Sie beraten, damit Sie Ihre Ausgaben so günstig wie möglich in Ihrer Steuererklärung unterbringen. Sie müssen die Beratung bei einem Steuerberater bezahlen.

Kapitel 14: Wie und wo finde ich Informationen und Hilfen?

Wenn der Alltag immer schwieriger wird, sprechen Sie sicher erst einmal mit der Familie, Freunden und Nachbarn darüber. Wertvolle Tipps bekommen Sie auch von Menschen, die selbst gepflegt werden – oder von den Angehörigen. Sie können Ihnen von eigenen Erfahrungen berichten. Allerdings sind dies ganz persönliche Eindrücke. Vielleicht passen die Tipps nicht für Sie, weil Sie Ihre Situation ganz anders erleben. Das sollten Sie bedenken.

Überlegen Sie zunächst, **wobei Sie Hilfe brauchen** und was Ihnen wichtig ist. Geht es um Hilfen im Haushalt, beim Einkaufen, beim Essen? Oder beim Aufstehen, Waschen und um sich in der Wohnung zu bewegen? Sind Sie unsicher, ob Sie überhaupt noch in Ihrer Wohnung bleiben können? Haben Sie schon einmal an betreutes Wohnen oder ein Pflegeheim gedacht?

Eine persönliche Beratung zur Pflege erhalten Sie bei Ihrer Pflegekasse, bei Pflege-Stützpunkten, bei Wohlfahrtsverbänden, Sozialstationen und Pflegediensten, im Pflegeheim, bei Ihrer Gemeinde-Verwaltung oder Kirchengemeinde, bei unabhängigen Stellen und Selbsthilfegruppen. Ist Ihnen ein Besuch bei den genannten Anlaufstellen nicht möglich, lassen Sie sich am Telefon beraten oder Informationsmaterial, Preislisten und / oder Musterverträge nach Hause senden. Bedenken Sie dabei immer, dass die Berater die Interessen ihrer eigenen Einrichtung – wie die Pflegekasse, den Pflegedienst oder das Pflegeheim – im Blick haben könnten. Es ist daher gut, sich von verschiedenen Stellen beraten zu lassen. Viele Informationen finden Sie auch im Internet.

Eine Pflegeberatung ist für Sie kostenlos und Sie verpflichten sich dadurch zu nichts. Nur **Sie alleine entscheiden**, ob Sie Hilfe haben möchten und welche – niemand sonst. Sie können frei den Pflegedienst wählen, der zu Ihnen nach Hause kommt. Sie entscheiden über einen Umzug in betreutes Wohnen oder in ein Pflegeheim. Wenn Sie unzufrieden sind, können Sie jederzeit den Pflegedienst wechseln oder in ein anderes Pflegeheim umziehen.

Wie vergleiche ich verschiedene Anbieter? Ambulante Pflegedienste in einer Region haben oft die gleichen Preise für ihre Leistungen. Entscheiden Sie sich danach, wie gut ein Pflegedienst arbeitet – also nach der **Qualität**. Die Pflegeheime dagegen unterscheiden sich bei den Preisen und in ihrer Qualität. Dabei bedeuten hohe Preise nicht automatisch eine bessere Qualität.

Stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen werden in regelmäßigen Abständen durch den medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) besucht. Die gesetzlich festgelegten Prüfungen sollen sicherstellen, Pflegebedürftige in ihren Rechten zu schützen und die Qualität der Betreuung und Pflege zu stärken. Die Ergebnisse der MDK-Qualitätsprüfungen werden über die Homepages der Landesverbände der Pflegekassen veröffentlicht, die Einrichtungen sind zudem verpflichtet, die Ergebnisse an einer gut sichtbaren Stelle auszuhängen.

1. Hier bekommen Sie eine persönliche Beratung

Rechtsgrundlage: §§ 7 ff. SGB 11

- a) Bei einem **Pflegeberater Ihrer Pflegekasse**. Auf diese Beratung haben Sie einen Anspruch. Ihre Pflegekasse ist verpflichtet, Ihnen innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang einen konkreten Beratungstermin anzubieten. Die Pflegekasse kann Ihnen stattdessen auch einen Beratungsgutschein ausstellen. Sie muss Ihnen dann Beratungsstellen nennen, bei denen Sie diesen Gutschein einlösen können. Die Beratung kann auch bei Ihnen zu Hause stattfinden, wenn Sie das möchten.


Die Beratung soll Ihnen einen Überblick geben über Leistungen der Pflege-Versicherung, andere Sozialleistungen und andere Hilfen.

- Es sollen alle Tätigkeiten aufgelistet werden, bei denen Sie Hilfe brauchen.
- Der Berater macht mit Ihnen zusammen einen **persönlichen Plan für Ihre Versorgung** – wenn Sie möchten, gemeinsam mit Ihren Angehörigen. Er enthält die Hilfen, die für Sie persönlich nötig sind – also medizinische, pflegerische und soziale Hilfen. In ihm steht auch, wo Sie vor Ort diese Hilfen bekommen können und wer sie bezahlt: zum Beispiel die Pflegekasse, das Sozialamt oder Sie selbst. Wenn Sie von Angehörigen unterstützt werden, sollten diese den Plan kennen und akzeptieren.
- Sie bekommen Hilfe bei den Anträgen. Gemeinsam mit dem Berater können Sie die Anträge stellen. Er leitet sie an die richtigen Stellen weiter.

- Auch wenn Sie bereits Hilfen bekommen, können Sie sich bei Fragen an die Pflegeberater wenden.

Ihre Pflegekasse muss für Sie Listen über die zugelassenen Pflegeeinrichtungen und die anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag (siehe Kapitel 4 Abschnitt 3) bereithalten. In diesen Listen finden Sie das jeweilige Angebot mit den dazu gehörenden Preisen sowie die Kontaktdaten.

- b) Bei einem **Pflege-Stützpunkt**. Hier bekommen Sie die gleiche Beratung wie beim Pflegeberater. Bei Ihrer Pflegekasse erfahren Sie, ob es in Ihrer Gegend einen Pflege-Stützpunkt gibt.

 Der Begriff „Pflege-Stützpunkt“ ist nicht geschützt. Manche Pflegedienste nennen ihr Beratungs-Büro auch so.

- c) Bei denen, die die Pflege leisten: den **ambulanten Pflegediensten, Sozialstationen**, Einrichtungen für betreutes Wohnen und **Pflegeheimen**. Lassen Sie sich in diesen Einrichtungen unbedingt auch beraten. So können Sie vergleichen und besser abschätzen, was sie leisten. Sie finden die Pflegedienste oder Pflegeheime im Telefonbuch oder über die Wohlfahrtsverbände: den Paritätischen, die Arbeiter-Wohlfahrt, das Deutsche Rote Kreuz, die Diakonie, die Caritas oder die Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland.
- d) Bei Ihrer **Gemeinde-Verwaltung**. Fragen Sie im Rathaus oder in einem Sozialamt nach. Hier erfahren Sie auch, ob es einen **Senioren-Beirat** in Ihrer Gemeinde gibt.
- e) Bei Ihrer **Kirchengemeinde**. Deren Mitarbeitenden wissen oft gut Bescheid über die Pflege-Angebote in der Gegend.
- f) Bei **unabhängigen Stellen**, wie etwa Kontaktstellen für **Selbsthilfegruppen** älterer Menschen:

Der Paritätische, www.paritaet.org → Online-Beratung, oder NAKOS, Tel. 030 – 31 01 89 60, www.nakos.de.

Bei **Fragen zur Demenz** informieren Sie sich hier: www.wegweiser-demenz.de oder

Alzheimer Gesellschaft, Tel. 030 – 259 37 95 – 14, www.deutsche-alzheimer.de. Hier werden Sie von Experten für Menschen mit demenziellen Erkrankungen beraten.

Bei Fragen zu einem Vertrag wenden Sie sich an eine Verbraucherzentrale: www.verbraucherzentrale.de. Die Nummer für telefonische Fachberatung in Ihrem Bundesland finden Sie im Telefonbuch.

2. Informationen über das Internet

Wenn Sie selbst keinen Zugang zum Internet haben, bekommen Sie sicher Unterstützung durch Verwandte oder Bekannte.

Die meisten Pflegedienste oder Pflegeheime haben eine **eigene Homepage**. Aber Achtung: Hier machen sie natürlich auch Werbung für sich.

Auf den Seiten des Spitzenverbands des Medizinischen Dienstes finden Sie umfangreiche Informationen über das Verfahren zur Begutachtung der Pflegebedürftigkeit – www.mds-ev.de.

Auf diesen Seiten der AOK, des Verbandes der Ersatzkassen (vdek) und der Betriebs-Krankenkassen (BKK) finden Sie alle zugelassene Pflegedienste, Pflegeheime sowie die nach Landesrecht zugelassenen Betreuungsdienste zur Unterstützung im Alltag: www.pflegenavigator.de, www.pflegelotse.de, www.bkk-pflegefinder.de. Auf den angegebenen Seiten finden Sie Informationen über die einzelnen **Pflegedienste**:

- Wie der Pflegedienst sich selbst beschreibt.
- Die **Preise** für die einzelnen Leistungen und Wege-Pauschalen. Hier können Sie eingeben, welche Hilfen Sie brauchen und erhalten dann eine **Schätzung der Kosten**. Sie können sehen, wie viel davon die Pflegekasse bezahlt, ob Sie einen Rest an Pflegegeld bekommen oder ob Sie einen Teil selbst bezahlen müssen.
- Wie der Medizinische Dienst (MDK) den Pflegedienst bewertet.

Bei den **Pflegeheimen** können Sie:

- gezielt danach suchen, was Sie brauchen: eine **Pflege rund um die Uhr** (vollstationär) auf Dauer oder **Kurzzeitpflege**, Tages- oder Nachtpflege oder eine Einrichtung mit einem besonderen **Pflege-Schwerpunkt**, zum Beispiel für demenzkranke Menschen oder für Menschen im Wachkoma oder für Menschen, die beatmet werden müssen.
- lesen, wie das Pflegeheim sich selbst beschreibt. Dort kann zum Beispiel stehen, wie viel Plätze es hat, wie dort gekocht wird, der Heimvertrag, die Besuchszeiten usw.
- die Preise sehen und die Kosten ausrechnen – wie bei den Pflegediensten.
- nachlesen, wie der MDK das Pflegeheim bewertet – in seinem Qualitäts-Bericht (mehr dazu in Kapitel 7 Abschnitt 7)

Über die Angebote zur Unterstützung im Alltag erfahren Sie:

- wie sich der Dienst selbst beschreibt und unter welchen Kontaktdaten er zu erreichen ist,
- welche Leistungen angeboten werden (z. B. Betreuungsgruppe, Entlastung von Pflegepersonen, Entlastung im Alltag durch individuelle Hilfen oder Entlastung bei der Haushaltsführung)
- in welcher Region der Dienst seine Leistungen anbietet
- zu welchem Preis die Leistungen angeboten werden.

3. Informationen durch ein persönliches Gespräch, Probe-wohnen

Bevor Sie sich für einen Pflegedienst oder ein Pflegeheim entscheiden: Fragen Sie Ihre Pflegekasse,

ob die Einrichtung von den Pflegekassen zugelassen ist – ob sie einen Versorgungs-Vertrag mit den Kassen hat. Nur dann können Sie die Leistungen über Ihre Pflegekasse bekommen.

Bitten Sie um einen Termin mit einer Person aus dem Leitungs-Team. Bereiten Sie sich auf dieses Gespräch vor – Sie finden unten eine **Checkliste** dafür. Suchen Sie sich die Fragen heraus, die für Sie wichtig sind. Nehmen Sie außerdem alle Informationen mit, die Sie im Internet gefunden haben – auch die Bewertung des MDK. Dann können Sie gezielt die Punkte ansprechen, die der MDK nicht so gut bewertet hat. So erfahren Sie, was das Heim seit der letzten Überprüfung unternommen hat – ob es etwas verbessert hat. Sprechen Sie möglichst auch mit dem Heimbeirat oder dem Heimfürsprecher.

Vielleicht können Sie dort auch ein paar Tage zur **Probe wohnen**. So können Sie besser abschätzen, ob Sie sich in diesem Heim wohl fühlen können.

Checkliste – für ein Gespräch mit einem ambulanten Pflegedienst oder einem Pflegeheim

Zu den Pflege- und Betreuungskräften:

- Wann erfahre ich, welche Pflege- oder Betreuungskraft zum nächsten Dienst kommt?
- Wer ist für welche Aufgaben zuständig?
- Wie häufig wechseln die MitarbeiterInnen?
- Wie pünktlich kommen sie? Wie werde ich rechtzeitig darüber informiert, dass eine Pflegekraft später oder früher kommt?
- Wie lange bleibt die Pflegekraft für die Leistungen bei mir?
- Wen spreche ich an, wenn ich einmal zusätzliche Wünsche an die Pflegekraft habe?
- Wie ist die Einhaltung der Schweigepflicht geregelt?
- Welche Hygiene-Maßnahmen gehören bei diesem Pflegedienst zum „normalen Programm“ – etwa im Haushalt oder bei der Wundversorgung?

Zum Pflegevertrag und zum Leistungsangebot:

- Gibt es einen schriftlichen Dienstleistungsvertrag und was steht in diesem Vertrag?
- Welche konkreten Angebote werden zu welchen Preisen angeboten?
- Wird im Vertrag auf Allgemeine Geschäfts-Bedingungen (AGB) verwiesen? Wo sind diese einsehbar?
- Welche Kündigungsfristen sind vorgesehen?

Zu den **Kosten**:

- Wie hoch sind die Kosten pro Leistung – im Vergleich zu anderen Diensten?
- Gibt es noch „Privatleistungen“, die privat zu zahlen sind? Grundsätzlich können alle personellen Leistungen von der Pflegekasse übernommen werden. Fragen Sie eventuell einen anderen Pflegedienst; Ihre Pflegekasse könnte Ihnen einen Tipp geben. Ist der Pflegedienst in der Lage, Leistungen der Ersatzpflege auf Basis einer Abtretungserklärung direkt mit der Pflegekasse abzurechnen?
- Wie werde ich rechtzeitig informiert, wenn die Preise erhöht werden?

- Erhalte ich am Ende vom Monat regelmäßig eine Abrechnung? Wo finde ich darin, wie viel ich selbst bezahlen muss – meinen Eigenanteil? Wo steht, wie viel die Pflege-Versicherung bezahlt – und aus welchem „Topf“ (siehe Kapitel 4 Abschnitt 4)?
- Bekomme ich mit der Rechnung auch eine Kopie von dem Leistungs-Nachweis, den ich regelmäßig unterschreibe?
- Welche Informationen erhalte ich über zusätzliche Hilfen (zum Beispiel Sozialhilfe)?

Zur Qualitätssicherung:

- Wie wird mir der Pflegeplan erklärt?
- Kann ich jederzeit nachlesen, was die Pflegekräfte über meine Pflege aufgeschrieben haben (die Pflege-Dokumentation)?
- Inwieweit beachten die Pflegekräfte meine Wünsche, was ich noch erreichen und wie ich gepflegt werden möchte?
- Wie oft kommt die Pflegedienst-Leitung zu mir, um die Arbeit der Pflegekräfte zu kontrollieren und um über eventuell gewünschte Veränderungen der Pflege zu reden? Werde ich vorher über den Besuch informiert?
- Was kann für den Fall vereinbart werden, dass ich nachts plötzlich Hilfe brauche?
- Kann ich den Bericht des MDK über die letzte Qualitäts-Prüfung des Pflegedienstes bekommen? Der letzte Bericht kann höchstens zwei Jahre alt sein.

Wie kann ich mich **beschweren**?

- Wen kann ich immer ansprechen, wenn ich Fragen oder ein Problem habe? Wann und unter welcher Nummer erreiche ich ihn oder sie?
- Was kann ich tun, wenn ich mit dieser Person oder mit meiner Pflege(fach)kraft nicht zurechtkomme? Bekomme ich dann die Telefonnummer einer anderen Person?
- An wen kann ich mich noch wenden, wenn es einen Konflikt gibt?

Service und **Beratung**:

- Wie geht der Pflegedienst mit meinem Schlüssel um?
- Wenn eine Pflegekraft in meiner Wohnung etwas kaputtmacht, wie wird mir der Schaden ersetzt?
- Wie unterstützt mich der Pflegedienst, um einen höhere Pflegegrad und somit höhere Leistungen bewilligt zu bekommen? Kostet das etwas?
- Wie hilft mir der Pflegedienst, wenn ich mich gegen einen Bescheid der Pflegekasse oder des Sozialamtes wehren möchte?
- Kann mich der Pflegedienst auf Wunsch über Heil- und Hilfsmittel beraten, etwa Krankengymnastik, Ergotherapie, Geh-Hilfen, Toiletten-Aufsatz?
- Gibt es eine Zusammenarbeit mit einer Tagespflegeeinrichtung?

Welche weiteren Leistungen bietet der Pflegedienst an?

- Gesundheits-Kurse– zur Vorbeugung und Rehabilitation?
- Gedächtnistraining, Sturzvorbeugung ?
- Andere Gruppenangebote, z. B. Tagesbetreuung, Spielnachmittage, gemeinsamer Mittagstisch ?
- Begleitsdienste? auch mit dem Auto ?
- Alltagsbegleitung durch eine Vertrauensperson ?
- Gibt es ein Informationsblatt mit einer Preistabelle?

Mit wem und welchen Einrichtungen arbeitet der Pflegedienst zusammen? Wie werde ich dazu beraten?

Diese Fragen beziehen sich auf **Pflegeheime**:

- Welche Pflege-Leistungen bietet das Heim?
- Wie sorgfältig arbeiten die Pflegekräfte?
- Wo und wie liegt das Heim? Wie kommt man dort hin?
- Wie weit ist es zu Ärzten, zur Apotheke und zu Geschäften – und wie komme ich dorthin?
- Kommt regelmäßig ein Arzt oder eine Ärztin ins Haus?
- In was für einer Wohn-Gegend liegt das Heim?
- Was für Einrichtungen (Kultur, Gastronomie, Geselligkeit) gibt es in der Nähe?
- Wie gut ist das Heim ausgestattet – die allgemeinen Räume und die einzelnen Zimmer?
- Wie individuell wird gekocht und wo wird gegessen?
- Was wird außer der Pflege und Betreuung an weiteren Leistungen angeboten? (zum Beispiel Gymnastik, Friseur, Fußpflege, Gedächtnis-Training usw.)
- Wer setzt sich für meine Wünsche und Interessen als Bewohner ein?
- Wer ist im Heim-Beirat?
- Wie hoch ist der Eigenanteil, den jeder Bewohner zu zahlen hat ?
- Was muss ich für Zusatzleistungen bezahlen?
- Ist es möglich, in dem Pflegeheim ein paar Tage zur Probe zu wohnen?

4. Pflege rund um die Uhr zu Hause – geht das?

! Sie leben zu Hause und brauchen 24 Stunden am Tag eine Hilfe? Das ist möglich mit einer Person, die bei Ihnen wohnt. Vor allem Frauen aus Osteuropa werden für eine Rundum-Betreuung nach Deutschland vermittelt. Die meisten arbeiten als Angestellte im Haushalt – einige als Selbstständige. Oder Sie schließen einen Vertrag mit der Firma, bei der die Pflegerin angestellt ist – dies ist oft eine ausländische Firma. Um Fehler zu vermeiden, informieren Sie sich genau, was nach dem Gesetz möglich ist (siehe dazu Kapitel 8 Abschnitt 1).

Gute Informationen erhalten Sie hier:

Zentrale Auslands- und Fachvermittlung der Bundesagentur für Arbeit (ZAV)
 Villemombler Straße 76
 53123 Bonn
 Tel. 0228 – 713 1313

<https://www3.arbeitsagentur.de/web/content/DE/service/Ueberuns/WeitereDienststellen/Zentrale-AuslandsundFachvermittlung/index.htm>

Sie vermittelt Haushaltshilfen aus Bulgarien, Polen, Rumänien, Slowakei, Slowenien, Tschechien und Ungarn.

Zu dem Thema informiert und berät auch die Verbraucherzentrale. Dafür steht unter anderem die Broschüre „Ausländische Haushalts- und Betreuungskräfte in Privathaushalten“ kostenlos im Internet (<https://www.verbraucherzentrale.de/wissen/gesundheit-pflege/pflege-zu-hause/auslaendische-betreuungskraefte-wie-geht-das-legal-10601>) sowie ein Beratungstelefon (Tel. 0211-380 94 00) zur Verfügung.

Außerdem gibt es viele private Firmen, die Hilfen vermitteln.

Adressen von privaten Vermittlungs-Diensten erfahren Sie beispielsweise beim „**Bundesverband** Haushaltshilfen und Seniorenbetreuung“, www.bhsb.de.

5. Hier finden Sie Gesetze, Richtlinien und Urteile

Bundsgesetze:

www.gesetze-im-Internet.de

Für Pflegebedürftige sind besonders wichtig:

- SGB 11 – es regelt die Soziale Pflege-Versicherung,
- SGB 12 – es regelt die Sozialhilfe, dazu gehört die Hilfe zur Pflege,
- Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WVBG) – es regelt, was in einem Vertrag zwischen Pflegeheim und Pflegebedürftigem stehen muss.

Landesgesetze – etwa zur staatlichen Kontrolle von Pflegeheimen (Heimaufsicht):

Sie finden sie auf der Homepage des Bundeslandes.

Richtlinien der Pflegekassen:

www.gkv-spitzenverband.de → Pflegeversicherung → Richtlinien, Vereinbarungen, Formulare → Richtlinien zur Pflegeberatung und Pflegebedürftigkeit.

Einzelheiten zu den Leistungen der Pflege-Versicherung:

„Gemeinsames Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des Pflege-VG“

www.gkv-spitzenverband.de → Pflegeversicherung → Richtlinien, Vereinbarungen, Formulare → Empfehlungen zum Leistungsrecht → Gemeinsames Rundschreiben.

Dieses Rundschreiben bekommen Sie auch bei Ihrer Pflegekasse.

Urteile des Bundessozialgerichts:

www.bundessozialgericht.de

Urteile der Sozialgerichte:

www.sozialgerichtsbarkeit.de

Stichwortverzeichnis

A

Akteneinsichtsrecht 51
 Alltag regeln 13
 Alltagshilfen von Betreuungsdiensten 25
 Alzheimer-Krankheit 11
 ambulante Pflegeleistungen 28
 Angehörige 18
 Antrag 50
 Antrag auf einen höheren Pflegegrad 52
 Anwaltskosten 51
 Arbeitgeber 48
 Arbeitslosenversicherung für Pflegepersonen 31
 Arbeitsrecht 47
 Arbeitsvertrag 48
 Ausland 49

B

Beamte 37
 Begleitdienste 7
 Begutachtung durch den MDK 20
 Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit 21
 Behinderte Menschen und Pflege 53
 Beihilfe für Beamte 37
 Beratungsbesuch 24
 Beratungsgespräch – Checkliste 59
 Besuch der Familie zu Hause 42, 53
 Betreuer 12, 13
 Betreutes Wohnen 17
 Betreuungsangebote 25
 Betreuungshilfen 26
 Betreuungskräfte aus Osteuropa 13
 Betreuungs- und Entlastungsleistungen – Jahresbudget 25
 Bundessozialgericht 52

C

Chronische Erkrankungen 8

D

Darlehen während der Pflegezeit 33
 Demenz 11

E

ehrenamtliche Hilfe 48
 Eigenanteil im Pflegeheim 44
 Eingliederungs-Hilfe 53
 Einkommen in der Sozialhilfe 39
 Einkommensgrenze in der Sozialhilfe 39
 einstweilige Anordnung 52
 Entlastungsbetrag 24
 Entschädigung für ehrenamtliche Hilfe 48
 Ersatzpflege 27

F

Familienpflegezeit 34
 Freistellung von der Arbeit 33

G

Gerichtskosten 51

Gesetze 61
 Gesundheits-Sport 7
 Grundsicherung 38

H

Hausbesuch 24
 Haushaltshilfe 12, 35, 40
 häusliche Krankenpflege 35
 häusliche Pflege 24
 Haus-Notrufgerät 10
 Heimaufsicht 46
 Heimbeirat 45
 Heimfürsprecher 45
 Hilfe bei – der Körperpflege 8
 Hilfe bei – der Mobilität 7
 Hilfen beim – Einkaufen 6
 Hilfen beim – Essen und Trinken 6
 Hilfen beim – Kochen 6
 Hilfen beim – Sehen und Hören 5
 Hilfen beim – sich bewegen 6
 Hilfe und Unterstützung 21
 Hilfe zur Pflege 38
 Hilfsmittel 12, 36
 Hilfsmittel – Pflegebetten 29
 Höherer Pflegegrad 52
 Hospiz 15, 36

I

Informationen 57
 Informationen über das Internet 58
 Inkontinenz 9

K

Kinder und Steuern 56
 Klage vor dem Sozialgericht 51
 Kombination von Leistungen 27
 Krankenkasse 35
 Krankenpflege zu Hause 35
 Kündigungsschutz während der Familienpflegezeit 34
 Kündigungsschutz während der Pflegezeit 34
 Kurzzeit-Pflege 29
 Kurzzeitpflege von der Krankenkasse 36

L

Landessozialgericht 52
 Leistungen vom Sozialamt 52

M

MDK 46, 50
 Minijob 47
 Mitwirkungs-Pflicht 50

N

Nachbarschaftshilfe 14
 Notfall 18
 Notrufgeräte 10

O

Opfer von Gewalt 11

- P**
- Palliativ-Versorgung 36
 - Patientenverfügung 15
 - Persönliche Beratung 57
 - Pflegebedürftigkeit 20
 - Pflegebedürftigkeit – Dauer 21
 - Pflegeberater Ihrer Pflegekasse 57
 - Pflegedienst – stundenweise 27
 - Pflegegeld 24
 - Pflegegeld – im Krankenhaus 24
 - Pflegegeld – kein Einkommen 24
 - Pflegegeld – Kurzzeitpflege 24
 - Pflegegeld – Steuern 55
 - Pflegegrad 21
 - Pflegegrad 1 – Überblick 30
 - Pflegegrad im Pflegeheim 41
 - Pflegeheim 41
 - Pflegeheim – Abrechnung 43
 - Pflegeheim – Abwesenheit 42
 - Pflegeheim – Demenz 42
 - Pflegeheim – Informationen 58
 - Pflegeheim – Investitionskosten 43
 - Pflegeheim – Kontrolle 42, 46
 - Pflegeheim – Kosten 42
 - Pflegeheim – Krankenversicherung 45
 - Pflegeheim – Leistungen der Pflegekasse 44
 - Pflegeheim – Sozialamt 44
 - Pflegeheim – Unterkunft und Verpflegung 43
 - Pflegeheim – Vertrag 48
 - Pflegeheim – Zusatzleistungen 43
 - Pflegeleistungen im Ausland 49
 - Pflegeleistungen – zusätzlich für Wohngruppen 18
 - Pflegeperson 31
 - Pflegeperson – Arbeitslosenversicherung 31
 - Pflegeperson – Kurse 31
 - Pflegeperson – Rentenversicherung 31
 - Pflegeperson – Unfallversicherung 31
 - Pflege rund um die Uhr zu Hause 61
 - Pflege – Sachleistung 26
 - Pflege-Stützpunkt 58
 - Pflegeunterstützungsgeld 33
 - Pflegeversicherung – keine Leistungen 21
 - Pflegeversicherung – Leistungen 20
 - Pflegeversicherung – Vorversicherung 21
 - Pflege-Wohngeld 37
 - Pflegezeit 33
 - Pflegezeit – Kündigungsschutz 34
 - Pflegezeit – Vorschuss des Arbeitgebers 34
 - Pflege – zu Hause 24
 - Pflege-Zusatzversicherung 54
 - Platzgeld 42
 - Private Pflege-Pflichtversicherung 54
 - Private Zusatz-Pflegeversicherung 54
 - Prozesskosten-Hilfe 51
- Q**
- Qualitäts-Bericht 46
- R**
- Rechtsbehelfs-Belehrung 51
 - Rehabilitation 35
 - Reisen 7
 - Rentenversicherung für Pflegeperson 31
 - Richtlinien 61
 - Rundfunkbeitrag 37
- S**
- Schwerbehinderten-Ausweis 37
 - Senioren-Wohnungen 17
 - Sozialamt 38, 52
 - Soziale Kontakte 14
 - Sozialgericht 51
 - Sozialhilfe – für behinderte Menschen 53
 - Sozialhilfe – Rückforderung vom Erben 52
 - Staatliche Förderung einer privaten Pflege-Zusatzversicherung 54
 - Sterben zu Hause 15
 - Steuern und Pflege 55
 - Stürze 6
- T**
- Tagespflege 28
 - Taschengeld im Pflegeheim 40
 - Treppenlifter 18
- U**
- Umbau der Wohnung 18
 - Umzug 16
 - Unfall im Haushalt 48
 - Unfallkasse 48
 - Unfallversicherung 36
 - Unfallversicherung für Pflegeperson 31
 - Unterhalt 38
 - Unterstützungsangebote 24
 - Urteile 61
- V**
- Veränderungen im Alter 10
 - Verhinderungspflege 27
 - Vermögen in der Sozialhilfe 39
 - Versicherung 12
 - Vertrag im Pflegeheim 48
 - Vertrag – mit anerkanntem Betreuungsdienst 47
 - Vertrag – mit Pflegedienst 47
 - Vertrag – mit Pflegerin 47
 - Vorsorge 35
 - Vorsorge-Vollmacht 13
- W**
- Widerspruch 51
 - Wohngeld 37
 - Wohn-Gemeinschaften 17
 - Wohngruppen, ambulant betreute 17
 - Wohnheim für behinderte Menschen 53
 - Wohnsitz im Alter 16
 - Wohnung umbauen 30
- Z**
- Zuzahlung 29, 35, 45

Gezielt informieren und Bescheid wissen.

Alle lieferbaren Vorsorgebroschüren aus dem Verlag C.H.BECK im Überblick:

| | | |
|--|---------|-------------------|
| Vorsorge für Unfall Krankheit Alter | € 5,50 | 978-3-406-71787-1 |
| Vorsorge für den Erbfall | € 5,50 | 978-3-406-70975-3 |
| Vorsorge für den Notfall (mit Vorsorgemappe) + Vorsorge für Unfall Krankheit Alter + Vorsorge für den Erbfall | € 17,90 | 978-3-406-71789-5 |
| Die Vorsorgevollmacht | € 5,50 | 978-3-406-70959-3 |
| Meine Rechte als Betreuer und Betreuter | € 5,50 | 978-3-406-70030-9 |
| Der Patientenwille | € 5,50 | 978-3-406-70938-8 |
| Palliativpflege durch Angehörige | € 4,90 | 978-3-406-66150-1 |
| Wir haben ein Kind – Wie fördert uns der Staat | € 5,50 | 978-3-406-67214-9 |
| Meine Rechte als Patient | € 4,90 | 978-3-406-64820-5 |
| Pflege organisieren und finanzieren | € 5,50 | 978-3-406-71032-2 |
| Pflegebedürftig – Was tun? | € 5,90 | 978-3-406-73555-4 |
| Das richtige Pflege- und Seniorenheim | € 4,40 | 978-3-406-61415-6 |
| Das Behindertentestament | € 5,50 | 978-3-406-71951-6 |
| Elternunterhalt | € 5,50 | 978-3-406-70681-3 |
| Meine Rechte bei Schwerbehinderung | € 4,90 | 978-3-406-65426-8 |
| Was tun, wenn die Rente nicht reicht? | € 5,50 | 978-3-406-68941-3 |
| Wegweiser im Sterbefall | € 5,50 | 978-3-406-68012-0 |
| Arbeitslosengeld 2 NEU | € 5,90 | 978-3-406-73554-7 |
| Erfolgreich Vermieten NEU | € 5,90 | 978-3-406-73189-1 |
| Tipps zum Mietvertrag für Mieter | € 5,50 | 978-3-406-65361-2 |
| Vereinsrecht | € 5,50 | 978-3-406-67738-0 |
| Der Bundesfreiwilligendienst (BFD) | € 4,90 | 978-3-406-65522-7 |
| Erste Hilfe zur Datenschutz-Grundverordnung | € 5,50 | 978-3-406-71662-1 |
| Erste Hilfe zur Datenschutz-Grundverordnung eBook | € 5,49 | 978-3-406-72813-6 |
| First Aid: General Data Protection Regulation eBook | € 19,99 | 978-3-406-72906-5 |
| Erste Hilfe zum Geschäftsgeheimnisschutzgesetz NEU | € 5,90 | 978-3-406-73556-1 |
| Erste Hilfe zur Musterfeststellungsklage NEU | € 5,50 | 978-3-406-73307-9 |
| Mein Recht auf Datenschutz nach der DS-GVO NEU | € 5,90 | 978-3-406-72875-4 |
| Schulden erfolgreich bewältigen | € 5,50 | 978-3-406-70620-2 |



Verlag C.H.BECK oHG, Wilhelmstr. 9, 80801 München/Amtsgerecht München HRA 48065 / Preise inkl. MwSt. / 159264

patientenverfügung.beck.de

Das Vorsorgeportal für Unfall,
Krankheit und Alter.



Die Broschüren erhalten Sie bei Ihrem Buchhändler, im gut sortierten Büro- und Schreibwarenfachhandel oder unter www.beck-shop.de.

Pflegebedürftig – Was tun?

Informieren Sie sich mit Rechtstand Juni 2019, wie Sie und Ihre Angehörigen es schaffen:

- möglichst lange sich selbst zu versorgen,
- Hilfen im Haushalt zu organisieren,
- eine Versorgung rund um die Uhr zu planen,
- einen Umzug in Betreutes Wohnen oder in ein Pflegeheim zu regeln.

Inhalt

Verständlich für jedermann wird u.a. vorgestellt:

- Was kann helfen, weiter zu Hause zu leben?
- Wann gibt es einen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung?
- Pflegen und im Beruf arbeiten – Wie kann das gehen?
- Welche Leistungen gibt es über die Pflegeversicherung hinaus?
- Was kostet ein Pflegeheim und wer bezahlt das?
- Welche Verträge sind mit einem Pflegedienst oder Pflegeheim zu schließen?
- Was bringt eine private Zusatz-Pflegeversicherung?
- Welche Kosten können von der Steuer abgesetzt werden?
- Gibt es Pflegeleistungen auch im Ausland?
- Wo finde ich eine persönliche Beratung?

Alles auf einen Blick durch

- Checklisten
- Rechenbeispiele

Die 5. Auflage bringt den Ratgeber auf den aktuellen Gesetzesstand Juni 2019.

Aus der Praxis

Erstellt wurde die Broschüre von Autoren, welche die auftretenden Problemfälle aus der täglichen Beratungsarbeit kennen und die langjährige sozialrechtliche Erfahrungen haben.

Herausgeber ist der Paritätische Gesamtverband.

ISBN 978-3-406-73555-4



9 783406 735554 € 5,90

www.beck.de