



Pflege zu Hause.

Was muss ich wissen?

Alles, was Sie auf die Nächstenpflege
vorbereitet.

SOZIALVERBAND

VdK

BADEN-WÜRTTEMBERG



Wichtige Änderungen ab 1. Januar 2024

Broschüre: Pflege zu Hause. Was muss ich wissen?

Seite 5 – Begutachtung | Ergänzung: Telefonische Begutachtung

Inzwischen ist es auch möglich, die Begutachtung telefonisch durchzuführen. Hier ist jedoch der Wunsch der Pflegebedürftigen ausschlaggebend: Sie können darüber entscheiden, ob sie die persönliche Begutachtung in ihrem Zuhause oder in einem strukturierten telefonischen Interview vorziehen. Über dieses Wahlrecht muss der MD die Pflegebedürftigen schon bei der Terminabsprache informieren und diese Entscheidung dokumentieren. **ACHTUNG:** Eine telefonische Begutachtung ist in bestimmten Fällen grundsätzlich ausgeschlossen, zum Beispiel bei Erstbegutachtungen, in Widerspruchsverfahren sowie bei Kindern.

Seite 9 – Tabelle Pflegegeld und Pflegesachleistungen | Änderung der Leistungsbeiträge

Ab Pflegegrad 2 haben Betroffene Anspruch auf Pflegegeld in folgender Höhe und auf Pflegesachleistungen:

pro Monat	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Pflegegeld	-	332 €	573 €	765 €	947 €
Pflegesachleistungen	-	761 €	1.432 €	1.778 €	2.200 €

Seite 10/11 – Rechenbeispiel und Tabelle Pflegesachleistung und Pflegegeld

Ein Pflegebedürftiger in Pflegegrad 4 wird durch einen Pflegedienst unterstützt. Ihm stehen 1.778 € Pflegesachleistung im Monat zu (siehe Tabelle), aber der Pflegedienst ist nicht so oft im Einsatz und rechnet für den Monat nur 1.066 € ab. Mit diesen 1.066 € nutzt der Pflegebedürftige nur 60 Prozent des Gesamtbetrages von 1.778 €. Es bleiben 40 Prozent übrig. In Pflegegrad 4 beträgt das Pflegegeld 765 Euro. Davon erhält der Pflegebedürftige 40 Prozent, das sind 306 Euro. Der Pflegedienst rechnet 1.066 Euro mit der Pflegekasse ab, 306 Euro überweist die Pflegekasse an den Pflegebedürftigen als Pflegegeld.

Pflegesachleistung	→	Pflegegeld
1.778 € insgesamt	Wenn 60 % Pflegesachleistung	765 € insgesamt
1.066 € = 60 %	verwendet, dann stehen	306 € = 40 %
	40 % Pflegegeld zu	

pro Monat	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Pflegegeld	-	332 €	573 €	765 €	947 €
Pflegesachleistungen	-	761 €	1.432 €	1.778 €	2.200 €

Seite 14 – Verhinderungspflege | neuer Hinweis

Bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres mit Pflegegrad 4 oder 5 wurde der Anspruch auf Verhinderungspflege zum 1. Januar 2024 auf bis zu acht Wochen verlängert. Zudem entfällt die Vorpflegezeit als Voraussetzung. Werden Leistungen der Kurzzeitpflege nicht genutzt, können diese komplett in Leistungen der Verhinderungspflege umgewandelt werden. Ab 1. Juli 2025 werden diese Regelungen im Wesentlichen auch für Erwachsene übernommen. Die Beträge der Kurzzeitpflege und der Verhinderungspflege werden dann zu einem gemeinsamen Jahresbetrag in Höhe von maximal 3.539 € zusammengefasst. Dieser kann je nach Bedarf flexibel für die Kurzzeitpflege oder die Verhinderungspflege eingesetzt werden. Um eine Übersicht über den verbleibenden Betrag zu erhalten, müssen die für die jeweilige Leistung angefallenen Kosten von der Pflegeeinrichtung unverzüglich dargelegt werden.

Seite 27 – Kurzzeitige Arbeitsverhinderung | Anpassung im Absatz

Wer kurzfristig die Pflege in der Familie organisieren muss, hat das Recht, bei Bedarf für bis zu zehn Arbeitstage von der Arbeit fernzubleiben. Für diese Zeit können Beschäftigte seit 2024 einmal im Jahr bei der Pflegekasse des Pflegebedürftigen ein Pflegeunterstützungsgeld in Höhe von normalerweise 90 Prozent des Nettolohns beantragen. Es muss sich jedoch um einen akuten Fall von Pflegebedürftigkeit handeln, und die oder der Betroffene muss ein naher Angehöriger sein.

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Vorwort	3
Pflegebedürftigkeit	
Erste Schritte	4
Begutachtung	5
Pflegegrade und Leistungsanspruch	6
Beratung und Information	7
Leistungen	
Häusliche Krankenpflege	8
Pflegegeld	8
Professionelle Pflegedienste	9
Kombination aus Pflegegeld und Pflegesachleistung	10
Zusätzliche Unterstützung	11
(Tagespflege, Hilfe im Alltag, Kurzzeitpflege, Verhinderungspflege)	
Zusätzliche finanzielle Hilfe	15
Hilfe bei Demenz	15
Pflegekurse und Selbsthilfegruppen	16
Hilfsmittel – Pflegebett, Rollstuhl & Co	17
Pflegehilfsmittel zum Verbrauch	18
Vorsorge für Notfälle	19
Digitale Hilfen	20
Pflegegerechter Wohnraum	20
Mobilität und Beförderung	21
Versorgung am Lebensende	23
Vorsorge	
Vorsorgevollmacht, Betreuung und Patientenverfügung	24
Gesundheit der Pflegenden	25
Prävention und Rehabilitation	26
Ansprüche der Pflegeperson	
Pflege und Beruf	27
Rente	28
Gesetzliche Unfallversicherung	29
Kranken- und Pflegeversicherung	30
Arbeitslosenversicherung	31
Steuererleichterungen	31
Fahrplan für die ersten Schritte	33

Liebe VdK-Mitglieder, liebe Leserinnen und Leser,

80 Prozent der mehr als vier Millionen Pflegebedürftigen werden zu Hause von Verwandten, Freunden und Nachbarn gepflegt. Mit Ihrem Engagement übernehmen Sie den größten Teil der pflegerischen Versorgung in Deutschland. Die Menschen, die zu Hause pflegen, sind die tragende Säule in der Pflege und damit unverzichtbar.

Viele von Ihnen engagieren sich als pflegende Angehörige für die eigenen Großeltern, Eltern, Geschwister oder Kinder. Manche kümmern sich um Bekannte oder Freunde. Für dieses Engagement möchten wir Ihnen danken. Pflege ist anstrengend und herausfordernd. Aber sie ist auch höchst sinnstiftend: Pflegenden erleben es oft als sehr befriedigend, für einen nahestehenden Menschen da zu sein und ihn auf seinem Weg zu begleiten. Dies hat auch unsere VdK-Pflegestudie unter allen Mitgliedern gezeigt. Viele berichten, wie sich die Beziehung zwischen dem Gepflegten und dem Pflegenden positiv verändert und weiter vertieft.

Wenn Sie diese Broschüre in den Händen halten, gehören Sie vielleicht schon zur Gruppe der pflegenden Angehörigen. Vielleicht überlegen Sie auch, sich in absehbarer Zeit um einen Angehörigen oder Nachbarn zu kümmern. Dabei möchten wir Sie unterstützen.

Es ist wichtig zu wissen, was auf Sie zukommt, wenn Sie sich für die Pflege zu Hause entscheiden. Der VdK-Ratgeber richtet sich vor allem an die pflegenden Angehörigen – die Pflegepersonen. Wir möchten Ihnen auf Ihre wichtigsten Fragen umfassend antworten. Diese Broschüre gibt Ihnen Informationen zur Pflegeversicherung und zu möglichen Unterstützungsangeboten an die Hand.

Brauchen Sie weitere Unterstützung? Der Sozialverband VdK ist für Sie da und berät Sie gern. Über 2,1 Millionen Mitglieder vertrauen dem VdK. Wir sind eine starke und aktive Gemeinschaft.

Ihr Sozialverband VdK Deutschland e. V.

Pflegebedürftigkeit

Erste Schritte

Manchmal kündigt sie sich lange an, manchmal tritt sie ganz plötzlich auf: Pflegebedürftigkeit. Dann braucht ein Familienmitglied nicht nur gelegentlich Hilfe, sondern dauerhaft Pflege. Für viele Angehörige ist es selbstverständlich, dass sie die Pflege zu Hause übernehmen. Das entspricht auch den Wünschen der meisten Pflegebedürftigen. Doch wer pflegen möchte, sollte sich fragen: Was ist möglich und was nicht?

- Sprechen Sie gemeinsam mit dem Pflegebedürftigen über Ihre Vorstellungen.
- Überlegen Sie, wo gepflegt werden könnte. Bei Ihnen oder beim Pflegebedürftigen zu Hause? Ist die jeweilige Wohnumgebung geeignet?
- Kann der Pflegebedürftige über mehrere Stunden allein bleiben oder ist eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung notwendig?
- Wird die Pflege vorübergehend oder dauerhaft nötig sein?
- Sind Sie körperlich und seelisch in der Lage, die Pflege zu übernehmen?
- Wer kann Sie unterstützen oder gegebenenfalls einspringen (Familie, Freunde, Pflegedienst)?
- Wie stark sind Sie selbst eingebunden durch Ihren Beruf oder Ihre Kinder?
- Wie ist die finanzielle Lage des Pflegebedürftigen? Und wie ist Ihre finanzielle Situation?

Besprechen Sie diese Fragen frühzeitig und in Ruhe im Kreis der Familie. Es ist wichtig, dass Sie die Entscheidung zur Pflege zu Hause gemeinsam tragen.

Hinweis: Jeder, der einen Pflegebedürftigen versorgt, kann Pflegeperson sein. Anerkannte Pflegepersonen sind aber nur diejenigen, die bei der Pflegekasse als Pflegeperson gemeldet sind.

Pflegebedürftigkeit

Begutachtung

Ob jemand pflegebedürftig ist oder nicht, muss ein Gutachter feststellen. Dazu ist es notwendig, dass sich der Betroffene zuerst an die Pflegekasse wendet, um einen Antrag zu stellen. Dies ist per Brief, Telefon oder per Mail möglich. Der Antrag sollte schnellstmöglich bei der Pflegekasse eingehen, da sie ab dem Tag der Antragstellung Leistungen aus der Pflegeversicherung zahlt, auch rückwirkend. Die Pflegekasse erreichen Sie unter der gleichen Adresse wie die Krankenkasse.

Ist der Antrag gestellt, muss für die Begutachtung ein Termin vereinbart werden. Dazu meldet sich ein Gutachter (geschulte Fachkraft oder ein Arzt) des Medizinischen Dienstes im Gesundheitswesen bei allen, die gesetzlich versichert sind. Mit privat Versicherten vereinbart der Gutachter von Medicproof einen Termin.

Falls Sie die Pflege übernehmen möchten und mit Ihrem Arbeitgeber bereits eine Freistellung zur Pflege (S. 27 Pflegezeit) vereinbart haben, muss dieser Besuchstermin zeitnah erfolgen. Das gilt auch, wenn der Betroffene im Sterben liegen sollte. Hier ist es wichtig, dass dies schon bei der Antragstellung mitgeteilt wird.

Zum Termin kommt der Gutachter nach Hause. Bei der Begutachtung sollte auch die künftige Pflegeperson oder eine andere Vertrauensperson anwesend sein. Hier kann der Betroffene schon die anerkannte Pflegeperson festlegen, die die Pflege hauptsächlich übernehmen wird. Wichtige Dokumente, wie etwa ein Pflegetagebuch, Medikamentenlisten und aktuelle Arztberichte, sollte man bereithalten. Im Gespräch mit dem Gutachter sollte man die Pflegesituation nicht verharmlosen, aber auch nicht übertreiben.

Der Gutachter ermittelt den Bedarf an Pflege, an Rehabilitation und an Hilfsmitteln. Die Empfehlungen werden an die Pflegekasse weitergeleitet, die auf dieser Grundlage einen Pflegegrad ermittelt. Der Pflegegrad zeigt an, in welchem Maße der Pflegebedürftige in seiner Selbstständigkeit eingeschränkt ist beziehungsweise wie hoch der Hilfebedarf ist. Die Krankenkasse teilt in einem schriftlichen Bescheid das Ergebnis mit. Liegt das ausführliche Gutachten nicht bei, fordern Sie es an. Sind Sie oder der gesetzliche Vertreter nicht mit dem Ergebnis einverstanden, können Sie in den folgenden vier Wochen – nach Eingang der Mitteilung des Pflegegrads – schriftlich dagegen Widerspruch einlegen.

Der Sozialverband VdK hilft:

Wie man sich auf die Begutachtung vorbereiten kann, was der Gutachter prüft, wie der Pflegegrad ermittelt wird und wie man gegebenenfalls dagegen Widerspruch einlegen kann, zeigt der VdK-Ratgeber „Ab wann ist man pflegebedürftig? Alles, was Sie über die Pflegebegutachtung wissen müssen“. Sollten Sie schon vorab wissen wollen, welcher Pflegegrad dem jeweiligen Hilfebedarf entspricht, können Sie unseren VdK-Pflegegradrechner nutzen unter <https://www.vdk.de/permalink/74125>

Pflegebedürftigkeit

Pflegegrade und Leistungsanspruch

Es gibt fünf Pflegegrade, in die der Pflegebedürftige eingestuft werden kann. Der Pflegegrad gibt Auskunft über die Fähigkeiten und den Grad der Selbstständigkeit, also darüber, welchen Bedarf an Hilfe der Pflegebedürftige hat. Je höher der Pflegegrad, umso geringer ist die Selbstständigkeit und umso höher der Hilfebedarf. Der Pflegegrad entscheidet darüber, welche Leistungen oder Zuschüsse der Pflegebedürftige von seiner Pflegekasse erhalten kann.

Wird der Pflegebedürftige zu Hause betreut, stehen ihm bestimmte Leistungen aus der Pflegeversicherung zu. Einen Überblick gibt die folgende Tabelle. Die Leistungen sind an einen Pflegegrad gebunden. Einige Leistungen steigen, je höher der Pflegegrad ist. Andere Leistungen werden als Pauschale gezahlt und sind über alle Pflegegrade hinweg gleich. In den nachfolgenden Kapiteln werden diese Leistungen ausführlicher erklärt.

Leistung	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2-5
Pflegegeld		X
Pflegesachleistung/Pflegedienste		X
Kombinationsleistung		X
Betreuungs- und Entlastungsbetrag	X	X
Tages- und Nachtpflege		X
Kurzzeitpflege		X
Verhinderungspflege		X
Hausnotruf	X	X
Pflegehilfsmittel zum Verbrauch	X	X
Wohnraumanpassung	X	X
Digitale Pflegeanwendungen	X	X

Unabhängig vom Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit gibt es auch Leistungen wie die häusliche Krankenpflege, den Bezug von Hilfsmitteln und palliative Begleitung.

Pflegebedürftigkeit

Beratung und Information

Ab dem Antrag auf Pflegebedürftigkeit haben auch Sie als pflegender Angehöriger einen Anspruch auf eine kostenfreie und vertrauliche Pflegeberatung durch einen qualifizierten Pflegeberater. Dafür können Sie sich an die sogenannten Pflegestützpunkte oder an die Fach- und Beratungsstellen etwa der Wohlfahrtsverbände wenden. Privat Versicherten hilft die Compass private Pflegeberatung GmbH weiter.

Nach dem Antrag erhalten Sie einen Vorschlag, wo Sie innerhalb von zwei Wochen (auf Antrag auch länger) eine kostenfreie Pflegeberatung der zuständigen Pflegekasse abrufen oder einen Gutschein für eine frei gewählte Beratungsstelle einlösen können. Wenn Sie es wünschen, kommen die Berater auch in das Zuhause des Pflegebedürftigen. Diese Art der Beratung erhalten Betroffene wiederholt und immer dann, wenn weitere Pflegeleistungen beantragt werden.

Wurde ein Pflegegrad zugesagt und Sie kennen bereits die Hilfemöglichkeiten für den Betroffenen, sollten Sie sich erneut beraten lassen. Das erspart Ihnen das mühsame Zusammensuchen von Informationen und möglicherweise auch unnötige Zuzahlungen für Hilfen.

Tipp: Bitten Sie den Berater, dass er Ihnen die Leistungs- und Preisvergleichslisten von regionalen Anbietern für Pflege, Hauswirtschaft und Betreuung übergibt.

Verlangen Sie gleich zu Beginn der Beratung einen individuellen Versorgungsplan. Darin werden alle passenden und notwendigen Hilfen festgehalten, etwa zur Gesundheitsförderung, Rehabilitation, Pflege oder sozialen Absicherung. Hier werden Maßnahmen, Zuständigkeiten und auch Finanzierungsmöglichkeiten aufgeführt. Der Pflegeberater aus dem Erstkontakt sollte nach Möglichkeit Ihr Ansprechpartner bleiben. Er kann Sie begleiten, wenn Maßnahmen umgesetzt werden, und Ihnen helfen, Ihre Fragen zu klären.

Tipp: Eine Beratungsstelle in Ihrer Nähe finden Sie hier: www.zqp.de/beratung-pflege/ oder unter: www.zqp.de > Gefragte Themen > Datenbank Beratungsangebote bundesweit. Sprechen Sie auch Ihre VdK-Geschäftsstelle vor Ort an – in manchen Regionen ist der VdK in der Pflegeberatung aktiv.

Leistungen

Häusliche Krankenpflege

Der Pflegebedürftige hat über seine Krankenversicherung Anspruch auf häusliche Krankenpflege, wenn er aufgrund einer Erkrankung zu Hause medizinisch versorgt und betreut werden muss. Ein Pflegegrad ist dafür nicht nötig. Voraussetzung ist, dass er die notwendigen Maßnahmen nicht selbst leisten kann, aber auch keine andere im Haushalt lebende Person diese übernehmen kann.

Die häusliche Krankenpflege ist eine Leistung der Krankenversicherung und beinhaltet Behandlungspflege, Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung. Alle Leistungen sind – nicht abschließend – in einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses definiert:

- Zur Behandlungspflege gehören Maßnahmen, die durch bestimmte Erkrankungen erforderlich werden, wie Wundversorgung, Verbandwechsel oder Medikamentengabe.
- Die Grundpflege meint die Hilfe bei der Körperpflege und Inkontinenzversorgung, Unterstützung beim Essen oder Bewegungsförderung.
- Zur hauswirtschaftlichen Versorgung zählt beispielsweise die Zubereitung von Mahlzeiten, das Einkaufen oder das Reinigen der Wohnung.

Für die häusliche Krankenpflege benötigt der Pflegebedürftige eine ärztliche Verordnung. Darauf muss der Arzt genau angeben, welche Hilfen wann und wie oft erforderlich sind. Die Krankenkasse muss diese Verordnung überprüfen und genehmigen. Sobald die Genehmigung vorliegt, kann ein Pflegedienst mit der Versorgung beauftragt werden. Der Pflegedienst rechnet die Kosten direkt mit der Krankenkasse ab.

Für Leistungen der häuslichen Krankenpflege wird eine Zuzahlung in Höhe von zehn Euro pro Verordnung erhoben. Außerdem müssen Versicherte für bis zu 28 Tage pro Jahr zehn Prozent der Kosten der Maßnahmen zahlen, maximal aber zehn Euro am Tag. Wenn der Pflegebedürftige von der Rezeptgebühr befreit ist, entfällt dieser Eigenanteil für ihn.

Häufig wird häusliche Krankenpflege direkt nach einer Krankenhausversorgung als Nachsorge verordnet. In diesen Fällen kümmert sich der Sozialdienst des Krankenhauses schon um die Organisation und unterstützt auch bei der Suche nach einem geeigneten Pflegedienst.

Pflegegeld

Pflegen Familienangehörige, Freunde oder Bekannte, kann der Pflegebedürftige Pflegegeld beziehen. Das Pflegegeld ist ein Geldbetrag, der zur freien Verfügung steht und die Pflege sicherstellen muss. Das Geld kann der Pflegebedürftige als Dankeschön für die anerkannten Pflegepersonen verwenden oder selbst Hilfen damit „einkaufen“. Der Pflegebedürftige muss das Pflegegeld aber nicht an die Pflegenden weitergeben. Wird das Pflegegeld weitergeleitet, so bleibt es steuerfrei, wenn der Empfänger die anerkannte Pflegeperson ist.

Leistungen

Der Betroffene hat ab Pflegegrad 2 Anspruch auf Pflegegeld in folgender Höhe:

Pro Monat	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Pflegegeld	---	316 €	545 €	728 €	901 €

Das Pflegegeld überweist die Pflegekasse monatlich an den Pflegebedürftigen. Es kann auch anteilig bei Zuhilfenahme eines Pflegedienstes als Kombinationsleistung genutzt werden. Näheres dazu finden Sie auf S. 10.

Hinweis: Wenn Pflegebedürftige ausschließlich durch Angehörige gepflegt werden, sind diese verpflichtet, regelmäßig eine Pflegeberatung in Anspruch zu nehmen. In Pflegegrad 2 und 3 halbjährlich, in Pflegegrad 4 und 5 einmal im Vierteljahr. Damit soll auch überprüft werden, ob die Pflegenden ausreichend Unterstützung erhalten. Wenn ein Pflegedienst die Beratung durchführt, kann es dazu kommen, dass er sie nutzt, um eigene Leistungen zu verkaufen. Darüber sollten Sie sich im Klaren sein.

Achtung: Das Pflegegeld wird bei einem Krankenhaus- oder Reha-Aufenthalt nur bis zum 29. Tag gezahlt, dabei gilt jeder Klinikaufenthalt für sich. Schließt sich eine Reha nahtlos an, wird diese Zeit mit der des Krankenhausaufenthalts zusammengezählt.

Professionelle Pflegedienste

In bestimmten Situationen können Sie als Pflegenden die Pflege nicht allein bewältigen, etwa wenn Sie berufstätig sind oder die Pflege körperlich zu schwer ist. Es kann auch sein, dass der Pflegebedürftige noch gut zurechtkommt, aber ab und an professionelle Hilfe braucht. Ab Pflegegrad 2 haben Betroffene Anspruch auf die sogenannte Pflegesachleistung.

Pro Monat	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Pflegesachleistung	---	724 €	1363 €	1693 €	2095 €

Mit diesem Geld wird der Einsatz von Pflegekräften bezahlt, die bei einem Pflegedienst arbeiten, der von den Pflegekassen zugelassen ist. Pflegesachleistungen sind gebunden an eine professionell erbrachte Dienstleistung. Wobei darf der Pflegedienst unterstützen? Zum Beispiel bei der Körperpflege, bei der Ernährung oder bei der Hauswirtschaft. Konkret heißt das, dass der Betroffene etwa beim Waschen, beim Essen, bei der Bewegung, beim An- und Ausziehen, beim Toilettengang sowie bei Harn- oder Stuhlinkontinenz Hilfe erhalten kann.

Leistungen

Hinweis: Da der Dienstleister direkt mit der Pflegekasse abrechnet, verlangen Sie von ihm immer die Kopie der monatlichen Abrechnung, damit Sie gut informiert sind. Fragen Sie nach, wenn Sie auf der Rechnung etwas nicht verstehen. Zudem können Sie den Vertrag mit dem Pflegedienst bei den Verbraucherzentralen prüfen lassen.

Tipp: So finden Sie einen passenden Pflegedienst:

Neben dem persönlichen Gesamteindruck ist entscheidend, wie viel Zeit sich die Pflegedienstleitung für ein Gespräch nimmt. Lassen Sie sich ausführlich beraten und einen individuellen Pflegeplan mit den Kosten erstellen. Folgende Fragen sind wichtig:

- Kann der Pflegedienst bei Bedarf schnell zur Stelle sein?
- Deckt er alle Bereiche ab, in denen Hilfe benötigt wird?
- Kann er flexibel auf außerplanmäßigen Hilfebedarf reagieren?
- Wird Ihnen die Wahl zwischen Leistungen und Zeitkontingent erklärt und offengelassen?
- Gibt es mehr Fachkräfte als Hilfspersonal?
- Wird Betreuung durch festes Pflegepersonal angeboten?

Kombination aus Pflegegeld und Pflegesachleistung

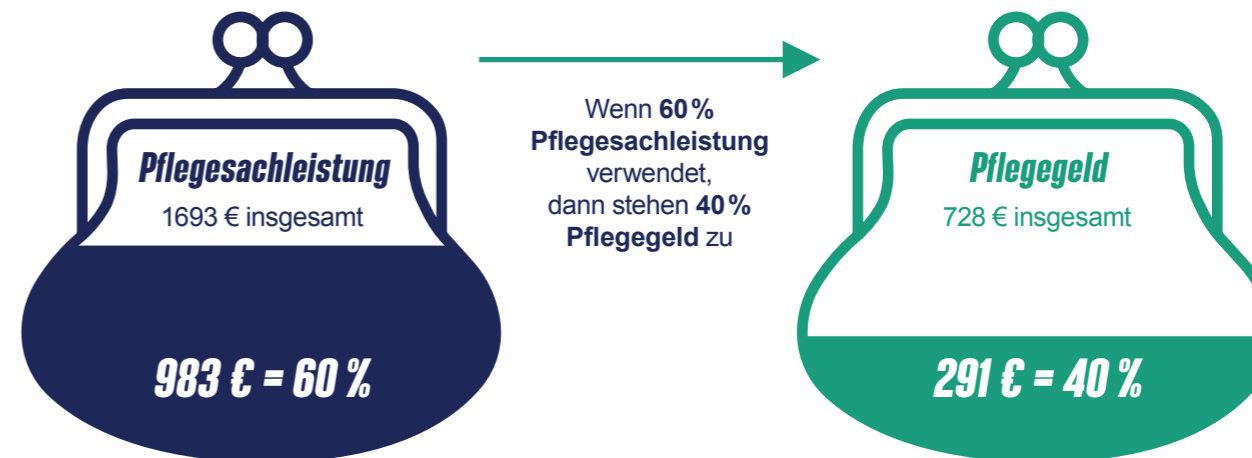
Viele Betroffene wünschen sich einen Mix aus Pflegegeld und dem Einsatz eines Pflegedienstes. Wenn Sie sich um einen Pflegebedürftigen kümmern, aber auch professionelle Unterstützung in Anspruch nehmen möchten, etwa bei der Körperhygiene, kommt die sogenannte Kombinationspflege infrage.

Der ambulante Pflegedienst rechnet monatlich seine Leistungen über die Pflegesachleistung ab. Wird ein Teil davon nicht in Anspruch genommen, kann dieser als Pflegegeld ausbezahlt werden. Dafür wird errechnet, wie viel Prozent der Sachleistung ungenutzt bleiben. Sind das etwa 40 Prozent, erhält der Pflegebedürftige 40 Prozent des Pflegegeldbetrages (nicht der Sachleistung).

Ein Rechenbeispiel

Ein Pflegebedürftiger in Pflegegrad 4 wird durch einen Pflegedienst unterstützt. Ihm stehen 1693 Euro Pflegesachleistung im Monat zu (siehe Tabelle), aber der Pflegedienst ist nicht so oft im Einsatz und rechnet für den Monat nur 983 Euro ab. Mit diesen 983 Euro nutzt der Pflegebedürftige nur 60 Prozent des Gesamtbetrages von 1693 Euro. Es bleiben 40 Prozent übrig. In Pflegegrad 4 beträgt das Pflegegeld 728 Euro. Davon erhält der Pflegebedürftige 40 Prozent, das sind 291 Euro. Der Pflegedienst rechnet 983 Euro mit der Pflegekasse ab, 291 Euro überweist die Pflegekasse an den Pflegebedürftigen als Pflegegeld.

Leistungen



Pro Monat	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Pflegesachleistung	---	724 €	1363 €	1693 €	2095 €
Pflegegeld	---	316 €	545 €	728 €	901 €

Achtung: Wer sich für die Kombinationsleistung entscheidet, ist sechs Monate daran gebunden. Erst danach kann neu entschieden werden.

Tipp: Lassen Sie sich auch hier monatlich die Rechnungskopien des Pflegedienstes zusenden. Das ist wichtig, um die Höhe des verbleibenden Pflegegeldes einschätzen zu können.

Zusätzliche Unterstützung

Es gibt immer wieder Situationen, in denen Sie verhindert sind und nicht sicherstellen können, dass der Pflegebedürftige gut versorgt ist. Das ist der Fall, wenn Sie erkranken, Termine haben oder in den Urlaub fahren. Die Pflegeversicherung bietet hierfür verschiedene Möglichkeiten. Auch bei der Haushaltsführung oder bei bestimmten Aufgaben gibt es Unterstützungsangebote.

Tagespflege

Die Tagespflege richtet sich an Pflegende, die häufiger oder tageweise nicht pflegen können, etwa weil sie berufstätig sind oder feste Arzttermine haben. Sie steht auch Pflegenden zu, die regelmäßige Entlastung benötigen. Das Angebot eignet sich ebenfalls, wenn der Pflegebedürftige nicht allein sein möchte oder sollte. In Tagespflegen können Pflegebedürftige an einzelnen Tagen und bis zu sieben Tage die Woche betreut werden. Es gibt auch Angebote am Wochenende oder nachts, aber leider nur sehr wenige. Bei der Suche nach einer passenden Einrichtung unterstützen Sie die Pflegekassen, Pflegestützpunkte und andere Pflegeberatungsstellen.

Und so funktioniert Tagespflege: Morgens werden die Gäste zu Hause von einem Fahrdienst abgeholt und am Nachmittag wieder nach Hause gebracht. Die Betreuung erfolgt in kleinen Gruppen.

Leistungen

Dabei wird gemeinsam gegessen, mitunter auch gekocht und gebacken. Es gibt Freizeitangebote wie Singen, Basteln, Gartenarbeit oder Gedächtnistraining.

Tagespflege muss bei der Pflegekasse des Pflegebedürftigen beantragt werden. Sie kann ab Pflegegrad 2 und unabhängig von der Nutzung von Pflegegeld oder Sachleistung in Anspruch genommen werden. Wird das Angebot nicht genutzt, verfällt der monatliche Betrag.

Tipp: Planen Sie auf jeden Fall möglichst zusammen mit dem Pflegebedürftigen einmal den Besuch einer Tagespflege. Es bietet sich an, dort einen Probetag zu buchen. Erst danach können Sie beurteilen, ob dieses Angebot Ihrem Bedarf entspricht.

Achtung: Jede Tagespflege hat einen anderen Tagessatz, der aus Kosten für Pflege, Betreuung, Fahrtkosten, Verpflegung und Investitionskosten besteht. Die Pflegeversicherung beteiligt sich je nach Pflegegrad an den Kosten. Zudem kann der Entlastungsbetrag genutzt werden. Darüber hinausgehende Kosten müssen privat gezahlt werden. Lassen Sie sich von der Leitung der Tagespflege berechnen, wie viele Tage im Monat genommen werden können und welche Kosten dafür entstehen.

Budget pro Monat	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Tagespflege	---	689 €	1298 €	1612 €	1995 €
Entlastungsbetrag	---	125 €	125 €	125 €	125 €

Hilfe im Alltag

Viele Pflegende und Pflegebedürftige benötigen Hilfe im Haushalt – beim Einkaufen, Kochen und Putzen – oder wünschen sich mehr Betreuung, gerade wenn der Pflegebedürftige an einer Demenzerkrankung leidet.

Neben der Unterstützung durch einen Pflegedienst (Pflegesachleistung S. 9) und der Verwendung des Pflegegeldes (S. 8) gibt es dafür noch den Entlastungsbetrag. Monatlich werden hier 125 Euro zur Verfügung gestellt, damit Pflegende im Alltag für ein paar Stunden Entlastung erfahren.

Pro Monat	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Entlastungsbetrag	125 €	125 €	125 €	125 €	125 €

Sie können diesen Betrag einsetzen, damit die Nachbarschaftshilfe, Betreuungsdienste, aber auch Pflegedienste Sie unterstützen. Voraussetzung ist, dass diese Dienste nach dem Landesrecht als Entlastungsdienste anerkannt sind. Das ist wichtig, da die Pflegekasse ansonsten die Kosten nicht übernimmt. In jedem Bundesland gelten hierfür andere Vorschriften. Bitten Sie Ihre Pflegekasse um eine Auflistung der anerkannten Dienstleister, für die Sie den Entlastungsbetrag nutzen können.

Tipp: Ein Preisvergleich lohnt sich, denn die Anbieter unterscheiden sich im Stundenlohn oft deutlich.

Leistungen

Die Abrechnung erfolgt direkt zwischen den Pflegebedürftigen und den Dienstleistern. Nach Einreichung der Rechnung bei der Pflegekasse wird das ausgelegte Geld bis maximal 125 Euro rückerstattet. Sie können mit dem Dienstleister auch vereinbaren, dass er die Abrechnung mit der Pflegekasse übernimmt. Dafür unterzeichnen Sie eine Abtretungserklärung. Dann haben Sie aber keine Kontrolle mehr über das Budget.

Tipp: Wenn Sie mehr Unterstützung durch Entlastungsdienste wünschen, können Sie hierfür 40 Prozent des Sachleistungsbetrags verwenden, der noch nicht gebraucht wurde. Der Sachleistungsbetrag ist das Geld, das der Pflegedienst für Pflegeleistungen nutzt. Hier reicht ein formloser Antrag an die Pflegekasse.

Hinweis: Werden die monatlichen Entlastungsbeträge nicht genutzt, werden sie angespart und können noch bis zum 30. Juni des Folgejahres eingesetzt werden.

Kurzzeitpflege

Kurzzeitpflege kommt infrage, wenn Sie als pflegender Angehöriger einmal länger nicht pflegen können, weil Sie etwa in einer Kur oder im Urlaub sind. Sie können Kurzzeitpflege auch nutzen, wenn sich der Gesundheitszustand des Pflegebedürftigen so verändert, dass eine Versorgung zu Hause zeitweise nicht mehr möglich ist, etwa nach einem Krankenhausaufenthalt. Die Suche nach einem Kurzzeitpflegeplatz kann leider oft mühsam sein, da Sie die Anbieter kontaktieren müssen, um einen freien Platz zu erfragen.

Rahmenbedingungen:

- auf Antrag bei der Pflegekasse
- erst ab Pflegegrad 2
- für höchstens acht Wochen im Jahr
- in Pflegeeinrichtungen, in separaten Kurzzeitpflegen und in einigen Reha-Kliniken
- Pflegekasse zahlt einen festen Betrag von 1774 Euro im Jahr
- Kosten für Unterkunft und Verpflegung müssen aus eigener Tasche finanziert werden

Hinweis: Die 1774 Euro für Kurzzeitpflege von den Pflegekassen können Sie mit ungenutzten Geldern der Verhinderungspflege und des Entlastungsbetrags aufstocken. Lassen Sie sich das von der Pflegekasse berechnen. Wird die Kurzzeitpflege im jeweiligen Jahr nicht genutzt, verfällt der Betrag ersatzlos.

Achtung: Während der möglichen acht Wochen Kurzzeitpflege wird das Pflegegeld um 50 Prozent gekürzt. Dauert die Kurzzeitpflege länger, besteht kein Anspruch mehr.

Pro Jahr	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Kurzzeitpflege	---	1774 €	1774 €	1774 €	1774 €

Leistungen

Verhinderungspflege – Ersatzpflege

Die Verhinderungspflege kann man zu Hause nutzen und tage- oder stundenweise in Anspruch nehmen. Das ist ein großer Vorteil, weil Sie sich als Pfleger damit auch kürzere Auszeiten verschaffen können, etwa für einen Friseur- oder Arzttermin. Voraussetzung ist, dass entweder Pflegegeld oder die Kombinationsleistung in Anspruch genommen wird.

Rahmenbedingungen:

- Vorpflegezeit von sechs Monaten notwendig
- kann auch rückwirkend beantragt werden
- erst ab Pflegegrad 2
- tageweise längstens sechs Wochen im Jahr; stundenweise an 365 Tagen im Jahr
- kann geleistet werden durch Freunde, Nachbarn, Bekannte, Ehrenamtliche, aber auch durch professionelle Pflege- und Betreuungskräfte
- Pflegekasse zahlt einen festen Betrag von 1612 Euro im Jahr

Man kann in Vorleistung treten und die Quittungen nachträglich bei der Pflegekasse einreichen. Das Geld wird dem Pflegebedürftigen dann überwiesen. Von der Pflegekasse anerkannte Pflege- und Betreuungsdienste können direkt abrechnen.

Wenn die Ersatzpflege durch eine Person erfolgt, die nah (bis zum zweiten Grad) mit dem Pflegebedürftigen verwandt ist, zahlt die Pflegekasse einen geringeren Betrag aus. Informieren Sie sich dazu bei der Pflegekasse oder bei einer Pflegeberatung. So erhalten Sie Klarheit über die Verwandtschaftsgrade sowie über die Erstattung der Stunden, der Fahrtkosten und des Verdienstaufschlags.

Hinweis: Die 1612 Euro für Verhinderungspflege können Sie mit ungenutzten Geldern der Kurzzeitpflege (höchstens 806 Euro) und des Entlastungsbetrags aufstocken. Lassen Sie sich das von der Pflegekasse berechnen. Wird die Verhinderungspflege im jeweiligen Jahr nicht in Anspruch genommen, verfällt der Betrag ersatzlos.

Achtung: Nehmen Sie die tageweise Verhinderungspflege in Anspruch, wird das Pflegegeld um 50 Prozent gekürzt. Bei stundenweiser Verhinderungspflege erfolgt keine Kürzung des Pflegegeldes, wenn die anerkannte Pflegeperson nicht länger als acht Stunden am Tag abwesend ist.

Hinweis: Die „Vorpflegezeit“ kann schon vor Anerkennung eines Pflegegrades erfolgt sein. Dies können Sie durch ein Schreiben des Hausarztes oder die Vorlage eines Pflegetagebuchs nachweisen. Sollte die Pflegekasse dennoch ablehnen, lohnt sich ein Widerspruch, da ein Entscheidungsspielraum besteht.

Pro Jahr	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Verhinderungspflege	---	1612 €	1612 €	1612 €	1612 €

Leistungen

Zusätzliche finanzielle Hilfe

Werden die Pflegekosten nicht durch die Pflegeversicherung abgedeckt und können auch nicht aus dem Einkommen oder Vermögen des Pflegebedürftigen und seines nicht getrennt lebenden Ehegatten oder Lebenspartners bezahlt werden, können Sie beim Sozialamt Hilfe zur Pflege beantragen.

Hilfe zur Pflege kommt bei der häuslichen Pflege mit Unterstützung eines Pflegedienstes, bei der Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege oder nach dem Umzug in ein Pflegeheim infrage.

Ein Angehöriger in gerader Linie (Tochter und Sohn) wird nur dann vom Sozialamt an den Pflegekosten beteiligt, wenn dessen Jahres-Bruttoeinkommen jeweils über 100 000 Euro liegt. Hat ein Pflegebedürftiger mehrere Kinder, werden diese gemeinsam zur Unterhaltspflicht herangezogen, bevor Hilfe zur Pflege in Anspruch genommen werden kann.

Die Pflegekosten werden als Hilfe zur Pflege übernommen:

- wenn Sie nicht pflegeversichert sind,
- wenn die Leistungen aus der Pflegekasse nicht ausreichen und
- wenn die Kosten nicht durch eine andere Versicherung abgedeckt werden.

Der Antrag muss beim zuständigen Sozialamt gestellt werden. Es empfiehlt sich, dort vorab telefonisch anzufragen, welche Unterlagen benötigt werden.

Hilfe bei Demenz

Unerklärliche Stimmungsschwankungen, Vergesslichkeit gerade bei kurz zurückliegenden Ereignissen, Probleme, sich zeitlich oder örtlich zu orientieren, plötzlich vermehrtes aggressives Verhalten oder nächtliche Unruhe, ein zunehmender Rückzug aus dem Leben, Misstrauen gegenüber vertrauten Menschen – das alles können erste Anzeichen einer Demenzerkrankung sein.

In einem ersten Schritt ist es wichtig, dass ein Arzt eine Diagnose stellt. Nur so kann eine geeignete Therapie erfolgen und können Erkrankungen mit ähnlichen Symptomen ausgeschlossen werden, etwa eine Schilddrüsenerkrankung, eine Depression oder eine Infektion.

Erste Anlaufstelle ist der Hausarzt. Er sollte eine Überweisung zu einem geeigneten Facharzt ausstellen. Fachärzte wie Neurologen oder sogenannte Gerontopsychiater können eine fachgerechte Diagnose stellen und zu weiteren Schritten raten.

Auch die Aufnahme in eine (geronto)psychiatrische Institutsambulanz kann sinnvoll sein. Ambulanzen dieser Art gehören zu Krankenhäusern und bieten eine Diagnostik sowie die ambulante Versorgung für Menschen mit Demenz an. Dort können Verhaltensstörungen und leichte kognitive Störungen zum Beispiel in Gedächtnissprechstunden abgeklärt und behandelt werden.

Leistungen

Entlastungsangebote und Schulungen

Gerade die Demenzerkrankung eines Pflegebedürftigen kann Sie vor große Herausforderungen stellen. Je mehr Entlastungsangebote Sie von Anfang an in Anspruch nehmen, umso besser können Sie sich vor Überforderung schützen. Unerfahrene Pflegenden brauchen Informationen – vielleicht auch eine Schulung, damit sie das Verhalten von Demenzkranken verstehen. Sie lernen, wie man mit ihnen spricht oder wie man sie beruhigen kann. Der Umgang mit Demenz will gelernt sein, dann wird das Miteinander leichter.

Sie können auch das Angebot der Deutschen Alzheimer Gesellschaft nutzen. Diese ist mit Regionalgruppen deutschlandweit vertreten und bietet Betreuungsgruppen für Menschen mit Demenz sowie Gesprächsrunden und Themenabende für pflegende Angehörige an. Betreuungsgruppen, in denen an Demenz erkrankte Menschen versorgt werden, erschließen Pflegenden die Möglichkeit, sich mit anderen auszutauschen, während der Betroffene betreut wird. Dabei kommen sie mit Gleichgesinnten ins Gespräch und können sich über Erfahrungen austauschen und Tipps von anderen erhalten.

Es gibt sogar virtuelle Selbsthilfegruppen als Videokonferenzen. Sie sind hilfreich für die Pflegenden, die ihr zu Hause kaum verlassen können oder möchten.

Nehmen Sie Kontakt zur Krankenkasse des an Demenz Erkrankten auf. Dort kann es Angebote wie „Gehirnjogging“ für die Betroffenen geben. Für Menschen, die mit dem Handy oder Tablet umgehen können und bei denen sich eine beginnende Demenz abzeichnet, gibt es Apps zur Begleitung im Alltag und zur Gedächtnisstütze. Viele an Demenz erkrankte Menschen verlassen das Haus und finden nicht mehr allein zurück. Hier können GPS-Personenortungssysteme gute Dienste leisten. Dazu und zu weiteren Hilfen können die Krankenkassen beraten.

Pflegekurse und Selbsthilfegruppen

Kümmern Sie sich um einen Pflegebedürftigen, möchten Sie ihn gut versorgt wissen. Damit das gelingen kann, bieten die Pflegekassen kostenfreie Pflegekurse und individuelle Schulungen an. Auch der Austausch mit anderen Betroffenen in Selbsthilfegruppen kann Sie bei der Versorgung des Pflegebedürftigen unterstützen.

Pflegekurs

Alle, die an der Pflege beteiligt sind, können einen Pflegekurs besuchen. Mittlerweile gibt es das Angebot auch online. Pflegekurse vermitteln praktische Tipps für den Pflegealltag. Geschulte Fachkräfte informieren Sie unter anderem:

- über Hilfreiches für die Pflege und Hygiene
- über rückschonendes richtiges Heben und Tragen
- wie Sie selbst dabei als Pflegenden gesund bleiben
- zu den Leistungen der Sozialversicherung

Neben den allgemeinen Kursen gibt es auch spezielle Angebote für pflegende Angehörige, beispielsweise mit dem Schwerpunkt Demenz.

Leistungen

Treten bei der Pflege sehr spezielle Fragen auf? Dann können Sie auch eine individuelle Pflegeschulung in Anspruch nehmen. Dabei kommt eine geschulte Pflegekraft zu Ihnen nach Hause. Auf der Grundlage der konkreten Pflegesituation zeigt und erklärt sie Ihnen, was Sie tun können.

Tipp: Der VdK empfiehlt, dieses Angebot wahrzunehmen, auch wenn Sie schon länger pflegen. Es ist wichtig, von Zeit zu Zeit das eigene Wissen aufzufrischen.

Selbsthilfegruppen

Es kann eine große Bereicherung sein, mit anderen Menschen ins Gespräch zu kommen, die in einer vergleichbaren Lebenssituation sind. Sie erhalten Ratschläge für den Alltag oder auch Hinweise, die Sie nirgendwo nachlesen können – gerade im Umgang mit Ämtern und Behörden. Vor Ort bieten mitunter Sozialverbände wie der VdK, aber auch Kirchen und Wohlfahrtsverbände wie beispielsweise die AWO oder Caritas diese Angehörigengruppen an. Fragen Sie in einem Seniorenbüro oder einer Pflegeberatung vor Ort nach.

Mittlerweile gibt es auch eine Vielzahl an digitalen Angeboten, die eine Vernetzung deutschlandweit möglich machen. Adressen von Gruppen in Ihrer Nähe erfahren Sie zum Beispiel über die Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Unterstützung von Selbsthilfegruppen (www.nakos.de) oder bei der Deutschen Alzheimer Gesellschaft (www.deutsche-alzheimer.de). In manchen Bundesländern listen regionale Pflegewegweiser auch Angebote auf. Interessierte können sich dort informieren.

Hilfsmittel - Pflegebett, Rollstuhl & Co.

Für die Pflege benötigen Sie häufig bestimmte technische, medizinische und andere Hilfen wie Pflegebett, Rollstuhl, Gehhilfe, Badewannenlifter oder Notrufsystem. Dabei wird unterschieden zwischen Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln. Die Kosten werden je nachdem von der Krankenkasse oder der Pflegekasse übernommen.

- Hilfsmittel werden von den Krankenkassen bezahlt und müssen vom Arzt verordnet werden. Rollstühle, Gehhilfen sowie ein Krankenbett zählen dazu, auch ärztlich verordnete Verbrauchsprodukte wie Inkontinenzunterlagen. Es sind Zuzahlungen von höchstens zehn Euro pro Hilfsmittel zu leisten. Ein Pflegegrad ist nicht nötig.
- Für Pflegehilfsmittel kommt die Pflegekasse auf. Dazu zählen technische Hilfsmittel wie Pflegebetten, Lagerungshilfen, Hebegegeräte und Notrufsysteme. Voraussetzung ist ein Pflegegrad. Die Pflegeversicherung übernimmt die Kosten für technische Hilfsmittel mit einer Eigenbeteiligung des Versicherten von zehn Prozent (höchstens 25 Euro). Pflegehilfsmittel können bei der Pflegekasse beantragt werden. Eine ärztliche Verordnung ist nicht erforderlich. Manche Pflegehilfsmittel können nur geliehen werden.

Auch der Gutachter des Medizinischen Dienstes, der zum Pflegegrad Stellung nimmt, sollte Hilfs- und Pflegehilfsmittel empfehlen. Dies wird im Gutachten festgehalten und an die Pflegekasse weitergeleitet, die die Versorgung mit den empfohlenen Hilfs- oder Pflegehilfsmitteln veranlasst. Achten Sie darauf, dass der Gutachter das Thema Hilfsmittelversorgung auch anspricht und dazu berät.

Leistungen

Pflegefachkräfte dürfen Empfehlungen zur Versorgung mit Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln abgeben. Mit dieser Empfehlung, die nicht älter als zwei Wochen sein darf, können sich Betroffene an einen Leistungserbringer, wie ein Sanitätshaus, wenden. Dadurch wird keine ärztliche Verordnung benötigt.

Wenn Sie Zweifel haben, ob ein Hilfsmittel oder ein Pflegehilfsmittel benötigt wird: Fragen Sie einfach bei der Krankenkasse oder Pflegekasse des Pflegebedürftigen nach. Dort erfahren Sie, wer für die Empfehlung und Verordnung zuständig ist.

Die Versorgung mit dem (Pflege-)Hilfsmittel übernimmt ein Sanitätshaus. Sollte Ihnen das Sanitätshaus ein Hilfsmittel mit einer Aufzahlung empfehlen, lassen Sie sich in Ruhe beraten, was daran besser ist. Wenn Sie keine Aufzahlung wollen, bestehen Sie auf das verordnete oder vom Gutachter oder von der Pflegefachkraft empfohlene Hilfsmittel.

Der Sozialverband VdK hilft:

Lassen Sie sich vom VdK beraten, wenn vom Pflegebedürftigen benötigte und beantragte Hilfsmittel oder Pflegehilfsmittel nicht genehmigt werden.

Pflegehilfsmittel zum Verbrauch

Desinfektionsmittel, Einmalhandschuhe, Fingerlinge, Schutzschürzen, Bettelagen, Mund-Nasen-Schutz gehören zu den Pflegehilfsmitteln, die zum alltäglichen Verbrauch bestimmt sind. Der Kauf dieser Pflegehilfsmittel wird ab Pflegegrad 1 mit monatlich 40 Euro von den Pflegekassen bezuschusst.

Der Betroffene stellt dafür zunächst einen Antrag zur Kostenübernahme bei der Pflegekasse. Es gibt danach mehrere Möglichkeiten der Versorgung:

- Sie können die Hilfsmittel monatlich von einem Lieferservice, Sanitätshaus oder Apotheker beziehen. Diese Dienstleister rechnen direkt mit der Kasse ab.
- Sie können sich die Hilfsmittel jeden Monat selbst besorgen und damit kostengünstigere Möglichkeiten wie den Drogeriemarkt nutzen. Ein weiterer Vorteil ist, dass Sie selbst über die Produkte bestimmen können. Vorab sollten Sie aber klären, ob die zuständige Pflegekasse die Quittungen des Einkaufs akzeptiert und die Kosten übernimmt. In Bayern gibt es eine andere Praxis. Erkundigen Sie sich deshalb bei der Pflegekasse des Pflegebedürftigen, wie diese das handhabt.

Leistungen

Vorsorge für Notfälle

Im Alltag können immer wieder unvorhersehbare Ereignisse eintreten, in denen Sie Hilfe benötigen. Manchmal zählt dann jede Minute. Doch auf einen solchen Fall können Sie sich vorbereiten. Mit einem Hausnotruf beziehungsweise einer Notfalldose sind Sie gut gewappnet.

Hausnotruf

Damit der Pflegebedürftige im Notfall Hilfe rufen kann, sollten Sie über die Anschaffung eines Hausnotrufes nachdenken. Gerade alleinlebende Personen können davon profitieren.

Das Hausnotrufsystem besteht aus einem Notfallknopf, den der Pflegebedürftige immer bei sich tragen sollte, und einer Art Telefonstation mit Freisprechanlage. Wird der Notfallknopf gedrückt, geht ein Signal an die Hausnotrufzentrale. Diese ruft dann zurück und leitet alle weiteren notwendigen Schritte ein. Achten Sie darauf, dass die Hausnotrufzentrale auf dem aktuellen Stand über den Pflegebedürftigen ist. Hinterlegt sein sollten dort etwa der Name des Hausarztes, der Ort, wo der Wohnungsschlüssel zu finden ist, die Telefonnummer der Pflegenden, der Gesundheitszustand und die Medikamentenliste. Für Pflegebedürftige bezuschusst die Pflegekasse die Anschlussgebühr des Hausnotrufs mit monatlich 25,50 Euro.

Voraussetzung für die Kostenübernahme ist:

- mindestens Pflegegrad 1,
- dass der Betroffene über weite Teile des Tages allein ist und eine Unfallgefahr besteht.

Kooperiert die Pflegekasse bereits mit einem Hausnotruf-Anbieter, entstehen den Pflegebedürftigen oft gar keine privaten Kosten.

Tipp: Bevor Sie sich für einen Anbieter entscheiden, achten Sie auf dessen Angebot und die Kosten, aber auch auf Kündigungsfristen sowie mögliche Zusatzkosten.

Pro Monat	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Hausnotrufpauschale	25,50 €	25,50 €	25,50 €	25,50 €	25,50 €

Notfalldose

In einer gesundheitlichen Notlage zählt oft jede Minute. Mitunter können Betroffene noch nach Hilfe rufen oder den Notarzt verständigen, aber notwendige Angaben über die Medikamenteneinnahme oder den Versichertenstatus können viele oft nicht mehr machen.

Hier ist eine Notfalldose nützlich. Sie wird in der Tür des Kühlschranks deponiert, den es in jeder Wohnung gibt und den Dritte schnell finden. In dieser Dose sind alle wichtigen Angaben hinterlegt. Ein Aufkleber am Kühlschrank und auf der Innenseite der Wohnungstür weist auf die Dose hin. Notfalldosen können über die Apotheke oder günstig im Internet bezogen werden.

Leistungen

Digitale Hilfen

Zu den digitalen Pflegeanwendungen (DiPas) gehören Apps, die man auf Handy und Tablet laden kann oder die direkt vom Laptop oder PC über das Internet angesteuert werden. Sie sollen beispielsweise den Austausch zwischen Angehörigen, Pflegebedürftigem und dem Pflegedienst verbessern. Manche bieten auch Anwendungen, die dem Gedächtnistraining dienen. Andere beugen Stürzen und Gesundheitsgefahren vor. Die ersten Anwendungen kommen 2022 auf den Markt. Die Pflegekasse bezuschusst die Nutzung dieser DiPas für Personen mit einem Pflegegrad. Dafür steht ein monatlicher Höchstbetrag bis zu 50 Euro zur Verfügung.

Hinweis: Wenden Sie sich an die Pflegekasse des Pflegebedürftigen. Sie hat den aktuellen Überblick über zugelassene DiPas und informiert Sie über die Antragstellung.

Pflegegerechter Wohnraum

Viele Menschen ziehen in ein Heim, weil sich ihre Wohnung für die Pflege zu Hause nicht eignet. Doch wenn Sie die Wohnung barrierefrei umbauen, könnten Sie noch lange dort wohnen bleiben. Bauliche und technische Veränderungen können dazu beitragen, Ihre Selbstständigkeit zu erhalten und die Pflege zu erleichtern.

Die baulichen Möglichkeiten, eine Wohnung so weit wie notwendig barrierefrei zu machen, sind sehr vielfältig:

- automatische Öffnung von Haus- und Wohnungstüren
- Beseitigung von Türschwellen (auch bei Terrassentüren)
- Einbau von Treppenliften und Aufzügen
- Verbreiterung von Türen und Durchgängen für die Nutzung eines Rollstuhls
- Anpassung der sanitären Einrichtung (Waschtisch, Dusche, Badewanne, Toilette, Haltegriffe, Schiebetür)
- rutschhemmende Bodenbeläge

Wenn Sie größere Umbauten planen, sollten Sie diese vorher immer mit Ihrem Vermieter abklären.

Zuschuss der Pflegekasse

Die Pflegekasse zahlt bis zu 4000 Euro für diese Maßnahmen. Voraussetzung dafür ist ein anerkannter Pflegegrad. Der Zuschuss wird erneut gezahlt, wenn sich der Pflegebedarf nachweislich erhöht und deswegen eine neue Umbaumaßnahme erforderlich ist. Übrigens: Auch den Umzug in eine für die Pflege geeignetere Wohnung bezuschusst die Pflegekasse.

Tipp: Als Pflegebedürftiger mit einer Demenzerkrankung kann man sich einen Berater ins Haus holen. Es gibt viele, oft auch kostengünstige Möglichkeiten, die Wohnumgebung so zu gestalten, dass sie sich sicher fühlen. Dazu zählen etwa Maßnahmen wie die automatische Herdabschaltung bis hin zur farblichen Gestaltung der Räume.

Leistungen

Förderung

In manchen Bundesländern gibt es Zuschüsse oder zinsgünstige Darlehen für den altersgerechten Um- oder Neubau sowie für den Kauf von Wohnraum. Die Fördermöglichkeiten haben unterschiedliche Bedingungen in Bezug auf Einkommensgrenzen und Kombinierbarkeit mit dem Pflegekassenzuschuss. Eine gute Orientierung bietet die Förderdatenbank (www.foerderdatenbank.de) unter dem Suchbegriff „barrierefrei“. Hier finden Sie unter dem Punkt Förderbereich „Wohnungsbau & Modernisierung“ die gewünschten Informationen auch für Privatpersonen.

Achtung: Alle Fördermittel müssen vor Beginn einer Maßnahme beantragt werden!

Der Sozialverband VdK hilft:

Wohnberatungsstellen (www.wohnungsanpassung-bag.de), Pflegestützpunkte, Wohnungs- und Sozialämter, Wohlfahrtsverbände, Seniorenbüros und die Pflegekassen halten Informationen zur Wohnraumanpassung bereit. Auch einige VdK-Landesverbände, wie Bayern, Baden-Württemberg, Berlin-Brandenburg und Hessen-Thüringen, sowie eine Reihe von Kreis- und Ortsverbänden des VdK bieten dazu Beratungen an.

Mobilität und Beförderung

Wer pflegebedürftig ist, kann unter bestimmten Umständen einen Schwerbehindertenausweis beantragen. Damit haben Sie Anspruch auf finanzielle und andere Nachteilsausgleiche. Auch wenn Sie nicht mehr mobil sind und Unterstützung brauchen, um etwa zum Arzt zu kommen, gibt es Hilfsangebote.

Schwerbehindertenausweis

Einen Schwerbehindertenausweis erhalten Sie ab einem GdB von 50. Dazu zählen sowohl körperliche, seelische als auch kognitive Beeinträchtigungen, sodass auch an Demenz erkrankte Menschen als schwerbehindert anerkannt werden können. Den GdB stellen ärztliche Gutachter fest. Dies hat jedoch nichts mit der Begutachtung für einen Pflegegrad zu tun.

Im Schwerbehindertenausweis können zusätzlich bestimmte Merkmale eingetragen werden.

Merkzeichen	Merkmal
G	„erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr“
aG	„außergewöhnlich gehbehindert“
H	„hilflos“
Bl	„blind“
TBl	„taubblind“
B	„Berechtigung für eine ständige Begleitung“

Leistungen

Je nach Merkzeichen sowie Art und GdB können Sie bestimmte gesetzlich geregelte „Nachteilsausgleiche“ in Anspruch nehmen. Dazu gehören unter anderem die kostenlose Beförderung im öffentlichen Personennahverkehr mit oder ohne Eigenbeteiligung, die Mitnahme einer Begleitperson, Parkerleichterungen und die Nutzung eines Behindertenparkplatzes. Viele Unternehmen gewähren auf freiwilliger Basis zum Beispiel ermäßigte Eintrittspreise und Ähnliches. Möglich sind auch steuerliche Nachteilsausgleiche, wie etwa die volle oder teilweise Befreiung von der Kfz-Steuer. Ab einem GdB von 20 können Sie einen steuerlichen Pauschbetrag geltend machen (S. 31).

Der Sozialverband VdK hilft:

Der Sozialverband VdK unterstützt seine Mitglieder bei der Antragstellung für einen Schwerbehindertenausweis.

Krankentransport

Viele pflegebedürftige Menschen sind nicht mehr mobil und können nicht mehr allein zu einer ärztlichen Behandlung fahren. Dann kann sich der Pflegebedürftige an seine Krankenkasse wenden. Sie übernimmt die Fahrtkosten, wenn eine ärztliche Verordnung vorliegt, die bestätigt, dass die Fahrt medizinisch notwendig ist. Für eine stationäre Behandlung beispielsweise im Krankenhaus werden die Fahrtkosten im eigenen Auto oder im Taxi immer übernommen. Bei einer ambulanten Behandlung ist das nur möglich, wenn der Pflegebedürftige oft hintereinander eine intensive ärztliche Behandlung braucht. Dazu zählen etwa eine Dialyse oder eine Chemotherapie.

Die Krankenkassen übernehmen die Kosten auch, wenn der Arzt die medizinische Notwendigkeit feststellt und/oder eine medizinische Betreuung und/oder eine spezielle Ausstattung des Fahrzeugs notwendig sind.

Es ist wichtig zu wissen, dass die Krankenkasse die Fahrt grundsätzlich vor Antritt genehmigen muss. Es gibt aber auch Ausnahmen – fragen Sie hierzu die Krankenkasse.

Keine gesonderte Genehmigung brauchen gesetzlich Versicherte, wenn sie einen Schwerbehindertenausweis mit einem der folgenden Merkzeichen haben:

- „aG“ (außergewöhnliche Gehbehinderung)
- „Bl“ (Blindheit)
- „H“ (Hilflosigkeit)

Die Genehmigung entfällt auch,

- wenn sie Pflegegrad 3 und eine dauerhaft eingeschränkte Mobilität haben.
- wenn sie Pflegegrad 4 oder 5 haben.

Menschen mit eingeschränkter Mobilität können eine Gleichstellung bei der Krankenkasse beantragen.

Für jede Fahrt ist eine Zuzahlung von mindestens fünf und höchstens zehn Euro fällig.

Leistungen

Versorgung am Lebensende

Wenn kaum mehr Aussicht auf Heilung besteht und die therapeutischen Möglichkeiten weitestgehend ausgeschöpft sind, beginnt die palliative Versorgung. Mit ihr rücken das Wohlergehen von schwerstkranken und sterbenden Menschen und ihre Lebensqualität in den Vordergrund. Hier gibt es Hilfen und Unterstützung für alle gesetzlich Krankenversicherten.

Allgemeine ambulante Palliativversorgung

Schwerstkranken und Sterbende, die keine weitere Behandlung ihrer Erkrankung mehr wünschen, können eine Allgemeine ambulante Palliativversorgung, kurz AAPV, in Anspruch nehmen. Sie zielt darauf ab, Schmerzen und Beschwerden vorzubeugen oder sie zu lindern. Patienten können in ihrem Zuhause betreut werden. Die AAPV ist eine Leistung der häuslichen Krankenpflege und muss von Ärzten verordnet werden. Die Krankenkassen übernehmen die Kosten. Hierbei geht es vor allem um die Koordination der medizinischen und pflegerischen Versorgung. Voraussetzung ist auch, dass eine Spezialisierte ambulante Palliativversorgung noch nicht angeraten ist.

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Reicht die AAPV nicht mehr aus, soll die Spezialisierte ambulante Palliativversorgung, kurz SAPV, unterstützen. Sie soll Menschen, die in ihrer letzten Lebensphase eine besonders aufwendige Versorgung benötigen, ein würdiges Leben bis zum Tod bei ihren Angehörigen zu Hause ermöglichen. Auch diese Leistung verordnen Ärzte, die Krankenkassen übernehmen die Kosten. SAPV kann bedeuten, dass ein Team aus Ärzten, Therapeuten, Pflegefachkräften, aber auch Sozialarbeitern und Seelsorgern die Vollversorgung zu Hause sicherstellt.

Ambulante Hospizdienste

Sterbende können ambulante Hospizdienste in Anspruch nehmen. Diese beraten schwerkranke Menschen am Ende ihrer Lebenszeit unter anderem zur palliativen Versorgung und begleiten sie in ihrem Zuhause. Die Mitarbeiter eines ambulanten Hospizdienstes sind in der Regel ehrenamtlich tätig. Die Inanspruchnahme ist für die Sterbenden in der Regel kostenfrei. Bei Hospizdiensten handelt es sich nicht um Pflegedienste.

Hospize

Hospize sind Einrichtungen, die für Menschen mit unheilbaren Krankheiten in ihrer letzten Lebensphase eine palliativ-pflegerische und palliativ-medizinische Versorgung erbringen. Sie sind personell und räumlich so ausgestattet, dass sie eine palliative, psychosoziale sowie seelsorgliche Begleitung und Versorgung der sterbenden Menschen und ihrer Angehörigen gewährleisten. Die Finanzierung erfolgt über die Krankenversicherung.

Tipp: Angebote zur Hospiz- und Palliativversorgung finden Sie unter www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de oder beim Deutschen Hospiz- und Palliativverband.

Vorsorge

Vorsorgevollmacht, Betreuung und Patientenverfügung

Jeder Mensch kann aufgrund eines Unfalls oder einer plötzlichen schweren Erkrankung unabhängig vom Alter in eine Situation geraten, in der er nicht mehr handlungsfähig ist. Es ist wichtig, sich rechtzeitig Gedanken zu machen, wer in dieser Situation die dann notwendigen Entscheidungen trifft und die persönlichen Angelegenheiten regelt. Angehörige sind rechtlich gesehen nicht automatisch befugt, die Interessen des Pflegebedürftigen zu vertreten.

Mit einer Vorsorgevollmacht und einer Betreuungsverfügung wird vereinbart, wer eine solche Aufgabe übernehmen soll.

Vorsorgevollmacht

Eine Vorsorgevollmacht sollte man erstellen, bevor man pflegebedürftig wird. Hier kann man festlegen, wer stellvertretend Angelegenheiten regeln und Entscheidungen treffen darf, wenn man selbst dazu nicht mehr in der Lage ist. Damit lässt sich eine rechtliche Betreuung vermeiden. Man sollte aber grundsätzlich nur Menschen bevollmächtigen, denen man uneingeschränkt vertraut und die dem eigenen Willen entsprechend handeln. Der Bevollmächtigte kann nur mit dem Original der Vollmachtsurkunde tätig werden. Deshalb ist es wichtig, sich Gedanken zu machen, wo die Vollmacht hinterlegt wird.

Eine Beglaubigung oder Beurkundung ist nicht immer erforderlich. Eine notarielle Vorsorgevollmacht ist zum Beispiel bei großem Vermögen ratsam oder wenn der Bevollmächtigte zur Darlehensaufnahme berechtigt sein soll.

Es ist am besten, offizielle und aktuelle Formulare zu verwenden. Sie erfassen die wichtigsten Vorsorgebereiche, sind eindeutig formuliert und erleichtern das Ausfüllen.

Hinweis: Banken haben meist ein eigenes Formular und erkennen die allgemeine Vorsorgevollmacht nicht an. Deshalb sollte man sich unbedingt an die eigene Bank wenden. Eine Bankvollmacht „über den Tod hinaus“ ist wichtig, damit die bevollmächtigte Person – bevor die endgültige Erbteilung beendet ist – über das Geld des Vollmachtgebers verfügen kann. Das ist notwendig, um zum Beispiel die Beerdigung, die Miete, Steuern oder eine Krankenhausrechnung zu bezahlen.

Betreuungsverfügung

Falls man selbst nicht mehr entscheiden oder handeln kann, aber keine Vorsorgevollmacht ausgestellt hat, muss beim Betreuungsgericht eine gesetzliche Betreuung angeregt werden. In einer Betreuungsverfügung kann man bereits im Vorfeld regeln, wer die Betreuung einmal übernehmen soll. Genauso kann man bestimmen, wer auf keinen Fall dafür infrage kommt. Möglich sind auch inhaltliche Vorgaben für den Betreuenden: Es ist möglich, dort festzulegen, welche Wünsche und Gewohnheiten respektiert werden sollen. Eine Betreuung setzt erst ein, wenn das Gericht es angesichts des Gesundheitszustandes der betroffenen Person für erforderlich hält.

Patientenverfügung

In der Patientenverfügung kann man festlegen, wie man am Ende des Lebens behandelt werden möchte und welche medizinischen Maßnahmen unterlassen werden sollen. So kann man zum Beispiel bestimmen, in welchen Situationen keine lebensverlängernden Maßnahmen ergriffen werden sollen. Die in einer Patientenverfügung festgelegten Entscheidungen sind dann für alle Beteiligten (Ärzte, Betreuer, Bevollmächtigte) bindend.

Vorsorge

Achtung: Ab 2023 wird es ein Notvertretungsrecht für zusammenlebende Ehegatten in gesundheitlichen Angelegenheiten geben. Dieses ist auf maximal sechs Monate befristet. In dieser Zeit kann der Ehepartner stellvertretend Entscheidungen für die ärztliche Behandlung oder Untersuchungen treffen. Lassen Sie sich hierzu beraten!

Tipp: Beratungen zum Thema Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung und Patientenverfügung bieten zum Beispiel Betreuungsvereine, Betreuungsbehörden/Betreuungsstellen oder Hospizvereine an.

Gesundheit der Pflegenden

Wenn Sie die Pflege eines anderen Menschen übernehmen, sollten Sie auch auf sich selbst achten: Jeder Mensch, der arbeitet, braucht Auszeiten, Erholung und soziale Kontakte. Doch genau dies gönnen sich viele Pflegenden nicht und laufen damit Gefahr, sich zu überfordern, zu vereinsamen und selbst krank zu werden. Den Pflegebedürftigen hilft es nichts, wenn Sie unter der Last zusammenbrechen. Deswegen ist es wichtig, dass Sie sich regenerieren und von Zeit zu Zeit etwas Abstand gewinnen können.

- Überlegen Sie, ob Sie sich die Pflege mit anderen Personen teilen können.
- Beziehen Sie von Anfang an Familienmitglieder, Freunde oder Nachbarn ein, falls Sie einmal ausfallen oder eine Auszeit brauchen.
- Holen Sie sich professionelle Unterstützung.
- Nehmen Sie sich bewusst regelmäßig von der Pflege „frei“ und nehmen Sie sich Zeit für Ihre Hobbys.
- Bleiben Sie in Kontakt mit Ihrer Umwelt, isolieren Sie sich nicht ein. Tauschen Sie sich mit anderen Betroffenen aus, etwa in Selbsthilfegruppen für pflegende Angehörige.
- Bleiben Sie in Bewegung. Schwimmen, Radfahren, Walken oder Laufen sind ein guter Ausgleich für die körperlichen Anstrengungen der Pflege.
- Besuchen Sie Kurse für pflegende Angehörige, die kostenfrei angeboten werden.
- Sprechen Sie mit Ihrem Hausarzt über eine Kur.
- Lernen Sie, dem Stress durch Entspannungsmethoden zu begegnen. Vielleicht helfen Ihnen Yoga oder autogenes Training. Die Krankenkassen bieten Kurse zur Prävention an.
- Nehmen Sie eine wirkliche Auszeit: Pro Jahr haben Sie Anspruch auf acht Wochen Kurzzeitpflege für die Betreuung des Pflegebedürftigen.
- Schöpfen Sie die Entlastungsleistungen aus, vor allem die stundenweise Verhinderungspflege.
- Nutzen Sie die kostenlose psychologische Internet-Beratung für pflegende Angehörige: www.pflegen-und-leben.de
- Lassen Sie sich von Zeit zu Zeit beraten. Neue Pflegegesetze können schnell das Angebot an Entlastungsmöglichkeiten verändern.
- Lesen Sie regelmäßig die VdK-Mitgliederzeitung – hier gibt es immer wieder Hinweise zur aktuellen Pflegegesetzgebung sowie Tipps und Ratschläge.

Vorsorge

Prävention und Rehabilitation

Schwer heben oder die Verhaltensauffälligkeiten einer an Demenz erkrankten Person mittragen – das kann schnell an den eigenen Kräften zehren. Pflege ist oft seelisch und körperlich anstrengend. Umso wichtiger ist es, Ihre Gesundheit als Pfleger zu schützen und Krankheiten zu vermeiden. Durch Prävention können Sie verhindern, dass sich Ihr Gesundheitszustand verschlechtert, durch Rehabilitation können Sie ihn wieder verbessern.

Prävention

Vorsorgemaßnahmen sind auch für Sie sinnvoll, wenn Sie jemanden pflegen. Diese können helfen, körperliche und psychische Krankheiten zu vermeiden und Risiken zu reduzieren. Generell haben alle älteren Menschen Anspruch auf Präventionsleistungen. Diese Leistungen sind aber auch ausdrücklich dafür vorgesehen, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Bei der Krankenkasse können Sie etwa eine sogenannte Vorsorgekur in einer entsprechenden Einrichtung beantragen. Diese ermöglicht es Ihnen, wieder neue Kräfte zu sammeln und durch hilfreiche Tipps Ihren Alltag besser zu bewältigen. Ebenso bieten die Krankenkassen Präventionskurse an. Gesetzlich Versicherte können ohne eine ärztliche Verordnung zweimal pro Jahr ein solches Angebot wahrnehmen.

Tipp: Der Familiencoach Pflege (www.familiencoach-pflege.de) ist ein Online-Programm speziell für pflegende Angehörige, das Hilfe zur Selbsthilfe bietet. Wissenschaftliche Experten und pflegende Angehörige geben Tipps für den Alltag.

Medizinische Rehabilitation

Mit einer medizinischen Reha-Maßnahme können Sie die Genesung nach einer Erkrankung gut beeinflussen. Eine Reha kann dazu beitragen, weitere Komplikationen zu vermeiden. Sie kann helfen, verlorene Fähigkeiten wiederzuerlangen und vorhandene zu erhalten oder sogar zu verbessern.

Der Hausarzt kann eine Maßnahme zur Prävention und/oder Rehabilitation jederzeit verordnen oder empfehlen. Dazu gehört etwa Reha-Sport. Menschen ab 70 Jahren mit mindestens zwei diagnostizierten Krankheitsbildern können eine geriatrische Reha-Maßnahme in Anspruch nehmen. Hier prüft die Krankenkasse nicht mehr die medizinische Notwendigkeit.

Pflegebedürftige und Pfleger können eine Reha-Maßnahme auch gemeinsam wahrnehmen. Ebenso gibt es Maßnahmen, die speziell für pflegende Angehörige angeboten werden. Hier gilt der Vorrang „ambulant vor stationär“ nicht. Das heißt, dass Sie als Pfleger auch dann eine stationäre Reha-Maßnahme durchführen können, wenn eine ambulante Versorgung ausreichend wäre. In der Regel ist dies alle vier Jahre möglich. Wenden Sie sich dazu am besten an Ihren Arzt.

Damit der Pflegebedürftige während Ihrer stationären Reha weiterhin versorgt wird, haben Sie Anspruch auf Kurzzeitpflege, entweder in der gleichen Reha-Einrichtung oder in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung in der Nähe. Ihre Krankenkasse muss das koordinieren. Die Suche nach einer geeigneten Reha-Einrichtung, die auch den Pflegebedürftigen aufnimmt, ist nicht immer einfach. Ein umfassendes Verzeichnis der Reha-Einrichtungen finden Sie bei der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation unter www.bar-frankfurt.de.

Der Sozialverband VdK hilft:

Wenden Sie sich an Ihre VdK-Geschäftsstelle, wenn Ihre Krankenkasse eine Präventions- oder Reha-Maßnahme nicht genehmigt. Der VdK unterstützt Sie beim Widerspruchsverfahren.

Ansprüche der Pflegeperson

Pflege und Beruf

Sie möchten gern einen Pflegebedürftigen versorgen, haben aber wegen Ihrer Erwerbsarbeit wenig Zeit? Dann gibt es mehrere Möglichkeiten, wie Sie sich trotzdem vorübergehend der Pflege widmen können, ohne eine Kündigung zu befürchten. Denn während dieser Zeit besteht Kündigungsschutz.

Kurzzeitige Arbeitsverhinderung

Müssen Sie kurzfristig die Pflege in Ihrer Familie organisieren, haben Sie das Recht, für bis zu zehn Arbeitstage von Ihrer Arbeit fernzubleiben. Für diese Zeit können Sie bei der Pflegekasse des Pflegebedürftigen ein Pflegeunterstützungsgeld in Höhe von normalerweise 90 Prozent Ihres Nettolohns beantragen.

Pflegezeit

Wenn Sie einen Pflegebedürftigen pflegen möchten, der mindestens Pflegegrad 1 hat, können Sie sich für bis zu sechs Monate ganz oder teilweise von Ihrer Arbeit freistellen lassen. Voraussetzung ist, dass Sie in einem Betrieb mit mehr als 15 Beschäftigten arbeiten und Ihrem Arbeitgeber die Freistellung spätestens zehn Tage vor Beginn ankündigen. Um fehlendes Einkommen abzumildern, können Sie beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben ein zinsloses Darlehen beantragen. Es ersetzt in der Regel die Hälfte des Einkommensausfalls, Sie müssen es normalerweise hinterher aber zurückzahlen.

Familienpflegezeit

Möchten Sie über eine längere Zeit Pflege und Beruf miteinander vereinbaren, können Sie für bis zu zwei Jahre Ihre Arbeitszeit reduzieren, jedoch nur auf mindestens 15 Wochenstunden. Diese Möglichkeit haben Sie aber nur, wenn Sie in einem Betrieb mit mehr als 25 Beschäftigten arbeiten. Die Ankündigungsfrist gegenüber dem Arbeitgeber beträgt acht Wochen. Außerdem muss der Pflegebedürftige mindestens einen Pflegegrad 1 haben. Auch für die Familienpflegezeit können Sie ein zinsloses Darlehen beantragen.

Begleitung in der letzten Lebensphase

Um einen Pflegebedürftigen in der letzten Lebensphase zu begleiten, können Sie sich für bis zu drei Monate ganz oder teilweise von Ihrer Arbeit freistellen lassen. Diese Regelung gilt nur für Sie, wenn Sie in einem Betrieb mit mehr als 15 Beschäftigten arbeiten. In dieser Zeit haben Sie Anspruch auf ein zinsloses Darlehen.

Achtung: Pflegezeit, Familienpflegezeit und die Begleitung in der letzten Lebensphase dürfen pro Pflegebedürftigem zusammengerechnet maximal zwei Jahre betragen.

Ansprüche der Pflegeperson

Rente

Wenn Sie die Absicht haben, Ihre berufliche Tätigkeit zu reduzieren oder wegen der Pflege ganz aufzugeben, berücksichtigen Sie, dass dies Auswirkungen auf Ihre Rente hat. Zwar übernimmt die Pflegeversicherung die Rentenbeiträge, doch fallen sie häufig geringer aus als bei einer Berufstätigkeit. Andererseits können Personen, die bisher nicht erwerbstätig waren und daher nicht in die Rentenversicherung eingezahlt haben, zum Beispiel Hausfrauen, mit der Pflege Rentenansprüche erwerben.

Rentenbeiträge nach Pflegegraden

Die Pflegeversicherung zahlt unter bestimmten Bedingungen Beiträge zur Rentenversicherung für pflegende Angehörige. Sie dürfen die Pflege nicht erwerbsmäßig ausüben, und sie muss in häuslicher Umgebung erfolgen. Pflegende dürfen zudem nicht mehr als 30 Wochenstunden berufstätig sein.

Bei Pflegegrad 1 werden generell keine Rentenbeiträge gezahlt. Um von der Regelung zu profitieren, muss der Pflegebedürftige mindestens Pflegegrad 2 oder höher haben, und er muss mindestens zehn Stunden wöchentlich an mindestens zwei Tagen zu Hause von dem Pflegenden versorgt werden.

Je geringer der Pflegegrad, umso geringer der Rentenbeitrag. Er verringert sich auch, wenn ein Pflegedienst die Pflege übernimmt oder wenn der Bezug von Pflegegeld und die Pflegesachleistung kombiniert werden („Kombinationspflege“).

Wenn Sie als Arbeitnehmer eine vorgezogene Altersrente beziehen, zahlen Sie bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze in die Rentenkasse ein. Sie müssen lediglich bei der Pflegekasse des Pflegebedürftigen beantragen, dass diese zusätzlich die Rentenbeiträge leistet.

Haben Sie die Regelaltersgrenze bereits erreicht und beziehen eine volle Rente, müssen Sie für den Erwerb von Rentenpunkten in die sogenannte Teilrente wechseln. Es ist möglich, zwischen zehn und 99 Prozent der vollen Rente zu beantragen und gleichzeitig Rentenpunkte für die Übernahme der Pflege zu sammeln. Die Teilrente wird bei der Rentenversicherung beantragt. Ein formloses Schreiben genügt. Darüber hinaus muss die Pflegekasse des Pflegebedürftigen informiert werden, damit sie die Rentenbeiträge einbezahlt.

Auch wenn Sie schon länger in Rente sind, können Sie noch eine Teilrente von 99 Prozent beantragen und so durch die Pflege Ihr Rentenkonto aufbessern. Ob sich das lohnt, hängt jeweils vom einzelnen Fall ab.

Der Sozialverband VdK hilft:

Der Sozialverband VdK hilft seinen Mitgliedern bei einem Antrag auf Teilrente sowie bei der Antragsstellung an die Pflegekasse.

Ansprüche der Pflegeperson

Beispiel: Erika K. ist 75 Jahre alt und pflegt seit fünf Jahren ihren Ehemann. Sie verzichtet nun auf ein Prozent ihrer Rente und bezieht eine Teilrente. Das bedeutet, dass Erika K. weiterhin 99 Prozent ihrer Rente erhält. Die Pflegekasse zahlt nun aufgrund ihres Antrags wieder Rentenbeiträge ein. Dadurch erhöht sich die Rente von Erika K. Dieser erhöhte Betrag wird ihr im Juli des Folgejahres ausgezahlt.



Gesetzliche Unfallversicherung

Es kann leicht passieren, dass Sie als Pflegenden auf der Treppe stürzen, während Sie dem Pflegebedürftigen helfen. In einem solchen Fall bietet die gesetzliche Unfallversicherung unter bestimmten Voraussetzungen Leistungen für anerkannte Pflegepersonen.

Sie gewährt Leistungen, wenn der Unfall direkt mit der Pflegetätigkeit zusammenhängt oder auf den Wegen dorthin geschehen ist. Entsprechend der Pflegegrade zählen zu den Tätigkeiten etwa die Hilfe beim An- und Ausziehen, bei der Hygiene und beim Essen. Aktivitäten außer Haus, wie zum Beispiel Spaziergänge, erfasst der Versicherungsschutz dagegen nicht, es sei denn, sie gehören zu einem pflegerelevanten Bereich (zum Beispiel der Gang zum Arzt).

Werden Sie als Pflegenden selbst durch den Arbeitsunfall pflegebedürftig, werden die Kosten übernommen. Unter gewissen Voraussetzungen zahlt die Unfallversicherung auch eine Vollrente oder Teilrente (Verletztenrente), wenn Sie Ihren Beruf nicht mehr ausüben können.

Um als Pflegenden in der gesetzlichen Unfallversicherung versichert zu sein, müssen Sie folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Wer pflegt, darf die Pflege nicht erwerbsmäßig durchführen.
- Die Pflegetätigkeit muss mindestens an zwei Tagen in der Woche mit mindestens zehn Stunden erfolgen.
- Der Pflegebedürftige muss mindestens einen Pflegegrad 2 haben.

Hinweis: Sie sollten dem behandelnden Arzt unbedingt sagen, dass Sie den Unfall bei der Pflege erlitten haben und die zu pflegende Person als pflegebedürftig anerkannt ist. Außerdem muss der Verunfallte den Unfall innerhalb von drei Tagen dem zuständigen Unfallversicherungsträger melden. Für den Fall, dass es dem Pflegebedürftigen – etwa aus Alters- oder Gesundheitsgründen – nicht möglich ist, den Unfall selbst zu melden, kann dies auch von Familienangehörigen übernommen werden. Tödliche Unfälle sind von den Angehörigen sofort anzuzeigen.

Ansprüche der Pflegeperson

Kranken- und Pflegeversicherung

Wenn Sie als Pfleger für die Pflege zu Hause Ihren Beruf aufgeben möchten, sollten Sie frühzeitig über Ihren Versicherungsschutz nachdenken. Anders als in der Arbeitslosen-, Renten- und Unfallversicherung gibt es für anerkannte Pflegepersonen keine eigene Absicherung in der Kranken- und Pflegeversicherung. Allein während einer Pflegezeit von bis zu sechs Monaten und bei vollständiger Freistellung von der Arbeit (S. 27) können Sie einen Zuschuss zur freiwilligen Mitgliedschaft in der Krankenversicherung bei der Pflegekasse des Pflegebedürftigen beantragen.

Als Pfleger weiterhin kranken- und pflegeversichert sind Sie, wenn:

- Sie die kostenfreie Familienversicherung über den Ehepartner in Anspruch nehmen, der in einer gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung versichert ist. Eine Familienversicherung über die Eltern ist maximal bis zum 25. Lebensjahr möglich.
- Sie die kostenpflichtige Mitversicherung über den Ehepartner in Anspruch nehmen, der in einer privaten Kranken- und Pflegeversicherung versichert ist.
- Sie weiterhin einem sozialversicherungspflichtigen Job nachgehen und dieser vom Umfang her mehr als ein Minijob ist.
- Sie eine freiwillige Versicherung in der bisherigen Krankenversicherung beantragt haben, weil etwa eine Familienversicherung über den Ehepartner bestand, aber zum Beispiel nach einer Scheidung nicht mehr möglich ist. Der Beitrag zur Kranken- und Pflegeversicherung, den Sie selbst bezahlen müssen, wird unter Einbeziehung aller Einkommen (auch Unterhalt) ermittelt.
- Sie Arbeitslosengeld oder Sozialhilfe erhalten. Hier sind Arbeitsagentur, Jobcenter oder Sozialamt Ihr Ansprechpartner.

Tipp: Wenden Sie sich frühzeitig an Ihre Krankenkasse, um zu klären, welche Möglichkeiten Sie haben.

Ansprüche der Pflegeperson

Arbeitslosenversicherung

Waren Sie berufstätig und geben Ihre Tätigkeit auf oder haben Sie Arbeitslosengeld bezogen, bevor Sie die Pflege zu Hause übernommen haben, dann übernimmt die Pflegekasse während der gesamten Dauer der Angehörigenpflege die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung für Sie. Wer neben der Pflege noch arbeitet, zum Beispiel in Teilzeit, ist weiterhin regulär über seine Beschäftigung sozialversichert. In diesen Fällen können Pfleger nach dem Ende ihrer Pflegetätigkeit Arbeitslosengeld und Arbeitsförderungsmaßnahmen beantragen.

Voraussetzung für die Absicherung ist:

- Der Pfleger muss von der Pflegeversicherung gemeldet sein.
- Die Pflege darf nicht erwerbsmäßig erfolgen.
- Der Pfleger versorgt einen oder mehrere Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2 in deren Zuhause für mindestens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf mindestens zwei Tage in der Woche.

Steuererleichterungen

Wenn Sie steuerpflichtig sind, können Sie Pflegekosten im Rahmen der außergewöhnlichen Belastungen steuerlich absetzen. Statt einer Steuerermäßigung (nach § 33 EStG) können Sie auch einen Pauschbetrag in Anspruch nehmen. Das ist ein Betrag, den das Finanzamt anrechnet, ohne dass Sie die Ausgaben durch einzelne Belege nachweisen müssen.

Pflegepauschbetrag

Möchten Sie den Pflegepauschbetrag steuerlich geltend machen, müssen Sie das Finanzamt lediglich über den Pflegegrad oder den Grad der Behinderung (GdB) informieren. Wenn der Pflegebedürftige mindestens einen Pflegegrad 2 hat oder einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „H“ für hilflos, können Sie den Pflegepauschbetrag nutzen.

Pflegepauschbeträge	
Pflegegrad	Pauschbetrag in Euro
2	600
3	1100
4 oder 5 oder Hilflosigkeit	1800

Darüber hinaus gibt es noch viele andere Steuererleichterungen, von denen Sie profitieren können. Dazu zählen etwa außergewöhnliche Belastungen, haushaltsnahe Dienstleistungen, der Steuerbonus für Handwerkerleistungen beim Wohnungsumbau und andere.

Die steuerlichen Regelungen sind im Detail sehr kompliziert. Doch Sie sollten kein Geld verschenken: Ein Lohnsteuerhilfeverein, der Bund der Steuerzahler oder Ihr Steuerberater kann Sie unterstützen.

Ansprüche der Pflegeperson

Behindertenpauschbetrag

Ab einem Grad der Behinderung (GdB) von 20 kann ein steuerlicher Pauschbetrag geltend gemacht werden. Je nach GdB beträgt er zwischen 384 und 2840 Euro. Wurde das Merkzeichen BI, H oder TBI zuerkannt, beträgt der Pauschbetrag sogar 7400 Euro.

BEHINDERTENPAUSCHBETRÄGE	
Grad der Behinderung (GdB)	Pauschbetrag in Euro
20	384
30	620
40	860
50	1140
60	1440
70	1780
80	2120
90	2460
100	2840
Merkzeichen H, BI, TBI Pflegegrad 4 oder 5	7400

Erbe und Testament

Kinder und Enkelkinder, die gesetzliche Erben sind, oder Personen, die testamentarisch als Erben eingesetzt wurden, haben einen Anspruch darauf, dass die von ihnen geleistete Pflege bei der Aufteilung des Erbes besonders berücksichtigt wird. Wichtig ist, dass sie die erbrachten Pflegeleistungen nachweisen können und der Einsatz für die Versorgung des pflegebedürftigen Elternteils erheblich war (über die moralisch selbstverständliche Unterstützung hinaus).

Wird in einem Testament bestimmt, wie Sie als Pflgender aus dem Erbe entschädigt werden sollen, besteht danach keine gesetzliche Ausgleichspflicht mehr. Dadurch lässt sich der Streit unter den Erben vermeiden, wenn es um die Anerkennung der geleisteten Pflege geht.

Hinweis: Bestimmte Ausgaben, die der Pflegebedürftige noch zu Lebzeiten geleistet hat, erstattet die Pflegekasse auf Antrag erst nachträglich, zum Beispiel für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen. Es besteht auch dann ein Anspruch, wenn der Pflegebedürftige stirbt, bevor der Antrag bei der Pflegekasse eingeht. Es bleiben zwölf Monate Zeit, um offene Abrechnungen geltend zu machen.

Fahrplan für die ersten Schritte

- Pflegeberatung aufsuchen **S. 7**
- Umbaumaßnahmen für pflegegerechten Wohnraum planen **S. 20**
- Vollmachten und Vertretungsbefugnisse zwischen Angehörigem und Betroffenen klären **S. 24**
- Pflegekasse kontaktieren **S. 5**
- Antrag stellen **S. 5**
- Begutachtung vorbereiten **S. 5**
(Alles Wissenswerte rund um die Begutachtung und den Pflegegrad finden Sie im VdK-Ratgeber „Ab wann ist man pflegebedürftig? Alles, was Sie über die Pflegebegutachtung wissen müssen“.)
- Pflegeberater aufsuchen für Versorgungsplan **S. 7**
- Hilfsmittel beantragen, wenn notwendig **S. 17**
- Mögliche Unterstützung bei der Pflege prüfen **S. 8-11**
- Hilfen organisieren – bspw. Suche nach einem Pflegedienst oder einem zugelassenen Dienst für Entlastungsleistungen, einem Tagepflegeplatz, Hausnotruf **S. 11**
- Eigene Ansprüche als Pflegeperson prüfen **S. 27**
- Pflegekurs buchen **S. 16**
- Längerfristig: Personen für Verhinderungspflege suchen **S. 14**

Kleiner
Beitrag,
großer
Gewinn!

Jetzt VdK-Mitglied werden!

Anmelden und sofort Vorteile nutzen.



1. Schritt:

Die VdK-Beitrittserklärung finden Sie unter:

www.vdk-bw.de ► Mitglied werden 



2. Schritt:

Laden Sie die VdK-Beitrittserklärung einfach herunter und drucken Sie sie aus.

Oder: Füllen Sie unser Online-Formular aus und springen Sie bequem zu Schritt 4!



3. Schritt:

Alles durchlesen, ausfüllen, unterschreiben und an den Sozialverband VdK Baden-Württemberg senden.



4. Schritt:

Ab sofort stehen Sie bei uns im Mittelpunkt und nutzen für nur 72,00 € im Jahr alle VdK-Vorteile.

 **Wir sind für Sie da:**

Sozialverband VdK Baden-Württemberg e.V.

Johannesstraße 22, 70176 Stuttgart

Telefon: 0711 619 56-0, Fax: 0711 619 56-98

baden-wuerttemberg@vdk.de

► www.vdk-bw.de 



SOZIALVERBAND

VdK

BADEN-WÜRTTEMBERG

