



PflegeStützpunkt in der Stadt Flensburg
Fachstelle 50+
Rathausplatz 1, 24937 Flensburg
Telefon: 0461/85 20 02
pflgestuetzpunkt@flensburg.de
www.pflege.schleswig-holstein.de

PFLEGEWEGWEISER
des Pflegestützpunktes in der Stadt Flensburg

Inhaltsverzeichnis

1. Pflegeversicherung – was ist das eigentlich?	3
2. Welche Voraussetzungen muss man erfüllen, um einen Pflegegrad zu bekommen?	5
3. Wenn der Hilfebedarf voraussichtlich hoch genug ist, um einen Pflegegrad zu erhalten – was muss man tun?	9
4. Welche Leistungen der Pflegeversicherung kann man in Anspruch nehmen? ..	10
a) Ambulante Pflege zu Hause	10
b) Angebote zur Unterstützung im Alltag – Entlastungsbetrag	12
c) Alternative Wohnformen – Pflegewohngemeinschaften	13
d) Tagespflege und Nachtpflege	13
e) Vollstationäre Pflege in einem Pflegeheim	14
f) Kurzzeitpflege	15
g) Verhinderungspflege	16
h) Pflegehilfsmittel und technische Hilfen	16
i) Wohnungsanpassung im Pflegefall	17
5. Leistungen der Krankenversicherung	18
a) Häusliche Krankenpflege	18
b) Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit	18
c) Übergangspflege	18
6. Hilfe für Angehörige von pflegebedürftigen Menschen	19
a) Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen	19
b) Kurzzeitige Freistellung von der Arbeit	19
c) Pflegezeit	19
d) Familienpflegezeit.....	20
e) Beratung und Unterstützung von pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen	21
f) Beiträge zur Rentenversicherung	21
g) Andere soziale Leistungen zur Sicherung der Pflegepersonen.....	22
7. Beantragung von Pflegeleistungen – Ablaufschema	22
8. Antrag auf Hilfe zur Pflege	23
9. Weitere Informationen und Ansprechpartner/innen	24
10. Beratungsstellen und nähere Auskünfte	25
11. Überblick: Leistungen der Pflegekassen	28
Impressum, Quellenangaben	31

1. Pflegeversicherung – was ist das eigentlich?

Seit 1995 gibt es als 5. Säule der Sozialversicherungen – neben Renten-, Kranken-, Unfall- und Arbeitslosenversicherung – die Pflegeversicherung. Das Pflegeversicherungsgesetz ist im Sozialgesetzbuch, Elftes Buch (SGB XI), geregelt. Die Pflegeversicherung wird regelmäßig reformiert. Die letzten Neuregelungen waren die Pflegestärkungsgesetze I bis III. Das erste Pflegestärkungsgesetz betraf die Stärkung der ambulanten Versorgung und der pflegenden Angehörigen durch Verbesserung der Leistungen und Betreuungsmöglichkeiten.

Im Rahmen des zweiten Pflegestärkungsgesetzes ging es um die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Hierfür wurde ein neues Begutachtungsinstrument eingeführt, welches sich an der Selbstständigkeit bzw. den Fähigkeitsstörungen des Pflegebedürftigen im Alltag orientiert. Die Ausprägung der Pflegebedürftigkeit wird mit einem Pflegegrad erfasst.

Im Pflegestärkungsgesetz III ging es um die Einbindung der Kommunen in die Versorgungsinfrastruktur der Pflege, Verbesserung der Pflegeberatung und Schaffung pflegefördernde Sozialräume. Im Vordergrund stehen die Verbesserung der Pflegeberatung durch eine Einbindung der Kommunen in die Pflegestrukturen. Außerdem wurden die Kontrollen bei Pflegediensten erhöht, sodass Pflegebedürftige, Familien und Pflegekräfte vor Betrug besser geschützt werden können.

Seit 01.01.2022 ist die neue Pflegereform in Kraft. Es gibt höhere Leistungsbeträge für Pflegesachleistungen und für die Kurzzeitpflege. Außerdem gibt es zu den pflegebedingten Aufwendungen in den stationären Pflegeeinrichtungen einen Zuschuss. Hinzu kommt auch die neue Übergangspflege im Krankenhaus, die bei der Krankenkasse beantragt werden kann. Die neue Pflegereform soll zum einen eine finanzielle Entlastung für Pflegebedürftige und deren Angehörigen bewirken und zum anderen zu einer besseren Bezahlung der Pflegekräfte führen.

Die Pflegeversicherung ist jeweils der eigenen Krankenversicherung organisatorisch angegliedert. Daher ist jeder pflegeversichert, der auch gesetzlich krankenversichert ist. Bei einer privaten Krankenversicherung muss immer eine private „Pflegepflichtversicherung“ abgeschlossen werden.

Leistungen der Pflegeversicherung sind **nicht einkommensabhängig** und stehen jeder/jedem Versicherten zu, der die Voraussetzungen zum Erlangen eines Pflegegrades erfüllt und vor der Antragsstellung mindestens zwei Jahre in den vorangegangenen zehn Jahren in die Pflegeversicherung eingezahlt hat bzw. familienversichert war. Diese Leistungen sind keine „Almosen“, sondern ein Rechtsanspruch jedes Anspruchsberechtigten. Niemand, der pflegebedürftig im Sinne des Gesetzes ist, sollte sich daher scheuen, diese Leistungen zu beantragen. Sie dienen dazu, die häufig nicht unerheblichen Kosten, die eine Pflegebedürftigkeit verursacht, abzumildern.

Zu bedenken ist allerdings, dass durch die Pflegeversicherung in der Regel nur ein Teil der tatsächlichen Kosten über pauschale Beträge übernommen wird, der nach den fünf Pflegegraden festgelegt ist. Daher wird die Pflegeversicherung häufig auch als „**Teilkaskoversicherung**“ bezeichnet. Eine **Eigenbeteiligung** an den Pflegekosten ist in den meisten Fällen notwendig.

Pflegebedürftige können **ambulante** (durch Privatpersonen oder durch Pflegedienste, die nach Hause kommen), **teilstationäre** (z. B. nur tagsüber in einer Einrichtung) und **vollstationäre** (Rund-um-die-Uhr-Versorgung in einem Pflegeheim) Leistungen in Anspruch nehmen. Dabei gilt der Grundsatz „**ambulant vor stationär**“. Es ist zunächst also immer zu prüfen, ob durch ambulante Maßnahmen die Pflege sichergestellt werden kann, bevor stationäre Pflege in einem Pflegeheim möglich ist.

2. Welche Voraussetzungen muss man erfüllen, um einen Pflegegrad zu bekommen?

Das Pflegeversicherungsgesetz § 14 SGB XI definiert die Pflegebedürftigkeit ab 2017 wie folgt: „*Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe anderer bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss (unverändert) auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate bestehen.*“

Die fünf Pflegegrade

Für die Erfassung der Pflegebedürftigkeit in Pflegegraden werden nun alle Bereiche der Lebensführung miteinbezogen und orientieren sich nicht mehr ausschließlich, wie bis Ende 2016, an der Körperpflege, Ernährung, Mobilität, Hauswirtschaftlichen Versorgung und einem separaten System, welches die eingeschränkte Alltagskompetenz erfasst.

Ein Pflegegrad setzt sich aus fünf unterschiedlich gewichteten Modulen (1. Mobilität (10 %), 2. kognitiver Status oder Verhaltensprobleme (15 %), 3. Selbstversorgung (40 %), 4. Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen (20 %), 5. Gestaltung des Alltagslebens (15%)) zusammen. Die verschiedenen Module bilden sich aus mehreren Kriterien, welche die Beeinträchtigung der Selbstständigkeit im Alltagsleben abbilden. Die Beeinträchtigungen werden mit Punkten ermittelt, die mit der Schwere der Einschränkungen ansteigen. Ein Pflegegrad bildet sich aus der Gesamtanzahl der Punkte aller Module mit der jeweiligen Gewichtung.

Punkterfassung durch die Selbstständigkeit

Die Beeinträchtigung der Fähigkeiten wird anhand der *Selbstständigkeit* bzw. der *Häufigkeit* erfasst.

Selbstständig = 0 Punkte

Die Tätigkeiten können mithilfe von Hilfsmitteln jedoch ohne personelle Hilfe durchgeführt werden.

Überwiegend selbstständig = 1 Punkt

Die Tätigkeiten können größtenteils selbstständig durchgeführt werden. Einzelne Teilhandlungen bedürfen der Hilfe und zudem sind das Zurechtlegen von Gegenständen, motivierende Anleitungen sowie Beaufsichtigung bei den Aktivitäten notwendig.

Überwiegend unselbstständig = 2 Punkte

Die Tätigkeiten können zu einem geringen Teil selbstständig durchgeführt werden.

Eine durchgängige Motivation und lenkende Anleitung ist erforderlich. Übernahme von Teilhandlungen sind notwendig.

Unselbstständig = 3 Punkte

Die Tätigkeiten können nicht mehr selbstständig und auch nahezu in allen Teilhandlungen nicht mehr ohne Hilfe durchgeführt werden.

Häufigkeit

Nie = 0 Punkte; selten = 1 Punkt; häufig = 3 Punkte; täglich = 5 Punkte

- Pflegegrad 1:** ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkte
Es handelt sich hier um eine **geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit bzw. der Fähigkeiten.**
- Pflegegrad 2:** ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkte
Es handelt sich hier um eine **erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit bzw. der Fähigkeiten.**
- Pflegegrad 3:** ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkte
Es handelt sich hier um eine **schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit bzw. der Fähigkeiten.**
- Pflegegrad 4:** ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkte
Es handelt sich hier um eine **schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit bzw. der Fähigkeiten.**
- Pflegegrad 5:** ab 90 bis 100 Gesamtpunkte
Es handelt sich hier um eine **schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit bzw. der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.**

Härtefallregelung

Pflegebedürftige mit einer besonderen Bedarfskonstellation können in den Pflegegrad 5 eingestuft werden, auch wenn sie unterhalb der notwendigen Gesamtpunktzahl liegen. Hierfür sind Kriterien in dem Begutachtungsinstrument eingeführt, die für schwerste Beeinträchtigungen und damit außergewöhnlich intensiven Unterstützungsbedarf sowie deren erhöhte pflegerischen Anforderungen gelten. Hierzu zählen ein vollständiger Verlust der Geh-, Steh- und Greiffunktionen des Bewegungsapparates, der zum Beispiel durch Lähmungen, Knochenbrüche, rheumatische Versteifungen oder starkes Zittern (Morbus Parkinson) entstehen kann.

(§ 14 und § 15 SGB XI; Richter (2016): 35ff)

Fallbeispiele

Frau Petersen ist 70 Jahre alt und leidet unter einem Gelenkverschleiß. Sie ist bei der Mobilisation auf ihren Rollator angewiesen. Sie wohnt in einer Erdgeschosswohnung, weil sie die Treppen nicht mehr steigen kann. Innerhalb und außerhalb ihrer Wohnung kann sie sich mit Hilfsmitteln selbstständig fortbewegen. Sie ist orientiert und kann ihren Alltag gut alleine gestalten. Psychische Einschränkungen, welche ihren Alltag einschränken, hat sie ebenfalls nicht, sie ist lebensfroh und ausgelassen. Bei der Körperpflege benötigt Frau Petersen Hilfe beim Duschen, weil sie sehr unsicher auf den nassen Fliesen stehen kann. Sie trägt Stützstrümpfe, weil sie sich hiermit besser mobilisieren kann. Sie benötigt dabei Hilfe, weil sie die Strümpfe nicht alleine anziehen kann. Ihre sozialen Kontakte kann sie aufrechterhalten, weil sie durch ihren Rollator und die öffentlichen Verkehrsmittel mobil ist.

Nach dem Modul 1 erhält sie 2,5 Punkte, weil sie keine Treppen steigen kann.
Nach dem Modul 2 erhält sie 0 Punkte, weil sie kognitiv keine Einschränkungen hat.
Nach dem Modul 3 erhält sie 0 Punkte, weil sie keine psychischen Einschränkungen hat.
Nach dem Modul 4 erhält sie 0 Punkte, weil der Bedarf des Duschens nicht ausreichend ist.
Nach dem Modul 5 erhält sie 5 Punkte, weil sie Hilfe beim Anziehen ihrer Strümpfe erhält.
Nach dem Modul 6 erhält sie 0 Punkte, weil sie ihre sozialen Kontakte pflegen kann.

Insgesamt erhält Frau Petersen 7,5 Punkte und kann damit **keinen Pflegegrad** erhalten.

Herr Meier ist 81 Jahre alt und leidet unter Erkrankungen des Herz- und Kreislaufsystems und unter einer fortgeschrittenen Demenz. Er wohnt im Haushalt seiner Tochter und wird von dieser betreut. Er hat keine Einschränkungen in seinen Bewegungen, sie sind lediglich altersbedingt ein wenig verlangsamt. Durch seine Demenz ist Herr Meier zeitlich und örtlich nicht orientiert. Seine Tochter und die Familie kann er erkennen, jedoch hat er Schwierigkeiten andere Freunde und Bekannte wiederzuerkennen. An Ereignisse aus seiner Vergangenheit kann er sich gut erinnern. Ereignisse,

die kurz zurück liegen, kann er sich nicht mehr zurück ins Gedächtnis rufen. Die Fähigkeiten, Alltagshandlungen umzusetzen und Risiken bzw. Gefahren zu erkennen, sind verringert, weil er Handlungsabläufe nicht mehr koordinieren kann bzw. vergisst, den Herd abzustellen. Sein Schlaf- und Wachrhythmus ist gemindert, sodass er mehrmals wöchentlich in der Nacht durch das Haus läuft. Seine Tochter bringt ihn dann immer wieder zurück in sein Bett. Bei der Körperpflege benötigt er Anleitung und Motivation, weil er die Teilhandlungen nicht mehr zuordnen kann. Die Versorgung mit seinen Medikamenten übernimmt ebenfalls seine Tochter. Bei der Gestaltung seines Alltagslebens und den sozialen Kontakten benötigt er Unterstützung, weil er Schwierigkeiten hat, Bekannte wiederzuerkennen und er sich außerhalb der Wohnung verlaufen würde.

Nach dem Modul 1 erhält er 0 Punkte, weil seine Mobilität nicht eingeschränkt ist.

Nach dem Modul 2 erhält er 11,25 Punkte, weil seine Orientierung verringert ist.

Nach dem Modul 3 erhält er 7,5 Punkte durch seine nächtliche Unruhe.

Nach dem Modul 4 erhält er 10 Punkte, da er Anleitung und Motivation benötigt.

Nach dem Modul 5 erhält er 5 Punkte, weil er seine Medikation nicht selbst regeln kann.

Nach dem Modul 6 erhält er 11,25 Punkte, weil er nur begrenzt sein Alltagsleben und seine sozialen Kontakte pflegen kann.

Bei den Modulen 2 und 3 wird lediglich das Modul mit dem höchsten Punktwert berücksichtigt.

Insgesamt erhält Herr Meier 37,5 Punkte und erhält damit den **Pflegegrad 2**.

Diese Auflistung macht deutlich, dass ein relativ geringer Hilfebedarf noch nicht ausreicht, um Leistungen der Pflegeversicherung zu erhalten. Hier sind meistens die eigene Fantasie – und der eigene Geldbeutel – gefragt, um sich ausreichende Hilfe zu beschaffen. Dennoch ist durch die Pflegestärkungsgesetze ein wesentlich geringerer Hilfebedarf ausreichend, um einen Pflegegrad mit Leistungen von der Pflegeversicherung zu erhalten. Der Pflegestützpunkt kann hierzu beraten, ob ein Antrag auf einen Pflegegrad sinnvoll ist.

3. Wenn der Hilfebedarf voraussichtlich hoch genug ist, um einen Pflegegrad zu erhalten – was muss man tun?

Zunächst einmal gilt hier wie überall in der Bürokratie: Was man nicht beantragt, wird einem auch nicht gewährt! Als erstes muss also ein „**Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung**“ gestellt werden. Antragsteller ist dabei immer die/der Pflegebedürftige selber bzw. sein/e gesetzliche/r Vertreter/in, jedoch *nicht* die/der behandelnde Ärztin/Arzt.

Es genügt ein Anruf bei Ihrer Krankenkasse. Lassen Sie sich dort mit der „Abteilung Pflegeversicherung“ verbinden und fordern Sie ein Antragsformular an. Schriftlich können Sie dies natürlich auch tun. Bei vielen Kassen gilt schon diese Anforderung als Stichtag, ab dem bei Bewilligung die Leistungen der Pflegeversicherung rückwirkend gewährt werden. Auf jeden Fall beginnt die rückwirkende Leistungspflicht aber ab dem Eingangstag des vollständigen Antrags bei der Pflegekasse. Wenn Sie den ausgefüllten und unterschriebenen Antrag an die Pflegekasse geschickt haben, informiert diese den **Medizinischen Dienst ((gesetzlich Versicherte) / Medicproof (privat Versicherte)) oder – wenn dies nicht möglich ist – einen anderen, unabhängigen Gutachter**. Eine Fachkraft (Ärztin/Arzt oder examinierte Pflegekraft) wird sich dann schriftlich zu einem **Hausbesuch** bei Ihnen anmelden. Passt Ihnen dieser Termin nicht, können Sie rechtzeitig eine Änderung absprechen. Bedenken Sie allerdings, dass es dann evtl. einige Wochen dauern kann, bis Sie einen neuen Termin erhalten. Bei diesem etwa einstündigen Besuch werden die Beeinträchtigungen der Selbstständigkeits- und der Fähigkeiten nach den oben genannten Kriterien detailliert geprüft. Es empfiehlt sich, vorab ein sogenanntes „**Pflegetagebuch**“ zu führen und den Hilfebedarf über ein bis zwei Wochen zu dokumentieren. Nähere Informationen dazu sowie einen Vordruck können Sie bei Ihrer Pflegekasse erhalten. Zudem ist es sinnvoll, bei der Begutachtung aktuelle Arztberichte, Medikamentenpläne und ggf. die Dokumentation des Pflegedienstes vorliegen zu haben. Es empfiehlt sich, dass eine vertraute Person bei der Begutachtung zugegen ist, um offene Fragen zu klären und die/den Pflegebedürftige/n zu unterstützen. Es ist auch möglich, dass Angehörige im Anschluss an die Begutachtung um ein Gespräch unter vier Augen mit der/dem Gutachter/in bitten, wenn die/der Pflegebedürftige, z. B. aus Scham, die eigene Situation zu positiv dargestellt hat.

Die/der Gutachter/in erstellt anschließend aufgrund der Untersuchungsergebnisse ein **Gutachten, aus dem der Pflegegrad hervorgeht**. Neben der Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit muss ab 2013 auch Stellung dazu genommen werden, ob ggf. eine Rehabilitationsmaßnahme oder Gesundheitsfördermaßnahme eine langfristige Pflegebedürftigkeit verhindern könnte. Ab Januar 2017 werden zusätzlich im Gutachten Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung sowie Verbesserungen im Wohnumfeld mit erfasst, wenn die/der Pflegebedürftige dem Antrag auf Leistungsgewährung zustimmt. Dies birgt den Vorteil, dass kein se-

parater Antrag gestellt bzw. ein ärztliches Attest vorgelegt werden muss. Zusätzlich findet eine Pflegeberatung zu der Mobilität bei außerhäuslichen Aktivitäten sowie der Haushaltsführung statt.

Nach Erstellung des Gutachtens wird dieses an die Pflegekasse übermittelt. Das Ergebnis der Begutachtung wird Ihnen schriftlich durch die Pflegekasse mitgeteilt. Ihnen muss das Ergebnis innerhalb von 5 Wochen nach Eingang des Antrages bei der Pflegekasse vorliegen, sonst haben Sie einen Anspruch auf die Zahlung eines Strafgeldes in Höhe von 70,- € pro Woche. Dies jedoch nur, wenn die Pflegekasse für die Verzögerung verantwortlich ist.

Bei der Ablehnung eines Pflegegrades oder wenn Sie meinen, dass ein höherer Pflegegrad nötig wäre, können Sie **innerhalb von einem Monat schriftlich Widerspruch** gegen den Bescheid bei der Pflegekasse einlegen. Es kann vorerst ein formloser Widerspruch ohne Begründung erfolgen, um die Frist einzuhalten. Die Begründung kann dann nachgereicht werden. Dann wird der Fall ein zweites Mal überprüft. Sie haben ein Anrecht darauf, dass Ihnen das **Medizinische Dienst (MD)/ Medicproof-Gutachten** zugeschickt wird. In der Begründung Ihres Widerspruchs sollten Sie dann auf die Differenzen zwischen Ihrer Einschätzung der Situation und der des Gutachtens eingehen. Tipps dazu können Sie vom Pflegestützpunkt bekommen.

Sollte sich im Laufe der Zeit der Pflegebedarf erhöhen, können Sie jederzeit einen Antrag auf Erhöhung des Pflegegrades bei Ihrer Pflegekasse stellen. Das Prüfverfahren läuft dann erneut wie oben beschrieben ab.

(§ 18 SGB XI)

4. Welche Leistungen der Pflegeversicherung kann man in Anspruch nehmen?

a) Ambulante Pflege zu Hause

Ein pflegebedürftiger Mensch hat verschiedene Wahlmöglichkeiten, sich zu Hause versorgen zu lassen.

Wenn die Pflege durch eine private Pflegeperson – Angehörige, Nachbarn, Bekannte – geleistet wird, erhält man eine **Pflegegeldleistung**. Die gesamte Versorgung ist durch die gewählte Pflegeperson sicherzustellen. Bei den Pflegegraden 2 bis 3 verpflichtet sich die/der Bezieher/in des Pflegegeldes halbjährlich bzw. bei den Pflegegraden 4 und 5 vierteljährlich einen Beratungsbesuch durch einen professionellen Pflegedienst abzurufen, um die Pflegequalität zu sichern. Personen mit Pflegegrad 1 können halbjährlich freiwillig den Beratungsbesuch in Anspruch nehmen.

Es stehen dem/der Pflegebedürftigen folgende monatlichen Geldleistungen

zur Verfügung:

Pflegegrad 2	€ 316,-
Pflegegrad 3	€ 545,-
Pflegegrad 4	€ 728,-
Pflegegrad 5	€ 901,-

(§ 37 SGB XI)

Wenn die Pflege durch einen professionellen Pflegedienst geleistet wird, erhält man die sogenannte **Pflegesachleistung**.

Die Pflegesachleistung beträgt monatlich:

Pflegegrad 1	€ 125,-
(durch Umwidmung des Entlastungsbetrages (§ 45b))	
Pflegegrad 2	€ 724,-
Pflegegrad 3	€ 1.363,-
Pflegegrad 4	€ 1.693,-
Pflegegrad 5	€ 2.095,-

Der Pflegedienst muss einen Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen abgeschlossen haben. Er rechnet direkt mit der Pflegekasse ab. Die Leistung – sofern sie den für den Pflegegrad zustehenden Betrag nicht überschreitet – wird nicht von/vom der Pflegebedürftigen privat an den Dienst gezahlt! Nur Leistungen, die den Pauschalbetrag für den Pflegegrad übersteigen, werden Ihnen privat in Rechnung gestellt. Es sollte immer ein Pflegevertrag mit dem Pflegedienst abgeschlossen werden, in dem die monatlichen Leistungen und deren Preis schriftlich festgehalten werden.

(§ 36 SGB XI)

Kombinationsleistung:

Wenn die Versorgung sowohl durch eine private Pflegeperson als auch durch einen professionellen Pflegedienst sichergestellt wird, kann man die **Kombinationsleistung** (Pflegesachleistung und Pflegegeldleistung) in Anspruch nehmen (bei den Pflegegraden 2 bis 5). Der Pflegedienst rechnet seine Leistungen mit der Pflegekasse ab, anteilig prozentual erhält man zusätzlich Pflegegeld.

Beispiel:

Bei einem Pflegebedürftigen mit dem Pflegegrad 2 benötigt der Pflegedienst für acht Mal monatlich Hilfe beim Baden oder Duschen inkl. Einsatzpauschale 40% der Pflegeleistungen, somit erhält die/der Pflegebedürftige 60% des Pflegegeldes ausgezahlt.

Der Pflegedienst erhält: € 290,- (= 40 % von 734,- €)
 Der Pflegebedürftige erhält: € 189,- (= 60 % von 316,- €)

(§ 38 SGB XI)

b) Angebote zur Unterstützung im Alltag – Entlastungsbetrag

Die Angebote zur Unterstützung im Alltag richten sich einerseits direkt an den Pflegebedürftigen, um seine Selbstständigkeit weiter zu fördern bzw. zu erhalten. Andererseits richten sie sich an die Pflegenden, die einer hohen Belastung durch den Pflegealltag ausgesetzt sind, um diese zu entlasten. Der Betreuungs- und Entlastungsbetrag, welcher zur Stärkung der ambulanten Versorgung dient, wird seit 2017 besser verständlich als **Entlastungsbetrag** bezeichnet. Dieser Leistungsbetrag (125,- € monatlich) steht allen Pflegebedürftigen der Pflegegrade 1 bis 5 zu, wenn sie ambulant versorgt werden. Es handelt sich um einen Kostenerstattungsbetrag, welcher auf Antrag bei der Pflegekasse, zusammen mit den Rechnungen bzw. Quittungen, erstattet wird. Der Betrag ist zweckgebunden und darf nur für bestimmte landesrechtlich anerkannte niedrigschwellige Angebote eingesetzt werden, nicht jedoch für selbst beschaffte helfende Personen. Bei den Betreuungs- und Entlastungsangeboten handelt es sich um niedrigschwellige Angebote der Betreuung (z. B. Vorlesen, Spaziergänge) als auch Beschäftigung (z. B. Musizieren, Singen, Malen) bzw. Tages-, Nacht- oder Kurzzeitpflege. Ausschließlich Pflegebedürftige des Pflegegrad 1 können diesen Betrag auch für Leistungen der Grundpflege bei einem ambulanten Pflegedienst umwidmen. Pflegebedürftige der Pflegegrade 1 bis 5 können diesen Betrag ebenfalls für hauswirtschaftliche Leistungen bei einem ambulanten Pflegedienst verwenden.

Ein nicht in Anspruch genommener Betreuungsbetrag kann in das nachfolgende Kalenderjahr übertragen werden. Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 können 40% der nicht in Anspruch genommenen ambulanten Sachleistungen für diese Angebote verwenden.

Für Pflegebedürftige, welche bis zum 31.12.2016 den erhöhten Betrag (208,- € monatlich) erhalten haben, gilt ein **Besitzstandsschutz**. Daher erhalten sie auch weiterhin den erhöhten Betrag für bestimmte landesrechtlich anerkannte niedrigschwellige Angebote, hierfür ist kein separater Antrag notwendig.

(§ 45a und § 45b SGB XI)

c) Alternative Wohnformen – Pflegewohngemeinschaften

Ein selbstbestimmtes Leben im Alter bieten alternative Wohnformen. Die Pflegeversicherung fördert Pflegewohngemeinschaften. Eine Pflegewohngemeinschaft muss mindestens zwei und maximal elf Mitglieder haben. Hier leben pflegebedürftige Menschen zusammen und erhalten gemeinsam Unterstützung. Die Privatsphäre und Eigenständigkeit bleiben erhalten. Ein Wohngruppenschlag ist an einen Pflegegrad (1 bis 5) gebunden, es müssen mindestens zwei Mitglieder diese Voraussetzungen erfüllen. Der Wohngruppenschlag beträgt monatlich 214,- €. Für die Gründung einer ambulant betreuten Wohngruppe kann jede/r Pflegebedürftige, die/der sich beteiligt, eine Anschubfinanzierung von 2.500,- € (max. pro Wohngemeinschaft 10.000,- €) beantragen. Weitere Informationen und Beratungen hierzu bietet die Koordinationsstelle für innovative Wohn- und Pflegeformen im Alter (<https://kiwassh.de>).

(§ 38a & 45e SGB XI)

d) Tagespflege und Nachtpflege

Die Tages- und die Nachtpflege sind teilstationäre Versorgungsformen für die Pflegegrade 2 bis 5, bei denen die/der Pflegebedürftige innerhalb einer Einrichtung betreut wird. Es gibt Unterschiede bei den Anbietern, welche die Beförderung der/des Pflegebedürftigen zwischen der Einrichtung und der Wohnung sowie die Übernahme der Beförderungskosten betreffen. Diese Betreuungsform kann die/der Pflegebedürftige in Anspruch nehmen, als Stärkung bzw. Ergänzung der ambulanten Pflege und um die Versorgung der/des Pflegebedürftigen, in ihrer/seiner Häuslichkeit sicher zu stellen. Diese Versorgungsform kann pflegende Angehörige bei Berufstätigkeit sowie bei der besonderen Betreuung von psychischen Erkrankungen entlasten, einen Krankenhausaufenthalt verkürzen und alleinstehende Personen vor Vereinsamung schützen.

Die Pflegekasse übernimmt die Aufwendungen für die medizinische Behandlungspflege, die Pflege sowie die soziale Betreuung. Die Verpflegungskosten innerhalb der Einrichtung sind privat zu finanzieren.

Die/der Pflegebedürftige hat einen monatlichen Anspruch auf teilstationäre Pflegeleistungen im Umfang von bis zu:

Pflegegrad 1	€ 125,-
(durch Umwidmung des Betreuungs- und Entlastungsbetrag (§ 45b))	
Pflegegrad 2	€ 689,-
Pflegegrad 3	€ 1.298,-
Pflegegrad 4	€ 1.612,-
Pflegegrad 5	€ 1.995,-

Es ist möglich, die Leistungen der Tages- und Nachtpflege mit dem Pflegegeld und/oder den ambulanten Sachleistungen ohne Kürzungen zu kombinieren.

(§ 41 und § 45b SGB XI)

e) Vollstationäre Pflege in einem Pflegeheim

Wenn die ambulante pflegerische Versorgung zu Hause bzw. durch Tages- oder Nachtpflege nicht oder nicht mehr möglich ist, kann die/der Pflegebedürftige in ein **Pflegeheim (mit den Pflegegraden 2 bis 5)** umziehen. Die Pflegekassen übernehmen für die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der medizinischen Behandlungspflege und der sozialen Betreuung monatlich pauschal:

bei vorliegendem:

Pflegegrad 1	€ 125,- (Zuschuss)
Pflegegrad 2	€ 770,-
Pflegegrad 3	€ 1.262,-
Pflegegrad 4	€ 1.775,-
Pflegegrad 5	€ 2.005,-

Gesondert sind im Pflegesatz der Einrichtungen noch die Kosten für Verpflegung, Unterkunft und Investitionskosten enthalten. Diese Kosten sind privat zu zahlen. Darüber hinaus können mit der Einrichtung noch Zusatzleistungen vereinbart werden, die jedoch auch selbst finanziert werden müssen. Seit Januar 2017 wurde für die Pflegegrade 2 bis 5 ein Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil (EEE) eingeführt. Unabhängig vom Pflegegrad zahlen alle Heimbewohner (der Pflegegrade 2 bis 5) den gleichen Zuzahlungsbetrag (Pflegebedingter Eigenanteil + Unterkunft + Verpflegung + Investitionskosten). Diese Veränderung birgt den Vorteil, dass eine höhere Pflegebedürftigkeit jetzt nicht mehr mit einem höheren Eigenanteil verbunden ist.

(§ 43, §87a und §92e SGB XI)

Bei geringem Einkommen kann für die Finanzierung der Investitionskosten bei dem Sozialhilfeträger (Sachgebiet Hilfe zur Pflege) **Pflegewohngeld** beantragt werden. Die Antragstellung erfolgt in der Regel durch den Träger der Pflegeeinrichtung, wenn die/der Pflegebedürftige dem zugestimmt hat.

(LPflegeGVO §6ff)

Zuschüsse zu den Pflegekosten in einer stationären Pflegeeinrichtung

Seit dem 1. Januar 2022 erhalten Pflegebedürftige in vollstationären Pflegeeinrichtungen mit den Pflegegraden 2-5 einen Leistungszuschlag für den pflegebedingten Eigenanteil. Für die Höhe der Zuschüsse, ist der Zeitraum maßgeblich, in dem Leistungen der vollstationären Pflege bezogen wurden und beträgt:

- 5% des Eigenanteils an den Pflegekosten innerhalb des ersten Jahres
- 25% des Eigenanteils an den Pflegekosten ab dem 13. Monat,
- 45% des Eigenanteils an den Pflegekosten ab dem 25. Monat und
- 70% des Eigenanteils an den Pflegekosten ab dem 37. Monat

Angefangene Monate in Pflegeeinrichtungen werden als voll angerechnet. Bezuschusst werden nur die pflegebedingten Aufwendungen. Weiterhin nicht bezuschusst werden die Unterkunfts- und Verpflegungskosten, sowie die Investitionskosten.

(43c SGB XI)

Besonderheiten bei Einrichtungen der Behindertenhilfe

In vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe, die zur Teilhabe und Leben in Gemeinschaft, am Arbeitsleben, zur schulischen Ausbildung oder Erziehung dienen, werden für Pflegebedürftige (der Pflegegrade 2 bis 5) von der Pflegekasse 10 % des Heimentgelts (höchstens 266,- € monatlich) übernommen.

(§ 43a SGB XI)

f) Kurzzeitpflege

In den Fällen, in denen zeitweise weder häusliche noch teilstationäre Pflege möglich ist, hat die/der Pflegebedürftige Anspruch auf vollstationäre Kurzzeitpflege. Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn:

- im Anschluss an eine stationäre Krankenhausbehandlung eine ambulante Versorgung oder
- in einer anderweitigen Ausnahmesituation eine häusliche oder teilstationäre Pflege nicht im erforderlichen Umfang möglich ist.

Der Leistungsanspruch besteht für längstens 8 Wochen pro Jahr und beträgt maximal 1.774,- €. Durch den Einsatz der Leistungen der Verhinderungspflege, welche nicht verwendet wurden, ist eine Erhöhung der Pflegekassenleistungen möglich (max. 3.224,- €) pro Kalenderjahr. Seit Januar 2017 besteht der Anspruch auf Kurzzeitpflege über die Pflegeversicherung für die Pflegegrade 2 bis 5.

Darüber hinaus ist die Kurzzeitpflege für pflegebedürftige Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene auch in Einrichtungen der Behindertenpflege oder anderen geeigneten Einrichtungen ohne Versorgungsvertrag der Pflegekassen möglich. Bisher musste diese Gruppe häufig in zugelassenen Einrichtungen der Altenpflege versorgt werden oder der Anspruch auf Kurzzeitpflege konnte gar nicht genutzt werden. Seit dem 01. Januar 2015 besteht der Anspruch auch für Menschen mit Behinderungen, die über 25 Jahre alt sind.

Pflegende Angehörige, die Kurzzeitpflege in Anspruch nehmen, erhalten für jeweils 8 Wochen je Kalenderjahr die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes. Wenn Sie

als pflegende/r Angehörige/r sich selbst in einer stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme befinden, kann die Kurzzeitpflege in einer dieser Einrichtung stattfinden, wenn eine Unterbringung des Pflegebedürftigen notwendig ist.

(§ 42 SGB XI)

g) Verhinderungspflege

Ist die normalerweise pflegende Person verhindert (z. B. wegen Krankheit oder Urlaub), so stehen für bis zu sechs Wochen im Jahr bis zu 1.612,- € für Verhinderungspflege zur Verfügung. Durch den Einsatz der Leistungen der Kurzzeitpflege, welche nicht verwendet wurden, ist eine Erhöhung der Pflegekassenleistungen möglich (max. 2.418,- €) pro Kalenderjahr. Seit Januar 2017 besteht der Anspruch auf Verhinderungspflege für die Pflegegrade 2 bis 5. Diese kann sowohl ambulant (durch Ehrenamtliche, Angehörige, einen Pflegedienst oder eine erwerbsmäßige Pflegeperson) als auch stationär in einer Pflegeeinrichtung durchgeführt werden. Der Betrag kann auch stunden-, tage- oder wochenweise in Anspruch genommen werden.

Voraussetzung für Verhinderungspflege ist, dass zuvor für mindestens sechs Monate ambulante Pflege geleistet wurde und die/der Pflegebedürftige zur Zeit der Verhinderung mindestens den Pflegegrad 2 besitzt.

Wenn die Ersatzpflegeperson bis zum zweiten Grad verwandt bzw. verschwägert oder in der gleichen Hausgemeinschaft wohnhaft ist, dann dürfen die Aufwendungen nicht das 1,5fache des Pflegegeldes übersteigen. Eine Erhöhung bis zu 1.612,- € ist möglich, wenn zusätzliche Kosten bei der Pflegeperson nachgewiesen werden (z.B. Fahrtkosten).

Wenn pflegende Angehörige Verhinderungspflege in Anspruch nehmen wollen, erhalten sie ab 1. Januar 2015 für jeweils 8 Wochen je Kalenderjahr weiterhin die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes.

(§ 39 SGB XI)

h) Pflegehilfsmittel und technische Hilfen

Auf eine Versorgung mit Pflegehilfsmitteln haben Pflegebedürftige aller Pflegegrade einen Anspruch, wenn es die Pflege erleichtert, Beschwerden lindert oder eine eigenständige Lebensführung ermöglicht. Die Pflegehilfsmittel müssen beantragt werden und der Bedarf wird von einer Pflegefachkraft oder dem medizinischen Dienst der Krankenkassen überprüft. Benötigte Hilfsmittel, die aufgrund einer Krankheit oder Behinderung bestehen, sind von der Krankenversicherung bzw. den zuständigen Leistungsträgern zu übernehmen und werden ärztlich verordnet (z. B. Inkontinenzvorlagen).

Die Pflegekasse unterscheidet die Hilfsmittel wie folgt:

- für den Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel bis monatlich € 40,00 (z.B. Betteinlagen, Einmalhandschuhe, Mundschutz);
- für technische Pflegehilfsmittel, wie Mobilitätshilfen, Rollstühle, Hebehilfen, Pflegebetten, Lagerungshilfen. Die Zuzahlung beträgt hier 10 %, jedoch maximal 25,- € pro Hilfsmittel;
- in einigen Fällen (z. B. bei Alleinlebenden) Kostenübernahme für die Grundgebühr für ein Hausnotrufgerät bis max. 23,00 € monatlich.

(§ 40 SGB XI)

i) Wohnungsanpassung im Pflegefall

Von der Pflegekasse können auf vorherigen Antrag Zuschüsse zur Verbesserung des Wohnumfeldes von Pflegebedürftigen bis zu 4.000 Euro gewährt werden. Die Zuschüsse sind einkommensfrei und stehen jedem Pflegegrad zur Verfügung. Die Anpassungsmaßnahmen sollen die häusliche Pflege der/des Pflegebedürftigen sicherstellen, entlasten oder eine eigenständige Lebensführung wieder aufbauen. Diese Maßnahmen haben das Ziel, einer Überbelastung der Pflegekraft entgegenzuwirken. Auch hier gilt vorherige Beantragung bei der zuständigen Pflegekasse.

Wenn mehrere Anspruchsberechtigte zusammen wohnen, ist eine Förderung bis maximal 16.000 Euro möglich.

Die Förderung kann auch ein zweites Mal in Anspruch genommen werden, wenn aufgrund einer veränderten Pflegesituation erneute Umbaumaßnahmen notwendig sind.

Die Zuschüsse gliedern sich in:

Maßnahmen an bzw. in der Bausubstanz (Türverbreiterungen, Entfernen von Türschwelen, fest installierte Rampen, Umbaumaßnahmen im Badezimmer zur Pflegeerleichterung (Einbau einer bodengleichen Dusche), Handgriffe oder Handläufe an Treppen bzw. langen Fluren, Treppenlifter). Eine Rücksprache mit der/dem Vermieter/in ist empfehlenswert, da dieser einen Rückbau nach einem Auszug fordern kann.

Es können auch Maßnahmen des Ein- bzw. Umbaus von Mobiliar (welches für die individuelle Pflegesituation hergestellt oder umgebaut werden muss) genehmigt werden.

Ein Umzug in eine bedarfsgerechte Wohnung kann ebenfalls eine wohnumfeldverbessernde Maßnahme sein.

(§ 40 SGB XI)

5. Leistungen der Krankenversicherung

a) Häusliche Krankenpflege

Wenn kein Pflegegrad besteht oder nur der PG 1, kann der Vertrags- oder Klinikarzt unter folgenden Bedingungen eine Verordnung über häusliche Krankenpflege ausstellen:

- eine Krankenhausbehandlung ist notwendig aber nicht durchführbar oder eine stationäre Krankenhausbehandlung kann vermieden oder verkürzt werden (Krankenhausvermeidungspflege),
- die Krankenpflege soll das Ziel der ärztlichen Behandlung sichern (Sicherungspflege),
- es besteht eine schwere Krankheit oder eine akute Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung (Unterstützungspflege)

Die häusliche Krankenpflege beinhaltet Grund- und Behandlungspflege und hauswirtschaftliche Versorgung.

Die Versorgung kann durch Pflegekräfte oder einer selbstbeschafften Kraft ausgeführt werden und wird bis zu 4 Wochen oder auch länger verordnet.

(§ 37 SGB V)

b) Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit

Liegt kein PG oder ein PG 1 vor und reicht häusliche Krankenpflege nicht aus, kann insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder einer ambulanten Krankenhausversorgung die erforderliche Kurzzeitpflege für eine Übergangszeit bis zu 56 Tage im Kalenderjahr erbracht werden. Der Antrag ist bei der Krankenkasse zu stellen.

(§ 39c SGB V)

c) Übergangspflege

Direkt nach einer Krankenhausbehandlung kann Übergangspflege bis zu 10 Tagen im gleichen Krankenhaus in Anspruch genommen werden, wenn häusliche Krankenpflege, Kurzzeitpflege, Leistungen der medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen nach SGB XI nicht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden müssten. Der Antrag ist bei der Krankenkasse zu stellen.

(§ 39e SGB V)

6. Hilfen für Angehörige von pflegebedürftigen Menschen

a) Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

Wenn Pflegebedürftige von Angehörigen oder ehrenamtlichen Helfern betreut werden, dann können die Pflegenden Pflegekurse von der Pflegekasse bzw. deren Kooperationspartnern (z.B. Verbände der freien Wohlfahrtspflege, Volkshochschulen und anderen Bildungsvereinen) wahrnehmen. Die Veranstaltungskosten werden von der Pflegekasse getragen. In den Kursen werden Informationen und praktische Hilfe zur Pflege vermittelt, zudem besteht die Möglichkeit einer Beratung und eine Unterstützung im individuellen Pflegealltag zu erhalten. Innerhalb der Kurse können Austauschgespräche und Kontakte zu anderen Pflegenden hergestellt werden.

(§ 45 SGB XI)

b) Kurzzeitige Freistellung von der Arbeit

Wird ein Angehöriger pflegebedürftig, muss schnell Hilfe organisiert werden. Neben dem Anspruch auf Pflegezeit haben Beschäftigte (dies gilt nicht für Beamtinnen/Beamte) daher das Recht, ihrer Arbeit bis zu maximal zehn Tagen fernzubleiben (die so genannte kurzzeitige Arbeitsverhinderung). Diese zehn Tage gelten pro Pflegefall und können auch zwischen z. B. Geschwistern aufgeteilt werden. In dieser Zeit bleiben die Beschäftigten sozialversichert. Anspruch auf eine kurzzeitige Freistellung haben alle Beschäftigten, dies ist unabhängig von der Mitarbeiter/innenanzahl der/des Arbeitgeberin/Arbeitgebers. Die/Der Arbeitgeber/in kann eine ärztliche Bescheinigung der Pflegebedürftigkeit (mindestens Pflegegrad 1) der/des Angehörigen mit der Notwendigkeit der Arbeitsverhinderung verlangen. Das Attest der Pflegebedürftigkeit kann auch nachgereicht werden. Das **Pflegeunterstützungsgeld** ist eine Entgeltersatzleistung für die kurzzeitige Arbeitsverhinderung, wenn der Arbeitgeber keine Entgeltfortzahlung leistet. Es beträgt 90-100 % des Nettoarbeitsentgeltes. Landwirtinnen/Landwirte können anstatt des Pflegeunterstützungsgeldes Betriebshilfe erhalten. Dies muss bei der Pflegekasse oder dem privaten Pflegeversicherungsunternehmen beantragt werden.

(§ 2 Pflegezeitgesetz; § 44a SGB XI)

c) Pflegezeit

Nahe Angehörige¹ von Pflegebedürftigen (mindestens Pflegegrad 1 bzw. eine begrenzte Lebenserwartung von wenigen Wochen oder Monaten) haben zudem einen Anspruch auf Pflegezeit (dies gilt nicht für Beamtinnen/Beamte) und können sich in diesem Rahmen für die Dauer von bis zu sechs Monaten von der Arbeit freistellen lassen. Die Freistellung kann vollständig oder in Form einer Arbeitszeitreduzierung erfolgen. Dies gilt jetzt auch für Beschäftigte in Betrieben, die 15 oder weniger Mitarbeiter/innen haben. Für die Inanspruchnahme der Pflegezeit muss sie zehn Tage vor dem Beginn schriftlich mit Umfang, Zeitraum und nachgewiesener Pflegebedürft-

¹ Als nahe Angehörige gelten insbesondere: Ehegatten, Lebenspartner/in, Partner/in einer eheähnlichen Gemeinschaft, Partner/in einer lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft, Großeltern, Eltern, Geschwister, Kinder, Adoptiv- und Pflegekinder auch des Ehegatten/Lebenspartners, Enkelkinder, Schwiegereltern, Schwiegerkinder, Stiefeltern und Schwäger/innen.

tigkeit beim Arbeitgeber angekündigt werden. Der Kündigungsschutz beginnt nach den neuen Vorgaben erst mit dem Beginn der Freistellung. Vom Tag der Antragsstellung bis zur Freistellung besteht dieser nicht. Dasselbe gilt im Übrigen auch für die Familienpflegezeit, wenn der Betrieb 25 oder weniger Beschäftigte hat. Ausnahmen vom Kündigungsschutz werden über die Landesbehörde für Arbeitsschutz geregelt. Voraussetzung ist, dass mind. 14 Stunden wöchentlich für die Pflege aufgewendet werden und die wöchentliche Berufstätigkeit 30 Stunden nicht überschreitet. Bei der Pflegeversicherung wird für den Status einer Pflegeperson von einem Stundenumfang von 10 Stunden an mindestens 2 Tagen in der Woche ausgegangen. Eine Angleichung der Stunden im Pflegezeitgesetz ist nicht vorgesehen. Bei der Versorgung von mehreren Pflegebedürftigen können die Versorgungszeiten zusammengerechnet werden. Vorzeitige Pflegezeitbeendigung oder ein Teilzeitmodell der Pflegezeit ist nur in Absprache mit der/dem Arbeitgeber/in möglich. Die Pflegeperson ist während der Pflegezeit sozial- und unfallversichert. Die Beiträge zahlt die Pflegekasse. Für die Pflegezeit können Beschäftigte ein zinsloses Darlehen für die Absicherung des Lebensunterhalts erhalten. Dies wird beantragt beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (www.bafza.de).

(§ 3, § 4; § 5 & § 6 Pflegezeitgesetz; § 44 SGB XI; § 3 Familienpflegezeitgesetz)

d) Familienpflegezeit

Das Familienpflegezeitgesetz (dies gilt nicht für Beamtinnen/Beamte) soll Berufstätigen eine weitere Möglichkeit eröffnen, die Pflege einer/s Angehörigen im häuslichen Bereich zu leisten bzw. zu unterstützen. Mit der Neuregelung haben nahe Angehörige seit 2015 bis zu 24 Monate lang die Möglichkeit, ihre Arbeitszeit auf bis zu 15 Stunden pro Woche zu reduzieren. Dieser Anspruch besteht seit dem 1.1.2023 jetzt auch in Betrieben mit 25 oder weniger Beschäftigten. Die Familienpflegezeit muss acht Wochen vor der Inanspruchnahme schriftlich mit Umfang, Zeitraum, nachgewiesener Pflegebedürftigkeit (mindestens Pflegegrad 1) und Neuverteilung der Arbeitszeit angemeldet werden. Durch die Familienpflegezeit kann beispielsweise ein/e Vollzeitbeschäftigte/r ihre/seine Arbeitszeit auf 50 % reduzieren, wenn sie/er eine/n Angehörige/Angehörigen pflegt – und das bei einem Gehalt von in diesem Fall 75 % des letzten Bruttoeinkommens. Zum Ausgleich muss sie/er später wieder voll arbeiten, bekommt in diesem Fall aber weiterhin nur 75 % des Gehalts – so lange bis das Zeitkonto wieder ausgeglichen ist. Es besteht der gleiche Kündigungsschutz wie bei der Pflegezeit. Beitragszahlungen in der Familienpflegezeit und die Leistungen der Pflegeversicherung zur gesetzlichen Rente bewirken einen Erhalt der Rentenansprüche. Diese Ansprüche steigen mit der Höhe des Pflegegrades. Damit halten pflegende Angehörige, trotz Ausübung der Pflege, die Rentenansprüche etwa auf dem Niveau der Vollzeitbeschäftigung. Ein zinsloses Darlehen ist, wie bei der Pflegezeit, ebenfalls möglich. Dies wird beantragt beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (www.bafza.de). **Pflegezeit und Familienpfle-**

gezeit können auch kombiniert in Anspruch genommen werden, jedoch sind sie auf max. 24 Monate je Pflegebedürftige/n begrenzt. Das **neue Pflegestärkungsgesetz** sieht keine Änderungen im Familienpflegezeitgesetz vor, daher ist der Pflegegrad 1 ausreichend für den Anspruch auf Familienpflegezeit.

(§ 2, § 2a & § 3 Familienpflegezeitgesetz; § 44 SGB XI)

e) Beratung und Unterstützung von pflegebedürftiger Menschen und ihren Angehörigen

Mit dem Pflegestärkungsgesetz II wurde eine Verbesserung der Beratungs- und Informationsangebote festgelegt:

- Die Pflegekassen unterstützen durch verständliche Information und Aufklärung über Pflegebedürftigkeit, Leistungen der Pflegekasse bzw. anderer Träger, gesundheitsfördernde Lebensführung zur Vorbeugung von Pflegebedürftigkeit sowie Präventions- und Rehabilitationsempfehlungen.
- Leistungs- und Preisvergleichslisten der regionalen Pflege- und Hilfsdienste werden von der Pflegekasse auf Anforderung zur Verfügung gestellt.
- Nach einem Erst- bzw. Folgeantrag muss die Pflegekasse innerhalb von 14 Tagen eine feste Ansprechperson und einen konkreten Pflegeberatungstermin anbieten. Die/Der Versicherte kann auf Wunsch die Beratung in der Häuslichkeit erhalten.
- Die Pflegekasse ist verpflichtet, kostenlose Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen anzubieten.

(§ 7, § 7a, § 7b, § 7c, § 45 SGB XI)

Ab 1. Januar 2022 sollen Digitale Pflegeanwendungen wie Apps oder Programme auf dem PC Organisationen entlasten und Angehörige von Pflegebedürftigen bei pflegerischen Anwendungen schulen und unterstützen. Beispiele wären Gedächtnisübungen für Demenzkranke oder Schulungen in Sturzprävention. Außerdem ist es ein Ziel dadurch die Kommunikation zwischen Pflegefachkräften und Angehörigen zu verbessern. Maximal 50,- € pro Jahr stehen für die DiPas zur Verfügung.

(§ 40 a und 40 b sowie 39 a SGB XI)

f) Beiträge zur Rentenversicherung

Die Pflegeversicherung übernimmt die Beiträge zur Rentenversicherung, wenn Sie eine/n Angehörige/n mit mindestens dem Pflegegrad 2 versorgen. Dies muss an wenigstens 10 Stunden alle sieben Tage und geringstenfalls an 2 Tagen in diesen Wochen erfolgen, dabei darf eine berufliche Tätigkeit von 30 Stunden wöchentlich nicht überschritten werden. Erst wenn diese Kriterien erfüllt sind, besitzen Sie im Sinne der Pflegeversicherung den **Status einer Pflegeperson** und können soziale Leistungen erhalten. Die Beitragshöhe orientiert sich an dem Pflegegrad bzw. der Pflegebedürftigkeit und dem Ausmaß der Pflegetätigkeit.

(§ 44 SGB XI)

g) Andere soziale Leistungen zur Sicherung der Pflegepersonen

Mit dem Status einer Pflegeperson sind Sie gesetzlich unfallversichert und nach dem Recht der Arbeitsförderung versichert. Nichterwerbstätige Pflegepersonen haben auf vorherigen Antrag einen Anspruch auf Beihilfeleistungen oder Leistungen der Heilfürsorge.

(§ 44 SGB XI)

7. Beantragung von Pflegeleistungen – Ablaufschema:

1. Antrag auf Pflegeleistungen bei der Pflegekasse stellen
2. Pflegekasse bietet Ihnen eine Pflegeberatung durch eine/n Pflegeberater/in an und beauftragt den MD/Medicproof ein Gutachten zu erstellen
3. MD/Medicproof meldet sich schriftlich zum Hausbesuch an
4. Ärztin/Arzt oder Pflegefachkraft des MD/Medicproof führt Hausbesuch durch und ermittelt den Pflegebedarf
5. MD/Medicproof erstellt ein Pflegegutachten sowie Empfehlungen zu Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung und Verbesserungen im Wohnumfeld (wenn die/der Pflegebedürftige dem zustimmt) und übermittelt dies an die Pflegekasse
6. Pflegekasse teilt Ergebnis der Begutachtung und des erlangten Pflegegrades der/dem Antragsteller/in schriftlich mit
7. a) bei Gewährung eines Pflegegrades:
 - Pflegebedürftige/r entscheidet sich, ob Pflegegeld oder Pflegesachleistungen in Anspruch genommen werden und sucht sich ggf. einen Pflegedienst
 oder
 - Pflegebedürftige/r sucht sich einen Pflegeheimplatz, wenn häusliche Pflege nicht möglich ist
7. b) bei Ablehnung eines Pflegegrades oder Antrags auf Höherstufung:
 - innerhalb von einem Monat schriftlich Widerspruch bei der Pflegekasse einlegen
 - MD/Medicproof-Gutachten bei der Pflegekasse anfordern (man hat einen Rechtsanspruch hierauf!)
 - möglichst eine Begründung für den Widerspruch unter Hinweis auf fehlende bzw. fehlerhafte Angaben des MD/Medicproof-Gutachtens nachreichen

- Pflegekasse muss den Fall erneut prüfen
- bei erneuter Ablehnung: Ggf. Klage beim Sozialgericht einreichen

Genauere Informationen zu den Leistungen der Pflegeversicherung erhalten Sie bei ihrer Pflegekasse.

8. Antrag auf Hilfe zur Pflege

Wenn die Kosten für die stationäre Pflege, teilstationäre Pflege, ambulante Pflege oder Kurzzeitpflege aufgrund eines zu geringen Einkommens nicht gedeckt sind, kann beim örtlichen Sozialhilfeträger des letzten Wohnorts der/des Pflegebedürftigen ein Antrag auf Restkostenübernahme bei der Hilfe zur Pflege gestellt werden. Heimbewohner/innen müssen in der Regel ihr gesamtes Einkommen zur Deckung der Restkosten einsetzen, bevor Sozialhilfe in Anspruch genommen werden kann. Zudem wird geprüft, ob es unterhaltspflichtige Angehörige ersten Grades gibt (Kinder und Eltern gegenseitig), die – nach Abzug von Freibeträgen – vorrangig zur Finanzierung der Pflegeleistungen verpflichtet sind. Wenn Sie vermuten, einen Anspruch auf Sozialhilfe zu haben, können Sie genauere Informationen bei den Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern der sozialen Sicherung erhalten.

(§ 61ff SGB XII)

Hier sind auch die entsprechenden Anträge zu stellen.

Zuständig sind für Sie (nach Anfangsbuchstabe des Familiennamens):

B - D, I	Frau Gogoll	Tel. 85 10 68
E - Hd, X, Y, Z	Frau Lorenzen	Tel. 85 11 62
Ja - Jn, K, L, U	Herr Ganz	Tel. 85 27 82
M - O,Q, R, V, W	Frau Mühlbrandt	Tel. 85 16 83
S - T	Frau Stahl	Tel. 85 23 38
A, He - Hz, Jo - Jz, P	Frau Petersen	Tel. 85 29 09

Antragstellung: Stadt Flensburg, **Soziale Sicherung/Hilfe zur Pflege**
Rathausplatz 1, 24937 Flensburg

Um Ihnen unnötige Wartezeiten zu ersparen und zur Vermeidung unvollständiger Unterlagen empfehlen wir, mit den Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern telefonisch einen Vorsprachetermin zu vereinbaren.

9. Weitere Informationen und Ansprechpartner/innen

Welche Hilfen und Leistungen Sie im Einzelnen in Anspruch nehmen können, erfahren Sie bei der Pflegeberatung ihrer Pflegekasse. Eine allgemeine Beratung zu den einzelnen Versorgungsmöglichkeiten und der Finanzierung erfahren Sie zudem in einem persönlichen Gespräch mit den Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern im Pflegestützpunkt. Rufen Sie hierzu einfach an oder kommen Sie zu den offenen Sprechstunden vorbei. Terminvereinbarungen und Hausbesuche sind auch möglich.

Auch bei allen anderen Fragen aus den Bereichen Pflege, Versorgung und senioren-gerechte Lebensformen können Sie sich hier kostenfrei und vertraulich informieren.

Hier erreichen Sie den Pflegestützpunkt im Flensburger Rathaus:

Stadt Flensburg
Fachbereich Soziales und Gesundheit
Fachstelle 50+
Rathausplatz 1
24937 Flensburg
Tel. 0461/85 20 02

Offene Sprechstunden:

Pflegestützpunkt Rathaus

montags, donnerstags und freitags	08:30 Uhr - 12:00 Uhr
donnerstags	14:00 Uhr - 17:30 Uhr
und nach Vereinbarung	

10. Beratungsstellen und nähere Auskünfte

Pflegeportal des Sozialministeriums des Landes Schleswig-Holstein

Internet: www.pflege.schleswig-holstein.de

Kranken- bzw. Pflegekassen

Compass Private Pflegeberatung

Telefon: 0800/10 18 800

Internet: www.compass-pflegeberatung.de

Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD)

Beratung Deutsch:

Telefon: 0800/011 77 22

Montag - Freitag 8.00 - 18.00 Uhr

Beratung Türkisch:

Telefon: 0800/011 77 23

Montag- Freitag 8.00 - 18.00 Uhr

Beratung Russisch:

Telefon: 0800/011 77 24

Montag - Freitag 8.00 - 18.00 Uhr

Beratung Arabisch:

Telefon: 0800/33 22 12 25

Dienstag 11.00 - 13.00 Uhr, Donnerstag 17.00 - 18.00 Uhr

E-Mail: info@patientenberatung.de

Internet: www.patientenberatung.de

Alzheimer Gesellschaft Flensburg und Umgebung e. V.

Friesische Straße 10 | 24937 Flensburg

Telefon: 0160/48 29 093 | Fax: 0461/50326-19

E-Mail: info@alzheimer-flensburg.de

Internet: www.alzheimer-flensburg.de

Verbraucherzentrale Schleswig-Holstein e. V.

Beratungsstelle Flensburg

Schiffbrücke 65 | 24939 Flensburg

Telefon: 0461/2 86 04

Internet: www.verbraucherzentrale.sh/beratungsstellen/flensburg

KIBIS

Selbsthilfekontaktstelle Flensburg

Mürwiker Straße 115 | 24943 Flensburg

Telefon: 0461/86 93 518

E-Mail: kibis@flensburg.de

Internet: www.kibis-flensburg.de

Bundesministerium für Gesundheit

Internet: www.bundesgesundheitsministerium.de

(Zum Beispiel Broschüre „Ratgeber Pflege“, „Ratgeber Demenz“)

Publikationsversand der Bundesregierung

Telefon: 030/182 722 721

E-Mail: publikationen@bundesregierung.de

Hilfe & Schlichtung bei Pflegeproblemen

PflegeNOTtelefon in Schleswig-Holstein

Telefon: 01802/494847

Patientenberatung in Schleswig-Holstein

Patientenombudsmann/-frau Schleswig-Holstein e. V.

Telefon: 04551/80 34 22

Patienten-Ombudsleute

Telefon: 0180/52 35 383

E-Mail: info@patientenombudsman.de

Internet: www.Patientenombudsman.de

Sozialrechtliche Beratung

Die Bürgerbeauftragte für soziale Angelegenheiten des Landes Schleswig-Holstein

Beratung und Unterstützung in sozialen Angelegenheiten

Telefon: 0431/98 81 240

E-Mail: buengerbeauftragte@landtag.ltsh.de

Sozialrechtliche Erstberatung des Pflegenottelefons

Telefon: 0180/24 94 847, mittwochs von 15 - 18 Uhr

Barrieren Abbauen und innovative Wohn- und Pflegeformen

Landeshauptstadt Kiel – Beratungsstelle für Barrierefreies Bauen

Fleethörn 9 (Rathaus) | 24103 Kiel

Telefon: 0431/90 12 518

E-Mail: barrierefreies-bauen@kiel.de

KIWA – Koordinierungsstelle für innovative Wohn- und Pflegeformen im Alter

Im Nordkolleg Raiffeisenstraße 1-3 | 24768 Rendsburg

Telefon: 04331/14 38 63

E-Mail: post@kiwa-sh.de

Internet: www.kiwa-sh.de

Broschüren zur Pflegebegutachtung und mehr**Medizinischer Dienst Nord**

Hammerbrookstraße 5 | 20097 Hamburg

Telefon: 040/25 16 90 Telefax: 040/25 169 509

Internet: www.md-nord.de

Zum Beispiel Informationen zur Pflegebegutachtung:

www.pflegebegutachtung.de

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS)

Theodor-Althoff-Str. 47 | 45133 Essen

Telefon: 020/18 32 70

E-Mail: office@mds-ev.de

Internet: www.mds-ev.de

Zum Beispiel:

„Das neue Begutachtungsinstrument der sozialen Pflegeversicherung“ oder

„Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit“

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

www.wege-zur-pflege.de

(Informationen zur Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf)

Deutsche Gesellschaft für Ernährung

DGE Qualitätsstandards für Essen auf Rädern

Godesberger Allee 18 | 53175 Bonn

Telefon: 0228/37 76 873

E-Mail: info@fitimalter-dge.de

Internet: www.dge.de

11. Überblick: Leistungen der Pflegekassen

Häusliche Pflege:

LEISTUNG	PFLEGE-GRAD 1	PFLEGE-GRAD 2	PFLEGE-GRAD 3	PFLEGE-GRAD 4	PFLEGE-GRAD 5
Hilfsmittel	Übernahme der Aufwendungen von für den Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln in Höhe von € 40,- monatlich; Übernahme der Kosten für technische Hilfsmittel, die die Pflege erleichtern (Zuzahlung durch den Leistungsempfänger ab dem 18. Lebensjahr in Höhe von 10 %, jedoch max. € 25,-).				
Wohnraumverbesserung	Umbaumaßnahmen, die die Pflege im häuslichen Bereich ermöglichen oder erleichtern, werden auf Antrag mit bis zu € 4.000,- bezuschusst. Wenn mehrere Pflegebedürftige zusammen wohnen, kann dieser Betrag für jede Person aber höchstens für 4 Personen (insgesamt 16.000 € –) beantragt werden.				
Alternative Wohnformen - Pflegewohn-gemeinschaften	Der Wohngruppenzuschlag beträgt monatlich 214,- €. Für die Gründung einer ambulant betreuten Wohngruppe kann jeder Pflegebedürftige, der sich beteiligt, eine Anschubfinanzierung von 2.500,- € (max. pro Wohngemeinschaft 10.000,- €) beantragen.				
Pflegevertretung bei Verhinderung der Pflegeperson	Bei Verhinderung der Pflegeperson (z. B. Urlaub, Krankheit) kann, wenn zuvor mindestens 6 Monate gepflegt wurde, für bis zu 6 Kalenderwochen jährlich eine Kostenerstattung für eine Pflegeersatzkraft übernommen werden: max. € 1.612,- Erhöhung auf max. € 2.418 jährlich bei nicht Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege.				
Kurzzeitpflege	Pflegebedingte Aufwendungen in vollstationärer Pflege für max. 8 Kalenderwochen jährlich bei Verhinderung der ambulanten Pflegeperson oder nach Krankenhausaufenthalt: € 1.774,- Erhöhung auf max. € 3.368,- jährlich bei nicht Inanspruchnahme der Verhinderungspflege.				
Tages-/Nachtpflege mtl. bis zu	125,- € durch Umwidmung der zusätzlichen Leistungen anerkannter Betreuungsangebote.	689,- €	1.298,- €	1.621,- €	1.995,- €

Häusliche Pflege:

LEISTUNG	PFLEGE-GRAD 1	PFLEGE-GRAD 2	PFLEGE-GRAD 3	PFLEGE-GRAD 4	PFLEGE-GRAD 5
Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfe, monatlich		316,- €	545,- €	728,- €	901,- €
Pflegesachleistung (häusl. Pflegehilfe durch einen professionellen Pflegedienst) Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von monatlich		724,- €	1.363,- €	1.693,- €	2.095,- €
Kombination von Geld- und Sachleistungen	Pflegebedürftige können Geld- und Sachleistung den Bedürfnissen entsprechend kombinieren, wobei Pflegegeld prozentual anteilig zur Sachleistung ausgezahlt wird.				
Entlastungsbetrag	125,- € für anerkannte Betreuungsangebote für alle Pflegegrade.				

Vollstationäre Pflege:

LEISTUNG	PFLEGE-GRAD 1	PFLEGE-GRAD 2	PFLEGE-GRAD 3	PFLEGE-GRAD 4	PFLEGE-GRAD 5
Vollstationäre Pflege, monatlich	(125,- € Zuschuss)	770,- €	1.262,- €	1.775,- €	2.005,- €
Einrichtungen der Behindertenhilfe	Bei Pflegebedürftigen, die in einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe leben, übernimmt die Pflegekasse 10 % des Heimentgelts, höchstens € 266,- monatlich.				

