

Pflegebedürftig –
was tun?

Verlag C.H.Beck



€ 5,50

Pflegebedürftig – Was tun?



Mit Pflegereform 2015

Ein Ratgeber für
pflegebedürftige Menschen
und ihre Angehörigen

3. Auflage

Herausgegeben von



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

Wolfgang Müller

Paritätische
Pflegedienste
Bremen

Werner Hesse

Der Paritätische
Gesamtverband
Berlin

Gerd Wenzel

Der Paritätische
Bremen

Wir bedanken uns für viele wichtige Hinweise und Anmerkungen sehr herzlich bei:

- **Holger Adamek**, Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales, Bremen
- **Gabriele Becker-Rieß**, Qualitätsbeauftragte der Bremer Heimstiftung
- **Anette Drewes-Kirchhoff, Elisabeth Goetz, Adele Ihnen**, Unabhängige Patientenberatung Bremen
- **Johnny Kipka**, Hansaberatung Bremen
- **Beatrix Lück**, Paritätische Pflegedienste, Bremen
- **Annemarie Norpoth-Wißmann**, Der Paritätische, Bremen
- **Andrea Pawils**, Der Paritätische Gesamtverband, Berlin
- **Franz Schumacher**, Der Paritätische, Nordrhein-Westfalen

Ganz besonders bedanken wir uns 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. Januar 2015.

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

ACHTUNG: 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 (**Sozialrecht@paritaet.org**).

www.beck.de

ISBN 978 3 406 68056 4
© 2015 Verlag C.H.Beck oHG
Wilhelmstraße 9, 80801 München

Satz: Fotosatz Buck, Zweikirchener Str. 7, 84036 Kumhausen
Druck: Himmer AG, Steinerne Furt 95, 86167 Augsburg
Umschlaggestaltung: Ralph Zimmermann - Bureau Parapluie

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

schön, dass Sie sich mit dem Thema Pflegebedürftigkeit befassen wollen. 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 12.000 Pflegeheime mit über 700.000 Plätzen. Dazu kommen 12.000 ambulante Pflegedienste, die mehr als 500.000 Menschen zu Hause versorgen. Die meisten pflegebedürftigen Menschen – über 1 Million – 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. In dieser neuen Auflage haben wir die Regelungen eingearbeitet, die sich ab dem 1. Januar 2015 aus dem 1. Pflege-Stärkungsgesetz und den Gesetzen zur Pflegezeit ergeben.

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

Berlin im Februar 2015



Prof. Dr. Rolf Rosenbrock
Vorsitzender des
Paritätischen
Gesamtverband



Gerd Wenzel
Vorsitzender des
Paritätischen
Bremen

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|----|
| Kapitel 1: Markt der Möglichkeiten – Was kann mir helfen, weiter zu Hause zu leben? | 4 |
| 1. Sehen und Hören | 4 |
| 2. Essen und Trinken | 5 |
| 3. Sich bewegen..... | 5 |
| 4. Von einem Ort zum andern kommen..... | 6 |
| 5. Mit chronischen Erkrankungen oder Schmerzen leben..... | 7 |
| 6. Den Körper pflegen..... | 8 |
| 7. Inkontinenz – wenn Blase oder Darm nicht mehr dichthalten | 8 |
| 8. Mit typischen Veränderungen im Alter umgehen | 9 |
| 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?..... | 14 |
| 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 | 19 |
| Kapitel 3: Wann habe ich Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung? | 20 |
| 1. Vorversicherungs-Zeit: Bin ich lange genug pflegeversichert? | 20 |
| 2. In welchem Fall bekomme ich keine Leistungen? | 20 |
| 3. Wann gelte ich als pflegebedürftig?..... | 20 |
| 4. Leistungen bei eingeschränkter Alltagskompetenz | 22 |
| Kapitel 4: Wie hilft mir die Pflegekasse, wenn ich zu Hause bleiben möchte? | 24 |
| 1. Pflegegeld – wenn Angehörige oder Bekannte Sie pflegen..... | 24 |
| 2. Pflege-Sachleistung – wenn ein zugelassener Pflegedienst Sie pflegt..... | 25 |
| 3. Betreuungs- und Entlastungsleistungen..... | 26 |
| 4. Kombinationsleistungen – Mischung der Hilfen..... | 27 |
| 5. Wenn die Pflegeperson verhindert ist – Ersatzpflege..... | 28 |
| 6. Wenn Pflege zu Hause nicht möglich ist – Kurzzeit-Pflege..... | 28 |
| 7. Pflegebetten und andere Hilfsmittel | 29 |
| 8. Wenn die Wohnung verändert werden muss..... | 29 |
| 9. Tagespflege oder Nachtpflege – außerhalb der Wohnung | 29 |
| Kapitel 5: Was hilft denen, die mich pflegen – meinen Angehörigen, Nachbarn und Freundinnen? | 31 |
| 1. Pflegen lernen – Kurse und Anleitung für Pflegepersonen | 31 |
| 2. Wie sind Pflegepersonen abgesichert?..... | 31 |
| 3. Pflegen und im Beruf arbeiten – wie kann das gehen? | 32 |
| Kapitel 6: Woher kann ich weitere Hilfe bekommen? | 34 |
| 1. Wofür ist die Krankenkasse zuständig? | 34 |
| 2. Ein Fall für die Unfallversicherung oder das Versorgungsamt? | 35 |
| 3. Besonderheit für Beamte – die Beihilfe..... | 35 |
| 4. Wohngeld | 36 |
| 5. Pflege-Wohngeld – in einigen Bundesländern | 36 |
| 6. Rundfunkbeitrag für Fernsehen und Radio..... | 36 |
| 7. Schwerbehinderten-Ausweis | 36 |

| | |
|---|----|
| 8. Hilfe in der Familie – Angehörige und Unterhaltspflichtige | 37 |
| 9. Sozialhilfe – Leistungen vom Sozialamt | 37 |
| Kapitel 7: Was erwartet mich in einem Pflegeheim? | 40 |
| 1. Was für Heime gibt es? | 40 |
| 2. Was bietet ein Pflegeheim? | 40 |
| 3. Was kostet ein Pflegeheim?..... | 41 |
| 4. Wer bezahlt was? Pflegekasse – ich selbst – Sozialamt – Krankenkasse | 43 |
| 5. Wie wird das Pflegeheim bezahlt? | 44 |
| 6. Wer setzt sich im Pflegeheim für mich ein?..... | 44 |
| 7. Wer kontrolliert das Pflegeheim? MDK und Heimaufsicht | 45 |
| Kapitel 8: Was für Verträge schließe ich mit einem Pflegedienst oder einem Pflegeheim? | 46 |
| 1. Wenn ich zu Hause gepflegt und betreut werde | 46 |
| 2. Wenn ich im Pflegeheim wohne | 47 |
| Kapitel 9: Bekomme ich Pflegeleistungen auch im Ausland? | 48 |
| Kapitel 10: Was muss ich tun, um Leistungen zu erhalten? | 49 |
| 1. Leistungen von der Pflegekasse | 49 |
| 2. Leistungen vom Sozialamt | 52 |
| Kapitel 11: Wenn ein behinderter Mensch pflegebedürftig wird | 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? | 56 |
| 1. Sozial-Leistungen müssen Sie grundsätzlich nicht versteuern | 56 |
| 2. Welche Kosten kann ich von der Steuer absetzen? | 56 |
| 3. Was können meine Kinder von der Steuer absetzen? | 57 |
| Kapitel 14: Wie und wo finde ich Informationen und Hilfen? | 58 |
| 1. Hier bekommen Sie eine persönliche Beratung:..... | 58 |
| 2. Informationen über das Internet | 59 |
| 3. Informationen durch ein persönliches Gespräch, Probewohnen | 59 |
| 4. Pflege rund um die Uhr zu Hause – geht das? | 62 |
| 5. Hier finden Sie Gesetze, Richtlinien und Urteile..... | 62 |
| 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 schwer 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 andern 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.

Das eine ist nicht besser als das andere. 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 eine Menge 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 eine Pflegestufe eher bewilligt werden, wenn es in diesem Bereich große Probleme gibt. Es heißt dann: „Schwierigkeiten bei der Nahrungsaufnahme“.

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 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 werden dafür bezahlt, ein fertiges Essen warm zu machen und Frühstück oder Abendessen vorzubereiten. Für die Zeit zum Kochen geben die Pflegekassen kein Geld. Abwechslung beim Essen ist mit etwas Fantasie dennoch möglich.

- 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 einkaufen können, fragen Sie nach Einkaufs-Hilfen – in einer Sozialstation, Ihrer Kirchen-Gemeinde oder bei einem Wohlfahrts-Verband. Zu zweit macht das Einkaufen mehr Spaß! Was diese Dienste kosten, richtet sich nach den Kilometern oder nach der Zeit.
- Sie haben nur **wenig Geld** und können keine Extra-Dienste bezahlen. 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 Essenauf-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 Wohlfahrts-Verbänden 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 darü-

ber 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 Vorbeugung 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 Angebote von Gesundheits-Sport für Ältere. 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: Seit dem 1. Januar 2015 können für Pflegebedürftige Kosten für Bewegungsangebote von den Pflegekassen übernommen werden (siehe Kapitel 4 Abschnitt 3) – wenn sie von zugelassenen Pflegediensten angeboten 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.

Wohlfahrts-Verbände, 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 haben verschiedene Namen:

- Mobiler Hilfsdienst
- Personen-Begleitedienst
- 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 seit dem 1. Januar 2015 Kosten übernehmen – siehe Kapitel 4 Abschnitt 3.

ACHTUNG: Falls Sie „private Helfer“ über eine Zeitungsanzeige suchen, sollten Sie sehr vorsichtig sein. Klären Sie, wer die fremden Helfer sind. Besonders bei sehr günstigen Preisen sollten Sie sehr gut aufpassen. Sicherer ist es, sich an bekannte Organisationen zu wenden, wie Wohlfahrtsverbände und Kirchengemeinden. Deren Helferinnen arbeiten oft ehrenamtlich und werden sorgfältig ausgesucht, damit sie gut zu Ihnen passen. Lassen Sie sich in jedem Fall die Angebote und die Adressen schriftlich geben.

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
- Unterstützung oder Freizeit für Angehörige, die mitreisen.

Vergleichen Sie die Preise und fragen Sie die Reiseanbieter nach Zuschüssen von öffentlichen Stellen – leider gibt es die nur selten.

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), Trainieren von Stimme und Sprechen (Logopädie), häusliche Krankenpflege 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 Krankenkassen sehen das anders. Sie lehnen es ab, diese Behandlungen zu bezahlen. Sie halten dies für eine Aufgabe der Pflegekassen.

Die Pflegekassen wiederum müssen bei Pflegebedürftigkeit zahlen – wenn also eine Pflegestufe 1-3 anerkannt ist oder eine eingeschränkte Alltagskompetenz festgestellt wurde. Pflegebedürftig ist nach dem Gesetz, wer auf Dauer die „regelmäßigen Verrichtungen des täglichen Lebens“ nicht allein schafft. Dazu gehört: sich waschen, anziehen und ausziehen; Mahlzeiten kochen oder zubereiten, essen und trinken; aufstehen, sich bewegen und von einem Ort zum anderen kommen (siehe Kapitel 3 Abschnitt 3).

TIPP: Bei chronischer Erkrankung oder dauerhaften Schmerzen kann es also 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

Zur Körperpflege gehören das Ausziehen, Waschen, der Gang zur Toilette und das Anziehen. 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 Sie eine Pflegestufe haben oder wenn Ihre Alltagskompetenz eingeschränkt ist wegen zum Beispiel Demenz, 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 4).

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 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.

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. Dafür gibt es sogenannte **Leistungskomplexe**. Darin ist zum Beispiel alles zusammengefasst, was morgens und abends zur Körperpflege gehört.

Was genau das ist, das ist je nach Bundesland etwas unterschiedlich geregelt. In der Körperpflege wird meistens unterschieden zwischen der „kleinen“ und „großen Toilette“. Bei der großen Toilette wird der ganze Körper gewaschen oder geduscht, bei der kleinen Toilette nur bestimmte Körperteile. Wie Sie die 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.

7. Inkontinenz – wenn Blase oder Darm nicht mehr dithalten

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 schwer 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:

- 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-Urinale 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 vom Pflegedienst, im Sanitätshaus oder in der Apotheke beraten. Fragen Sie dort nach Mustern zum Ausprobieren.

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 schüt-

zen, 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) Wie kann ich Unfälle und Stürze vermeiden?

Ältere Menschen haben häufiger Unfälle und stürzen leichter. Gerade wer nicht mehr so gut sieht und hört, reagiert leichter einmal verkehrt. Stürze lassen sich nicht völlig vermeiden. Umso wichtiger ist es, die Muskeln und das Gleichgewicht regelmäßig zu trainieren. So haben Sie gute Aussichten, seltener und nicht so schwer zu stürzen.

c) 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. 19 € im Monat). Lassen Sie sich dazu von einem Pflegedienst oder im Pflege-Stützpunkt beraten.

d) 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 Wohlfahrts-Verbänden, 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 Neurologe, 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.

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 Energieverbrauch: 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) oder 01803 – 17 10 17 (9 Cent/Minute), 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, Punkt 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).

Dement – und gut versichert?

Die meisten Privatversicherungen fragen vor Abschluss eines Vertrages nach dem Gesundheitszustand. Sie sollten eine Demenz 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 und 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 Wohlfahrts-Verbände und Kirchen-Gemeinden. Fragen Sie dort nach Nachbarschafts-Hilfe – sie wird oft gegen eine kleine Gebühr von Ehrenamtlichen geleistet. Auch die meisten ambulanten Pflegedienste bieten mittlerweile diese Hilfen an.

Ganz gleich, ob Sie sich für eine Firma 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, welche Dienste Sie brauchen und schreiben Sie für beide Seiten auf, was Sie besprochen haben. Das schützt vor Missverständnissen. (siehe dazu auch Kapitel 8 Abschnitt 1)

Wenn Sie eine Pflegestufe haben oder in Ihrer Alltagskompetenz eingeschränkt sind zum Beispiel wegen Demenz, können Sie eine Haushaltshilfe über Ihren Pflegedienst bekommen – als sogenannte Sachleistung. Diesen HelferInnen können Sie immer vertrauen. Von der Pflegekasse bekommen Sie hierfür feste Beträge für Entlastungsleistungen – siehe Kapitel 4 Abschnitt 3. Aber auch im Rahmen der Pflegesachleistungen stehen Mittel zur Verfügung, die Sie selbst zwischen Pflegekräften und Haushaltshilfen aufteilen können. Lassen Sie sich von Ihrem Pflegedienst beraten.

Auch wenn Sie Pflegegeld bekommen, können Sie die Entlastungsleistungen für eine Haushaltshilfe zusätzlich erhalten. Das ist auf jeden Fall preiswerter als das Engagement einer Pflegekraft. (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.

Der Bevollmächtigte (oder der Betreuer) entscheidet dann, 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 achten. Wie eine Angehörige wohnen sie 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 1.200 bis 2.500 € 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. Wenn Sie möchten, kann der Pflegedienst die Aufsicht über die gesamte Pflege übernehmen. Dies muss im Einzelnen besprochen 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. Viele wissen das nicht. 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 Wohlfahrts-Verbände, Nachbarschaftshilfe-Vereine und Kirchengemeinden vermitteln diese Dienste, sie nehmen dafür eine geringe Gebühr.

Seit dem 1. Januar 2015 können – bei eingeschränkter Alltagskompetenz wegen zum Beispiel Demenz – auch Kosten von Besuchs- und Begleitediensten bis zu einem Betrag von 104 € monatlich von der Pflegekasse übernommen werden. In besonderen Fällen beträgt der Höchstbetrag 208 €.

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 nichts versäumen. 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 sterbenskranke 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.
- In vielen Regionen wird eine „spezialisierte ambulante Palliativ-Versorgung (SAPV)“ ange-

boten. Hierbei arbeiten Ärzte, Pflegekräfte und alle anderen Beteiligten als Team eng zusammen. Gemeinsam begleiten sie Sterbenskranke, 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 Hospizdiensten 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.

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**. 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?
- Wie 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 seniorengerecht oder behindertengerecht?

Nicht alle meinen dasselbe, wenn sie „seniorengerecht“ sagen. Mehr dazu und zum Wohnen im Alter erfahren Sie in zwei weiteren Broschüren aus dem Verlag C.H. Beck: „So finden Sie das richtige Seniorenheim“ und „Wohnen im Alter“.

BERATUNG: Oft lässt sich die **eigene Wohnung so verändern**, dass es keine gefährlichen Stellen mehr gibt und dass Sie an alles gut herankommen. Wenn Sie eine Pflegestufe haben, kann die Pflegekasse etwas zum Umbau dazu bezahlen (siehe Kapitel 4 Abschnitt 8). Informieren Sie sich hierzu bei Ihrer Pflegekasse, in der 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 ein fester Betreuungspreis dazugerechnet. Sie bezahlen beides in einem Betrag („integrierter Preis“) oder getrennt (Miete plus „Service-Pauschale“).
- An Betreuung bezahlen Sie 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 100 € bis 500 € im Monat.

ACHTUNG: 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 Wohlfahrts-Verbände 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. Sie müssen die freie Wahl haben, wie und durch wen Sie Ihre Pflege durchführen lassen wollen.

Mindestens **drei und höchstens zehn Pflegebedürftige** müssen zum Zweck der gemeinsam organisierten Pflege zusammen leben. Nur eine Person muss eine Pflegestufe haben. Bei den weiteren Personen reicht die Feststellung einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz wie beispielsweise Demenz (Pflegestufe 0). 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 können, muss die Wohnung oft ihren Bedürfnissen angepasst werden. Das Bad braucht eine Pflegedusche. Vielleicht ist auch der Einbau eines **Treppenlifters** 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 8). 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 bauliche 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 205 €. Das gilt sowohl, wenn Sie Pflegegeld erhalten als

auch bei der Inanspruchnahme von Sachleistungen. Dieser Betrag dient vor allem dazu, eine Pflegekraft zu finanzieren, die sich laufend um die Bewohner kümmert.

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. 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** (siehe Kapitel 4 Abschnitt 6) in einem zugelassenen Pflegeheim: Wenn Sie eine Pflegestufe oder eine eingeschränkte Alltagskompetenz bescheinigt bekommen haben, zahlt die Pflegekasse einen Zuschuss für bis zu vier Wochen im Jahr. Dies kann um weitere vier Wochen verlängert werden, wenn Sie vorher schon mindestens sechs Monate zu Hause gepflegt wurden (Ersatz-Pflege, siehe Kapitel 4 Abschnitt 5). Während dieser Zeit können Sie mit Ihren Angehörigen entscheiden, wo Sie in Zukunft am besten versorgt sind.

- 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 9) in Verbindung mit einer ambulanten Betreuung: Dies ist eine gute Möglichkeit besonders für Menschen mit Demenz, wenn die Erkrankung noch nicht so weit fortgeschritten ist.
- Wenn die Demenz schlimmer wird, kommt eine **Wohn-Gemeinschaft für Demente** in Frage. Dieses Angebot gibt es allerdings nicht überall. Suchen Sie dann 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 sie auch in einer Wohnung ganz in unserer Nähe klar kommen – mit unserer Unterstützung?
- Wer kümmert sich um die Mutter, 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?

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 lange genug gesetzlich pflegeversichert.
2. Es ist niemand anderes für die Leistung zuständig.
3. Sie sind pflegebedürftig.
4. Wenn Sie wegen Problemen im Alltag („eingeschränkte Alltagskompetenz“) besondere Betreuung brauchen, bekommen Sie zusätzliche Leistungen. Sie können diese zusätzlichen Leistungen auch bekommen, wenn Sie nicht pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung sind (sogenannte „Pflegestufe 0“).

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. 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.

2. 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. Das ist Missbrauch und nicht in Ordnung. 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. Eine ähnliche Regelung gilt für Personen, die im öffentlichen Dienst arbeiten. Das heißt: Solange Sie Leistungen aus diesen Versicherungen bekommen, haben Sie keinen Anspruch auf Leistungen der Pflege-Versicherung – dieser Anspruch ruht solange.

3. Wann gelte ich als pflegebedürftig?

Sie sind pflegebedürftig, wenn dies für Sie stimmt:

- a. Sie sind körperlich oder seelisch **krank oder behindert – und**
- b. deswegen brauchen Sie **regelmäßig Hilfe** im Alltag, zum Beispiel beim Aufstehen, beim Waschen, beim Essen oder um woanders hinzukommen – **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 krank oder behindert

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** sind und Hilfe brauchen. Die Pflege-Versicherung zahlt auch, wenn Sie nicht pflegebedürftig sind, Ihren Alltag aber nicht mehr ohne fremde Hilfe bewältigen können. Voraussetzung dafür ist, dass Sie in erheblichem Umfang beaufsichtigt und/oder betreut werden müssen.

b) Sie brauchen regelmäßig Hilfe

Für die Pflegekasse ist wichtig, dass Sie bei ganz alltäglichen Dingen immer Hilfe brauchen. Die Pflegeleistungen sind in mehrere Bereiche aufgeteilt:

- Die **Grundpflege** – sie wird an oder mit Ihnen persönlich vorgenommen. Dazu gehören die Körperpflege, das Essen und Trinken, dass Sie sich bewegen und Ihre Wohnung verlassen können.
- **Hauswirtschaftliche Versorgung** – damit sind Arbeiten im Haushalt gemeint, die regelmäßig getan werden müssen.
- Manche Menschen mit **Demenz** laufen beispielsweise immer wieder weg, müssen beruhigt oder beaufsichtigt werden. Dann brauchen sie jemand, der auf sie aufpasst. Sie werden deswegen zwar nicht unbedingt als pflegebedürftig anerkannt, aber sie können doch eventuell Leistungen erhalten (Pflegestufe 0).

Der Pflege-Versicherung geht es um ganz bestimmte Tätigkeiten. Wenn Sie diese Dinge nicht allein schaffen, gelten Sie als pflegebedürftig:

- **Körperpflege:** das Waschen, Duschen, Baden, Zähne putzen, Kämmen, Rasieren, zur Toilette gehen,
- **Ernährung:** die Mahlzeiten zubereiten und/oder das Essen und Trinken,
- **Bewegung und Fortbewegung:** selbstständig Aufstehen und Schlafen-Gehen, Ankleiden, Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen, die Wohnung verlassen und zur Wohnung zurückkehren,
- **Hauswirtschaftliche Versorgung:** das Einkaufen, Kochen, Putzen der Wohnung, Spülen, Wäsche wechseln, Wäsche und Kleidung waschen, Heizen der Wohnung.

Wenn Sie bei diesen wichtigen Dingen im Alltag Hilfe brauchen, führt dies zur Einstufung in eine Pflegestufe (1, 2 oder 3).

Wenn Ihnen vom MDK zusätzlich eine „eingeschränkte Alltagskompetenz“ – entsprechend den Kriterien in Kapitel 3 Abschnitt 4 – bescheinigt wird, erhalten Sie ebenfalls Leistungen.

Das Auffordern und Anleiten des Pflegebedürftigen zählt auch als Pflegeleistung

Viele Menschen mit einer Demenz, einer psychischen oder geistigen Behinderung können zwar selbstständig essen oder zur Toilette gehen – manche tun es nur nicht aus eigenem Antrieb oder sie denken nicht daran. Sie brauchen jemand, der darauf achtet und sie dazu auffordert. Diese Form von Unterstützung zählt für die Pflege-Versicherung genauso wie „richtiges Helfen“ beim Essen oder beim Gang zur Toilette.

c) Sie brauchen viel Hilfe

Jede einzelne Leistung bei der Pflege und im Haushalt dauert eine gewisse Zeit. Je mehr Hilfe nötig ist, desto mehr Zeit wird gebraucht. Davon hängt ab, welche **Pflegestufe** für Sie bestimmt wird:

| Pflegestufe | Wie oft ist täglich Hilfe nötig? | Wie lange ist täglich Hilfe nötig? | Davon wie lange für die Grundpflege? mindestens |
|--------------------|--|------------------------------------|--|
| 0 | Bei eingeschränkter Alltagskompetenz, die zu einem erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf führt (siehe dieses Kapitel Abschnitt 4) | | |
| 1 | mindestens 2 mal | mindestens 1½ Stunden | ¾ Stunde |
| 2 | mindestens 3 mal | mindestens 3 Stunden | 2 Stunden |
| 3 | Rund um die Uhr, auch nachts | mindestens 5 Stunden | 4 Stunden |
| Härtefall | Rund um die Uhr, mehrfach nachts | Ständig | 6 Stunden |

Bei Kindern wird anders gerechnet: Ein Kind gilt als pflegebedürftig, wenn es viel mehr Hilfe braucht als andere Kinder im selben Alter.

BERATUNG: So berechnet der MDK, wie viel Zeit für die Pflege nötig ist: Für jede nötige Pflege-Leistung wird eine bestimmte Zeit geplant – etwa für das Waschen oder Zur-Toilette-Gehen. Auch für spezielle Tätigkeiten bei Erkrankungen wird Zeit eingeplant – Beispiele hierfür sind: einen Verband wechseln, Schleim absaugen oder Stützstrümpfe an- oder ausziehen. Die eingeplante Zeit richtet sich danach, wie lange jemand ohne Pflege-Ausbildung dafür braucht. Die einzelnen Zeiten werden zusammengezählt und die Pflegekasse bestimmt danach die Pflegestufe.

Vielleicht meinen Sie, dass der MDK zu wenig Zeit berechnet hat und dass Sie in eine höhere Pflegestufe gehören. Lassen Sie sich beraten (siehe Kapitel 14 Abschnitt 1) und überlegen Sie, ob Sie dagegen angehen (siehe Kapitel 10 Abschnitt 1).

Angenommen, der MDK hat festgestellt, dass Sie für 4 Stunden täglich Pflege brauchen und Sie haben deshalb die Pflegestufe 2 bekommen. Dann stehen Ihnen im Monat sogenannte Pflege-Sachleistungen für 1.144 € zu. Das reicht nicht, um ausgebildete Pflegekräfte für 4 Stunden täglich zu bezahlen. Dies ist auch nicht vorgesehen. Das Gesetz geht davon aus, dass Ihre Angehörigen ohne Bezahlung bei Ihrer Pflege mithelfen. Wer keine solche „MithelferInnen“ hat, muss den Rest selbst bezahlen.

Für manche Menschen mit einer weit fortgeschrittenen Krankheit ist ganz besonders viel Hilfe nötig. Das kann sein zum Beispiel bei Krebs, AIDS, Mukoviszidose, schwerer Demenz oder wenn das Gehirn nur noch zum Teil arbeitet, wie beim Wachkoma. Wenn sie als **Härtefall** eingestuft werden, zahlt die Pflegekasse mehr Leistungen. Dies gilt nur, wenn ein zugelassener Pflegedienst die Pflege leistet.

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.

Hier erfahren Sie Einzelheiten zu Pflegebedürftigkeit und zu Härtefällen:

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

Lesen Sie diese Richtlinien, bevor Sie Ihren Antrag stellen. So wissen Sie, worauf Sie achten müssen, wenn der MDK zu Ihnen kommt und wenn die Pflegekasse die Pflegestufe bestimmt.

4. Leistungen bei eingeschränkter Alltagskompetenz

Manche Menschen haben einen erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf – ganz unabhängig davon, ob sie pflegebedürftig sind oder nicht. Das kann zum Beispiel im Zusammenhang mit einer **Demenz**, einer **geistigen Behinderung** oder einer **psychischen Erkrankung** notwendig sein. Sie sind jedenfalls auf Dauer nicht in der Lage, ihren Alltag alleine in den Griff zu bekommen. Sie kommen besser und sicherer durch den Alltag, wenn jemand sie dabei unterstützt.

Für die Betreuung dieser Menschen bezahlt die Pflegekasse, zusätzliche Leistungen. Der MDK (siehe Kapitel 10 Abschnitt 1) prüft diese „Alltagskompetenz“ bei einer Begutachtung immer mit.

Wann können Leistungen bei eingeschränkter Alltagskompetenz bewilligt werden?

1. Wenn jemand immer wieder von zuhause wegläuft.
2. Wenn jemand sich oder andere in Gefahr bringt, zum Beispiel weil er oft einfach auf die Straße läuft und nicht auf den Verkehr achtet.
3. Wenn jemand mit Sachen so umgeht, dass es gefährlich ist (Feuer machen in der Wohnung oder Gashahn aufdrehen) oder wenn jemand Sachen isst, die ihm schaden können (zum Beispiel verdorbene Lebensmittel oder Zigaretten).
4. Wenn jemand andere ohne Grund angreift oder beschimpft oder anspuckt.
5. Wenn jemand sich ganz unpassend verhält (zum Beispiel die Wohnung mit einer Toilette verwechseln, fremde Sachen verstecken).
6. Wenn jemand nicht merkt, ob er Schmerzen hat oder ob er hungrig, durstig oder satt ist.
7. Wenn jemand eine so schwere Depression hat oder so viel Angst, dass er gar nichts von sich aus tut.
8. Wenn jemand schon mehrfach Probleme mit anderen Menschen hatte, zum Beispiel weil er sich nichts richtig merken kann oder seine Angehörigen nicht wiedererkennt.
9. Wenn jemand nachts oft wach ist und zum Beispiel andere weckt oder verwirrt ist.
10. Wenn jemand so verwirrt ist, dass er sich zum Beispiel nie wäscht oder sich nichts vornehmen kann.
11. Wenn jemand sich oft von anderen verfolgt oder bedroht fühlt, Stimmen hört oder Angst vor seinem Spiegelbild hat.
12. Wenn bei jemand oft die Stimmung umschlägt und er dann zum Beispiel plötzlich heftig weint oder kreischt.
13. Wenn jemand ganz oft niedergeschlagen, mutlos, hilflos oder ohne Hoffnung ist – weil er eine schwere Depression hat und keine Behandlung nutzt.

Es müssen immer mehrere Punkte zutreffen.

Genauer erfahren Sie im SGB 11, §§ 45a und 45b sowie in diesen **Richtlinien**:

www.gkv-spitzenverband.de → Pflegeversicherung → Richtlinien, Vereinbarungen, Formulare → Richtlinien zur Pflegeberatung und Pflegebedürftigkeit → Richtlinie zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz

In diesen Fällen gibt es für Pflegebedürftige besondere Leistungen (siehe Kapitel 4). Auch für Menschen ohne Pflegebedarf – aber mit Pflegestufe 0 – gibt es einige Leistungen (siehe Kapitel 4 Abschnitt 1 und 2).

Zusätzlich haben Sie einen Anspruch auf Betreuungs- und Entlastungsleistungen (siehe Kapitel 4 Abschnitt 3).

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

Die Pflegekasse will Sie unterstützen, dass Sie möglichst lange selbstständig leben können. Vor allem gibt es daher einen Zuschuss zur Pflege, die „zu Ihnen kommt“ – die **häusliche 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 Menschen mit einer **Demenz**, einer **geistigen Behinderung** oder einer **psychischen Erkrankung** sind auf Dauer nicht in der Lage, ihren Alltag in den Griff zu bekommen. Sie kommen besser und sicherer durch den Alltag, wenn jemand sie dabei unterstützt. Man nennt sie **Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz („Pflegestufe 0“)**. Um welche Beeinträchtigungen im Alltag es geht, ist in Kapitel 3 Abschnitt 4 dargestellt.

Für diesen Personenkreis zahlt die Pflegekasse höhere Leistungen. Dies betrifft sowohl die Geld- als auch die Sachleistungsbeträge. Im Folgenden wird auf entsprechende Abweichungen jeweils besonders hingewiesen („bei eingeschränkter Alltagskompetenz“).

Außerdem haben Personen auch mit der Pflegestufe 0 Anspruch auf Ersatzpflege, pflegerische Hilfsmittel, technische Hilfen und Maßnahmen zur Wohnungsanpassung (siehe Abschnitte 5, 8 und 9 in diesem Kapitel).

1. Pflegegeld – wenn Angehörige oder Bekannte Sie pflegen

Pflegegeld bekommen Sie jeden Monat überwiesen, wenn Sie Ihre Pflege selbst im 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 Pflegestufen (siehe Kapitel 3 Abschnitt 3) beträgt das Pflegegeld pro Monat:

| Pflegestufe | Pflegegeld in € | Pflegegeld in € bei eingeschränkter Alltagskompetenz |
|-------------|-----------------|--|
| 0 | 0 | 123 |
| 1 | 244 | 316 |
| 2 | 458 | 545 |
| 3 | 728 | 728 |

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 für Arbeitsuchende, 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 erlauben. Andernfalls muss die Pflegekasse das Pflegegeld kürzen oder streichen – so steht es im Gesetz.

| Pflegestufe | Hausbesuche wie oft? |
|--|--|
| 0 | Sie können freiwillig alle 6 Monate einen Hausbesuch zur Beratung in Anspruch nehmen |
| 1 und 2 | etwa alle 6 Monate |
| 3 | etwa alle 3 Monate |
| Wenn bei Pflegestufe 1, 2 oder 3 kein Hausbesuch nachgewiesen wird: → Pflegegeld wird gekürzt oder gestrichen | |

Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf mit Pflegestufe 1 bis 3 können freiwillig **doppelt** so viel Hausbesuche zur Beratung in Anspruch nehmen.

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). Für volle 4 Wochen wird nur dann gezahlt, wenn es keine Pause zwischen solchen Maßnahmen gibt. Beispiel:

| | |
|-------------------------------|------------------------------|
| Aufenthalt im Krankenhaus | 1.7. bis 20.7. |
| Dauer der Reha-Maßnahme | 21.7. bis 10.8. |
| Pflegegeld wird weitergezahlt | 1.7. – 28.7. (= 4 Wochen) |

Während einer Kurzzeitpflege (Kapitel 4 Abschnitt 6) oder einer Ersatzpflege (Kapitel 4 Abschnitt 5) wird das Pflegegeld für längstens vier Wochen zur Hälfte weiter gezahlt.

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

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

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

Pflege-Sachleistungen – damit ist die häusliche Pflege, Betreuung und hauswirtschaftliche Versorgung durch einen Pflegedienst gemeint. Der Pflegedienst erhält sein Geld direkt von der Pflegekasse. Auch hierfür gibt es eine Obergrenze im Monat:

| Pflegestufe | für einen Pflegedienst in € | bei eingeschränkter Alltagskompetenz in € |
|------------------|-----------------------------|---|
| 0 | nichts | 231 |
| 1 | 468 | 689 |
| 2 | 1.144 | 1.298 |
| 3 | 1.612 | 1.612 |
| Härtefall | 1.995 | 1.995 |

Ab dem Jahr 2015 können Sie bis zu jeweils 40 Prozent dieser Beträge für sogenannte Betreuungs- und Entlastungsleistungen ausgeben (siehe Abschnitt 3), die von einem Pflegedienst oder durch vom jeweiligen Bundesland anerkannte „niedrigschwellige“ Betreuungsdienste angeboten werden. Voraussetzung ist, dass die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung ansonsten gesichert sind. Das Budget von 104 € oder 208 € monatlich für zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen steht Ihnen außerdem zu (siehe unten Abschnitt 3).

BERATUNG: Sie bekommen von Ihrer Pflegekasse eine **Preisliste** für die Leistungen der Pflegedienste. 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 beachten: Die einzelnen Leistungen heißen nicht in allen Bundesländern gleich. Und die Leistungs-Pakete enthalten nicht überall dieselben Leistungen.

BEISPIEL:

Preise von Pflege-Sachleistungen (nach Leistungskomplexen) in €

Der Pflegedienst kommt zweimal täglich: morgens und mittags.

| Leistung | Preis | Tage pro Monat | Gesamt-Preis |
|--|-------|----------------|--------------|
| den ganzen Körper waschen | 18,00 | 31 | 558,00 |
| beim Essen und Trinken helfen, morgens | 11,00 | 31 | 341,00 |
| Wege-Gebühr | 3,40 | 31 | 105,40 |
| beim Essen und Trinken helfen, mittags | 11,00 | 31 | 341,00 |
| Wege-Gebühr | 3,40 | 31 | 105,40 |
| Gesamtprice | | | 1.450,80 |

Seit Kurzem können Sie in einigen Bundesländern (z.B. Niedersachsen, Bremen, Hamburg, teilweise Hessen) 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. Allein die Pflege führt hier schon zur Ausschöpfung des Sachleistungsanspruchs bei Pflegestufe 2.

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

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

ACHTUNG: Bedenken Sie, dass Ihnen neben dem „Topf“ für das Pflegegeld bzw. die Pflege-Sachleistungen ab 2015 auch der „Topf“ von mindestens 1.248 € pro Jahr für nichtpflegerische Betreuungs- und Entlastungsangebote zur Verfügung steht (siehe unten Abschnitt 3)

Außerdem gibt es noch – für den Fall, dass Ihre privaten HelferInnen oder Pflegepersonen ausfallen – den „Topf“ der Ersatzpflege, in dem sich pro Jahr bis zu 2.418 € befinden. (siehe unten Abschnitt 5)

Für die Betreuungs- und Entlastungsleistungen und die Ersatzpflege gelten keine mit den Pflegekassen vereinbarten Preise. Hier sind die Pflegedienste in der Preisgestaltung frei. Ein genauer Preis- und Leistungsvergleich ist hier dringend angeraten.

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

3. Betreuungs- und Entlastungsleistungen

Seit 2015 erhält **jeder** Leistungsberechtigte (sofern er nicht in einem Heim gepflegt wird) neben dem genannten Pflegegeld oder der Pflege-Sachleistung noch ein Budget in Höhe von 104 € monatlich, das er nur für **Betreuungs- und Entlastungsleistungen** ausgeben kann. Diese Leistungen können aber auch im Rahmen einer Tages- oder Nachtpflege oder einer Kurzzeitpflege erbracht werden. Das Budget von 104 € monatlich kann auch dafür verwandt werden.

Diese Leistungen können von allen zugelassenen Pflegediensten und besonderen, nach Landesrecht anerkannten, Betreuungsdiensten erbracht werden. Welche Dienste in Ihrer Region diese Anerkennung haben, erfahren Sie bei den Pflegekassen.

Diese Betreuungsdienste unterscheiden sich von den Pflegediensten meist dadurch, dass sie nicht mit Fachpersonal, sondern mit Helfern und ehrenamtlichen Kräften arbeiten – und dadurch die Leistungen oft kostengünstiger anbieten können.

Welche Leistungen sind möglich?

Die Betreuung umfasst die Unterstützung und sonstigen Hilfen im häuslichen Umfeld des Pflegebedürftigen oder seiner Familie und schließt insbesondere das Folgende ein:

- Unterstützung von **Aktivitäten im häuslichen Umfeld**, die dem Zweck der Kommunikation und der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte dienen.
- Unterstützung bei der **Gestaltung des häuslichen Alltags**, insbesondere Hilfen zur Entwicklung und Aufrechterhaltung einer Tagesstruktur, zur Durchführung bedürfnisgerechter Beschäftigungen und zur Einhaltung eines bedürfnisgerechten Tag-/Nacht-Rhythmus.
- Regelmäßige Besuche von **AlltagsbegleiterInnen**, die sich – nach Absprache – um alle Alltagsfragen, Besorgungen und Hausarbeiten kümmern, wenn sonst keine Angehörigen da sind.

Spaziergänge in der näheren Umgebung können ebenso zur Aufrechterhaltung sozialer Kontakte beitragen, wie der Besuch von Verwandten und Bekannten oder die Begleitung zum Friedhof. Darüber hinaus kommen auch Unterstützungsleistungen bei finanziellen und verwaltungsmäßigen Angelegenheiten in Betracht.

Auch wenn es vor allem um die häusliche Betreuung gehen soll, so kann sich die Betreuung auch außerhalb des Haushalts abspielen.

Häusliche Betreuung kann von mehreren Pflegebedürftigen auch **gemeinschaftlich** in Anspruch genommen werden. Eine Finanzierung der Teilnahme an Gruppen und Kursangeboten eines zugelassenen Pflegedienstes ist jetzt möglich.

Aus diesem Budget von 104 € können aber auch alle Leistungen finanziert werden, die zur **Entlastung** der oder des Pflegebedürftigen und seiner Pflegepersonen oder Angehörigen beitragen – das sind:

- alle haushaltsnahen oder auch hauswirtschaftlichen Hilfen
- Einkaufsdienste
- Fahr- und Begleitdienste
- Schulungen / Gesprächskreise / Entspannungskurse und ähnliches für pflegende Angehörige
- Gartenarbeiten
- Besuchsdienste, Unterstützung der Pflegenden, z. B. durch Pflegebegleiter.

Bei Menschen mit einer sehr stark eingeschränkten Alltagskompetenz kann der Betrag für diese Leistungen verdoppelt werden auf 208 € pro Monat. Diese Entscheidung trifft die Pflegekasse auf der Grundlage des Gutachtens des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung.

Diese Monatsbeträge von 104 € bzw. 208 € können flexibel im Laufe eines Jahres eingesetzt werden. Es gibt also ein Jahresbudget in Höhe von 1.248 € (12 x 104 €) bzw. 2.496 € (12 x 208 €). 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 diese Leistungen 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.

4. Kombinationsleistungen – Mischung der Hilfen

Sie müssen sich bei Ihrer Pflege nicht unbedingt für Angehörige und Bekannte **oder** einen Pflegedienst entscheiden. Wenn Sie nicht den ganzen Betrag für einen Pflegedienst 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.

Kombination von Pflegedienst und Pflegegeld

Beispiel für Pflegestufe 2

| | | |
|----------------------|---------|---|
| Anspruch besteht auf | 1.144 € | für häusliche Pflege durch einen Pflegedienst |
| oder | 458 € | als Pflegegeld |

Beispiel für eine Aufteilung:

| | | |
|-----------------|--------------------------|--|
| 700,00 € | = 61,19 % von 1.144 € | für häusliche Pflege durch einen Pflegedienst |
| 177,75 € | = 38,81 % von 458 € | als Pflegegeld (wird ausgezahlt) |
| | = 100 % zusammen | |

Ganz anders verhält es sich hingegen, wenn Sie die Leistungen der Betreuungs- und Entlastungsangebote in Anspruch nehmen!

Die nicht von Ihnen in Anspruch genommenen Leistungen werden Ihnen **nicht** als Geldbetrag gutgeschrieben. Sie verfallen ersatzlos – wenn auch erst zur Mitte (30. Juni) des jeweiligen Folgejahres. Daher ist es umso wichtiger, den jeweiligen Stand dieses Budgets im Auge zu behalten. Erkundigen Sie sich bei Ihrer Pflegekasse regelmäßig nach dem noch vorhandenen „Guthaben“ etwa jeweils vor Ende eines Halbjahres.

Achten Sie auch darauf, dass Ihr Pflegedienst bei der Rechnungsstellung klar kennzeichnet, welches Budget für die erbrachten Betreuungsleistungen

in Anspruch genommen werden soll: das Sachleistungsbudget (siehe Abschnitt 2), das Betreuungsbudget (siehe Abschnitt 3) oder das Budget der Ersatzpflege (siehe Abschnitt 5)

5. Wenn die Pflegeperson verhindert ist – Ersatzpflege

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 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 6) verzichten: also maximal 2.418 € jährlich

ACHTUNG: Der volle Anspruch auf Ersatzpflege steht auch Leistungsbeziehern mit eingeschränkter Alltagskompetenz zu (bei „Pflegestufe 0“).

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 vier Wochen zur Hälfte weiter gezahlt.

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

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.

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 vier Wochen Kurzzeit-Pflege im Kalenderjahr maximal 1.612 €. Dieser Betrag kann von Ihnen auf das doppelte (3.224 €) erhöht werden, wenn Sie dafür auf die Inanspruchnahme der Ersatzpflege verzichten. Während des Kurzzeitpflegeaufenthalts wird das bisherige Pflegegeld zur Hälfte weiter gezahlt.

Sie können den Aufenthalt in der Kurzzeitpflegeeinrichtung noch weiter verlängern, wenn Sie hierfür die Ihnen zustehenden Leistungen von monatlich 104 € für Betreuungsleistungen einsetzen. Für die Zeit des aus diesem Budget 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, verhaltensauffällige Menschen mit speziellen Anforderungen) 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.

7. Pflegebetten und andere Hilfsmittel

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 eingeschränkter Alltagskompetenz (Pflegestufe 0) haben darauf Anspruch. Viele dieser Hilfsmittel bekommen Sie leihweise, dann brauchen Sie nichts zu bezahlen. Andere Hilfsmittel müssen Sie kaufen – in einem Sanitätshaus. Dann müssen Sie einmal etwas zuzahlen: ein Zehntel des Preises, höchstens 25 €. Wenn Sie bei Ihrer Krankenversicherung als Härtefall gelten und nichts zuzahlen müssen, gilt dies auch für die Pflege-Versicherung.

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

8. Wenn die Wohnung verändert werden muss

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. Die gibt es in vielen Städten.

Auch Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (Pflegestufe 0) haben Anspruch auf diese Leistung.

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.

9. Tagespflege oder Nachtpflege – außerhalb der Wohnung

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:

| Pflegestufe | ohne eingeschränkte Alltagskompetenz | mit eingeschränkter Alltagskompetenz |
|-------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| 0 | 0 | 231 |
| 1 | 468 | 689 |
| 2 | 1.144 | 1.298 |
| 3 | 1.612 | 1.612 |

Diese Beträge erhöhen sich noch, wenn Sie sich entscheiden, die Beträge für die Inanspruchnahme von Betreuungs- und Entlastungsdiensten (104 / 208 € monatlich) oder der 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-Leistungen, das Pflegegeld oder die Kombinationsleistung gekürzt werden.

TIPP: Den Überblick behalten!

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

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

| | |
|--------------------------------|-------------------|
| Betreuungs-/Entlastungsdienste | 1.248 € / 2.496 € |
| Ersatzpflege | 1.612 € / 2.418 € |
| Pflegehilfsmittel | 480 € |

Regelmäßige monatliche Leistungsansprüche bei Häuslicher Versorgung durch professionelle Dienste

Beispiel für Pflegestufe 2, in €

| Anspruch besteht auf | ohne eingeschränkte Alltagskompetenz | mit eingeschränkter Alltagskompetenz |
|--|--------------------------------------|--------------------------------------|
| Pflegesachleistung | 1.144 | 1.298 |
| Betreuungs-/Entlastungsleistungen | 104 | 208 |
| Ersatzpflege (1.612 € im Jahr sind durchschnittlich monatlich) | 134,33 | 134,33 |
| Tagespflege | 1.144 | 1.298 |
| Pflegehilfsmittel | 40 | 40 |
| Gesamt | 2.566,33 | 2.978,33 |

Kapitel 5: Was hilft denen, die mich pflegen – 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

Bei den Pflegekassen gibt es kostenlose Kurse für Pflegepersonen. 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 bei „Ihrem“ Pflegebedürftigen schulen und beraten lassen.

2. Wie sind Pflegepersonen abgesichert?

Pflegepersonen sind **gesetzlich unfallversichert** – bei der Pflege selbst und auf dem Weg dorthin. Dies gilt automatisch, wenn die gepflegte Person von der Pflegekasse als pflegebedürftig anerkannt ist – wenn sie also eine Pflegestufe 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 → Berufsgenossenschaften/Unfallkassen/Landesverbände → 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.

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 Pflegeperson mindestens 14 Stunden pro Woche pflegt,
- die Pflegeperson noch keine Rente bekommt und
- höchstens 30 Stunden in der Woche in ihrem Beruf arbeitet.

Wenn Sie mehr als eine Person pflegen, werden die Pflegezeiten zusammen gezählt.

Wie viel die Pflegekasse für Sie einzahlt, hängt ab von der Pflegestufe, Ihren Wochen-Stunden als Pflegeperson und dem Bundesland. Für **2015** gelten diese Beiträge:

| Pflegestufe | Wochen-Stunden als Pflegeperson (mindestens) | Monatsbeitrag West in € | Monatsbeitrag Ost in € |
|-------------|--|-------------------------|------------------------|
| 3 | 28 | 424,12 | 366,67 |
| 3 | 21 | 318,09 | 275,00 |
| 3 | 14 | 212,06 | 183,33 |
| 2 | 21 | 282,74 | 244,45 |
| 2 | 14 | 188,50 | 162,96 |
| 1 | 14 | 141,37 | 120,43 |

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, Pflegestufe 3, Dresden – Tochter und Sohn pflegen ihn

| Pflegeperson | Pflege-Stunden pro Woche | eingezahlter Rentenbeitrag im Monat in € |
|--------------|--------------------------|--|
| Sohn | 25 | 275,00 |
| Tochter | 15 | 183,33 |

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

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

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.

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

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 stirbt. Dasselbe gilt, wenn er zu Hause nicht weiter gepflegt werden kann. Vier Wochen nach dem Umzug ins Heim 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 kann 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

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

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 Monaten 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 3 b) dargestellten Regelungen.

Kapitel 6: Woher kann ich weitere Hilfe bekommen?

Die Pflegekasse zahlt nur, wenn Sie eine Pflegestufe haben oder zumindest Leistungen wegen eingeschränkter Alltagskompetenz benötigen. Häufig reichen ihre Leistungen nicht, um die gesamte Pflege zu bezahlen.

1. Wofür ist die Krankenkasse zuständig?

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. Aber auch die Rehabilitation, etwa nach einem Klinikaufenthalt, wird von der Krankenkasse bezahlt.

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

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.

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.

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 **zahlen**:

- 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 einer anderen medizinischen Behandlung. 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) 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 für Ihre Schmerzen oder Beschwerden nicht ausreicht. Fragen Sie Ihren Arzt, Ihre Krankenkasse, den Pflegedienst oder im Pflegeheim.

f) 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 sowie einem Eigenanteil. Fragen Sie genau nach, wie viel Sie bezahlen müssen.

Wenn ein naher Verwandter von Ihnen ambulant oder in einem Hospiz versorgt wird, können Sie in den letzten Wochen oder Monaten seines Lebens von der Arbeit freigestellt werden, um ihn oder sie auf seinem letzten Weg zu begleiten – siehe Kapitel 5 Abschnitt 3 d).

g) 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 Pflege 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 Pflegestufen 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 Wohnung 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: Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Saarland 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 „Beitragservice von ARD, ZDF oder Deutschlandradio“ in Köln (Tel. 0221 5061 0). Wenn Sie neu in ein vollstationäres Pflegeheim ziehen, melden Sie sich beim Beitragservice 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 pflegedürftige 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 Urkel
- 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 andern 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.

BERATUNG: Das Unterhalts-Recht ist kompliziert. Lassen Sie sich im Zweifel über Ihre Rechte und Pflichten von einem Anwalt beraten, der sich darauf spezialisiert hat.

9. Sozialhilfe – Leistungen vom Sozialamt

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 im Alltag – wie Wohnung, Ernährung, Strom, Hausrat. Damit ist gemeint: Ihr Einkommen ist im Monat nicht höher als Ihre Warmmiete zuzüglich 399 €, bei zwei Personen 720 €. 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 65 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

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

- Sie sind pflegebedürftig – hierfür 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 täglich fremde Hilfe, aber weniger als 1,5 Stunden pro Tag. Dies wird auch **Pflegestufe Null** genannt.

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.

ACHTUNG: 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.

BERATUNG: Verzichten Sie also nicht vorschnell auf Unterhalt, der Ihnen zusteht. Lassen Sie sich beraten – durch einen Anwalt mit Erfahrung im Unterhalts-Recht.

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 2.600 €, für Ihren Ehepartner oder Lebenspartner kommen 614 € dazu. Mehr ist es, wenn beide Partner blind sind oder Pflegegeld nach Stufe 3 bekommen: Der Partner kann dann 1.534 € für sich behalten – anstatt 614 €.

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 müssen, weil es zu groß ist, und Sie 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-Einkom-

men 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:

- Grundbetrag 798 € (ab 2015)
- dazu: eine angemessene Warmmiete – sie richtet sich nach der Größe und dem Zustand Ihrer Wohnung und den Preisen in Ihrer Gegend
- dazu: jeweils 280 € (ab 2015) für den Ehepartner oder Lebenspartner
- dazu: jeweils 280 € 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 Warmmiete.

| | | | |
|---|--|-------|-----------------|
| Einkommen | Rente | 1.400 | |
| | Betriebsrente | 250 | |
| | Einkommen | | 1.650 |
| davon wird abgezogen | Sozial-Versicherung | 160 | |
| | Steuern | 140 | 300 |
| | Einkommen | | 1.350 |
| Einkommens-Grenze | Grundbetrag | 798 | |
| | Angemessene Warmmiete | 400 | |
| | Einkommens-Grenze | | 1.198 |
| Einkommen über der Einkommens-Grenze | Gesamtbetrag | | 152 |
| | davon 60–80 % für die häusliche Pflege, die zahlen Sie | | 91 – 122 |

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 91 € bis 122 € 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 107,73 € im Monat als angemessen (ab 2015). 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 Wohlfahrts-Verband oder bei einem Rechtsanwalt mit dem Schwerpunkt Sozialhilfe-Recht.

c) Haushaltshilfe

ACHTUNG: 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 viele 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?

Eines Tages kann deutlich werden: Die Pflege zu Hause oder im betreuten Wohnen reicht nicht mehr. Sie oder Ihre Angehörigen mit Ihnen gemeinsam entscheiden sich dann vielleicht für den Umzug in ein Pflegeheim.

Wenn Sie schon eine **Pflegestufe** haben, gilt die auch im Pflegeheim.

Es kann sein, dass der MDK den Umzug in ein Pflegeheim nicht nötig findet. Für den MDK kommt es darauf an, ob Sie weiter zu Hause gepflegt werden können – etwa durch einen zugelassenen Pflegedienst. Meistens richten sich die Pflegekassen nach den MDK-Gutachten. Dann bezahlt die Pflegekasse vielleicht weiter nur so viel wie für eine Pflege zu Hause – auch, wenn Sie ins Pflegeheim ziehen.

ACHTUNG: Anders ist es, wenn Sie selbst nicht weiter zu Hause gepflegt werden möchten – etwa weil Sie die Pflegepersonen überhaupt nicht mögen. Sie können sich dann für eine Pflege im Heim entscheiden. Hierzu gibt es noch kein Urteil des Bundes-Sozialgerichts. Daher kann es in diesem Fall Probleme mit Ihrer Pflegekasse geben.

Bevor Sie sich entscheiden, ins 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 Kleinheimen bis zu 100 oder 150 Plätzen in großen Einrichtungen. In Deutschland gibt es etwa 12.000 Pflegeheime – zusammen bieten sie über 700.000 Plätze. Daher finden sich bestimmt auch in Ihrer Nähe Pflegeheime. Nicht

alle Mitarbeiterinnen sind Pflege-Fachkräfte, aber ein großer 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. 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:

ACHTUNG: Wenn das Sozialamt den Zuschlag für ein Einbett-Zimmer nicht bezahlt, legen Sie Widerspruch ein und klagen Sie gegen die Entscheidung.

b) Wie sind Pflegeheime auf verwirrte Menschen eingestellt?

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

Manche Demenz-Kranke 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. Damit können die MitarbeiterInnen verschwundene BewohnerInnen schnell wiederfinden. Wenn Sie sich einmal verlaufen, kann das eine große Hilfe sein. Diese Geräte sind nur erlaubt, wenn Sie oder Ihr Betreuer einverstanden sind. **Nicht erlaubt** ist eine Video-Überwachung in Ihrem Zimmer, in der Dusche, 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?

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 etwa 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.

3. Was kostet ein Pflegeheim?

In der Abrechnung sehen Sie, für welche Leistungen Sie an das Pflegeheim zahlen. Dies sind vor allem: 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
- eine Notruf-Anlage und Hilfe im Notfall, zu jeder Uhrzeit
- 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
- der Umgang von Mensch zu Mensch: die BewohnerInnen miteinander bekannt machen, kulturelle Veranstaltungen für die BewohnerInnen, Ausflüge, Beratung und Unterstützung bei Anträgen
- mit Ihren Angehörigen und mit Ihrem Arzt zusammenarbeiten.

Für die Pflegekasse gibt es die Pflegestufen 1, 2, und 3 – sie beschreiben, was Sie an Pflege brauchen. Dem entsprechen im Pflegeheim die **Pflegeklassen 1, 2 und 3**. 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 in eine andere Pflegeklasse. Wenn außerordentlich viel und aufwändige Pflege nötig ist, können Sie als **Härtefall** eingestuft werden. Allerdings werden höchstens 5 % aller Pflegebedürftigen der Pflegestufe 3 zum Härtefall erklärt.

Manche BewohnerInnen in Pflegeheimen haben keine Pflegestufe. Trifft das für Sie zu? Sie kommen dann in die sogenannte Pflegeklasse 0 und müssen 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 in der Pflegeklasse 0** 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** – das ist 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 Arbeits-Räume 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 nur über eine **Sonde ernährt** werden können – aus medizinischen Gründen, dann bezahlt dies die Krankenkasse. Deshalb darf Ihnen das Pflegeheim in diesem Fall nichts für die Verpflegung berechnen.

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.

d) Zusatz-Leistungen – für etwas mehr Bequemlichkeit

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 31 Tagen, die Euro-Beträge sind gerundet.

| Leistungen | Beispiel-Beträge in € | | | |
|-----------------------------|---------------------------------|----------------|----------------|--------------|
| | Pflege-Stufe 1 | Pflege-Stufe 2 | Pflege-Stufe 3 | Härtefall |
| Allgemeine Pflegeleistungen | 65 | 85 | 103 | 108 |
| Unterkunft | 6 | 6 | 6 | 6 |
| Verpflegung | 10 | 10 | 10 | 10 |
| Investitions-Kosten | 19 | 19 | 19 | 19 |
| Summe pro Tag | 100 | 120 | 138 | 143 |
| Summe pro Monat | 3.100 | 3.720 | 4.278 | 4.433 |
| 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?

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

| Pflegestufe | Monatsbetrag in € |
|-------------|-------------------|
| 1 | 1.064 |
| 2 | 1.330 |
| 3 | 1.612 |
| Härtefall | 1.995 |

Die Pflegekasse zahlt auch einen Zuschlag für zusätzliche Betreuung und Aktivierung, wenn das für Sie als pflegebedürftige Person notwendig ist. Sie werden damit nicht belastet. 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 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 Gesamtkosten für alle Leistungen des Pflegeheims. Davon wird abgezogen, was die Pflegekasse übernimmt. In der Tabelle sehen Sie, wie hoch Ihr Eigenanteil (siehe Abschnitt 3 oben) wäre.

Beispiel für die Aufteilung der Pflegeheim-Kosten für 31 Tage (in €)

| Pflegestufe | Gesamt-Kosten im Monat | Soviel zahlt die Pflegekasse | Soviel müssten Sie zahlen |
|-------------|------------------------|------------------------------|---------------------------|
| 1 | 3.100 | 1.064 | 2.036 |
| 2 | 3.720 | 1.330 | 2.390 |
| 3 | 4.278 | 1.612 | 2.666 |
| Härtefall | 4.433 | 1.995 | 2.438 |

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

Es kann sein, dass Sie mit der Zeit allmählich immer mehr Hilfe und Unterstützung brauchen und bekommen – wie bei einer höheren Pflegeklasse. Dadurch wird Ihre Pflege für das Heim teurer. Das Pflegeheim wird Sie schriftlich auffordern, überprüfen zu lassen,

ob Sie in eine **höhere Pflegestufe** gehören. Wenn Sie höher eingestuft werden, ändert sich Ihr Vertrag mit dem Pflegeheim. Sie müssen vielleicht mehr bezahlen. Sehen Sie in unser Beispiel: Dort steigt Ihr Eigenanteil um 276 € im Monat beim Wechsel von Pflegestufe 2 nach 3.

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. Vielleicht stellt sich später aber heraus, dass Sie nicht in eine höhere Pflegestufe gehören. Dann muss das Pflegeheim Ihnen mit Zinsen zurückgeben, was Sie mehr bezahlt haben.

d) Was bezahlt das Sozialamt?

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 etwas über 700.000 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 schickt Ihnen 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?

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. Ihre Krankenkasse bezahlt eine medizinisch notwendige

Sondenernährung. Das Pflegeheim darf in diesem Fall nichts für Ihre Verpflegung berechnen.

Für Zuzahlungen und Eigenbeteiligungen gelten auch dieselben Regeln. 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 7,98 € (ab 1.1.2015) von Ihrem Taschengeld abgezogen. Sind Sie chronisch krank, wird nur die Hälfte abgezogen, also 3,99 € (ab 1.1.2015). Dann brauchen Sie im ganzen Jahr nichts weiter zuzuzahlen.

5. Wie wird das Pflegeheim bezahlt?

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 sie 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?

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), und durch den Staat – dies macht die Heimaufsicht.

a) So prüft der MDK

Jedes Pflegeheim wird **jedes Jahr** durch den MDK geprüft. Die MitarbeiterInnen des MDK können 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. Zum anderen soll der MDK überprüfen, ob die MitarbeiterInnen so ausgebildet sind, wie es im Gesetz steht.

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 finden sie 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.

Die Prüfung besteht aus vier Blöcken:

- Wie werden die BewohnerInnen gepflegt und medizinisch versorgt?
- Wie geht das Heim mit demenzkranken BewohnerInnen um?
- Wie ist der Umgang „von Mensch zu Mensch“ und welche Angebote gibt es über den Tag?
- Wie steht es um das Wohnen, das Essen und Trinken, die Sauberkeit im Haus und in der Pflege, wie gut arbeiten die Küche und die Wäscherei?

In jedem Block äußert sich der MDK zu 10 bis 35 Fragen. Dabei gibt er Noten von 1 (sehr gut) bis 5 (mangelhaft). Jeder Block erhält einen Mittelwert und daraus gibt es eine **Gesamtnote für das Pflegeheim**. Daneben gibt es eine mittlere Gesamtnote für alle Pflegeheime in Ihrem Bundesland. So können Sie sehen, ob Ihr Pflegeheim über oder unter dem Durchschnitt liegt. Sehen Sie sich unbedingt die einzelnen Punkte an, die Ihnen persönlich wichtig sind, zum Beispiel die Pflege-Leistungen selbst – die Gesamtnote sagt Ihnen darüber nichts.

b) So prüft die Heimaufsicht

Eine **Heimaufsicht** gibt es **in jedem Bundesland**. Auch 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 oder einer anderen Firma

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. Wenn Sie nur Hilfe für den Haushalt brauchen, können Sie auch zum Beispiel einen Vertrag mit einer Reinigungs-Firma schließen.

Der Pflegedienst bekommt sein Geld zum Teil direkt von der Pflegekasse (Pflege-Sachleistungen, siehe Kapitel 4 Abschnitt 2). Über den Rest schickt er Ihnen jeden Monat eine Rechnung.

Auch Firmen in anderen Ländern – etwa in Polen – vermitteln angestellte Hilfskräfte oder Pflegekräfte nach Deutschland. Bevor Sie einen Vertrag mit einer solchen Firma unterschreiben, 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 Hefel-

rin sollte Ihnen unbedingt eine Rechnung schreiben. Sie prüfen, ob sie ihr Gewerbe angemeldet hat.

ACHTUNG: Für die Bezahlung nicht von der Kasse zugelassener Pflegekräfte können Sie nur auf das niedrigere Pflegegeld zurückgreifen (siehe Kapitel 4 Abschnitt 1).

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 mit einem solchen Vertrag mit der Pflegekasse!

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 heißt zum Beispiel, dass Sie den Mindestlohn von 8,50 € je Stunde zahlen müssen. Das gilt **genauso bei einem Minijob**. Im Arbeitsvertrag 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 14,54 % (2015). Ihrer HelferIn müssen Sie 13,7 % vom Lohn für die Rentenversicherung abziehen und an die Minijob-Zentrale abführen. Dem kann Ihre HelferIn schrift-

lich 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.

Anders ist es, wenn die Pflegerin nachgewiesen als Selbstständige bei Ihnen arbeitet, siehe oben.

BERATUNG: Die Lohn-Abrechnung können Sie selbst machen oder abgeben – etwa an Ihr Steuerberatungsbüro. Adressen zur Lohn-Abrechnung finden Sie im Telefonbuch oder im Internet.

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.

c) Entschädigung für ehrenamtliche Hilfe

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

- Die Hilfskraft macht diese Arbeit nicht beruflich.
- Eine gemeinnützige Organisation hat Ihnen die Hilfskraft vermittelt – etwa ein Wohlfahrts-Verband – 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. Dann bezahlt die Unfallkasse die Behandlung, falls Ihre HelferIn in Ihrem Haushalt einen Unfall hat. 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 → Berufsgenossenschaften/Unfallkassen/Landesverbände → Unfallkassen → Bundesland auswählen

2. Wenn ich im Pflegeheim wohne

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

- Welche **Leistungen** erhalte ich in den Bereichen Wohnen, Verpflegung, Pflege, Betreuung tagsüber und Zusatz-Leistungen (siehe Kapitel 7 Abschnitt 3)? Die Leistungen sollen **genau beschrieben** werden.
- Was kostet das Heim? Hier steht, was mit Ihnen besprochen wurde: die Preise für die allgemeine Pflege, das Wohnen, die Verpflegung, die Investitions-Kosten sowie für die Zusatz-Leistungen.
- 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? Wann und wohin muss ich das Geld überweisen? 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?

Sie bekommen sehr wahrscheinlich eine Heimordnung und erfahren etwas über den Heimbeirat (siehe Kapitel 7 Abschnitt 6).

Kapitel 9: Bekomme ich Pflegeleistungen auch im Ausland?

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, 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

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 anders schicken – mit einer **Vollmacht** von Ihnen.

ACHTUNG: 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.

Sobald die Pflegekasse Ihren Antrag erhält, muss Sie Ihnen einen Beratungstermin anbieten oder Ihnen einen Gutschein 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** schreiben. 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 – durch Ihre Unterschrift. Ärztliche Stellungnahmen sollen vom MDK berücksichtigt werden.

Ein sogenanntes **Pflegedagebuch** kann auch bei der Einschätzung helfen. Darin schreiben Sie oder Ihre Angehörigen vor dem Besuch über mehrere Tage auf, was Sie an Hilfe brauchen und wie viel Zeit dafür nötig ist.

Der MDK soll der Pflegekasse auch mitteilen, ob zusätzliche Ansprüche aufgrund einer „eingeschränkten Alltagskompetenz“, etwa wegen einer Demenz, bestehen und ob eine medizinische Behandlung Ihnen helfen könnte – zum Beispiel eine Reha-Maßnahme. Wenn Sie von der Pflegekasse nichts darüber erfahren oder mit dem Ergebnis des Gutachtens unzufrieden sind, bitten Sie um eine Kopie des MDK-Gutachtens. So können Sie mit Ihrem Arzt beraten, wie Sie mit den Vorschlägen des MDK umgehen.

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 und wie viel Pflege er braucht. Der MDK soll etwa einmal im Jahr zur Überprüfung kommen – im Auftrag der Pflegekasse.

Die private Pflege-Versicherung hat dafür eine andere Organisation: Medicproof.

Nach dem Gutachten des MDK entscheidet die Pflegekasse, ob Sie pflegebedürftig sind und Hilfe brauchen. 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 – für das Gutachten.
- 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 auf diese Weise 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 vielleicht dafür bezahlen. Eine Kopie des Pflege-Gutachtens kostet bei den meisten Pflegekassen nichts.

c) Der Bescheid der Pflegekasse

Spätestens **fünf Wochen nach Ihrem Antrag** muss die Pflegekasse Ihnen einen **Bescheid** schicken. Das geht schneller, wenn Sie gerade aus dem Krankenhaus kommen und sofort Pflege brauchen. Dann ist vielleicht eine Kurzzeitpflege besser (siehe Kapitel 4 Abschnitt 6). Wenn die Pflegekasse die fünf-Wochen-Frist nicht einhält, muss sie Ihnen für jede angefangene Woche der Fristüberschreitung 70 € zahlen. Das gilt allerdings nicht, wenn die Fristüberschreitung dadurch ausgelöst wurde, dass Sie einen Begutachtungstermin nicht wahrgenommen haben. Dies gilt auch nicht, wenn Sie in einem Pflegeheim leben und bereits die Pflegestufe 1 haben.

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

- Ihre Pflegestufe (siehe Kapitel 3 Abschnitt 3),
- ob Sie Leistungsansprüche aufgrund einer eingeschränkten Alltagskompetenz haben
- **welche** Leistungen Sie bekommen und
- **wie lange** Sie diese Leistungen bekommen.

Zusätzlich erhalten Sie in Kopie das Gutachten des MDK über Ihre Pflegebedürftigkeit – wenn Sie die Zusendung vorher beim Gutachter oder bei der Kasse beantragt haben. Die Pflegekasse prüft in jedem Fall, ob Rehabilitationsleistungen sinnvoll sind und gibt Ihnen dazu eine Empfehlung. Diese werden aber nur gewährt, wenn Ihr Arzt eine entsprechende Verordnung ausstellt und sie von der Krankenkasse bzw. dem Rentenversicherungsträger genehmigt wird.

Wenn Sie mit dem Bescheid nicht einverstanden sind, können Sie sich dagegen wehren. Wie das geht, steht auch im Bescheid – in der **Rechtsbehelfs-Behlehung**.

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 Pfl-

gekasse 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 (zu den Kosten siehe unten Abschnitt d).

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

Vielleicht finden Sie die Pflegestufe falsch, die Sie bekommen haben. Oder die Pflegekasse hält Sie nicht für pflegebedürftig. 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-Behlehung 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 weiterhin gültig. Das heißt, Sie bekommen weiterhin weniger Leistungen, bis über den Widerspruch entschieden ist.*

Die Pflegekasse kann allerdings beschließen, dass Sie doch wieder so viel bekommen wie vor dem letzten Bescheid. Außerdem können Sie 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 und Sie sollten die Klage begründen.

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
- wenn Sie Aussicht haben, Ihre Klage zu gewinnen.

Wenn die Prozesskosten-Hilfe abgelehnt wird, können Sie sich dagegen wehren und beim Gericht Beschwerde einlegen.

Wenn Sie vor dem Sozialgericht nicht Recht bekommen, können Sie **Berufung an das Landes-Sozialgericht** einlegen. Das geht allerdings nur, wenn nach dem Urteil des Sozialgerichts eine Berufung möglich ist. Sonst müssen Sie zunächst eine sogenannte Nichtzulassungs-Beschwerde einreichen. Grundsätzlich können Sie sich auch gegen das Urteil des Landes-Sozialgerichts wehren. Sie können **Revision beim Bundes-Sozialgericht** 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. In diesem Fall müssen Sie vorher keinen Widerspruch einlegen. 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. Als Erstes sollten Sie 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.

ACHTUNG: 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 eine höhere Pflegestufe?

Es geht Ihnen gesundheitlich schlechter und Sie brauchen **sehr viel mehr Unterstützung und Pflege?**

Sie können jederzeit bei Ihrer Pflegekasse einen **Antrag auf eine höhere Pflegestufe** 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, 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. Er soll für die Pflegekasse prüfen, was Ihnen die Behandlung oder Reha-Maßnahme gebracht hat. Wenn er feststellt, dass es Ihnen deutlich besser geht, kann die Pflegekasse Ihnen eine **niedrigere Pflegestufe** geben. Vorher spricht die Pflegekasse Sie an – sie will wissen, was Sie selbst zu Ihrem Zustand sagen. Danach bekommen Sie einen **neuen Bescheid** über die neue Pflegestufe.

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 eine niedrigere Pflegestufe bekommen: Wenn der MDK-Gutachter bei seinem zweiten Besuch feststellt, dass Sie schon im ersten Gutachten **zu hoch eingestuft** wurden. Bei Ihnen hat sich vielleicht gar nichts verändert und Sie brauchen weiterhin gleich viel Pflege. Dennoch, 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

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 in Ihrem Bezirk.

TIPP: Sie bekommen bereits Geld vom Sozialamt? Und Ihr Einkommen sinkt oder die Miete ist gestiegen? Stellen Sie einen **Änderungsantrag beim Sozialamt**. Dann werden die Leistungen angepasst. Umgekehrt müssen Sie dem Sozialamt mitteilen, wenn Sie zum Beispiel mehr Geld haben, etwa weil sich die Rente erhöht hat. Sie müssen das Sozialamt auch informieren, wenn sich etwas anderes Wichtiges für Sie verändert hat – etwa wenn Ihr Lebenspartner gestorben ist.

Was das Sozialamt bewilligt hat, darf es in bestimmten Fällen zurückfordern – vor allem von unterhaltspflichtigen Personen und nach dem Tod von den Erben. Das Sozialamt kann höchstens zurückfordern, was es dem Verstorbenen in den letzten 10 Jahren an Leistungen bezahlt hat. Außerdem kann es 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: Wenn ein behinderter Mensch pflegebedürftig wird

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.

Behinderte Menschen haben die **gleichen Rechte** und den **gleichen Anspruch auf Hilfe und Unterstützung** wie nicht behinderte Menschen. Dafür ist es egal, wo sie gepflegt werden – zu Hause oder in einem Pflegeheim. Alles was in den übrigen Kapiteln steht, gilt also auch für behinderte Menschen.

Menschen, die pflegebedürftig und behindert sind, haben Anspruch auf

- Leistungen der Gesetzlichen Pflege-Versicherung nach dem SGB 11 und
- **Eingliederungs-Hilfe** für behinderte Menschen nach dem SGB 12.

Die Eingliederungs-Hilfe soll ihnen helfen, möglichst selbstständig und 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.

Von den Bewohnern in einem Wohnheim für behinderte Menschen haben die meisten nicht genug Geld, um das Wohnheim zu bezahlen. Sie bekommen regelmäßig Leistungen vom Sozialamt (Eingliederungs-Hilfe für behinderte Menschen nach dem SGB 12). Dafür gibt es einen Vertrag zwischen dem Sozialamt und dem Wohnheim. Darin steht,

- was das Wohnheim für die Bewohner leistet und
- was das Wohnheim dafür vom Sozialamt bekommt.

Wenn das Wohnheim auch Pflege-Leistungen anbietet, wird das auch in diesem Vertrag geregelt.

In Wohnheimen für behinderte Menschen leben auch pflegebedürftige Bewohner. Für deren Pflegekosten 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 3). Dabei gelten beim Einsatz eines ambulanten-Pflegedienstes die gleichen Höchstgrenzen.

Pflegegeld oder Pflegedienst für die Wochenenden zu Hause

Beispiel: Ein behinderter Bewohner mit Pflegestufe 1 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:

| | |
|--------------------------------|--|
| <i>Pflegegeld bei</i> | <i>244 € im Monat</i> |
| <i>Pflegestufe 1:</i> | <i>(30 Tage)</i> |
| <i>Pflegedienst bei</i> | <i>468 € im Monat</i> |
| <i>Pflegestufe 1:</i> | <i>(30 Tage)</i> |
| <i>4 Wochenenden</i> | <i>4 × 3 Tage = 12 Tage</i> |
| <i>zu Hause:</i> | <i>(der Tag der An- und Abreise zählt mit)</i> |
| <i>Pflegegeld für 12 Tage:</i> | <i>244 : 30 × 12 = 98 €</i> |

Die Pflegekasse bezahlt in diesem Fall bis zu 266 € an das Wohnheim. Außerdem werden 98 € Pflegegeld für die Wochenenden zu Hause gezahlt.

Anders als beim Pflegegeld zahlt die Pflegekasse insgesamt höchstens einen Betrag von 468 €, wenn der behinderte Mensch bei seinen Besuchen zu Hause von einem Profi-Pflegedienst gepflegt wird. In diesem Fall müsste die Pflegekasse bis zu 266 € an das Wohnheim bezahlen. Der Unterschiedsbetrag in Höhe von mindestens 202 € (468 € – 266 €) steht für den Pflegedienst zu Hause zur Verfügung.

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

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

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

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 Pflagegeld gezahlt werden, in der Pflegestufe 3 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 bezahlen.

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

ACHTUNG: 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. Auf folgende Punkte sollten Sie achten:

- Ab wann gelten Sie als pflegebedürftig und können Leistungen bekommen?
 - Ab Pflegestufe 1 – wie in der Pflege-Versicherung?
 - Oder erst ab Pflegestufe 2?
 - Oder nur wenn Sie durch einen Unfall auf Hilfe angewiesen sind?
- Gibt es eine Wartezeit?
- Bekommen Sie gleichwertige Leistungen, auch wenn das Geld weniger wert ist (Inflations-Ausgleich)?
- Wie sehen die Leistungen aus? Zahlt die Versicherung einen festen Betrag – zum Beispiel Pflegegeld? Oder zahlt sie nur einen Zuschuss zu bestimmten Pflegeleistungen (Pflegekosten-Versicherung)?
- Zahlt die Versicherung nur bei häuslicher Pflege oder nur für das Pflegeheim?

BERATUNG: Wie viel Versicherungsbeitrag wollen und können Sie sich leisten? Vergleichen Sie unbedingt die Leistungen und die Beiträge.

Wie möchten Sie am liebsten versorgt werden, wenn Sie pflegebedürftig werden? Sie können nicht vorhersehen, wie es später sein wird. Wählen Sie daher eine Versicherung, bei der Sie **möglichst viel selbst entscheiden** können, wenn Sie tatsächlich einmal pflegebedürftig sind. Schauen Sie nach bei der Stiftung Warentest und lassen Sie sich von einer Verbraucherzentrale beraten.

Unter Umständen können die Versicherungsbeiträge von der Steuer abgesetzt werden. Klären Sie das mit Ihrem Steuerberater.

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

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.
- **Pflege und Betreuung**, wenn Sie eine Pflegerin angestellt haben – etwa eine Pflegekraft aus Osteuropa. Auch für gleichartige Kosten 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 bis zu 8.354 € im Jahr.

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.

ACHTUNG: 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 Minijob-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 Pflegestufe 3 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 ausgeben, 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 können Ihre Angehörigen als **außergewöhnliche Belas-**

tungen beim Finanzamt angeben. Der Höchstbetrag liegt bei 8.354 € 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.

Unterhalts-Zahlungen als außergewöhnliche Belastungen – so wird gerechnet

Beispiel: 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 | | 8.354 € |
| 4 | Davon wird abgezogen: Ihr eigener Beitrag zu Ihrem Unterhalt (Punkt 2) | 8.354 € – 5.376 € | = 2.978 € |

Dieser Betrag wird für Ihren Sohn oder Ihre Tochter als außergewöhnliche Belastung vom Finanzamt bei der Steuerberechnung wirksam: **2.978 €**. 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 Wohlfahrts-Verbänden, Sozialstationen und Pflegediensten, im Pflegeheim, bei Ihrer Gemeinde-Verwaltung oder Kirchengemeinde, bei unabhängigen Stellen und Selbsthilfegruppen. 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.

1. Hier bekommen Sie eine persönliche Beratung:

- 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, wo 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. Dies gehört nach dem Gesetz zu einer Pflegeberatung:

- 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 in Ihrem 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.

- 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.

ACHTUNG: 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 Wohlfahrts-Verbände: den Paritätischen, die Arbeiter-Wohlfahrt, das Deutsche Rote Kreuz, die Diakonie oder die Caritas.
- 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 Mitarbeiter 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 demente Menschen beraten.
- g) Bei der **Unabhängigen Patientenberatung**: Tel. 0800 – 011 77 22, mobil: 0177 178 5152, www.patientenberatung.de.
 Bei Fragen zu einem Vertrag wenden Sie sich an eine Verbraucherzentrale: www.verbraucherzentrale.de. Sie finden sie auch 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 diesen Seiten der AOK, des Verbandes der Ersatzkassen (vdek) und der Betriebs-Krankenkassen (BKK) finden Sie alle zugelassene Pflegedienste und

Pflegeheime: www.aok-gesundheitsnavi.de, www.pflegelotse.de, www.bkk-pflegefinder.de

Hier finden Sie 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. Er vergibt Noten, wie bei den Pflegeheimen (mehr dazu in Kapitel 7 Abschnitt 7)

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)

3. Informationen durch ein persönliches Gespräch, Probewohnen

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 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 Pflegevertrag und was steht in diesem Vertrag?
- Welche konkreten Angebote umfassen die Betreuungs- und Entlastungsleistungen? Zu welchen Preisen?
- 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?
- Vergleichen Sie insbesondere die „Privatleistungen“, die je nach Pflegedienst unterschiedlich angeboten werden, die aber ebenfalls von der Pflegekasse erstattet werden können – die Pflegedienste sind hier in der Angebots- und in der Preisgestaltung nicht an Vorgaben gebunden.
- Ist der Pflegedienst bereit, Betreuungs- und Entlastungsleistungen 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 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 Pflegerin 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, wenn ich eine höhere Pflegestufe brauche? 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?

Weitere Angebote des Pflegedienstes:

- Was für Gesundheits-Kurse werden angeboten – zur Vorbeugung und Rehabilitation?
- Gibt es ein Informationsblatt mit einer Preistabelle über die Zusatzleistungen?
- Mit wem und welchen Einrichtungen arbeitet der Pflegedienst zusammen? Wie werde ich dazu beraten? Werde ich dazu gedrängt, nur dort Zusatz-Leistungen zu bestellen?

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?
- 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?
- Was kostet das Pflegeheim in den einzelnen Pflegestufen?
- 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?

ACHTUNG: 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) Tel. 0228 – 713 1313.

Sie vermittelt Haushaltshilfen aus Bulgarien, Polen, Rumänien, Slowakei, Slowenien, Tschechien und Ungarn. Von der ZAV gibt es ein Merkblatt: „Vermittlung von europäischen Haushaltshilfen“. Sie bekommen es bei Ihrer Agentur für Arbeit und finden es auch im Internet:

www.arbeitsagentur.de → Bürgerinnen und Bürger → Arbeit und Beruf → Vermittlung → Haushaltshilfen.

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

Bundesgesetze:

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 (WBG) – 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:

- Begutachtungs-Richtlinien: Wie soll der MDK arbeiten?
- Pflegebedürftigkeits-Richtlinien: Bekomme ich eine Pflegestufe und welche?
- Härtefall-Richtlinien: Wann gelte ich als Härtefall, was steht mir dann zu?
- Richtlinie zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz: Wer braucht vermehrt Aufsicht und Betreuung?

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 50
Alltag regeln 13
Alltagskompetenz – eingeschränkte 14, 22, 27, 28
Alzheimer-Krankheit 11
ambulante Pflegeleistungen 30
Angehörige 19
Antrag 49
Antrag – auf eine höhere Pflegestufe 52
Anwaltskosten 51
Arbeitgeber 46
Arbeitsrecht 46
Arbeitsvertrag 47
Ausland 48
- B**
Beamte 35
Begleitdienste 6
Behinderte Menschen und Pflege 53
Beihilfe für Beamte 35
Beratungsgespräch - Checkliste 60
Bescheid der Pflegekasse 50
Besuch der Familie zu Hause 41, 53
Betreuer 12, 13
Betreutes Wohnen 17
Betreuungsdienste 26
Betreuungskräfte aus Osteuropa 13
Betreuungs- und Entlastungsleistungen 26
Betreuungs- und Entlastungsleistungen –
Jahresbudget 27
Bundes-Sozialgericht 51
- C**
Chronische Erkrankungen 7
- D**
Darlehen während der Pflegezeit 32
Demenz 11, 22
- E**
ehrenamtliche Hilfe 47
eingeschränkte Alltagskompetenz 14, 22, 27, 28
Eingliederungs-Hilfe 53
Einkommen in der Sozialhilfe 38
Einkommengrenze in der Sozialhilfe 39
einstweilige Anordnung 51
Entschädigung für ehrenamtliche Hilfe 47
Ersatzpflege 28
- F**
Familienpflegezeit 32
Freistellung von der Arbeit 32
- G**
Gerichtskosten 51
Gesetze 62
Gesundheits-Sport 6
Grundsicherung 37
- H**
Härtefall 22
Hausbesuch 24
Haushaltshilfe 12, 34, 39
häusliche Krankenpflege 34
häusliche Pflege 24
Haus-Notrufgerät 10
Heimaufsicht 45
Heimbeirat 44
Heimfürsprecher 44
Hilfe bei – der Körperpflege 8
Hilfe bei – der Mobilität 6
Hilfen beim – Einkaufen 5
Hilfen beim – Essen und Trinken 5
Hilfen beim – Kochen 5
Hilfen beim – Sehen und Hören 4
Hilfen beim – sich bewegen 5
Hilfen – im Haushalt 12
Hilfe zur Pflege 37
Hilfsmittel 11, 29, 35
Hilfsmittel – Pflegebetten 29
Höhere Pflegestufe 52
Hospiz 15, 35
- I**
Informationen 58
Informationen über das Internet 59
Inkontinenz 8
- K**
Kinder und Steuern 57
Klage vor dem Sozialgericht 51
Kombination von Leistungen 27
Krankenkasse 34
Krankenpflege zu Hause 34
Kündigungsschutz während der Familienpflegezeit 33
Kündigungsschutz während der Pflegezeit 32
Kurzzeit-Pflege 28
- L**
Landes-Sozialgericht 51
Leistungen vom Sozialamt 52
- M**
MDK 45, 49
Minijob 46
Mitwirkungs-Pflicht 49
- N**
Nachbarschaftshilfe 14
Nachtpflege 29
Notfall 18
Notrufgeräte 10
- P**
Palliativ-Versorgung 35
Patientenverfügung 15
Persönliche Beratung 58

- Pflegebedürftigkeit 20
 Pflegebedürftigkeit – Dauer 22
 Pflegeberater Ihrer Pflegekasse 58
 Pflegebetten 29
 Pflegegeld 24
 Pflegegeld – Ersatzpflege 25
 Pflegegeld – im Krankenhaus 24
 Pflegegeld – kein Einkommen 24
 Pflegegeld – Kurzzeitpflege 25
 Pflegegeld – Steuern 56
 Pflegeheim 40
 Pflegeheim – Abrechnung 42
 Pflegeheim – Abwesenheit 41
 Pflegeheim – Benotung 45
 Pflegeheim – Demenz 41
 Pflegeheim – höhere Pflegeklasse 43
 Pflegeheim – Informationen 59
 Pflegeheim – Investitionskosten 42
 Pflegeheim – Kontrolle 41, 45
 Pflegeheim – Kosten 41
 Pflegeheim – Krankenversicherung 44
 Pflegeheim – Leistungen der Pflegekasse 43
 Pflegeheim – Pflegeklassen 42
 Pflegeheim – Sozialamt 44
 Pflegeheim – Unterkunft und Verpflegung 42
 Pflegeheim – Vertrag 47
 Pflegeheim – Zusatzleistungen 42
 Pflegeleistungen im Ausland 48
 Pflegeleistungen - zusätzlich für Wohngruppen 18
 Pflegeperson 31
 Pflegeperson – Kurse 31
 Pflegeperson – Rentenversicherung 31
 Pflegeperson – Unfallversicherung 31
 Pflege rund um die Uhr zu Hause 62
 Pflege – Sachleistung 25
 Pflegestufe 21
 Pflege-Stützpunkt 58
 Pflegeunterstützungsgeld 32
 Pflegeversicherung – Leistungen 20
 Pflegeversicherung – Vorversicherung 20
 Pflege-Wohngeld 36
 Pflegezeit 32
 Pflegezeit – Kündigungsschutz 32
 Pflegezeit – Vorschuss des Arbeitgebers 33
 Pflege – zu Hause 24
 Pflege-Zusatzversicherung 54
 Platzgeld 41
 Private Pflege-Pflichtversicherung 54
 Private Zusatz-Pflegeversicherung 54
 Prozesskosten-Hilfe 51
- Q**
- Qualitäts-Bericht 45
- R**
- Rechtsbehelfs-Belehrung 50
- Rehabilitation 34
 Reisen 7
 Rentenversicherung für Pflegeperson 31
 Richtlinien 62
 Rundfunkbeitrag 36
- S**
- Sachleistung 25
 Schwerbehinderten-Ausweis 36
 Senioren-Wohnungen 17
 Sozialamt 37, 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 14
 Steuern und Pflege 56
 Stürze 5, 10
- T**
- Tagespflege 29
 Taschengeld im Pflegeheim 39
 technische Hilfsmittel 11
 Treppenlift 18
- U**
- Umbau der Wohnung 18
 Umzug 16
 Unfall im Haushalt 47
 Unfallkasse 47
 Unfallversicherung 35
 Unfallversicherung für Pflegeperson 31
 Unterhalt 37
 Urteile 62
- V**
- Veränderungen im Alter 9
 Vermögen in der Sozialhilfe 38
 Versicherung 12
 Vertrag im Pflegeheim 47
 Vertrag – mit Pflegedienst 46
 Vertrag – mit Pflegerin 46
 Vorsorge 34
 Vorsorge-Vollmacht 13
- W**
- Widerspruch 50
 Wohngeld 36
 Wohn-Gemeinschaften 17
 Wohngruppen, ambulant betreute 18
 Wohnheim für behinderte Menschen 53
 Wohnsitz im Alter 16
 Wohnung umbauen 29
- Z**
- Zuzahlung 29, 34, 44

Gezielt informieren und Bescheid wissen.

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

| | | |
|---|---------|-------------------|
| Palliativpflege durch Angehörige | € 4,90 | 978-3-406-66150-1 |
| Vorsorge für Unfall Krankheit Alter NEU | € 5,50 | 978-3-406-67602-4 |
| Vorsorge für den Erbfall NEU | € 5,50 | 978-3-406-67601-7 |
| Vorsorge für den Notfall (mit Vorsorgemappe) NEU + Vorsorge für Unfall Krankheit Alter + Vorsorge für den Erbfall | € 17,50 | 978-3-406-67838-7 |
| Die Vorsorgevollmacht | € 4,90 | 978-3-406-65699-6 |
| Meine Rechte als Betreuer und Betreuter | € 4,90 | 978-3-406-64954-7 |
| Der Patientenwille | € 4,90 | 978-3-406-65186-1 |
| Wir haben ein Kind – Wie fördert uns der Staat NEU | € 5,50 | 978-3-406-67214-9 |
| Meine Rechte als Patient | € 4,90 | 978-3-406-64820-5 |
| Pflege und Betreuung NEU | € 4,90 | 978-3-406-66319-2 |
| Pflegebedürftig – Was tun? ¹⁾ NEU | € 5,50 | 978-3-406-68056-4 |
| Das richtige Pflege- und Seniorenheim | € 4,40 | 978-3-406-61415-6 |
| Meine Rechte bei Schwerbehinderung | € 4,90 | 978-3-406-65426-8 |
| Was tun, wenn die Rente nicht reicht? | € 4,90 | 978-3-406-65636-1 |
| Wegweiser im Sterbefall | € 4,40 | 978-3-406-63238-9 |
| Arbeitslosengeld 2 NEU | € 5,50 | 978-3-406-67498-3 |
| Erfolgreich vermieten | € 4,90 | 978-3-406-65646-0 |
| Vereinsrecht | € 4,40 | 978-3-406-62077-5 |
| Der Bundesfreiwilligendienst (BFD) | € 4,90 | 978-3-406-65522-7 |

1) Erscheint im Frühjahr 2015



Verlag C.H.BECK oHG, Wilhelmstr. 9, 80801 München/Amtsgericht München HRB 48045 / Preise inkl. MwSt. / 159264

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 2015, 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

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 978-3-406-68056-4



9 783406 680564 € 5,50