



PFLEGE ZU HAUSE. WAS MUSS ICH WISSEN?

Alles, was Sie auf die Nächstenpflege vorbereitet.

SOZIALVERBAND

VdK

DEUTSCHLAND





Liebe VdK-Mitglieder, liebe Leserinnen und Leser,

80 Prozent der mehr als vier Millionen Pflegebedürftigen werden zu Hause von ihren Angehörigen oder Bekannten gepflegt. Diese Pflegepersonen übernehmen den größten Teil der pflegerischen Versorgung in Deutschland. Sie sind die tragende Säule in der Pflege und damit unverzichtbar. Für dieses Engagement möchten wir uns bedanken.

Viele der Pflegepersonen machen die Erfahrung, dass die Pflege anstrengend und herausfordernd sein kann, aber auch sinnstiftend. Sie erleben es oft als befriedigend, für einen nahestehenden Menschen da zu sein und ihn auf seinem Weg zu begleiten. Und die Pflegebedürftigen wissen es zu schätzen, dass sie in ihrer vertrauten Umgebung leben können. Dies hat auch die VdK-Pflegestudie gezeigt, an der sich 54.000 Menschen beteiligt haben.

Wenn Sie diese Broschüre in den Händen halten, gehören Sie vielleicht schon zur Gruppe der Pflegepersonen oder werden bereits zu Hause gepflegt. Vielleicht überlegen Sie aber auch, in absehbarer Zeit die Pflege eines Angehörigen oder eines Bekannten zu übernehmen. Dafür möchten wir Sie mit vielen nützlichen Informationen rund um das Thema Nächstenpflege unterstützen.

Es ist wichtig zu wissen, auf was Sie sich einstellen müssen, wenn Sie sich für die Pflege zu Hause entscheiden. Wir beantworten die wichtigsten Fragen zu den Leistungen der Pflegeversicherung und zu möglichen Unterstützungsangeboten.

Wenn Sie weitere Hilfe benötigen, ist der Sozialverband VdK für Sie da und berät Sie gern. Bereits über 2,2 Millionen Mitglieder vertrauen dem VdK.

Ihr Sozialverband VdK Deutschland

INHALT

PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT

<u>Erste Schritte</u>	5
<u>Begutachtung</u>	5
<u>Pflegegrade und Leistungsansprüche</u>	6
<u>Beratung und Information</u>	7

LEISTUNGEN UND UNTERSTÜTZUNGSANGEBOTE

<u>Pflegegeld</u>	8
<u>Pflegesachleistung</u>	8
<u>Kombination aus Pflegegeld und Pflegesachleistung</u>	9
<u>Entlastungsbetrag</u>	10
<u>Tagespflege</u>	10
<u>Kurzzeitpflege</u>	11
<u>Verhinderungspflege</u>	12
<u>Hilfe bei Demenz</u>	13
<u>Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel</u>	13
<u>Hausnotruf</u>	14
<u>Digitale Pflegeanwendungen</u>	14
<u>Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen</u>	15
<u>Hilfe zur Pflege</u>	16
<u>Mobilität, Beförderung und steuerliche Nachteilsausgleiche</u>	16
<u>Häusliche Krankenpflege</u>	17
<u>Versorgung am Lebensende</u>	18

VORSORGE

<u>Vorsorgevollmacht, Betreuung und Patientenverfügung</u>	19
<u>Erbe und Testament</u>	20

ANSPRÜCHE UND UNTERSTÜTZUNG DER PFLEGEPERSON

<u>Gesundheit der Pflegeperson</u>	21
<u>Pflegekurse und Selbsthilfegruppen</u>	22
<u>Entlastung und Schulungen bei der Pflege von demenzkranken Personen</u>	23
<u>Pflege und Beruf</u>	23
<u>Rente</u>	24
<u>Unfallversicherung</u>	25
<u>Kranken- und Pflegeversicherung</u>	26
<u>Arbeitslosenversicherung</u>	26
<u>Steuererleichterungen</u>	27

AUF EINEN BLICK

<u>Fahrplan für die ersten Schritte</u>	28
<u>Leistungen der Pflegeversicherung</u>	29

<u>Impressum</u>	31
------------------	----

PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT

Erste Schritte

Manchmal kündigt sich die Pflegebedürftigkeit lange an, manchmal tritt sie aber auch ganz plötzlich auf. Dann braucht ein Familienmitglied oder jemand aus dem Bekanntenkreis nicht nur gelegentlich Hilfe, sondern dauerhafte Pflege. Gerade für Angehörige ist es häufig selbstverständlich, dass sie die Pflege zu Hause übernehmen. Das entspricht auch den Wünschen der meisten Pflegebedürftigen. Wer pflegen möchte, sollte sich mit der oder dem Pflegebedürftigen über die jeweiligen Vorstellungen austauschen. Dabei helfen folgende Fragen:

- Wo lässt sich die Pflege am besten organisieren, bei der Pflegeperson oder der pflegebedürftigen Person zu Hause?
- Kann der oder die Pflegebedürftige über mehrere Stunden allein bleiben oder ist eine 24-Stunden-Pflege notwendig?
- Wird die Pflege vorübergehend oder dauerhaft nötig sein?
- Ist die Pflegeperson körperlich und seelisch in der Lage, die Pflege zu übernehmen?
- Wer kann zusätzlich unterstützen oder gegebenenfalls einspringen (Familie, Bekannte oder ein Pflegedienst)?
- Wie stark ist die Pflegeperson durch den Beruf oder eigene Kinder eingebunden?
- Wie ist die finanzielle Situation der Pflegeperson beziehungsweise der oder des Pflegebedürftigen?

Wer sich dazu entscheidet, die Pflege eines Angehörigen oder Bekannten zu übernehmen, sollte vorab im Familienkreis und mit allen Betroffenen sprechen. Dies sollte so früh wie möglich geschehen, am besten schon vor Beginn der Pflegebedürftigkeit. Es ist wichtig, dass alle diese Entscheidung gemeinsam treffen.



ACHTUNG

Alle, die eine pflegebedürftige Person versorgen, können Pflegeperson sein. Leistungen zur sozialen Absicherung erhalten diese aber nur dann, wenn sie als anerkannte Pflegeperson eines Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 bei der Pflegekasse gemeldet sind (mehr zur sozialen Absicherung ab Seite 24). Um als Pflegeperson anerkannt zu werden, müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Die Pflegeperson darf die Pflege nicht erwerbsmäßig ausüben.
- Die Pflege muss in der häuslichen Umgebung erfolgen.
- Die Pflegeperson pflegt eine oder mehrere pflegebedürftige Personen wenigstens zehn Stunden wöchentlich. Diese Zeit muss auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche verteilt sein.

Begutachtung

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

Ist der Antrag gestellt, muss für die Begutachtung ein Termin vereinbart werden. Bei gesetzlich Versicherten meldet sich dazu eine Gutachterin oder ein Gutachter des Medizinischen Dienstes (MD). Privat Versicherte werden durch eine Gutachterin oder einen Gutachter von Medicproof kontaktiert.

Bei Pflegepersonen, die die Pflege von Angehörigen oder Bekannten übernehmen möchten und die in ihrem Betrieb bereits eine Freistellung zur Pflege (mehr dazu S. 23 „Pflegezeit“) vereinbart haben, muss

dieser Besuchstermin zeitnah erfolgen. Das gilt auch, wenn die oder der Betroffene im Sterben liegt. Hier ist es wichtig, dass dies der Pflegekasse schon bei der Antragstellung mitgeteilt wird.

Zum Termin kommt die Gutachterin oder der Gutachter zu der oder dem Pflegebedürftigen nach Hause. Bei der Begutachtung sollte auch die Person, die pflegt, oder eine andere Vertrauensperson anwesend sein. Hier können auch schon die Personen benannt werden, die bei der Pflegekasse als anerkannte Pflegeperson gemeldet werden sollen. Wichtige Dokumente, wie etwa ein Pflegetagebuch, Medikamentenlisten und aktuelle Arztberichte, sollten bereitgehalten werden. Im Gespräch mit der Gutachterin oder dem Gutachter sollten Pflegebedürftige die Pflegesituation nicht verharmlosen, aber auch nicht übertreiben.

Inzwischen ist es auch möglich, die Begutachtung telefonisch durchzuführen. Hier ist jedoch der Wunsch der Pflegebedürftigen ausschlaggebend: Sie können darüber entscheiden, ob sie die persönliche Begutachtung in ihrem Zuhause oder in einem strukturierten telefonischen Interview vorziehen. Über dieses Wahlrecht muss der MD die Pflegebedürftigen schon bei der Terminabsprache informieren und diese Entscheidung dokumentieren.

ACHTUNG

Eine telefonische Begutachtung ist in bestimmten Fällen grundsätzlich ausgeschlossen, zum Beispiel bei Erstbegutachtungen, in Widerspruchsverfahren sowie bei Kindern.

Die Gutachterin oder der Gutachter ermittelt den Bedarf an Pflege, Rehabilitation und Hilfsmitteln. Die Empfehlungen werden an die Pflegekasse weitergeleitet, die auf dieser Grundlage einen Pflegegrad ermittelt. Der Pflegegrad zeigt an, in welchem Maße die oder der Pflegebedürftige in der Selbstständigkeit eingeschränkt ist beziehungsweise wie hoch gegebenenfalls der Hilfebedarf ist. Die Pflegekasse teilt in einem schriftlichen Bescheid das Ergebnis mit. Liegt das ausführliche Gutachten nicht bei, sollte es angefordert werden. Ist die oder der Pflegebedürftige oder dessen gesetzliche Vertretung nicht mit dem Ergebnis einverstanden, kann innerhalb eines Monats nach Eingang

der Mitteilung des Pflegegrades schriftlich dagegen Widerspruch eingelegt werden.

Der Sozialverband VdK hilft

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

Pflegegrade und Leistungsansprüche

Insgesamt gibt es fünf Pflegegrade. Diese geben Auskunft über die Fähigkeiten und den Grad der Selbstständigkeit, also darüber, welchen Bedarf an Hilfe die oder der Pflegebedürftige bei bestimmten Tätigkeiten hat. Je geringer die Selbstständigkeit, desto höher ist der Hilfebedarf und der Pflegegrad. Der Pflegegrad entscheidet darüber, welche Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung der oder dem Pflegebedürftigen zustehen und wie hoch diese ausfallen.

Manche der Leistungen steigen, je höher der Pflegegrad ist. Andere Leistungen werden als Pauschale gezahlt und sind über alle Pflegegrade hinweg gleich. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick darüber, welche Leistungen in den Pflegegraden in Anspruch genommen werden können. Diese Leistungen werden in den nachfolgenden Kapiteln ausführlicher erklärt.

ACHTUNG

Durch die Pflegereform im Jahr 2023 werden zum 1. Januar 2025 alle Pflegeleistungen um 4,5 Prozent erhöht. Ab dem Jahr 2028 wird eine weitere Anpassung vorgenommen. Diese soll abhängig von der Inflationsrate sein.

LEISTUNGEN	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2 bis 5
Pflegegeld		X
Pflegesachleistung		X
Kombinationsleistung		X
Entlastungsbetrag	X	X
Tages- und Nachtpflege		X
Kurzzeitpflege		X
Verhinderungspflege		X
Pflegehilfsmittel zum Verbrauch	X	X
Hausnotruf	X	X
Wohnraumanpassung	X	X
Digitale Pflegeanwendungen	X	X

Beratung und Information

Ist der Antrag auf Pflegebedürftigkeit bei der Pflegekasse gestellt, haben Pflegepersonen einen Anspruch auf eine kostenfreie und vertrauliche Pflegeberatung durch qualifizierte Pflegeberaterinnen oder -berater. Dafür können sich Pflegepersonen an die Pflegestützpunkte oder an die Fach- und Beratungsstellen, etwa der Kommunen, wenden. Privat Versicherten hilft die Compass private Pflegeberatung GmbH weiter.

Zusätzlich erhalten Pflegepersonen meist innerhalb von zwei Wochen nach dem Antrag einen Vorschlag der Pflegekasse, wo sie eine kostenfreie Pflegeberatung der zuständigen Pflegekasse abrufen oder einen Gutschein für eine frei gewählte Beratungsstelle einlösen können. Sofern gewünscht, kommen die Beraterinnen und Berater auch in das Zuhause der oder des Pflegebedürftigen. Diese Art der Beratung erhalten Betroffene auch immer dann, wenn weitere Pflegeleistungen beantragt werden.

Zu Beginn dieser Beratung sollten Pflegepersonen einen individuellen Versorgungsplan verlangen. Darin werden alle passenden und notwendigen Hilfen festgehalten, etwa zur Gesundheitsförderung, Rehabilitation, Pflege oder sozialen Absicherung. Hier werden Maßnahmen, Zuständigkeiten und auch Finanzierungsmöglichkeiten aufgeführt. Die Pflegeberaterin oder der -berater aus dem Erstkontakt sollte nach Möglichkeit Ansprechperson bleiben. Diese kann

dabei begleiten, wenn Maßnahmen umgesetzt werden, und helfen, weitere Fragen zu klären.

Auf der Webseite der Stiftung Zentrum für Qualität in der Pflege (www.zqp.de/beratung-pflege) finden Pflegepersonen eine Beratungsstelle in der Nähe. Sie können sich auch an eine VdK-Geschäftsstelle vor Ort wenden – in manchen Regionen ist der VdK in der Pflegeberatung aktiv. Informationen zu den regionalen Anbietern für Pflege, Hauswirtschaft und Betreuung sind über die Pflegeberatung erhältlich: Die Beraterin oder der Berater verfügen über Leistungs- und Preisvergleichslisten dieser Anbieter.



ACHTUNG

Werden Pflegebedürftige ausschließlich durch Angehörige gepflegt, erhalten sie regelmäßig einen Beratungsbesuch. In Pflegegrad 2 und 3 halbjährlich, in Pflegegrad 4 und 5 einmal im Vierteljahr. Damit soll auch geprüft werden, ob die Pflegepersonen ausreichend Unterstützung erhalten und ob die Pflege sichergestellt ist. Diese Beratungsbesuche werden zumeist von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ambulanter Pflegedienste durchgeführt.

LEISTUNGEN UND UNTERSTÜTZUNGSANGEBOTE

Pflegegeld

Werden Pflegebedürftige zu Hause gepflegt, steht ihnen auf Antrag Pflegegeld zu. Dieses überweist die Pflegekasse monatlich. Über den Betrag können Pflegebedürftige frei verfügen und selbst bestimmen, wie sie ihn verwenden möchten. Sie können die Pflegegeldleistung an ihre Pflegeperson weitergeben, sind dazu aber nicht verpflichtet. Sie können es auch für sich selbst verwenden und sich damit Hilfen „einkaufen“. Zudem kann es anteilig bei Zuhilfenahme eines Pflegedienstes als Kombinationsleistung genutzt werden (mehr dazu auf S. 9).

Ein Anspruch auf Pflegegeld besteht ab Pflegegrad 2 in folgender Höhe:

Pflegegeld (pro Monat)	
Pflegegrad 1	--
Pflegegrad 2	332 €
Pflegegrad 3	573 €
Pflegegrad 4	765 €
Pflegegrad 5	947 €



ACHTUNG

Das Pflegegeld wird bei einem Krankenhaus- oder Reha-Aufenthalt nur 28 Tage lang gezahlt, dabei gilt jeder Klinikaufenthalt für sich. Schließt sich eine Rehabilitation nahtlos an, wird diese Zeit mit der des Krankenhausaufenthalts zusammengezählt.



Pflegesachleistung

Können Pflegepersonen in bestimmten Situationen die Pflege nicht allein bewältigen, etwa weil sie berufstätig sind oder die Pflege körperlich und emotional sehr anspruchsvoll ist, können professionelle Pflegedienste unterstützen. Diese werden über die sogenannte Pflegesachleistung bezahlt.

Ab Pflegegrad 2 haben Pflegebedürftige Anspruch auf die Pflegesachleistung in folgender Höhe:

Pflegesachleistungen (pro Monat)	
Pflegegrad 1	--
Pflegegrad 2	761 €
Pflegegrad 3	1432 €
Pflegegrad 4	1778 €
Pflegegrad 5	2200 €

Pflegesachleistungen sind gebunden an eine professionell erbrachte Dienstleistung. Das bedeutet, dass Pflegekräfte zum Einsatz kommen, die bei einem von den Pflegekassen zugelassenen Pflegedienst arbeiten. Sie dürfen zum Beispiel bei der Körperpflege, Ernährung oder Hauswirtschaft unterstützen. Konkret heißt das, dass Pflegebedürftige etwa beim Waschen, beim Essen, bei der Bewegung, beim An- und Ausziehen, beim Toilettengang sowie bei Harn- oder Stuhlinkontinenz Hilfe erhalten können.

Da der Pflegedienst direkt mit der Pflegekasse abrechnet, ist es wichtig, von diesem immer eine Kopie der monatlichen Abrechnung zu verlangen und bei Unklarheiten nachzufragen.

TIPP

Die Verbraucherzentralen prüfen Verträge von Pflegediensten. Wer diesbezüglich unsicher ist, sollte dieses Angebot nutzen.

Kombination aus Pflegegeld und Pflegesachleistung

Viele Pflegepersonen, die sich um Pflegebedürftige kümmern, wünschen sich professionelle Unterstützung bei der Versorgung, etwa bei der Körperhygiene. Dies ist mit der sogenannten Kombinationspflege möglich. Hier können Betroffene Pflegegeld und den Einsatz eines ambulanten Pflegedienstes miteinander kombiniert in Anspruch nehmen.

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

BEISPIEL

Eine pflegebedürftige Person mit Pflegegrad 4 wird durch einen Pflegedienst unterstützt. Ihr stehen 1778 Euro Pflegesachleistung im Monat zu (siehe Tabelle). Der Pflegedienst ist nicht so oft im Einsatz und rechnet für den Monat nur 1066 Euro ab. Das sind nur 60 Prozent des Gesamtbetrages von 1778 Euro. Es bleiben 40 Prozent übrig. Bei Pflegegrad 4 beträgt das Pflegegeld 765 Euro. Davon erhält die pflegebedürftige Person 40 Prozent, das sind 306 Euro. Der Pflegedienst rechnet 1066 Euro mit der Pflegekasse ab, 306 Euro überweist die Pflegekasse an die pflegebedürftige Person als Pflegegeld.

Pflegesachleistung 1778 € insgesamt

Pflegegeld 765 € insgesamt

Werden 60 % Pflegesachleistung verwendet,
dann stehen 40 % Pflegegeld zu



1066 € = 60 %

306 € = 40 %

pro Monat	Pflegesachleistung	Pflegegeld
Pflegegrad 1	--	--
Pflegegrad 2	761 €	332 €
Pflegegrad 3	1432 €	573 €
Pflegegrad 4	1778 €	765 €
Pflegegrad 5	2200 €	947 €



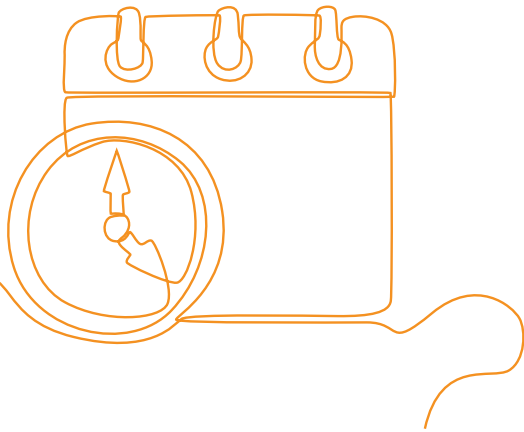
ACHTUNG

Wer sich für die Kombinationsleistung entscheidet, ist in der Regel sechs Monate daran gebunden. Erst danach kann neu entschieden werden.

TIPP

Es ist hilfreich, sich monatlich die Rechnungskopien des Pflegedienstes zusenden zu lassen. Das ist wichtig, um die Höhe des verbleibenden Pflegegeldes einschätzen zu können.





Entlastungsbetrag

Viele Pflegepersonen und Pflegebedürftige benötigen Hilfe im Haushalt – beim Einkaufen, Kochen und Putzen – oder wünschen sich mehr Unterstützung bei der Betreuung. Diese kann durch einen Pflegedienst (mehr dazu S. 8 „Pflegesachleistung“) und die Verwendung des Pflegegeldes (mehr dazu S. 8) erfolgen. Dafür kann aber auch der sogenannte Entlastungsbetrag eingesetzt werden. Monatlich stehen hier 125 Euro zur Verfügung.

Entlastungsbetrag (pro Monat)	
Pflegegrad 1	125 €
Pflegegrad 2	125 €
Pflegegrad 3	125 €
Pflegegrad 4	125 €
Pflegegrad 5	125 €

Der Betrag kann verwendet werden, um sich Unterstützung durch die Nachbarschaftshilfe, Betreuungsdienste, aber auch Pflegedienste zu holen. Voraussetzung ist, dass die Dienste nach dem Landesrecht als Entlastungsdienste anerkannt sind. Das ist wichtig, da die Pflegekasse ansonsten die Kosten nicht übernimmt. In jedem Bundesland gelten hierfür andere Vorschriften. Über die Pflegekasse ist eine Auflistung der anerkannten Dienstleister erhältlich, für die der Entlastungsbetrag genutzt werden kann.

Die Abrechnung erfolgt direkt zwischen den Pflegebedürftigen und den Dienstleistern. Nach Einreichung der Rechnung bei der Pflegekasse wird das ausgelegte Geld bis maximal 125 Euro rückerstattet. Es ist auch

möglich, dass der Dienstleister die Abrechnung mit der Pflegekasse übernimmt. Dafür muss eine Abrechnungserklärung unterzeichnet werden.

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

TIPP

Ein Preisvergleich unter verschiedenen Anbietern lohnt sich, da sie sich im Stundenlohn oft deutlich unterscheiden.

Wer sich mehr Unterstützung durch Entlastungsdienste wünscht, kann hierfür 40 Prozent des Pflegesachleistungsbetrages verwenden, der noch nicht gebraucht wurde. Der Pflegesachleistungsbetrag ist das Geld, das der Pflegedienst für Pflegeleistungen nutzt. Hier reicht ein formloser Antrag an die Pflegekasse.

Tagespflege

Die Tagespflege richtet sich an Pflegepersonen, die häufiger oder tageweise nicht pflegen können, etwa weil sie berufstätig sind oder feste Arzttermine haben. In Einrichtungen der Tagespflege können Pflegebedürftige bis zu sieben Tage die Woche betreut werden. Es gibt auch einige Angebote für die Betreuung an den Wochenenden oder nachts.

Pflegekassen, Pflegestützpunkte und andere Pflegeberatungsstellen unterstützen bei der Suche nach einer passenden Einrichtung.

Bei der Tagespflege werden die Pflegebedürftigen morgens von einem Fahrdienst zu Hause abgeholt und am Nachmittag wieder nach Hause gebracht. Die Betreuung erfolgt in der Regel in kleinen Gruppen. Die Pflegebedürftigen essen gemeinsam, kochen und backen mitunter zusammen. Es gibt Freizeitangebote wie Singen, Basteln, Gartenarbeit oder Gedächtnistraining.

Tagespflege muss bei der Pflegekasse des Pflegebedürftigen beantragt werden. Sie kann ab Pflegegrad 2 und unabhängig von der Nutzung von Pflegegeld oder

Pflegesachleistung in Anspruch genommen werden. Wird das Angebot nicht genutzt, verfällt der monatliche Betrag.

Wenn Pflegepersonen über eine Tagespflege nachdenken, sollten sie die Einrichtung möglichst vorab zusammen mit dem Pflegebedürftigen besuchen. Es ist in der Regel möglich, dort einen Probetag zu buchen. Danach können sie besser beurteilen, ob das Angebot ihrem Bedarf entspricht.



ACHTUNG

Jede Tagespflege hat einen anderen Tagessatz, der sich aus den Kosten für die Pflege, Betreuung, Fahrtkosten, Verpflegung und Investitionskosten zusammensetzt. Die Pflegeversicherung zahlt je nach Pflegegrad einen bestimmten Betrag.

Zudem können Pflegebedürftige auch den Entlastungsbetrag (mehr dazu S. 10) für die Tagespflege nutzen. Kosten, die darüber hinaus gehen, müssen privat gezahlt werden. Die Leitung der Tagespflege kann vorab berechnen, wie viele Tage im Monat genommen werden können und welche Kosten dafür entstehen.

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

Kurzzeitpflege

Kurzzeitpflege kommt infrage, wenn Pflegepersonen einmal länger nicht pflegen können, weil sie etwa in einer Kur oder im Urlaub sind. Sie können Kurzzeitpflege auch nutzen, wenn sich der Gesundheitszustand des Pflegebedürftigen so verändert, dass eine Versorgung zu Hause zeitweise nicht mehr möglich ist, etwa nach einem Krankenhausaufenthalt. Die

Suche nach einem Kurzzeitpflegeplatz kann oft mühsam sein, weil freie Plätze bei den Anbietern erfragt werden müssen. Die Rahmenbedingungen lauten:

- auf Antrag bei der Pflegekasse
- erst ab Pflegegrad 2
- für höchstens acht Wochen im Jahr
- in Pflegeeinrichtungen, in separaten Kurzzeitpflegen und in einigen Reha-Kliniken
- Pflegekasse zahlt einen festen Betrag von 1774 Euro im Jahr

Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung müssen aus eigener Tasche finanziert werden.

Kurzzeitpflege (pro Jahr)	
Pflegegrad 1	--
Pflegegrad 2	1774 €
Pflegegrad 3	1774 €
Pflegegrad 4	1774 €
Pflegegrad 5	1774 €

TIPP

Die 1774 Euro, die die Pflegekassen für die Kurzzeitpflege zahlen, können mit ungenutzten Geldern der Verhinderungspflege und des Entlastungsbetrages aufgestockt werden. Die Pflegekasse kann dies berechnen. Wird die Kurzzeitpflege im jeweiligen Jahr nicht genutzt, verfällt der Betrag ersatzlos.



ACHTUNG

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

Verhinderungspflege

Die Verhinderungspflege kann zu Hause tage- oder stundenweise durchgeführt werden. Pflegepersonen können sich damit auch kürzere Auszeiten verschaffen, um etwa zum Friseur oder in die Arztpraxis zu gehen. Voraussetzung ist, dass entweder Pflegegeld oder die Kombinationsleistung in Anspruch genommen wird. Hier lauten die Rahmenbedingungen:

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

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

Wer Verhinderungspflege nutzt, kann in Vorleistung treten und die Quittungen nachträglich bei der Pflegekasse einreichen. Diese überweist dann das Geld an die oder den Pflegebedürftigen. Pflege- und Betreuungsdienste, die von der Pflegekasse anerkannt sind, können dagegen direkt mit der Pflegekasse abrechnen.

Der Betrag von 1612 Euro für Verhinderungspflege kann mit ungenutzten Geldern der Kurzzeitpflege (höchstens 806 Euro) und des Entlastungsbetrages aufgestockt werden. Dies kann die Pflegekasse berechnen. Wird die Verhinderungspflege im jeweiligen Jahr nicht in Anspruch genommen, verfällt der Betrag ersatzlos.

Wenn die Verhinderungspflege durch eine Person erfolgt, die nah (bis zum zweiten Grad) mit der oder dem Pflegebedürftigen verwandt ist, zahlt die Pflege-

kasse einen geringeren Betrag aus. Die Pflegekasse sowie die Pflegeberatung informieren zu den Verwandtschaftsgraden sowie über die Erstattung der Stunden, der Fahrtkosten und des Verdienstaufschlags.



ACHTUNG

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

Verhinderungspflege (pro Jahr)	
Pflegegrad 1	--
Pflegegrad 2	1612 €
Pflegegrad 3	1612 €
Pflegegrad 4	1612 €
Pflegegrad 5	1612 €



ACHTUNG

Bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres mit Pflegegrad 4 oder 5 wurde der Anspruch auf Verhinderungspflege zum 1. Januar 2024 auf bis zu acht Wochen verlängert. Zudem entfällt die Vorpflegezeit als Voraussetzung. Werden Leistungen der Kurzzeitpflege nicht genutzt, können diese komplett in Leistungen der Verhinderungspflege umgewandelt werden. Ab 1. Juli 2025 werden diese Regelungen im Wesentlichen auch für Erwachsene übernommen. Die Beträge der Kurzzeitpflege und der Verhinderungspflege werden dann zu einem gemeinsamen Jahresbetrag in Höhe von maximal 3539 Euro zusammengefasst. Dieser kann je nach Bedarf flexibel für die Kurzzeitpflege oder die Verhinderungspflege eingesetzt werden. Um eine Übersicht über den verbleibenden Betrag zu erhalten, müssen die für die jeweilige Leistung angefallenen Kosten von der Pflegeeinrichtung unverzüglich dargelegt werden.

Hilfe bei Demenz

Unerklärliche Stimmungsschwankungen, Vergesslichkeit bei kurz zurückliegenden Ereignissen, Probleme, sich zeitlich oder örtlich zu orientieren, ein plötzlich vermehrtes aggressives Verhalten oder nächtliche Unruhe – all das können erste Anzeichen einer Demenzerkrankung sein.

In einem ersten Schritt ist es wichtig, dass eine Ärztin oder ein Arzt eine Diagnose stellt. Sie können andere Erkrankungen ausschließen und geeignete Therapien in die Wege leiten. Erste Anlaufstelle sollte die Hausärztin oder der Hausarzt sein. Sie können die oder den Betroffenen zu einer geeigneten Facharztpraxis überweisen. Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie oder sogenannte Gerontopsychiaterinnen oder -psychiater können eine fachgerechte Diagnose stellen und zu weiteren Schritten raten.

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

Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel

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

- Hilfsmittel werden von den Krankenkassen bezahlt und müssen von einer Ärztin oder einem Arzt verordnet werden. Rollstühle, Gehhilfen sowie ein Krankenbett zählen dazu, auch ärztlich verordnete Verbrauchsprodukte wie Inkontinenzeinlagen. Es sind Zuzahlungen von höchstens zehn Euro pro Hilfsmittel zu leisten. Ein Pflegegrad ist nicht nötig.
- Für Pflegehilfsmittel kommt die Pflegekasse auf. Dazu zählen technische Hilfsmittel wie Pflegebetten, Lagerungshilfen, Hebegeräte und Notruf-

systeme. Voraussetzung ist ein Pflegegrad. Die Pflegeversicherung übernimmt die Kosten für technische Hilfsmittel mit einer Eigenbeteiligung des Versicherten von zehn Prozent (höchstens 25 Euro). Pflegehilfsmittel können bei der Pflegekasse beantragt werden. Eine ärztliche Verordnung ist nicht erforderlich. Manche Pflegehilfsmittel können nur geliehen werden.

Die Gutachterin oder der Gutachter des MD sprechen Empfehlungen zur Versorgung mit Hilfs- und Pflegehilfsmitteln aus. Diese gutachterliche Empfehlung gilt bei der Krankenkasse schon als Leistungsantrag. Hierbei fragt die Gutachterin oder der Gutachter im Rahmen der Begutachtung zu jedem Hilfsmittel die Zustimmung des Versicherten ab. Die Krankenkasse veranlasst die Versorgung mit den empfohlenen Hilfs- oder Pflegehilfsmitteln.

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

Wenn Pflegepersonen Zweifel haben, ob ein Hilfsmittel oder ein Pflegehilfsmittel benötigt wird, können sie einfach bei der Krankenkasse oder Pflegekasse des Pflegebedürftigen nachfragen. Dort erfahren sie, wer für die Empfehlung und Verordnung zuständig ist.

Die Versorgung mit dem (Pflege-)Hilfsmittel übernimmt ein Sanitätshaus. Sollte das Sanitätshaus ein Hilfsmittel mit einer Aufzahlung empfehlen, sollte man sich in Ruhe beraten lassen, was daran besser ist. Wer keine Aufzahlung möchte, sollte darauf bestehen, das verordnete oder vom Gutachter oder von der Pflegefachkraft empfohlene Hilfsmittel zu erhalten.

Pflegehilfsmittel zum Verbrauch

Desinfektionsmittel, Einmalhandschuhe, Fingerlinge, Schutzschürzen, Betteinlagen sowie Mund-Nasen-Schutz gehören zu den Pflegehilfsmitteln, die zum alltäglichen Verbrauch bestimmt sind. Der Kauf dieser Pflegehilfsmittel wird ab Pflegegrad 1 mit monatlich 40 Euro von den Pflegekassen bezuschusst. Pflegebedürftige stellen dafür zunächst einen Antrag zur Kostenübernahme bei der Pflegekasse.

Es gibt danach mehrere Möglichkeiten der Versorgung:

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

Der Sozialverband VdK hilft

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

Hausnotruf

Im Alltag können immer wieder unvorhersehbare Ereignisse eintreten, in denen Hilfe nötig wird. Manchmal zählt dann jede Minute. Damit die oder der Pflegebedürftige im Notfall Hilfe rufen kann, lohnt sich die Anschaffung eines Hausnotrufs. Gerade alleinlebende Personen können davon profitieren.

Das Hausnotrufsystem besteht aus einem Notfallknopf, den Pflegebedürftige immer bei sich tragen sollten, und einer Art Telefonstation mit Freisprechanlage. Wird der Notfallknopf gedrückt, geht ein Signal an die Hausnotrufzentrale. Diese ruft zurück und leitet alle weiteren notwendigen Schritte ein.

Die Informationen, die der Hausnotrufzentrale über die Pflegebedürftigen vorliegen, sollten immer auf dem aktuellen Stand sein. Dazu zählen etwa der Name der Hausärztin oder des Hausarztes, der Ort, wo der Wohnungsschlüssel zu finden ist, die Telefon-

nummer der Pflegeperson, der Gesundheitszustand und die Medikamentenliste.

Für Pflegebedürftige bezuschusst die Pflegekasse die Anschlussgebühr des Hausnotrufs mit monatlich 25,50 Euro. Voraussetzung für die Kostenübernahme ist ein Pflegegrad und dass Betroffene über weite Teile des Tages allein sind und Unfallgefahr besteht.

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

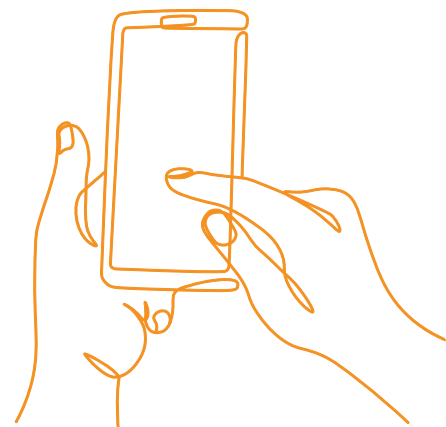
TIPP

Wer sich für einen Anbieter entscheiden möchte, sollte auf dessen Angebot und die Kosten achten, aber auch auf Kündigungsfristen sowie mögliche Zusatzkosten.

Digitale Pflegeanwendungen

Zu den digitalen Pflegeanwendungen (DiPas) gehören Apps, die sich Pflegebedürftige und Pflegepersonen auf das Handy oder Tablet laden können oder die direkt vom Laptop oder PC über das Internet angesteuert werden. Sie sollen beispielsweise den Austausch zwischen Pflegeperson, Pflegebedürftigem und dem Pflegedienst verbessern. Manche bieten auch Anwendungen an, die das Gedächtnis trainieren. Andere beugen Stürzen und weiteren Gesundheitsgefahren vor.

Die Pflegekasse bezuschusst die Nutzung von DiPas für Personen mit einem Pflegegrad mit maximal 50 Euro pro Monat. Sie hat auch einen aktuellen Überblick über zugelassene DiPas und beantwortet alle Fragen rund um die Antragstellung.



Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

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

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

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

Sind größere Umbauten geplant, sollten diese vorher immer mit der Vermieterin oder dem Vermieter abgeklärt werden.

TIPP

Für Pflegebedürftige mit einer Demenzerkrankung kann eine Beratung im eigenen Zuhause sinnvoll sein. Es gibt viele, oft auch kostengünstige Möglichkeiten, die Wohnumgebung so zu gestalten, dass sich Demenzerkrankte sicher fühlen. Dazu zählen etwa Maßnahmen wie die automatische Herdabschaltung bis hin zur farblichen Gestaltung der Räume.

Zuschuss der Pflegekasse

Die Pflegekasse zahlt bis zu 4000 Euro für diese Maßnahmen. Voraussetzung dafür ist ein anerkannter Pflegegrad. Der Zuschuss wird erneut gezahlt, wenn

sich der Pflegebedarf nachweislich erhöht und deswegen eine neue Umbaumaßnahme erforderlich ist. Übrigens bezuschusst die Pflegekasse auch den Umzug in eine Wohnung, die für die Pflege besser geeignet ist.

Förderung

Über die beiden KfW-Programme „Altersgerecht Umbauen – Kredit (159)“ und „Barriereerduzierung – Investitionszuschuss (455-B)“ können Interessierte zinsgünstige Darlehen oder Zuschüsse beantragen. Ähnliche Fördermöglichkeiten für den altersgerechten Um- oder Neubau sowie für den Kauf von Wohnraum gibt es auch in den meisten Bundesländern. Die Fördermöglichkeiten sind in Bezug auf Einkommensgrenzen und Kombinierbarkeit mit dem Pflegekassenzuschuss unterschiedlich geregelt. Eine gute Orientierung bietet die Förderdatenbank (www.foerderdatenbank.de) unter dem Suchbegriff „barrierefrei“. Hier sind unter dem Punkt Förderbereich „Wohnungsbau & Modernisierung“ die gewünschten Informationen auch für Privatpersonen verfügbar.



ACHTUNG

Alle Fördermittel müssen vor Beginn einer Maßnahme beantragt werden!

Der Sozialverband VdK hilft

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

Hilfe zur Pflege

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

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

Erwachsene Kinder von Pflegebedürftigen werden nur dann vom Sozialamt an den Kosten beteiligt, wenn deren Jahresbruttoeinkommen jeweils über 100.000 Euro liegt. Haben Pflegebedürftige mehrere Kinder, werden diese gemeinsam zur Unterhaltspflicht herangezogen, bevor das Sozialamt Hilfe zur Pflege gewährt. Die Pflegekosten werden als Hilfe zur Pflege übernommen,

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

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

Mobilität, Beförderung und steuerliche Nachteilsausgleiche

Bei Pflegebedürftigkeit liegt häufig auch gleichzeitig eine Schwerbehinderung vor. Das trifft etwa auf Menschen zu, die an einer Demenz erkrankt oder körperlich schwer beeinträchtigt sind. Wer als schwerbehindert anerkannt ist, hat Anspruch auf finanzielle und andere Nachteilsausgleiche. Auch wenn Betroffene nicht mehr mobil sind und Unterstützung brauchen, um etwa zur Arztpraxis zu gelangen, gibt es Hilfsangebote.

Schwerbehindertenausweis

Anspruch auf einen Schwerbehindertenausweis haben Menschen ab einem Grad der Behinderung (GdB) von 50. Den GdB stellen ärztliche Gutachterinnen oder Gutachter fest. Dies hat jedoch nichts mit der Begutachtung für einen Pflegegrad zu tun.

Im Schwerbehindertenausweis können neben dem GdB zusätzlich bestimmte Merkmale eingetragen werden.

Merkmale	Merkmal
G	„erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr“
aG	„außergewöhnliche Gehbehinderung“
H	„Hilflosigkeit“
Bl	„Blindheit“
TBl	„Taubblindheit“
B	„Berechtigung für eine ständige Begleitung“

Je nach Merkmalen und GdB können die Betroffenen bestimmte gesetzlich geregelte „Nachteilsausgleiche“ in Anspruch nehmen. Dazu gehören unter anderem die kostenlose Beförderung im öffentlichen Personennahverkehr mit oder ohne Eigenbeteiligung, die Mitnahme einer Begleitperson, Parkerleichterungen und die Nutzung eines Behindertenparkplatzes. Viele Unternehmen gewähren auf freiwilliger Basis zum Beispiel ermäßigte Eintrittspreise und Ähnliches. Möglich sind auch steuerliche Nachteilsausgleiche, wie etwa die volle oder teilweise Befreiung von der Kfz-Steuer.

Behindertenpauschbetrag

Ab einem GdB von 20 kann ein steuerlicher Pauschbetrag geltend gemacht werden. Dieser beträgt je nach GdB zwischen 384 und 2840 Euro. Wurde das Merkmal Bl, H oder TBl zuerkannt, beträgt der Pauschbetrag 7400 Euro.

Behindertenpauschbeträge	
Grad der Behinderung (GdB)	Pauschbetrag
20	384 €
30	620 €
40	860 €
50	1140 €
60	1440 €
70	1780 €
80	2120 €
90	2460 €
100	2840 €
Merkzeichen H, Bl, TBl Pflegegrad 4 oder 5	7400 €

Der Sozialverband VdK hilft

Der Sozialverband VdK unterstützt Sie bei der Antragstellung für einen Schwerbehindertenausweis. Wenden Sie sich dazu an Ihre VdK-Geschäftsstelle vor Ort.

Krankentransport

Sind Pflegebedürftige nicht mehr mobil und nicht mehr in der Lage, allein zu einer ärztlichen Behandlung zu fahren, können sie sich an die Krankenkasse wenden. Sie übernimmt die Fahrtkosten, wenn eine ärztliche Verordnung vorliegt, die bestätigt, dass die Fahrt medizinisch notwendig ist. Für eine stationäre Behandlung, beispielsweise im Krankenhaus, werden die Fahrtkosten im eigenen Auto oder im Taxi immer übernommen. Bei einer ambulanten Behandlung ist das nur möglich, wenn der Pflegebedürftige oft hintereinander eine intensive ärztliche Behandlung braucht. Das ist etwa bei einer Dialyse oder einer Chemotherapie der Fall.

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



ACHTUNG

Die Krankenkasse muss die Fahrt grundsätzlich vor Antritt genehmigen. Es gibt jedoch auch Ausnahmen – dazu informieren die Krankenkassen.

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

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

Die Genehmigung entfällt auch

- bei Pflegegrad 3 und einer dauerhaft eingeschränkten Mobilität oder
- bei Pflegegrad 4 oder 5.

Häusliche Krankenpflege

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

Die häusliche Krankenpflege umfasst die Grundpflege, die hauswirtschaftliche Versorgung sowie die Behandlungspflege. Letztere beinhaltet ärztliche Tätigkeiten, die an Pflegekräfte delegiert werden können, wie beispielsweise Wundversorgung, Verbandswechsel oder Medikamentengabe.

Für die häusliche Krankenpflege benötigen Pflegebedürftige eine ärztliche Verordnung. Darauf muss die Ärztin oder der Arzt genau angeben, welche Hilfen wann und wie oft erforderlich sind. Die Krankenkasse muss diese Verordnung überprüfen und genehmigen.

Sobald die Genehmigung vorliegt, kann ein Pflegedienst mit der Versorgung beauftragt werden. Der Pflegedienst rechnet die Kosten direkt mit der Krankenkasse ab.

Gesetzlich Versicherte müssen für die häusliche Krankenpflege zehn Euro je Verordnung und zehn Prozent der Kosten zuzahlen. Diese Zuzahlung ist auf maximal 28 Kalendertage im Jahr begrenzt. Sind Pflegebedürftige von der Rezeptgebühr befreit, entfällt dieser Eigenanteil.

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

Versorgung am Lebensende

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

Allgemeine ambulante Palliativversorgung

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

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Reicht die AAPV nicht mehr aus, soll die Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) unterstützen. Sie dient dazu, Menschen, die in ihrer letzten Lebensphase eine besonders aufwendige Versorgung

benötigen, ein würdiges Leben bis zum Tod bei ihren Angehörigen zu Hause zu ermöglichen. Auch diese Leistung verordnen Ärztinnen oder Ärzte, die Krankenkassen übernehmen die Kosten. SAPV kann bedeuten, dass ein Team aus Ärztinnen und Ärzten, Therapeutinnen und Therapeuten, Pflegefachkräften, aber auch Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern sowie Personen aus der Seelsorge die Vollversorgung zu Hause sicherstellt.

Ambulante Hospizdienste

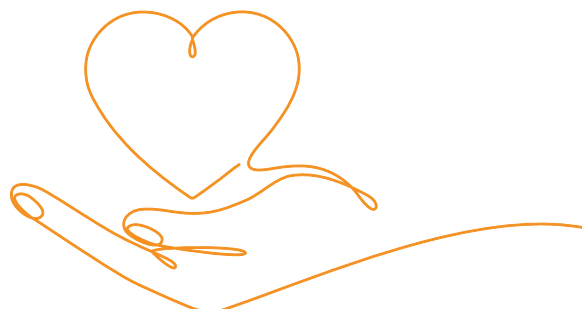
Sterbende können ambulante Hospizdienste in Anspruch nehmen. Diese beraten schwerkranke Menschen am Ende ihrer Lebenszeit unter anderem zur palliativen Versorgung und begleiten sie in ihrem Zuhause. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eines ambulanten Hospizdienstes sind in der Regel ehrenamtlich tätig.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

Hospize

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

TIPP

Einen Überblick über Angebote zur Hospiz- und Palliativversorgung bieten die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de) und der Deutsche Hospiz- und Palliativverband (www.dhpv.de).



VORSORGE

Vorsorgevollmacht, Betreuung und Patientenverfügung

Unabhängig vom Alter kann jede und jeder durch einen Unfall oder eine plötzliche schwere Erkrankung in eine Situation geraten, in der sie oder er nicht mehr handlungsfähig ist. Deshalb ist es wichtig, sich rechtzeitig zu überlegen, wer dann die notwendigen Entscheidungen treffen und die persönlichen Angelegenheiten regeln soll. Diese Aufgabe können sowohl Angehörige als auch Bekannte übernehmen. In beiden Fällen bedarf es einer Vorsorgevollmacht und einer Betreuungsvereinbarung. Denn selbst engste Angehörige sind rechtlich gesehen nicht automatisch befugt, die Interessen von Pflegebedürftigen zu vertreten.

Vorsorgevollmacht

Es ist ratsam, eine Vorsorgevollmacht zu erstellen, bevor die Pflegebedürftigkeit eintritt. Hier wird festgelegt, wer stellvertretend Angelegenheiten regeln und Entscheidungen treffen darf, wenn die oder der Betroffene dazu selbst nicht mehr in der Lage ist. Damit lässt sich eine rechtliche Betreuung vermeiden. Grundsätzlich sollte man aber nur Menschen bevollmächtigen, denen man uneingeschränkt vertraut und die dem eigenen Willen entsprechend handeln. Die oder der Bevollmächtigte kann nur mit dem Original der Vollmachtsurkunde tätig werden und sollte deshalb wissen, wo die Vollmacht hinterlegt wird.

Eine Beglaubigung oder Beurkundung der Vorsorgevollmacht ist nicht immer erforderlich. In Fällen, in denen Betroffene beispielsweise über große Vermögen verfügen oder der Bevollmächtigte zur Darlehensaufnahme berechtigt sein soll, ist eine notarielle Vorsorgevollmacht dagegen ratsam.

Es gibt offizielle Formulare, die verwendet werden können. Diese erfassen die wichtigsten Vorsorgebereiche, sind aktuell, eindeutig formuliert und erleichtern das Ausfüllen. Ein Musterformular findet sich etwa auf der Webseite des Bundesjustizministeriums (www.bmj.de, über die Suchfunktion „Vorsorgevollmacht“).

Banken haben meist eigene Formulare und erkennen die allgemeine Vorsorgevollmacht bei finanziellen Angelegenheiten nicht an. Deshalb sollten sich

Betroffene unbedingt an die eigene Bank wenden. Eine Bankvollmacht „über den Tod hinaus“ ist wichtig, damit die bevollmächtigte Person – bevor die endgültige Erbteilung beendet ist – über das Geld der Vollmachtgeberin oder des Vollmachtgebers verfügen kann. Das ist notwendig, um zum Beispiel die Beerdigung, die Miete, Steuern oder eine Krankenhausrechnung zu bezahlen.

Betreuungsverfügung

Falls Betroffene selbst nicht mehr entscheiden oder handeln können, aber keine Vorsorgevollmacht ausgestellt haben, muss beim Betreuungsgericht eine gesetzliche Betreuung für sie angeregt werden. Diese beginnt jedoch erst, wenn das Gericht es angesichts des Gesundheitszustandes der oder des Betroffenen für erforderlich hält.

Wer eine Entscheidung durch das Gericht vermeiden möchte, sollte eine Betreuungsverfügung formulieren. Hier lässt sich bereits im Vorfeld regeln, wer die Betreuung einmal übernehmen soll – aber auch, wer auf keinen Fall als Betreuerin oder Betreuer infrage kommt. Es können auch inhaltliche Vorgaben für die Betreuung festgelegt werden, etwa welche Wünsche und Gewohnheiten respektiert werden sollen oder ob im Pflegefall eine Betreuung zu Hause oder im Pflegeheim gewünscht ist.

Patientenverfügung

In der Patientenverfügung können Menschen festlegen, wie sie am Ende des Lebens behandelt werden möchten und welche medizinischen Maßnahmen unterlassen werden sollen. Sie können zum Beispiel bestimmen, in welchen Situationen sie keine lebensverlängernden Maßnahmen wünschen. Die in einer Patientenverfügung festgelegten Entscheidungen sind dann für alle Beteiligten (Ärztinnen und Ärzte, Betreuende oder Bevollmächtigte) bindend.

Seit 2023 gibt es ein Notvertretungsrecht für zusammenlebende Ehegatten in gesundheitlichen Angelegenheiten. Dieses ist auf maximal sechs Monate befristet. In dieser Zeit kann die Ehepartnerin oder der Ehepartner stellvertretend Entscheidungen für die ärztliche Behandlung oder Untersuchungen treffen.

Erbe und Testament

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

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

TIPP

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



ANSPRÜCHE UND UNTERSTÜTZUNG DER PFLEGEPERSON

Gesundheit der Pflegeperson

Wer als Pflegeperson die Pflege eines anderen Menschen übernimmt, sollte auf sich selbst achten: Alle Menschen, die arbeiten, brauchen Auszeiten, Erholung und soziale Kontakte. Doch genau dies gönnen sich viele Pflegepersonen nicht und laufen damit Gefahr, sich zu überfordern, zu vereinsamen und selbst krank zu werden. Deswegen ist es für Pflegepersonen wichtig, zu regenerieren und von Zeit zu Zeit etwas Abstand zu gewinnen. Dabei kann es ihnen helfen,

- sich die Pflege mit anderen Personen zu teilen.
- von Anfang an andere Familienmitglieder oder Bekannte einzubeziehen, falls sie einmal ausfallen oder eine Auszeit brauchen.
- sich professionelle Unterstützung zu holen.
- sich bewusst regelmäßig von der Pflege „freizunehmen“ und Hobbys nachzugehen.
- in Kontakt mit der Umwelt zu bleiben, sich nicht einzuisolieren und sich mit anderen Betroffenen auszutauschen, etwa in Selbsthilfegruppen für Pflegepersonen.
- in Bewegung zu bleiben. Schwimmen, Radfahren, Walken oder Laufen sind ein guter Ausgleich für die körperlichen Anstrengungen der Pflege.
- Kurse für Pflegepersonen zu besuchen, die kostenfrei angeboten werden.
- mit der Hausärztin oder dem Hausarzt über eine Kur zu sprechen.
- dem Stress durch Entspannungsmethoden, wie Yoga oder autogenes Training, zu begegnen. Die Krankenkassen bieten Kurse zur Prävention an.
- sich eine wirkliche Auszeit zu nehmen. Pflegepersonen haben pro Jahr Anspruch auf acht Wochen Kurzzeitpflege für die Betreuung des Pflegebedürftigen.
- die Entlastungsleistungen auszuschöpfen, vor allem die stundenweise Verhinderungspflege.
- kostenlose psychologische Internet-Beratung für Pflegepersonen zu nutzen, die etwa das Zentrum Überleben (www.pflegen-und-leben.de) anbietet.
- sich von Zeit zu Zeit vom VdK beraten zu lassen. Neue Pflegegesetze können schnell das Angebot an Entlastungsmöglichkeiten verändern.
- regelmäßig die VdK-Zeitung zu lesen. Hier gibt es immer wieder Hinweise zur aktuellen Pflegegesetzgebung sowie Tipps und Ratschläge.

TIPP

Der Familiencoach Pflege (www.familiencoach-pflege.de) ist ein Online-Programm speziell für Pflegepersonen, das Hilfe zur Selbsthilfe bietet. Expertinnen und Experten sowie auch Pflegepersonen geben Tipps für den Alltag.

Prävention

Vorsorgemaßnahmen sind auch für Pflegepersonen sinnvoll und können helfen, körperliche und psychische Krankheiten zu vermeiden sowie Risiken zu reduzieren. Präventionsleistungen sind ausdrücklich dafür vorgesehen, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Bei der Krankenkasse kann etwa eine sogenannte Vorsorgekur in einer entsprechenden Einrichtung beantragt werden. Diese ermöglicht es, wieder neue Kräfte zu sammeln und durch hilfreiche Tipps den Alltag besser zu bewältigen. Ebenso bieten die Krankenkassen Präventionskurse an. Gesetzlich Versicherte können ohne eine ärztliche Verordnung zweimal pro Jahr ein solches Angebot wahrnehmen.

Medizinische Rehabilitation

Eine medizinische Reha-Maßnahme zielt darauf ab, die Genesung nach einer Erkrankung gut zu beeinflussen. Sie kann dazu beitragen, weitere Komplikationen zu vermeiden, verlorene Fähigkeiten wiederzuerlangen und vorhandene zu erhalten oder sogar zu verbessern.

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

Pflegebedürftige und Pflegepersonen können eine Reha-Maßnahme auch gemeinsam wahrnehmen. Ebenso gibt es Maßnahmen, die speziell für Pflegepersonen angeboten werden. Hier gilt der Vorrang „ambulant vor stationär“ nicht. Das heißt, dass Pflegepersonen auch dann eine stationäre Reha-Maßnahme in Anspruch nehmen können, wenn eine ambulante Versorgung ausreichend wäre. In der Regel ist dies alle vier Jahre möglich. Fragen dazu beantworten Ärztinnen oder Ärzte.

Damit der oder die Pflegebedürftige während der stationären Reha der Pflegeperson weiterhin versorgt wird, gibt es den Anspruch auf Kurzzeitpflege, entweder in der gleichen Reha-Einrichtung oder in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung in der Nähe. Die Krankenkasse muss dies koordinieren. Die Suche nach einer geeigneten Reha-Einrichtung, die auch den Pflegebedürftigen aufnimmt, ist nicht immer einfach. Ein umfassendes Verzeichnis der Reha-Einrichtungen findet sich bei der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (www.bar-frankfurt.de).

Der Sozialverband VdK hilft

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

Pflegekurse und Selbsthilfegruppen

Wer sich um Pflegebedürftige kümmert, möchte diese gut versorgt wissen. Damit das gelingen kann, bieten die Pflegekassen kostenfreie Pflegekurse und individuelle Schulungen an. Auch der Austausch mit anderen Betroffenen in Selbsthilfegruppen kann bei der Versorgung des Pflegebedürftigen unterstützen.

Pflegekurse

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

- über Hilfreiches für die Pflege und Hygiene,
- über rückschonendes richtiges Heben und Tragen,
- wie Pflegepersonen gesund bleiben und
- zu den Leistungen der Sozialversicherung.

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

Wenn bei der Pflege sehr spezielle Fragen auftreten, können Pflegepersonen auch eine individuelle Pflegeschulung in Anspruch nehmen. Dabei kommt eine geschulte Pflegekraft zur pflegebedürftigen Person nach Hause. Sie zeigt und erklärt in der konkreten Situation, wie sich die Pflege besser durchführen lässt.

TIPP

Es lohnt sich, dieses Angebot auch bei schon länger andauernder Pflege wahrzunehmen. Es ist wichtig, von Zeit zu Zeit das eigene Wissen aufzufrischen.

Selbsthilfegruppen

Es kann eine große Bereicherung sein, mit anderen Menschen ins Gespräch zu kommen, die in einer vergleichbaren Lebenssituation sind. Sie können sich darüber austauschen, wie sie ihren Alltag organisieren, welche Schwierigkeiten es gibt und gemeinsam Lösungen besprechen – gerade auch im Umgang mit Ämtern und Behörden. Vor Ort bieten mitunter Sozialverbände wie der VdK, aber auch Kirchen und Wohlfahrtsverbände wie beispielsweise die Arbeiterwohlfahrt (AWO) oder Caritas diese Angehörigengruppen an. Auch ein Seniorenbüro oder eine Pflegeberatung vor Ort kann bei der Suche nach Selbsthilfegruppen helfen.

Mittlerweile gibt es zudem viele digitale Angebote, die eine Vernetzung deutschlandweit ermöglichen. Adressen von Gruppen vor Ort erhalten Interessierte zum Beispiel über die Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (www.nakos.de). In manchen Bundesländern listen regionale Pflegewegweiser auch Angebote auf. Interessierte können sich dort informieren.

Entlastung und Schulungen bei der Pflege von demenzkranken Personen

Die Demenzerkrankung einer oder eines Pflegebedürftigen kann Pflegepersonen vor große Herausforderungen stellen. Je mehr Entlastungsangebote diese von Anfang an in Anspruch nehmen, umso besser können sie sich vor Überforderung schützen. Informationen und Schulungen können ihnen helfen, das Verhalten von Demenzerkrankten besser zu verstehen und damit umzugehen.

Pflegepersonen können das Angebot der Deutschen Alzheimer Gesellschaft (www.deutsche-alzheimer.de) nutzen. Diese ist mit Regionalgruppen deutschlandweit vertreten und bietet Betreuungsgruppen für Menschen mit Demenz sowie Gesprächsrunden und Themenabende für Pflegepersonen an. In den Betreuungsgruppen werden an Demenz erkrankte Menschen versorgt, während die Pflegepersonen die Möglichkeit haben, mit Gleichgesinnten über ihre Erfahrungen zu sprechen.

Zudem gibt es virtuelle Selbsthilfegruppen, in denen sich Pflegepersonen in Videokonferenzen austauschen können. Diese eignen sich besonders für alle, die ihr Zuhause kaum verlassen können oder das nicht möchten.

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

Pflege und Beruf

Wer pflegebedürftige Angehörige versorgen möchte, hat wegen der eigenen Erwerbstätigkeit oft wenig Zeit. Hier gibt es mehrere Möglichkeiten, sich vorübergehend der Pflege zu widmen, ohne eine Kündigung befürchten zu müssen. Während dieser Zeit besteht Kündigungsschutz. Voraussetzung ist allerdings, dass es sich um die Pflege von nahen Angehörigen handeln muss. Das können unter anderem die Eltern, Kinder, Groß- oder Schwiegereltern, Ehegattinnen und -gatten sowie Lebenspartnerinnen und -partner sein.

Kurzzeitige Arbeitsverhinderung

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

Pflegezeit

Für die Pflege eines nahen Angehörigen, der mindestens Pflegegrad 1 hat, ist es möglich, sich für bis zu sechs Monate ganz oder teilweise von der Arbeit freustellen zu lassen. Voraussetzung ist, dass man in einem Betrieb mit mehr als 15 Beschäftigten arbeitet und der Arbeitgeberin oder dem Arbeitgeber die Freistellung spätestens zehn Arbeitstage vor Beginn ankündigt. Um fehlendes Einkommen abzumildern, kann das Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben auf Antrag ein zinsloses Darlehen gewähren. Es ersetzt in der Regel die Hälfte des Einkommensausfalls, ist aber normalerweise hinterher zurückzuzahlen.

Familienpflegezeit

Pflegepersonen, die über eine längere Zeit Pflege und Beruf miteinander vereinbaren möchten, können für bis zu zwei Jahre die Arbeitszeit auf mindestens 15 Stunden reduzieren. Auch hier muss es sich um einen nahen Angehörigen handeln. Voraussetzung ist zudem, dass sie in einem Betrieb mit mehr als 25 Beschäftigten arbeiten. Die Ankündigungsfrist gegenüber dem Arbeitgeber beträgt acht Wochen. Die oder der Pflegebedürftige muss mindestens einen Pflegegrad 1 haben. Auch für die Familienpflegezeit kann

ein zinsloses Darlehen beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben beantragt werden.

Begleitung in der letzten Lebensphase

Wer einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in der letzten Lebensphase begleiten möchte, hat die Möglichkeit, eine vollständige oder teilweise Auszeit bis zu drei Monaten zu nehmen. Ein Pflegegrad ist in diesem Fall nicht erforderlich. Die Ankündigungsfrist im Betrieb beträgt zehn Arbeitstage. Der Betrieb muss mehr als 15 Beschäftigte haben. Das zinslose Darlehen kann auch für diese Zeit beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben beantragt werden.



ACHTUNG

Pflegezeit, Familienpflegezeit und die Begleitung in der letzten Lebensphase dürfen pro pflegebedürftiger Person zusammengerechnet maximal zwei Jahre betragen.

TIPP

Informationen zur Kranken- und Pflegeversicherung sowie zur Renten-, Arbeits- und Unfallversicherung während der Freistellung bietet die Webseite www.wege-zur-pflege.de/themen/sozialversicherungen.

Rente

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

Rentenbeiträge nach Pflegegraden

Die Pflegeversicherung zahlt Beiträge zur Rentenversicherung für Pflegepersonen, die wenigstens zehn Stunden, verteilt auf mindestens zwei Tage in der Woche, eine oder mehrere pflegebedürftige Personen pflegen. Zudem gibt es folgende Voraussetzungen:

- Die Pflegeperson darf die Pflege nicht erwerbsmäßig ausüben.
- Die oder der Pflegebedürftige muss mindestens Pflegegrad 2 haben.
- Die Pflege muss in der häuslichen Umgebung erfolgen.
- Die Pflegeperson darf nicht mehr als 30 Stunden pro Woche berufstätig sein.

Je geringer der Pflegegrad ist, umso geringer fällt der Rentenbeitrag aus. Er verringert sich auch, wenn ein Pflegedienst die Pflege übernimmt oder wenn der Bezug von Pflegegeld und die Pflegesachleistung kombiniert werden (mehr dazu S. 9 „Kombinationspflege“).

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

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

Auch wer schon länger in Rente ist, kann noch eine Teilrente von 99,99 Prozent beantragen und so durch die Pflege das Rentenkonto aufbessern. Ob sich das lohnt, hängt vom Einzelfall ab.

BEISPIEL

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



Antrag Teilrente: Verzicht auf 1 % der Rente



Pflegekasse zahlt wieder Rentenbeiträge ein



**Rente erhöht sich,
Auszahlung im Juli des Folgejahres**

Der Sozialverband VdK hilft

Der Sozialverband VdK hilft Ihnen bei einem Antrag auf Teilrente sowie bei der Antragstellung an die Pflegekasse. Wenden Sie sich bei Bedarf an Ihre VdK-Geschäftsstelle in Ihrer Nähe.

Unfallversicherung

Es kann leicht passieren, dass der Pflegeperson etwas zustößt, zum Beispiel ein Sturz auf der Treppe, während sie der oder dem Pflegebedürftigen hilft. In einem solchen Fall bietet die gesetzliche Unfallversicherung unter bestimmten Voraussetzungen Leistungen für anerkannte Pflegepersonen an.

Sie gewährt Leistungen, wenn der Unfall direkt mit der Pflege Tätigkeit oder mit pflegerelevanten Wegen zusammenhängt. Entsprechend der Pflegegrade zählen zu den Tätigkeiten etwa die Hilfe beim An- und Ausziehen, bei der Hygiene und beim Essen. Aktivitäten außer Haus erfasst der Versicherungsschutz nur, wenn sie zum pflegerelevanten Bereich gehören, wie etwa ein Gang zur Arztpraxis. Andere Aktivitäten, wie beispielsweise Spaziergänge mit der oder dem Pflegebedürftigen, fallen nicht unter den Versicherungsschutz.

Werden Pflegepersonen selbst durch den Arbeitsunfall pflegebedürftig, übernimmt die gesetzliche Unfallversicherung die Kosten. Unter gewissen Voraussetzungen zahlt diese auch eine Vollrente oder Teilrente (Verletztenrente), wenn Pflegepersonen ihren Beruf nicht mehr ausüben können.

Um als Pflegeperson in der gesetzlichen Unfallversicherung versichert zu sein, müssen diese folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Die Pflegeperson darf die Pflege nicht erwerbsmäßig ausüben.
- Die oder der Pflegebedürftige muss mindestens Pflegegrad 2 haben.
- Die Pflege muss in der häuslichen Umgebung erfolgen.
- Die Pflegeperson darf nicht mehr als 30 Stunden pro Woche berufstätig sein.

Kranken- und Pflegeversicherung

Wenn Pflegepersonen für die Pflege zu Hause ihren Beruf aufgeben möchten, sollten sie frühzeitig über ihren Versicherungsschutz nachdenken. Anders als in der Arbeitslosen-, Renten- und Unfallversicherung gibt es für anerkannte Pflegepersonen keine eigene Absicherung in der Kranken- und Pflegeversicherung. Allein während einer Pflegezeit von bis zu sechs Monaten und bei vollständiger Freistellung von der Arbeit (mehr dazu S. 23 „Pflege und Beruf“) können sie einen Zuschuss zur freiwilligen Mitgliedschaft in der Krankenversicherung bei der Pflegekasse des Pflegebedürftigen beantragen.

Pflegepersonen sind weiterhin kranken- und pflegeversichert, wenn

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



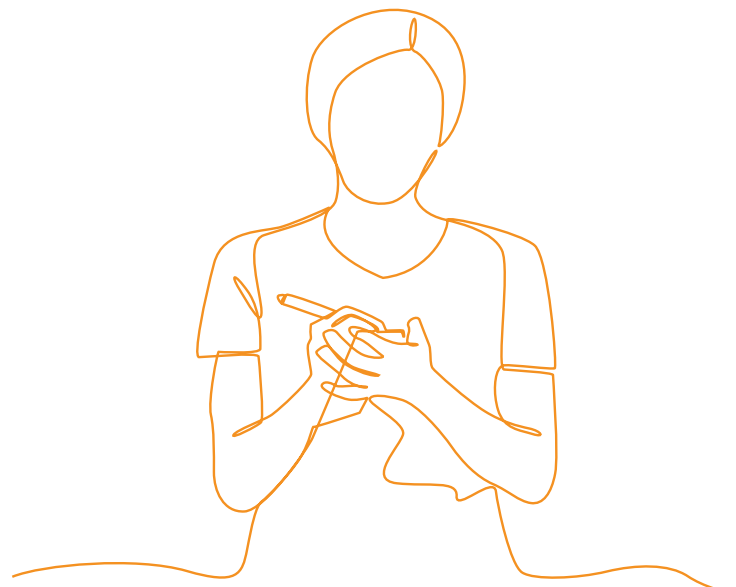
ACHTUNG

Es ist nützlich, sich frühzeitig an die Krankenkasse zu wenden, um zu klären, welche Möglichkeiten es gibt.

Arbeitslosenversicherung

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

- Die Pflegeperson darf die Pflege nicht erwerbsmäßig ausüben.
- Die oder der Pflegebedürftige muss mindestens Pflegegrad 2 haben.
- Die Pflege muss in der häuslichen Umgebung erfolgen.
- Die Pflegeperson darf nicht mehr als 30 Stunden pro Woche berufstätig sein.



Steuererleichterungen

Wer jemanden zu Hause pflegt, ohne dafür Geld zu bekommen, hat die Möglichkeit, die entstandenen Kosten als außergewöhnliche Belastung geltend zu machen oder aber den Pflegepauschbetrag zu nutzen. Letzterer hat den Vorteil, dass für die Beantragung in der Steuererklärung kein Nachweis von Belegen notwendig ist.

Pflegepauschbetrag

Wer den Pflegepauschbetrag steuerlich geltend machen möchte, muss das Finanzamt lediglich über den Pflegegrad oder den Grad der Behinderung (GdB) informieren. Wenn der Pflegebedürftige mindestens einen Pflegegrad 2 hat oder einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „H“ für hilflos, kann sie oder er den Pflegepauschbetrag nutzen.

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

Die steuerlichen Regelungen sind im Detail sehr kompliziert. Doch man sollte kein Geld verschenken: Ein Lohnsteuerhilfeverein, der Bund der Steuerzahler oder ein Steuerberatungsbüro können hier unterstützen.

Der Sozialverband VdK hilft

Manche der VdK-Landesverbände unterhalten Kooperationen mit Lohnsteuervereinen. Fragen Sie vor Ort nach.

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



AUF EINEN BLICK

Fahrplan für die ersten Schritte

- **Pflegeberatung aufsuchen** → [Seite 7](#)
- **Umbaumaßnahmen für pflegerechten Wohnraum planen** → [Seite 15](#)
- **Vollmachten und Vertretungsbefugnisse zwischen Pflegeperson und Betroffenen klären** → [Seite 19](#)
- **Pflegekasse kontaktieren** → [Seite 5](#)
- **Antrag stellen** → [Seite 5](#)
- **Begutachtung vorbereiten*** → [Seite 5](#)
Alles Wissenswerte rund um die Begutachtung und den Pflegegrad finden Sie im VdK-Ratgeber „Ab wann ist man pflegebedürftig? Alles, was Sie über die Pflegebegutachtung wissen müssen“.
- **Pflegeberatung aufsuchen für Versorgungsplan** → [Seite 7](#)
- **Hilfsmittel beantragen, wenn notwendig** → [Seite 13](#)
- **Mögliche Unterstützung bei der Pflege prüfen** → [Seite 8](#)
- **Hilfen organisieren – beispielsweise Suche nach einem Pflegedienst oder einem zugelassenen Dienst für Entlastungsleistungen, einem Tagespflegeplatz oder Hausnotruf** → [Seite 10](#)
- **Eigene Ansprüche als Pflegeperson prüfen** → [Seite 21](#)
- **Pflegekurs buchen** → [Seite 22](#)
- **Längerfristig: Personen für Verhinderungspflege suchen** → [Seite 12](#)



* Der VdK stellt einen Selbsteinschätzungsbogen für Erwachsene als PDF-Dokument kostenfrei zum Download auf der Internetseite des Sozialverbands VdK Deutschland bereit: www.vdk.de/pflegegradrechner sowie im VdK-Ratgeber „Ab wann ist man pflegebedürftig? Alles, was Sie über die Pflegebegutachtung wissen müssen“.



Die Leistungen der Pflegeversicherung

Leistungen	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Pflegegeld	--	332 €	573 €	765 €	947 €
Pflegesachleistungen	--	761 €	1432 €	1778 €	2200 €
Entlastungsbetrag	125 €	125 €	125 €	125 €	125 €
Tagespflege	--	689 €	1298 €	1612 €	1995 €
Kurzzeitpflege	--	1774 €	1774 €	1774 €	1774 €
Verhinderungspflege bis zu sechs Wochen (bei unter 25-Jährigen mit Pflegegrad 4 oder 5 bis zu acht Wochen)	--	bis zu 1612 €	bis zu 1612 €	bis zu 1612 €	bis zu 1612 €
Pflegehilfsmittel	bis zu 40 €	bis zu 40 €	bis zu 40 €	bis zu 40 €	bis zu 40 €
Hausnotruf	25,50 €	25,50 €	25,50 €	25,50 €	25,50 €
Digitale Pflegeanwendungen	bis zu 50 €	bis zu 50 €	bis zu 50 €	bis zu 50 €	bis zu 50 €
Wohnumfeld- verbessernde Maßnahmen	bis zu 4000 € und max. 16.000 € für Wohngemein- schaften	bis zu 4000 € und max. 16.000 € für Wohngemein- schaften	bis zu 4000 € und max. 16.000 € für Wohngemein- schaften	bis zu 4000 € und max. 16.000 € für Wohngemein- schaften	bis zu 4000 € und max. 16.000 € für Wohngemein- schaften

NOTIZEN

A series of horizontal dotted lines for taking notes.

IMPRESSUM

HERAUSGEBER

Sozialverband VdK Deutschland e. V.
Linienstr. 131 | 10115 Berlin
Telefon: 030 9210580-0
Telefax: 030 9210580-110
E-Mail: kontakt@vdk.de
Internet: www.vdk.de

V. i. S. d. P.

Andreas Wallenborn

KONZEPT UND REDAKTION

Sozialverband VdK Deutschland e. V.

GESTALTUNG

Carmen König, die königskinder

ILLUSTRATIONEN

Titel, S. 20: ©Yurii – adobe.stock.com; S. 2: ©celia-celia – adobe.stock.com; S.8: ©Valenty – adobe.stock.com; S. 9, S. 10: ©Sell Vector – adobe.stock.com; S. 14: ©Natalia – adobe.stock.com; S. 18: ©Віталій Баріда – adobe.stock.com; S. 26: ©Vectorillustrator – adobe.stock.com; S. 27: ©klikline – adobe.stock.com

DRUCK

Speedruck Berlin

Stand 12/2023

Die Inhalte dieser Broschüre wurden sorgfältig zusammengetragen, der Selbsteinschätzungsbogen mit größter Sorgfalt entwickelt. Dennoch können aufgrund von Weiterentwicklungen Inhalte ggf. nicht mehr aktuell sein. Der Selbsteinschätzungsbogen dient der unverbindlichen Einschätzung des voraussichtlichen Pflegegrades bzw. der Überprüfung des von der Pflegekasse zuerkannten Pflegegrades. Der Sozialverband VdK Deutschland e. V. kann für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Inhalte der Broschüre sowie die Auswirkungen der Ergebnisse des Selbsteinschätzungsbogens auf die Rechtsposition der Nutzerin oder des Nutzers keine Haftung übernehmen.

© Sozialverband VdK Deutschland e. V., 12/2023



www.vdk.de

Sozialverband VdK Deutschland e. V.
Linienstraße 131
10115 Berlin
Telefon: 030 9210580-0
Telefax: 030 9210580-110
E-Mail: kontakt@vdk.de

Diese Broschüre wurde überreicht durch: