

Leistungen der Pflegeversicherung

mit den neuen Regelungen aus dem Pflegestärkungsgesetz

leicht verständlich



Amt für Soziale Arbeit

In dieser Broschüre finden Sie leicht verständliche Informationen zur Pflegeversicherung.

Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf den Leistungen der Pflegeversicherung für Menschen mit Demenz.

Inhalt

Einleitung	4	
Wie beantragen Sie Leistungen von der Pflegeversicherung?	10	
Wie hoch sind die Leistungen von der Pflegeversicherung?	14	
Was bedeuten die Pflegestufen?	26	
Welche Pflegeleistungen gibt es von der Pflegeversicherung?	34	
Welche Leistungen gibt es für pflegende Angehörige?	50	
Zusätzliche finanzielle Unterstützung für Pflegebedürftige	62	
Weiterführende Informationen	66	

Einleitung

Krankheiten oder Behinderungen können dazu führen, dass Menschen dauerhaft Hilfe benötigen. Daraus kann Pflegebedürftigkeit entstehen.

Die Pflege und Betreuung von erkrankten Menschen stellt besonders die Angehörigen vor viele Fragen. Zum Beispiel:

- Welche Pflegeleistungen gibt es?
- Hat mein Angehöriger überhaupt Anspruch auf Pflegeleistungen?
- Wie beantrage ich Pflegeleistungen?
- Was sind Pflegestufen?
- Welche Leistungen bezahlt die Pflegeversicherung?

In dieser Broschüre finden Sie Antworten auf diese und weitere Fragen. Dabei gehen wir besonders auf die Leistungen für Menschen mit Demenz und anderen geistigen Beeinträchtigungen ein.

Die Pflegesituation in Deutschland

In Zukunft wird es immer mehr alte und immer weniger junge Menschen in Deutschland geben. Ältere Menschen sind oft auf Hilfe angewiesen. Deswegen nimmt die Zahl der pflegebedürftigen Menschen in Deutschland stark zu.

In diesem Zusammenhang wird oft über das Thema Demenz gesprochen. Demenz tritt häufig bei älteren Menschen auf. Sie vergessen gewohnte Abläufe. Sie können nicht mehr alleine für sich sorgen und selbstständig leben.

Immer mehr Menschen in Deutschland erkranken an Demenz und brauchen deshalb Unterstützung. Ein Großteil der Pflegebedürftigen wird zu Hause versorgt. Die Bundesregierung versucht daher, die Situation für Pflegebedürftige und für ihre Angehörigen zu verbessern. Besonders die Pflege von älteren Menschen mit Demenz steht nun im Mittelpunkt. Ab 2015 trat deshalb ein neues Gesetz in Kraft. Es heißt: Pflegestärkungsgesetz.

Die Pflegesituation in Wiesbaden

Die Menschen in Deutschland werden immer älter. Sie benötigen immer mehr Pflegeleistungen. Das betrifft auch die Einwohner in Wiesbaden. Hier gibt es bereits viele Unterstützungsangebote für pflegebedürftige Menschen.

Dazu gehören

- Beratungsangebote,
- häusliche Hilfen,
- Pflegeeinrichtungen wie Pflegeheime oder die Tagespflege.

Auch in Wiesbaden gibt es immer mehr Menschen, die an Demenz erkranken. Die Betroffenen und ihre Angehörigen können sich über die Krankheit informieren.

Zum Beispiel

- in den Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter,
- im Pflegestützpunkt Wiesbaden,
- bei der Alzheimer-Gesellschaft oder
- in der Geschäftsstelle vom Forum Demenz Wiesbaden.

Dort gibt es weitere Beratungsangebote. Und es gibt Broschüren über Angebote für Betroffene und ihre Angehörigen. Die Adressen der Beratungsstellen finden Sie auf der Seite 70.

Was bedeutet Pflegebedürftigkeit?

Pflegebedürftigkeit bedeutet, dass Menschen Hilfe brauchen, weil sie dauerhaft krank oder behindert sind. Dauerhaft heißt: länger als sechs Monate. Die Betroffenen bekommen Leistungen von der Pflegeversicherung, wenn sie verschiedene alltägliche Dinge nicht mehr selbst tun können. Zum Beispiel sich waschen, einkaufen gehen oder Treppen steigen.

Wenn jemand nur kurze Zeit pflegebedürftig ist, gibt es keine Leistungen von der Pflegeversicherung. Zum Beispiel nach einem Beinbruch.

Wie beantragen Sie Leistungen von der Pflegeversicherung?

Die Leistungen der Pflegeversicherung müssen Sie beantragen. Sie bekommen die Antragsformulare bei der Pflegekasse oder bei der Krankenkasse. Ein Anruf genügt. Dann werden Ihnen die Formulare zugeschickt.

Die Pflegekassen sind eng an die Krankenkassen angegliedert. Es sind aber eigenständige Einrichtungen.

Stellen Sie den Pflegeantrag, sobald die Pflegebedürftigkeit eintritt. Oder wenn die Pflegebedürftigkeit vorherzusehen ist. Den ausgefüllten Pflegeantrag geben Sie bei der Pflegekasse ab.

Achtung: Sie bekommen Leistungen von der Pflegeversicherung frühestens ab dem Monat, in dem Sie den Antrag stellen. Es genügt, wenn Sie den Antrag am Monatsende bei der Pflegekasse abgeben. Sie bekommen dann die gesamten Leistungen für diesen Monat. Aber nur, wenn auch die Pflegebedürftigkeit schon bestand.

Ob jemand die Voraussetzungen erfüllt, um Leistungen von der Pflegeversicherung zu bekommen, wird **individuell** geprüft. Dazu beauftragt die Pflegekasse den **Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK)**. Bei Privatversicherten heißt dieser Dienst **Medic PROOF**.

Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) macht einen Hausbesuch. Er schaut sich die Lebenssituation der Person an, die gepflegt werden soll und erstellt dazu ein Gutachten. Das Gutachten wird mit einer Empfehlung einer Pflegestufe an die Pflegekasse weitergegeben. Die Pflegekasse verschickt dann einen Bescheid an den Antragssteller. Darin steht, ob Pflegebedürftigkeit besteht und welche Pflegestufe die zu pflegende Person bekommt. Die Pflegestufe legt fest, wie hoch die Leistungen von der Pflegeversicherung sind.

Verschlechtert sich der Gesundheitszustand des Pflegebedürftigen, können Sie jederzeit die Einstufung in eine höhere Pflegestufe beantragen. Lesen Sie mehr zu den Pflegestufen ab Seite 26.

Den Bescheid von der Pflegekasse erhalten Sie spätestens fünf Wochen nachdem der Pflegeantrag gestellt wurde. Wenn Sie nach fünf Wochen immer noch keinen Bescheid bekommen haben, muss die Pflegekasse eine Strafe an Sie zahlen. Die Höhe der Strafe beträgt 70 Euro für jede Woche Verspätung.

Wie hoch sind die Leistungen von der Pflegeversicherung?

Die Höhe der Leistungen hängt davon ab, wie viel Hilfe der Pflegebedürftige für einzelne Tätigkeiten braucht. Und was der Pflegebedürftige teilweise noch selbst machen kann. Dafür ermittelt der Gutachter oder der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) den Hilfebedarf in den Bereichen **hauswirtschaftliche Versorgung und Grundpflege**. Daraus ergibt sich dann die Pflegestufe, die im Bescheid der Pflegekasse steht.

Zur **hauswirtschaftliche Versorgung** gehören die Tätigkeiten

- Einkaufen, Kochen und Spülen,
- Wohnung reinigen und beheizen,
- Kleidung und Wäsche wechseln und waschen.

Zur **Grundpflege** gehören:

- **Körperpflege:** Waschen, Duschen, Baden, Zahnpflege, Kämmen, Rasieren und die Hilfe bei der Darm- und Blasenentleerung
- **Ernährung:** Speisen mundgerecht zubereiten, das heißt zum Beispiel Brot und Fleisch klein schneiden und Hilfe bei der Aufnahme der Nahrung
- **Mobilität:** Hilfe beim Aufstehen und Schlafengehen, Ankleiden und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen und Begleitung von Arztbesuchen. Spaziergänge zur Freizeitgestaltung werden nicht angerechnet.

Für jede einzelne Tätigkeit wird ermittelt, wie viele Minuten die Hilfe in Anspruch nimmt. Die Berechnung des Zeitbedarfs ist davon abhängig, ob

- die Tätigkeit komplett von der Pflegeperson übernommen wird,
- die Tätigkeit teilweise übernommen wird,
- der Pflegebedürftige eine Unterstützung für die Tätigkeit bekommt,
- der Pflegebedürftige eine Anleitung für die Tätigkeit bekommt oder
- die Tätigkeit nur beaufsichtigt wird.

Manche Pflegebedürftige brauchen zum Beispiel Unterstützung, um in die Badewanne zu steigen. Sie können sich dann aber selbst waschen.

Manche Betroffene können sich selbst nicht waschen. Dann übernimmt die Pflegerin oder der Pfleger diese Tätigkeit für sie.

Außerdem muss der Gutachter die folgenden Kriterien beachten, wenn er den Zeitbedarf für die Pflegetätigkeiten ermittelt:

- Ausschlaggebend ist der Zeitaufwand, den eine nichtprofessionelle Person für die Pflegetätigkeiten benötigt. Eine ältere Dame, die ihren Ehemann pflegt, benötigt möglicherweise mehr Zeit als das Personal von einem Pflegedienst.
- Bei der Pflege gibt es verschiedene Möglichkeiten der Unterstützung, die als Pflegezeit angerechnet werden müssen. Dazu gehört gleichermaßen das Anleiten, Motivieren und Beaufsichtigen des Pflegebedürftigen. Das Ziel ist hier auch der Erhalt der vorhandenen Fähigkeiten des Pflegebedürftigen.
- Geht die Pflegeperson auf Ängste, Unsicherheiten, Aggressionen oder Unruhe des Pflegebedürftigen ein, ist das auch Pflegezeit. Ebenso wie Lob und Anerkennung.
- Auch häufige kurze Pflegetätigkeiten gehören zur Pflege. Zum Beispiel die Aufforderung zum Trinken.

Wenn der Gutachter diese Vorgaben nicht beachtet hat, ist das Gutachten fehlerhaft. Dann können Sie Widerspruch gegen den Bescheid von der Pflegekasse einlegen. Die Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter oder der Pflegestützpunkt helfen Ihnen beim Verständnis des Gutachtens und der Formulierung des Widerspruchs.

Bereiten Sie sich auf das Gespräch mit dem Gutachter vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen gut vor!

1. Sie müssen rechtzeitig darüber informiert werden, wann der Hausbesuch des Gutachters stattfindet. Wenn der Termin für Sie ungünstig ist, muss Ihnen der Medizinische Dienst einen anderen Termin anbieten.
2. Wenn Sie nicht offen über den Hilfebedarf des Pflegebedürftigen sprechen können, dann verlangen Sie während der Begutachtung ein zusätzliches Gespräch mit dem Gutachter.
3. Der Gutachter hat für die Begutachtung ungefähr 30 bis 60 Minuten Zeit. Der Gutachter muss Ihnen dabei genug Zeit geben, damit Sie ihn über den Hilfebedarf des Pflegebedürftigen informieren können. Sprechen Sie vor allem darüber, wie viel Zeit für jede Pflegetätigkeit benötigt wird.
4. Wenn die pflegebedürftige Person an Demenz leidet, können Sie einen Gutachter beantragen, der Fachkenntnisse über diese Krankheit und die Folgen für den Alltag des Pflegebedürftigen hat.
5. Schreiben Sie sich vorher genau auf, welche Hilfen der Pflegebedürftige braucht. Führen Sie zum Beispiel ein **Pflegetagebuch**. Darin tragen Sie ein, welche Hilfen der Pflegebedürftige bekommt und wie viel Zeit Sie für jede einzelne Tätigkeit benötigen. Das Pflegetagebuch gibt es bei Ihrer Pflegekasse oder bei Sozialverbänden, Verbraucherzentralen und Pflegestützpunkten. Im Gespräch mit dem Gutachter können Sie auf das Pflegetagebuch zurückgreifen.
6. Teilen Sie dem Gutachter alle Information mit, die Sie als wichtig empfinden. Auch wenn der Gutachter nicht danach fragt. Der Gutachter muss auf Ihre Einschätzungen eingehen, auch wenn er anderer Meinung ist. Wenn Ihre Einschätzungen später nicht im Gutachten stehen, ist das Gutachten fehlerhaft.
7. Der Gutachter soll alle Beteiligten in einer normalen Alltagssituation erleben. Verharmlosen oder beschönigen Sie den Hilfebedarf nicht! Richten Sie den Pflegebedürftigen nicht besonders gepflegt her.
8. Schämen Sie sich nicht, den Pflegeaufwand und den Betreuungsaufwand wahrheitsgemäß anzugeben.

Was können Sie tun, wenn Sie mit dem Bescheid von der Pflegekasse nicht einverstanden sind?

Wenn Sie mit dem Bescheid nicht einverstanden sind, können Sie schriftlich **Widerspruch** einlegen. Zum Beispiel wenn Sie den Eindruck haben, dass die Pflegebedürftigkeit nicht richtig eingestuft wurde.

Für den **Widerspruch** haben Sie einen Monat Zeit. Es reicht zunächst, wenn Sie den Widerspruch ohne Begründung einreichen. Die Begründung und alle nötigen Unterlagen können Sie auch später abgeben.

Fordern Sie außerdem eine Kopie des Gutachtens bei der Pflegekasse an. Darauf haben Sie einen Rechtsanspruch.

Führen Sie gleichzeitig mindestens eine Woche lang ein **Pflegetagebuch**. Darin tragen Sie ein, welche Hilfen der Pflegebedürftige bekommt. Das Pflegetagebuch hilft Ihnen später dabei, die Angaben im Gutachten zu überprüfen. Zum Beispiel ob eine pflegende Tätigkeit mehr oder weniger Zeit in Anspruch nimmt.

Sie können für Ihren Widerspruch die Angaben im Gutachten direkt korrigieren. Ergänzen Sie zum Beispiel einzelne Aussagen oder tragen Sie neue Minutenwerte ein. Sie können den Widerspruch aber auch in Textform verfassen.

Die Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter oder der Pflegestützpunkt helfen Ihnen gerne dabei.

Wie können Sie Ihren Widerspruch zum Bescheid der Pflegestufe begründen?

Argumente für die Begründung Ihres Widerspruchs können zum Beispiel sein:

- Der Gutachter hat ein Einzelgespräch mit Ihnen abgelehnt.
- Der Gutachter ist nur wenig oder gar nicht auf Ihre Erklärungen und Einschätzungen eingegangen.
- Der Gutachter hat sich zu wenig Zeit genommen, um den Hilfebedarf des Pflegebedürftigen festzustellen.
- Der Gutachter hatte keine oder wenige Fachkenntnisse über das Krankheitsbild des Pflegebedürftigen.
- Der Gutachter hat einzelne Pflegetätigkeiten nicht berücksichtigt.
- Der Gutachter hat die Pflegezeit für die Beaufsichtigung und Anleitung des Pflegebedürftigen nicht berücksichtigt.

Beschreiben Sie auch alle Krankheitssymptome, die die Pflegezeit erhöhen. Dazu gehört zum Beispiel, dass sich der Pflegebedürftige gegen die Pflege wehrt oder besonders dazu motiviert werden muss. Oder dass vieles nur sehr langsam geht und mehrere Anläufe braucht.

Auch ein Attest vom Facharzt kann für den Widerspruch hilfreich sein. Etwa von einem Neurologen, der sich zum Beispiel gut mit Demenz-Erkrankungen auskennt. Im Attest sollten klare Aussagen über das Krankheitsbild und die Folgen für den Alltag des Pflegebedürftigen stehen.

Wer berät Sie zum Thema Pflege?

Wenn ein Mensch pflegebedürftig wird, gibt es viel zu organisieren. Es ist nicht leicht, einen Überblick über alle Leistungen und Hilfsangebote für pflegebedürftige Menschen zu bekommen und die passenden Angebote auszuwählen.

Deshalb haben pflegebedürftige Menschen und Menschen mit Behinderungen einen rechtlichen Anspruch auf eine Pflegeberatung. Das gilt auch für Menschen, die von Pflege oder Behinderung bedroht sind.

Die Betroffenen und ihre Angehörigen können sich durch die **Pflegekasse** beraten lassen. Oder durch den **Pflegestützpunkt**. Auch die Landeshauptstadt Wiesbaden hat einen Pflegestützpunkt. Eine Liste mit Adressen und Ansprechpartnern finden Sie auf Seite 70.

Die Pflegeberatung durch die Pflegekasse

Wenn Sie zum ersten Mal einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung stellen, bietet Ihnen die Pflegekasse ein Beratungsgespräch mit einem Pflegeberater an. Die Pflegekasse ist gesetzlich dazu verpflichtet. Das Gespräch ist kostenfrei. Nachdem Sie den Pflegeantrag gestellt haben, hat die Pflegekasse 14 Tage Zeit, das Beratungsgespräch durchzuführen. Sie können sich aber auch zu einem späteren Zeitpunkt beraten lassen.

Manchmal kann die Pflegekasse die Frist nicht einhalten. Dann bekommen Sie einen Beratungsgutschein von Ihrer Pflegekasse. Darin stehen geeignete Anbieter, bei denen Sie innerhalb von zwei Wochen eine Pflegeberatung bekommen. Die Kosten übernimmt die Pflegekasse.

Personen, die schon Leistungen von der Pflegeversicherung bekommen, haben auch einen Anspruch auf eine Pflegeberatung. Allerdings gibt es in diesem Fall keine Terminfrist für das Beratungsgespräch. Auch Angehörige von pflegebedürftigen Menschen können das Beratungsangebot von der Pflegekasse nutzen.

Das Beratungsgespräch zur Pflege

Wenn Sie möchten, findet das Beratungsgespräch bei Ihnen zu Hause statt. Auch Angehörige oder Berater anderer Beratungsstellen dürfen daran teilnehmen.

Im Beratungsgespräch geht es zum Beispiel um diese Fragen: Welche Leistungen sollte der Pflegebedürftige bekommen? Welche Hilfsangebote passen am besten zu seinem Hilfebedarf?

Der Pflegeberater braucht viele Informationen über die Lebenssituation des Pflegebedürftigen, damit er Sie gut beraten kann. Er wird Sie fragen, welche Beeinträchtigungen der Pflegebedürftige hat. Und welche konkreten Hilfen und Unterstützungen der Pflegebedürftige benötigt. Dann stellt der Pflegeberater einen Plan auf, wie der Pflegebedürftige am besten unterstützt werden kann.

Wenn Sie die Hilfe von professionellen Pflegekräften in Anspruch nehmen möchten, hilft Ihnen der Pflegeberater bei der Suche nach einem geeigneten Pflegedienst.

Achtung: Der Pflegeberater kann Ihnen nur Empfehlungen geben. Sie haben keinen Rechtsanspruch darauf, dass die Empfehlungen umgesetzt werden.

Pflegeberatung im Pflegestützpunkt Wiesbaden

In Wiesbaden gibt es seit 2010 einen unabhängigen Pflegestützpunkt. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beraten Sie dort zu Sozialleistungen und Hilfsangeboten für Pflegebedürftige. Sie helfen Ihnen auch, die passenden Angebote auszuwählen. Und sie unterstützen Sie dabei, die Leistungen der Pflegeversicherung zu beantragen. Die Adresse des Pflegestützpunktes finden Sie auf der Seite 70.

Was bedeuten die Pflegestufen?

Wenn der Pflegebedürftige alle Voraussetzungen erfüllt, wird eine Pflegestufe zugewiesen. Die Pflegestufe gibt an, wie hoch der Pflegebedarf ist und welche Leistungen von der Pflegeversicherung übernommen werden. Es gibt die Pflegestufen 0, 1, 2 und 3.

Ob jemand eine niedrige oder hohe Pflegestufe bekommt, wird besonders durch eine Frage entschieden: Wie viel Grundpflege braucht der pflegebedürftige Mensch? Zur Grundpflege gehören zum Beispiel die Körperpflege, Toilettengänge oder die Nahrungsaufnahme. Hier liegt der Schwerpunkt also auf den körperlichen Beeinträchtigungen des Pflegebedürftigen.

Andere Hilfen werden in den Pflegestufen weniger berücksichtigt. Zum Beispiel Hilfen bei der Freizeitgestaltung oder die allgemeine Betreuung eines Pflegebedürftigen. Das sind aber Hilfen, die zum Beispiel bei der Pflege von Menschen mit Demenz sehr wichtig sind.

Deswegen ist die Einführung des Pflegestärkungsgesetzes II vorgesehen.

Ab 2017 soll es bei der Pflegebedürftigkeit **keinen Unterschied** mehr zwischen körperlichen, geistigen oder psychischen Beeinträchtigungen geben.

Die individuelle Pflegebedürftigkeit soll im Mittelpunkt stehen.

Dann sind diese Fragen wichtig:

Wie selbständig ist ein pflegebedürftiger Mensch? Was kann er oder sie noch alleine? Und wo ist Unterstützung nötig? Anstelle der Pflegestufen wird es dann fünf Pflegegrade geben.

Was sind zusätzliche Betreuungsleistungen bei eingeschränkter Alltagskompetenz?

Menschen mit Demenz, einer geistigen Behinderung oder einer psychischen Erkrankung können Zusatzleistungen von der Pflegeversicherung bekommen. Nämlich dann, wenn sie nicht nur Hilfe bei der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung brauchen, sondern auch auf allgemeine Betreuung und Beaufsichtigung angewiesen sind. Zum Beispiel, wenn sie ihren Tagesablauf nicht mehr selbst planen können. Der Gesetzgeber spricht hier von »eingeschränkter Alltagskompetenz«.

Diese Zusatzleistungen gibt es in den Pflegestufen 0, 1, 2 und 3. Zu den zusätzlichen Betreuungsleistungen bei eingeschränkter Alltagskompetenz gehören zum Beispiel:

- soziale Kontakte für den Pflegebedürftigen herstellen und unterstützen,
- eine Tagesstruktur für den Pflegebedürftigen entwickeln und umsetzen,
- Hilfe bei der Freizeitgestaltung geben.

Die Leistungen für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz sind in fast allen Pflegestufen höher, außer in der Pflegestufe 3. Der Pflegebedürftige bekommt zum Beispiel mehr Pflegegeld für die Pflege zu Hause.

Zusätzliche Leistungen zur Betreuung und Entlastung

Der Gutachter vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) prüft, ob ein Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen besteht.

Folgende Fragen sind dabei wichtig:

- Verlässt der Pflegebedürftige die Wohnung unkontrolliert?
- Verursacht der Pflegebedürftige gefährliche Situationen?
- Geht der Pflegebedürftige falsch mit gefährlichen Gegenständen oder gefährlichen Substanzen um, zum Beispiel mit Messern oder Reinigungsmitteln?
- Ist der Pflegebedürftige aggressiv oder wird er handgreiflich?
- Verhält sich der Pflegebedürftige in verschiedenen Situationen unangebracht?
- Kann der Pflegebedürftige seine eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse nicht richtig wahrnehmen?
- Wehrt sich der Pflegebedürftige gegen therapeutische oder schützende Maßnahmen, weil er an einer Depression oder Angst-Störung leidet?
- Leidet der Pflegebedürftige unter Gedächtnisstörungen oder einem geringen Urteilsvermögen? Und führt das zu Problemen im Alltag?

- Ist der Tag- und Nacht-Rhythmus des Pflegebedürftigen gestört?
- Kann der Pflegebedürftige seinen Tagesablauf nicht selbständig planen?
- Kann der Pflegebedürftige Situationen im Alltag nicht mehr richtig einschätzen und reagiert darauf unangemessen?
- Kann der Pflegebedürftige seine Gefühle nicht mehr kontrollieren?
- Leidet der Pflegebedürftige unter einer Depression, ist er niedergeschlagen, verzagt oder fühlt Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit?

Wenn mehrere Fragen mit »ja« beantwortet werden können, hat der Pflegebedürftige Anspruch auf zusätzliche Leistungen zur Betreuung und Entlastung. Dafür stellt die Pflegekasse einen Betrag in Höhe von **104 oder 208 Euro** als Sachleistung bereit.

Mit diesen Leistungen zur Betreuung und Entlastung können Pflegeleistungen von Pflegediensten, der Tages- und Nachtpflege, anerkannte niedrigschwellige Angebote und vieles mehr in Anspruch genommen werden. Niedrigschwellige Angebote sind zum Beispiel Betreuungs- und Freizeitgruppen für Menschen mit Demenz.

Diese Leistungen gibt es für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz zusätzlich zum Pflegegeld oder den Pflegesachleistungen.

Achtung: Seit dem 01. Januar 2015 stehen allen Pflegebedürftigen der Pflegestufen 1, 2 und 3 zusätzliche Sachleistungen zur Betreuung und Entlastung in Höhe von **104 Euro** zur Verfügung. Diese Leistungen können auch Pflegebedürftige ohne eingeschränkte Alltagskompetenz in Anspruch nehmen.

Pflegestufe 0

Wenn beim Pflegebedürftigen der Hilfebedarf unter der Pflegestufe 1 liegt, aber eine eingeschränkte Alltagskompetenz vorliegt, wird von der Pflegestufe 0 gesprochen. Das sind zum Beispiel Personen, die an Demenz erkrankt sind. Sie brauchen bereits Beaufsichtigung, sind körperlich aber noch relativ fit.

Pflegestufe 1

Bei Pflegestufe 1 spricht man von »erheblicher Pflegebedürftigkeit«. Die Voraussetzungen sind:

- Der Pflegebedürftige braucht mindestens ein Mal am Tag Hilfe bei zwei Tätigkeiten aus dem Bereich der Grundpflege.
- Der Pflegebedürftige braucht **mehrmals in der Woche** Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung.
- Der Aufwand für die Pflege und die Hauswirtschaft liegt im Durchschnitt bei **mindestens 90 Minuten** am Tag. Davon entfallen **mindestens 45 Minuten** auf die Grundpflege.

Ein Beispiel:

Eine ältere Dame lebt im eigenen Haushalt. Sie braucht Hilfe beim Waschen des Intimbereichs und des Unterkörpers. Außerdem kann sie Hosen und Strümpfe nicht alleine anziehen. Mit Mühe klappt das Ausziehen am Abend ohne Hilfe. Ein Mal in der Woche benötigt sie Hilfe beim Baden. Drei Mal in der Woche kommt ihre Tochter vorbei. Sie bringt vorgekochtes Essen zum Aufwärmen mit, geht einkaufen und erledigt weitere Hausarbeiten.

Pflegestufe 2

Bei Pflegestufe 2 spricht man von »schwerer Pflegebedürftigkeit«.

Die Voraussetzungen sind:

- Der Pflegebedürftige bekommt mindestens **drei Mal am Tag** Hilfe bei der Grundpflege.
- Der Pflegebedürftige bekommt **mehrmals in der Woche** Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung.
- Der Aufwand für die Pflege liegt im Durchschnitt bei **mindestens drei Stunden** am Tag. Davon entfallen **mindestens zwei Stunden** auf die Grundpflege.

Ein Beispiel:

Ein Mann lebt mit seiner Ehefrau in einem Haushalt zusammen. Morgens kommt ein Pflegedienst. Der Mann bekommt vom Pflegedienst Anleitung zum Waschen von Gesicht, Händen und Intimbereich. Das Waschen seines übrigen Körpers, das Kämmen, Zähneputzen und Ankleiden übernimmt der Pflegedienst teilweise oder ganz. Mundgerecht zubereitete Mahlzeiten kann der Mann ohne Hilfe essen. Getränke werden ihm eingeschenkt. Zum Trinken wird er immer wieder aufgefordert. Abends übernimmt die Ehefrau teilweise das Umziehen und die Intimpflege. Beim Duschen und Haare waschen braucht der Mann viel Hilfe. Die hauswirtschaftliche Versorgung übernimmt die Ehefrau.

Pflegestufe 3

Bei Pflegestufe 3 spricht man von »Schwerstpflegebedürftigkeit« oder von »rund-um-die-Uhr-Pflege«.

Die Voraussetzungen sind:

- Der Pflegebedürftige kann zu **jeder Tageszeit** Hilfe benötigen. Auch nachts.
- Der Aufwand für die Pflege liegt im Durchschnitt bei **mindestens fünf Stunden** am Tag. Davon entfallen **mindestens vier Stunden** auf die Grundpflege.

Ein Beispiel:

Eine Dame lebt im Haushalt der Tochter. Sie benötigt Anleitung beim Waschen von Gesicht, Händen und Intimbereich. Das Waschen des übrigen Körpers, das Kämmen, Zähneputzen und Ankleiden übernimmt die Tochter teilweise oder ganz. Beim Essen wird sie angeleitet. Teilweise muss ihr das Essen auch angereicht werden. Die Dame wird mehrmals am Tag zur Toilette geführt. Und auch ein bis zwei Mal in der Nacht, denn die Inkontinenzartikel müssen gewechselt werden. Anschließend ist eine Intimpflege nötig. Bei allen Gängen in der Wohnung muss die Dame begleitet werden.

Für Pflegebedürftige, die noch mehr Hilfe benötigen, gibt es die **Härtefall-Regelung**. Sie tritt in Kraft, wenn der Pflegebedürftige **täglich mehr als sieben Stunden** Pflege benötigt oder wenn **zwei Pflegepersonen gleichzeitig im Einsatz** sein müssen.

Welche Pflegeleistungen gibt es von der Pflegeversicherung?

Auf den folgenden Seiten lesen Sie mehr über die verschiedenen Pflegeleistungen, die Sie von der Pflegekasse bekommen können. Dazu gehören

- Pflegesachleistungen
- das Pflegegeld
- eine Kombination aus Sachleistung und Geldleistung
- die teilstationäre Pflege
- die vollstationäre Pflege
- Pflegehilfsmittel
- Verbesserung des Wohnumfelds
- Leistungen für Pflegebedürftige in Wohngruppen

Pflegesachleistungen

Je nach Pflegestufe werden unterschiedliche Pflegesachleistungen gewährt. Als Pflegesachleistungen bezeichnet man häusliche Pflege, die durch einen Pflegedienst geleistet wird. Das heißt, eine professionelle Pflegekraft unterstützt den Pflegebedürftigen zu Hause.

In der Tabelle 1 stehen die Beträge, die die Pflegeversicherung für Pflegesachleistungen monatlich zur Verfügung stellt.

Und zwar in den Bereichen Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung und allgemeine Betreuung.

Tabelle 1

Pflegestufe	Pflegesachleistungen pro Monat
0	keine Leistungen vorgesehen
1	bis zu 468 Euro
2	bis zu 1.144 Euro
3	bis zu 1.612 Euro
Härtefall	bis zu 1.995 Euro

Die Tabelle 2 gilt für pflegebedürftige Menschen, die Hilfe bei der Grundpflege, der hauswirtschaftlichen Versorgung und zusätzliche Betreuungsleistungen bei eingeschränkter Alltagskompetenz brauchen. Das sind zum Beispiel Menschen mit Demenz.

Tabelle 2

Pflegestufe	Pflegesachleistungen pro Monat
0	bis zu 231 Euro
1	bis zu 689 Euro
2	bis zu 1.298 Euro
3	bis zu 1.612 Euro
Härtefall	bis zu 1.995 Euro

Pflegegeld

Ein pflegebedürftiger Mensch kann sich auch von ehrenamtlichen Pflegepersonen zu Hause pflegen lassen. Meistens ist das ein Angehöriger, zum Beispiel der Ehepartner. Dann wird anstelle der Pflegesachleistung ein Pflegegeld ausgezahlt.

Die Tabelle 3 gilt für pflegebedürftige Menschen, die Unterstützung bei der Grundpflege und bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Tabelle 3

Pflegestufe	Pflegegeld pro Monat
0	keine Leistungen vorgesehen
1	244 Euro
2	458 Euro
3	728 Euro
Härtefall	Das Gesetz sieht den Härtefall beim Pflegegeld nicht vor.

Die Tabelle 4 gilt für pflegebedürftige Menschen, die Hilfe bei der Grundpflege, der hauswirtschaftlichen Versorgung und zusätzliche Betreuungsleistungen bei eingeschränkter Alltagskompetenz brauchen. Das sind zum Beispiel Menschen mit Demenz.

Tabelle 4

Pflegestufe	Pflegegeld pro Monat
0	123 Euro
1	316 Euro
2	545 Euro
3	728 Euro
Härtefall	Das Gesetz sieht den Härtefall beim Pflegegeld nicht vor.

Kombinationsleistung

Kombinationsleistung bedeutet, dass Sie das Pflegegeld und die Pflegesachleistung miteinander kombinieren können. Sie erhalten also einen Teil Pflegesachleistungen und einen Teil Pflegegeld. Das ist der Fall, wenn der Pflegedienst die Sachleistung nicht komplett aufbraucht und daher ein Restbetrag übrig bleibt.

Ein Beispiel:

Ein älterer Herr wird zwei mal in der Woche vom Pflegedienst geduscht. An den restlichen Tagen übernimmt die Ehefrau eine Teilwäsche. Auch die hauswirtschaftliche Versorgung erledigt die Ehefrau. Die Pflegesachleistung wird daher nicht voll aufgebraucht und der Herr bekommt noch ein anteiliges Pflegegeld ausgezahlt.

Ihr Pflegedienst, die Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter und der Pflegestützpunkt beraten Sie gerne zur Kombinationsleistung.

Teilstationäre Pflege: Tages- und Nachtpflege

Teilstationäre Pflege bedeutet, dass ein Pflegebedürftiger teilstationär versorgt wird. Das heißt, der Pflegebedürftige wird nicht nur zu Hause, sondern auch in einer Einrichtung für Tages- und Nachtpflege betreut.

Pflegebedürftige können die teilstationäre Pflege in Anspruch nehmen, wenn die Pflege zu Hause nicht ausreicht. Oder wenn die häusliche Pflege ergänzt und unterstützt werden soll. Zum Beispiel, weil die pflegenden Angehörigen tagsüber berufstätig sind, aber der Pflegebedürftige viel Betreuung braucht. Die teilstationäre Pflege kann deshalb auch eine große Entlastung für die pflegenden Angehörigen sein.

Die Pflegekasse übernimmt die Kosten für die teilstationäre Pflege je nach Pflegestufe bis zu einem festgelegten Betrag **zusätzlich** zum Pflegegeld oder der Pflegesachleistung. Sie müssen jedoch einen bestimmten Betrag selbst zahlen. Die Einrichtungen für teilstationäre Pflege können Ihnen genau ausrechnen, welche Leistungen Sie dafür von der Pflegekasse bekommen und was Sie selbst bezahlen müssen.

Ein Beispiel:

Eine ältere Dame leidet an Demenz. Sie geht drei Mal in der Woche in die Tagespflege. Dort wird sie gefördert durch eine regelmäßige Tagesstruktur und Beschäftigungsangebote wie malen oder Gedächtnistraining. Außerdem bekommt Sie Betreuung und hat regelmäßig soziale Kontakte. Ihre Angehörigen werden durch die Tagespflege auch entlastet

Vollstationäre Pflege

Vollstationäre Pflege bedeutet, dass der pflegebedürftige Mensch rund um die Uhr in einem Pflegeheim versorgt wird. Das ist dann notwendig, wenn eine häusliche Pflege oder eine teilstationäre Pflege nicht möglich ist.

Dafür kann es verschiedene Gründe geben:

- Es gibt niemanden, der die Pflege übernehmen kann.
Zum Beispiel weil der Pflegebedürftige keine Angehörigen hat.
- Es gibt zwar Personen, die die Pflege übernehmen könnten.
Aber sie möchten es nicht.
- Die Pflegeperson ist überfordert mit der Pflege.
- Der Pflegebedürftige ist in einem schlechten Zustand,
weil er nicht richtig versorgt wird.
- Der Pflegebedürftige gefährdet sich selbst oder andere.
- Die Wohnsituation lässt eine häusliche Pflege nicht zu.
Und die Wohnsituation kann auch nicht verbessert werden.

Die Pflegekasse übernimmt die Kosten für das Pflegeheim je nach Pflegestufe bis zu einem festgelegten Betrag.

Tabelle 5

Pflegestufe	Vollstationäre Pflege pro Monat
1	1.064 Euro
2	1.330 Euro
3	1.612 Euro
Härtefall	1.995 Euro

In der Pflegestufe 0 ist gesetzlich kein Betrag festgelegt worden.

Pflegehilfsmittel

Eine weitere Leistung der Pflegeversicherung sind Pflegehilfsmittel für die Pflege zu Hause. Jeder Pflegebedürftige hat einen Anspruch darauf – unabhängig von der Pflegestufe. Diese Leistung erhalten Pflegebedürftige **zusätzlich** zu Pflegegeld und Pflegesachleistungen.

Es gibt zwei Arten von Pflegehilfsmitteln:

- **Technische Pflegehilfsmittel**

Das sind zum Beispiel Rollstühle, Esstischen oder Pflegebetten. Diese Hilfsmittel verleiht die Pflegeversicherung normalerweise an die Pflegebedürftigen. Wenn das nicht möglich ist, muss der Pflegebedürftige 10 Prozent vom Kaufpreis selbst dazu bezahlen. Aber nie mehr als 25 Euro.

- **Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel**

Das sind zum Beispiel Einmal-Handschuhe, Inkontinenzartikel, Bettschutzeinlagen oder Desinfektionsmittel. Die Pflegekasse bezahlt diese Hilfsmittel bis zu einem Betrag von 40 Euro pro Monat. Alles darüber muss man selbst bezahlen.

Die Pflegeversicherung bewilligt Pflegehilfsmittel, wenn sie

- die Pflege erleichtern oder
- die Beschwerden des Pflegebedürftigen lindern oder
- die Selbständigkeit des Pflegebedürftigen unterstützen.

Es gibt auch Hilfsmittel, die von der Krankenkasse bezahlt werden.

Zum Beispiel, wenn damit die Auswirkung einer Behinderung vermindert wird. Oder wenn die Hilfsmittel Teil einer medizinischen Behandlung sind. Typische Hilfsmittel von der Krankenkasse sind Rollstühle, Rollatoren, Duschhocker oder Badewannenlifte.

In solchen Fällen ist die Pflegeversicherung nicht zuständig.

Sprechen Sie mit Ihrer Krankenkasse oder Ihrer Pflegeversicherung, wenn Sie sich nicht sicher sind, welche Hilfsmittel bezahlt werden.

Verbesserung des Wohnumfelds

Die Pflegeversicherung unterstützt auch Maßnahmen, die das Wohnumfeld des Pflegebedürftigen verbessern. Das Wohnumfeld ist der Lebensmittelpunkt des Pflegebedürftigen. Zum Beispiel das eigene Haus. Oder die Wohnung der Angehörigen, in der der Pflegebedürftige lebt und gepflegt wird.

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, die das Wohnumfeld des Pflegebedürftigen verbessern können:

- **Umbau der Wohnung**
Dazu gehören unter anderem Treppenlifte oder Rampen, die fest eingebaut werden, Verbreiterungen von Türen oder spezielle Lifte in Badezimmern, damit zum Beispiel die Toilette benutzt werden kann.
- **Einbau oder Umbau der Wohnungseinrichtung**
Dazu gehört zum Beispiel der Austausch der Badewanne gegen eine Dusche. Oder wenn die Küchenschränke weiter unten angebracht werden, damit der Pflegebedürftige sie besser erreicht.
- **Umzug**
Wenn eine andere Wohnung besser geeignet ist für die Pflege, ist der Umzug eine Maßnahme, die das Wohnumfeld des Pflegebedürftigen verbessert. Zum Beispiel wenn der Pflegebedürftige aus einem Obergeschoss in eine Erdgeschoss-Wohnung zieht. Oder wenn die neue Wohnung behindertengerecht ist.

Mit den Verbesserungen des Wohnumfelds wird die Pflege zu Hause oft erst möglich – oder erheblich erleichtert. Sie helfen dem Pflegebedürftigen, selbstständiger zu leben. Der Pflegebedürftige ist dann weniger auf die Hilfe von Pflegekräften oder Angehörigen angewiesen.

Ob und in welcher Höhe die Pflegekasse etwas zu den Maßnahmen dazu zahlt, entscheidet die jeweilige Pflegekasse. Im Pflegegesetz steht, dass Ihnen die Pflegekasse bis zu 4.000 Euro je Maßnahme bezahlen kann, die das Wohnumfeld verbessern.

Wenn sich die Pflegesituation ändert und das Wohnumfeld erneut an die Bedürfnisse des Pflegebedürftigen angepasst werden muss, können Sie dafür nochmals bis zu 4.000 Euro bekommen.

Leistungen für Pflegebedürftige in Wohngruppen

Die Pflegekasse zahlt pflegebedürftigen Personen einen Zuschlag von 205 Euro pro Monat, wenn sie in einer **ambulant betreuten Wohngruppe** leben. Diese Leistung gibt es **zusätzlich** zu den anderen Leistungen der Pflegeversicherung. Auch Menschen mit Pflegestufe 0 haben Anspruch auf diesen Zuschlag.

Eine **ambulant betreute Wohngruppe** besteht aus drei bis zehn Personen, die in einer gemeinsamen Wohnung leben. In der Wohngruppe gibt es mindestens zwei Personen, die Pflegegeld oder Pflegesachleistungen bekommen. Außerdem ist eine Pflegefachkraft in der Wohngruppe tätig.

Der Zuschlag wird oft dafür genutzt, dass die Pflegefachkraft auch Verwaltungsaufgaben für die Bewohnerinnen und Bewohner übernimmt. Die Pflegeaufgaben werden dagegen über die Pflegesachleistungen finanziert.

Wenn Pflegebedürftige gemeinsam eine ambulant betreute Wohngruppe gründen, können sie dafür einmalig pro Person bis zu 2.500 Euro von der Pflegekasse bekommen. Pro Wohngruppe gibt es für die Gründung aber nicht mehr als 10.000 Euro.

Welche Leistungen gibt es für pflegende Angehörige?

Auf den folgenden Seiten erfahren Sie mehr darüber,
welche Unterstützungsleistungen pflegende Angehörige bekommen können.

Dazu gehören:

- Verhinderungshilfe als Pflegevertretung
- Stationäre Kurzzeitpflege
- Freistellung von der Arbeit für die Pflege
- Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen
- Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson
- Steuerfreibetrag

Verhinderungspflege als Pflegevertretung

Pflegende Angehörige sind manchmal auf eine Vertretung durch eine Pflegefachkraft angewiesen, die für kurze Zeit die häusliche Pflege übernimmt. Zum Beispiel weil sie im Urlaub oder krank sind. Die Pflegevertretung nennt man Verhinderungspflege. Sie haben Anspruch auf Verhinderungspflege, wenn Sie seit mindestens sechs Monaten häuslich pflegen.

Die Pflegekasse übernimmt die Kosten für die Vertretung bis zu sechs Wochen im Jahr. Ob Sie die Pflegevertretung zum Beispiel zwei Wochen im Mai, eine Woche im August und drei Wochen im Oktober in Anspruch nehmen oder sechs Wochen am Stück, spielt dabei keine Rolle.

Die Pflegekasse bezahlt höchstens 1.612 Euro im Jahr für die Vertretung. Das ist kein Pauschalbetrag. Bezahlt wird nur der tatsächlich **nachgewiesene Pflegeaufwand**. Alles was über 1.612 Euro hinausgeht, müssen Sie selbst bezahlen.

Personen die Pflegegeld bekommen, bezahlt die Pflegeversicherung auch weiterhin Pflegegeld. Aber nur die Hälfte von dem Betrag, den der Pflegebedürftige sonst erhält. Die Verhinderungspflege kann auch stundenweise in Anspruch genommen werden.

Ab dem 01. Januar 2015 übernimmt die Pflegekasse auch für Pflegebedürftige der Pflegestufe 0 die Kosten für die Verhinderungspflege.

Stationäre Kurzzeitpflege

Viele Pflegebedürftige sind nur für einen kurzen Zeitraum auf vollstationäre Pflege angewiesen. Zum Beispiel nach einem Aufenthalt im Krankenhaus. Dafür gibt es die stationäre Kurzzeitpflege.

Der Unterschied zur Verhinderungspflege besteht darin, dass der Pflegebedürftige nicht zu Hause gepflegt wird, sondern in einer stationären Einrichtung. Zum Beispiel in einem Pflegeheim.

Die Voraussetzungen für die stationäre Kurzzeitpflege sind:

- Die häusliche Pflege ist noch nicht möglich, zeitweise nicht möglich oder nicht in dem Umfang möglich, den der Pflegebedürftige braucht.
- Die teilstationäre Pflege reicht nicht aus.

Die Pflegeversicherung übernimmt die Kosten für die stationäre Kurzzeitpflege bis zu einem Betrag von 1.612 Euro pro Jahr. Dieser Betrag ist unabhängig von der Pflegestufe. Die Pflegeversicherung übernimmt die Kosten für die stationäre Kurzzeitpflege für bis zu vier Wochen im Jahr.

Die Kosten für die Unterkunft und die Verpflegung übernimmt die Pflegekasse nicht. Die Pflegekasse trägt nur die Kosten für Pflegetätigkeiten und soziale Betreuung.

Während der stationären Kurzzeitpflege bezahlt die Pflegeversicherung weiterhin Pflegegeld. Aber nur die Hälfte von dem Betrag, den der Pflegebedürftige sonst erhält.

Wenn noch keine Verhinderungspflege in Anspruch genommen wurde, kann diese Leistung mit der stationären Kurzzeitpflege zusammengelegt werden. Und zwar in voller Höhe, sodass sich der Betrag für die Kurzzeitpflege auf 3.224 Euro verdoppelt. Auch die Dauer der Kurzzeitpflege erhöht sich dann auf maximal acht Wochen pro Jahr.

Ab dem 01. Januar 2015 übernimmt die Pflegekasse außerdem die Kosten für die stationäre Kurzzeitpflege für Pflegebedürftige der Pflegestufe 0.

Freistellung von der Arbeit für die Pflege

Wer einen Angehörigen zu Hause pflegt, kann sich unter bestimmten Voraussetzungen von der Arbeit freistellen lassen.

Dafür gibt es zwei Möglichkeiten, die im Pflegezeit-Gesetz geregelt sind:

1. »Kurzzeitige Arbeitsverhinderung«: Der Arbeitnehmer kann sich bis zu zehn Tage von der Arbeit freistellen lassen.
2. »Pflegezeit«: Der Arbeitnehmer kann sich bis zu sechs Monate von der Arbeit freistellen lassen.

1. Kurzzeitige Arbeitsverhinderung

Wenn ein Angehöriger plötzlich pflegebedürftig wird, können Sie sich für maximal zehn Arbeitstage am Stück von der Arbeit freistellen lassen. Die Freistellung soll Ihnen helfen, die Pflege für Ihren Angehörigen zu organisieren.

Diese gesetzliche Regelung gilt für alle Betriebe – unabhängig von ihrer Größe. Sie brauchen für die Freistellung keine Zustimmung von Ihrem Arbeitgeber einzuholen.

Die »kurzzeitige Arbeitsverhinderung« ist eine unbezahlte Freistellung von der Arbeit. Der Arbeitgeber muss Ihnen während der Freistellung kein Gehalt zahlen. Es sei denn, es gibt dazu eine betriebliche Vereinbarung, zum Beispiel durch einen Tarifvertrag.

Die Pflegekasse zahlt Ihnen ein Pflege-Unterstützungsgeld, wenn Ihr Arbeitgeber während der Freistellung kein Gehalt zahlt. Das Unterstützungsgeld ist eine Lohnersatzleistung, ähnlich wie das Kinderkrankengeld.

2. Pflegezeit

Sie können sich für die Pflege Ihres Angehörigen unbezahlt von der Arbeit freistellen lassen. Entweder vollständig oder nur teilweise und bis zu sechs Monate lang. Sie können die Pflegezeit auch im Anschluss an eine »kurzzeitige Arbeitsverhinderung« nehmen.

Die Pflegezeit können nur Mitarbeiter eines Betriebes in Anspruch nehmen, der mehr als 15 Beschäftigte hat.

Wenn Sie Pflegezeit nehmen möchten, müssen Sie das Ihrem Arbeitgeber schriftlich spätestens zehn Tage vor Beginn der Pflegezeit mitteilen. Sie müssen dann auch erklären, wie lange die Pflegezeit dauern soll und in welchem Umfang Sie sich freistellen lassen möchten. Während der Pflegezeit können Sie nicht gekündigt werden.

Während der Pflegezeit haben Sie Anspruch auf ein Darlehen, damit Sie Ihren Lebensunterhalt sichern können. Das Darlehen ist zinslos und wird monatlich ausgezahlt. Nach dem Ende der Pflegezeit zahlen Sie das Darlehen in monatlichen Raten zurück.

Beantragen Sie das Darlehen beim
Bundesamt für Familie und zivilgesetzliche Aufgaben, kurz BAFzA
Sibille-Hartmann-Straße 2-8
50969 Köln
Telefon: 0221 367 30

Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

Alle Personen, die sich über häusliche Pflege informieren möchten, können bei einem Pflegekurs mitmachen. Im Pflegekurs lernen Sie, was für die Versorgung pflegebedürftiger Menschen wichtig ist.

Zum Beispiel:

- Wie bewegen und lagern Sie einen Pflegebedürftigen?
- Worauf müssen Sie bei der Ernährung achten?
- Worauf müssen Sie bei der Grundpflege achten?
- Wie können Sie mit den eigenen psychischen und körperlichen Belastungen, die durch die Pflege entstehen, umgehen?
- Wie setzen Sie Pflegemittel richtig ein?

Lassen Sie sich im Pflegekurs beraten, welche Pflegeleistungen für Ihren pflegebedürftigen Angehörigen in Frage kommen.

Sie haben auch die Möglichkeit, zu Hause bei Ihrem Angehörigen eine Pflegeschulung zu bekommen. Also genau dort, wo die Pflege stattfindet. So bekommen Sie ganz konkrete Tipps, die Ihnen bei der Pflege helfen. Sobald Ihrem Angehörigen eine Pflegestufe zugewiesen wurde, haben Sie Anspruch auf die Pflegeschulung zu Hause. Die Kurse werden von den Pflegediensten angeboten. Sie können dort nachfragen.

Die Pflegekurse und die Pflegeschulung sind für alle Teilnehmer kostenlos. Die Kosten bezahlt die eigene Pflegekasse oder die Pflegekasse der pflegebedürftigen Person.

Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson

Sie können Leistungen zur sozialen Sicherung erhalten, wenn Sie beispielsweise Familienangehörige, Freunde oder Nachbarn im häuslichen Bereich pflegen. Dazu gehören Beiträge zur **gesetzlichen Rentenversicherung** und die Absicherung in einer **Unfallversicherung**.

Für diese Leistungen müssen Sie folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Sie sind eine ehrenamtliche Pflegeperson.
Die Pflegetätigkeit ist nicht Ihr Beruf.
- Sie pflegen eine oder mehrere Personen an insgesamt 14 Stunden in der Woche.
- Sie arbeiten nicht mehr als 30 Stunden in der Woche.

Gesetzliche Rentenversicherung für die Pflegeperson

Wenn Sie die Voraussetzungen erfüllen, bezahlt Ihnen die Pflegekasse Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung. Dazu müssen Sie einen Antrag bei der Pflegekasse stellen. Der Antrag verpflichtet die Pflegekasse zur Zahlung der Beiträge.

Die Höhe der Beiträge richtet sich nach dem Umfang der Pflegebedürftigkeit und dem Stundenumfang der Pflegetätigkeit.

Nähere Informationen zu Ihrer Absicherung in der Rentenversicherung erhalten Sie unter der kostenfreien Rufnummer der Deutschen Rentenversicherung.

Telefon: 0800 10 00 48 00

Hier erfahren Sie auch die Adressen von Beratungsstellen vor Ort.

Unfallversicherung für die Pflegeperson

Wenn die Voraussetzungen vorliegen, ist die Pflegeperson automatisch beitragsfrei bei den Unfallversicherungsträgern unfallversichert.

Folgende Pflege-Tätigkeiten sind unfallversichert:

- Tätigkeiten im Bereich der Körperpflege, zum Beispiel Waschen, Duschen, Baden.
- Tätigkeiten im Bereich der Ernährung, zum Beispiel Vorbereitung und Zubereitung der Nahrung.
- Tätigkeiten im Bereich der Mobilität, zum Beispiel Hilfen beim Aufstehen und Zubettgehen, Gehen, Treppensteigen.
- Tätigkeiten im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung, zum Beispiel Kochen, Putzen der Wohnung, Einkaufen.

Es sind aber nur die Tätigkeiten unfallversichert, die überwiegend dem pflegebedürftigen Menschen zu Gute kommen. Wenn Sie etwas tun, was gleichzeitig anderen Haushaltsmitgliedern zu Gute kommt, sind Sie nicht versichert.

Die Unfallversicherung deckt folgende Unfälle ab:

- **Arbeitsunfälle:** Das sind alle Unfälle, die direkt mit der Pflgetätigkeit zusammenhängen. Zum Beispiel wenn Sie dem Pflegebedürftigen beim Baden helfen, dabei ausrutschen und sich verletzen.
- **Wegeunfälle:** Das sind alle Unfälle auf dem Weg zur Pflgetätigkeit oder zurück. Zum Beispiel wenn Sie einen Fahrradunfall auf dem Hinweg zum Pflegebedürftigen haben.
- **Berufskrankheiten:** Das sind bestimmte Erkrankungen, die nachweislich durch die Pflgetätigkeit verursacht wurden. Zum Beispiel Hautkrankheiten oder Infektionen.

Von den Unfallkassen werden folgende Leistungen erbracht:

- Heilbehandlungen: Das sind ärztliche Behandlungen, Arznei- und Heilmittelanwendungen.
- Berufliche und soziale Rehabilitationsmaßnahmen: Das sind zum Beispiel Umschulungen oder Hilfen im Haushalt.
- Geldleistungen: Dazu gehört das Verletztengeld, die Versichertenrente und die Hinterbliebenenrente.

Wenn Sie Fragen haben oder die Leistungen der Unfallversicherung in Anspruch nehmen möchten, wenden Sie sich direkt an die Unfallkasse Hessen:

Unfallkasse Hessen
Leonardo-da-Vinci-Allee 20
60486 Frankfurt

Telefon: 069 29 97 22 33

Anschriften anderer Länder erhalten Sie beim Bundesverband der Unfallkassen in München unter www.unfallkassen.de.

Zusätzliche finanzielle Unterstützung für Pflegebedürftige

Manchmal reichen die Leistungen der Pflegeversicherung, die Ersparnisse und das Einkommen des Pflegebedürftigen nicht aus, um die Kosten der Pflege zu bezahlen.

Für ambulante, teilstationäre und stationäre Pflege kann ein Antrag auf Übernahme der restlichen Pflegekosten beim Sozialhilfeträger gestellt werden. Dabei berücksichtigt der Sozialhilfeträger das sogenannte Schonvermögen. Das ist das persönliche Vermögen des Pflegebedürftigen, das nicht für die Pflege ausgeben werden muss.

Das Schonvermögen darf bei Alleinstehenden 2.600 Euro und bei Ehepaaren 3.214 Euro betragen. In Wiesbaden können pro Person zusätzlich 2.600 Euro einbehalten werden, wenn der Betrag für die eigene Bestattung eingesetzt werden soll.

Möglicherweise müssen auch Kinder für die Pflegekosten ihrer Eltern aufkommen. Und zwar mit ihrem eigenen Einkommen und ihrem eigenen Vermögen. Man spricht hier von Elternunterhalt. Auch beim Elternunterhalt gibt es ein Schonvermögen. Das ist in jedem Bundesland anders. Wenn Sie Fragen zum Schonvermögen haben, wenden Sie sich direkt an den zuständigen Sozialhilfeträger.

Förderung der privaten Pflegevorsorge

Mit einer Förderung von maximal 60 Euro pro Jahr will die Bundesregierung die private Pflegevorsorge erleichtern. Diese Zulage ist auch unter der Bezeichnung »Pflege-Bahr« bekannt.

Wenn Sie eine Pflege-Zusatzversicherung abschließen, für die Sie mindestens 10 Euro im Monat bezahlen, können Sie eine Zulage von 5 Euro pro Monat erhalten. Wann eine private Pflege-Zusatzversicherung gefördert wird, erfahren Sie bei Ihrer zuständigen Pflegekasse.

Weiterführende Informationen

- **Das Pflegestärkungsgesetz I. 1. Auflage. Januar 2015**
Bundesministerium für Gesundheit (Herausgeber).
- **Ratgeber zur Pflege. Alles was Sie zur Pflege wissen müssen.**
13. Auflage. Juli 2014
Bundesministerium für Gesundheit (Herausgeber).

Bezugsadresse:

Publikationsversand der Bundesregierung

Postfach 48 10 09

18132 Rostock

E-Mail: publikationen@bundesregierung.de

Bestell-Nr. BMG-P-07055

- **Demenz. Angebote für Betroffene und deren Angehörige.**
Ausgabe März 2015. Landeshauptstadt Wiesbaden (Herausgeber).

Bezugsadresse:

Amt für Soziale Arbeit. Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter

Konradinallee 11

65189 Wiesbaden

E-Mail: beratung-im-alter@wiesbaden.de

- **Leistungen der Pflegeversicherung. Mit den neuen Regelungen durch das Pflegestärkungsgesetz.**

Ausgabe März 2015. Landeshauptstadt Wiesbaden (Herausgeber).

Bezugsadresse:

Amt für Soziale Arbeit, Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter

Konradinallee 11

65189 Wiesbaden

E-Mail: beratung-im-alter@wiesbaden.de

- **Knaup, Karin: Hilfe- und Pflegebedarf älterer Menschen in Wiesbaden bis 2030. Grundlagenbericht zur Altenhilfeplanung.**

Landeshauptstadt Wiesbaden (Herausgeber).

Bezugsadresse:

Amt für Soziale Arbeit, Abteilung Grundsatz und Planung

Konradinallee 11

65189 Wiesbaden

E-Mail: sozialplanung@wiesbaden.de

- **Rechtliche Vorsorge. Sie entscheiden, wer entscheidet!**

18. Auflage. Dezember 2014. Landeshauptstadt Wiesbaden (Herausgeber).

Bestelladresse:

Amt für Soziale Arbeit, Betreuungsbehörde

Konradinallee 11

65189 Wiesbaden

E-Mail: betreuungsbehoerde@wiesbaden.de

- **Steuertipps für haushaltsnahe Beschäftigungsverhältnisse, Dienstleistungen und Handwerkerleistungen in privaten Haushalten.**

Ausgabe Februar 2014.

Bezugsadresse:

Hessisches Ministerium der Finanzen

Referat Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Friedrich-Ebert-Allee 8

65183 Wiesbaden

Telefon 0611 32-0

Adressen und Ansprechpartner

- **Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter**
Amt für Soziale Arbeit
Konradinallee 11
65189 Wiesbaden
Gebäude B
Frau Groß
Telefonnummer: 0611 31 34 87
E-Mail: beratung-im-alter@wiesbaden.de
- **Pflegestützpunkt Wiesbaden Amt für soziale Arbeit**
Amt für Soziale Arbeit
Konradinallee 11
65189 Wiesbaden
Gebäude A
Telefonnummer: 0611 31 36 48 oder 0611 31 35 90

- **Alzheimer-Gesellschaft**
Am Schlosspark 75b
65203 Wiesbaden
Telefonnummer: 0611 724 42 30
E-Mail: info@alzheimer-wiesbaden.de
- **Geschäftsstelle des Forum Demenz Wiesbaden**
Amt für Soziale Arbeit
Konradinallee 11
65189 Wiesbaden
Gebäude B
Telefonnummer: 0611 31 46 76 oder 0611 31 34 88

Für Ihre Notizen

Impressum

Herausgeber: Landeshauptstadt Wiesbaden
Amt für Soziale Arbeit
Koordinationsstelle für Behindertenarbeit
Konradinallee 11
65189 Wiesbaden

Verfasserin: Natascha Kostecki

Redaktion und
Gestaltung:

capito Berlin 
mit freundlicher Unterstützung von Wiesbaden Marketing GmbH

Ausgangsmaterial der vorliegenden Broschüre war das Heft
»Leistungen der Pflegeversicherung mit den neuen Regelungen
durch das Pflegestärkungsgesetz« (März 2015), das vom Pflege-
stützpunkt Wiesbaden in Zusammenarbeit mit dem Forum
Demenz Wiesbaden, der Alzheimer Gesellschaft Wiesbaden e.V.
und dem Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V.
(VDAB) erstellt wurde.

2. Auflage: 1.000 Stück

HESSEN



Hessisches Ministerium
für Soziales und Integration



Wiesbaden, August 2015

