

Schnelle Hilfe im **Pflegefall**



Kosten
Organisation
Pflegegrade

2., aktualisierte Auflage

Marina Engler

Schnelle Hilfe im **Pflegefall**



Stiftung
Warentest



Inhaltsverzeichnis

4 Was wollen Sie wissen?

9 Kurzratgeber: Was jetzt zu regeln ist

- 12 Zeit schaffen: Für einige Tage im Job aussetzen
- 14 Pflegegeld erhalten: Den Antrag stellen
- 17 Was zahlt die Pflegeversicherung?
- 20 Beratung nutzen
- 22 Die rechtliche Vorsorge prüfen
- 25 Zu Hause oder nicht? Das Leben neu organisieren

33 Finanzielle Hilfen

- 34 Den Pflegegrad ermitteln
- 42 Welche Leistungen bietet die soziale Pflegeversicherung?
- 46 Die Leistungen anderer Versicherungen
- 48 Hilfe vom Staat

55 Pflege und Beruf vereinbaren

- 57 Im Job kürzertreten, um zu pflegen
- 63 Zuschüsse zur Sozialversicherung für Pflegende

67 Beratung und Unterstützung

- 68 Der Familienrat: Alle helfen mit
- 73 Beratung vor Ort nutzen
- 79 Pflege praktisch lernen
- 80 Mit Überforderung umgehen
- 84 Interview: Psychologische Hilfe im Einzelfall
- 86 Technische Hilfsmittel
- 87 Ehrenamtliche Hilfsdienste
- 90 Essen auf Rädern
- 92 Hausnotruf



57

Im Job aussetzen:
Familienpflegezeit
beantragen

25

Eine Entscheidung treffen: Wie geht es weiter?





95 Zu Hause gut gepflegt

- 97 Der ambulante Pflegedienst
- 104 Die Tages- und Nachtpflege
- 111 Osteuropäische Haushalts- und Betreuungskräfte
- 120 Hilfsleistungen kombinieren – ein Praxisbeispiel
- 122 Rehabilitation
- 126 Interview: „Alle Behandler ziehen an einem Strang“

129 Wohnmodelle mit Pflege

- 131 Kurzfristige stationäre Pflege
- 134 Langfristige stationäre Pflege
- 142 Alternativen zum Pflegeheim

154 Hilfe

- 154 Adressen
- 157 Kleines Pflege-Glossar
- 158 Stichwortverzeichnis

Was wollen Sie wissen?

Ihr Mann oder Ihre Frau, die Eltern oder Schwiegereltern benötigen immer mehr Unterstützung im Alltag? Eine Krankheit, ein Unfall oder eine zunächst kaum wahrnehmbare Verschlechterung haben dazu geführt, dass Sie plötzlich die Pflege organisieren müssen? Dieser Ratgeber zeigt präzise und praxisnah, welche Schritte nötig sind und wer Ihnen dabei helfen kann.

Es gibt so viel zu tun. Womit fange ich an?

Zwei Dinge sind zunächst am wichtigsten: Zeit und gute Beratung. Wenn Sie die Pflege für eine andere Person organisieren, haben Angestellte einen gesetzlichen Anspruch auf zehn freie Arbeitstage. Der Fachbegriff dafür heißt „kurzzeitige Arbeitsverhinderung“. Weitere Informationen darüber finden Sie ab S. 57. Außerdem haben Sie ein Recht auf eine kostenlose Beratung zu Pflege- und Hilfsangeboten in Ihrer Nähe. Dafür ist die Pflegekasse der richtige Ansprech-

partner. Sie erreichen sie über Ihre Krankenversicherung. Je nach Region gibt es Pflegestützpunkte vor Ort. Auf der Webseite des Zentrums für Qualität in der Pflege unter bdb.zqp.de können Sie nach Beratungsangeboten in Ihrer Nähe suchen. Beim Bundesverband unabhängiger Pflegesachverständiger und Pflegeberater unter www.bvpp.org/anbieter finden Sie freie Berater. Über Hilfs- und Beratungsangebote informieren wir Sie ab S. 9 und ausführlicher ab S. 67.

Wie lange können meine Eltern noch zu Hause wohnen bleiben?

Wenn Sie Ihre Eltern in deren Zuhause pflegen wollen, müssen sie keinen Pflegegrad haben und sich auch nicht begutachten lassen. Allerdings gibt es dann auch kein Geld von der Pflegekasse. Entscheidend für die Pflege zu Hause ist, dass möglichst alle Zimmer dafür geeignet sind. Schon kleine Veränderungen wie Haltegriffe oder ein aufgebockter Sessel erhöhen die Lebensqualität und senken die Sturzgefahr. Langfristig sind

oft größere Umbauten nötig. Dafür gibt es finanzielle Unterstützung. Wie Sie diese bekommen, erfahren Sie ab S. 78. Wer zu Hause wohnen bleiben möchte, sollte außerdem früher oder später Hilfe von außen zulassen: Vom Menü-Bringdienst über eine Putzkraft bis zur Unterstützung in der Pflege, etwa tageweise von einem Pflegedienst, ist vieles möglich. Mehr Informationen dazu finden Sie ab S. 67 und ab S. 97.

Ich möchte mich selbst um die Pflege kümmern. Was muss ich beachten?

Egal, ob es um Mutter oder Vater, Ehefrau oder Ehemann oder um die Schwiegereltern geht – viele Angehörige möchten sich erst einmal selbst kümmern. Doch damit die Pflege nicht zur Belastung wird, sollte sie nicht von einem einzelnen Angehörigen geleistet werden. Überlegen Sie am besten im Familienrat,

wer wann was übernehmen kann und möchte. Auch die pflegebedürftige Person selbst sollte nach Möglichkeit mitentscheiden. Für die praktische Umsetzung kann ein Pflegekurs sinnvoll sein, den die Pflegekassen kostenlos anbieten. Weitere Informationen darüber finden Sie ab S. 79.

Wann gibt es Geld von der Pflegekasse?

Ein Pflegegrad ist die Voraussetzung dafür, dass es Geld von der Pflegekasse gibt. Der Pflegegrad 1 ist die niedrigste Stufe für Menschen mit nur geringem Unterstützungsbedarf, der Pflegegrad 5 die höchste Stufe für Personen, die rund um die Uhr auf Hilfe angewiesen sind. Entscheidend ist, dass jemand für mindestens ein halbes Jahr regelmäßig menschliche Hilfe im Alltag braucht.

Um einen Pflegegrad bescheinigt zu bekommen, ist ein Antrag bei der Pflegekasse nötig. Daraufhin kommt ein Gutachter und schlägt nach Überprüfung verschiedener Kriterien einen Pflegegrad vor, den die Pflegekasse in der Regel bestätigt. Nun können Sie Leistungen erhalten, rückwirkend ab dem Monat der Antragstellung. Die einzelnen Schritte erklären wir Ihnen ab S. 33.

Wie viel Geld gibt es von der Pflegekasse?

Wie viel Geld die Pflegekasse nach Ihrer Antragstellung bewilligt, hängt vom Pflegegrad und der Art der Pflege ab. Für die Pflege zu Hause durch einen Angehörigen gibt es bis zu 901 Euro, für die Pflege zu Hause durch einen Pflegedienst bis zu 2 095 Euro und für die Pflege im Heim bis zu 2 005 Euro plus Zuschläge. Das Geld wird entweder an den Pflegebedürftigen ausgezahlt oder direkt mit

dem Dienstleister abgerechnet. Zusätzlich lassen sich diverse weitere Leistungen beantragen, zum Beispiel für Hilfsmittel oder Unterstützung im Alltag. Außerdem gibt es Extrageeld, wenn Sie krank werden oder in den Urlaub fahren und jemand anderes die Pflege übernehmen muss. Über die einzelnen Pflegearten und die möglichen Zusatzleistungen informieren wir Sie ab S. 17.

Ich fürchte, dass ich die Pflege nicht alleine schaffe. Wie kann ich mir Hilfe suchen?

Niemand sollte ganz allein für die Pflege eines Familienmitglieds zuständig sein. Warum regelmäßige Auszeiten und Hilfe von außen so wichtig sind, erklären wir Ihnen ab S. 80.

Mittlerweile gibt es viele Unterstützungsangebote für den Alltag. Sehr unkompliziert und günstig arbeiten ehrenamtliche Helfer von Wohlfahrtsverbänden. Sie kommen etwa, um vorzulesen,

zu spielen oder spazieren zu gehen. Auf diese Weise sorgen sie für Abwechslung und bescheren Ihnen etwas Zeit für sich. Näheres dazu ab S. 87. Ein Menü-Bringdienst spart viel Zeit. Mehr dazu ab S. 90. Auch eine Haushaltshilfe, die stundenweise vorbeikommt oder mit im Haushalt lebt, kann eine große Erleichterung sein. Was Sie bei der Anstellung bedenken müssen, lesen Sie ab S. 111.

Müssen wir Unterstützung wie eine Haushaltshilfe komplett selbst bezahlen?

Nein, denn die Pflegekassen stellen nicht nur Geld für die reine Pflege zur Verfügung. Es gibt auch Beträge für verschiedene Unterstützungsleistungen, dazu zählen etwa Pflegehilfsmittel, Haushaltshilfen oder manche Angebote der Wohlfahrtsverbände, beispielsweise Demenzgruppen.

Es gibt mindestens 125 Euro pro Monat, sobald ein Pflegegrad bewilligt ist. Aller-

dings müssen Sie für zusätzliche Leistungen auch einen eigenen Antrag stellen. Unter bestimmten Umständen lassen sich mehrere Leistungen miteinander kombinieren oder umwidmen, sodass Sie teure Dienste aus einem anderen Topf mitfinanzieren können. Wie das funktioniert und wofür es wie viel Geld gibt, erklären wir Ihnen ab S. 17 und ausführlich ab S. 120.



Kurzratgeber:

Was jetzt zu regeln ist

Wenn Pflege nötig wird, gibt es in kurzer Zeit viel zu organisieren. Wo soll die Pflege stattfinden? Wer kümmert sich? Und woher gibt es Geld? Hier finden Sie kurz zusammengefasst die ersten Schritte, die jetzt wichtig sind.



Pflegebedürftigkeit tritt häufig akut auf. In manchen Fällen bringt ein Sturz, ein Herzinfarkt oder ein Schlaganfall einen Menschen von einem Tag auf den anderen ins Krankenhaus. Anschließend ist nichts mehr so wie vorher. In anderen Familien entwickelt sich die Pflegebedürftigkeit schleichend. Mutter oder Vater brauchen hier und da immer häufiger Hilfe, etwa beim Waschen und Bügeln, dann beim Einkaufen und Kochen, schließlich auch beim Anziehen und Essen. Auch in diesen Fällen wird den Angehörigen, die zuerst nur gele-

gentlich eingesprungen sind, meist von heute auf morgen klar: So kann es nicht mehr weitergehen. Wir brauchen professionelle Unterstützung.

In beiden Situationen tauchen plötzlich eine Menge Fragen auf. Denn die wenigsten Familien beschäftigen sich ohne Not mit Pflegegraden, Leistungen der Pflegekassen oder den Alternativen zum Pflegeheim. Auch von niedrigschwlligen Betreuungsangeboten, staatlichen Zuschüssen für Umbauten oder Pflegekursen für Angehörige haben viele noch nie etwas gehört.

In dieser angespannten Lage ist es wichtig, zunächst die kurzfristige Pflege sicherzustellen. Dafür gibt es mehrere Optionen. Um sich einen Überblick über die Möglichkeiten vor Ort zu verschaffen, ist eine individuelle Beratung sinnvoll. Darauf hat jeder einen gesetzlichen Anspruch.

Anschließend muss die langfristige Pflege koordiniert werden. Entscheidend sind dafür Antworten auf die Fragen, wo die Pflege überhaupt stattfinden soll und wer sie übernehmen kann und möchte. Außerdem ist es wichtig zu wissen, woher es finanzielle Unterstützung gibt und welche Hilfe es für den Alltag sonst noch gibt.

Um für all das ausreichend Zeit zu haben, nehmen Sie sich am besten einige Tage frei. Alle Arbeitnehmer sowie die meisten Beam-

ten, Soldaten und Richter haben sogar einen gesetzlichen Anspruch, sofort zehn Arbeitstage freizubekommen, um die akute Pflege für einen Angehörigen zu organisieren.

→ Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn ein Mensch voraussichtlich für mehr als sechs Monate Hilfe im Alltagsleben braucht. Wenn jemand nach einem Unfall oder einer Krankheit lediglich für kürzere Zeit auf Unterstützung angewiesen ist, besteht kein Anspruch auf Leistungen der Pflegekasse. Dann ist entweder die Krankenkasse oder die Unfallkasse zuständig.

Checkliste

Was Sie zuerst erledigen sollten

Vier Fragen sind für die Organisation des Pflegealltags besonders wichtig. Wer übernimmt die Pflege? Wo kann der Pflegebedürftige wohnen? Woher gibt es Geld? Und welche Unterstützungsangebote gibt es für den Alltag? Um darauf gute Antworten zu finden, sind folgende Schritte sinnvoll.

- **Familienrat einberufen.** Um die Pflege gut zu organisieren, müssen alle an einem Strang ziehen und die Pflege auf mehrere Schultern verteilen. Laden Sie daher alle Angehörigen sowie Freunde und Nachbarn, die ebenfalls helfen könnten, zu einem baldigen Treffen ein.

- Arbeitszeit reduzieren.** Sprechen Sie sich mit Geschwistern, Partnern und berufstätigen Kindern ab und reichen Sie bei Ihren Chefs einen Antrag auf kurzzeitige Arbeitsverhinderung ein. Sie können – alleine oder als Gruppe – insgesamt zehn Arbeitstage freinehmen, um die Pflege zu organisieren.
- Pflegegrad beantragen.** Stellen Sie gemeinsam mit dem Pflegebedürftigen einen Antrag bei dessen Pflegekasse. Es dauert einige Wochen, bis der Gutachter kommt und der Pflegegrad feststeht. Wenn es aber so weit ist, gibt es alle Leistungen rückwirkend ab der Antragstellung.
- Familienrat abhalten.** Besprechen Sie gemeinsam, was zu tun ist, und versuchen Sie, eine gute und gerechte Lösung für alle Beteiligten zu finden. Bedenken Sie, dass nicht nur der Pflegebedürftige selbst Unterstützung braucht, sondern auch die Pflegenden Hilfe annehmen sollten. Sowohl kostenpflichtige als auch ehrenamtliche Hilfsangebote können die Pflege verbessern und erleichtern. Mehr dazu erklären wir Ihnen ab S. 80.
- Beratung aufsuchen.** Lassen Sie sich nach Möglichkeit gemeinsam mit der pflegebedürftigen Person und allen wichtigen Helfern beraten. Kostenlose Beratungen bieten die Pflegestützpunkte der Länder, freie Berater und Wohlfahrtsverbände an. Auch der Sozialdienst im Krankenhaus hilft. Welche Beratungsstelle für Sie geeignet ist und wie Sie Angebote in Ihrer Nähe finden, lesen Sie im Kapitel „Beratung und Unterstützung“ ab S. 67.
- Vollmachten überprüfen.** Damit Sie als Angehörige Ihrem Partner, den Eltern oder Schwiegereltern Arbeit abnehmen und Entscheidungen für sie treffen dürfen, brauchen Sie eine entsprechende Vollmacht. Überprüfen Sie, ob und welche Vollmachten vorliegen, und setzen Sie nach Möglichkeit fehlende Unterlagen gemeinsam auf. Welche Varianten es gibt, erfahren Sie im Abschnitt „Die rechtliche Vorsorge prüfen“ ab S. 22.

Zeit schaffen: Für einige Tage im Job aussetzen

Um die Organisation der Pflege eines Angehörigen zu erleichtern, gibt es einen gesetzlichen Anspruch auf eine Auszeit im Job. Geld bekommen Sie trotzdem.

 **In Deutschland erhalten** knapp 4 Millionen Menschen Leistungen aus der Pflegekasse und sind damit offiziell pflegebedürftig. Tendenz steigend. Mehr als 75 Prozent von ihnen werden zu Hause versorgt. Um Angehörigen die Pflege-Arbeit zu erleichtern, hat der Gesetzgeber in den vergangenen Jahren einiges verbessert. So gibt es mittlerweile mehr und besser geschultes Beratungspersonal. Die Unterstützungsangebote wurden ausgebaut, sodass Pflegebedürftige und Angehörige mehr Hilfen im Alltag nutzen können. Und Pflege und Beruf können besser miteinander vereinbart werden. Letzteres soll auch dabei helfen, dass sich mehr Männer in der Pflege engagieren. Denn wie bei der Kinderversorgung sind es auch bei der Pflege bisher vor allem Frauen, die den Großteil der Arbeit erledigen.

Wer im Job etwas kürzertreten oder eine Zeit lang vollständig aussetzen möchte, um die Pflege für einen Angehörigen zu organisieren oder zu übernehmen, hat vier verschiedene Auszeit-Möglichkeiten. Einen gesetzlichen Anspruch darauf haben Arbeitnehmer ab einer bestimmten Betriebsgrö-

ße. Zwischen zehn Tagen und zwei Jahren ist vieles möglich. Während dieser Zeit besteht Kündigungsschutz und es gibt ein Rückkehrrecht auf einen vergleichbaren Arbeitsplatz. Außerdem gibt es je nach Auszeit-Variante entweder eine Lohnfortzahlung oder eine Ersatzleistung. Um die akute Versorgung eines pflegebedürftigen Angehörigen zu koordinieren, bietet sich zunächst die kürzeste Variante an: zehn freie Arbeitstage.

Bis zu zehn Arbeitstage Extrazeit

Die kürzeste Pflegezeit nennt sich „kurzzeitige Arbeitsverhinderung“. Arbeitnehmer können sie von heute auf morgen nutzen. Ein Anruf oder eine Mail an den Chef genügt, und Sie bekommen bis zu zehn Arbeitstage frei. Voraussetzung ist, dass Sie die Pflege für einen nahen Angehörigen in einer akuten Situation organisieren. Wenn Ihr Arbeitgeber es verlangt, müssen Sie außerdem eine ärztliche Bescheinigung einreichen, die die voraussichtliche Pflegebedürftigkeit Ihres Angehörigen bestätigt.

Für Beamte, Soldaten und Richter gelten unterschiedliche Regelungen in den einzel-

nen Bundesländern. Im Wesentlichen sollen sie mit Arbeitnehmern gleichgestellt sein.

In manchen Betrieben erhalten Sie während der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung Ihr normales Gehalt weiter. Das ist der Fall, wenn es eine entsprechende Klausel in der Betriebsvereinbarung gibt. Ansonsten haben Sie einen Anspruch auf eine Lohnersatzleistung, das Pflegeunterstützungsgeld. Dies beträgt in der Regel 90 Prozent des ausgefallenen Nettogehalts. Um das Geld zu erhalten, müssen Sie am ersten Tag der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung einen Antrag bei der Pflegekasse des Pflegebedürftigen stellen. Dafür ist ebenfalls eine ärztliche Bescheinigung nötig, die Sie aber meist nachreichen können.

Während der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung besteht voller Kündigungsschutz. Kranken- und pflegeversichert sind Sie allerdings nur, falls die Familienversicherung Ihres Partners oder Ihrer Partnerin in dieser Zeit greift. Sonst müssen Sie sich zwischenzeitlich freiwillig versichern. Bezahlt der Betrieb weiterhin Ihr normales Gehalt, bleiben Sie zu den üblichen Konditionen versichert.

Die Auszeit optimal nutzen

Wenn Sie die Pflege mit Partner oder Partnerin, Geschwistern oder Kindern abstimmen wollen, können Sie die kurzzeitige Arbeitsverhinderung untereinander aufteilen. Die zehn Arbeitstage sind auf eine pflegebedürftige Person bezogen. Wird also etwa Ihr Vater pflegebedürftig und Sie wollen sich

mit Ihrem Bruder abstimmen, kann beispielsweise jeder von Ihnen fünf Tage der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung nutzen. Wenn später auch Ihre Mutter eigene Pflegeleistungen braucht, können Sie die zehn Tage Arbeitsverhinderung für sie erneut nutzen und beliebig aufteilen. Es gibt keine Grenze, auf wie viele Menschen Sie die zehn Tage aufteilen dürfen.

 **Eine längere Auszeit müssen Sie zwei bis acht Wochen im Voraus beantragen.**

Können Sie bereits abschätzen, dass die zehn freien Arbeitstage nicht reichen werden? Oder wollen Sie in Zukunft einen Teil der Pflege und Unterstützung selbst übernehmen? Dann haben Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Möglichkeit, bis zu zwei Jahre im Job kürzerzutreten oder einen Teil davon ganz auszusetzen, ohne dass Ihr Arbeitgeber Ihnen kündigen darf. Diese Zeit von bis zu zwei Jahren ist für Sie persönlich gültig. Weitere Pfleger haben ein eigenes Kontingent. Eine längere Auszeit müssen Sie allerdings zwei bis acht Wochen im Voraus ankündigen. Wie viel Geld Sie dann noch bekommen und welche Voraussetzungen Sie außerdem erfüllen müssen, lesen Sie ausführlich im Abschnitt „Im Job kürzerztreten, um zu pflegen“ ab S. 57.

Pflegegeld erhalten: Den Antrag stellen

Damit die Pflegekasse etwas zahlt, muss der Pflegebedürftige einen anerkannten Pflegegrad haben. Das Geld kann für verschiedene Angebote genutzt werden.

→ **Sobald sich abzeichnet**, dass ein Mensch regelmäßig Hilfe im Alltag benötigt, ist es sinnvoll, einen Pflegegrad zu beantragen. Dieser ist nicht nur Voraussetzung für die Versorgung in einem Heim. Auch und bevorzugt für die Pflege zu Hause bietet die Pflegekasse verschiedene Möglichkeiten der finanziellen Unterstützung an. Um den dafür benötigten Pflegegrad zu bekommen, muss ein neutraler Gutachter den Grad der Pflegebedürftigkeit einschätzen. In dem Verfahren werden sowohl körperliche als auch geistige Einschränkungen, wie etwa Demenz, berücksichtigt. Je höher der Pflegegrad, desto mehr Geld gibt es.

→ Wo sitzt die Pflegekasse?

Der Kontakt zur Pflegekasse läuft über die Krankenkasse des Pflegebedürftigen. Denn die Pflegekasse ist der Krankenkasse angegliedert. Bei Fragen zum Thema Pflege wenden sich gesetzlich Versicherte am besten telefonisch an die Krankenkasse und lassen sich dann an den richtigen

Mitarbeiter verweisen. Wer privat krankenversichert ist, hat auch eine private Pflegepflichtversicherung. Ein fester Ansprechpartner muss im Vertrag genannt sein.

Personen, die Leistungen erhalten wollen, müssen zunächst einen formlosen Antrag auf Pflegeleistungen bei der eigenen gesetzlichen Pflegekasse oder privaten Pflegepflichtversicherung stellen. Das kann auch ein Angehöriger übernehmen. Wichtig ist nur, dass der oder die Versicherte persönlich unterschreibt. Am schnellsten ist das Verschicken per Mail oder Fax. Fragen Sie am besten telefonisch bei der Pflegekasse nach, welche der Möglichkeiten besser ist. Sie können den Pflegegrad zwar auch mündlich beantragen. Bei Fax oder Mail haben Sie aber einen schriftlichen Nachweis über den Tag der Antragstellung. Das ist wichtig, weil die Kasse rückwirkend ab Antragstellung zahlt, sobald ein Pflegegrad bewilligt ist. Sie sollten den formlosen Antrag daher schriftlich und so früh wie möglich stellen.

Checkliste

Schritt für Schritt zum Pflegegrad

- Antrag.** Jede versicherte Person darf einen Pflegegrad beantragen. Ein formloser schriftlicher Antrag mit Name, Anschrift und Datum genügt. Das Datum ist wichtig, weil die Kasse ab dem Monat der Antragstellung zahlt. Der Antrag muss persönlich unterschrieben werden.
- Formulare.** Die Pflegekasse schickt daraufhin ein Formular, das die versicherte Person ausfüllen muss. Darin werden genauere Daten abgefragt (siehe Tabellen auf S. 18/19). Dabei liegt ein Antrag auf Rentenbeitragszahlungen für eine ehrenamtliche Pflegekraft. Wenn Sie sich absehbar mindestens zehn Stunden pro Woche um Ihre(n) Angehörige(n) kümmern werden, sollten Sie den Antrag ausfüllen und zurückschicken. So können Sie zusätzliche Rentenpunkte sammeln. Die Stunden für mehrere Pflegebedürftige können Sie zusammenrechnen.
- Prüfung.** Anschließend prüft die Pflegekasse, ob es einen Anspruch auf Leistungen gibt. Die Prüfung dauert in der Regel wenige Tage.
- Gutachter.** Nun kommt ein Gutachter zur Person, die den Antrag gestellt hat. Er prüft die Selbstständigkeit in Alltagssituationen und schlägt einen Pflegegrad vor. Zwischen Antragstellung und Einstufung dürfen maximal 25 Arbeitstage vergehen. In akuten Fällen, etwa wenn jemand eine Reha-Maßnahme macht, im Krankenhaus liegt oder palliativ versorgt wird, verkürzt sich die Frist auf zwei Wochen.
- Bearbeitung.** Die Pflegekasse orientiert sich am Gutachten und legt den Pflegegrad fest oder lehnt ihn ab. Das geschieht in der Regel wenige Tage nach der Einstufung. Bis zum endgültigen Bescheid sollten Sie alle Rechnungen für Kosten, die durch die Pflege entstehen, aufbewahren, denn Sie können sie rückwirkend bis zum Tag der Antragstellung geltend machen.
- Widerspruch.** Sollte die Pflegekasse keinen oder einen zu niedrigen Pflegegrad festlegen, können Sie binnen eines Monats Widerspruch einlegen. Mehr dazu ab S. 38.

Die Pflegekasse schickt anschließend ein offizielles Antragsformular per Post. Neben persönlichen Daten möchte die Versicherung wissen, welche Leistungen der oder die Pflegebedürftige in Zukunft erhalten will (siehe Tabellen auf S. 18/19). Ist das noch nicht klar, können diese Details auch nachgereicht werden. Wenn später mehr oder andere Unterstützung gewünscht ist, lassen sich die Leistungen formlos umändern oder aufstocken. Das ist auch mehrmals pro Jahr problemlos möglich. Beim Ausfüllen dürfen Angehörige helfen, doch unterschreiben muss die Person, die den Antrag stellt. Eine Ausnahme gilt, wenn Angehörige bevollmächtigt sind, die Kommunikation mit der Pflegeversicherung zu übernehmen (siehe Kasten „Nur mit Vollmacht“).

Ist der Antrag bei der Pflegekasse eingegangen, überprüft sie, ob ein Anspruch auf Leistungen besteht. Das ist der Fall, wenn jemand voraussichtlich für mindestens sechs Monate auf Hilfe im Alltag angewiesen sein wird und in den vergangenen zehn Jahren mindestens zwei Jahre in die Pflegekasse eingezahlt hat oder familienversichert war.

Sind die Voraussetzungen erfüllt, meldet sich bei gesetzlich Versicherten jemand vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) und bei privat Versicher-

Gut zu wissen

Nur mit Vollmacht: Kann oder möchte ein Pflegebedürftiger sich nicht selbst um die Anträge bei der Pflegekasse kümmern, dürfen Angehörige diese Aufgabe nur mit einer Vollmacht übernehmen. Darin muss der Pflegebedürftige genau festlegen, welche Vertrauensperson ihn in welchen Angelegenheiten vertreten darf. Einen Kurzüberblick über die verschiedenen Vollmachten finden Sie ab S. 22.

ten jemand vom Dienst Medicproof. Der Dienst vereinbart einen Termin und schickt dann einen Arzt oder eine Pflegekraft mit Zusatzqualifikation als Gutachter zur versicherten Person, um ihre Fähigkeiten zu prüfen. Das kann zu Hause, im Krankenhaus oder im Heim sein. Mithilfe von bis zu 78 Fragen und Übungen prüft der Gutachter, wie selbstständig jemand noch seinen Alltag verrichten kann. Angehörige dürfen und sollen dabei sein. Aus dem Gesamtergebnis geht der Pflegegrad hervor. Wie genau der Grad ermittelt wird, lesen Sie ab S. 34.

Was zahlt die Pflegeversicherung?

Um die Pflege im Alltag zu finanzieren, gibt es Zuschüsse von der Pflegekasse. Je nach Situation lassen sich Gelder aus 13 verschiedenen Töpfen nutzen.

 **Damit die Pflegeversicherung** etwas zahlt, muss zunächst ein Pflegegrad vorliegen. Anschließend kann der oder die Pflegebedürftige – oder ein Angehöriger mit Vollmacht – die individuell passenden Leistungen beantragen.

Insgesamt gibt es vier Haupttöpfe und neun Nebentöpfe, deren Gelder zum Teil miteinander kombiniert werden können. Wie viel es gibt, hängt von mehreren Faktoren ab. Professionelle Pfleger bekommen mehr Geld als Verwandte. Für einen hohen Pflegegrad zahlt die Kasse mehr als für einen niedrigen. Und je nach Wohnform lassen sich unterschiedliche Geldtöpfe nutzen.

Grundsätzlich unterscheidet man zwischen ambulanter und stationärer Pflege. Ambulante Pflege findet in einem privaten Zuhause statt, stationäre Pflege nicht. Als stationär gelten klassische Pflegeheime, aber auch beispielsweise stationäre Hausgemeinschaften, in denen bis zu zwölf Bewohner von Profipflegern versorgt werden. Für solche stationären Lebensformen zahlt die Kasse den sogenannten Leistungsbetrag von bis zu 2005 Euro im Monat je nach Pfle-

gegrad. Dieser wird in der Regel direkt mit dem jeweiligen Dienstleister verrechnet.

Bei der ambulanten Versorgung unterscheidet die Pflegekasse, ob jemand von Angehörigen oder einem Pflegedienst im privaten Umfeld versorgt wird. Kommt ein Pflegedienst, gibt es die sogenannte Sachleistung von monatlich bis zu 2095 Euro. Der Begriff ist allerdings etwas irreführend. Denn es ist eine Geldleistung gemeint, die meist direkt mit dem Pflegedienst verrechnet wird. Betreuen hingegen ausschließlich Verwandte, Freunde und Nachbarn die pflegebedürftige Person, bekommt sie direkt das Pflegegeld von bis zu 901 Euro überwiesen. Wie viel sie welchem Helfer geben möchte, bleibt ihr überlassen.

Pflegegeld und Sachleistung lassen sich auch miteinander kombinieren, wenn zum Beispiel die Angehörigen einen Teil der Pflege übernehmen und zusätzlich ein Pflegedienst als Unterstützung kommt.

Alle Pflegebedürftigen, die ambulant versorgt werden, können zusätzlich einen Entlastungsbetrag von 125 Euro erhalten, wenn sie niedrigschwellige Betreuungsangebote

nutzen. Das können zum Beispiel Aktionsnachmittage bei Wohlfahrtsverbänden oder Besuchsdienste von Ehrenamtlichen sein. Mit Pflegegrad 1 lässt sich ausschließlich der Entlastungsbetrag nutzen. Welche Angebote es für mehr Abwechslung im Alltag generell gibt, lesen Sie ab S. 87.

Zusätzlich zu den vier Hauptköpfen gibt es noch weitere Gelder von der Pflegekasse. Kaum genutzt, aber sehr nützlich ist der Betrag für den Verbrauch bestimmter Hilfsmittel. Davon lassen sich Dinge bezahlen, die man immer wieder braucht, etwa Einmalhandschuhe, Desinfektionsmittel oder

Masken. Bei verschiedenen Anbietern lassen sich individuelle Pflegeboxen bestellen, die monatlich per Paket kommen und direkt mit der Kasse abgerechnet werden.

Besonders wichtig für rasche Unterstützung ist die Kurzzeitpflege. Sie kommt in Frage, wenn jemand etwa nach einem Unfall, einer Erkrankung oder im Anschluss an eine Reha-Maßnahme nur vorübergehend eine stationäre Betreuung nutzen möchte. Auch als Urlaubsvertretung für Angehörige ist die Kurzzeitpflege eine Option. Für bis zu acht Wochen im Jahr zahlen die Pflegekassen dafür Extrageld.

Regelmäßige Leistungen der Pflegeversicherung

Die vier „Hauptköpfe“ der Pflegekassen. Viele Pflegebedürftige nehmen mindestens eine Leistung regelmäßig in Anspruch. Wie viel es gibt, hängt vom Pflegegrad ab.

Monatlicher Betrag in Euro für	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Pflege zu Hause durch Angehörige = Geldleistung	0	316	545	728	901
Pflege zu Hause durch Pflegedienst = Sachleistung	*	723	1 363	1 692	2 095
Pflege in stationärer Einrichtung = Leistungsbetrag**	*	770	1 262	1 775	2 005
Unterstützung im Alltag = Entlastungsbetrag	125	125	125	125	125

* Anspruch nur über Entlastungsbetrag ** Nur mit Hilfe für behinderte Menschen kombinierbar

Zusätzliche Leistungen der Pflegeversicherung

Die „Nebentöpfe“ der Pflegekassen. Sie kommen nur in bestimmten Situationen infrage. Einige Beträge gelten pauschal für alle, andere sind vom Pflegegrad abhängig.

Monatlicher Betrag in Euro für	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Pflegevertretung durch Angehörige (max. 6 Wochen/Jahr) = Ersatzpflege	0	474	817,50	1092	1351,50
Pflegevertretung durch Pflegedienst (max. 6 Wochen/Jahr) = Ersatzpflege	0	1612	1612	1612	1612
Kurzzeitpflege (max. 8 Wochen/Jahr)	*	1773	1773	1773	1773
teilstationäre Tages- und Nachtpflege	*	689	1298	1612	1995
zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulanten Wohngruppen	214	214	214	214	214
Einmalige Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulanten Wohngruppen	2500	2500	2500	2500	2500
Hilfe für behinderte Menschen in stationären Einrichtungen	0	266	266	266	266
den Verbrauch bestimmter Hilfsmittel	40	40	40	40	40
technische Pflegehilfsmittel	Leihweise kostenlos, sonst Übernahme von 90 Prozent der Kosten. Eigenbetrag: maximal 25 Euro pro Hilfsmittel.				
Einmalige Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfelds	4000	4000	4000	4000	4000
die Umwandlung von Sachleistungen in den Entlastungsbetrag	0	298,20	545,20	676,80	838

* Anspruch nur über Entlastungsbetrag

Ist die Hauptpflegeperson krank oder im Urlaub, können Pflegebedürftige auch zu Hause von Ersatzpflegern versorgt werden. Die sogenannte Verhinderungspflege wird für bis zu sechs Wochen im Jahr bezahlt.

Eine Option im Alltag sind die Tages- und Nachtpflege, auch teilstationäre Pflege genannt: Der Pflegebedürftige verbringt die Nacht oder einen Teil des Tages in einer Pflege-Einrichtung und lebt ansonsten zu Hause. Die Tagespflege kann eine willkommene

Abwechslung für Pflegebedürftige und Entlastung für Angehörige bieten. In Nachtpflege-Einrichtungen können etwa Demenzkranke unter Aufsicht ruhen oder auch spazieren gehen, ohne dass sie sich in Gefahr oder Angehörige um den Schlaf bringen.

Wichtig: Alle Gelder aus den Extratöpfen lassen sich miteinander kombinieren und werden nicht auf die ambulanten Leistungen angerechnet, aber Sie müssen für jede Leistung einen eigenen Antrag stellen.

Beratung nutzen

Zu Beginn einer Pflegesituation wissen die wenigsten, welche Hilfsangebote es gibt. Eine gute Beratung verschafft einen Überblick über die vielfältigen Möglichkeiten.

 **Um zu erfahren**, welche Unterstützung zur Pflege es vor Ort gibt und ob diese von der Pflegekasse finanziert wird, sind die Pflegestützpunkte der Länder eine gute Anlaufstelle. Sie müssen kostenlos, unabhängig und individuell über Hilfsangebote in der Region und die Leistungen der Pflegekassen beraten. Allerdings sind die Pflegestützpunkte nicht flächendeckend vertreten. Eine gute Alternative können Beratungsstellen von Wohlfahrtsverbänden sein, also vom Deutschen Roten Kreuz (DRK), den Maltesern, den AWO-Vereinen,

dem Paritätischen sowie der Caritas und der Diakonie. In vielen Regionen arbeiten außerdem freie Pflegeberater, die auf Wunsch auch nach Hause kommen.

Welche Beratungsstellen es in Ihrer Nähe gibt, erfahren Sie bei Ihrer Pflegekasse. Auf der Webseite des Zentrums für Qualität in der Pflege unter bdb.zqp.de können Sie sortiert nach Postleitzahl nach Beratungsangeboten suchen. Freie Berater finden Sie beim Bundesverband unabhängiger Pflegesachverständiger und Pflegeberater unter [www.bvpp.org/anbieter](http://bvpp.org/anbieter).

Beratung in der Klinik

Nach einer Behandlung im Krankenhaus sind sogenannte Case Manager oder Mitarbeiter des Sozialdienstes die richtigen Ansprechpartner. Diese sind gesetzlich verpflichtet, eine gute Entlassung zu organisieren. Dazu gehört auch eine adäquate Weiterversorgung nach dem Klinikaufenthalt. Neu ab 2022 ist ein Anspruch auf eine bis zu zehntägige Übergangspflege, falls die Pflege nach dem Klinikaufenthalt nicht direkt sichergestellt werden kann.

Fragen Sie nach einer Pflege-Beratung, wenn sich eine Pflegebedürftigkeit ankündigt. Auch die Krankenkasse ist hierfür ein guter Ansprechpartner. Informieren Sie sich zudem, ob eine Reha-Maßnahme finanziert wird. Das kann manchmal die Pflegebedürftigkeit abwenden oder zumindest hinauszögern. Details zur speziellen geriatrischen Reha für ältere Menschen finden Sie ab S. 122.

Anspruch auf Pflegeberatung

Jede Person in Deutschland hat einen Anspruch auf eine individuelle und kostenlose Pflegeberatung. Der Berater – egal ob von der Pflegekasse, im Pflegestützpunkt, in der Klinik oder beim Wohlfahrtsverband – muss neutral darüber informieren, welche Hilfsangebote es in der Umgebung gibt, welche Leistungen die Kassen bieten und wie man diese beantragt. Sie haben außerdem Anspruch auf einen individuellen Versorgungsplan. Das bedeutet: Nachdem der Berater Sie ausführlich informiert hat, entwi-

ckeln Sie gemeinsam einen Plan, welche Hilfen für die individuelle Versorgung genutzt werden sollen. Dabei berücksichtigt er nicht nur die Leistungen der Pflegekasse, sondern auch andere Angebote, wie etwa Präventions- und Reha-Maßnahmen, Unterstützungsleistungen von Wohlfahrtsverbänden und ehrenamtlichen Vereinen, Leistungen der Krankenkasse oder sonstige medizinische, pflegerische und soziale Hilfen.

In vielen Regionen gibt es außerdem sogenannte Pflegebegleiter. Sie helfen den Angehörigen bei der Organisation der Pflege. Die Ehrenamtlichen haben in der Regel eine spezielle Fortbildung absolviert und können nicht nur über Hilfsdienste vor Ort und die Leistungen der Pflegekassen informieren, sondern auch Tipps für den praktischen Pflegealltag geben. Pflegebegleiter stehen den Angehörigen auch nach längerer Zeit der Pflege noch als Ansprechpartner zur Verfügung, organisieren Auszeiten für die pflegenden Angehörigen oder vermitteln bei Bedarf Gruppenangebote, bei denen man sich mit anderen Pflegenden austauschen kann.

► **Nach Pflegebegleitern** in Ihrer Umgebung können Sie im Internet suchen: Auf der Seite www.pflegebegleiter.de unter dem Reiter „Unterstützung“ wählen Sie Ihr Bundesland aus. Weitere Informationen zu Beratungs- und Unterstützungsangeboten lesen Sie im Kapitel „Beratung und Unterstützung“ ab S. 67.

Die rechtliche Vorsorge prüfen

Spätestens wenn jemand pflegebedürftig wird, sollten die wichtigsten Verfügungen vorliegen. Ist das nicht der Fall, kann die Familie nichts entscheiden.

→ **Wenn nötige Hilfe** nicht mehr vom Pflegebedürftigen selbst organisiert werden kann, brauchen die Angehörigen eine offizielle Erlaubnis, um das zu übernehmen. Liegen keine Verfügungen vor, schaltet sich das Betreuungsgericht ein, sobald es davon erfährt. Dieses bestimmt dann einen rechtlichen Betreuer, der dem Pflegebedürftigen hilft, seine Angelegenheiten zu regeln. Ein rechtlicher Betreuer kann ein Angehöriger sein, aber auch fremde ehrenamtliche oder berufliche Betreuer sind möglich.

Manche Menschen wollen ihr Schicksal nicht in fremde Hände legen und stellen daher auch keine Vollmachten aus. Falls man wichtige Entscheidungen jedoch nicht mehr alleine treffen kann, muss es jemand anders tun. Wer rechtzeitig eine Vollmacht ausstellt, hat immerhin ein Mitspracherecht, wer Entscheidungen für ihn treffen soll, wenn er es selbst nicht mehr kann – und wer dies nicht soll.

Damit die eigenen Wünsche und Vorstellungen bedacht werden, sollten alle nötigen Vollmachten vorliegen, bevor man nicht mehr in der Lage ist, diese auszufüllen. Kann sich ein Pflegebedürftiger nicht mehr darum kümmern, ist es wichtig, dass die An-

gehörigen die Initiative ergreifen. Spätestens zu Beginn einer Pflegebedürftigkeit sollten Sie im Familienrat über die wichtigsten Dokumente sprechen und diese, falls sie noch nicht vorliegen, nach bestem Wissen und Gewissen gemeinsam aufsetzen.

Die Vorsorgevollmacht

In der Vorsorgevollmacht bevollmächtigt der Verfasser einen oder mehrere vertrauenswürdige Menschen, alle finanziellen, rechtlichen und persönlichen Angelegenheiten zu regeln, wenn er selbst dazu nicht mehr in der Lage ist oder es nicht möchte. Man kann auch Einzelvollmachten für verschiedene Lebensbereiche ausstellen, etwa für Vermögensverwaltung, medizinische Fragen und Wohnungsangelegenheiten. Außerdem ist es möglich, bestimmte Vorstellungen zu formulieren.

Bevollmächtigt werden in der Regel die Kinder, Partner oder Partnerin. Es können aber auch Patenkinder oder enge Freunde sein. Wichtig ist, dass der Verfasser den bevollmächtigten Personen vertraut. Außerdem müssen die Dokumente bei voller Geschäftsfähigkeit ausgefüllt und unterschrieben werden. Damit es daran im Nachhinein

Gut zu wissen

Wichtige Vollmachten erstellen:

In diesem Ratgeber können wir nur einen kurzen Überblick über die verschiedenen Vollmachten bieten. Alle nötigen Details, Musterformulare mit Schritt-für-Schritt-Anleitungen sowie Tipps zur Aufbewahrung finden Sie im Vorsorge-Set der Stiftung Warentest. Das ist nicht nur für Ältere, sondern für jeden sinnvoll, da immer etwas Unvorhergesehenes passieren kann. Sie bekommen das Vorsorge-Set im Onlineshop unter www.test.de und im Buchhandel.

keine Zweifel gibt, ist ein ärztliches Attest sinnvoll. Bei einem großen Vermögen sollten die Dokumente außerdem notariell beglaubigt werden.

Die Vorsorgevollmacht ist die umfassendste Vollmacht, die man ausstellen kann. Sowohl eine General- als auch Einzelvollmachten haben den großen Vorteil, dass Angehörige auch dann Angelegenheiten für den Verfasser regeln können, wenn dieser theoretisch noch in der Lage wäre, sich aber nicht mehr darum kümmern möchte. So können Kinder mit einer entsprechenden Vollmacht zum Beispiel für ihre Eltern die Kommunikation mit der Pflegekasse übernehmen oder die Bankgeschäfte erledigen.

Erwachsene Kinder können das oft viel schneller online erledigen, als wenn die betagten Eltern jedes Mal zur Bank laufen oder einen Brief an die Kasse schicken müssen. Daher kann eine Vorsorgevollmacht auch für Menschen ohne Pflegegrad schon eine große Erleichterung sein. Der Vollmachtgeber kann die Vollmacht jederzeit widerrufen, solange er geschäftsfähig ist.

Die Betreuungsverfügung

Eine Betreuungsverfügung ist eine Art abgespeckte Vorsorgevollmacht. Es handelt sich nicht, wie oft fälschlicherweise angenommen, um eine Entmündigung. Vielmehr legt man darin fest, welche Person(en) vom Betreuungsgericht als Betreuer eingesetzt werden sollen, falls man selbst keine Entscheidungen mehr treffen kann. Außerdem werden Wünsche festgehalten, etwa welche Kriterien ein Pflegeheim erfüllen soll, falls ein Umzug nötig wird. Zu Rate gezogen wird die Betreuungsverfügung erst, wenn man sich selbst nicht mehr entscheiden kann. Das kann zum Beispiel der Fall sein, wenn eine Demenz so weit fortgeschritten ist, dass man sich nicht mehr klar äußern kann, oder wenn man aufgrund einer Krankheit wie Covid-19 vorübergehend im Krankenhaus beatmet werden muss. Wichtig zu wissen ist: Es können auch Personen als zukünftige Betreuer ausgeschlossen werden.

Im Gegensatz zur Vorsorgevollmacht wird die Betreuungsverfügung erst gültig, wenn ein Richter festgelegt hat, dass es tat-

sächlich einen Betreuungsbedarf gibt. Dafür sind ein medizinisches und ein soziales Gutachten nötig. Außerdem wird die Person, um die es geht, noch einmal persönlich befragt. Erst danach darf das Betreuungsgericht eine Entscheidung treffen.

Anders als ein Bevollmächtigter steht ein Betreuer außerdem unter der Kontrolle des Gerichts. Er muss einmal im Jahr einen Überblick darüber geben, wie es um den Betreuten steht. Dabei prüft das Gericht zum Beispiel Kontoauszüge, Rechnungen und Vermögensübersichten. Wenn sich der Betreute erholt und wieder selbst tätig werden kann, wird die Betreuung aufgehoben.

Die Patientenverfügung

In der Patientenverfügung legt der Verfasser persönliche Wünsche zu Behandlungen und zur Pflege fest. Sie wird gültig, wenn eine medizinische Entscheidung getroffen werden muss, aber der Verfasser sich nicht äußern kann. Die Wünsche in der Patientenverfügung sind bindend für Ärzte und Betreuer. Daher ist es wichtig, dass der eigene Wille sehr klar formuliert wird.

Es können nicht alle Eventualitäten festgelegt werden. Um Situationen abzudecken, die in der Verfügung nicht explizit geklärt werden, ist es sinnvoll, eigene Vorstellungen und Überzeugungen in einem Extradokument aufzuschreiben. Daraus können Ärzte, Bevollmächtigte und gegebenenfalls Betreuer dann den mutmaßlichen Willen des Verfassers herauslesen.

→ Der mutmaßliche Wille

Wenn es keine Patientenverfügung gibt oder sie auf die akute Situation nicht passt, ist der mutmaßliche Wille des Patienten maßgeblich. Der behandelnde Arzt muss dann mit den Angehörigen gemeinsam versuchen, den mutmaßlichen Willen zu ergründen. Entscheidend dafür ist, was der Patient früher gesagt oder aufgeschrieben hat. Nicht nur konkrete Behandlungswünsche, sondern auch ethische und religiöse Vorstellungen sowie persönliche Ängste müssen berücksichtigt werden.

Verzichten Sie auf Formulierungen wie „Ich möchte nie künstlich beatmet werden“. Denn auch bei einer vorübergehenden Sauerstoffnot, etwa nach einem Herzinfarkt, dürfte der Arzt Sie dann nicht beatmen, auch wenn Sie nach Luft ringen und diese Situation vermutlich nicht gemeint haben. Besser ist eine genaue Beschreibung, welche Behandlung Sie sich in welcher Situation wünschen. Außerdem können Sie konkrete Handlungen in den Vordergrund stellen, die Ihnen wichtig sind, etwa das Stillen von Hunger und Durst und die Linderung von Schmerzen und Angst.

Übrigens: Eine Ausnahme gilt grundsätzlich, wenn Sie sich noch klar äußern können. Dann haben Ihre aktuellen mündlichen Wünsche immer Vorrang vor einer schriftlichen Verfügung.

Zu Hause oder nicht? Das Leben neu organisieren

Soll die Pflege im bisherigen Zuhause stattfinden? Und können und wollen die Angehörigen die nötige Hilfe leisten? Folgende Kriterien helfen bei der Entscheidung.

 **Die schwierigste Entscheidung** ist für viele Familien, wo die Pflege langfristig stattfinden soll. Die meisten Menschen möchten im gewohnten Umfeld bleiben, auch wenn sie pflegende Unterstützung brauchen. Ob das möglich und sinnvoll ist, hängt von zahlreichen Faktoren ab.

Ist der Wohnort geeignet?

Die erste Frage, die sich häufig stellt, lautet: Ist die Wohnung oder das Haus geeignet, um darin als Pflegebedürftiger wohnen zu bleiben? Das Stichwort lautet hier „Barrierefreiheit“. Kann ein Mensch trotz Einschränkungen so viel wie möglich alleine machen? Kann er alleine vom Bett und vom Sofa aufstehen, auf die Toilette gehen und duschen, kommt er in alle Räume und an alle wichtigen Sachen?

Ebenso wichtig ist die Wohnumgebung. Gibt es ausreichend Ärzte, Pfleger und weitere Unterstützungsmöglichkeiten, um den Alltag zu gestalten? Hier sind nicht nur offizielle Anlaufstellen wichtig, sondern auch Freunde und Nachbarn, die bei Bedarf mal einkaufen gehen, kochen oder im Garten

helfen können. Auch das soziale Leben sollte nicht vernachlässigt werden. Lebt die pflegebedürftige Person mit jemandem zusammen? Kommen alle mit der Situation klar? Gibt es sonst noch jemanden, mit dem man einfach mal reden oder – wenn gewünscht – spielen, basteln oder singen kann?

→ Ausziehen oder bleiben?

Zusätzlich zu subjektiven Wünschen kann es auch objektiv sehr sinnvoll sein, zu Hause wohnen zu bleiben. Gerade ältere Menschen finden oft nachts ohne Brille noch den Weg zur Toilette oder greifen zielsicher nach dem richtigen Messer in der Schublade, weil sie Wege und Anordnungen seit Jahren kennen. Wenn Ihr Angehöriger also nicht ausziehen möchte und es genügend Menschen gibt, die die Pflege zu Hause organisieren können, sollten Sie prüfen, ob sich die Wohnung oder das Haus mit kleinen Änderungen so anpassen lässt, dass die Pflege zu Hause möglich ist.

DIE DREI SCHLIMMSTEN BARRIEREN

1 Fehlende Handgriffe. Stürze in den eigenen vier Wänden und daraus folgende Krankheiten lassen sich häufig durch Handgriffe an den kritischen Stellen vermeiden. Fragen Sie beim Pflegestützpunkt, Pflegeberater oder Wohlfahrtsverband nach, wo es in Ihrer Nähe solide Handgriffe zu kaufen gibt, und bringen Sie diese im Flur, im Bad und im Schlafzimmer an.

2 Gemütliche alte Funzeln. Unzureichendes Licht von alten Glüh- oder Energiesparlampen sorgt dafür, dass Stolperfallen nicht gesehen werden. Tauschen Sie alte Leuchten daher gegen neue LEDs aus. Dadurch sparen Sie nebenbei auch noch Strom.

3 Stolperkanten. Teppichläufer sind gemütlich, aber gefährlich. Damit Sie nicht alles, was gemütlich ist, entsorgen müssen, kleben Sie am besten alle Läufer an den Seiten mit doppelseitigem Klebeband fest. So bleiben auch ältere Menschen, die etwas schlurfen, nicht mit dem Fuß hängen.

In der Regel lässt sich schon durch kleine Veränderungen in der Wohnung oder im Haus viel bewirken. Ein großes Problem stellt häufig die Sturzgefahr dar. Beheben Sie daher möglichst bald die häufigsten Stolperfallen (siehe Kasten links).

Ein weiteres Problem ist in der Regel das Aufstehen beziehungsweise das längere Stehen. Auch hier gibt es schnelle Lösungen. Sofa, Lieblingssessel und Bett können mit kleinen Holzfüßen aufgebockt werden. Beim Bett können außerdem ein dickerer Lattenrost und eine neue Matratze Wunder bewirken. Und in der Dusche kann ein einfacher Kunststoffhocker dafür sorgen, dass ein Pflegebedürftiger sich beispielsweise auch mit halbseitiger Lähmung im Sitzen noch selbst waschen kann. Ausführlichere Änderungsideen haben wir Ihnen ab S. 76 zusammengestellt.

► **Wohnberater kommen auf Anfrage zu Pflegebedürftigen nach Hause und empfehlen Maßnahmen zur Barrierereduzierung, die zur Wohnung oder zum Haus passen.** Die Beratung ist meist kostenlos. Allerdings ist die Wohnberatung nicht flächendeckend vertreten. Ob und wo es Wohnberater in Ihrer Nähe gibt, erfahren Sie bei der zuständigen Stelle Ihres Bundeslandes, zu finden unter www.wohnungsanpassung-bag.de im Bereich „Wohnberatung“, Kategorie „Regionale Ansprechpartner“. Einen guten allgemeinen Überblick bietet der Verein „Barrierefrei Leben“ unter www.online-wohn-beratung.de.

Wer kann sich kümmern?

Die zweite Frage, die sich in der Regel stellt, ist: Wer kann die Pflege übernehmen? Oft sind Ehefrauen, Töchter oder Schwieger-töchter diejenigen, die sich aufopfernd um ihre Verwandten kümmern und dies teils als selbstverständliche Pflicht ansehen. Doch nicht immer ist das die beste Lösung. Denn wenn jemand die Pflege aus den falschen Gründen übernimmt, kann das allen Beteiligten sehr schaden. Das ist beispielsweise der Fall, wenn die Schwiegertochter die Mutter ihres Mannes pflegt, weil er sagt, dass sie das viel besser kann. Oder wenn die Tochter ihren Vater pflegt, um endlich die Anerkennung zu bekommen, die er ihr bisher so oft verweigert hat.

Übernimmt ein Angehöriger die Pflege aus solchen Motiven, kann die Situation für beide Seiten sehr belastend sein. Der physische und psychische Druck ist sowieso enorm. Erfolgt die Pflege zusätzlich aus bestimmten Hintergedanken – und seien sie noch so gut gemeint – ist eine Überforderung vorprogrammiert. Die Pflegeperson wird dann häufig selbst krank oder sogar aus Verzweiflung gewalttätig.

Um eine solche Entwicklung zu vermeiden, ist es wichtig, dass zu Beginn einer Pflegesituation alle Beteiligten zusammenkommen und offen nach Lösungen suchen. Dabei ist zum einen entscheidend, welche Hilfe die pflegebedürftige Person braucht und möchte. Zum anderen muss geklärt werden, wer im Umfeld was übernehmen kann.

Um die nötigen Aufgaben sinnvoll zu verteilen, bietet sich ein Familienrat an – am besten als persönliches Treffen. Dann können sich auch diejenigen einen Überblick über die aktuelle Lage verschaffen, die weiter entfernt wohnen, und alle können in Ruhe besprechen, was zu tun ist. Dabei geht es zunächst um die kurzfristige Organisation, etwa wer die Kommunikation mit der Pflegekasse regelt, wer einen ambulanten Pflegedienst organisiert oder wer sich um sonstige Hilfsangebote kümmert. Anschließend müssen auch langfristige Alltagsaufgaben verteilt werden, also wer die finanziellen Be lange, den Haushalt, die Körperpflege oder die Begleitung zum Arzt übernimmt. Konkrete Vorschläge, was Sie im Familienrat besprechen sollten, lesen Sie ab S. 68.

Wer abschätzen kann, dass die Pflege eine bereits schwierige Beziehung noch verschärfen würde, oder in den ersten Wochen der Pflege feststellt, dass die Situation emotional zu belastend ist, sollte nicht zögern, Hilfe von außen anzunehmen. Auch erwachsene Kinder, die eigentlich gerne für ihre Eltern da sein wollen, aber merken, dass die Pflege ihrem Lebensentwurf komplett entgegensteht, sollten sich eher früher als später Hilfe suchen. Das kann die tageweise Unterstützung durch einen Pflegedienst sein, die wöchentliche Hilfe eines Ehrenamtlers oder ein einmaliges Gespräch bei einem Psychotherapeuten. Auch der Austausch mit anderen Pflegenden kann sehr gut tun. Mehr dazu lesen Sie ab S. 80.

Für viele Familien ist eine Mischung aus Pflege innerhalb der Familie mit Hilfe von außen die beste Variante. Es kann aber auch am sinnvollsten sein, die Pflege ganz in fremde Hände zu legen, um schwelende Konflikte nicht eskalieren zu lassen oder weil es zeit- und kräftemäßig einfach nicht (mehr) anders geht. Ganz wichtig ist, dass alle Beteiligten ehrlich zu sich selbst sind. Und dass sich niemand für seine Wünsche schämt. Weder die Person, die nun mehr Hilfe braucht, noch die Angehörigen, wenn sie nicht alles alleine schaffen können oder wollen. Nichts davon ist schlimm oder macht Sie weniger liebenswert. Im Gegenteil: Die wahre Kunst besteht darin, zu helfen und sich auch helfen lassen kann.

Wer hilft bei der Pflege zu Hause?

Wenn Sie sich für die Pflege zu Hause entscheiden, gibt es verschiedene Möglichkeiten, wer Sie dabei unterstützen kann. Alle Varianten haben Vor- und Nachteile:

► **Der ambulante Pflegedienst** ist besonders hilfreich als gelegentliche Unterstützung oder für Personen, die nicht mehr alleine das Haus verlassen können und sich zu Hause sehr wohl fühlen. Außerdem ist diese Variante sinnvoll, wenn medizinische Hilfen nötig sind, etwa regelmäßig der Blutdruck kontrolliert oder Verbände gewechselt werden müssen. Wie Sie einen guten Pflegedienst finden, haben wir Ihnen in der Checkliste auf S. 102 zusammengestellt.

► **Die Tagespflege** eignet sich vor allem für ältere Menschen, die gerne Zeit mit anderen verbringen. Sie bleiben den Vor- oder Nachmittag oder den ganzen Tag in einer Pflege-Einrichtung, können dort essen und wahlweise an Sportangeboten oder gemeinsamen Aktionen teilnehmen. Manche Einrichtungen bieten auch gemeinsame Ausflüge an. Damit die Pflegebedürftigen sicher hin und zurück kommen, können sie den Fahrdienst der Einrichtung nutzen.

► **Die Nachtpflege** empfiehlt sich vor allem für unruhige Schläfer und Menschen mit nächtlichem Wandertrieb. In den Einrichtungen gibt es Schlafräume, in denen manche Menschen besser und ruhiger schlafen als zu Hause, weil sie wissen, dass sie nicht alleine sind. Außerdem gibt es häufig ein Nachtcafé, wo beispielsweise Demenzkranke mit einem gestörten Tag-Nacht-Rhythmus sich ruhig beschäftigen können. Wie zur Tagespflege gibt es bei Bedarf einen Fahrservice.

► **Zusätzlich zu Pflegeleistungen** bieten manche Pflegedienste und andere Dienstleister auch Unterstützung im Alltag an. Diese heißen „niedrigschwellige Betreuungsleistungen“ oder „ambulante Hilfsdienste“. Das können klassische Haushaltstätigkeiten sein wie Putzen, Einkaufen, Kochen. Aber auch Fahrdienste und Begleitungen zum Arzt oder ins Theater, Singkreise, Vorlese-

Runden oder Spielenachmittle. Je nach Angebot und Nachfrage kommen die Helfer nach Hause oder die Gruppenteilnehmer treffen sich in einem Raum des Anbieters.

- ▶ **Osteuropäische Hilfs- und Betreuungskräfte** sind ebenfalls eine beliebte Unterstützung für die Pflege daheim. Diese dürfen keine medizinische Pflege übernehmen, wie etwa Spritzen setzen oder Medikamente verabreichen. Aber sie können Grundpflege leisten, wie Waschen und Anziehen, und bei Alltagsaufgaben helfen, wie etwa beim Einkaufen, Putzen oder Wäschewaschen. Eine solche Hilfskraft können Sie sich entweder über eine Firma vermitteln lassen oder selbst anstellen. Weitere Informationen und rechtliche Details lesen Sie ab S. 111.

Für viele Hilfsdienste braucht man keinen Pflegegrad. Die Angebote sind vielmehr dazu gedacht, auch alleinstehenden Älteren oder Kranken eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen. Vor allem Pflegedienste, die von Wohlfahrtsverbänden betrieben werden, haben entsprechende Hilfsangebote im Repertoire.

Im Gegensatz zur Pflege kosten die Betreuungsleistungen oft deutlich weniger. Manche Angebote sind sogar kostenlos, wenn geschulte Ehrenamtler die Aktionen durchführen und dafür lediglich eine Aufwandsentschädigung erhalten. Wer einen Pflegegrad hat, kann die Hilfe von der Pfle-

gekasse mitfinanzieren lassen. Für solche Unterstützungsleistungen stehen jedem Pflegebedürftigen unabhängig vom Grad pro Monat 125 Euro zur Verfügung.

Welche Wohnformen mit Pflege gibt es?

Wenn die Pflege zu Hause nicht möglich oder sinnvoll ist, erscheint vielen das Pflegeheim als einzige Alternative. Es kann auch eine gute Wahl sein, wenn Pflegebedürftiger und Angehörige gemeinsam eine gute Einrichtung finden. Ob ein Pflegeheim passend ist und worauf Sie bei der Wahl achten sollten, lesen Sie in der Checkliste auf S. 138.

Doch es gibt mittlerweile weitere Optionen. In den vergangenen Jahren haben sich vor allem zwei Formen zu einer guten Alternative zum Pflegeheim entwickelt: zum einen die stationäre Hausgemeinschaft mit etwa acht bis zwölf Personen pro Haus, zum anderen die Pflege-Wohngemeinschaft mit etwa drei bis acht Personen pro Haus. Beide Varianten bieten mehr Flexibilität als der meist etwas starre Alltag im Pflegeheim. Gleichzeitig müssen sich aber die Angehörigen mehr einbringen, um diesen flexibleren Alltag mitzustalten. Ob eine solche Wohnform infrage kommt, hängt daher sowohl vom zukünftigen Bewohner als auch von den Angehörigen ab.

Rechtliche Details und Tipps, wie Sie eine passende Pflege-WG oder Hausgemeinschaft finden, haben wir Ihnen ab S. 142 zusammengestellt.



Der Zustand verschlechtert sich allmählich zu Hause

siehe S. 9



evtl. Arbeitszeit verkürzen

Bis zu zehn Tage frei von heute auf morgen

siehe S. 57



Familienrat abhalten

siehe S. 68



Beratung nutzen

siehe S. 20



Antrag auf Pflegegrad stellen

siehe S. 14



Angehöriger ist im Krankenhaus

siehe S. 9

Sozialdienst im Krankenhaus berät und hilft bei der Antragstellung

siehe S. 21

Wenn Pflege nötig wird

Sobald klar wird, dass Pflege nötig ist, steht eine ganze Reihe von Entscheidungen an. Die Übersicht zeigt, welche Schritte jetzt wichtig sind.



Voraus-
sichtlich
stationäre
Pflege

evtl.
Pflegeheim,
Kurzzeitpflege
suchen
siehe S. 129



Voraus-
sichtlich
häusliche
Pflege

evtl.
Pflegedienst
suchen und
Umbauten in die
Wege leiten
siehe S. 95





Finanzielle Hilfen

Pflege und Betreuung kosten viel Geld. Bei der Finanzierung helfen die soziale Pflegepflichtversicherung sowie unter Umständen private Zusatzversicherungen und der Staat. Voraussetzung ist, dass ein medizinischer Gutachter einen Pflegegrad festlegt.



Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko, pflegebedürftig zu werden. In der Altersgruppe der über 90-Jährigen liegt es bei mehr als 75 Prozent. Deshalb muss hierzulande jeder eine gesetzliche oder private Pflegeversicherung haben.

Wie bei der Krankenversicherung zahlt jeder Erwachsene in die soziale Pflegeversicherung ein: entweder in die gesetzliche Kasse oder in die Pflegepflichtversicherung bei einem privaten Versicherer. Bei gesetzlich Versicherten ist die Pflegekasse grundsätzlich bei der Krankenkasse angesiedelt. Sie hat allerdings eigene Zuständigkeiten. Privatversicherte müssen einen separaten

Vertrag für die soziale Pflegeversicherung abschließen.

Wer später pflegebedürftig wird, kann jeden Monat bestimmte Leistungen erhalten, um die Hilfe im Alltag mitzufinanzieren. Allerdings müssen zwei Voraussetzungen erfüllt sein, damit es Leistungen von der sozialen Pflegeversicherung gibt:

- 1 Der Versicherte hat in den vergangenen zehn Jahren mindestens zwei Jahre in die Pflegeversicherung eingezahlt oder war familienversichert.
- 2 Der Versicherte lässt sich von einem anerkannten Gutachter besuchen und einen offiziellen Pflegegrad zuweisen.

Wenn der Pflegegrad einmal ermittelt ist, steht es jedem frei zu entscheiden, welche Leistungen der sozialen Pflegeversicherung er beantragen will. Genau wie bei der Krankenkasse sorgt dieses solidarische Prinzip dafür, dass niemand ganz alleine die Kosten stemmen muss, die etwa eine Krankheit oder ein Unfall verursacht.

→ **Wann besteht Pflegebedürftigkeit?**

Nach deutschem Recht ist ein Mensch pflegebedürftig, wenn er

voraussichtlich für mindestens sechs Monate auf Hilfe im Alltag angewiesen sein wird. Ob die Gründe dafür körperlich, psychisch, kognitiv oder gesundheitlich sind, ist unerheblich. Auch die Ursache, also ob ein Unfall, eine Krankheit, eine Behinderung oder eine schleichende Verschlechterung der Alltagskompetenzen zur aktuellen Lage geführt hat, spielt keine Rolle. Entscheidend ist lediglich, dass dauerhafte Einschränkungen in einer gewissen Schwere bestehen.

Den Pflegegrad ermitteln

Um Leistungen von der Pflegekasse zu bekommen, muss ein offizieller Pflegegrad vorliegen. Diesen bestimmt ein Gutachter nach einem festgelegten Verfahren.

→ Seit Januar 2017 gilt in Deutschland das aktuelle Beurteilungssystem, um einzuschätzen, wie viel Unterstützung ein Mensch benötigt und wie hoch dementsprechend die Zuschüsse der Pflegeversicherung sind. Es wurde von Pflegewissenschaftlern, Ärzten, Pflegern, Versicherern und Interessenvertretern der Verbraucher gemeinsam entwickelt. Die Höhe der Zuschüsse wird regelmäßig angepasst. Mit der Begutachtung soll erfasst werden,

- ▶ wie viel Hilfe ein Mensch bei welchen Alltagstätigkeiten braucht,
- ▶ welche Fähigkeiten durch Reha-Maßnahmen wieder verbessert werden können,
- ▶ welche Fähigkeiten durch Präventivmaßnahmen möglichst lange erhalten werden können,
- ▶ welche Hilfsmittel eingesetzt werden können, um bestimmte Tätigkeiten trotz Schwierigkeiten (wieder) ohne Unterstützung zu erledigen.

Wer einen Antrag auf einen Pflegegrad bei seiner Pflegekasse gestellt hat (siehe „Pflegegeld erhalten: Den Antrag stellen“, S. 14), bekommt Besuch von einem Gutachter oder einer Gutachterin. Dabei handelt es sich in der Regel um eine Pflegekraft, einen Arzt oder eine Ärztin mit entsprechender Zusatzqualifikation. Diese Person soll mithilfe von festgelegten Fragen und Übungen die Selbstständigkeit des Antragstellers in verschiedenen Lebensbereichen einschätzen und den Fähigkeiten eine bestimmte Punktzahl zuordnen. Alterstypische Erkrankungen wie Demenz, Diabetes oder Herzprobleme werden dabei genauso berücksichtigt wie allgemeine körperliche Einschränkungen und soziale Fähigkeiten. Die Einzelpunkte werden addiert und nach einer bestimmten Formel umgerechnet. Zusammengefasst ergeben die Punkte eine Empfehlung für einen Pflegegrad zwischen 1 und 5. Oder eine Ablehnung. Die Pflegeversicherung prüft das Ergebnis und legt den Pflegegrad fest.

Im Gutachten an die Pflegekasse sind auch bereits Anträge auf Leistungen enthalten, die vorher besprochen wurden, beispielsweise auf Pflegegeld oder Sachleistungen, Reha- oder präventive Maßnahmen. Die Pflegeversicherung bestätigt in aller Regel binnen weniger Tage den Pflegegrad. Anschließend erhält man sofort die genehmigten Leistungen. Wenn sich der Zustand oder die Lebenssituation ändert, können weitere oder andere Leistungen beantragt werden.



HÄTTEN SIE'S GEWUSST?

Knapp 41 Milliarden Euro hat die soziale Pflegeversicherung im Jahr 2019 insgesamt ausgegeben.

Damit hat sie rund **3,1 Millionen Menschen ambulant und knapp 860 000 stationär unterstützt.**

Im gleichen Jahr wurden **1,17 Millionen** neue Anträge zur Anerkennung einer Pflegebedürftigkeit gestellt, davon wurden 78 Prozent bewilligt.

Die meisten Pflegebedürftigen bekamen Pflegegrad 2 (knapp 47 Prozent), gefolgt von Pflegegrad 3 (etwa 27 Prozent) zugesprochen.

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit

Zwischen Antrag und Gutachterbesuch dürfen laut Gesetz nur maximal fünf Wochen vergehen. Eine Ausnahme gilt in akuten Fällen: Wenn jemand im Krankenhaus liegt, weil er beispielsweise plötzlich krank wurde oder einen Unfall erlitten hat und daraufhin pflegebedürftig wird, muss eine Entscheidung binnen einer Woche fallen. Der Gutachterbesuch kann schon in der Klinik stattfinden. Häufig entscheidet die Kasse aber nach Aktenlage und schickt den Gutachter erst später, wenn der Patient wieder zu Hause ist. Eine Schlechterstellung muss dadurch niemand fürchten – sie ist gesetzlich untersagt.

Der Gutachterbesuch

Zu gesetzlich Versicherten kommt eine Fachkraft des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK), zu privat Versicherten eine Fachkraft der Firma Medicproof. Sie muss eine medizinische oder pflegerische Ausbildung und eine Zusatzqualifikation für die Beurteilung der Pflege-

bedürftigkeit haben. Die Begutachtung ist an gesetzliche Vorgaben gebunden. Sie muss neutral und unabhängig erfolgen.

Insgesamt werden 64 Einzelpunkte in sechs sogenannten Modulen erfragt beziehungsweise untersucht. Diese bilden die Basis für die Pflegegrad-Empfehlung:

- 1 Mobilität
- 2 Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
- 3 Verhaltensweisen und psychische Probleme
- 4 Selbstversorgung
- 5 Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
- 6 Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Die Module 7 „Außerhäusliche Aktivitäten“ und 8 „Haushaltsführung“ mit 14 weiteren Fragen geben keine Punkte, sollen aber helfen, die Gesamtsituation einzuschätzen.



Bevor der Gutachter kommt, schreiben Sie detailliert auf, was noch gut klappt und wobei Hilfe nötig ist. Halten Sie relevante Belege bereit, etwa von medizinischen Behandlungen, Pflege und Reha-Maßnahmen, die in den vergangenen Monaten nötig waren. Bitten Sie Hausarzt oder -ärztin um einen aktuellen Medikamentenplan. All das hilft dem Gutachter. Auf www.mdk.de/versicherte/pflegebegutachtung finden Sie auf der rechten Seite eine „Checkliste für den MDK-Besuch“.

Was kann man sich unter Fragen und Übungen vorstellen? Der Gutachter bittet den Antragsteller zum Beispiel, Treppen zu steigen, sich hinzusetzen und aufzustehen. Er unterhält sich mit allen Anwesenden und vermerkt, wie gut der Antragsteller der Unterhaltung folgen und was er sich merken kann. Es ist besonders wichtig, ob und wie viel Hilfe ein Mensch beim Essen und Trinken, beim Waschen und dem Gang zur Toilette braucht. Auch krankheitstypische Verhaltensweisen und Probleme werden abgefragt. Dazu gehört etwa, ob ein Mensch sich selbst oder andere körperlich schädigt oder anschreit. Wenn jemand regelmäßig Medikamente einnehmen oder spritzen muss, stellt sich die Frage, ob er das alleine kann und daran denkt. Auch die Alltagsgestaltung wird thematisiert.

Abhängig davon, wie gut ein Mensch bestimmte Dinge noch kann, wird den jeweiligen Fähigkeiten ein Punktwert zugeordnet. Im Modul 4, Selbstversorgung, fragt der Gutachter beispielsweise danach, wie das Essen klappt:

- ▶ Isst die Person selbstständig?
- ▶ Überwiegend selbstständig, also mit wenig Hilfe?
- ▶ Überwiegend unselbstständig, mit viel Hilfe und wenig eigenem Zutun?
- ▶ Unselbstständig und nur mit Hilfe?

Klappt das Essen ohne Hilfe, gibt es keinen Punkt. Geht es nur noch mit Unterstützung, gibt es die Höchstpunktzahl.

Es ist hilfreich, wenn mindestens ein Angehöriger ebenfalls beim Gutachterbesuch vor Ort ist. Zum einen können Angehörige oder Freunde bei der Beantwortung einzelner Fragen helfen, zum anderen ist es für den Antragsteller meist angenehmer, wenn noch jemand dabei ist. Weder die betroffene Person noch Angehörige oder Freunde sollten aber versuchen, einzelne Punkte besser darzustellen, als sie im Alltag tatsächlich sind – auch wenn es vielleicht unangenehm ist zuzugeben, wie viel Hilfe mittlerweile nötig ist. Es geht ja gerade darum, dass der Gutachter den tatsächlichen Hilfebedarf ermittelt, damit es entsprechende finanzielle Unterstützung gibt. Mit gespielter Selbstständigkeit schaden Sie sich selbst.

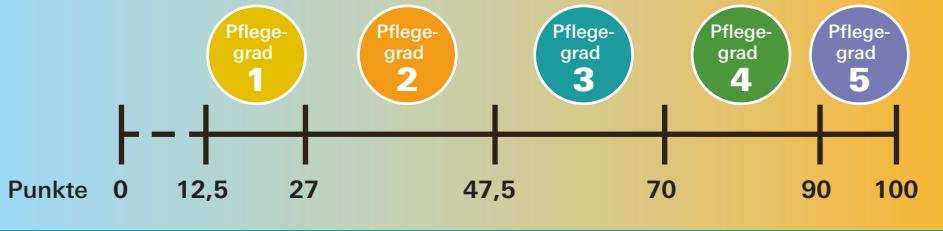
Der Gutachter berät auch

Der Gutachter soll gleichzeitig beraten. Wenn er feststellt, dass der Antragsteller durch eine Reha, eine präventive Maßnahme oder mit bestimmten Hilfsmitteln seinen Alltag deutlich besser erledigen könnte, sollte er das vorschlagen. Wenn gewünscht, wird dieser Vorschlag im Gutachten festgehalten und gilt somit direkt als Antrag bei der Pflege- beziehungsweise Krankenkasse. Falls der Gutachter nichts dergleichen erwähnt, fragen Sie aktiv nach.

Von den Punkten zum Pflegegrad

Aus den Bewertungen errechnet der Gutachter am Ende den Pflegegrad. Dafür werden zunächst die Punkte in jedem Modul

Die Punktzahl bestimmt den Pflegegrad



Wer weniger als 12,5 Punkte bekommt, erhält keinen Pflegegrad. 40 Punkte entsprechen z. B. Pflegegrad 2.

zusammengezählt. Dann werden die einzelnen Module prozentual gewichtet. Von den Punktwerten fließt also nur eine bestimmte Prozentzahl in die Gesamtbewertung ein. Die Selbstversorgung wird als besonders wichtig eingeschätzt und deshalb mit 40 Prozent bewertet. Darauf folgen krankheits- und therapiebedingte Belastungen mit 20 Prozent. Die anderen Module fließen mit 10 bis 15 Prozent ein (siehe Grafik auf S. 39).

Aus den gewichteten und gerundeten Punkten entsteht ein Gesamtwert zwischen 0 und 100. Dieser legt den Pflegegrad fest. Ab 12,5 Punkten sind die Voraussetzungen für einen Pflegegrad erfüllt (siehe Skala oben). Erst dann gibt es Geld.

Pflegegrad 1 bedeutet, dass jemand noch relativ selbstständig leben kann und nur in einzelnen Teilbereichen regelmäßig Hilfe braucht. Daher gibt es nur Basisleistungen. Ab Pflegegrad 2 (ab 27 Punkten) lassen sich sämtliche Leistungen der sozialen Pflegeversicherung nutzen. Welche Sie davon in Anspruch nehmen wollen, entscheiden Sie selbst (siehe Tabelle „Zusätzliche Leistungen ...“ auf S. 19). Bis zum Pflegegrad 5 steigen Grad für Grad die Maximalbeträge, die Sie als Zuschuss erhalten können.

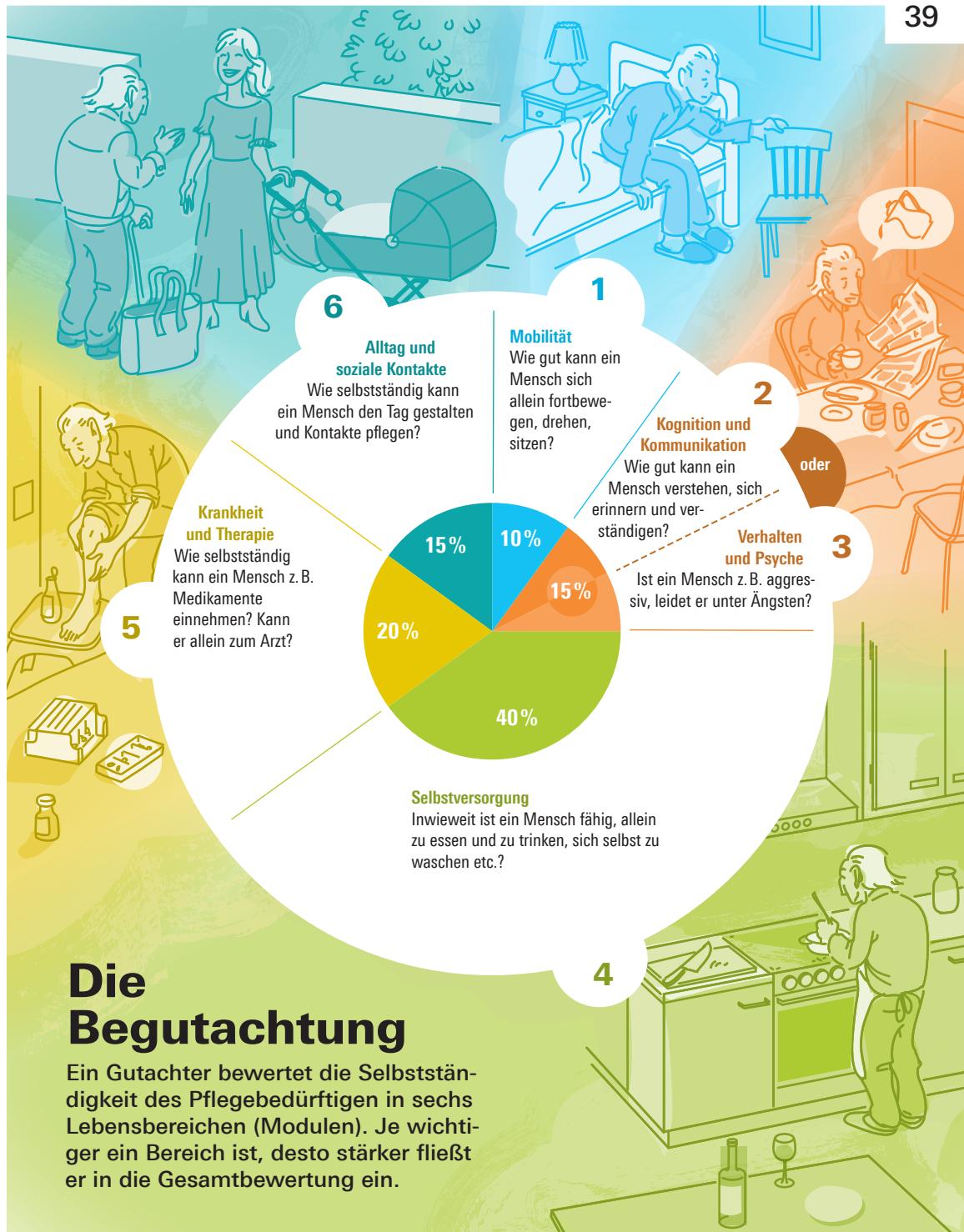
Zusammen mit dem Bescheid der Pflegekasse erhalten Sie eine Kopie des Gutach-

tens. So können Sie überprüfen, ob die Bewertung in Ihren Augen realistisch ist. Auch sämtliche Anträge auf Leistungen und Hilfsmittel sind vermerkt. Sollte sich der Zustand der pflegebedürftigen Person im Laufe der Zeit verschlechtern, können Sie den Gutachter erneut bestellen, um die Einstufung in einen höheren Pflegegrad zu erreichen. Das will aber gut überlegt sein. Einen Bestandsschutz gibt es nämlich nicht.

Widerspruch und Klage

Nicht immer läuft bei der Einstufung alles glatt. Manchmal bekommen Menschen keinen Pflegegrad, obwohl sie regelmäßig Hilfe im Alltag brauchen. Manchmal ist die Einteilung recht knapp, sodass ein Versicherter mit 47 Punkten nur Pflegegrad 2 bekommt, mit 48 Punkten aber Pflegegrad 3 mit deutlich höheren Leistungen hätte. Zwar gibt es regelmäßig Überlegungen, statt der fünf festen Pflegegrade eine kontinuierliche Steigerung der Maximalraten einzuführen. Bis-her gibt es diese aber nicht. In solchen kritischen Fällen kann es sich daher lohnen, Widerspruch einzulegen. Im Jahr 2019 waren mehr als $\frac{1}{4}$ der Widersprüche erfolgreich.

Damit der Widerspruch akzeptiert wird, müssen Sie ihn schriftlich bei der Pflegekasse des Pflegebedürftigen einreichen. Der



Gut zu wissen

beste Weg dafür ist ein Einschreiben mit Rückschein. Dieses muss spätestens einen Monat, nachdem der Bescheid von der Pflegekasse kam, dort eingehen. Enthält der Bescheid keine Informationen darüber, wann, wo und in welcher Form der Widerspruch eingelegt werden muss, verlängert sich die Widerspruchsfrist auf ein Jahr.

Reicht die Zeit bis zum Fristablauf nicht, um Gründe zu formulieren oder ein Attest zu organisieren, können Sie den Widerspruch zunächst ohne Begründung einreichen. Weisen Sie darauf hin, dass Sie diese nachreichen. So bleiben Sie in der Frist und haben dann genug Zeit für die Organisation.

Damit der Widerspruch wirksam wird, muss dieser in jedem Fall enthalten:

- ▶ Name, Adresse und Krankenversicherungsnummer des Antragstellers
- ▶ Widerspruch gegen den aktuell festgelegten Pflegegrad beziehungsweise die Ablehnung eines Pflegegrads
- ▶ ggf. Hinweis, dass die Begründung für den Widerspruch nachgereicht wird
- ▶ Unterschrift des Pflegebedürftigen bzw. eines bevollmächtigten Vertreters

Im Gutachten wird meist deutlich, warum die Kasse einen Pflegegrad ablehnt oder den Versicherten niedriger einstuft als erhofft. Gehen Sie im Widerspruch darauf ein, welche Bewertungen aus welchen Gründen falsch sind. Wenn möglich, belegen Sie diese Aussagen mit einem oder mehreren Attesten. Die Hausarztpraxis kann hierbei helfen,

Ein festgelegtes Widerspruchsverfahren gibt es nur für gesetzlich Versicherte. Gegen die Entscheidung einer privaten Pflegeversicherung können Sie keinen Widerspruch einlegen. Falls Sie mit der Einstufung nicht einverstanden sind, können Sie aber versuchen, die Versicherung schriftlich umzustimmen, und um eine zweite Begutachtung bitten. Oft ist das möglich. Haben Sie keinen Erfolg, bleibt nur der Gang vor das Sozialgericht. Um die Chancen auf Erfolg abzuwägen, sollten Sie sich vorher beraten lassen, etwa durch einen Anwalt der Verbraucherzentrale oder einen selbstständigen Fachanwalt für Sozialrecht. Auch Sozialverbände wie der vdk und der SoVD helfen weiter. Für Mitglieder übernehmen sie meist sogar die Anwalts- und Prozesskosten.

aber auch Fachärzte wie Neurologen kommen in Frage. Falls bereits regelmäßig ein Pflegedienst kommt, bitten Sie eine der Pflegekräfte darum, Ihnen bei der Formulierung zu helfen, denn sie können den Pflegebedarf besonders gut einschätzen. Alternativ können Sie ein medizinisches Gutachten in Auftrag geben. Das müssen Sie allerdings

zunächst aus eigener Tasche bezahlen. Ist der Widerspruch erfolgreich, bekommen Sie die Kosten von der Pflegekasse erstattet.

Nach spätestens drei Monaten muss die Pflegekasse auf den Widerspruch reagieren. Tut sie das nicht, können Sie kostenlos eine Untätigkeitsklage beim Sozialgericht einreichen, die in aller Regel erfolgreich ist. Meist reagiert die Kasse aber binnen weniger Wochen. Sie kann entweder nach Aktenlage zu einer anderen Entscheidung kommen oder einen zweiten Gutachter schicken. Grundsätzlich darf es sich dabei nicht wieder um denselben Menschen handeln, der beim ersten Besuch gekommen ist. Der Versicherte muss dann erneut alle Fragen beantworten beziehungsweise seine Fähigkeiten zeigen, wie es im Begutachtungsverfahren vorgegeben ist. Mithilfe dieses zweiten Gutachtens fällt die Kasse dann eine neue Entscheidung.

→ Sorgfältig vorbereiten

Wenn es zu einer Zweitbeurteilung kommt, bereiten Sie sich sorgfältig vor und zeigen Sie, warum Sie bestimmte Unterpunkte anders beurteilen als das erste Gutachten. Atteste oder Schilderungen einer Pflegekraft können helfen. Auch genaue Notizen darüber, wann wie viel Hilfe benötigt wird, können Wunder bewirken. Achten Sie darauf, dass ein realistisches Bild entsteht und Probleme nicht beschönigt werden.

Wenn Sie mit der neuen Einstufung zufrieden sind, brauchen Sie diese lediglich zu akzeptieren und erhalten anschließend die beantragten Leistungen. Kommt das zweite Gutachten oder die Prüfung nach Aktenlage zu keinem anderen Ergebnis, wird der Fall an einen Widerspruchsausschuss weitergeleitet. Dieser prüft dann die Entscheidung. Die Mitglieder setzen sich aus Kassenvertretern und Gewerkschaftlern oder Patientenvertretern zusammen.

Wenn der Ausschuss die Einschätzung der Kasse bestätigt, haben Sie die Möglichkeit, binnen eines Monats Klage beim zuständigen Sozialgericht einzureichen. Die Klage und mögliche Gerichtsgutachten sind für den Kläger kostenfrei. Lediglich ein Anwalt muss aus eigener Tasche bezahlt werden. Hat die Klage Erfolg, werden die Kosten rückwirkend von der Pflegekasse erstattet.

► **Manche Verbraucherzentralen, Sozialverbände** wie vdk und SoVD, Gewerkschaften, Patientenbegleiter und -berater helfen auf Nachfrage, den Widerspruch zu formulieren. Auch die Unabhängige Patientenberatung ist ein guter Ansprechpartner. Deren Mitarbeiter beraten und unterstützen Sie kostenlos bei medizinischen Streitigkeiten. Sie erreichen die Berater telefonisch unter der Gratis-Hotline **0800 0117722**. Auch eine Onlineberatung oder ein Gespräch vor Ort ist möglich. Weitere Informationen dazu finden Sie unter www.patientenberatung.de.

Welche Leistungen bietet die soziale Pflegeversicherung?

Liegt ein Pflegegrad vor, können Sie selbst entscheiden, welche Leistungen Sie von der Pflegeversicherung erhalten wollen.

 **Die gesetzliche Pflegekasse** hat verschiedene Töpfe, um die Pflege durch Angehörige, durch einen Pflegedienst oder in Pflege-Einrichtungen mitzufinanzieren. Viele Leistungen lassen sich miteinander kombinieren. Je höher der Pflegegrad, desto höher sind auch die Maximalsätze.

Bei gesetzlich Versicherten werden die Leistungen von professionellen Diensten in der Regel direkt zwischen dem Anbieter und der Pflegekasse abgerechnet. Die Kasse kommt allerdings nur für die Pflege und unmittelbar damit verbundene Kosten auf. Wer in einer stationären Pflege-Einrichtung lebt oder die Tagespflege besucht, muss Unterkunft und Verpflegung grundsätzlich selbst finanzieren.

Für privat Versicherte gelten ähnliche Regeln wie in Krankheitsfällen. Sie müssen auch alle Pflegeleistungen zunächst aus eigener Tasche bezahlen. Erst danach können sie die Rechnung bei der privaten Pflegeversicherung beziehungsweise der Beihilfe einreichen und bekommen die Kosten (teilweise) erstattet. Die private Pflegeversicherung zahlt die gleichen Beträge wie die gesetzliche Pflegekasse. Beihilfeberechtigte erhalten

ten wie auch bei Krankheitskosten einen Teil von der Beihilfe und den Rest von der Versicherung bezahlt. Teilweise gibt es auch Zuschüsse zu Unterkunft und Verpflegung in Pflege-Einrichtungen. Die Details sind von der Landesgesetzgebung abhängig.

Pflegegeld und -sachleistung

Die Mehrheit der Pflegebedürftigen wird zu Hause versorgt. Von der Pflegekasse lassen sich dafür zwei verschiedene Leistungen nutzen: das Pflegegeld, wenn Privatpersonen die Pflege und Betreuung übernehmen; und die Pflegesachleistung, wenn ein ambulanter Pflegedienst kommt. Beides lässt sich auch miteinander kombinieren.

Das Pflegegeld ist als Aufwandsentschädigung gedacht, wenn Angehörige, Freunde oder Nachbarn die Pflege leisten. Je nach Pflegegrad beträgt es zwischen 316 und 901 Euro pro Monat. Es wird am Anfang des Monats an den Pflegebedürftigen überwiesen. Dieser kann dann selbst entscheiden, ob und wie viel Pflegegeld er an die Helfenden weitergeben möchte.

Wenn ein ambulanter Pflegedienst einmal oder mehrmals pro Woche kommt, kann ein

Gut zu wissen

Wer ausschließlich Pflegegeld bezieht, muss sich regelmäßig beraten lassen. Zwar sind diese Beratungseinsätze theoretisch freiwillig, doch wer sie nicht abruft, bekommt das Pflegegeld gekürzt. In Pflegegrad 2 und 3 ist die Beratung alle sechs Monate, in Pflegegrad 4 und 5 alle drei Monate Pflicht. Dafür kommen die Berater zum Pflegebedürftigen nach Hause, prüfen die Lage, zeigen Handgriffe und erklären mögliche neue Leistungen der Pflege- und Krankenkasse. So soll die Pflege durch Laien qualitativ verbessert werden. Die Pflegekasse trägt die Kosten und vermittelt die Berater.

Pflegebedürftiger die Pflegesachleistung beantragen. Diese wird in der Regel direkt mit dem Dienstleister verrechnet und beträgt monatlich bis zu 723 Euro im Pflegegrad 2 und bis zu 2 095 Euro im Pflegegrad 5 (ab 2022). Die Sachleistung fällt somit deutlich höher aus als das Pflegegeld, weil Profis die Pflege übernehmen.

Da viele eine Mischung aus privater und professioneller Pflege organisieren, können Pflegegeld und -sachleistung miteinander kombiniert werden. Wer beispielsweise nur 30 Prozent der Pflegesachleistung nutzt,

kann sich zusätzlich 70 Prozent des Pflegegeldes auszahlen lassen. Wer die Sachleistung nicht ausschöpft und gerne mehr Geld für niedrigschwellige Betreuungsleistungen hätte, kann bis zu 40 Prozent der Sachleistung umwidmen lassen. Dann steht insgesamt mehr Geld zur Verfügung, als wenn nur das Pflegegeld dafür genutzt wird. Ein Beispiel finden Sie auf der nächsten Seite. Einen Überblick über die Sätze für Pflegegeld und Pflegesachleistung bieten die Tabelle „Regelmäßige Leistungen ...“ und „Zusätzliche Leistungen ...“ auf S. 18 und S. 19.

Der Entlastungsbetrag

Unabhängig von der Art der ambulanten Pflege steht allen Pflegebedürftigen pro Monat ein Entlastungsbetrag in Höhe von 125 Euro zu. In Pflegegrad 1 kann dieser auch zur Finanzierung eines Pflegedienstes oder einer Pflege-Einrichtung verwendet werden. In allen anderen Pflegegraden ist er ausschließlich für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistungen gedacht. Damit sind beispielsweise Haushaltshilfen, ehrenamtliche Hilfsdienste oder Gruppenangebote gemeint. Der Entlastungsbetrag kann auch über mehrere Monate angespart und später in einem Rutsch genutzt werden. Das geht bis Juni des Folgejahres. Es gibt zunehmend mehr Angebote, die den Angehörigen das Leben erleichtern und den Pflegebedürftigen mehr Abwechslung im Alltag bescheren. Allerdings sind diese leider noch nicht flächendeckend vertreten.

→ Beispiel

Elsa Müller hat Pflegegrad 2. Sie kann daher bis zu 723 Euro an Pflegesachleistung pro Monat nutzen. Ein Pflegedienst kommt zweimal pro Woche und erhält dafür monatlich 260 Euro. Das entspricht 36 Prozent der möglichen Sachleistung. Frau Müller kann sich daher 64 Prozent des Pflegegeld-Höchstsatzes von 316 Euro auszahlen lassen – das sind 202 Euro – und es ihrem Sohn geben, der sie die meiste Zeit versorgt. So käme Sie auf monatliche Leistungen in Höhe von $260 + 202 = 462$ Euro. Alternativ kann sie weitere 40 Prozent der Sachleistung für Entlastungsangebote nutzen. Das wären 289,20 Euro pro Monat, etwa für eine Haushaltshilfe, den Singkreis in der Gemeinde und eine Ehrenamtliche, die mit ihr spazieren geht. Dann wären 76 Prozent verbraucht, also könnte sich Frau Müller noch 24 Prozent des Pflegegeld-Höchstsatzes auszahlen lassen. Das wären zwar nur 75,84 Euro für ihren Sohn. Aber insgesamt bekäme sie durch die Umwidmung deutlich mehr Unterstützung von der Kasse, nämlich $260 + 289,20 + 74,84 = 624,04$ Euro. Das ist für Frau Müller sinnvoll, weil es entsprechende Hilfsangebote in der Nähe gibt.

Teilstationäre Pflege

Zusätzlich zu den ambulanten Leistungen lässt sich der Zuschuss für Tages- und Nachtpflege nutzen, auch teilstationäre Pflege genannt. Dafür besucht die pflegebedürftige Person nur ab und zu eine Pflegeeinrichtung und wird dort versorgt und lebt ansonsten zu Hause. Was die Formen der teilstationären Pflege voneinander unterscheidet und wie Sie eine gute Einrichtung finden, erklären wir Ihnen ab S. 104.

Stationäre Pflege

Wenn ein Mensch dauerhaft im Pflegeheim oder einer anderen stationären Einrichtung lebt, zahlt die Pflegekasse in Pflegegrad 2 einen Zuschuss von maximal 770 Euro pro Monat für Pflege und Betreuung. Dieser steigt mit jedem Grad auf bis zu 2005 Euro monatlich in Pflegegrad 5 (siehe Tabelle „Regelmäßige Leistungen der Pflegeversicherung“, S. 18). Die Kosten für Übernachtung und Verpflegung müssen Pflegebedürftige grundsätzlich selbst bezahlen. Lediglich Beihilfeberechtigte erhalten unter bestimmten Umständen auch dafür einen Zuschuss.

Zuschüsse und Sonstiges

Auf Antrag gibt es Extra-Geld. So bezahlt die Pflegekasse etwa eine Pflegevertretung für bis zu sechs Wochen im Jahr (genannt Verhinderungspflege), Behinderte in stationären Einrichtungen erhalten einen monatlichen Zuschuss (266 Euro) und Bewohner einer Pflege-WG ebenfalls (214 Euro).

Viele Pflegebedürftige können außerdem enorm von technischen Hilfen und kleinen oder größeren Umbauten profitieren. Die Pflegekasse unterscheidet zwischen Pflegehilfsmitteln und technischen Hilfsmitteln.

Pflegehilfsmittel sind etwa Einmalhandschuhe, Desinfektionsmittel, Inkontinenz-einlagen, Masken oder andere Hygieneartikel. Eine individuelle Kombi im Wert von 40 Euro können Sie im Internet bestellen. Anbieter wie curabox.de, hysana.de oder pflegebox.de stellen Boxen nach Wunsch zusammen, schicken sie monatlich als Paket und rechnen mit der Pflegeversicherung ab.

Technische Hilfsmittel sind beispielsweise ein Rollstuhl, ein Rollator oder ein Pflegebett. Diese können häufig kostenlos von der Pflegekasse ausgeliehen werden, wenn ein Arzt die medizinische Notwendigkeit verschreibt oder sie aus dem Pflegegutachten hervorgeht. Alternativ können Sie auch bei der Pflegekasse einen Antrag für ein eigenes Hilfsmittel stellen. Ein Attest vom Arzt ist nicht zwingend notwendig, erleichtert aber das Verfahren. Wird ein technisches Hilfs-

mittel genehmigt, müssen Sie lediglich 10 Prozent der Kosten, maximal 25 Euro pro Hilfsmittel, selbst bezahlen. Den Rest übernimmt die Pflegekasse. Verschreibt ein Arzt das technische Hilfsmittel wegen einer Erkrankung, übernimmt meist die Krankenkasse die Kosten. Der Versicherte muss dann nur 10 Euro zuzahlen. Welche Hilfsmittel die gesetzlichen Kassen übernehmen, steht im Hilfsmittelverzeichnis des GKV-Spitzenverbandes. Sie finden es im Internet unter hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de.

Einen Zuschuss von 4000 Euro können Sie von der Pflegekasse erhalten, wenn das Zuhause aufgrund der Pflegebedürftigkeit umgebaut werden muss. Dafür reichen Sie zunächst einen Kostenvoranschlag bei der Pflegekasse ein. Wird der Umbau zu den genannten Kosten genehmigt, erhalten Sie den Zuschuss. Verschlechtert sich der Zustand des Pflegebedürftigen, sodass weitere Umbauten nötig werden, kann der Zuschuss erneut beantragt werden. Zusätzlich können Sie noch staatliche Zuschüsse nutzen. Wie das geht, erfahren Sie ab S. 48.



Bei einem geringen Einkommen können Sie sich von der Zuzahlungspflicht für Hilfsmittel und Medikamente befreien lassen. Heben Sie entsprechende Quittungen auf. Wenn Sie pro Jahr mehr als 2 Prozent Ihres Brutto-Einkommens zuzahlen müssten und das der Kasse nachweisen, sind Sie ab dieser Grenze befreit. Für chronisch Kranke, wie etwa Diabetiker oder MS-Kranke, liegt die Grenze bei 1 Prozent.

Die Leistungen anderer Versicherungen

Neben den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung können Sie auch Gelder anderer Versicherungen nutzen. Dazu zählen insbesondere Krankenkasse und private Zusatzversicherungen.

→ Ist die Pflegebedürftigkeit noch nicht nachgewiesen oder besteht darüber hinaus eine behandlungsbedürftige Krankheit, kann es sinnvoll sein, sich nicht nur an die Pflege-, sondern auch an die Krankenkasse zu wenden. Diese kann eine wichtige finanzielle Ergänzung darstellen.

Doch nicht nur Pflichtversicherungen kommen zur Finanzierung von Pflege und Betreuung infrage. Manche Menschen haben frühzeitig eine private Pflegezusatzversicherung abgeschlossen. Ist das der Fall, können sie im Pflegefall zusätzliches Geld aus dieser Versicherung erhalten. Die Gelder werden nicht mit den Leistungen der Pflegepflichtversicherung verrechnet.

Leistungen der Krankenkasse

Die Krankenkasse bezahlt die Kosten für Maßnahmen, die eine Krankheit lindern oder deren Verschlimmerung verhindern sollen und können. Wenn Sie sich beispielsweise den Arm brechen und vorübergehend Pflege und Betreuung brauchen, finanziert die Krankenkasse die nötigen Hilfsmittel, möglicherweise eine Reha-Maßnahme und

eine Haushaltshilfe sowie die Grundpflege. Auch Zuschüsse zur häuslichen Krankenpflege und Kurzzeitpflege sind nach einer akuten Erkrankung möglich. Dafür ist nicht einmal ein Pflegegrad notwendig.

Bei manchen Erkrankungen ist die Grenze aber nicht so leicht zu ziehen. Nach einem Schlaganfall beispielsweise ist manchmal nicht absehbar, ob die Einschränkungen dauerhaft bleiben werden oder ob der Patient seine Fähigkeiten durch entsprechende Maßnahmen wieder deutlich verbessern kann. In einer solchen Situation ist es für Laien schwer zu erkennen, welche Versicherung zuständig ist.

Oft hilft es dann, sich die nötige Pflege und Betreuung zunächst vom Arzt verschreiben und von der Krankenkasse finanzieren zu lassen. Das ist vor allem häufig nötig, wenn der MDK oder Medicproof noch keine Pflegebedürftigkeit bestätigt hat. Sobald ein Pflegegrad vorliegt, ist zweifelsfrei die Pflegekasse zuständig. Sollten parallel eine Krankheit und eine Pflegebedürftigkeit bestehen, kann es auch sein, dass Sie gleichzeitig Leistungen aus der Kranken- und der

Pflegeversicherung bekommen können. Falls Sie sich unsicher sind, wer zuständig ist, können Sie sich bei der Unabhängigen Patientenberatung informieren (kostenlose Hotline: 0800 0117722). Sollten Sie dennoch die „falsche“ Versicherung anfragen, leitet diese die Forderung in der Regel an die richtige Stelle weiter.

Geld von einer privaten Zusatzversicherung

Wenn eine private Pflegezusatzversicherung besteht, können deren Leistungen zusätzlich zu den Geldern der Pflichtversicherung beantragt werden, sobald ein Pflegegrad feststeht. Insgesamt gibt es drei Varianten: die Pflegetagegeldversicherung, die Pflegerentenversicherung und die Pflegekostenversicherung. Ein staatlich gefördertes Produkt, der sogenannte Pflege-Bahr, ist grundsätzlich eine Tagegeldversicherung.

Die Zusatzversicherungen unterscheiden sich in mehreren Punkten. Der offensichtlichste ist die Höhe der Pflegekosten, die übernommen werden. Die Pflegekostenversicherung zahlt die höchsten Zuschüsse. Teils übernimmt die Versicherung sämtliche anfallenden Pflegekosten, die über die Pflichtversicherung hinausgehen. Die anderen Versicherungen zahlen einen festen monatlichen Betrag aus. Dessen Höhe ist abhängig vom Pflegegrad.

Als die Versicherungen abgeschlossen wurden, bestand in der Regel noch das System der Pflegestufen. Die Umrechnung der

Leistung in Abhängigkeit von einem Pflegegrad sollte automatisch ohne Probleme erfolgen. Bestehende Pflegestufen werden wie bei der Reform im Jahr 2017 in Pflegegrade überführt. Je nach Tarif zahlen manche Versicherer schon im neuen Pflegegrad 1.

Bei manchen Versicherungen muss eine bestimmte Wartezeit erfüllt sein, damit man Leistungen bekommt. Überprüfen Sie eine eventuelle Pflegezusatzversicherung auf diesen Punkt. Falls es keine Wartezeit gibt oder diese bereits erfüllt ist, können Sie die vereinbarten Gelder beantragen, sobald ein Pflegegrad vorliegt. Ist die Wartezeit noch nicht vorbei, lohnt es sich oftmals, die Versicherung noch bis zum fälligen Datum beizubehalten. Sobald die Frist erfüllt ist, können Sie mit dem Bescheid des MDK oder von Medicproof die Leistungen beantragen.

Früher und heute

Pflegestufe, bis 2016	Pflegegrad, ab 2017
0	2
1	
1 + Demenz	3
2	
2 + Demenz	4
3	
3 + Demenz oder Härtefall	5

Hilfe vom Staat

Der Staat unterstützt Pflegebedürftige und deren Angehörige mit verschiedenen Hilfen. Dazu zählen Steuererleichterungen, Geld vom Sozialamt und der Schwerbehindertenausweis.

 **Pflege ist teuer.** Neben der Pflegekasse unterstützt deshalb auch der Staat direkt oder indirekt Pflegebedürftige und ihre Angehörigen. Denn niemand soll aus finanziellen Gründen auf die nötige Unterstützung verzichten müssen. Wer die Pflege alleine oder als Familie finanziert, kann sich einen Teil der Kosten erstatten lassen, indem die Ausgaben in der Steuererklärung geltend gemacht werden. Wenn Einkommen und Vermögen nicht ausreichen, können staatliche Gelder explizit für die Finanzierung der Pflege beantragt werden. Das sind die Hilfe zur Pflege und in manchen Bundesländern das Pflegewohngeld. Je nach Lebensumständen kann außerdem die Grundsicherung im Alter beantragt werden. Diese finanziert nicht nur die Pflegelücke, sondern auch sonstige Lebenshaltungskosten. Für Menschen mit bestimmten Einschränkungen kann unabhängig von den anderen Punkten der Schwerbehindertenausweis finanzielle Vorteile bringen.

Steuerliche Vorteile

Viele Kosten, die durch eine Pflegebedürftigkeit oder eine Krankheit entstehen, können Betroffene steuerlich geltend machen.

Das gilt sowohl für die Pflegebedürftigen selbst als auch für deren Angehörige, wenn beispielsweise die Kinder die Haushaltshilfe finanzieren oder Elternunterhalt zahlen. Unter Umständen lassen sich so tausende Euro sparen. Wichtig ist, dass Sie die Ausgaben korrekt angeben und nachweisen können. Vier Kategorien sind dafür von besonderem Interesse:

1 Haushaltsnahe Dienstleistungen.

Dazu zählen Haushaltshilfen, Handwerker- und Gärtnerarbeiten sowie niedrigschwellige Betreuungsleistungen.

2 Außergewöhnliche Belastungen.

Darunter fallen diverse Ausgaben, die den Haushalt stark belasten, etwa Pflegeleistungen, bestimmte Heilbehandlungen oder der Elternunterhalt.

3 Pauschbetrag für pflegende Angehörige.

4 Unterhalt.

► Welche Kosten Sie im Einzelnen absetzen können und was dabei zu beachten ist, erfahren Sie im Finanztest Spezial Steuern. Die jährlich aktualisierte Version können Sie unter www.test.de/shop erhalten.

Gut zu wissen

Um zu verhindern, dass Pflegebedürftigkeit automatisch zu Sozialhilfe führt, gibt es für Heimbewohner in Mecklenburg-Vorpommern, NRW und Schleswig-Holstein das Pflegewohngeld. Es wird bei geringem Einkommen und Vermögen gezahlt, um die Investitionskosten zu decken. Der Zuschuss wird individuell berechnet. Im ganzen Bundesgebiet können Bewohner von stationären Einrichtungen außerdem den Barbertrag zur freien Verfügung – eine Art Taschengeld – beantragen. Dieser wird regelmäßig neu festgelegt und betrug im Jahr 2021 pro Monat 120,42 Euro. Details der Anträge kennt Ihr zuständiges Sozialamt.

Hilfe zur Pflege

Für Pflegebedürftige, die mehr Unterstützung brauchen, als sie bezahlen können, kommt zunächst die „Hilfe zur Pflege“ infrage. Wenn nötig, übernimmt das Sozialamt auf Antrag sämtliche Pflegekosten, etwa für häusliche, teilstationäre oder stationäre Pflege. So können auch Menschen mit geringem Einkommen und Vermögen gute Pflege und Unterstützung erhalten. Vor allem die vergleichsweise teure Pflege im Heim können viele nicht bezahlen. Von

knapp 860 000 Pflegeheimbewohnern erhielten im Jahr 2019 knapp 320 000 Hilfe zur Pflege, also mehr als 37 Prozent.

Um die Hilfe zu erhalten, müssen Pflegebedürftige nachweisen, dass sie die Kosten nicht aus eigener Tasche bezahlen können und weder Partner noch Kinder unterhaltspflichtig sind (siehe S. 50). Dafür müssen Antragsteller ihre Finanzsituation offenlegen. Monatliche Renten und Gelder aus privaten Zusatzversicherungen werden angerechnet. Auch das Vermögen muss bis zu einem festgelegten Betrag aufgebraucht werden. Lediglich ein sogenanntes Schonvermögen in Höhe von 5 000 Euro für Alleinstehende beziehungsweise 10 000 Euro für Paare (Stand: 2021) ist geschützt. Zusätzlich werden bestimmte Altersrücklagen und Vorsorgeprodukte nicht angerechnet. Das Wohneigentum darf man behalten, solange entweder die pflegebedürftige Person, Partner / Partnerin oder beide noch dort wohnen. Wird eine Immobilie hingegen nicht selbst genutzt, muss sie verkauft werden, um die Heimkosten zu finanzieren.

Ein Knackpunkt sind erfolgte Schenkungen. Das Sozialamt kann Pflegebedürftige auffordern, Schenkungen zurückzunehmen, wenn diese weniger als zehn Jahre her sind und es dadurch verwertbares Vermögen gibt. Häufig betroffen sind Immobilien, die Eltern ihren Kindern übertragen, um sie nicht verkaufen zu müssen. Wenn absehbar ist, dass Hilfe zur Pflege nötig wird, sollte die Schenkung frühzeitig erfolgen.

Elternunterhalt

Erwachsene Kinder, die mehr als 100 000 Euro pro Jahr verdienen, müssen die Pflege der Eltern mitfinanzieren. Hat das Sozialamt Hinweise darauf, dass diese Grenze überschritten wird, meldet es sich. Um die Grenze zu ermitteln, werden Bruttolohn, Einkommen aus selbstständiger Arbeit, Miete und Pacht sowie Zins- und Kapitalerträge zusammengerechnet. Werbungs- und Kinderbetreuungskosten dürfen abgezogen werden. Liegt das so ermittelte Jahreseinkommen über 100 000 Euro, muss ein Kind Elternunterhalt zahlen. Das Vermögen der Kinder und das Einkommen von Schwiegerkindern spielt keine Rolle.

Bei der Höhe des Elternunterhalts orientiert sich das Amt an der Düsseldorfer Tabelle. Dafür ist das bereinigte Netto-Einkommen entscheidend. Der monatliche Selbstbehalt beträgt 2 000 Euro plus 50 Prozent der darüber liegenden Einnahmen (Stand: 2021). Eheleute haben einen Familienserstbehalt von 3 600 Euro plus 45 Prozent zusätzliche Einnahmen. Für eigene Kinder, Kreditraten, berufsbedingte Ausgaben, Krankheitskosten und die eigene private Altersvorsorge gelten weitere Freibeträge.

Beispiel: Alleinstehendes Einzelkind

Brutto-Einkommen: 120 000 Euro

– Werbungskosten: 5 000 Euro

= 115 000 Euro Einnahmen. Es besteht also die Pflicht zum Elternunterhalt

Berechnung der Höhe des Unterhalts:

- 5 500 Euro Netto-Einkommen pro Monat
- 2 000 Euro Selbstbehalt
- 500 Euro Freibetrag für abziehbare Ausgaben
- = 3 000 Euro bereinigtes Netto-Einkommen.
- 1 500 Euro zusätzlicher Selbstbehalt (50 %)
- = 1 500 Euro monatlicher Elternunterhalt.

Gibt es mehrere Kinder, dann wird zunächst ein (theoretischer) Elternunterhalt anteilig pro Kind errechnet, der vom Einkommen und Vermögen abhängig ist. De facto muss diesen Betrag aber nur das Kind bezahlen, das mehr als 100 000 Euro pro Jahr verdient. Den Rest übernimmt das Sozialamt. Um ein Verhältnis errechnen zu können, sind Geschwisterkinder verpflichtet, dem Amt und sich gegenseitig über ihr Einkommen und Vermögen zu informieren.

Die Regelungen für den Elternunterhalt gelten unabhängig davon, ob Eltern und Kinder ein gutes Verhältnis haben. Nur unter sehr strikten Bedingungen wird die Unterhaltpflicht ungültig, etwa wenn ein Vater seine Tochter missbraucht hat und diese das vor Gericht beweisen kann. In den meisten Fällen aber sind die Kinder verpflichtet, für die Pflegekosten der Eltern aufzukommen, sofern es finanziell möglich ist.

-
- Ob Sie unterhaltpflichtig sind, können Sie mit passenden Rechnern im Internet gut abschätzen, beispielsweise auf <https://www.seniorplace.de/elternunterhaltberechnen.html>.

Grundsicherung im Alter

Wer auch seinen Lebensunterhalt nicht aus eigenen Mitteln bestreiten kann, sollte die Grundsicherung im Alter beantragen. Diese soll das Existenzminimum im Rentenalter sichern. Das Sozialamt übernimmt dann die Miet- und Nebenkosten, Kranken-, Pflege- und Zusatzbeiträge und zahlt zusätzlich einen Beitrag für die Lebenshaltung aus. Dieser wird regelmäßig angepasst und liegt im Jahr 2021 bei 446 Euro. Sind beide Partner auf Grundsicherung angewiesen, beträgt er 401 Euro pro Person. Wer bedürftig ist, wird individuell ermittelt. Eigene Einkünfte werden gegengerechnet. Privatrenten und die neue Grundrente darf man bis zu bestimmten Grenzen zusätzlich behalten.

→ Als Faustregel gilt:

Wer weniger als 865 Euro pro Monat als Einkommen hat (Stand: 2021) und älter als 67 Jahre ist, kann die Grundsicherung im Alter beantragen. Pflegegeld zählt nicht als Einkommen.

Vermögen muss bis zu einer Grenze von 5 000 Euro (Alleinstehende) beziehungsweise 10 000 Euro (Paare) aufgebraucht werden. Nach zwölf Monaten ist ein neuer Antrag nötig. Weitere Details lesen Sie in der Broschüre zur Grundsicherung im Alter der Deutschen Rentenversicherung unter www.deutsche-rentenversicherung.de.

Der Schwerbehindertenausweis

Wer einen Schwerbehindertenausweis besitzt, kann viele Vorteile nutzen. Der Staat ermöglicht Schwerbehinderten sowohl finanzielle als auch praktische Erleichterungen im Alltag. Vielen ist das nicht bewusst oder sie wollen nicht als behindert gelten – der Begriff „schwerbehindert“ löst immer noch häufig negative Assoziationen aus.

Doch ein Schwerbehindertenausweis kann enorme Erleichterungen mit sich bringen. So können Gehbehinderte und Gehörlose für 80 Euro im Jahr sämtliche Nahverkehrsmittel aller Verkehrsverbünde in Deutschland nutzen. Komplett kostenlos ist der Service für Blinde und Menschen, die ständig einen Begleiter an ihrer Seite brauchen. Auch den Begleiter dürfen sie überallhin kostenlos mitnehmen. Das gilt sowohl für den Bus als auch für das Theater. Alle Schwerbehinderten profitieren außerdem von Steuererleichterungen. Manche dürfen kostenlose Fahrdienste oder den Behindertenparkplatz nahe am Eingang nutzen.

Um einen Schwerbehindertenausweis zu erhalten, muss ein bestimmter Grad der Behinderung (GdB) vorliegen. Alterstypische Einschränkungen, wie ein schwaches Herz, ein lückenhaftes Gedächtnis oder eine schlechtere Beweglichkeit, zählen nicht als Behinderung. Die Folgen von Alterserscheinungen oder Krankheiten aber schon. Dazu gehören beispielsweise Lähmungen, Augenerkrankungen, Schmerzsyndrome, Gehbehinderungen oder Hörschäden.

Die Merkzeichen im Behindertenausweis

Menschen, bei denen der Grad der Behinderung (GdB) mindestens 50 beträgt, können einen Schwerbehindertenausweis beantragen. Je nach Art ihrer Beeinträchtigung wird der Ausweis mit Merkzeichen versehen, aus denen sich unterschiedliche Vorteile ergeben.

Merkzeichen	
G	Das „G“ zeigt an, dass sich ein Mensch nur sehr eingeschränkt bewegen kann. Das Merkzeichen berechtigt zu Freifahrten ¹⁾ im Nahverkehr. Menschen mit einem „G“ und einem GdB von mindestens 70 können zusätzlich Parkerleichterungen beantragen und Steuern sparen. Sozialhilfe-Empfänger erhalten Extragebühren für Mehrausgaben.
aG	Das „aG“ steht für außergewöhnlich gehbehinderte Menschen. Sie sind zu Freifahrten ¹⁾ im Nahverkehr berechtigt und können einen besonderen blauen Parkausweis bekommen, mit dem sie in Fußgängerzonen, im Halteverbot und auf Anwohnerparkplätzen parken dürfen.
H	Wer länger als sechs Monate Hilfe bei Alltagsverrichtungen wie Anziehen oder Essen benötigt, erhält das Merkzeichen „H“. Betroffene – meist Blinde, Rollstuhlfahrer oder Hirngeschädigte – bekommen damit Freifahrten ²⁾ und Steuererleichterungen.
BI	Blinde und stark Sehbehinderte erhalten die gleichen Parkerleichterungen wie mit dem Merkzeichen „aG“. Außerdem erlaubt „BI“ Freifahrten ²⁾ für den Ausweisinhaber sowie eine Begleitperson oder -hund im Nahverkehr. Auch eine Hundesteuerbefreiung ist möglich.
GI	„GI“ steht für „gehörlos“. Besitzer eines Ausweises mit diesem Zeichen können Freifahrten im Nahverkehr ¹⁾ und Steuererleichterungen in Anspruch nehmen.
B	Das „B“ im Schwerbehindertenausweis berechtigt, unentgeltlich eine Begleitperson im Nah- und Fernverkehr sowie bei vielen innerdeutschen Flügen mitzunehmen.
RF	Wer nur eingeschränkt oder gar nicht vom öffentlich-rechtlichen Rundfunk und dessen Veranstaltungen profitieren kann, bekommt das Merkzeichen „RF“. Der Rundfunkbeitrag wird ermäßigt und beträgt nur 5,83 Euro pro Monat. Blinde und Gehörlose erhalten immer „RF“.

1) Fällig wird allerdings eine Jahresgebühr von 80 Euro für eine Wertmarke. In Sonderfällen, etwa wenn der Betroffene Empfänger von Grundsicherung im Alter ist, gibt es die Wertmarke kostenlos. Alternativ zur Wertmarke ist eine Kfz-Steuerermäßigung von 50 % möglich.

Schwerbehinderte mit einem GdB von mindestens 70 erhalten zudem die BahnCard 50 der Deutschen Bahn zum halben Preis.

2) Notwendig ist nur eine kostenlose Wertmarke für den Ausweis.

Wenn diese eine bestimmte Schwere erreichen und ein Arzt oder eine Ärztin das bestätigt, erhalten Betroffene einen Schwerbehindertenausweis. Es reicht ein formloser Antrag beim Versorgungsamt oder dem Amt für soziale Angelegenheiten. Dabei gibt man die Namen der behandelnden Ärzte an, damit das Amt direkt Kontakt zu diesen aufnehmen kann.

Es ist jedem selbst überlassen, wie viel er dem Amt verraten will.

Dabei können Sie aber selbst festlegen, wie viel das Amt wissen soll. Wenn Sie einen Schwerbehindertenausweis wegen einer Gehbehinderung beantragen, müssen Sie das Amt nicht über eine Demenz oder eine Krebserkrankung informieren. Möglicherweise fällt dadurch der Grad der Behinderung zwar geringer aus, aber es ist grundsätzlich jedem selbst überlassen, wie viel er dem Amt verraten will.

Wenn der GdB mindestens 50 beträgt, gibt es den Schwerbehindertenausweis. Je nach persönlicher Situation wird das passende Merkzeichen, etwa für „blind“ oder „gehbehindert“, eingetragen, was dann zu bestimmten Vorteilen führt (siehe Tabelle links). Je nach Merkzeichen gibt es außerdem verschiedene Steuererleichterungen oder Extrageld vom Bundesland.

Die Vergünstigungen gelten aber nicht grundsätzlich bis zum Lebensende. Wenn beispielsweise ein Schlaganfall der Grund für die Behinderung ist, kann sich der Zustand der betroffenen Person durchaus noch einmal verbessern. Daher prüft das Amt bei „Behinderungen mit Rückfalltendenz“ nach einer gewissen Zeit, ob die Einschränkungen noch so stark sind wie bei der ersten Prüfung. Falls die Gesundheitssituation sich nach einiger Zeit verbessert, wird der Grad der Behinderung gegebenenfalls wieder gesenkt. Verschlechtert sich der Zustand hingegen, können Betroffene auch einen höheren GdB erhalten. Dafür ist ein erneuter Antrag nötig. Einen Bestandsschutz gibt es dabei allerdings nicht. Ein freiwilliger Antrag auf eine neue Einstufung sollte daher gut überlegt sein.

► Details zu Behinderungen, auch in leichter Sprache oder Gebärdensprache, finden Sie auf der Webseite einfach-teilhaben.de.



Pflege und Beruf vereinbaren

Eine geliebte Person zu pflegen, kostet viel Zeit und Geduld. Seit Januar 2015 gibt es deshalb einen gesetzlichen Anspruch auf eine Auszeit im Job mit einem finanziellen Ausgleich für bis zu zwei Jahre.



Wer einen Angehörigen pflegt, kann eine oder mehrere staatlich geförderte Auszeit-Varianten nutzen. Die „kurzzeitige Arbeitsverhinderung“ ermöglicht sofort bis zu zehn freie Arbeitstage am Stück. Die Zeit ist dazu gedacht, die Pflege eines nahen Angehörigen zu koordinieren. Wollen Sie einen Teil der Pflege selbst übernehmen, können Sie die „Pflegezeit“ nutzen. Diese erlaubt Ihnen, bis zu sechs Monate ganz oder teilweise im Job auszusetzen. Die längste Arbeitszeitreduzierung bietet die „Familienpflegezeit“. Bis zu zwei Jahre lang können Sie damit Ihre

Arbeitszeit reduzieren. Geschwister dürfen gleichzeitig oder hintereinander die Pflegezeiten nutzen.

Die vierte und letzte Variante ist die Pflegezeit als „Sterbegleitung“. Für bis zu drei Monate können Sie teilweise oder vollständig aussetzen, um in den letzten Wochen besonders viel Zeit mit einem nahen Angehörigen verbringen zu können. Pflegen müssen Sie nicht, die gemeinsame Zeit ist das, worum es geht. Ob Sie diese zu Hause, im Pflegeheim oder im Hospiz verbringen, ist dafür irrelevant.

Gut zu wissen

Für alle Varianten gilt, dass es sich bei dem zu Pflegenden um einen nahen Angehörigen handeln muss. Dieser Begriff ist zwar relativ weit gefasst, doch für Ihren Nachbarn lassen sich die Pflegezeiten beispielsweise nicht einsetzen – auch wenn Sie diesem sehr nahestehen.

Eine Begleitung in der letzten Lebensphase ist unabhängig von anderen Pflegezeiten möglich.

Die Pflegezeiten dürfen nur bedingt aufgeteilt werden. Sie können sich zwar mit ihren Geschwistern absprechen, aber jede Person muss ihre Pflegezeit am Stück nehmen. Sie können also nicht drei Monate Pflegezeit nehmen, drei Monate voll arbeiten und anschließend erneut drei Monate in Pflegezeit gehen. Wenn Sie nach der Pflegezeit noch die Familienpflegezeit nutzen wollen, muss diese direkt im Anschluss folgen. Anders ist das nur bei der Begleitung der letzten Lebensphase. Sie kann unabhängig von anderen Pflegezeiten beansprucht werden.

Positiv ist: Egal, welche Form der Freistellung Sie nutzen, Ihr Chef darf Ihnen nicht

Auf die Pflegezeiten haben nahe Angehörige des Pflegebedürftigen einen Anspruch. Das sind: Partnerin und Partner, egal, ob sie verheiratet sind, offiziell in einer Partnerschaft leben oder nur zusammen wohnen, Geschwister und deren Partnerinnen und Partner sowie Kinder, Adoptiv- und Pflegekinder, egal, ob von der pflegebedürftigen Person, von Partner oder Partnerin, und Enkelkinder. Auch Eltern, Stiefeltern und Großeltern sind berechtigt. Doch diese kommen in der Regel nur bei jüngeren Pflegebedürftigen infrage.

kündigen und muss Ihnen nach der Rückkehr eine gleichwertige Stelle zur Verfügung stellen beziehungsweise Ihre Stundenzahl wieder aufstocken. Außerdem finanziert die Pflegekasse Ihnen zusätzliche Rentenpunkte, damit die Pflegephase Ihnen keine allzu großen Nachteile für die eigene Rentenzeit beschert. Ausführlichere Informationen dazu bekommen Sie im weiteren Verlauf dieses Kapitels.

Im Job kürzertreten, um zu pflegen

Der Gesetzgeber hat die Möglichkeiten verbessert, Beruf und Pflege unter einen Hut zu bekommen. Vom Anspruch auf Pflegezeiten mit Kündigungsschutz profitieren aber nicht alle.

→ **Die gute Nachricht ist:** Es gibt einen gesetzlichen Anspruch auf Pflegezeit. Die schlechte Nachricht lautet: Der Anspruch gilt nur unter bestimmten Voraussetzungen. Je nach Dauer der Auszeit können Sie diese nur nutzen, wenn der Betrieb, in dem Sie arbeiten, eine bestimmte Mindestgröße hat. Außerdem gilt das Gesetz nur für Arbeitnehmer. Diese müssen die Pflegezeit zudem fristgerecht ankündigen. Tun sie das nicht, erlischt der Anspruch zwar nicht, aber er wird erst nach Ablauf der Ankündigungsfrist wirksam. Um nichts falsch zu machen, ist es ratsam, zuerst die kurzzeitige Arbeitsverhinderung von zehn Arbeitstagen einzureichen und in dieser Zeit alles Weitere zu koordinieren.

Die kurzzeitige Arbeitsverhinderung

Von heute auf morgen lässt sich die Auszeit von bis zu zehn Arbeitstagen beim Arbeitgeber einreichen. Ein Anruf oder eine Mail genügt. Voraussetzung ist, dass die Pflege für einen nahen Angehörigen koordiniert werden muss. Das gilt sowohl, wenn eine Pflegebedürftigkeit zum ersten Mal auftritt, als

auch bei einer plötzlichen Verschlimmerung. Der Chef darf die Abwesenheit nicht verweigern, allerdings kann er eine ärztliche Bestätigung verlangen, dass ein Angehöriger voraussichtlich pflegebedürftig wird. Von der kurzen Jobpause können alle Arbeitnehmer profitieren. Für Beamte, Soldaten und Richter gelten je nach Bundesland unterschiedliche Regelungen. Sie müssen aber weitestgehend dem Anspruch von Arbeitnehmern entsprechen.

Während der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung wird das übliche Gehalt nur dann gezahlt, wenn es eine solche Klausel in der Betriebsvereinbarung gibt. Ansonsten können Sie als Ersatz ein Pflegeunterstützungsgeld bei der Pflegekasse der pflegebedürftigen Person beantragen. Die Höhe beträgt in der Regel 90 Prozent des Nettogehalts. Rufen Sie dazu am besten bei der Pflegekasse an und fragen Sie, welche Unterlagen sie benötigt, um das Geld auszuzahlen. Das ist von Kasse zu Kasse leicht verschieden.

Wichtig ist, dass Sie den Antrag auf Erstattungsleistung direkt am ersten Tag der Arbeitsverhinderung stellen. Dafür ist ein ärztliches Attest nötig, das Sie aber in der Regel

Pflegezeiten im Überblick

Wer die Voraussetzungen erfüllt, kann alle Formen der Pflegezeiten kombinieren.

	Arbeits-verhinderung	Pflegezeit	Familien-pflegezeit	Sterbebegleitung
Dauer maximal	10 Arbeitstage	6 Monate	24 Monate	3 Monate
Betrieb	keine	16 + Mitarbeiter	26 + Mitarbeiter	16 + Mitarbeiter
Ankündigung	sofort	10 Tage vorher	8 Wochen vorher	10 Tage vorher
Zweck	Pflege koordinieren	Pflege zu Hause	Pflege zu Hause	gemeinsame Zeit
Art der Frei-stellung	komplett	Teilzeit oder kom-plott	Teilzeit, Arbeitszeit im Schnitt mind. 15 Stunden/Woche	Teilzeit oder kom-plott
Lohn	Fortzahlung, wenn betrieblich verein-bart, sonst Ersatz-leistung von der Pflegekasse des Pflegebedürftigen	Fortzahlung für ge-leistete Arbeit, zu-sätzlich zinsloses Darlehen* möglich	Fortzahlung für ge-leistete Arbeit, zu-sätzlich zinsloses Darlehen* möglich	Fortzahlung für ge-leistete Arbeit, zu-sätzlich zinsloses Darlehen* möglich
Sozialversiche- rung	Familienversiche- rung über Ehepar- ner, sonst freiwilli- ge Versicherung	über 450 €: gesetzli- che Pflichtversiche- rung; bis 450 €: Fa- milienversicherung bzw. freiwillige Ver- sicherung, Zuschüs- se möglich**	über 450 €: gesetzli- che Pflichtversiche- rung; bis 450 €: Fa- milienversicherung bzw. freiwillige Ver- sicherung, Zuschüs- se möglich**	über 450 €: gesetzli- che Pflichtversiche- rung; bis 450 €: Fa- milienversicherung bzw. freiwillige Ver- sicherung, Zuschüs- se möglich**
gesetzliche Grundlage	§§ 1–2; 5–8 PflegeZG	§§ 1, 4–8 PflegeZG	Familienpflegezeit- gesetz (FPfZG)	§§ 1, 4–8 PflegeZG

* Den Antrag stellen Sie beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben unter www.wege-zur-pflege.de.

** Sie können einen Zuschuss zur Kranken- und Pflegeversicherung erhalten, wenn Sie Ihren nahen Angehörigen mind. 10 h/Woche an mind. 2 Tagen pflegen und höchstens 30 Wochenstunden erwerbsmäßig arbeiten. Die Rentenversicherung wird komplett übernommen, wenn Sie Ihren Angehörigen voraussichtlich mind. 60 Tage pro Jahr pflegen und dieser mind. Pflegegrad 2 hat.

nachreichen können. Die ärztliche Bescheinigung sollte Folgendes enthalten:

- ▶ Name der pflegebedürftigen Person,
- ▶ Bestätigung vom Arzt, dass die bedarfs-gerechte Versorgung in einer akuten Pflegesituation organisiert oder sicher-gestellt werden muss,
- ▶ Bestätigung vom Arzt, dass voraussicht-lich mindestens Pflegegrad 1 vorliegt,
- ▶ Zeitraum der voraussichtlichen Arbeits-verhinderung.

Es ist möglich, die kurzzeitige Arbeitsverhinderung und das Pflegeunterstützungsgeld auf mehrere Personen aufzuteilen. Allerdings besteht der Anspruch immer pro pflegebedürftiger Person. Wenn Sie sich die Organisation aufteilen wollen, dürfen Sie also mit Geschwistern oder Partnern insge-samt nur auf zehn Arbeitstage kommen.

Die Beiträge zur Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung übernimmt der Arbeitgeber während der Auszeit nur dann, wenn die Betriebsvereinbarung oder ein Tarifvertrag das vorschreibt. Manchmal gibt es auch entsprechende individuelle Regelungen im Arbeitsvertrag. Ansonsten müssen Sie sich für diese Zeit freiwillig bei Ihrer Kranken- und Pflegekasse versichern. Wie das geht, erfahren Sie bei Ihrer Krankenkasse. Eine Ausnahme gilt für Verheiratete, deren Ehe-partner gesetzlich versichert sind. Sie sind über die Familienversicherung abgesichert. Dafür genügt in der Regel ein Anruf bei der Krankenkasse des Partners.

Die Pflegezeit

Wollen Sie einen Teil der Pflege selbst über-nehmen, können Sie bis zu sechs Monate entweder vollständig aussetzen oder auf ei-ne Teilzeitstelle reduzieren. Voraussetzun-gen für den Anspruch auf diese Pflegezeit sind, dass

- ▶ Sie einen nahen Angehörigen in einer Privatunterkunft pflegen und
- ▶ dieser (voraussichtlich) mindestens Pflegegrad 1 bekommt.

Wenn zusätzlich zu Ihrer Pflege noch ein Pflegedienst kommt, ist das kein Problem. Lebt der Pflegebedürftige aber in einer sta-tionären Einrichtung, dürfen Sie die Pflege-zeit nicht nutzen. Eine Ausnahme gilt, wenn ein Angehöriger todkrank ist. Wenn Sie die-sen in den letzten Lebenswochen begleiten wollen, können Sie die „Sterbebegleitung“ als spezielle Form der Pflegezeit in An-spruch nehmen. Details finden Sie auf S. 62.

Arbeitnehmer haben einen gesetzlichen Anspruch auf die Pflegezeit, wenn sie noch mindestens 15 weitere Kollegen haben. Auch Auszubildende zählen dazu. Man muss die voraussichtliche Länge der Pflegezeit und die Art der Reduzierung allerdings zehn Ta-ge im Voraus beim Arbeitgeber ankündigen. Wenn Sie die Pflegezeit nutzen wollen, ist es also sinnvoll, zuerst die kurzzeitige Arbeits-verhinderung in Anspruch zu nehmen und direkt am ersten Tag ebenfalls die Pflegezeit anzukündigen. Falls der Pflegebedürftige während der Pflegezeit in ein Heim umzieht

oder stirbt, endet die Pflegezeit vorzeitig. Nach einer Übergangsfrist von vier Wochen müssen Sie wieder wie vorher arbeiten.

Ein zinsloses Darlehen kann den vorübergehenden Lohnausfall auffangen.

Um den Lohnausfall abzufedern, gibt es einen Anspruch auf ein zinsloses staatliches Darlehen. Es wird in monatlichen Raten ausbezahlt und soll maximal die Hälfte des fehlenden Nettogehalts abdecken. Sobald Sie wieder voll arbeiten, zahlen Sie die Raten in gleicher Höhe zurück. Haben Sie also sechs Monate lang ein Darlehen bekommen, sind Sie sechs Monate nach Ende der Pflegezeit wieder schuldenfrei. In Härtefällen können Sie die Raten auch strecken oder nur teilweise zurückzahlen. Um das Darlehen zu erhalten, müssen Sie als Pflegender einen Antrag beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA) stellen.

Die erforderlichen Unterlagen für das Darlehen finden Sie im Internet unter www.wege-zur-pflege.de unter dem Menüpunkt „Familienpflegezeit“. Selbstständige können das Darlehen nicht in Anspruch nehmen.

Die Familienpflegezeit

Reichen sechs Monate nicht aus, können Sie entweder direkt oder im Anschluss an die Pflegezeit die Familienpflegezeit nutzen. Sämtliche Pflegezeiten dürfen maximal 24 Monate umfassen. Wenn Sie also schon sechs Monate Pflegezeit in Anspruch genommen haben, bleiben 18 Monate für die Familienpflegezeit. Wenn Sie eventuell später noch die Pflegezeit zur Sterbegleitung nutzen wollen, muss dafür von den 24 Monaten noch etwas übrig sein.

Einen Anspruch auf Familienpflegezeit haben Arbeitnehmer, wenn sie noch mindestens 25 Kollegen haben. Auszubildende zählen hierbei nicht mit. Die Familienpflegezeit müssen Sie acht Wochen im Voraus bei Ihrem Chef beantragen und dabei die gewünschte Dauer sowie die Ausgestaltung



Für die Familienpflegezeit müssen Sie laut Gesetz lediglich im Jahresdurchschnitt mindestens 15 Stunden pro Woche arbeiten. Da die Pflege mal mehr und mal weniger Zeit in Anspruch nehmen kann, ist diese Regelung so flexibel gehalten. Wenn Sie diese Flexibilität nutzen wollen, müssen Sie sich allerdings mit Chef oder Chefin und am besten auch mit Kolleginnen und Kollegen über die Ausgestaltung einig werden.

nennen. Wenn Sie vorher bereits die normale Pflegezeit genutzt haben, verlängert sich die Ankündigungsfrist auf drei Monate.

Auch die Familienpflegezeit ist dazu gedacht, dass Sie einen pflegebedürftigen Angehörigen zu Hause versorgen. Bei der Familienpflegezeit können Sie allerdings nicht komplett aussetzen, sondern müssen mindestens 15 Stunden pro Woche im Durchschnitt arbeiten. Das soll zum einen die Betriebe vor allzu starken Ausfällen schützen und zum anderen die Gefahr für Altersarmut bei den Pflegenden reduzieren. Ob Sie vorher in Vollzeit oder Teilzeit gearbeitet haben, ist unerheblich.

Da die Familienzeit über einen langen Zeitraum genutzt werden kann, gibt es eine besondere Gehaltsregelung: Sie erhalten auch für die Hälfte der reduzierten Stunden Ihren Lohn und müssen das später wieder herausarbeiten. Zusätzlich ist noch ein zinsloses Darlehen vom BAFzA möglich.

Beispiel: Sie reduzieren Ihre Arbeitszeit für ein Jahr von 40 auf 20 Wochenstunden. Während dieser Zeit bekommen Sie Gehalt für 30 Wochenstunden. Die Differenz muss nicht Ihr Arbeitgeber tragen, sondern sie wird vom Bund finanziert. Im Jahr nach dem Ende der Familienpflegezeit arbeiten Sie wieder 40 Wochenstunden und bekommen weiterhin nur Geld für 30 Wochenstunden. Ihr Chef behält den Rest des Gehalts ein und zahlt es an den Bund zurück. Nach einem Jahr ist das Konto somit wieder ausgeglichen.

Checkliste

Die Familienpflegezeit beantragen

Um eine Pflegezeit zu beantragen, nutzen Sie am besten die Musterformulare des Bundesfamilienministeriums. Sie finden sie auf www.wege-zur-pflege.de unter „Familienpflegezeit“, wenn Sie unten auf „Service-material herunterladen“ klicken. Bei Fragen hilft das Pflegetelefon des Ministeriums unter 030 20179131. Diese Unterlagen brauchen Sie:

- Die Familienpflegezeit-Vereinbarung** zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber.
- Einen Nachweis** über die Pflegebedürftigkeit des Angehörigen – den stellt der Hausarzt, die Pflegekasse, der MDK oder der Dienstleister Medicproof aus.
- Die Entgeltbescheinigung** der vergangenen zwölf Monate.

Wenn Sie ein zinsloses Darlehen beim BAFzA beantragen wollen, braucht es die o.g. Unterlagen plus

- Einen Antrag** auf Bewilligung eines zinslosen Darlehens.

Früher verlangten manche Arbeitgeber den Abschluss einer Familienpflegezeitversicherung. Diese musste der Arbeitnehmer bezahlen. Das ist aber nicht mehr üblich.

Für Beamten und Beamte gelten wie so oft auch bei den Pflegezeiten verschiedene Regelungen. Theoretisch sollen sie bei der Pflege von Angehörigen den Arbeitnehmern gleichgestellt werden. De facto ist das aber nur bei Beamten des Bundes sowie einzelnen Bundesländern der Fall, etwa in NRW, Schleswig-Holstein und Thüringen. Dort kann auch das zinslose Darlehen des BAFzA genutzt werden. Beamten und Beamte, die in Bundesländern ohne entsprechende Regelungen pflegen wollen, müssen daher individuelle Lösungen finden.

Sterbebegleitung: Mehr Zeit für die letzten Wochen

Wenn ein Angehöriger nur noch wenige Wochen zu leben hat, ist das für alle Beteiligten schwer. Wenn Sie die letzte Zeit gemeinsam nutzen wollen, können Sie als Arbeitnehmer dafür bis zu drei Monate freinnehmen oder in Teilzeit arbeiten. In dieser speziellen Form der Pflegezeit, der Sterbebegleitung, müssen Sie Ihren Angehörigen nicht zwangsläufig zu Hause pflegen. Sie dürfen auch einfach nur bei ihm sein – zu Hause, im Heim, in einer anderen Pflege-Einrichtung, im Krankenhaus oder im Hospiz. Das Hauptaugenmerk liegt hier auf der gemeinsamen Zeit, nicht auf der Pflege. Auch ein Pflegegrad ist nicht erforderlich.

Die Sterbebegleitung kommt meist nach einer akuten Verschlechterung bei Demenz, bei einer Krebserkrankung oder bei einer plötzlich auftretenden Krankheit wie einem Schlaganfall infrage. Genau wie bei der normalen Pflegezeit haben Arbeitnehmer aber nur einen gesetzlichen Anspruch auf diese Auszeit, wenn noch 15 Kollegen weiter im Betrieb arbeiten. Sie müssen die Pause zehn Tage im Voraus ankündigen.

Ab Beginn der Sterbebegleitung können Sie bis zu drei Monate lang komplett oder teilweise im Job aussetzen. Das können Sie auch dann tun, wenn Ihr Angehöriger bereits in einer stationären Einrichtung lebt. Als Gehalt bekommen Sie in dieser Zeit so viel ausbezahlt, wie Sie arbeiten. Zur Abfederung können Sie das zinslose Darlehen vom BAFzA beantragen.

► Wenn das Lebensende naht, fühlen sich Angehörige oft hilflos und überfordert. Hier können sogenannte Letzte-Hilfe-Kurse sehr nützlich sein. In wenigen Stunden lernen die Kursteilnehmer, was beim Prozess des Sterbens passiert, was einem Sterbenden gut tut und wie man selbst mit dem Tod umgehen kann. Die Kurse werden von speziell geschulten Hospiz-Mitarbeiterinnen geleitet. Auf www.letztehilfe.info finden Sie weitere Informationen, auch zu Kursen in Ihrer Nähe.

Zuschüsse zur Sozialversicherung für Pflegende

Pflegende Angehörige leisten Enormes für die Gesellschaft und haben oft finanzielle Einbußen. Unter bestimmten Bedingungen zahlt der Staat die Sozialbeiträge und gibt Extra-Rentenpunkte.

→ Bei allen Pflegezeit-Varianten müssen Sie bedenken, dass sich Ihr Sozialversicherungsstatus ändern kann. Ob Sie so versichert bleiben wie bisher, hängt vom neuen Gehalt ab. Verdienen Sie mehr als 450 Euro pro Monat, bleiben Sie pflichtversichert, sofern Sie es vorher waren. Der Arbeitgeber und Sie zahlen also weiterhin Ihren jeweiligen Anteil an Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung.

Setzen Sie komplett aus oder verdienen Sie weniger als 450 Euro im Monat, sieht es anders aus. Wenn Sie verheiratet sind und Ihr Partner oder Ihre Partnerin gesetzlich versichert ist, können Sie die kostenlose Familienversicherung der Kranken- und Pflegekasse beantragen. Ansonsten müssen Sie sich „freiwillig versichern“. Diese Formulierung ist allerdings irreführend, denn jeder Bundesbürger muss kranken- und pflegeversichert sein. Die „freiwillige Versicherung“ ist in den genannten Fällen also verpflichtend für Sie. Auch die Einzahlung in die Rentenkasse ist oft Pflicht. Tatsächlich freiwillig ist nur die Absicherung gegen Arbeitslosigkeit. Die Beiträge für alle Versiche-

rungen werden allerdings unter bestimmten Voraussetzungen von der Pflegeversicherung Ihre Angehörigen übernommen.

→ Die Pflegekasse informieren

Informieren Sie in jedem Fall die Pflegekasse Ihres Angehörigen, wenn Sie regelmäßig einen Teil der Pflege übernehmen. Damit stellen Sie sicher, dass Sie alle notwendigen Unterlagen erhalten, um abgesichert zu werden und zusätzliche Rentenpunkte zu sammeln.

Kranken- und Pflegeversicherung

Die Beitragshöhe der freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung ist wie üblich von Ihrem Gehalt abhängig. Verdienen Sie nichts oder sehr wenig, zahlen Sie den Mindestbeitrag. Dieser beträgt für die Krankenversicherung bundesweit 148,63 Euro pro Monat plus Zusatzbeitrag (Stand: 2021). Der Mindestbeitrag für die Pflegeversicherung ist abhängig vom Bundesland und vom Familienstatus. Detaillierte Informationen

und die notwendigen Formulare erhalten Sie bei Ihrer Krankenkasse.

Unter bestimmten Bedingungen gibt es für die freiwillige Versicherung in Kranken- und Pflegekasse einen Zuschuss. Diese Bedingungen sind erfüllt, wenn Sie einen nahen Angehörigen in dessen Zuhause im Durchschnitt mindestens zehn Stunden pro Woche an mindestens zwei Tagen pflegen und wenn Sie maximal 30 Wochenstunden im Durchschnitt erwerbstätig sind. Um den Zuschuss zu erhalten, müssen Sie ihn bei der Pflegeversicherung Ihres Angehörigen beantragen. Sie zahlt dann höchstens einen Zuschuss in Höhe des Mindestbeitrags.

Gut zu wissen

Auch als Privatversicherter können Sie einen Zuschuss zu Ihrer Kranken- und Pflegeversicherung während der Pflegezeiten erhalten. Diesen müssen Sie bei der Pflegeversicherung des Pflegebedürftigen beantragen. Falls Sie durch die gesenkte Stundenzahl in die Pflichtversicherung rutschen würden, können Sie sich für die Dauer der Pflegezeiten von der Versicherungspflicht befreien lassen. Das muss binnen drei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht passieren.

Arbeitslosigkeit und Unfälle

Wenn Sie nicht über den Arbeitgeber automatisch in die Arbeitslosenversicherung einzahlen, gelten Sie als pflichtversichert, wenn Sie mindestens zehn Stunden pro Woche an mindestens zwei Tagen einen Angehörigen pflegen. Voraussetzung ist, dass Sie unmittelbar vor der Pflegetätigkeit pflichtversichert waren oder Leistungen nach SGB III (etwa Arbeitslosengeld I) erhalten haben. Unmittelbar bedeutet, dass nicht mehr als ein Monat zwischen ehemaliger Versicherungspflicht und Beginn der Pflegetätigkeit vergangen sein darf. Ob und wie viel zusätzlich gearbeitet wird, ist hierfür egal. Sind die Bedingungen erfüllt, zahlt die Pflegekasse des Angehörigen die Beiträge auf Antrag.

Während Ihrer Pflegetätigkeit sind Sie automatisch gesetzlich unfallversichert.

Unabhängig von einer Erwerbstätigkeit sind Sie während der Pflegearbeit automatisch gesetzlich unfallversichert, wenn Sie sich als „ehrenamtliche Pflegekraft“ bei der Pflegeversicherung Ihres Angehörigen eintragen lassen. Dann meldet die Versicherung Sie bei der zuständigen Unfallkasse an und zahlt Beiträge für Sie. Sollte Ihnen während der Pflegetätigkeit oder auf dem Weg dorthin ein Unfall passieren, zahlt die Unfallkasse eine Entschädigung.

Rentenversicherung

Wenn Sie nur wenig oder gar nichts verdienen, zahlen Sie in der Regel nichts in die gesetzliche Rentenkasse ein. Die Pflegekasse Ihres Angehörigen gibt Ihnen aber Extra-Rentenpunkte, wenn Sie folgende Voraussetzungen erfüllen:

- ▶ Sie pflegen einen oder mehrere nahe Angehörige im Durchschnitt mindestens zehn Stunden pro Woche an mindestens zwei Tagen.
- ▶ Sie pflegen Ihre(n) Angehörigen voraussichtlich mindestens 60 Tage pro Jahr.
- ▶ Die Pflege findet im Zuhause des oder der Pflegebedürftigen statt.
- ▶ Die zu pflegende(n) Person(en) hat / haben mindestens den Pflegegrad 2.
- ▶ Sie sind maximal 30 Wochenstunden erwerbstätig.
- ▶ Sie sind weder vollverrentet noch haben Sie die Regelaltersgrenze erreicht.
- ▶ Sie wohnen dauerhaft in Deutschland, in der EU oder in der Schweiz.

Dann gelten Sie als pflichtversichert. Das bleibt auch so, wenn Sie für bis zu sechs Wochen pro Jahr in den Urlaub fahren und Ihre Pflegetätigkeit solange unterbrechen. Oder wenn Ihr Angehöriger für bis zu vier Wochen ins Krankenhaus muss.

Solange Sie Ihre(n) Angehörige(n) pflegen, erhalten Sie Extrapunkte für Ihre Rente, deren Höhe abhängig vom Pflegegrad und der Art der Pflegeunterstützung ist. Im Jahr 2021 gibt es zwischen 5,95 und 34,19 Euro monatlicher Zusatzrente für ein Jahr Pflege. Die Rentenansprüche erwerben Sie zusätzlich zu Ihrer eventuellen Berufstätigkeit. Für Ihre spätere Rentenhöhe bedeutet das beispielsweise: Wenn Sie eine Person mit Pflegegrad 3, die eine Kombination aus Geld- und Sachleistungen bekommt, in Westdeutschland für ein Jahr pflegen, bekommen Sie später 12,50 Euro zusätzliche Rente (Stand: 2021).



Beratung und Unterstützung

Damit die Pflege niemanden belastet, sollte sie auf mehrere Schultern verteilt werden. Auch auf dem Land oder für Alleinstehende gibt es immer mehr Möglichkeiten, Unterstützung zu finden. Allerdings müssen alle Beteiligten auch Hilfe annehmen können.



Um den Pflegealltag so gut wie möglich zu koordinieren, sollten alle an einem Strang ziehen. Dafür berufen Sie am besten einen Familienrat ein, in dem Sie alles besprechen können. Gegebenenfalls können Sie ihn um Freunde und Nachbarn erweitern. Entscheiden beispielsweise Geschwister mit den pflegebedürftigen Eltern gemeinsam, wie sie den Alltag gestalten wollen, und gibt es Nachbarn, die ab und zu kleine Besorgungen übernehmen, können viele Wünsche und Gedanken berücksichtigt werden. Das hilft, einer Überforderungssituation vorzubeugen.

Doch nicht immer läuft es bei der Pflege optimal. Ein Problem kann zum Beispiel sein, dass eine Person mit dem Großteil der Aufgaben betraut wurde. Das muss nicht böse gemeint sein, sondern kann auch passieren, wenn nur ein erwachsenes Kind in der Nähe der pflegebedürftigen Eltern wohnt oder wenn sich eine(r) in der Familie schon immer um die anfallenden Kleinigkeiten gekümmert hat. In solchen Situationen kommt es schnell zu Sätzen wie: „Du kannst das viel besser als ich“, oder: „Ich würde ja helfen, aber ich wohne nun mal so weit weg“. Oft übernimmt dann eine Person

fast alle Aufgaben allein und sieht dafür keine Alternative. Doch wenn die Hauptpflegeperson langfristig überfordert ist, tut sie damit weder sich selbst noch dem Pflegebedürftigen einen Gefallen.

Um dem vorzubeugen, ist eine Pflegeberatung sinnvoll. Pflegebedürftige und Angehörige können sich dabei gemeinsam informieren, welche Angebote zur Unterstützung es grundsätzlich gibt und welche im konkreten Fall infrage kommen. Zu den Leistungen, die sich in den vergangenen Jahren stark weiterentwickelt haben, gehören beispielsweise Gruppenangebote in

Wohlfahrtsverbänden, wo Pflegebedürftige einen oder mehrere Vor- oder Nachmittle pro Woche verbringen können. Alternativ kommen Ehrenamtliche zu Pflegebedürftigen nach Hause und gehen mit ihnen spazieren, basteln, backen, singen oder spielen gemeinsam. Auch gewerbliche Dienste können den Alltag erleichtern, etwa ein Menü-Bringdienst. Passende Unterstützungsleistungen sorgen im Idealfall dafür, dass der Pflegebedürftige mehr Abwechslung, Spaß und Kontakt zu anderen Menschen hat und die sorgenden und pflegenden Angehörigen gleichzeitig entlastet werden.

Der Familienrat: Alle helfen mit

Ein Familienrat hilft dabei, dass jeder sich ein Bild machen und sich im Pflegealltag nach seinen Möglichkeiten einbringen kann.



Wie können wir die Pflege bestmöglich organisieren? Und wie können wir taktvoll darüber reden? Um Stress von vornherein zu minimieren, ist ein Familienrat sinnvoll. Dabei ist nicht nur entscheidend, welche Unterstützung der oder die Pflegebedürftige braucht. Auch über die eigenen Erwartungen sollten alle Beteiligten vorher nachdenken und diese ehrlich äußern:

- ▶ Fühlt sich die pflegebedürftige Person einsam?

- ▶ Was wünscht sie sich?
- ▶ Ist das realisierbar?
- ▶ Was können und wollen Angehörige, Freunde und Nachbarn leisten?
- ▶ Wo sind persönliche Grenzen?

Wenn sich Angehörige dafür entscheiden, die Pflege zu übernehmen, muss ihnen klar sein, dass sich ihr Leben dadurch stark verändern wird. Wenn man selbst noch kleine Kinder hat, erfordert die Pflege der Eltern

oder Schwiegereltern ein besonders hohes Maß an Kraft und Organisationstalent. Insbesondere die Pflege eines Demenzkranken ist eine körperlich und seelisch belastende Aufgabe, die sich alleine kaum bewältigen lässt. Um die Pflege über einen längeren Zeitraum leisten zu können, sollte sich jeder Beteiligte folgende Fragen beantworten:

- ▶ Warum will ich pflegen? Aus Dankbarkeit, Pflichtgefühl, Erwartungshaltung?
- ▶ Wie ist meine Beziehung zum Pflegebedürftigen? Gab es häufiger Konfliktsituationen zwischen uns?
- ▶ Wie fühlt sich die Vorstellung an, diese Person für mehrere Jahre zu pflegen?
- ▶ Was möchte ich übernehmen? Organisation, Haushalt, Intimpflege?
- ▶ Wen würde ich vernachlässigen, wenn ich mir Zeit für die Pflege nehme? Ist das für beide Seiten akzeptabel?
- ▶ Welche Konsequenzen ergeben sich beruflich, wenn ich mein Leben an die Pflegesituation anpasse? Ist das für mich und meinen Partner in Ordnung?
- ▶ Kann ich mir zwischendurch kleine Auszeiten nehmen, um Kraft zu tanken?

Über die eigenen Erkenntnisse sollten dann alle Beteiligten offen im Familienrat reden. Wichtig ist hierbei, dass niemand die Gedanken der anderen abwertet. Eine gerechte Aufteilung sollte das Ziel sein, aber auf dem Weg sollte niemand übergangen oder zu etwas überredet werden. Im Laufe der Zeit rächt sich das sonst.

Die Aufgaben gerecht verteilen

Meist ist es nicht einfach, solche Dinge konfliktfrei zu klären. Häufig schätzen die Kinder die Situation anders ein als die Eltern oder als ein Elternteil. Manchmal sind sich die erwachsenen Kinder untereinander nicht einig, wie viel Hilfe notwendig und sinnvoll ist. Mitunter wohnt nur ein Kind in der Nähe der pflegebedürftigen Eltern und fühlt sich von den Geschwistern im Stich gelassen, die nicht vor Ort helfen können oder wollen. Gerade in diesen Fällen kann ein Familienrat, zu dem alle persönlich erscheinen, hilfreich sein, um die Konfliktpunkte zu besprechen. Wenn das an der großen Tafel schwer fällt, ist oft ein Spaziergang zum Reden besser geeignet. Wichtig ist, dass auch entfernt wohnende Angehörige dabei sind und sich im späteren Pflegealltag auf irgendeine Weise einbringen. Alte Konflikte sollten nach Möglichkeit außen vor bleiben. Oft hilft der Gedanke, dass die anderen auch das Beste für die Eltern wollen.

Erwachsene Kinder, die selbst Nachwuchs haben, geraten allerdings schnell in eine Zwickmühle. Sie wollen weder ihre pflegebedürftigen Eltern noch ihre Kinder vernachlässigen. Vor allem Frauen geben dann häufig ihre Berufstätigkeit auf, um allen gerecht zu werden. Das ist finanziell jedoch meist riskant. Besser ist es oft, die Arbeitszeit mithilfe der Pflegezeit-Regelungen lediglich zu reduzieren und einen Teil der Arbeit auf andere Schultern zu verteilen. Eine Variante kann so aussehen:

→ Margreth Singer, 88

Frau Singer ist seit mehreren Jahren demenzkrank. Im Alltag wirkt sich die Demenz mal mehr und mal weniger stark aus. Mittlerweile ist sie aber so weit fortgeschritten, dass ihr Mann Günter (89) sich nicht mehr alleine um seine Frau kümmern kann – zumal er selbst immer schlechter sieht und vor einigen Jahren einen Herzinfarkt hatte.

Die beiden wollen so lange wie möglich in ihrer Wohnung bleiben, in der Margreth zwar gelegentlich etwas verlegt, aber insgesamt noch relativ gut weiß, was wo ist und wo hingeht. Die vier erwachsenen Kinder, zwei Töchter und zwei Söhne, alle mit eigener Familie, besprechen mit ihren Eltern Folgendes.

Da nur die ältere Tochter, Miriam, in der gleichen Stadt wohnt, tritt sie im Job kürzer und unterstützt ihre Eltern. Zweimal pro Woche macht sie für ihre eigene Familie und die Eltern einen Großeinkauf und bringt alles Nötige bei den Singers vorbei. Dann bleibt sie noch zwei Stunden, hilft den Eltern bei organisatorischen Dingen und unterhält sich mit ihnen. Ihre Geschwister zahlen ihr einen Lohnersatz und einen Bonusbetrag, den Miriam für ihre Rente zurücklegt.

An zwei Vormittagen unter der Woche kommt eine Haushaltshilfe zu den Singers. Sie geht bei der Wäsche zur Hand und übernimmt einen Großteil der Putzarbeit. Außerdem wird einmal am Tag das Mittagessen von „Essen auf Rädern“ geliefert. Die drei Geschwister, die nicht vor Ort wohnen, finanzieren einen Teil davon, sodass die Eltern keine allzu große Zusatzbelastung haben. Wenn die Demenz weiter fortschreitet, soll zusätzlich ein Pflegedienst kommen.

Die Finanzen übergibt Günter peu à peu an seinen jüngeren Sohn. Um medizinische Fragen soll sich der ältere Sohn kümmern, der Arzt ist. Entsprechende Vollmachten sind erteilt. Die jüngste Tochter ist dafür verantwortlich, je einmal im Herbst und im Frühling ein gemeinsames Wochenende samt Familienwanderung, Anfahrt und Verpflegung zu organisieren. Sie finanziert das Ganze auch, da sie diejenige unter den Geschwistern ist, die am meisten verdient. So kann die Familie zweimal im Jahr einen unbeschwerteten Kurzurlaub zusammen verbringen. Dadurch, dass die Arbeit unter den Geschwistern verteilt ist und manche Aufgaben an externe Dienstleister ausgelagert sind, fühlt sich niemand benachteiligt.



Nicht nur Pflegebedürftige, auch pflegende Angehörige haben oft Schwierigkeiten, Hilfe anzunehmen. Der Wunsch, allen gerecht zu werden, bringt vor allem Frauen häufig an die Grenzen der Belastbarkeit und darüber hinaus. Lassen Sie das nicht zu. Überlegen Sie, welche Unterstützung es gibt, und nehmen Sie die Angebote an. Es tut weder Ihnen noch dem Pflegebedürftigen gut, wenn Sie sich komplett verausgaben.

Wenn Sie die Person in der Familie sind, die das meiste organisiert, dann machen Sie im Familienrat deutlich, dass Sie den Pflegealltag nicht alleine übernehmen können und wollen. Nur wenn Sie sich nicht überfordern, können Sie sich langfristig um die Pflege und die vielen Kleinigkeiten des Alltags kümmern. Neben Hilfe von Freunden und Verwandten gibt es zahlreiche Möglichkeiten, kleine Arbeiten an kostenpflichtige oder ehrenamtliche Dienste auszulagern. Welche davon in der Nähe angeboten werden und wie viel die Pflegekasse zuzahlt, kann Ihnen ein Pflegeberater sagen. Welche Entlastung Pflegeprofis zusätzlich bringen können, erfahren Sie im folgenden Kapitel „Zu Hause gut gepflegt“ ab S. 95.

Was tun, wenn die Eltern Hilfe ablehnen?

Braucht ein Elternteil Pflege, kommt es nicht selten vor, dass die Koordinierung stark erschwert wird, weil die Eltern Hilfe ablehnen. In solchen Fällen ist es meist in Ordnung, wenn die Tochter ab und an mal den Einkauf übernimmt, aber von einer re-

gelmäßigen Unterstützung oder gar einer Einstufung in einen Pflegegrad wollen sie nichts wissen. Manchmal ist nur ein Elternteil hilfebedürftig und der gesündere Partner verweigert regelmäßige Unterstützung. Dann ist es meist am besten, wenn sich die Angehörigen zunächst alleine treffen und das weitere Vorgehen besprechen.

Wichtig ist vor allem, darüber nachzudenken, woher der Widerstand kommt. Insbesondere Frauen, die in den 1930er- oder 1940er-Jahren geboren sind, haben sich häufig ihr Leben lang um andere gekümmert. Wenn ihr Partner pflegebedürftig wird, wollen sie die Unterstützung oft alleine übernehmen. Die Vorstellung, das nicht mehr tun zu dürfen und somit an Sinn und Bestätigung zu verlieren, ist für diese Frauen schmerhaft. Da solche Prozesse häufig unterbewusst ablaufen, entsteht ein großer Widerstand – scheinbar ohne Grund.

Auch Männer können sich damit schwertun, Hilfe von außen anzunehmen. Wenn die Ehefrau den Alltag nicht mehr organisieren kann, sind viele Männer der gleichen Generation ebenfalls überfordert. Sie kön-

nen und wollen nicht verstehen, dass ihre Frau auf einmal selbst Hilfe braucht. Erschwerend hinzu kommt, dass beide Geschlechter als Kinder oftmals mit Liebesentzug oder Gewalt bestraft wurden, wenn sie nicht gehorchten. Unterbewusst führt das häufig dazu, dass sie nie wieder der schwächeren Part sein wollen. Ein diffuser Widerstand gegen offensichtlich notwendige Hilfe kann die Folge sein.

In allen Fällen ist es wichtig, einfühlsam mit dem Widerstand der Eltern umzugehen. Neutrale Argumente bewirken meist wenig oder nichts. Besser ist es, kleine Änderungen auszutesten. So kann man beispielsweise die Haushaltshilfe anpreisen, indem man betont, dass die Eltern sie redlich verdient haben. Außerdem hätten sie dann mehr Zeit für Hobbys, Ausflüge oder Enkelbetreuung. Das kann vor allem Gehör finden, wenn die Eltern sonst das Gefühl haben, nicht mehr gebraucht zu werden. Eine weitere Option besteht darin, ein Hilfsangebot erst einmal zu testen, etwa wenn man selbst im Urlaub ist. Falls es den Eltern gefällt, können sie es behalten. Solche Testleistungen führen oft dazu, dass die Hilfe doch als sehr angenehm empfunden und beibehalten wird.

Sollte ein Mensch jegliche Unterstützung ablehnen, können Mitarbeiter in Pflegeberatungsstellen eventuell noch entscheidende Tipps geben. Manchmal kann auch der Hausarzt oder ein Mediator die richtige Anlaufstelle sein. Der gleiche Ratschlag wird manchmal akzeptiert, wenn nicht das Kind,

sondern ein Profi ihn äußert. Auch psychologische Onlineberater für pflegende Angehörige kennen wertvolle Hinweise. Ein unabhängiges und kostenfreies Portal mit passwortgeschützter Beratung finden Sie unter www.pflegen-und-leben.de.

Hilft all das nicht, können die Angehörigen nur abwarten. Niemand kann gezwungen werden, Pflege- und Hilfsleistungen in Anspruch zu nehmen.

Gut zu wissen

Mediatoren helfen, Konflikte in der Familie zu lösen. Ein Mediator lässt sich in ein bis fünf Sitzungen die Situation von den einzelnen Familienmitgliedern erklären und versucht dann, die Probleme neutral zusammenzufassen und Lösungsvorschläge zu machen. Einige arbeiten ehrenamtlich für Beratungsstellen, die meisten professionellen Mediatoren nehmen zwischen 150 und 300 Euro pro Stunde. Einen Mediator in Ihrer Nähe kann Ihnen Ihr Pflegestützpunkt empfehlen – oder Sie suchen auf der Webseite der Bundes-Arbeitsgemeinschaft für Familien-Mediation unter www.bafm-mediation.de im Bereich „Mediator/innensuche“.

Beratung vor Ort nutzen

Sie haben einen Anspruch auf eine kostenlose Pflegeberatung. Nutzen Sie diese Option. Ein Pflegeberater kann Ihnen bei der Planung der Pflege und mit Anträgen helfen.

→ **Welche Pflegeberatung für Sie die richtige ist, hängt von Ihrem Wohnort und der Situation ab.** Häufig gibt es in der Stadt mehr Pflegeberater als auf dem Land. Und wer jemanden nach einem Schlaganfall pflegt, braucht eine andere Beratung als ein Angehöriger eines Demenzkranken. Für alle Lebenslagen sollte es aber jemanden geben, der Ihnen vor Ort, telefonisch, im Internet oder zu Hause die passenden Informationen für Ihre Situation liefern kann. Dazu gehören Antworten auf die Fragen:

- ▶ Welche Hilfsmittel gibt es, damit der Pflegebedürftige möglichst selbstständig leben kann?
- ▶ Woher bekommen wir diese?
- ▶ Wie können wir dafür Gelder von der Pflege- oder Krankenkasse beantragen?
- ▶ Muss der Hausarzt oder die Klinik dafür Atteste ausstellen?
- ▶ Welche Leistungen gibt es in unserer Situation von der Pflegekasse?
- ▶ Welche Pflegedienste und stationären Einrichtungen gibt es in der Nähe?
- ▶ Woher können wir Unterstützung im Alltag bekommen?
- ▶ Was müssen wir noch wissen, um die weitere Pflege organisieren zu können?

Gespräch beim Pflegeberater

Die Beratung muss neutral und kostenlos sein. Einen bestimmten Pflegedienst oder ein einzelnes Heim darf der Berater nicht empfehlen. Er kann aber eine Liste der möglichen Dienstleister in der Umgebung aushändigen. Auch allgemeine Tipps für eine gute Wahl darf der Berater Ihnen geben.

Auf Wunsch erstellen die Berater mit Ihnen zusammen einen individuellen Pflegeplan, in dem beispielsweise festgelegt wird, wer wann wo welche Hilfe leistet. Außerdem helfen sie beim Ausfüllen von Formularen und verweisen bei Bedarf an Spezialisten.

Die Stützpunkte werden größtenteils von den Pflegekassen finanziert. Sie müssen sich aber keinen Stützpunkt Ihrer Pflegekasse suchen, sondern dürfen sich überall beraten lassen. Es muss auch nicht unbedingt der nächstgelegene Pflegestützpunkt sein. Sinnvoll ist es, sich in der Nähe des Wohnorts der pflegebedürftigen Person beraten zu lassen, da die Mitarbeiter die Situation vor Ort gut kennen. Wenn Sie den Eindruck haben, dass Ihr Berater nicht genug auf Ihre Situation eingeht, können Sie sich jederzeit an einen anderen Berater oder einen anderen Pflegestützpunkt wenden.

Checkliste

Eine passende Beratung finden

Entscheidend ist, dass Sie sich je nach Situation an die richtigen Ansprechpartner wenden. Die Beratung sollte kostenlos und individuell sein.

ren können. Machen Sie sich während des Gesprächs Notizen und bitten Sie um schriftliche Informationen, insofern diese vorliegen.

- Im Krankenhaus.** Wird nach einem Unfall oder einer Krankheit in der Klinik klar, dass Ihr Angehöriger pflegebedürftig wird, wenden Sie sich am besten an den Sozialdienst der Klinik. Er kann Ihnen sagen, ob Anspruch auf eine Reha-Maßnahme besteht, welche Unterstützungsleistungen und Hilfsmittel Ihr Angehöriger vermutlich brauchen wird und wie Sie diese beantragen.
 - Bei Pflegestützpunkten.** Hat sich der Zustand eher schleichend verschlechtert, sind die Pflegestützpunkte der Länder die besten Ansprechpartner. Vereinbaren Sie telefonisch einen Beratungstermin und notieren Sie sich bis dahin alle wichtigen Fragen. Bringen Sie zum Gespräch alle bereits vorhandenen Pflegeunterlagen mit. Die Mitarbeiter der Beratungsstellen wissen, welche Hilfen es wo gibt und wie Sie diese beantragen und finanzie-
 - Im Verband.** Auch Wohlfahrtsverbände wie AWO, Deutsches Rotes Kreuz, Malteser, Caritas und Diakonie beraten persönlich vor Ort. Meist bieten die Verbände auch einen Pflegedienst oder andere Unterstützungsmöglichkeiten an. Über Ansprüche, Hilfsmittel und die Leistungen der Pflegekassen können die Verbände neutral informieren. Wenn es um konkrete Hilfe geht, schlagen sie allerdings unter Umständen einen eigenen Dienst vor.
 - Im Haus oder in der Wohnung.** Ist eine komplexe Pflegesituation zu klären, können Sie um eine Beratung beim Pflegebedürftigen zu Hause bitten. Dort kann der Berater die Situation am besten einschätzen und sehen, welche Hilfsmittel oder Umbaumaßnahmen nötig sind. Sie können dann gemeinsam die nötigen Anträge vorbereiten und das weitere Vorgehen koordinieren.

→ **Einen Pflegestützpunkt finden**

Die nächstgelegene Beratung können Sie in der Datenbank des Zentrums für Qualität in der Pflege unter <https://www.zqp.de/beratung-pflege/> suchen. Sie können nach zusätzlichen Stichpunkten filtern, etwa zum Thema Demenz. Die Suche zeigt Pflegestützpunkte, Beratungen in Wohlfahrtsverbänden und - nur in Sachsen und Sachsen-Anhalt - die vernetzte Pflegeberatung. Freie Pflegeberater finden Sie bei deren Bundesverband auf www.bvpp.org/anbieter.

Falls es keine adäquate Beratung in Ihrer Nähe geben sollte, haben Sie dennoch einen Anspruch darauf. Machen Sie das der Kasse des Pflegebedürftigen deutlich. Denn auch wenn die Beratungssituation schlecht ist, muss die Pflegekasse dafür sorgen, dass Sie innerhalb von zwei Wochen beraten werden, wenn Sie das wollen. Falls Sie dafür in eine weiter entfernte Stadt fahren müssten und nicht die Zeit dafür haben, ist häufig eine telefonische Beratung möglich.

Alternativ können Sie auch um eine Beratung bei der pflegebedürftigen Person zu Hause bitten. Scheuen Sie sich nicht, nach dieser Möglichkeit zu fragen, denn das kann sehr sinnvoll sein. Wenn Ihr Angehöriger bald im Rollstuhl sitzen wird oder aus anderen Gründen voraussichtlich Umbaumaßnahmen anstehen, sollten Sie in jedem Fall nach einem Hausbesuch fragen.

In immer mehr Regionen bilden sich außerdem Pflegebegleiter-Initiativen. Das in Hessen gestartete Projekt schult Ehrenamtliche in der Beratung von Pflegenden. Reicht deren Wissen nicht aus, können die Ehrenamtlichen an professionelle Ansprechpartner verweisen. Weitere Informationen dazu finden Sie unter www.pflegebegleiter.de.

► Für einen allgemeinen Überblick können Sie sich im Internet auf den Seiten der einzelnen Pflegekassen informieren. Die Privatversicherungen haben außerdem auf der Seite www.compass-pflegeberatung.de wichtige Informationen zur Pflege zusammengestellt. Privatversicherte haben bei compass auch die Möglichkeit, sich kostenfrei telefonisch beraten zu lassen: unter der Nummer 0800 101 88 00.

Wohnberatung nutzen

Wenn Sie sich zum ersten Mal mit dem Thema Pflegebedürftigkeit beschäftigen, kann es sinnvoll sein, auch eine Wohnberatung in Anspruch zu nehmen. Speziell geschulte Berater kommen dann zur pflegebedürftigen Person nach Hause und machen Vorschläge, wie Sie die einzelnen Räume sicherer und lebenswerter gestalten können. Dabei geht es nicht immer um den großen Badumbau. Auch kleine Änderungen können eine große Wirkung haben.

Je älter jemand wird, desto wichtiger wird es, sich bei allen Einrichtungsgegenständen zu fragen: Dient es mir oder steht es dort

nur aus lieber Gewohnheit? Ein Wohnberater kann Ihnen dabei helfen, eine objektivere Sicht auf die eigenen vier Wände oder die der Eltern zu bekommen. Einen Berater vor Ort kann Ihnen die zuständige Stelle Ihres Bundeslandes nennen. Deren Ansprechpartner finden Sie auf der Internetseite www.wohnungsanpassung-bag.de im Bereich „Wohnberatung“.

Kleine Veränderungen

Wenn Sie zunächst allein einen bewussten Streifzug durch Wohnung oder Haus Ihres pflegebedürftigen Angehörigen machen wollen, achten Sie in den einzelnen Räumen auf die folgenden Kleinigkeiten.

Im Flur

- ▶ **Ist das Licht eher eine Funzel?** Im Alter brauchen Augen länger, um sich von draußen kommend umzustellen. Tauschen Sie bei Bedarf alte Glühlampen gegen neue LEDs aus. Diese brauchen auch nur 1/10 des Stroms.
- ▶ **Liegt ein Läufer im Flur?** Eventuell mit umgeklappten Ecken? Alte Fußabstreter werden schnell zur Stolperfalle. Überlegen Sie, ob er wirklich nötig ist. Wenn ja, kleben Sie die Ecken mit starkem, doppelseitigem Klebeband fest.
- ▶ **Stehen Möbel / Schuhe im Weg?** Sortieren Sie radikal aus, sodass im Flur genug Platz ist. Sinnvoll ist ein stabiler Hocker oder eine Bank, um die Schuhe zu wechseln und die Tasche zu packen.

Im Wohnzimmer

► Gibt es Sitzplätze für 12 Personen?

Falls mal die ganze Familie kommt? Überlegen Sie, ob Sie an Weihnachten auch auf einem Stuhl sitzen und überzählige Sessel weitergeben können. Dann stehen sie alltags nicht im Weg.

- ▶ **Kommt Ihr Angehöriger noch aus dem Sessel?** Um das Aufstehen zu erleichtern, können Sie den Lieblingssessel mit Holzklötzen aufbocken und gegebenenfalls neu aufpolstern lassen. Das geht auch beim Sofa. Entsprechende Beratung und die nötigen Materialien finden Sie beim Raumausstatter, Polsterer, Schreiner, in speziellen Seniorenhops oder im Sanitätshaus.

► Steht der Couchtisch sehr niedrig?

Bocken Sie den Tisch auf oder besorgen Sie ein Tabletts-Kissen, das man sich bei Bedarf auf den Schoß legen kann.

- ▶ **Was ist mit Licht und Teppichen?** Überprüfen Sie auch im Wohnzimmer die Lichtverhältnisse und die Sturzgefahr durch Teppiche. Eine Kombi aus gemütlicher Deckenbeleuchtung und heller Leselampe kann sinnvoll sein. Letztere gibt es auch mit Fußauslöser.

In der Küche

- ▶ **Sind die Dinge immer zu weit weg?** Viele Küchen wurden einmal eingerichtet und seitdem nicht mehr verändert. Sortieren Sie gemeinsam so um, dass Ihre Angehörigen an die Dinge gut dran

kommt, die sie alltäglich brauchen. Sie werden sich bald umgewöhnt haben.

- ▶ **Muss man in der Küche stehen?** Im Stehen zu kochen und zu schnippeln., fällt mit zunehmendem Alter schwerer. Besorgen Sie eine Sitzgelegenheit mit guter Beleuchtung zum Arbeiten.
- ▶ **Ist der Herd wirklich aus?** Um die Gefahr für Brände zu senken, können Sie einen Sicherheitsmechanismus in den Herd einbauen lassen. Dann geht dieser nach einer festen Zeit oder bei Erreichen einer bestimmten Temperatur automatisch aus. Ein Wohnberater kann ein Fachgeschäft in Ihrer Nähe nennen.

Im Badezimmer

- ▶ **Ist die Toilette sehr niedrig?** Dann haben ältere Menschen oft Probleme, wieder hoch zu kommen. Eine günstige Lösung sind Toilettensitze. Allerdings müssen diese sehr regelmäßig gereinigt werden. Eine Alternative besteht darin, eine moderne Toilettenschale zu montieren, die sich an das alte Rohr anschließen lässt, aber in sich höher ist.
- ▶ **Hält sich Ihr Angehöriger an der Duschstange fest?** Diese ist kein Haltegriff! Sollte Ihr Angehöriger plötzlich ausrutschen, kann die Stange von der Wand reißen. Empfehlenswert sind stabile Handgriffe. Bringen Sie solche in der Dusche und neben der Toilette an. Und an weiteren Orten in der Wohnung, wo sie gebraucht werden.

Im Schlafzimmer

- ▶ **Ist das Bett so gemütlich, dass man daraus kaum aufstehen kann?** Für das Bett gilt meist das Gleiche wie für das Sofa. Es lässt sich aufbocken. Ein verstellbarer Lattenrost und eine höhere Matratze können außerdem die Schlafqualität deutlich erhöhen.
- ▶ **Geht Ihr Angehöriger nachts im Dunkeln auf die Toilette, um niemanden zu wecken?** Bannen Sie die Sturzgefahr: Moderne Lichtbänder schalten sich automatisch an, wenn jemand aufsteht, und beleuchten nur den Weg. Der Partner wird nicht geweckt.

Auf dem Weg nach draußen

- ▶ **Hat die Hauswand eine Schleifspur?** Manchen Häusern sieht man an, wo ein Handlauf sein müsste... Zwar ist ein Handlauf außen am Haus noch kein üblicher Anblick, aber es werden mehr. Seien Sie Vorreiter und reduzieren Sie die Unfallgefahr.

Neben diesen Beispielen gibt es noch viele weitere Möglichkeiten, die Wohnung mit kleinen Änderungen sicherer und komfortabler zu gestalten. Nach kurzer Eingewöhnung empfinden meist alle Betroffenen die Neuerungen als viel besser. Bei allen Sicherheitsaspekten sollten aber stets die Wünsche derjenigen berücksichtigt werden, die dort wohnen. Schließlich soll man sich in seinem Zuhause weiterhin wohl fühlen.

Fördermittel für Umbauten

Manchmal reichen kleine Maßnahmen nicht aus, sondern es ist ein größerer Umbau nötig, etwa weil die Eltern nicht mehr in die Badewanne hineinkommen oder einer zukünftig einen Rollator braucht. Ein Wohnberater kann individuelle Ratschläge geben und gleichzeitig erklären, ob und für welche Umbauten Sie finanzielle Unterstützung bekommen. Das wissen auch die Mitarbeiter im Pflegestützpunkt.

Zuschüsse gibt es beispielsweise von der Pflege- oder Krankenkasse, von der Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW) und aus örtlichen Finanztöpfen. Um zu entscheiden, ob und welche Förderung infrage kommt, sollten Sie zuerst die genauen Umbauten planen. Anschließend können Sie einen Pflegeberater fragen, ob und welche regionalen Förderprogramme es für Ihr Bauvorhaben gibt und ob ein Zuschuss von der Pflege- oder Krankenkasse möglich wäre.

Von der KfW können Sie entweder einen Zuschuss oder einen Kredit erhalten:

► **Investitionszuschuss 455-b.** Es gibt bis zu 6 250 Euro für Maßnahmen zur Barrierereduzierung, wie den Umbau des Badezimmers, Schwellenabbau oder die Schaffung von Bewegungsfläche im oder vor dem Haus. Sowohl Mieter als auch Besitzer können den Zuschuss erhalten. Details erfahren Sie auf der Webseite der KfW unter www.kfw.de, Suchbegriff: „455“. Dort finden Sie auch alle nötigen Antragsformulare.

► **Kredit 159.** Alternativ können Sie einen Kredit bis maximal 50 000 Euro pro Wohneinheit von der KfW erhalten. Gerade Senioren bekommen häufig keinen oder nur einen überteuerten Kredit bei ihrer Hausbank. Die KfW vergibt Kredite zu sehr günstigen Konditionen und unabhängig vom Alter. Weitere Informationen finden Sie unter www.kfw.de, Suchbegriff: „159“. Bei Bedarf können Sie den Kredit mit einem Kredit für besseren Einbruchsschutz kombinieren.

Alle Zuschüsse und Kredite müssen Sie beantragen, bevor die Handwerker starten. Für die bessere Planung ist ein Kostenanschlag sinnvoll. Den KfW-Kredit beantragen Sie über einen Finanzierungspartner der KfW. Das kann eine Bank, Sparkasse oder Versicherung sein. Von dort bekommen Sie den Kredit ausbezahlt. Die Tilgung ist auf verschiedene Weisen möglich.

Die Zuschüsse beantragen Sie über Hausformulare der KfW-Bank, des zuständigen Amtes oder der Kranken- oder Pflegekasse. Erst wenn Ihr Antrag geprüft und bewilligt wurde, kann der Umbau beginnen. Sie erhalten die Zuschüsse in der Regel, nachdem Sie nachgewiesen haben, dass die Umbauten abschlossen sind und bezahlt wurden. Hierfür sind eine Rechnung und eine Überweisung wichtig. Beträge, die in bar bezahlt wurden, gelten meist nicht. Den KfW-Zuschuss müssen Sie spätestens sechs Monate nach der Antragstellung anfordern.

Pflege praktisch lernen

Die Pflegekassen finanzieren Kurse, in denen Angehörige auch praktische Hilfe lernen. So geht Pflege leichter von der Hand.

→ **Um den Pflegealltag** zu erleichtern, bieten Pflegekassen nicht nur theoretische Beratungen, sondern auch praktische Pflegekurse an. Dort lernen Angehörige, wie sie gut pflegen, ohne sich selbst zu schaden, üben konkrete Handgriffe und erproben theoretisch und praktisch, sich in die Lage eines Pflegebedürftigen hineinzuversetzen. Wichtig ist auch abzuschätzen, wann wie viel Hilfe sinnvoll ist, um Fähigkeiten der Pflegebedürftigen möglichst lange zu erhalten, also „aktivierend“ zu pflegen. Die Schulungen sind für jeden offen. Ein Pflegegrad eines Angehörigen ist keine Voraussetzung.

Die Kurse sind verschieden aufgebaut, da die Pflegekassen sie meist an Wohlfahrtsverbände oder andere Anbieter auslagern. Grob kann man zwischen zwei Pflegekurskonzepten unterscheiden:

► **Umfassende Kurse.** Die Schulungen dauern meist mehrere Wochen und bereiten auf verschiedene Entwicklungen und Lebensrealitäten vor. So üben Sie beispielsweise, einen schlaffen Körper zu heben, ohne Schaden zu nehmen oder zuzufügen, lernen, wie sich alterstypische Entwicklungen konkret im Alltag auswirken, und erfahren, wie Sie welche Hilfsmittel optimal benutzen.

► **Spezielle Kurse.** Sie dauern in der Regel nur wenige Stunden und beziehen sich auf eine konkrete Pflegesituation, etwa die Versorgung einer Person mit Demenz, einer chronischen Krankheit oder nach einem Herzinfarkt. Übungen und allgemeine Informationen wie im umfassenden Kurs gibt es weniger. Die Spezialkurse finden in Kleingruppen oder als Einzelschulung beim Pflegebedürftigen zu Hause statt.

In allen Kursvarianten erklärt und zeigt eine Pflegefachkraft, was Sie wissen und können sollten. Häufig kann auch ein Rollentausch ausprobiert werden. Wenn Sie sich einmal von der Pflegefachkraft vom Bett oder Tisch in den Rollstuhl befördern lassen, spüren Sie am eigenen Leib die Unterschiede zwischen verschiedenen Methoden.

Fragen Sie bei Interesse bei Ihrer eigenen und der Pflegekasse des Pflegebedürftigen nach angebotenen Kursen, wenn es unterschiedliche Versicherungen sind. Beide sollten einen Kurs finanzieren und so können Sie sich den aussuchen, der am besten zu Ihren Bedürfnisse passt. Wenn Sie nach einiger Zeit erneut einen Pflegekurs besuchen wollen, ist auch das möglich.

Mit Überforderung umgehen

Die Pflege eines Angehörigen ist anstrengend. Es ist wichtig, Signale von Überlastung zu erkennen und gegenzusteuern.

 **Wer sich zu sehr** für den anderen aufopfert, wird früher oder später selbst krank. Daher ist es wichtig, dass sorgende und pflegende Angehörige sich nicht selbst aus dem Blick verlieren. Oft geschieht das unbemerkt, da der Zustand der geistigen und körperlichen Erschöpfung irgendwann normal erscheint. So kann ein Teufelskreis entstehen, in dem die pflegende Person immer schwächer wird und versucht, das durch mehr Anstrengung auszugleichen, um nicht zu „versagen“. Oftmals ziehen sich Pflegende immer mehr zurück und fühlen sich gleichzeitig von ihrer Umwelt im Stich gelassen. Der angestaute Druck entlädt sich dann mitunter dadurch, dass die pflegende Person ungeduldig wird, schreit, Fehler macht oder ihr die Hand ausrutscht.

Um es nicht so weit kommen zu lassen, ist es wichtig, dass Sie als Angehörige auch auf sich selbst achten. Nehmen Sie zunächst typische Stressfaktoren wahr, die eine Überforderung begünstigen oder verstärken:

- ▶ keine Zeit für Entspannung und Hobbys
- ▶ zunehmende Überforderung, Job und Pflege unter einen Hut zu bekommen
- ▶ immer weniger Zeit für Freundinnen, mit denen Sie früher viel unternommen und über alles geredet haben

- ▶ häufige Konflikte zuhause mit Partner / Partnerin und/oder den Kindern
- ▶ ein permanentes Gefühl, „Bereitschaftsdienst“ zu haben
- ▶ Schlafmangel
- ▶ bürokratischer Stress, alle Leistungen zu erhalten und die Angelegenheiten des Pflegebedürftigen regeln zu können

Ist man permanent überfordert, reagieren Körper und Geist darauf. Folgende Signale sind keineswegs normal, sondern vermutlich ein Zeichen für eine zu hohe Belastung:

- ▶ häufige Kopf-, Rücken- oder Gelenkschmerzen
- ▶ dauerhaft erhöhter Blutdruck oder sehr starke Schwankungen des Blutdrucks
- ▶ Magen-Darm-Beschwerden
- ▶ Herz-Rhythmus-Störungen
- ▶ regelmäßige Infekte durch eine schwache Immunabwehr
- ▶ ungewöhnlich geringer oder extrem starker Appetit
- ▶ plötzlich auftretende panische Angst
- ▶ lange Grübelphasen ohne Ergebnis
- ▶ ein Gefühl der permanenten Überforderung und Hilflosigkeit
- ▶ völlige Antriebslosigkeit in kurzen Ruhephasen

- ▶ Schlafstörungen
- ▶ zunehmende Vernachlässigung des eigenen Körpers

Sich Auszeiten gönnen

Wenn Pflegende eine solche Überforderung zulassen, dann geschieht das häufig, weil sie ihren pflegebedürftigen Angehörigen nicht im Stich lassen wollen. Doch gerade eine andauernde Überlastung kann dazu führen, dass sorgende und pflegende Angehörige selbst krank werden und für eine längere Zeit ausfallen. Daher sollten Sie sich regelmäßig kleine Auszeiten gönnen, um langfristig gesund und weiter für die Familie da sein zu können. Diese Freiräume muss man sich aktiv schaffen. Sie können entstehen, wenn man Hilfe von außen zulässt.

Planen Sie die Pflege von Anfang an so, dass Sie an mindestens einem Tag pro Woche keine Pflege und keine sonstigen Besorgungen für Ihren Angehörigen erledigen. Unternehmen Sie an diesem Tag etwas Schönes. Alleine oder mit Ihrem Partner, mit Freunden oder mit den Kindern. Tanken Sie neue Kraft, damit Sie den Pflegealltag weiterhin schaffen.

Auch auf Ihren Urlaub sollten Sie nicht komplett verzichten. In den allermeisten Situationen ist es möglich, die Pflege ein- bis zweimal pro Jahr für zwei bis drei Wochen in fremde Hände zu legen oder gemeinsam mit dem Pflegebedürftigen zu verreisen. Nutzen Sie diese Auszeit! Es klappt mit einer detaillierten Organisation.

Gut zu wissen

Manche Anbieter haben sich auf Urlaubsreisen für Familien mit pflegebedürftigen Angehörigen spezialisiert. Sie helfen bei der Planung und bei der Pflege am Urlaubsziel. Die Situation vor Ort wird vorher geprüft und die An- und Abreise inklusive aller nötigen Hilfsmittel organisiert. Diese Form des Urlaubs bietet Vorteile für beide Seiten: Die sonst pflegenden Angehörigen müssen sich nicht um Pflege und Haushalt kümmern und können zwischendurch auf eigene Faust unterwegs sein. Und die Pflegebedürftigen können nochmal verreisen. Häufig sind am Urlaubsort besondere Aktionen möglich, etwa Strandspaziergänge mit speziellen Wattrollstühlen.

Wenn Sie alleine in den Urlaub fahren wollen, planen Sie die Reise frühzeitig und organisieren Sie Hilfe von anderen Familienmitgliedern, Nachbarn, Freunden und eventuell einem Pflegedienst. Ab Pflegegrad 2 können Sie eine Pflegevertretung von der Pflegekasse finanzieren lassen. Buchen Sie Ihren Urlaub fest und machen Sie das allen Beteiligten deutlich. Es soll niemand den Eindruck haben, dass Sie vielleicht doch da bleiben, falls es nicht perfekt läuft.

Wenn Sie sich nicht vorstellen können, ohne ihren pflegebedürftigen Angehörigen zu verreisen, ist eventuell ein gemeinsamer Urlaub eine Option. Es gibt verschiedene Anbieter, die sich auf die Vermittlung oder Organisation von Urlauben mit Pflegebedürftigen spezialisiert haben. Dazu gehören beispielsweise der gemeinnützige Reiseveranstalter urlaub-und-pflege.de, der Reisen für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen organisiert. Wahlweise sind Einzel- oder Gruppenreisen, eher mit viel Erholung oder Erlebnissen möglich. Die Unterkünfte sind auf verschiedene Bedürfnisse eingestellt und es gibt sowohl gemeinsame als auch getrennte Ausflüge. Ehrenamtliche Helfer und die Aktion Mensch unterstützen den Verein, sodass die Reisen nicht so teuer sind wie vergleichbare Angebote von rein privaten Anbietern. Bei Bedarf können Pflegebedürftige mit geringem Einkommen außerdem einen Zuschuss vom Förderverein erhalten. Wer lieber selbst planen möchte, kann sich beispielsweise beim gemeinnützigen Verein reisemaulwurf.de kostenfrei beraten lassen. Die unverbindliche Beratung wird von Spenden finanziert. Unter Stichworten wie „Pflegehotel“ oder „Urlaub mit Pflege“ können Sie im Internet auch selbst nach passenden Unterkünften suchen.

Mit Gleichgesinnten sprechen

Ein Problem für viele Pflegende besteht darin, dass Nichtpflegende kaum nachvollziehen können, wie ihr Alltag aussieht und sich

anfühlt. Gleichzeitig fehlen vielen die Kraft und die Lust, ständig erklären zu müssen, was gerade vor sich geht. Manche Pflegende schämen sich auch dafür, was Mutter oder Vater nicht mehr kann oder wie sie oder er sich manchmal verhält. Gerade Angehörige von Demenzkranken leiden häufig darunter, dass der geliebte Mensch nicht nur immer hilfebedürftiger wird, sondern sich meist auch sein Wesen verändert. Die unvorhersehbaren Stimmungsschwankungen machen die Pflege eines Demenzkranken besonders schwierig.

Manchmal hilft es, über unfreiwillig komische Situationen gemeinsam zu lachen.

Dann ist es hilfreich, sich mit anderen auszutauschen, die in einer vergleichbaren Lage sind. Längst gibt es in vielen Regionen Selbsthilfegruppen für pflegende Angehörige, in denen man sich offen unterhalten und wertvolle Tipps weitergeben kann. Oft tut es gut, Wut herauslassen oder über Hilflosigkeit sprechen zu können und sich verstanden zu fühlen, weil die anderen schon ähnliche Erfahrungen gemacht haben. Und manchmal hilft es, über unfreiwillig komische Situationen gemeinsam zu lachen, die man Nichtpflegenden gar nicht begreiflich machen könnte.

Wer keine Zeit für persönliche Treffen hat oder eine distanziertere Variante des Austauschs bevorzugt, kann in Internetforen mit anderen pflegenden Angehörigen kommunizieren. Nach der Registrierung haben Sie Zugriff auf den privaten Bereich, der im restlichen Internet nicht einsehbar ist. Das hat den Vorteil, dass Sie zeit- und ortsunabhängig den Austausch suchen können. Zum Teil bieten die Foren auch Praxistipps und Informationen für verschiedene Pflegesituationen. Bekannte Foren finden Sie beispielweise unter

- ▶ elternpflege-forum.de und
- ▶ www.pflegendeangehoerige.org
- ▶ forum.pflegenetz.net ist nicht mehr aktiv, kann aber noch gelesen werden.
- ▶ alzheimerforum.de/mailing/listen.html bietet eine Mailingliste zum Austausch.
- ▶ Auf www.wegweiser-demenz.de, einer Seite des Bundesfamilienministeriums, beantworten Fachkräfte Fragen zur Pflege in verschiedenen Ratgeberforen.

Psychologische Beratung

Manchmal reicht allerdings ein Gespräch unter Gleichgesinnten nicht aus. Vor allem, wenn die Überlastung so weit fortgeschritten ist, dass eine pflegende Person schon mehrmals die Kontrolle über sich verloren hat, wird professionelle Hilfe notwendig. Beratungsstellen, die auf die schwierige Situationen des Pflegealltags spezialisiert sind, bieten urteilsfreie Hilfe. Meist sind schon wenige Termine bei einem geschulten Mitarbeiter sehr hilfreich. Den Kontakt vermitteln die Pflegestützpunkte oder Wohlfahrtsverbände und Kirchen. Auch der örtliche Pfarrer oder Imam kann ein guter Ansprechpartner sein.

Vorreiter für psychologische Unterstützung im Internet ist die Seite www.pflegen-und-leben.de. Dort können Sie sich auch anonym beraten lassen. Das Angebot wird von vier Pflegekassen für gesetzlich Versicherte finanziert und steht diesen kostenfrei zur Verfügung.



Wer eine Selbsthilfegruppe suchen oder gründen möchte, findet Hilfe bei der Nationalen Kontakt- und Informationsstelle für Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen, kurz NAKOS.

In der Datenbank auf www.nakos.de können Sie nach Gruppen in Ihrer Nähe suchen. Vielerorts gibt es außerdem die Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen, kurz KISS. Dort erhalten Sie ebenfalls Kontakt zu Gleichgesinnten und teilweise professionellen Rat.

Interview: Psychologische Hilfe im Einzelfall



Andreas Block ist Psychologe und systemischer Therapeut. Er leitet die Online-Beratungsplattform [pflegen-und-leben.](#)

de. Gemeinsam mit vier anderen speziell geschulten Psychologinnen hilft er pflegenden Angehörigen bei persönlichen Schwierigkeiten und wenn sie nicht mehr weiterwissen.

Warum bieten Sie eine psychologische Beratung für Pflegende an?

Pflegende Angehörige suchen sich ihre Situation in der Regel nicht aus. Sie sind plötzlich damit konfrontiert, dass ein geliebter Mensch versorgt werden muss und sich dessen Zustand vermutlich immer weiter verschlechtert, ohne dass noch mal die Aussicht auf Besserung besteht. Das ist eine Lebenssituation, die die Betroffenen schnell überfordern kann und sie meist aus ihrem eigenen, selbstbestimmten Leben herausreißt. Hinzu kommt, dass nicht alle Angehörigen die Pflege vollkommen freiwillig übernehmen. Das kann zum Beispiel der Fall sein, wenn eine Mutter von ihrer Tochter erwartet, dass diese sie im Alter pflegen wird, und die Tochter aus Pflichtgefühl ihr eigenes Leben aufgibt. Eine solche Konstellation

kann dazu führen, dass Angehörige nicht wissen, wie sie mit dem inneren Unbehagen und möglichen Konflikten umgehen sollen. In solchen Situationen können wir Psychologen und Psychologinnen mit unserem speziellen Fachwissen den pflegenden Angehörigen sehr gut behilflich sein.

Wie funktioniert die Beratung?

Die Betroffenen können per Mail, im Videochat oder Audiochat von ihrer Situation berichten. Alle Kanäle sind dabei grundsätzlich verschlüsselt. Ab dem ersten Gespräch haben die Betroffenen eine Person als feste Ansprechpartnerin. Bis zu acht Gespräche, manchmal auch mehr, können die pflegenden Angehörigen dann mit mit oder einer der anderen Psychologinnen führen.

Wie helfen Sie aus der Ferne?

Zunächst einmal hören wir zu beziehungsweise lesen. Das ist ganz wichtig, da sich im Leben der Angehörigen meist alles um die pflegebedürftige Person dreht. In unserem Gespräch geht es natürlich auch darum, aber die pflegende Person und ihre Wünsche, Sorgen und Probleme stehen im Vordergrund. Das ist für viele Betroffene eine große Erleichterung, weil sich jemand für sie interessiert, ohne dass sie ein schlechtes Gewissen haben müssen. Im Pflegealltag ist

dafür meist kein Platz. Außerdem erkennen wir an, welch großartige Arbeit die Betroffenen leisten. Die meisten Angehörigen würden niemals aktiv ein Lob einfordern, aber im Gespräch merken sie, wie gut die Wertschätzung ihrer Arbeit tut. Damit ist meist schon einiges getan. Anschließend gehen wir auf die individuelle Situation ein, stellen Rückfragen und geben Rat. Denn wir wollen keine allgemeinen Tipps, sondern konkrete Hilfe im Einzelfall bieten.

Wie sieht diese konkrete Hilfe aus?

Wir informieren über Krankheitsbilder und Unterstützungsangebote, erklären Wege zur Stressbewältigung und Konfliktregulierung und liefern Ideen, wie ein Gespräch laufen könnte. Manchmal ist es auch wichtig, dass wir bestimmte Gedanken erlauben. Denn oftmals ist man so sehr in der eigenen Welt gefangen, dass bestimmte Ideen oder Gespräche gar nicht möglich erscheinen. Dann ist es die Aufgabe der Psychologin zu sagen: „Es ist in Ordnung, dass Sie zwischendurch genervt sind. Es ist wichtig, dass Sie sich Auszeiten nehmen. Und es ist Ihr gutes Recht, Grenzen zu setzen. Auch wenn Sie versprochen haben, für den anderen da zu sein.“ Solche Ratschläge können wir geben, da wir die Situation von außen betrachten. Vielen Betroffenen fällt es dann leichter, sowohl die Gefühle der pflegebedürftigen Person zu verstehen als auch damit umzugehen und Lösungswege zu finden, die für beide Seiten gut funktionieren.

Wer nutzt dieses Angebot?

An uns wenden sich verschiedene Personen. Viele schätzen es, dass sie uns zeit- und ortsunabhängig schreiben können. Außerdem hilft das Herunterschreiben dabei, den Gedankenstrudel zu sortieren. Ein weiterer Vorteil ist die Anonymität. Das merken wir daran, dass wir immer wieder lesen: „Was ich Ihnen hier schreibe, würde ich nie jemandem erzählen.“ Anderen hingegen fällt das Reden leichter. Daher bieten wir auch Video- und Audiochats an.

Was sind die häufigsten Probleme?

Allgemein ist es die Überforderung. Aber sie äußert sich unterschiedlich. Manche Angehörige sind einfach erschöpft und brauchen die Sicht von außen, um zu erkennen, dass sie doch lieber professionelle Pflegehilfe in Anspruch nehmen sollten. Andere haben große Sorge, dass sie durch die Überforderung die Kontrolle über sich verlieren könnten. Oder es kam bereits dazu, dass der Pflegebedürftige eingesperrt, angeschrien oder geschlagen wurde. In solchen Situationen ist es wichtig zu lernen, wie man wieder Herr über die Lage werden kann. Beispielsweise kann es helfen, bei einer Auseinandersetzung den Raum zu verlassen, bevor sich die Verzweiflung Bahn bricht. Auch mentale Übungen können sinnvoll sein, um wieder Abstand zu erhalten. Wir können dabei helfen, die passende Strategie zu finden, indem wir den Einzelfall analysieren und konkrete Vorschläge machen.

Technische Hilfsmittel

Moderne Technik kann vielen Senioren den Alltag erleichtern. Manches finanziert die Pflegekasse sogar (bald) mit.

 **Die technische Entwicklung** schreitet rasant voran. Staubsauger-Roboter, bewegungsempfindliche Lichtleisten oder Heizkörper, die automatisch die Temperatur regeln, steigern Komfort und Sicherheit und sparen im Idealfall sogar Energie. Wenn der Alltag immer schwerer fällt, können technische Hilfen dafür sorgen, dass man zuhause wohnen bleiben kann. Systeme, die speziell für Senioren entwickelt werden, heißen AAL, kurz für „Ambient Assisted Living“, was frei mit „Altersgerechte Assistenzsysteme für ein unabhängiges Leben“ übersetzt wird. Dabei handelt es sich um moderne technische Geräte, die per Sprachfunktion oder Tablet gesteuert werden und je nach Programmierung selbstständig (re)agieren. Ein paar Beispiele:

- ▶ Steckdosen schalten per Sprachbefehl Lampen oder das Radio ein und aus.
- ▶ Eine Leuchte erinnert an die Tabletten-einnahme und schickt, wenn gewünscht, eine SMS an Verwandte, sobald die Pillendose geöffnet wurde.
- ▶ Stürzt die pflegebedürftige Person und steht nicht wieder auf, melden Sensoren das an definierte Angehörige.
- ▶ Braucht man eine neue Packung eines Medikaments, das regelmäßig genom-

men wird, lässt sie sich über eine sichere App anfordern und per Post liefern.

Die Voraussetzungen für die technischen Hilfen sind unterschiedlich. Ein Internetzugang oder eine SIM-Karte mit Datenvolumen sind häufig notwendig. Hilfreich sind seniorengerechte Tablets mit großen Kacheln und wenigen Funktionen. Damit klappt auch der Videochat mit den Enkeln.

Einzelne Hilfen, sogenannte Digitale Pflegeanwendungen (DiPA), sollen ab 2022 von der Pflegekasse bezuschusst werden, wenn sie als Medizinprodukte zugelassen sind. Dafür ist eine strenge Prüfung nötig, die unter anderem bestätigt, dass die Hilfen sicher, sinnvoll und zuverlässig sind.

▶ Manche Anbieter verkaufen oder vermieten Komplettpakete inklusive Support. In Deutschland sind BeHome und meinPAUL Vorreiter. Aus Österreich kommt das System EmmaHome, was nun auch hier verfügbar ist. Die Kosten für solche Komplettsysteme liegen für eine Zwei-Zimmer-Wohnung bei etwa 60 Euro monatlichem Mietpreis oder etwa 3500 Euro Kaufpreis plus 18 Euro Monatssupport. Beim Kauf lässt sich meist ein Zuschuss der KfW-Bank zur Barrierereduzierung nutzen.

Ehrenamtliche Hilfsdienste

Mittlerweile gibt es viele Hilfsangebote für Pflegebedürftige, die auch den Angehörigen das Leben erleichtern. Eine große Unterstützung können ehrenamtliche Hilfsdienste sein.

→ Um sich **Freiräume** zu schaffen, ist es ratsam, besser früher als später Hilfsangebote von außen anzunehmen. Eine der praktischsten Hilfen, die gleichzeitig kaum etwas kosten, sind ehrenamtliche Hilfs- und Besuchsdienste. Sie zählen zu den sogenannten niedrigschwelligen Betreuungsleistungen und werden meist von Wohlfahrtsverbänden oder Vereinen angeboten. Auch manche privaten Dienstleister engagieren sich in diesem Bereich. Deren Angebote heißen meist „Seniorenbetreuungsdienst“ oder „Mobiler Sozialer Dienst“.

Was leisten ehrenamtliche Hilfsdienste?

Welche Hilfen angeboten werden, ist sehr unterschiedlich. Zum einen hängt es von den Wünschen der Pflegebedürftigen vor Ort ab. Wenn immer wieder eine Bastelgruppe beim Wohlfahrtsverband angefragt wird, bietet dieser sicher eher eine an, als wenn sich niemand dafür interessiert. Andererseits ist auch das Interesse der ehrenamtlichen Helfer entscheidend. Wenn keiner von ihnen singen kann, wird höchstwahrscheinlich kein Gesangskreis gegründet, auch wenn die Nachfrage vorhanden

wäre. Grundsätzlich gibt es Unterstützung in folgenden Bereichen:

- ▶ **Hilfe im Haushalt.** Die Helfer gehen einkaufen, manche machen auf Wunsch auch die Wäsche, kochen, räumen auf und putzen. Bei Bedarf übernehmen sie kleine Reparaturen in der Wohnung oder im Haus, kümmern sich um die Pflege von Balkon oder Garten und übernehmen Botengänge wie den Weg zum Briefkasten.
- ▶ **Fahr- und Begleitdienste.** Wer unsicher auf den Beinen ist, wird entweder zu Fuß begleitet oder mit dem Auto abgeholt und wieder nach Hause gebracht. Dieser Service wird häufig für Wege zum Arzt, zu Behörden und Gruppentreffen genutzt. Aber auch ins Theater oder Konzert können Senioren sich begleiten lassen.
- ▶ **Besuchsdienste.** Die Ehrenamtlichen kommen zu Besuch und sorgen dafür, dass die pflegebedürftige Person nicht vereinsamt. Sie hören zu und erzählen, animieren zu einem Spaziergang und organisieren auf Wunsch Kontakt zu anderen Nutzern des Besuchsdienstes. Das bietet kaum ein Profi-Dienst.

- ▶ **Betreuung.** Manche Helfer sind speziell geschult, etwa im Umgang mit Demenzkranken. Auf Wunsch übernehmen sie stundenweise deren Betreuung, gehen mit ihnen spazieren und unterhalten sich.
- ▶ **Gruppenangebote.** Wenn ausreichend Interesse besteht, bieten mehrere Helfer einen Vor- oder Nachmittag mit gemeinsamem Basteln, Singen, Tanzen oder Spielen an. Meist finden solche Angebote in den Räumen eines Wohlfahrtsverbandes oder einer Kirchengemeinde statt.

Was kosten die ehrenamtlichen Dienste?

Ehrenamtliche Hilfsdienste und auch weitere Unterstützungsangebote, wie den Hausnotruf, können Sie mit dem Entlastungsbetrag der Pflegekasse mitfinanzieren. Wenn die 125 Euro pro Monat nicht ausreichen, lassen sich ab Pflegegrad 2 zusätzlich bis zu 40 Prozent des zustehenden Sachleistungsbetrags als Entlastungsbetrag nutzen. Konkret bedeutet das: Sie können zusammen mit dem Pflegebedürftigen darüber nachdenken, ob der Pflegedienst lieber einmal weniger pro Woche kommen soll und

Checkliste

Einen guten Hilfsdienst finden

Unterstützung ist gut. Passende Unterstützung ist besser. Damit Sie einen geeigneten Hilfsdienst finden, empfehlen wir, folgende Punkte mit dem Anbieter zu klären.

- Welche Unterstützungsleistungen sind möglich?
- Wie sind die ehrenamtlichen Helfer geschult?
- Ist es immer die gleiche Person oder die gleiche Gruppe, die hilft?
- Ist gewährleistet, dass jemand anderes zur Verfügung steht, wenn die Hauptperson mal Urlaub hat oder krank ist? Kann man die Vertretung vorher kennenlernen?
- Ist garantiert, dass das Hilfsangebot über mehrere Monate stattfindet, auch wenn ein oder zwei Ehrenamtliche abspringen sollten?
- Ist das Angebot so qualifiziert, dass die Pflegekasse einen Teil der Kosten übernimmt?

Sie stattdessen einen Hausnotruf und den Mittwochnachmittag bei der Tanzgruppe bezahlen wollen.

Die Anbieter von Hilfsdiensten rechnen die Leistungen meist stundenweise ab. In der Regel sind sie sehr günstig, weil nur eine Ehrenamtspauschale anfällt. Diese bezahlt der Pflegebedürftige entweder aus eigener Tasche oder lässt sie über den Entlastungsbetrag von der Pflegekasse mitfinanzieren. Ob zweiteres möglich ist, hängt vom Angebot und dem Bundesland ab. Fragen Sie am besten direkt bei der Pflegekasse nach, welche Regeln bei Ihnen gelten.

Eine andere, recht neue Option, sind sogenannte „ambulante Betreuungsdienste“. Diese bieten meist ähnliche Hilfen an wie Ehrenamtler, werden aber von Pflegediensten organisiert. Die Idee dahinter: Die Profi-Pflegekräfte kümmern sich um die reine Pflege, während Hilfskräfte sonstige Unterstützung leisten. Wollen Sie einen solchen Dienst nutzen, können Sie den auch ohne Umwidmung mit dem Sachleistungsbetrag bezahlen.

Wer bietet Hilfsdienste an?

Entsprechende Angebote sind zwar nicht flächendeckend in Deutschland vertreten, doch es werden immer mehr. Erkundigen Sie sich bei einer Pflegeberatungsstelle nach

niedrigschwelligen Betreuungsangeboten und ambulanten Betreuungsdiensten in der Nähe. Fragen Sie auch gezielt bei Wohlfahrtsverbänden nach. Falls diese bisher kein entsprechendes Angebot haben, bauen sie eventuell eins auf, wenn genügend Leute Interesse zeigen. Besonders aktiv im Bereich Besuchsdienste sind die Malteser. Weitere Informationen finden Sie im Internet, wenn Sie nach den Stichworten „Malteser Hilfsdienst“ plus Wohnort suchen.

→ Gut unterstützt auch ohne Pflegegrad

Um niedrigschwellige Betreuungsleistungen nutzen zu können, braucht man nicht unbedingt einen Pflegegrad. Die Hilfen sind generell für Menschen gedacht, die ohne solche Unterstützung nicht mehr so gut am gesellschaftlichen Leben teilhaben könnten. Im Gegensatz zu anderen Angeboten steht also nicht die Pflege im Vordergrund, sondern das menschliche Miteinander.

Essen auf Rädern

Eine spürbare organisatorische Erleichterung kann ein Menü-Bringdienst sein. Qualität und Service werden durch die große Nachfrage immer besser.

→ Für pflegebedürftige Menschen ist es oft unmöglich, täglich zu kochen und die nötigen Zutaten nach Hause zu tragen. Deutlich komfortabler ist ein Menü-Bringdienst, der eine warme Mahlzeit pro Tag liefert. Es gibt dabei drei Konzepte:

- 1 Das Essen wird am selben Tag frisch gekocht und in Warmhalteboxen ausgeliefert. So halten es vor allem kleine, lokale Betriebe.
- 2 Das Essen wird bis zu fünf Tage vorher gekocht, auf unter 3 Grad Celsius gekühlt und kurz vor der Lieferung erwärmt. Auch hier kommt die Mahlzeit meist in einer Warmhaltebox.
- 3 Das Essen wird nach dem Kochen tiefgefroren. Entweder wird es dann kurz vor der Auslieferung erwärmt und in einer Warmhaltebox gebracht oder der Kunde kann es sich selbst erhitzen.
Das ist die häufigste Methode.

Die Qualität der Mahlzeiten

Für alle Varianten gelten Mindestanforderungen. Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) hat einen Qualitätsstandard entwickelt, der auf die Ernährungsbedürfnisse von Menschen über 65 Jahren ausge-

legt ist. Trotz fertiger Mahlzeiten soll eine ausgewogene und nährstoffreiche, aber nicht zu kalorienreiche Ernährung möglich sein. Dass diejenigen, die Essen auf Rädern beziehen, sich eher weniger bewegen, ist in dem Konzept bereits bedacht.

Mahlzeiten von Bringdiensten sind allerdings manchmal zu stark gesalzen, um dem nachlassenden Geschmackssinn der älteren Kunden gerecht zu werden. Denn Salziges und Herzhaftes schmeckt im Alter weniger intensiv, nur der Geschmack für Süßes bleibt meist bis ins hohe Alter erhalten. Zu viel Salz erhöht aber den Blutdruck und kann Herzstörungen verstärken. Probieren Sie daher am besten auch als Angehörige die Mahlzeiten und entscheiden Sie sich nach Möglichkeit gemeinsam für einen Dienst, dessen Essen nicht übersalzen ist.

Essen auf Rädern bieten mittlerweile verschiedene Dienste an, etwa Wohlfahrtsverbände, Pflegedienste und örtliche Metzgerreien. Außerdem gibt es immer mehr überregionale Dienste, die warmes Essen liefern. Die Anbieter in Ihrer Region kann Ihnen eine Pflegeberatungsstelle nennen. Im Internet können Sie nach „Menü-Bringdienst“ und Ihrem Wohnort suchen.

Checkliste

Einen guten Menü-Bringdienst finden

Wer sich Essen liefern lassen möchte, sollte auf zwei Hauptfaktoren achten: Qualität des Essens und gute Organisation. Beachten Sie folgende Punkte.

- Auswahl ansehen.** Beschaffen Sie sich nach Möglichkeit von mehreren Diensten Informationsmaterial. Lesen und fragen Sie bei Bedarf nach: Wie groß ist die Auswahl? Wiederholt sich der Speiseplan alle zwei Wochen? Gibt es auch kleine Portionen, vegetarische und salzarme Menüs sowie Mahlzeiten für Menschen mit Unverträglichkeiten? Wie weit im Voraus stehen die Menüs fest? Kostet die Lieferung an Wochenenden und Feiertagen mehr? Kann das Essen kurzfristig abbestellt werden?
- Konditionen checken.** Überprüfen Sie kritisch die Lieferkonditionen. Muss man das Essen lange im Voraus bestellen? Gibt es eine mehrwöchige Kündigungsfrist? Müssen Sie öfter anrufen, bevor Sie jemanden erreichen? Wenn eine oder mehrere Fragen zutreffen, nehmen Sie lieber einen anderen Dienst.
- Probe essen.** Bitten Sie um ein Probemenü bei jedem potenziellen Anbieter. Vergleichen Sie die einzelnen Menüs am besten gemeinsam mit dem Pflegebedürftigen und entscheiden Sie sich dann für einen Bringdienst.
- Dienst nutzen.** Wenn Sie eine Wahl getroffen haben, können Sie das Essen in der Regel für einzelne Tage telefonisch oder im Internet bestellen. Es wird entweder täglich in einer Wärmebox oder für mehrere Tage tiefgefroren geliefert. Klären Sie, was passiert, wenn niemand öffnet. Idealerweise stellt der Bringdienst das Essen dann einfach vor die Tür. Bezahl wird das Essen in der Regel am Ende des Monats per Bankenzug.
- Service wechseln.** Falls Sie unzufrieden sind, beschweren Sie sich beim Zulieferer oder der Hotline. Vielleicht lassen die Probleme sich lösen. Ist das nicht der Fall, können Sie das Verhältnis in der Regel kurzfristig kündigen und einen anderen Dienstleister beauftragen.

Hausnotruf

Für Alleinstehende kann ein Hausnotruf entscheidend sein. Ein Sender am Körper ruft auf Knopfdruck Hilfe, falls jemand stürzt und es nicht mehr zum Telefon schafft.

→ Es ist für viele eine Horrorvorstellung: Die Mutter stürzt allein zu Hause und fällt so ungünstig, dass sie nicht wieder aufstehen kann. Unfähig, sich selbst aus der Notlage zu befreien oder zum Telefon zu kommen, muss sie am Boden ausharren, bis irgendwann zufällig Hilfe kommt.

Um einen solchen Fall zu vermeiden und schnell und unkompliziert Hilfe rufen zu können, gibt es das System des Hausnotrufs. Vor allem für allein lebende Menschen ist dieser Service sehr empfehlenswert.

Wie funktioniert der Hausnotruf?

Wer den Hausnotruf in Anspruch nimmt, bekommt ein Armband, eine Brosche oder eine Kette mit einem Notrufknopf. Dieser enthält ein Mikrofon und ist per Funk mit einer speziellen Anrufbox verbunden, die wiederum an den Telefonanschluss gekoppelt ist. Je nach Größe von Haus oder Wohnung werden außerdem ein oder mehrere Lautsprecher in den Räumen verteilt, die mit der Anrufbox per Funk verbunden sind. Der Notrufknopf selbst ist relativ leicht und wasserdicht. Er kann und sollte Tag und Nacht am Körper getragen werden. Im Falle eines Sturzes kann man den Notrufknopf

drücken und wird automatisch mit der Notrufzentrale des Anbieters verbunden, die rund um die Uhr besetzt ist. Die geschulten Mitarbeiter nehmen den Notruf entgegen und fragen über den nächstgelegenen Lautsprecher in der Wohnung, was passiert ist.

Ist lediglich Hilfe beim Aufstehen nötig, kann der Mitarbeiter einen Nachbarn, Freund oder Angehörigen verständigen, der dann zu Hilfe kommt. Ist etwas Schlimmes passiert oder antwortet die gestürzte Person nicht, wird der Notarzt informiert. Und sollte der Knopf einmal aus Versehen gedrückt werden, verabschiedet sich der Mitarbeiter einfach wieder. Die Anbieter informieren in ihren Broschüren darüber, dass solche kleinen Missgeschicke häufiger passieren und dass das allemal besser ist als ein schlimmer Sturz, den niemand bemerkt. Auf Wunsch lässt sich auch vereinbaren, dass man sich einmal am Tag beim Dienst meldet, sodass dieser ein Lebenszeichen erhält.

Anbieter solcher Hausnotrufsysteme sind verschiedene Wohlfahrtsverbände sowie Privatdienste. Der Service kostet etwa 18 Euro pro Monat. Diese lassen sich ab Pflegegrad 1 über den Entlastungsbetrag von der Pflegekasse finanzieren.

Schritt für Schritt zum Hausnotruf

Den Hausnotruf installiert ein Profi, damit auch alles glattgeht, wenn er gebraucht wird. Besonders wichtig ist, dass der Notrufknopf sich aus allen Räumen mit der Zentrale verbindet und dass der nächste Lautsprecher von überall gut zu verstehen ist. Um einen Hausnotruf zu bestellen, gehen Sie am besten folgendermaßen vor:

- 1 Dienst finden.** Erkundigen Sie sich beim Pflegeberater nach Anbietern in Ihrer Nähe. Übliche Dienstleister sind das Deutsche Rote Kreuz, die Malteser und die Johanniter. Kennen Sie jemanden, der ein Hausnotrufsystem nutzt, fragen Sie nach dessen Erfahrungen.
- 2 Vertrag schließen.** Lassen Sie sich über Basis- und mögliche Zusatzleistungen informieren und vergleichen Sie deren Kosten. Entscheiden Sie anschließend, welcher Anbieter für Sie geeignet ist. Der Vertrag sollte über unbestimmte Zeit geschlossen werden, aber eine möglichst kurze Kündigungsfrist enthalten.
- 3 System installieren lassen.** Wenn Sie sich für einen Anbieter entschieden haben, kommt dieser vorbei, um alle notwendigen Geräte zu installieren. Lassen Sie sich in Ruhe erklären, wie alles funktioniert, und testen Sie die Verbindung des Notrufknopfs aus allen Räumen. Wichtig: Auch Schwerhörige sollten die Stimme aus dem Lautsprecher gut verstehen können.

Der Notrufknopf für unterwegs

Viele Dienste bieten zusätzliche Leistungen an. Dazu gehört etwa ein Notrufsystem für unterwegs. Außerdem ist es möglich, dass ein Mitarbeiter einmal am Tag per Lautsprecher nachfragt, ob alles in Ordnung ist. Oder der Kunde wird gebeten, sich einmal täglich in der Zentrale zu melden. Passiert das nicht, wird eine vorher festgelegte Notfallkette in Gang gesetzt, indem zum Beispiel zunächst ein Nachbar angerufen wird, der nach dem Rechten sehen soll. Als Nächstes wird ein Arzt informiert. Ein solcher Zusatzzservice kann vor allem für Senioren sinnvoll sein, die alleine leben und deren Kinder nicht täglich nach ihnen sehen können.

→ Ortung möglich

Manche Notrufsysteme für unterwegs bieten einen Ortungsservice an. Dieser kann gute Dienste leisten, wenn Demenzkranke gelegentlich die Orientierung verlieren. Der Notrufknopf ist dann mit einem GPS-Empfänger ausgestattet, sodass die Zentrale und Angehörige nachsehen können, ob und wo sich der Pflegebedürftige verlaufen hat. Wenn der Nutzer einverstanden ist, lässt sich außerdem ein Alarm installieren. Dieser informiert die Zentrale oder einen Angehörigen per SMS, sobald der Träger des Notrufknopfs ein bestimmtes Areal verlässt.



Zu Hause gut gepflegt

Pflegeprofis vor Ort und Haushaltskräfte aus Osteuropa sind bei der Pflege zu Hause häufig eine wichtige Stütze. Auch eine Reha oder gelegentliche Außer-Haus-Pflege können helfen, eine gute Versorgung sicherzustellen.



Viele Familien ergänzen die private Pflege zu Hause durch einen professionellen Pflegedienst oder teilstationäre Pflege. Das entlastet die Hauptpflegepersonen und ermöglicht es, bestimmte Aufgaben an professionelle Helfer auszulagern. Außerdem können die Pflegeprofis den Angehörigen meist gute Tipps geben, wie sie vorhandene Fähigkeiten der pflegebedürftigen Person möglichst lange erhalten und mit individuellen Schwächen umgehen.

Je nach Situation kann hierfür auch eine Reha eine sinnvolle Maßnahme sein. Auch

ältere Menschen ohne eine akute Krankheit können unter Umständen eine spezielle Form der Reha nutzen, um zu lernen, wie sie mit Alterserscheinungen und chronischen Krankheiten am besten umgehen. Diese Variante nennt sich geriatrische Reha. Ob und wie Ihr Angehöriger eine solche Reha nutzen kann, lesen Sie im Abschnitt „Rehabilitation“ ab S. 122.

Eine Haushaltshilfe, die entweder tageweise kommt oder längerfristig im Haushalt des Pflegebedürftigen lebt, ist eine weitere Variante, um die Arbeit auf mehrere

Schultern zu verteilen. Wichtig ist allerdings, dass die Hilfskraft wirklich nur Alltagstätigkeiten und Hilfestellungen bei der Körperpflege übernimmt. Behandlungspflege darf sie in der Regel nicht leisten.

Die Mitarbeiter von Pflegediensten und in teilstationären Einrichtungen hingegen sind professionell ausgebildete Pflegekräfte, die explizit pflegerische Aufgaben in der Versorgung übernehmen können und sollen. Dazu zählen medizinisch anspruchsvolle Tätigkeiten wie Verbände wechseln, Spritzen geben oder die Wirkweise von Medikamenten kontrollieren. Außerdem kann ein Profi bestimmte Pflege-Aufgaben oft besser durchführen als Laien.

Gerade das Waschen und insbesondere die Intimpflege sind sowohl Pflegebedürftigen als auch Angehörigen häufig sehr unangenehm. Vielen fällt es leichter, eine ausgebildete Pflegekraft so nah an sich heranzulassen, da sie eine ähnliche Nähe von Ärzten, beispielsweise dem Urologen oder Frauenarzt, schon kennen. Die Hemmschwelle, eine Pflegekraft den Intimbereich waschen zu lassen, ist deshalb oft deutlich niedriger als bei Sohn oder Tochter.

Das Verhältnis zwischen Angehörigen und Pflegebedürftigem kann deutlich ge-

Gut zu wissen

Seien Sie geduldig! Die wichtigste Eigenschaft, die Pflegebedürftige von ihren Angehörigen brauchen, ist Geduld. Denn manches schaffen auch die Ältesten noch alleine, wenn sie genug Zeit bekommen. Daher versuchen Sie, Ruhe anzustrahlen. Nehmen Sie Ihrem Vater nicht das Messer weg, wenn er umständlich sein Brot schmiert, und gestatten Sie Ihrer Mutter, sich förmlich in Zeitlupe die Haare zu kämmen. Vielen Pflegebedürftigen fällt es leichter, Hilfe in manchen Lebensbereichen anzunehmen, wenn sie andere Tätigkeiten nach wie vor selbstständig durchführen dürfen.

winnen, wenn mehrmals pro Woche ein Pflegedienst kommt oder der Pflegebedürftige die Tages- oder Nachtpflege in Anspruch nimmt. Auch eine Kombination ist möglich. Welche Variante infrage kommt, ist von der Familiensituation und den individuellen Bedürfnissen abhängig.

Der ambulante Pflegedienst

Ein Pflegedienst hilft bei der Versorgung einer pflegebedürftigen Person in deren Zuhause. Die Pflegeprofis erledigen dort die Aufgaben, die individuell abgesprochen sind.

→ **Ein ambulanter Pflegedienst** ist der Klassiker, um Angehörige zu Hause bei der Pflege zu unterstützen. Die Dienste werden meist von Wohlfahrtsverbänden oder kirchlichen Trägern wie Caritas oder Diakonie betrieben. Zunehmend sind auch private Anbieter am Markt. Ein Pflegedienst beschäftigt Pflegekräfte mit unterschiedlichen Qualifikationen, die jeden Pflegebedürftigen bei ihm zu Hause versorgen. Sie leisten dort vor allem klassische Pflege, aber auch medizinische und hauswirtschaftliche Hilfe – je nachdem, was individuell abgesprochen wurde. Zu Beginn einer Pflegesituation kommt der ambulante Pflegedienst meist nur ein- bis zweimal pro Woche. Wenn mehr Unterstützung nötig wird, ist auch ein täglicher Besuch, teils sogar eine 24-Stunden-Versorgung möglich.

Die Pflege sollte dabei nach Möglichkeit immer aktivierend sein. Sie soll also dafür sorgen, dass vorhandene Fähigkeiten möglichst lange erhalten bleiben und individuelle Stärken am besten sogar ausgebaut werden. Um das zu erreichen, arbeitet der Pflegedienst im Idealfall in Absprache mit dem Hausarzt und eventuell weiteren Fachärzten zusammen. Dann können die Profis ge-

meinsam auf Verschlechterungen des Gesundheitszustands reagieren und bestmögliche Hilfe organisieren.

Leistungen des Pflegedienstes

Zu den klassischen Aufgaben eines Pflegedienstes gehören:

- ▶ **Körperpflege.** Hierunter fallen das Waschen, Duschen oder Baden, das Frisieren und Rasieren, die Hautpflege und der Gang zur Toilette sowie die eventuell notwendige Inkontinenzpflege.
- ▶ **Ernährung.** Dazu zählen alle häuslichen Schritte, also das Zubereiten von Mahlzeiten und Getränken, das Zerkleinern von Speisen in mundgerechte Stücke sowie das Anreichen von Essen und Trinken bis hin zum Füttern.
- ▶ **Mobilität.** Damit sind Hilfen zu Hause und unterwegs gemeint, also etwa Hilfen beim Aufstehen, Betten und Lagern, aber auch die Begleitung zum Amt, zum Pflegestützpunkt oder zum Arzt.
- ▶ **Hauswirtschaft.** Wenn gewünscht, übernehmen Hilfskräfte des Pflegedienstes das Einkaufen und Putzen sowie das Waschen, Aufhängen, Bügeln und Falten der Wäsche. Bedingung ist,

dass nur die pflegebedürftige Person unterstützt wird. Lebt ein Paar zu Hause und nur der Mann ist pflegebedürftig, macht der Dienst nur seine Wäsche.

Meist ist es deshalb praktischer, diese Arbeiten von einer Haushaltshilfe oder ehrenamtlichen Hilfskräften erledigen zu lassen. Dann ist beiden geholfen.

- ▶ **Behandlungspflege.** Diese besondere Form der Pflege muss von einem Arzt im Rahmen einer Krankenbehandlung verordnet werden. Dann übernimmt ein Pflegedienst etwa die Kontrolle von Blutzucker und Blutdruck, das Richten und Verabreichen von Medikamenten, das Spritzen von Insulin oder anderen Wirkstoffen oder die Wundversorgung.

Manche Pflegedienste bieten darüber hinaus weitere Leistungen an. Das können beispielsweise folgende sein:

- ▶ **Dienstleistungen.** Dazu zählen etwa ein Hausnotruf (siehe S. 92) oder Essen auf Rädern (siehe S. 90).
- ▶ **Spezialpflege.** Auch spezielle Pflege-Angebote sind möglich, etwa eine häusliche Intensiv- oder Beatmungspflege. Diese sind allerdings meist sehr teuer.
- ▶ **Betreungsangebote.** Üblich ist beispielsweise die stundenweise Betreuung von Demenzkranken.

Bis zu einer gewissen Höhe finanziert die Pflegekasse die Leistungen des Pflegedienstes. Das sind ab 2022 monatlich bis zu

- ▶ 723 Euro in Pflegegrad 2
- ▶ 1363 Euro in Pflegegrad 3
- ▶ 1693 Euro in Pflegegrad 4
- ▶ 2095 Euro in Pflegegrad 5

Alle Kosten, die darüber hinaus anfallen, müssen Pflegebedürftige selbst tragen. Menschen mit Pflegegrad 1 können den Entlastungsbetrag zur Mitfinanzierung eines Pflegedienstes nutzen (siehe Tabelle „Regelmäßige Leistungen ...“, S. 18).

Am Anfang eines Monats werden die Leistungen für den vergangenen Monat abgerechnet. Wenn es einen Versorgungsvertrag zwischen dem Pflegedienst und der gesetzlichen Pflegekasse gibt, überweist diese ihren Anteil direkt an den Dienst. Die pflegebedürftige Person erhält nur dann eine Rechnung, wenn sie einen Teil selbst bezahlen muss. Gibt es keinen internen Vertrag oder ist der Pflegebedürftige privat versichert, müssen sämtliche Kosten zunächst selbst getragen werden. Anschließend kann man sich einen Teil der Ausgaben von der Versicherung erstatten lassen. Wie genau die Abrechnung im Einzelfall funktioniert, muss im Pflegevertrag zwischen Pflegebedürftigem und Pflegedienst festgelegt sein (siehe S. 101).

Die Qualität des Pflegedienstes

Wer die Pflege eines Angehörigen in fremde Hände legt, möchte sicher sein, dass die Pflegekraft ihn gut behandelt – medizinisch und menschlich. Eine erste Einschätzung

der Pflegequalität können die Bewertungen durch den MDK bieten. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung überprüft jeden Pflegedienstleister einmal pro Jahr und vergibt Einzelnoten in festgelegten Kriterien sowie eine Gesamtbewertung. Die Ergebnisse stehen im Transparenzbericht, der im Internet veröffentlicht wird. Dieses Bewertungssystem wird allerdings gerade überarbeitet (siehe Kasten rechts).

Nach Pflegediensten in Ihrer Nähe und deren Bewertung können Sie in den Pflegefindern der Krankenkassen suchen, etwa unter

- ▶ www.pflegelotse.de (TK, Barmer, DAK und weitere Ersatzkassen)
- ▶ www.pflege-navigator.de (AOK)
- ▶ pflegefinder.bkk-dachverband.de
(Betriebskrankenkassen)

Geben Sie dafür Ihre Postleitzahl ein und klicken Sie auf „Pflegedienst“ beziehungsweise entfernen Sie den Haken bei „Pflegeheime“. Um die Suchergebnisse weiter einzuschränken, können Sie diese teils noch stärker filtern, indem Sie individuelle Bedürfnisse eingeben. Dazu zählen beispielsweise ein spezieller Pflegebedarf bei bestimmten Krankheiten oder Bewegungsunfähigkeit, weitere Dienstleistungen wie ein Hausnotruf oder die Versorgung von Schwerstkranken (Palliativpflege).

Wenn Sie die Ergebnisse nach Ihren Wünschen gefiltert haben, werden Ihnen alle in Frage kommenden Dienstleister in Ihrer Nä-

Gut zu wissen

Die **Pflegenoten** sind umstritten, weil sie nicht immer die tatsächliche Qualität eines Pflegedienstes wiedergeben. Daher wurde schon vor längerer Zeit ein neues Bewertungsverfahren angeregt. Für Pflegeheime gilt es bereits. Für die Bewertung der Qualität von Pflegediensten wird zurzeit (Stand: Juli 2021) noch ein neues Verfahren erprobt. Zukünftig soll es als Ergebnis einen ausführlichen Transparenzbericht mit Bewertungen von 20 Qualitätsaspekten geben. Ein Ziel soll beispielsweise sein, dass der Dienst seine Arbeit „erkennbar auf Wohlbefinden, Unabhängigkeit und Lebensqualität“ des Pflegebedürftigen ausrichtet.

he mit Adresse und MDK-Bewertung angezeigt. Klicken Sie diese an, erhalten Sie unterschiedlich detaillierte Informationen. Manche Pflegedienste schlüsseln ihre Kosten für einzelne pflegerische Maßnahmen genau auf, erläutern ihre Betreuungsangebote und nennen besondere Sprachkenntnisse der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Andere bitten um einen Anruf für alle Informationen, die über die MDK-Benotung hinausgehen. Diese Angaben helfen bei der ersten Orientierung.

Wenn Sie sich die Einzelnnoten aus den Transparenzberichten selbst ansehen wollen, können Sie das auf den Seiten der Pflegefinder tun. Achten Sie bei den Pflegenoten insbesondere auf die Bewertungen für „ärztliche Leistungen“ und „ärztlich verordnete pflegerische Leistungen“. Individuell können noch weitere Unterpunkte für Sie wichtig sein, wie etwa der Umgang mit Demenz oder chronischen Schmerzen.

Interessant ist häufig auch, wie viele Fälle die Prüfer überhaupt untersucht haben. Wenn beispielsweise am Tag der Beurteilung nur zwei von zehn besuchten Pflegebedürftigen eines Pflegedienstes Demenzkranke waren, dann wird auch nur bei diesen beiden der Unterpunkt Demenz bewertet. Anschließend bilden die Prüfer einen Durchschnitt für alle zehn Besuchten. Das kann das Ergebnis verzerren.

Neben der fachlichen Qualität ist der menschliche Umgang der Pflegedienst-Mitarbeiter mit Pflegebedürftigen und Angehörigen entscheidend. Eine gute Kommunikation und eine gewisse Sympathie zwischen allen Beteiligten sind wichtige Voraussetzungen dafür, dass die Pflege zu Hause durch fremde Personen gut gelingen kann.

Einen guten Pflegedienst finden

Um einen geeigneten Pflegedienst auszuwählen, sollten Sie zunächst mit der pflegebedürftigen Person und gegebenenfalls deren Partner oder Partnerin zusammen überlegen, welche Hilfe der Dienst leisten soll.

Das können Körperpflege, Ernährung oder Unterstützung im Haushalt sein. Überlegen Sie auch, ob zusätzliche Leistungen infrage kommen, wie etwa ein Hausnotruf, Essen auf Rädern oder Betreuungsangebote. Teilweise werden weitere Hilfsleistungen auch von sogenannten ambulanten Betreuungsdiensten angeboten, die eigenständig oder mit einem Pflegedienst verknüpft sein können. Nutzen Sie eine unabhängige Beratung, um sich über die Möglichkeiten vor Ort einen Überblick zu verschaffen (siehe „Beratung vor Ort nutzen“, S. 73).

Bitten Sie den Pflegedienst um ein persönliches Beratungsgespräch.

Suchen Sie anschließend im Internet nach Diensten, die zu Ihren Vorstellungen passen. Alternativ können Sie sich beim Pflegeberater, in Wohlfahrtsverbänden oder bei der Gemeindeverwaltung nach Anbietern in der Umgebung erkundigen. Auch die Sozialstationen in Kliniken wissen, welche Dienste welche Leistungen anbieten. Wenn Sie eine Vorauswahl getroffen haben, rufen Sie bei den Pflegediensten an und bitten Sie um ein persönliches Beratungsgespräch.

Um sich einen Eindruck von einem Pflegedienst zu verschaffen, ist es am besten, wenn ein oder mehrere Mitarbeiter für ein Gespräch zum Pflegebedürftigen nach Hau-



Die Erfahrungen anderer nutzen. Wenn Freunde, Bekannte oder Verwandte bereits einen Pflegedienst nutzen, scheuen Sie sich nicht, nach deren Erfahrungen zu fragen. Das kann die Entscheidung deutlich vereinfachen. Auch der Hintergrund des Pflegedienstes kann für die Pflegebedürftigen wichtig sein, also ob dieser aus dem kirchlichen, gemeinnützigen oder privaten Bereich kommt.

se kommen. Führen Sie ruhig mehrere Beratungsgespräche und fragen Sie nach den Leistungen, die Ihnen wichtig sind, und den Kosten dafür. Lassen Sie sich keine Hilfe aufschwatzen, die Sie nicht brauchen. Am besten ist es, wenn Sie Ihre Fragen vorher aufschreiben und beim Beratungsgespräch Notizen machen. Welche Aspekte besonders wichtig sind, sehen Sie in der Checkliste „Das Beratungsgespräch“ (S. 102).

Der Vertrag mit dem Pflegedienst

Wenn Sie sich für einen Anbieter entschieden haben, erhalten Sie einen Pflegevertrag. Darin müssen alle Leistungen und deren Kosten detailliert und verständlich aufgeschlüsselt werden. Ebenfalls wichtig sind folgende Punkte:

- ▶ Alle Zusatzvereinbarungen werden schriftlich festgehalten.
- ▶ Eine detaillierte Abrechnung erfolgt einmal im Monat.
- ▶ Die genaue Höhe des Eigenanteils wird genannt, also der Kosten, die nicht von der Pflegekasse oder einer privaten Versicherung übernommen werden.
- ▶ Rückwirkende Preiserhöhungen sind unzulässig.
- ▶ Es müssen keine Vorschüsse an den Pflegedienst gezahlt werden.
- ▶ Die pflegebedürftige Person und bevollmächtigte Angehörige dürfen jederzeit die Leistungsnachweise (also die Pflegedokumentation und detaillierte Abrechnungen) einsehen.
- ▶ Beschädigte Pflegehilfsmittel muss der Pflegebedürftige nur bezahlen, wenn er grob fahrlässig oder vorsätzlich gehandelt hat. Besondere Regeln für Demenzkranke sind sinnvoll.
- ▶ Es wird genau definiert, wer den Pflegeeinsatz bezahlt, wenn der Pflegebedürftige diesen kurzfristig absagt, und was „kurzfristig“ heißt.
- ▶ Der Pflegedienst darf sich nur nach Rücksprache mit dem Pflegebedürftigen oder einem bevollmächtigten Angehörigen an das Sozialamt wenden, damit anfallende Kosten übernommen werden.
- ▶ Fristen und Bedingungen für eine Kündigung sind für beide Seiten festgelegt.

Checkliste

Das Beratungsgespräch

Die folgenden Fragen sollten Sie unbedingt klären:

- Deckt der Pflegedienst alle Leistungen ab, die Sie brauchen?
- Bietet der Dienst selbst oder dessen Kooperationspartner zusätzliche Serviceleistungen an, die Sie sich wünschen, etwa einen Hausnotruf, Essen auf Rädern, einen mobilen Friseur oder Betreuungsangebote?
- Erhalten Sie alle wichtigen Informationen über Leistungen und Kosten bereits vor Vertragsabschluss schriftlich?
- Können Sie die Preisaufstellung für die einzelnen Leistungen nachvollziehen und sinnvoll mit anderen Diensten vergleichen?
- Kommt der Pflegedienst zu einer festen Zeit? Oder nennt er nur ein großes Zeitfenster?
- Wird auf Wünsche und Gewohnheiten des Pflegebedürftigen Rücksicht genommen, wie etwa übliche Aufsteh- und Zubettgeh-Zeiten oder feste Termine?
- Gibt es einen festen Pflegerkreis, maximal drei oder vier verschiedene Pflegekräfte?
- Sind diese für die Krankheiten Ihres Angehörigen geschult?
- Ist es möglich, ausschließlich weibliche oder männliche Pflegekräfte zu schicken, wenn das für Ihren Angehörigen wichtig ist?
- Können Sie vereinbarte Leistungen auch wenige Tage vorher noch ändern, absagen oder verschieben?
- Wie lang dauert die Umstellung, wenn der Dienst häufiger kommen oder weitere Aufgaben übernehmen soll?
- Wie viel teurer sind Nachtdienste (zwischen 22 und 6 Uhr)?
- Gibt es einen 24-Stunden-Bereitschaftsdienst? Ist dieser auch tatsächlich erreichbar? (Testen Sie das nach Möglichkeit aus.)
- Bleibt der Pflegedienst von sich aus im Kontakt mit dem Hausarzt und gegebenenfalls den Fachärzten?

Folgende Punkte sind nicht unbedingt notwendig, können aber im Alltag helfen:

- Bietet der Pflegedienst eigene Pflegekurse für Angehörige an?
- Gibt es eine feste Ansprechperson, die auf Wunsch hilft, die Leistungen bei der Pflegekasse zu beantragen?
- Gibt es Leistungspakete, die günstiger sind als die jeweiligen Einzelleistungen?
- Informiert der Pflegedienst Sie in regelmäßigen Abständen darüber, welche ärztlichen Anweisungen auf welche Art und Weise umgesetzt wurden?

→ **Dem Pflegedienst kündigen**

Die Kündigungsfristen für Pflegedienstleister sind sehr verbraucherfreundlich. Als Kunde können Sie laut Gesetz jederzeit und ohne Angabe von Gründen den Vertrag beenden. Die Kündigungsfrist für den Pflegedienst ist hingegen nicht gesetzlich festgelegt. Gut sind sechs Wochen,

damit Sie im Zweifelsfall ausreichend Zeit haben, um einen neuen Dienst zu suchen. Nicht selten sind aber deutlich kürzere Fristen von vier oder sogar zwei Wochen im Vertrag genannt. Das kann in ländlichen Gebieten zu Versorgungsgängen führen. Schauen Sie hier, was individuell möglich ist und am besten passt.

Die Tages- und Nachtpflege

Wohnt ein Pflegebedürftiger nicht in einer Pflege-Einrichtung, lässt sich dort aber regelmäßig versorgen, spricht man von teilstationärer Pflege. Diese ist am Tag und in der Nacht möglich.

→ Bei der teilstationären Pflege besucht ein Pflegebedürftiger gelegentlich oder regelmäßig eine Pflege-Einrichtung, lebt aber sonst in den eigenen vier Wänden. Möglich ist das als Tagespflege, üblicherweise zwischen 8 und 18 Uhr, und als Nachtpflege zu den restlichen Zeiten. Der Pflegebedürftige kann entweder nur einige Stunden oder ganze Tage oder Nächte in der Einrichtung verbringen. So ist eine individuelle Mischung aus privater und professioneller Pflege sowohl zu Hause als auch in einer Pflege-Einrichtung möglich. Eine solche Kombination ist besonders sinnvoll, wenn

- ▶ bei allein lebenden Pflegebedürftigen die Gefahr der Vereinsamung besteht.
 - ▶ erwachsene Kinder nur einen kleinen Teil der Pflege übernehmen können und die Pflegebedürftigen zu Hause wohnen bleiben wollen.
 - ▶ Pflegebedürftige sich professionelle Hilfe wünschen, diese aber ungern in die eigenen vier Wände hineinlassen wollen.
 - ▶ erwachsene Kinder sich eine Zeitlang von der Pflege erholen wollen.
 - ▶ sich Pflegebedürftige mehr Abwechslung und Kontakt zu Gleichaltrigen wünschen.
- ▶ Pflegebedürftige gerne bestimmte Trainingsangebote in der Gruppe nutzen wollen.
 - ▶ Pflegebedürftige nachts unruhig sind und/oder dauerhafte Beaufsichtigung brauchen, die Angehörige in der Regel nicht leisten können.
 - ▶ nur eine Person pflegebedürftig ist und der Partner / die Partnerin zwischen-durch etwas Zeit für sich braucht.

Die Tagespflege

In der Tagespflege werden die Besucher in der Regel von etwa 8 bis 18 Uhr versorgt und betreut. Es ist auch möglich, die Tagespflege in dieser Zeit nur für einzelne Stunden beziehungsweise für einzelne Tage in der Woche zu nutzen. Die Tagespflege-Einrichtung muss einen Fahrdienst anbieten, sodass die Pflegebedürftigen sicher hin und zurück nach Hause kommen.

Grundsätzlich gibt es die Möglichkeit, dort zu frühstücken, zu Mittag zu essen und am Nachmittag Kaffee und Kuchen zu bekommen. Die Pflegekräfte erinnern die Gäste an die Einnahme ihrer Medikamente und helfen dabei. Sie unterstützen sie bei Bedarf beim Essen und Trinken, beim Toiletten-

Gut zu wissen

gang oder bei medizinischen Handlungen wie dem Messen des Insulinspiegels oder des Blutdrucks. Manche Einrichtungen sind auf die Bedürfnisse von Demenzkranken eingerichtet und bieten beispielsweise Gruppenbetreuungen für jeweils drei bis acht Gäste zusammen an. Auch für Nicht-Demenzkranke gibt es in der Regel Gruppenaktionen, die den sozialen Zusammenhalt stärken und neue Anregungen bieten.

Gute Tagespflege-Einrichtungen sind in der Lage, die individuellen Fähigkeiten ihrer Besucher zu erkennen und gezielt zu fördern. Dazu gehören zum Beispiel:

- ▶ Gedächtnistraining
- ▶ Bewegungstraining
- ▶ Kontinenztraining
- ▶ Heilgymnastik und Mobilitätsübungen
- ▶ Kraft- und Balancetraining
- ▶ Gesprächskreise
- ▶ Spaziergänge und Ausflüge
- ▶ die Möglichkeit, Zeitungen und Zeitschriften zu lesen oder vorgelesen zu bekommen
- ▶ kreative Tätigkeiten wie Malen, Singen, Handarbeiten etc.
- ▶ die Möglichkeit, bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten wie Kochen, Backen oder Tischdecken mitzuhelpen

Eine gute Tagespflege-Einrichtung bietet eine klare Tagesstruktur an. Gerade für Demenzkranke ist ein fester Tagesablauf sehr wichtig, weil er ihnen Halt und Sicherheit bietet. Gäste, die noch recht fit sind oder

Für Demenzkranke ist Kontakt zu anderen Menschen sehr wichtig, um den Krankheitsverlauf zu bremsen. Für Sie als Angehörige ist es entscheidend, zwischendurch den Kopf freizubekommen und die Pflege anderen zu überlassen. Schämen Sie sich nicht für einen Angehörigen mit Demenz, sondern ermöglichen Sie ihm möglichst lange ein selbstständiges und selbstbestimmtes Leben. Das Pflegepersonal in Tagespflege-Einrichtungen ist dafür geschult, die Fähigkeiten von Demenzkranken zu erhalten und zum Teil längst vergessene geglaubte Fertigkeiten noch einmal zu aktivieren. Sie tun also sowohl Ihrem Angehörigen als auch sich selbst einen Gefallen, wenn Sie die Möglichkeit der Tagespflege und eventuell der Nachtpflege nutzen.

ausschließlich körperlich eingeschränkt, sind hingegen meist dankbar für ein bisschen Abwechslung. Daher sollte es idealerweise ein frei wählbares Programm für unterschiedliche Bedürfnisse geben. Für fast alle älteren Menschen sind zwischendurch Ruhephasen wichtig. Die Einrichtung sollte deshalb für entsprechende Rückzugsmöglichkeiten sorgen.

Entscheidend ist, dass alle Angebote aus medizinischer Sicht sinnvoll sind und den Pflegegästen Spaß machen. Außerdem sollten diese jeden Tag aufs Neue entscheiden können, ob und was sie machen wollen. Wer zwischendurch im Garten auf der Bank in der Sonne sitzen möchte, sollte das dürfen.

→ Einfach mal testen

Die teilstationäre Pflege kann ein guter Testlauf sein, um auszuprobieren, wie das Leben in einer vollstationären Einrichtung aussehen könnte. Pflegebedürftige, die schon frühzeitig stundenweise in eine Tagespflege-Einrichtung gehen, können sich langsam an eine Außer-Haus-Versorgung durch Pflegekräfte gewöhnen. Wenn sie später mehr Unterstützung brauchen, fällt es ihnen deutlich leichter, jeden Tag dort zu verbringen oder dauerhaft in eine Pflege-Einrichtung zu ziehen.

Die Nachtpflege

Das Gegenstück zur Tagespflege ist die Nachtpflege. In solchen Einrichtungen betreuen die Mitarbeiter die Besucher in der Regel zwischen 18 Uhr abends und 8 Uhr morgens. Wie bei der Tagespflege gibt es auch hier einen Fahrservice. Die Versorgung über Nacht wird allerdings deutlich seltener in Anspruch genommen als die Tagespflege. Die meisten übernachten am liebsten in ihrem eigenen Bett.

Dabei kann eine Nachtpflege-Einrichtung bei bestimmten Krankheiten oder Beeinträchtigungen eine große Erleichterung für alle Beteiligten sein. Vor allem pflegebedürftige Menschen, die nachts sehr ängstlich sind, einen veränderten Tag-Nacht-Rhythmus haben oder generell schlecht einschlafen können, stellen ihre Angehörigen vor eine große Herausforderung. Manch ein Demenzkranke hat in der Nacht schon die komplette Wohnung umsortiert, weil er so unruhig war.

Die Nachtpflege kann hier Abhilfe schaffen. Einrichtungen, die auf Demenzkranken spezialisiert sind, bieten oft ein Nachtcafé an, in dem sich die Gäste unterhalten und beschäftigen können. Entspannende Tätigkeiten können dabei helfen, ruhiger zu werden. Und wenn die Gäste schlafen wollen, helfen Pflegekräfte ihnen bei Bedarf beim Umziehen, Zahneputzen und Zubettgehen. Wer nicht schlafen will oder kann, darf auch die ganze Nacht unter Aufsicht im Gemeinschaftsraum bleiben.

Doch nicht nur Demenzkranken leiden unter Schlafproblemen oder Ängsten. Auch Gesunde kennen mit zunehmendem Alter häufig diese Probleme. Vielen Älteren ist das aber unangenehm, weswegen sie sich über sich selbst ärgern und daraufhin noch schlechter einschlafen können. Dieser Kreislauf lässt sich mit einem regelmäßigen Besuch in der Nachtpflege oft durchbrechen. So finden Pflegebedürftige und Angehörige wieder besseren Schlaf.

Die Finanzierung

Für die teilstationäre Pflege müssen die Gäste nur so viel zahlen, wie sie in Anspruch nehmen. Dafür gelten in der Regel pauschale Halbtages-, Tages- und Nachtsätze. Wenn Ihr pflegebedürftiger Angehöriger also im April für insgesamt zehn volle Tage in der Tagespflege war, dann zahlt er im Mai die Tagespauschalen für diese zehn Tage. Für den Fahrservice wird in der Regel eine zusätzliche Gebühr berechnet. Die Abrechnungsgrundlage ist der jeweilige Pflegevertrag zwischen Einrichtung und Besucher.

Der Besuch in einer Tages- oder Nachtpflege-Einrichtung wird von den Pflegekassen ab Pflegegrad 2 mit zusätzlichem Geld unterstützt. Deshalb können Sie die Zu schüsse für Tages- und Nachtpflege voll nutzen, auch wenn Sie bereits Geld für die Pflege zu Hause bekommen. Ob ein Pflegedienst kommt oder nicht, ist egal.

Für die teilstationäre Pflege stehen in jedem Fall pro Monat folgende Maximalsätze zur Verfügung:

- 689 Euro in Pflegegrad 2
- 1298 Euro in Pflegegrad 3
- 1612 Euro in Pflegegrad 4
- 1995 Euro in Pflegegrad 5

Nur Menschen mit Pflegegrad 1 erhalten kein zusätzliches Geld. Sie können aber auf Wunsch den Entlastungsbetrag in Höhe von 125 Euro pro Monat für die Tages- oder Nachtpflege verwenden. In allen anderen Pflegegraden geht das nicht.

Das Extra-Geld ab Pflegegrad 2 ist nur für die Pflege und den Bringdienst gedacht. Alle Kosten, die darüber hinaus anfallen, müssen Pflegebedürftige selbst tragen. Dazu zählen die Verpflegung, die Unterkunft bei der Nachtpflege und eventuell anfallende Kosten für Ausflüge und Aktio nen. In manchen Bundesländern ist ein zusätzlicher Betrag für Investitionskosten fällig. Sollten die Pflegekosten höher ausfallen als der Maximalsatz des Pflegegrads, müssen Pflegebedürftige diesen Eigenanteil auch selbst bezahlen. Ob das nötig ist, lässt sich aber gut im Vorhinein abschätzen.

Die Abrechnung funktioniert für alle Pflegebedürftigen ähnlich wie die mit einem Pflegedienst. Besteht ein Vertrag mit der Pflegekasse, überweist diese ihren Anteil direkt. Der Versicherte erhält dann nur noch eine Rechnung über die sonstigen Kosten. Wenn es keinen internen Vertrag zwischen der teilstationären Einrichtung und der Pflegekasse gibt oder wenn der Pflegebedürftige privat versichert ist, muss er wie immer sämtliche Kosten vorstrecken und bekommt auf Antrag einen Teil davon erstattet.

Wie viel Sie für die einzelnen Leistungen bezahlen müssen, hängt von der Einrichtung ab und ist je nach Bundesland sehr verschieden. Auch die Angebotspalette variiert. Es lohnt sich daher, Leistungen und Preise der Einrichtungen in der Nähe miteinander zu vergleichen, um eine optimale Tages- oder Nachtpflege zu finden.

→ Fragen Sie nach

Die Pflegekasse bezuschusst die Tages- und Nachtpflege nur, wenn die Einrichtung einen Versorgungsvertrag mit ihr hat. Meist ist das der Fall. Fragen Sie trotzdem frühzeitig nach, bevor Sie sich für eine Einrichtung entscheiden. Ansonsten werden nur 80 Prozent des Höchstbetrags erstattet. Diese Regel gilt auch für die Abrechnung mit einem ambulanten Pflegedienst ohne Versorgungsvertrag mit der Pflegekasse.

Teilstationäre Einrichtungen finden

Die Tages- und Nachtpflege wird meist von Pflegeheimen angeboten. Nach einer passenden Einrichtung können Sie in den Pflegefindern der Krankenkassen suchen (siehe „Die Qualität des Pflegedienstes“, S. 98). Als Filter wählen Sie zunächst „Stationäre Einrichtung“ oder „Pflegeheim“ aus und dann je nach Bedarf Tages- oder Nachtpflege. Nach Eingabe der Postleitzahl werden Ihnen mögliche Einrichtungen mit Tagespreisen für die einzelnen Pflegegrade und Kontakt- daten angezeigt.

Um sich einen ersten Überblick zu verschaffen, suchen Sie zunächst nach Einrichtungen nahe des Wohnortes des Pflegebedürftigen. Neben der Internetrecherche kann Ihnen auch ein Pflegestützpunkt oder Pflegebegleiter meist weiterhelfen. In manchen Regionen dürfte die Wahl allerdings

nicht allzu schwer fallen, da die Tages- und Nachtpflege leider noch nicht überall ausgebaut ist. Falls nur ein Anbieter infrage kommt, informieren Sie sich bei diesem über Preise und Leistungen. Bietet er Ihnen nicht genug oder sind die Leistungen zu teuer, sollten Sie überlegen, ob Sie nicht doch einen Pflegedienst beauftragen (siehe „Der ambulante Pflegedienst“, S. 97) oder eine Haushaltshilfe beschäftigen (siehe „Eine Haushaltshilfe einstellen“, S. 113).

Gut zu wissen

Eine Bewertung für die Tages- und Nachtpflege sollte vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung eigentlich ab November 2019 nach einem neuen Bewertungsverfahren erfolgen. Durch die Corona-Pandemie hat sich jedoch alles verzögert, sodass es derzeit (Stand: Juli 2021) noch längst nicht für alle Einrichtungen, die Tages- oder Nachtpflege anbieten, eine offizielle Bewertung gibt. Langfristig soll sie aber in den Pflegefindern der Krankenkassen angezeigt werden. Bis dahin können Sie sich am ehesten auf die Erfahrungen von Freunden und Bekannten verlassen oder sich selbst einen Eindruck verschaffen.



Nach einer Stunde Singen, Malen oder Stricken treten bei Demenzkranken oft verloren geglaubte Fähigkeiten noch einmal ans Tageslicht. Selbst sehr alte Menschen, die kaum noch sprechen oder essen können, finden in künstlerischen oder handwerklichen Gruppen häufig zu ungeahnter Kreativität und Freude zurück. Wählen Sie eine Tages- oder Nachtpflege-Einrichtung deshalb auch nach solchen Angeboten aus.

Sofern mehrere Anbieter infrage kommen, informieren Sie sich am besten auf deren Webseiten über Lage, Ausstattung, Konzept und spezielle Angebote für Tages- und Nachtgäste. Haben Sie anschließend weitere Fragen, scheuen Sie sich nicht, in den Einrichtungen anzurufen und nachzufragen. Am Telefon oder in einem persönlichen Gespräch können Sie außerdem klären, ob es bestimmte Angebote gibt, die Ihr Angehöriger sich wünscht. Das können Singkreise, Handarbeitsnachmittage, vom Arzt empfohlene Übungen oder einfach eine bestimmte Matratzenhärte für die Nacht sein.

Je nach Region ist es zwar schwierig, die perfekte Tages- oder Nachtpflege zu finden, da die Auswahl zum Teil gering ist und besonders abwechslungsreiche Angebote häufig auch besonders teuer sind – aber dieser Zusammenhang ist nicht zwingend. Außerdem bekommen Pflegebedürftige ja einen Extra-Zuschuss von der Pflegekasse für die teilstationäre Pflege. Daher lohnt es sich, etwas Zeit zu investieren, um eine möglichst optimale Einrichtung für die eigenen Vorstellungen zu finden.

Die Verhinderungspflege

Wenn Sie nur vorübergehend die Pflege in fremde Hände legen wollen, etwa um in den Urlaub zu fahren, kann die Verhinderungs- oder Ersatzpflege hilfreich sein. Aus diesem Topf können Pflegebedürftige ab dem Pflegegrad 2 weiteres Geld erhalten, – also zusätzlich zu Tages- und Nachtpflege, zu Pflegegeld, Sachleistungen und Entlastungsbeitrag – wenn sie seit mindestens sechs Monaten nachweislich pflegebedürftig sind. Wichtig zu wissen ist: Auch wenn Ihr Angehöriger ein halbes Jahr Pflegegrad 1 hatte und gerade erst hochgestuft wurde, können Sie die Verhinderungspflege nutzen. Entscheidend ist nur, dass zum Zeitpunkt des Antrags Pflegegrad 2 vorliegt.

Für bis zu 42 volle Tage im Jahr gibt es auf Antrag bis zu 1 612 Euro zusätzlich, um Ersatzpfleger zu bezahlen. Der Betrag gilt pauschal für die Pflegegrade 2 bis 5, wenn ein Profi pflegt. Kommt dieser nur stundenweise, weil die Hauptpflegeperson beispielsweise einen Arzttermin hat, wird nur Geld abgerechnet, aber der zeitliche Anspruch bleibt für 42 volle Tage bestehen. Die Kosten

rechnet die Pflegekasse wie üblich direkt mit dem Pflegedienst ab. Beamte können in der Regel nur einen Teil der Leistung direkt beantragen und müssen den Rest mit der Beihilfe abrechnen.

Übernimmt jemand aus der Familie die Verhinderungspflege, ist der Betrag an den Pflegegrad gekoppelt und deutlich geringer. Es gelten dann folgende Maximalsätze – ebenfalls für 42 volle Tage pro Jahr:

- ▶ 474 Euro für Pflegegrad 2
- ▶ 817,50 Euro für Pflegegrad 3
- ▶ 1092 Euro für Pflegegrad 4
- ▶ 1351,50 Euro für Pflegegrad 5.

Das Geld können Sie auch im Nachhinein beantragen. Gibt es nachweislich höhere Ausgaben wie etwa Fahrtkosten, können Sie dafür auch Extra-Geld erhalten. Ein Fahrtenbuch reicht in der Regel aus.

Wenn mehrere Personen als Ersatzpfleger in Frage kommen, kann es sinnvoll sein, jemanden anzufragen, der mit dem Pflegebedürftigen nicht bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert ist. Dann besteht nämlich Anspruch auf den „Nicht-Familien-Betrag“ von bis zu 1612 Euro. Üblicherweise wird dann auch nichts vom Pflegegeld gegengerechnet. Beim Familienbudget der Verhinderungspflege kann das in bestimmten Konstellationen passieren.

Gut zu wissen: Bei Bedarf kann das Verhinderungspflege-Budget auf mehrere Personen verteilt werden. Und: Es ist bis zu vier

Jahre nachträglich noch nutzbar, wenn Sie entsprechende Nachweise über Ersatzpfleger haben.

Weiteres Geld können Sie erhalten, wenn Sie Ihren Anspruch auf Kurzzeitpflege (siehe „Kurzfristige stationäre Pflege“, S. 131) umwidmen. Das klingt etwas kompliziert, ist aber schnell gemacht. Sie können pro Jahr auf maximal die Hälfte des Kurzzeitpflege-Geldes verzichten und bekommen dann stattdessen die 1,5-fache Höhe der Verhinderungspflege-Leistung bezahlt. Dafür ist ein Antrag bei der Pflegekasse nötig.

Damit die Verhinderungspflege greift, muss jemand „verhindert“ sein. Hilfreich ist es dafür, wenn sich eine oder zwei Hauptpflegepersonen bei der Pflegekasse als solche eintragen lassen. Das muss nicht bedeuten, dass diese auch zeitlich die Hauptarbeit übernehmen. Das kann auch ein Pflegedienst tun. Aber wenn klar ist, wer zumindest regelmäßige Aufgaben übernimmt, kann diese Person sich auch leichter offiziell vertreten lassen. Übrigens: Die Pflegekassen fragen oft im Antrag, warum Sie die Verhinderungspflege nutzen wollen. Das müssen Sie aber nicht beantworten. Sie können einfach „Sonstige Gründe“ angeben.

-
- ▶ Der Blog pflege-dschungel.de bietet einen Pflegebudget-Optimierer, in dem alle Ansprüche auf Pflegeleistungen eingetragen werden können. Dieser kann sehr nützlich sein, um keine Ansprüche zu verpassen und trotzdem den Überblick zu behalten.

Osteuropäische Haushalts- und Betreuungskräfte

Haushaltshilfen, die stundenweise da sind oder mit im Haushalt leben, sind eine wertvolle Unterstützung. Damit alles legal zu geht, sollten Sie die rechtlichen Rahmenbedingungen kennen.

→ Eine **Haushaltshilfe** – oder korrekter: eine Haushalts- und Betreuungskraft – ist ab einem gewissen Unterstützungsbedarf für viele Familien eine wichtige Säule, wenn die Pflege zu Hause stattfinden soll. Meist ist sie nicht nur für das Putzen und die Wäsche zuständig. Gerade bei erhöhtem Pflegebedarf wünschen sich viele Familien eine Betreuungskraft, die mit im Haushalt lebt, den hilfebedürftigen Angehörigen bei anfallenden Kleinigkeiten unterstützt und ihm Gesellschaft leistet. So können auch stärker Pflegebedürftige noch lange in den eigenen vier Wänden wohnen bleiben.

Eine 24-Stunden-Betreuung kann und darf eine solche Hilfskraft aber nicht leisten. Denn auch für Arbeitskräfte aus dem Ausland gilt in den allermeisten Fällen deutsches Arbeitsrecht. Dieses sieht maximal eine 48-Stunden-Woche, Mindestlohn sowie mindestens einen freien Tag pro Woche und bezahlten Urlaub vor. Eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung wäre also nur machbar, wenn drei Arbeitskräfte sich in 8-Stunden-Schichten abwechseln und ihre freien Tage geschickt koordinieren würden.

Eine einzelne Betreuungskraft kann allerdings Unterstützung im Haushalt sowie einfache Grundpflege im Laufe des Tages leisten, wenn sie sich die acht Stunden flexibel aufteilen kann. Auf diese Weise ist eine individuelle Betreuung möglich. Bezahlt der Pflegebedürftige dafür den Mindestlohn sowie kostenlose Unterbringung und Verpflegung, ist die Unterstützung prinzipiell legal.

→ Unterstützung aus Osteuropa

Zur Betreuung eines Pflegebedürftigen in dessen Zuhause stellen sich vor allem Frauen aus Osteuropa, insbesondere aus Polen, zur Verfügung. Sie leben in einem eigenen Zimmer, oft mit Internetanschluss, im Haushalt des Pflegebedürftigen und unterstützen ihn für zwei bis drei Monate. Anschließend kehren sie für die gleiche Zeit zu ihren Familien zurück und eine Kollegin übernimmt in dieser Zeit ihre Arbeit. Im Idealfall können sich zwei Betreuungskräfte so längerfristig um einen Menschen kümmern.



HÄTTEN SIE'S GEWUSST?

Wie viele **Haushaltshilfen** sich in Deutschland dauerhaft um Pflegebedürftige in deren Zuhause kümmern, kann niemand mit Sicherheit sagen.

Branchenkenner gehen aber davon aus, dass es sich um mindestens 300 000 bis 400 000 handelt.

Längst nicht immer werden diese so behandelt, wie es das Gesetz vorschreibt.

Schätzungen zufolge schuftet mindestens die Hälfte unter unzumutbaren Bedingungen: Mehr als 14 Stunden am Tag, des Nachts unter ständiger Rufbereitschaft und das alles zu Dumpinglöhnen und ohne soziale Absicherung.

Die Unterstützung durch eine Hilfskraft ist deutlich günstiger als die gleiche Leistung eines professionellen Pflegedienstes. Weil Pflegebedürftiger und Betreuungskraft im gleichen Haushalt wohnen, ergibt sich außerdem nicht nur eine räumliche, sondern häufig auch eine persönliche Nähe. Daher wird dieses Modell immer beliebter.

Was leistet eine Haushaltshilfe?

Üblicherweise hilft die Betreuungskraft dem Pflegebedürftigen vor allem beim

- ▶ Aufstehen und Zubettgehen
- ▶ Gang zur Toilette
- ▶ Waschen, Kämmen, Zahneputzen und gegebenenfalls Rasieren
- ▶ An- und Ausziehen
- ▶ Essen und Trinken
- ▶ Waschen, Aufhängen, Bügeln und Falten der Wäsche
- ▶ Aufräumen und Putzen
- ▶ Einkaufen und Zubereiten der Mahlzeiten und Getränke

Außerdem unterstützt sie die pflegebedürftige Person in der Freizeit, etwa indem sie

- ▶ mit ihr spazieren geht
- ▶ ihr etwas vorliest
- ▶ mit ihr spielt
- ▶ sie zum Arzt oder Amt, ins Konzert oder Theater begleitet

Medizinische Versorgung sollten die Haus- haltskraft jedoch nicht leisten. Sie sollte also keine Verbände wechseln, Spritzen geben

oder Medikamente verabreichen. Selbst wenn die Hilfskraft in ihrer Heimat eine Ausbildung zur Pflegerin oder Krankenschwester absolviert hat, wird vertraglich meist festgehalten, dass sie in Deutschland keine Behandlungspflege leistet. Dadurch werden Haftungsstreitigkeiten vermieden. Für solche Maßnahmen sollten Sie daher immer zusätzlich einen Pflegedienst bestellen oder die Möglichkeiten der Tages- oder Nachtpflege nutzen.

Eine Haushaltshilfe einstellen

Eine gute Betreuungskraft kann Ihnen und Ihrem pflegebedürftigen Angehörigen das Leben enorm erleichtern. Sie kümmert sich zu festgelegten Zeiten um ihn, sodass Sie als Angehörige beispielsweise nur am Wochenende und eventuell am Morgen oder Abend zuständig sind. Wenn Sie eine Hilfskraft beschäftigen wollen, haben Sie dafür drei verschiedene Möglichkeiten.

► **Variante 1: Anstellung im Haushalt**

Jeder Privathaushalt in Deutschland kann eine oder mehrere Haushaltshilfen aus dem EU-Ausland einstellen. Dann wird entweder die pflegebedürftige Person oder ein Angehöriger zum Arbeitgeber. Der Vorteil dieser Variante besteht darin, dass Sie die gewünschten Leistungen individuell aushandeln können. Der Vertrag muss sich an deutsches Arbeitsrecht halten. Die Haushaltshilfe erhält dann ihr Gehalt direkt von Ihnen oder Ihrem Angehörigen. Verpflegung und

Unterkunft sind frei. Zusätzlich müssen Sie Steuern und Sozialversicherungsabgaben in Deutschland zahlen. Die Kosten liegen bei mindestens 2000 Euro pro Monat (siehe Berechnung auf S. 118).

Gut zu wissen

Caritas und Diakonie haben jeweils ein Programm ins Leben gerufen, das Haushalte bei der Anstellung einer ausländischen Betreuungskraft unterstützt. Die Mitarbeiter von „CariFair“ (Caritas) und „FairCare“ (Diakonie) beraten Familien zu rechtlichen Details und helfen bei der Suche nach einer geeigneten Hilfskraft. Wenn diese gefunden ist, können sowohl Pflegebedürftige als auch Betreuungskräfte sich weiterhin an die Mitarbeiter des Programms wenden, wenn es zu Problemen kommt oder Fragen auftreten. Auf diese Weise wollen die christlichen Wohlfahrtsverbände dafür sorgen, dass weder Pflegebedürftige noch Hilfskräfte unter unwürdigen Bedingungen leben und arbeiten müssen. Für den Service ist eine Gebühr, je nach Aufwand, fällig. Details erfahren Sie unter carifair.de und vij-faircare.de oder beim Ortsverband.

► Variante 2: Entsendung durch ein Unternehmen

Ein Unternehmen kann Haushaltshilfen aus EU-Staaten relativ unkompliziert für bis zu zwei Jahre nach Deutschland schicken. Bei dieser sogenannten Entsendung schließt der Pflegebedürftige mit einem ausländischen Unternehmen eine Vereinbarung darüber, welche Leistungen er sich von einer Betreuungskraft wünscht. Den Kontakt stellt häufig eine deutsche Vermittlungsagentur her. Das ausländische Unternehmen sucht daraufhin eine passende Haushaltshilfe und schließt einen Arbeitsvertrag mit ihr ab. Der Pflegebedürftige erhält dann in der Regel zwei verschiedene Verträge. Erstens einen Dienstleistungsvertrag mit dem ausländischen Unternehmen. Zweitens einen Vermittlungsvertrag mit der deutschen Vermittlungsagentur.

Die Betreuungskraft ist also beim ausländischen Unternehmen angestellt und bekommt von dort ihr Gehalt. Auch Steuern und Versicherungen werden im Heimatland der Arbeitskraft bezahlt. Der Pflegebedürftige zahlt monatlich für die Dienstleistung, dass die Organisation für ihn übernommen wird. Dazu kommen meist noch die Gebühren für die Vermittlung. Die monatlichen Kosten belaufen sich auf zirka 2300 bis 3600 Euro – je nach Unternehmen und abhängig davon, welche Leistungen gewünscht sind. Teilweise gibt es Aufschläge, je nachdem, welche Sprachkenntnisse und Erfahrung die Hilfskraft haben soll. Insgesamt

bedeutet diese Variante weniger Organisationsaufwand. Allerdings haben Sie auf Vertragsdetails, Anstellungs- und Urlaubszeiten weniger bis gar keinen Einfluss. Welche Vermittler gut arbeiten, lesen Sie auf der Webseite der Stiftung Warentest unter www.test.de. Suchwort: „Betreuungskraft“.

Wenn Sie sich eine Haushaltshilfe vermitteln lassen, sollten Sie sich die Bescheinigung A1 unbedingt im Original zeigen lassen und eine Kopie davon abheften. Das ist die Bestätigung, dass die Haushaltshilfe in ihrem Heimatland sozialversichert ist. Fehlt die Bescheinigung, wenn der Zoll danach fragt, haften Sie mit. Wenn Sie unsicher sind, ob es sich um ein echtes oder ein gefälschtes Dokument handelt, können Sie sich an die Zentrale Auslands- und Fachvermittlung (ZAV) der Bundesagentur für Arbeit wenden unter www.zav.de oder telefonisch unter 0228 / 713 1313.

► Variante 3: Selbstständige Haushaltshilfen

Manche Haushaltshilfen arbeiten als Selbstständige. Das kann als Vorteil erscheinen, da der Pflegebedürftige weder Vermittlungsgebühren noch Steuern zahlen muss. Letztere muss eine selbstständige Hilfskraft nämlich alleine tragen. Allerdings setzt eine Selbstständigkeit nach deutschem Recht unter anderem voraus, dass die selbstständige Person mehrere Arbeitgeber hat und nicht den Anweisungen eines Unternehmens oder einer Person unterliegt. Das ist bei einer Be-

treuungskraft, die dauerhaft im Haushalt des Pflegebedürftigen lebt, nicht möglich. Bei einer längerfristigen Betreuung besteht eine sogenannte Scheinselbstständigkeit. Wenn der Staat eine solche feststellt, müs-

sen Sie Steuern, Versicherungen und eine Strafgebühr nachzahlen. Im schlimmsten Fall droht sogar ein Strafverfahren. Auch die A1-Bescheinigung schützt Sie davor nicht. Daher birgt diese Variante einige Risiken.

Checkliste

Schwarze Schafe erkennen

Wer sich eine Haushaltshilfe durch ein ausländisches Unternehmen vermitteln lässt, erspart sich einiges an Organisationsaufwand. Viele Familien sind bereit, für diesen Service hohe Gebühren zu bezahlen. Manche Vermittlungsagenturen arbeiten aber mit äußerst dubiosen Methoden. Folgende Punkte helfen, ein solches Unternehmen zu erkennen und zu meiden.

- 24-Stunden-Kräfte.** Auch wenn es für einen Pflegebedürftigen und dessen Familie praktisch wäre: Eine 24-Stunden-Betreuung zu Hause durch eine einzelne Person – egal aus welchem Land – ist nicht möglich. Ein Unternehmen, das etwas anderes behauptet, arbeitet nicht seriös. Auch für Haushaltshilfen, die mit der zu unterstützenden Person in einem Haus leben, gilt in aller Regel deutsches Arbeitsrecht.

Minijob plus Taschengeld. Wenn eine Haushaltshilfe auf 450-Euro-Basis angestellt ist, sind dafür kaum Steuern und Sozialabgaben fällig. Eine Haushaltshilfe offiziell als 450-Euro-Kraft einzustellen und ihr zusätzlich ein Taschengeld in bar auszuzahlen, ist aber verboten und wird vom Zoll mit Nachzahlung, einem Bußgeld und eventuell einem Strafverfahren geahndet.

Sehr hohe oder keine Gebühren. Der Service der Vermittlung ist praktisch und sollte honoriert werden. Exorbitante Preise sollten Sie aber stutzig machen. Gleiches gilt, wenn für die Vermittlung gar keine Kosten genannt sind. Dann zahlen Sie diese meist versteckt. Vergleichen Sie daher verschiedene Anbieter und lassen Sie sich von der ZAV beraten, welche Preise üblich sind.

Unabhängig von der Art der Anstellung sollte man sich eins bewusst machen: Die Haushaltsskräfte verlassen ihre eigenen Familien, um in einem fremden Land einen alten Menschen zu versorgen. Diese Entscheidung sollte natürlich freiwillig getroffen werden, doch finanzielle Nöte können durchaus eine Rolle spielen. Die Hilfskräfte sollten daher finanziell und menschlich fair und respektvoll behandelt werden.

Was muss ich rechtlich beachten?

Damit Sie sich nicht aus Versehen strafbar machen, sollten Sie das Arbeitsrecht in Deutschland kennen, das bis auf wenige Ausnahmen für alle Hilfskräfte gilt. Entscheidend sind dabei folgende Aspekte.

- ▶ **Arbeitserlaubnis.** Ihre Hilfskraft braucht keine Arbeitserlaubnis, wenn sie aus einem EU-Land kommt. Denn EU-Bewohner dürfen in sämtlichen EU-Ländern arbeiten. Andere Regeln gelten für Menschen aus der Türkei, Russland oder anderen Nicht-EU-Staaten. Was Sie in diesen Fällen beachten müssen, kann Ihnen ein Mitarbeiter der örtlichen Agentur für Arbeit sagen.
- ▶ **Arbeitszeit.** Maximal 48 Stunden pro Woche beziehungsweise 8 Stunden pro Tag. Im Regelfall stehen der Hilfskraft pro 24 Stunden mindestens 11 Stunden ununterbrochene Pause zu. Mindestens ein Tag in der Woche muss frei sein!
- ▶ **Befristung.** Ohne besonderen Grund ist eine Befristung bis zu zwei Jahren zulässig. Bei einer Entsendung aus dem Ausland endet die Beschäftigung grundsätzlich nach maximal zwei Jahren.
- ▶ **Bezahlung.** Es gilt der aktuelle Mindestlohn. Der Sachwert der freien Unterkunft und Verpflegung wird jedes Jahr neu ausgegeben und darf nicht auf den Mindestlohn angerechnet werden.
- ▶ **Gesundheit.** Die deutschen Vorschriften zu Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz und Mutterschutz müssen eingehalten werden.
- ▶ **Probezeit.** Eine Anstellung auf Probe ist meist nur möglich, wenn Sie den Vertrag direkt mit der Haushaltshilfe abschließen. Dann ist die Probezeit auf maximal vier Wochen begrenzt. Manche Dienstleister bieten ebenfalls eine Probezeit von zwei bis vier Wochen an.

Gut zu wissen

An den freien Tagen der Haushaltshilfe können Sie die Unterstützung durch einen ehrenamtlichen Hildsdienst und/oder die Tagespflege in Anspruch nehmen. Versuchen Sie mit der Zeit, eine optimale persönliche Lösung zu finden – denn viele Leistungen lassen sich kombinieren. Wie das gelingen kann, sehen Sie im Praxisbeispiel „Hilfsleistungen kombinieren“ ab S. 120.

- ▶ **Unterkunft und Verpflegung.** In der Regel wohnt und isst die Haushaltshilfe kostenfrei. Sie bekommt ein eigenes Zimmer – möglichst mit Internet.
- ▶ **Urlaub.** Je nach Vertrag mindestens 24 Werkstage pro Jahr.

→ Telefonat oder Videocall

Egal, ob selbst angestellt oder entsendet: Von einer Person, die für eine Weile zu einem ziehen soll, möchte man in der Regel einen persönlichen Eindruck bekommen. Dafür bietet sich ein Videocall, etwa über Zoom, Teams, Skype, oder alternativ ein Telefonat an. Auch die Hilfskraft kann so einen Eindruck von dem fremden Haushalt und seinen Bewohnern bekommen. Detailfragen und mögliche Sprachprobleme lassen sich so ebenfalls erkennen und im Idealfall klären.

Viele Haushalte waren noch nie selbst Arbeitgeber. Zur Anstellung einer Haushaltshilfe aus einem EU-Staat empfehlen wir folgende Schritte.

- 1 Entscheiden Sie sich für eine geeignete Haushaltshilfe.
- 2 Setzen Sie einen – idealerweise zweisprachigen – Arbeitsvertrag auf. Lassen Sie sich dafür im Zweifel von einem Anwalt für Arbeitsrecht oder Ihrer örtlichen Agentur für Arbeit beraten. Auch einige Wohlfahrtsverbände bieten Hilfestellungen an.
- 3 Beantragen Sie eine Betriebsnummer bei der Bundesagentur für Arbeit. Das ist kostenlos telefonisch möglich unter 0800 4555520. In der Regel benötigt der Betriebsnummern-Service nur Namen und Adressen von Arbeitgeber und Arbeitnehmer, eine E-Mail-Adresse oder Telefonnummer und den wirtschaftlichen Schwerpunkt, also „Private Haushalts- und Betreuungskraft“.
- 4 Melden Sie die Hilfskraft bei einer gesetzlichen Krankenkasse an. Die Mitarbeiter der Krankenkasse helfen bei den einzelnen Schritten und leiten die nötigen Informationen dann an die Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung weiter.
- 5 Schließen Sie eine Unfallversicherung für die Haushaltshilfe über die zuständige Berufsgenossenschaft ab. Weitere Informationen finden Sie, wenn Sie auf der Webseite der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV), www.dguv.de, nach „Versicherungsschutz für Haushaltshilfen“ suchen.
- 6 Klären Sie mit dem Finanzamt, wie und wann Sie die Lohnsteuer für die Hilfskraft bezahlen müssen. Hilfe finden Sie bei Bedarf beim Steuerberater oder beim Lohnsteuerverein.
- 7 Fragen Sie bei der Privathaftpflichtversicherung der pflegebedürftigen Person nach, ob die Betreuungskraft automatisch mitversichert ist oder ob dafür eine Aufstockung erforderlich ist.

Tipp: Falls die Versicherung älter als fünf Jahre ist, lohnt sich vermutlich ein Wechsel, da viele Anbieter deutlich bessere und günstigere Policien im Repertoire haben. Die Stiftung Warentest vergleicht regelmäßig aktuelle Tarife und veröffentlicht die Ergebnisse unter www.test.de, Suchwort: „PHV“.

Welche Kosten sind realistisch?

Wer eine Haushaltshilfe anstellt, muss ihr den Mindestlohn zahlen sowie Steuern und Versicherungen übernehmen. Der höhere Pflege-Mindestlohn wird nicht fällig. Die Hilfskraft wohnt mietfrei und erhält eine angemessene Verpflegung. Zusätzlich müssen Sie für regelmäßige Fahrten in ihren Heimatort und wieder zurück aufkommen.

Wer eine Betreuungskraft beschäftigt, muss ihr regelmäßig die Fahrt nach Hause bezahlen.

Außerdem gelten sogenannte Sachbezugswerte für freie Unterkunft und Verpflegung. Diese müssen Sie nicht bezahlen, sondern die theoretischen Werte werden zum Bruttoentgelt addiert, bevor Steuern und Sozialabgaben ermittelt werden. Die aktuellen Werte veröffentlicht beispielsweise der Verband der Ersatzkassen unter www.vdek.com. Klicken Sie dort auf die Menüpunkte „Themen“, „Arbeitgeber“ und „Sachbezugswerte“.

Folgende Beispielrechnung basiert auf einer wöchentlichen Arbeitszeit von durchschnittlich 40 Stunden (Stand: Juli 2021).

Bruttoentgelt inklusive Sachbezüge

Bruttoentgelt:	1 664 €
Sachbezugswert für kostenfreie Unterkunft:	+ 237 €
Sachbezugswert für kostenfreie Verpflegung:	+ 263 €
Brutto gesamt:	= 2 164 €

Auf dieser Grundlage werden Steuern und Sozialabgaben berechnet. Das können Sie für jedes Gehalt und Bundesland beispielsweise unter www.brutto-netto-rechner.info tun. Als Unfallabsicherung ist grundsätzlich eine Jahresgebühr fällig, die je nach Bundesland festgelegt ist. Die nachfolgende Rechnung bezieht sich auf Nordrhein-Westfalen.

Sozialabgaben und Unfallversicherung

Sozialabgaben (Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung):	+ 430 €
Unfallversicherung (heruntergerechnet):	+ 2 €
Zu zahlende Abgaben:	= 432 €

Die Gesamtkosten für den Arbeitgeber betragen demnach

Bruttoentgelt:	1 664 €
Abgaben:	+ 432 €
Gesamtkosten:	= 2 096 €
Plus angemessene Verpflegung.	

Hinzu kommen noch die Kosten für die An- und Abreise. Je nach Heimatland der Hilfskraft sind diese durch den Fernbusverkehr relativ überschaubar und betragen etwa 40 bis 60 Euro pro Strecke. Wenn sich zwei Hilfskräfte in Drei-Monats-Diensten abwechseln, bedeutet das zwei Hin- und Rückfahrten für jede Person, macht also insgesamt acht Fahrten, sodass die jährlichen Zusatzkosten für Fernbusse etwa 320 bis 480 Euro betragen. Kommt die Hilfskraft aus einem kleinen Dorf oder einem Land, das nur mit bestimmten Zuglinien erreichbar ist, können die Kosten allerdings auch deutlich höher ausfallen.

Die Haushaltshilfe bekommt ein Nettogehalt ausbezahlt. Es errechnet sich aus dem Bruttoentgelt abzüglich ihrem Anteil an Steuern und Sozialabgaben:

Nettogehalt der Hilfskraft

Bruttoentgelt:	1664 €
Steuern (inkl. Kirchensteuer):	– 217 €
Sozialabgaben (höherer Anteil in der Pflegeversicherung):	
	– 435 €
Nettogehalt:	1012 €
(bei kostenloser Unterkunft & Verpflegung)	

Wichtig zu wissen ist: Der Mindestlohn wird regelmäßig mit Vorankündigung angepasst. Ab Juli 2022 beträgt er 10,45 Euro brutto pro Stunde, sodass sich das Bruttogehalt auf 1811 Euro erhöht. In Abhängigkeit davon steigen auch die Sozialabgaben. Entsprechend teurer wird auch die Haushaltshilfe mit der Zeit.

Einen Teil des Gehalts einer Haushaltshilfe können Sie steuerlich geltend machen. Einen weiteren Teil können Sie sich direkt von der Pflegekasse mitfinanzieren lassen. Dafür können Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2 die Gelder aus folgenden Töpfen nutzen und kombinieren.

- ▶ Entlastungsbetrag: 125 Euro pro Monat
- ▶ Verhinderungspflege: 1612 Euro pro Jahr
- ▶ Umgewidmete Kurzzeitpflege: 806 Euro pro Jahr
- ▶ Umgewidmete Sachleistungen: Höhe ist abhängig vom Pflegegrad (siehe Tabelle „Zusätzliche Leistungen der Pflegeversicherung“, S. 19)

-
- ▶ **Weitere Informationen zu osteuropäischen Haushaltshilfen finden Sie auf der Website der Stiftung Warentest unter www.test.de.**

Hilfsleistungen kombinieren – ein Praxisbeispiel

Wenn Angehörige pflegen, können sie sich unterschiedliche Hilfen von außen holen. Wie eine gute Kombination aussehen kann, zeigt folgendes Beispiel.



Welche Hilfen und Leistungen Sie im Alltag annehmen möchten, ist von Ihrer individuellen Situation abhängig. Das folgende Fallbeispiel soll verdeutlichen, wie eine gute Kombination aussehen kann und welche Mittel der Pflegekasse sich dafür nutzen lassen.

→ Walter Storch, 74 Jahre

Herr Storch hat seit vielen Jahren einen zu hohen Blutdruck. Vor zwei Wochen bekam er einen Schlaganfall und ist seitdem halbseitig gelähmt. Das MDK-Gutachten schlägt Pflegegrad 2 vor. Nun wird er eine Reha-Maßnahme mitmachen. Seine beiden erwachsenen Kinder, Thomas und Annette, möchten mit ihrer Mutter, Inge Storch, in der Zwischenzeit planen, wie der Alltag anschließend weitergehen soll. Zwar kann Inge noch einen Teil der Haushaltstätigkeiten erledigen, aber die Pflege ihres Mannes kann und sollte sie nicht alleine übernehmen. Thomas und Annette woh-

nen beide mehr als 50 Kilometer entfernt, sind berufstätig und haben selbst Kinder. Sie können ihren Eltern daher ausschließlich am Wochenende zur Hand gehen.

Damit der Alltag trotzdem gut gelingt, ohne dass sich jemand überfordert, planen die Storches folgende Unterstützung.

Der Plan: Kombinierte Hilfe

Dreimal pro Woche soll eine Haushaltshilfe für drei Stunden zu den Storches nach Hause kommen. Sie kann Inge beim Einkaufen, Putzen und bei der Wäsche helfen. Sie erhält pro Stunde 12 Euro brutto.

Einmal in der Woche soll zusätzlich ein Pflegedienst bestellt werden, der Walter badet und ihn rasiert. Außerdem soll der Mitarbeiter mit Walter spezielle Übungen durchführen, die er in der Reha gelernt hat und nun zu Hause beibehalten soll, um seine linke, die gute Seite so weit zu stärken, dass er den Funktionsausfall rechts besser kompensieren kann. Für den Pflegedienst fallen pro Woche 45 Euro netto an.

Damit Inge nicht jeden Tag kochen muss, beschließt das Ehepaar, an drei Tagen pro Woche Essen auf Rädern liefern zu lassen. Der Pflegedienst, den sie nutzen, bietet diesen Service für durchschnittlich 8 Euro pro Mahlzeit (je nach Menü) an. Auch den Hausnotruf des Dienstes wollen sie nutzen. Er kostet etwa 18 Euro pro Monat.

Zweimal wöchentlich möchte Walter am Vormittag in eine Tagespflege-Einrichtung gehen. Ein Freund von ihm lebt bereits seit einigen Monaten dauerhaft im Pflegeheim und Walter hat ihn dort bisher einige Male besucht. Nun will er regelmäßig die Tagespflege des Heims nutzen, seinen Freund sehen und seiner Frau somit einige Stunden Freizeit ermöglichen. Der Halbtagsessatz für die Pflege beträgt 30 Euro. Für Verpflegung und Investitionskosten kommen 15 Euro hinzu, der Bringdienst kostet 10 Euro für Hin- und Rückfahrt zusammen.

Kosten und Zuschüsse

Pro Monat (von 30 Tagen im Durchschnitt) ergeben sich somit gerundet:

Kosten für die Hilfsleistungen

Haushaltshilfe:	468 €
Pflegedienst:	+ 180 €
Essen auf Rädern:	+ 208 €
Hausnotruf:	+ 18 €
Tagespflege:	+ 495 €
(davon Pflege und Bringdienst:	360 €)
Gesamtkosten pro Monat:	1 369 €

Diese Kosten müssen Walter und Inge aber nicht alleine bezahlen. Sie können dafür verschiedene Unterstützungsleistungen der Pflegekasse in Anspruch nehmen:

Das übernimmt die Pflegekasse

Entlastungsbetrag für die Haushaltshilfe:	125 €
Sachleistung für den Pflegedienst:	+ 180 €
Umgewidmete Sachleistung in Entlastungsbetrag für den Hausnotruf:	+ 18 €
Umgewidmete Sachleistung in Entlastungsbetrag für die Haushaltshilfe (maximal 40 % der Sachleistung dürfen umgewidmet werden):	+ 271 €
Pflegegeld (36 % des Höchstsatzes sind übrig, da 64 % der Sachleistung genutzt werden):	+ 113 €
Tagespflege (nur für Pflege und Bringdienst):	+ 360 €
Übernahme durch die Pflegekasse:	1 067 €

Von den 1 369 Euro müssen die Storches also nur 302 Euro pro Monat selbst finanzieren. Da es sich bei einem Teil davon um das gemeinsame Mittagessen beziehungsweise die Verpflegung in der Tagespflege handelt, also um Essen, was sie auch sonst bezahlen müssten, liegen die Mehrkosten de facto nur bei etwa 100 Euro im Monat. Diesen zusätzlichen Betrag kann das Paar gut stemmen. Und freut sich, dass sie Unterstützung von verschiedenen Seiten bekommen, dass Walter gut versorgt ist und Inge sowohl mit ihm als auch für sich alleine etwas mehr Freizeit hat. Und die gemeinsame Zeit mit Kindern und Enkeln am Wochenende lässt sich so auch viel besser genießen.

Rehabilitation

Für ältere Menschen gibt es die „geriatrische Rehabilitation“. Sie soll dabei helfen, dass sie im Alltag trotz verschiedener Beschwerden möglichst viel selbstständig erledigen können.

→ **Unter einer Reha** verstehen die meisten eine Maßnahme, die nach einer akuten Krankheit oder Operation dabei helfen soll, wieder auf die Beine zu kommen. Diese Form der Reha, die beispielsweise nach einem Herzinfarkt oder einer Knie-OP unabhängig vom Alter üblich ist, heißt im Fachjargon „indikationsspezifische Reha“. Es gibt eine spezielle Indikation, also einen akuten Grund, weshalb ein Patient eine Rehabilitationsmaßnahme braucht.

Weit weniger bekannt ist die geriatrische Reha. Dabei ist sie gerade für ältere Menschen, die zwar Hilfe im Alltag brauchen, aber in einigen Lebensbereichen noch relativ fit sind, sehr wertvoll. Der große Vorteil der geriatrischen Reha besteht darin, dass die Senioren dort lernen, mit individuellen Problemen umzugehen und vorhandene Stärken besonders gut zu nutzen. Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte, Psychologen und weitere Spezialisten arbeiten dafür im Team zusammen. Sie erstellen eine gemeinsame Diagnose, überprüfen die Zusammenstellung von Medikamenten, zeigen individuell sinnvolle Übungen und erklären und trainieren die Benutzung bestimmter Hilfsmittel, die den Alltag erleichtern können.

Üblich sind beispielsweise folgende Maßnahmen:

- ▶ ärztliche Behandlung und kontinuierliche Überwachung der Entwicklung
- ▶ aktivierend-therapeutische Pflege
- ▶ Krankengymnastik, Ergotherapie, Logotherapie
- ▶ psychologische und psychotherapeutische Behandlung
- ▶ Beratung zu (Pflege-)Hilfsmitteln und deren Anwendung

Das Ziel einer geriatrischen Reha ist stets, dass der Patient nachher selbstständiger seinen Alltag bewältigen kann als vorher. Das muss nicht bedeuten, dass er nach der Maßnahme keine Hilfe mehr braucht. Aber es ist beispielsweise möglich, dass Patienten nach der geriatrischen Reha wieder alleine essen, sich anziehen oder ihren Urin bei sich behalten können, was ihnen vorher nicht mehr gelang. Auch individuelle Fähigkeiten, um mit der eigenen Demenz umzugehen oder einer schlechenden Depression aktiv etwas entgegenzusetzen, können das Ziel einer solchen Reha-Maßnahme sein.

Die geriatrische Reha kommt in der Regel nur für Menschen in Frage, die älter als

70 Jahre sind. Eine weitere Voraussetzung ist, dass mehrere Beschwerden vorliegen, die den Alltag erschweren, aber durch eine entsprechende Reha-Maßnahme abgemildert werden können. Ob diese chronisch oder akut sind, spielt keine Rolle. Mögliche Kombinationen wären beispielsweise

- ▶ erhöhter Blutdruck, Arthrose und leichte Demenz
- ▶ Knie-OP, Sturzgefahr und Rheuma
- ▶ Diabetes, Übergewicht und leichte Depressionen
- ▶ Hüft-OP, Osteoporose und Hörschwäche

Gut zu wissen

Die Geriatrie ist die medizinische Fachrichtung, die sich explizit um die Belange älterer Menschen kümmert. Medizinisches Personal der Geriatrie ist dafür geschult, mehrere alterstypische Beschwerden und eventuell zusätzlich auftretende Krankheiten oder Verletzungen gemeinsam zu behandeln. Zu den alterstypischen Beschwerden zählen insbesondere Arthrose, Demenz, Diabetes, hoher Blutdruck, Inkontinenz, Osteoporose, Rheuma, Schluckbeschwerden, eine erhöhte Sturzgefahr sowie eine stark eingeschränkte Hör- und Sehfähigkeit.

- ▶ Parkinson, leichte Demenz und Inkontinenz
- ▶ starkes Übergewicht, Herzinfarkt und Sehschwäche

Da sich Therapeuten, Pflegekräfte und (Fach)Ärzte im Team um die Patienten kümmern, ist eine geriatrische Reha-Maßnahme wesentlich teurer als eine Indikationsspezifische. Krankenkassen finanzieren sie deshalb eher zurückhaltend. Eine Finanzierung ist aber möglich, wenn dadurch eine Pflegebedürftigkeit abgemildert oder hinausgezögert werden kann. Der Anspruch begründet sich durch den in Deutschland gültigen Grundsatz: Reha vor Pflege.

Ist hingegen eine Demenz weit fortgeschritten oder eine Person bereits aus anderen Gründen stark pflegebedürftig, kommt eine geriatrische Reha meist nicht mehr in Frage. Dann geht die Kasse davon aus, dass sich die Fähigkeiten durch die Maßnahme nicht mehr signifikant verbessern würden.

Eine geriatrische Reha beantragen

Damit die Maßnahme genehmigt und von der Krankenkasse bezahlt wird, müssen mindestens zwei Erkrankungen oder Behandlungsbedürftige Folgeerscheinungen vorliegen und es muss eine realistische Prognose auf Besserung bestehen. Beides muss ein Arzt erkennen und dann die geriatrische Reha verordnen. Das kann sowohl der Hausarzt als auch ein Klinikarzt tun. Letzteres ist meist nach einer akuten Krank-

heit oder Operation der Fall. Im Befund muss der Arzt genau begründen, warum die Maßnahme medizinisch notwendig ist und welche Besserungschancen bestehen. Den Antrag reicht die pflegebedürftige Person anschließend bei ihrer Krankenkasse ein. Ab dem Jahr 2022 soll die Prüfung durch die Krankenkassen entfallen. Zukünftig wird daher eine Verordnung durch einen Arzt ausreichen. Wie genau diese gestaltet sein muss, wird derzeit noch erarbeitet.

Bis dahin kann es trotz einer ärztlichen Empfehlung passieren, dass die Kasse die Maßnahme ablehnt. Ist die Ablehnung Ihrer Meinung nach falsch, sollten Sie schnellstmöglich schriftlich Widerspruch einlegen. Dieser muss gut begründet sein. Beispielsweise sollten Sie noch einmal aufzählen, welche Kriterien für eine geriatrische Reha erfüllt sind und wie diese eine Pflegebedürftigkeit hinauszögern oder abmildern würde. Lassen Sie sich dafür vom Hausarzt unterstützen. Oftmals hat ein Widerspruch dann Erfolg. Sollte auch der Widerspruch zu keinem anderen Ergebnis führen, bleibt Ihnen als letzter Schritt der Weg zum Sozialgericht. Dieses kann einen Reha-Anspruch, wenn er gerechtfertigt ist, binnen weniger Tage durchsetzen.

Die geriatrische Reha nutzen

Wenn die geriatrische Reha-Maßnahme bewilligt ist, prüft die Krankenkasse zunächst, ob eine ambulante, stationäre oder mobile Reha am sinnvollsten ist. Zwar hat der An-

tragsteller hier ein Mitspracherecht, doch keine vollständige Wahlfreiheit. Sind alle nötigen Fachärzte und Hilfskräfte auch vor Ort erreichbar, werden meist nur die Kosten für eine ambulante Reha übernommen. Der Patient bleibt also zu Hause wohnen und sucht für die einzelnen Maßnahmen verschiedene Ärzte und Pflege-Einrichtungen auf. Kommen mehrere Ärzte für die gleiche Behandlung infrage, hat er die freie Wahl, wohin er geht. Die Fahrtkosten werden grundsätzlich erstattet.

→ Wie lange dauert die Reha-Maßnahme?

In der Regel wird eine geriatrische Reha für 14 bis 21 Behandlungstage bewilligt. Bei der ambulanten Reha können sich diese über einen oder mehrere Monate strecken, die stationäre Reha wird am Stück genommen. Stellt sich in den letzten Tagen heraus, dass weiterer Behandlungsbedarf besteht, können Sie einen Verlängerungsantrag bei der Krankenkasse stellen. Maximal 35 Tage sind insgesamt möglich. Für die ersten 28 Behandlungstage müssen Patienten 10 Euro pro Tag zuzahlen. Wer direkt vor der Reha im Krankenhaus war, darf die Zuzahlungstage gegenrechnen. Nach beispielsweise 16 Tagen Klinik sind nur noch 12 Tage Zuzahlung für die Reha nötig.

Wenn nicht alle Fachkräfte vor Ort sind oder es für die Kasse günstiger wäre, eine Person für die Maßnahme in eine Reha-Klinik zu schicken, finanziert sie eine stationäre Reha. Der Patient zieht dann für die Zeit der Behandlung in eine Reha-Einrichtung und wird dort verpflegt und medizinisch versorgt. Theoretisch besteht auch bei einer stationären Reha Wahlfreiheit. Allerdings gibt es oft Versorgungsverträge zwischen Krankenkassen und bestimmten Reha-Betrieben. Wenn man sich für eine andere Einrichtung entscheidet, werden unter Umständen bloß die Kosten für die günstigere übernommen. Auch wer eine stationäre Reha vorzieht, aber nur die Kosten für eine ambulante Maßnahme genehmigt bekam, muss die Differenz selbst tragen.

Eine dritte Variante ist die mobile Reha, die aber nur selten infrage kommt – nämlich dann, wenn es keine passende stationäre Reha-Einrichtung in der Nähe gibt und der Senior nicht in der Lage ist, zu den einzelnen Behandlern vor Ort zu fahren. Dann kommen alle nötigen Ärzte, Therapeuten und Pfleger für die Maßnahmen zum Patienten nach Hause. Das kann etwa auch dann sinnvoll sein, wenn eine Person ein Trauma hat, das es ihr erschwert, die eigenen vier Wände zu verlassen. Besteht Hoffnung, dass sich dieses Trauma in einigen

Sitzungen in Kombination mit weiteren Behandlungen zu Hause lindern lässt, ist eine mobile geriatrische Reha eine gute Lösung.

Die Reha kann sowohl Pflegebedürftigen als auch Angehörigen den Alltag in den kommenden Jahren sehr erleichtern.

Wenn eine Pflegebedürftigkeit zum ersten Mal auftritt, bestehen je nach Situation sehr gute Chancen, die Fähigkeiten der betroffenen Person durch eine geriatrische Reha noch einmal zu verbessern oder längerfristig zu stabilisieren. Das ist besonders, aber nicht ausschließlich nach Operationen oder akuten Krankheiten der Fall. Erkundigen Sie sich deshalb beim Sozialdienst des Krankenhauses oder bei Ihrem Hausarzt, ob dieser eine geriatrische Reha für sinnvoll und einen Antrag für aussichtsreich hält. Wenn ja, sollten Sie diese Maßnahme in jedem Fall beantragen. Die Reha kann sowohl der pflegebedürftigen Person als auch Partner, Partnerin und pflegenden Angehörigen den Alltag in den kommenden Jahren sehr erleichtern.

Interview: „Alle Behandler ziehen an einem Strang“



Heike Morris ist Anwältin und juristische Leiterin der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD). Sie rät allen älteren

Menschen, einen Anspruch auf eine geriatrische Reha prüfen zu lassen und diesen möglichst früh zu nutzen.

Warum ist eine geriatrische besser als eine normale Reha-Maßnahme?

Bei einer indikationsspezifischen Reha-Maßnahme, zum Beispiel nach einer Hüft-OP, wird der Fokus darauf gelegt, mit dem neuen Gelenk möglichst wieder die gleiche Mobilität zu erreichen. Bei einer geriatrischen Reha, etwa nach der Hüft-OP einer Person, die auch sturzanfällig und leicht demenzkrank ist, wird eine Gesamtanamnese gemacht und alles behandelt. Es gibt also nicht nur Physiotherapie, sondern auch Training gegen die Sturzgefahr, psychologische Betreuung und eine auf die Situation abgestimmte Medikation. Je mehr altersbedingte Krankheiten und Einschränkungen vorliegen, desto sinnvoller ist das.

Ist eine Behandlung aller Probleme so ungewöhnlich?

Normalerweise wird in einer Reha nur ein akutes Problem behandelt. Die Besonderheit der geriatrischen Reha besteht darin, dass mehrere Beschwerden vorliegen und die Heilbehandler an einem Strang ziehen, um alle individuellen Probleme des Patienten anzugehen. Dabei wird auch direkt überprüft, welche Medikamente die Person normalerweise einnimmt und ob diese zusammenpassen. So soll vermieden werden, dass sich eine Fähigkeit verbessert und eine andere gleichzeitig verschlechtert.

Woher weiß ich, ob mir eine geriatrische Reha zusteht?

Im Idealfall sollte der Hausarzt oder der Sozialdienst im Krankenhaus Sie darüber aufklären. Passiert das nicht, fragen Sie aktiv nach. Was viele nicht wissen: Auch wenn Sie keine akute Krankheit haben, können Sie eine geriatrische Reha bewilligt bekommen. Das ist der Fall, wenn kleinere Beschwerden sich schleichend so weit verschlimmern, dass sie eine große Belastung im Alltag darstellen. Viele Senioren finden sich damit ab, dass sie im Alter vieles nicht mehr können. Oder sie schämen sich dafür. Doch manche Entwicklungen lassen sich aufhalten oder mit kleinen Tricks umgehen. Ein Kontinen-

training beispielsweise hilft auch sehr alten Patienten, eine größere Menge Urin bei sich zu behalten. Und auch Senioren, die immer wackeliger auf den Beinen werden, können durch gezieltes Training wieder mehr Sicherheit gewinnen. Diese und weitere Fertigkeiten können Sie abgestimmt auf Ihr Leben in einer geriatrischen Reha lernen. Nur wenn Sie innerhalb der vergangenen vier Jahre schon an einer Reha-Maßnahme teilgenommen haben, erlischt der Anspruch.

Was spricht für eine ambulante und was für eine stationäre Reha?

Die ambulante Reha findet vor Ort statt, so dass der Patient nicht aus seiner gewohnten Umgebung herausgerissen wird. Vielen Senioren kommt das sehr gelegen. Außerdem ist eine ambulante Reha meist günstiger und wird daher eher bewilligt. Allerdings ist sie mit täglichen Fahrzeiten verbunden, die für Senioren unpraktisch und langwierig sein können.

Zu einer stationären Maßnahme muss der Patient nur einmal hin- und am Ende zurückfahren. Neben einer umfassenden Betreuung hat das den Vorteil, dass man nicht vom eigenen Haushalt oder anderen Alltagskleinigkeiten abgelenkt wird. Wenn allerdings noch ein gesunder Partner mit im Haushalt lebt, muss man diesen für einige Wochen verlassen. Oder er kommt auf eige-

ne Kosten mit. Nur in Ausnahmefällen bezahlt die Krankenkasse auch für die Unterbringung des gesunden Partners in der stationären Reha-Einrichtung, etwa wenn nur so die Stabilität des kranken Partners gewährleistet werden kann. Dafür ist allerdings ein separater Antrag mit einem gut begründeten Attest nötig.

Sind das die einzigen Varianten?

Es gibt auch eine Sonderform, die mobile geriatrische Reha. Sie wird im ständigen Wohnumfeld durchgeführt. Hier kommt ein interdisziplinäres Team unter ständiger ärztlicher Verantwortung und Steuerung zum Beispiel zu Hause oder in der vollstationären Pflegeeinrichtung zum Einsatz. Allerdings kann diese Form der Reha nur dort in Anspruch genommen werden, wo es auch Verträge und entsprechende Leistungserbringer gibt.

Gibt es auch Möglichkeiten für Personen, die Intensivpflege brauchen?

Wenn die Voraussetzungen für die geriatrische Reha vorliegen und es ein realistisches Rehabilitationsziel gibt, haben auch Patienten der Intensivpflege einen Anspruch. Die wichtigste Frage ist: Besteht Rehabilitationsfähigkeit? Der Patienten muss körperlich und mental in der Lage sein, an der Reha im erforderlichen Umfang mitzuwirken.



Wohnmodelle mit Pflege

Wenn die Pflege zu Hause nicht möglich oder sinnvoll ist, müssen Pflegebedürftige in eine stationäre Einrichtung umziehen. Entgegen ihrem Ruf werden Pflegeheime immer besser. Zudem gibt es mittlerweile gute Alternativen zum klassischen Heim.

→ **Nicht immer ist die Pflege** zu Hause die beste Variante. Wenn jemand keine Kinder hat, diese weit weg wohnen oder die Pflege zunehmend aufwendiger wird, ist eine gute Versorgung in den eigenen vier Wänden häufig nicht möglich. Auch wenn sich der gesündere Partner einige Zeit lang um den anderen gekümmert hat, kommt meist irgendwann der Zeitpunkt, an dem es nicht mehr geht wie bisher.

Sich einzugesten, dass die Pflege zu Hause nicht (mehr) möglich ist, fällt vielen Menschen schwer. Oft quälen sich ältere Paare oder pflegende Kinder monate- oder sogar jahrelang durch den Alltag, weil sie ih-

re Liebsten nicht in ein Heim „abschieben“ wollen. Sie ertragen Schlaflosigkeit und andauernde Erschöpfung, verlieren ihre eigenen Bedürfnisse aus den Augen und versuchen bestmöglich, alle Aufgaben zu bewältigen. Das kann dazu führen, dass sie irgendwann gesundheitlich derart mitgenommen sind, dass sie zusammenbrechen. Dann muss der Pflegebedürftige oft von heute auf morgen den nächstbesten Heimplatz annehmen, der gerade frei ist. So tritt mitunter genau das ein, was die Betroffenen nicht wollten: Sie haben keine Wahl mehr, sondern müssen eine eigentlich unerwünschte Betreuungsform akzeptieren.

Um nicht in diese Situation zu geraten, ist es sinnvoll, sich frühzeitig über Wohnmodelle mit angegliederter Pflege zu informieren. Denn nur wer die verschiedenen Möglichkeiten und deren Vor- und Nachteile kennt, hat die Chance, eine Wahl zu treffen, die zu ihm passt. Daher empfehlen wir Ihnen, sich zu erkundigen:

- ▶ Welche Pflege-Einrichtungen und -Wohnformen gibt es in Ihrer Nähe?
- ▶ Wie ist der übliche Tagesablauf?
- ▶ Welche Vor- und Nachteile hätte das?
- ▶ Wie sehr unterscheiden sich die Kosten?
- ▶ Welche Zuschüsse gäbe es für die jeweilige Wohnform von der Pflegekasse?
- ▶ Wie schneidet welche Einrichtung bei Bewertungen ab?
- ▶ Was wissen Pflegeberater oder Freunde darüber?
- ▶ Gibt es die Möglichkeit, für einige Zeit zur Probe dort zu wohnen?

Objektiv betrachtet ist es recht praktisch, in einer stationären Pflege-Einrichtung zu leben. Haushalt und Verpflegung sind organisiert, es gibt pflegerische Betreuung nach Bedarf und oft Gruppenangebote für diejenigen, die mitmachen wollen. Die Angehörigen sind deutlich weniger gefordert und können tatsächlich Qualitätszeit mit Eltern, Schwiegereltern, Partnerin oder Partner verbringen. Es können somit – bei richtiger Auswahl – alle Beteiligten profitieren.

Trotzdem sehen viele Familien es als Niederlage an, wenn ein pflegebedürftiger

Angehöriger in ein Heim ziehen muss. Das Bild einer unpersönlichen Verwahranstalt mit strengen Regeln und wenig Entscheidungsfreiheit ist immer noch präsent.

Das tut aber zahlreichen guten Einrichtungen unrecht. Moderne Heime mit Einzelzimmern und großem Garten können einen schönen Lebensabend mit Rund-um-die-Uhr-Versorgung ermöglichen. Zudem gibt es immer mehr alternative Wohnmodelle mit Pflege, wie etwa Pflege-WGs, stationäre Hausgemeinschaften oder Generationenhäuser. Sie werden verschiedenen Bedürfnissen gerecht und können beispielsweise eine gute Möglichkeit sein, wenn ein alleinlebender Pflegebedürftiger sich nach Gemeinschaft sehnt, wenn der Partner sehr viel Hilfe im Alltag braucht, die Partnerin aber noch recht fit ist, oder wenn die Kosten fürs klassische Heim das Budget sprengen.

Erkundigen Sie sich nach bestehenden und geplanten Einrichtungen in der Nähe. Das geht bei Pflegeberatungsstellen, Wohlfahrtsverbänden und der Stadtverwaltung. Vielleicht sind Sie überrascht, was es alles gibt. Eventuell haben Sie auch die Chance, den Aufbau einer Einrichtung oder eines Mehrgenerationenhauses mitzugestalten. Wohnberater können Ihnen häufig die Ansprechpartner für neue Projekte nennen. Ob und wo es Wohnberater in Ihrer Nähe gibt, erfahren Sie bei der zuständigen Stelle Ihres Bundeslandes, diese sind zu finden unter www.wohnungsanpassung-bag.de im Bereich „Beratungsangebote“.

Kurzfristige stationäre Pflege

Ist die Versorgung zu Hause akut nicht möglich, können Sie die Kurzzeitpflege nutzen. Die Rund-um-die-Uhr-Betreuung ist für spontane, vorübergehende Situationen gedacht.



Manchmal nutzt alle Planung

Organisation nichts. Ein Pflegebedürftiger kann von jetzt auf gleich nicht mehr zu Hause versorgt werden, und es muss eine schnelle Lösung her. Für solche plötzlich eintretenden Situationen ist die Kurzzeitpflege gedacht. Es handelt sich dabei um eine vollstationäre Versorgung, also eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung, in einem Pflegeheim oder einer unabhängigen Sozialstation. Einen Kurzzeitpflegeplatz können Sie spontan für bis zu acht Wochen im Jahr nutzen, wenn die Pflege zu Hause weder durch Angehörige noch durch einen Pflegedienst möglich ist.

Das kann zum Beispiel der Fall sein, wenn

- ▶ die eigentliche Pflegeperson krank wird,
- ▶ sich der Gesundheitszustand des Pflegebedürftigen schlagartig verschlechtert,
- ▶ sich der Gesundheitszustand des Pflegebedürftigen nach einer Krankheit oder einem Unfall stabilisieren soll, bevor er eine Reha-Maßnahme beginnen kann,
- ▶ die Pflegebedürftigkeit überraschend auftritt und die Angehörigen die Pflege nicht sofort übernehmen können,
- ▶ die eigentliche Pflegeperson Urlaub oder Abstand von der Pflege braucht,

- ▶ Umbauten in der Wohnung oder dem Haus des Pflegebedürftigen nötig sind,
- ▶ der Pflegebedürftige eine Einrichtung testen möchte, bevor er eventuell langfristig dort einzieht.

Angeboten werden Kurzzeitpflegeplätze von vielen Pflegeheimen. Manche Einrichtungen halten grundsätzlich einige Plätze für die Kurzzeitpflege frei. Andere bieten nur in der Ferienzeit vorübergehende Betreuung an. Wohlfahrtsverbände und freie Träger haben zum Teil auch Kurzzeitpflegeplätze an ihre Sozialstationen angegliedert. Welche Einrichtung in Ihrer Nähe wie viele Plätze anbietet, wissen Pflegestützpunkte und die Pflegefinder der Krankenkassen.

Kurzzeitpflege mit Pflegegrad

Wer Kurzzeitpflege braucht, kann diese relativ spontan nutzen, sofern ein Platz in einer Einrichtung frei ist. Der Pflegebedürftige zieht dann für einige Wochen in ein Heim oder eine Sozialstation und wird dort versorgt. Der Unterschied zu einem normalen vollstationären Heimplatz ist lediglich der, dass die Kurzzeitpflege nur vorübergehend ist. Ein Anspruch besteht für maximal acht

Wochen pro Jahr. Diese müssen Sie aber nicht am Stück nehmen, Sie können die Zeit auch aufteilen.

Die Kosten für die Kurzzeitpflege setzen sich – je nach Bundesland – aus zwei bis drei Komponenten zusammen:

- ▶ Pflege und Betreuung
- ▶ Unterkunft und Verpflegung
- ▶ gegebenenfalls Investitionskosten (zum Beispiel für Instandhaltung)

Die Kasse bezuschusst Punkt 1, also Pflege und Betreuung, mit 1774 Euro pro Jahr ab Pflegegrad 2. (1 612 Euro bis Ende 2021.) In allen Pflegegraden können Sie auch den Entlastungsbetrag von 125 Euro pro Monat für die Finanzierung der Pflege nutzen. Die anderen Punkte, also Unterbringung und Verpflegung sowie die Investitionskosten, müssen Pflegebedürftige selbst bezahlen. Wie hoch diese ausfallen, ist von der Einrichtung abhängig. Es ist auch möglich, dass ein Kurzzeitpflegeplatz teurer ist als ein regulärer Heimplatz, weil die vorübergehende Unterbringung mit mehr Aufwand verbunden ist. Es lohnt sich daher, verschiedene Einrichtungen auch finanziell zu vergleichen.

Ist Kurzzeitpflege nötig, aber der Gast kann den Eigenanteil weder durch die monatlichen Einnahmen noch durch Ersparnisse bezahlen, müssen Angehörige nur mit sehr hohem Einkommen einspringen. Ansonsten bezahlt das Sozialamt auf Antrag die Differenz. Wo und wie Sie dort die nötigen Gelder beantragen können und welche

Voraussetzungen erfüllt sein müssen, erklären wir Ihnen im Abschnitt „Hilfe vom Staat“ ab S. 48.

→ **Kurzzeitpflege im Heim und Verhinderungspflege zu Hause**

Diese beiden Maßnahmen schließen einander nicht aus. Im Gegenteil: Sie können entweder beides nutzen oder einen Teil der Zuschüsse für die andere Variante beantragen. So lassen sich bis zu vier Wochen Kurzzeitpflege pro Jahr in Verhinderungspflege umwandeln. Sie erhalten dann bis zu 887 Euro mehr, also maximal 2 499 Euro für die Verhinderungspflege pro Jahr. Wollen Sie stattdessen lieber Ihren Anspruch auf Verhinderungspflege reduzieren oder darauf verzichten, können Sie ihn für bis zu sechs Wochen pro Jahr in Kurzzeitpflege umwandeln. Sie erhalten dann bis zu 1 612 Euro mehr, also maximal 3 386 Euro für die Kurzzeitpflege pro Jahr. Auf diese Weise gesteht der Gesetzgeber den Angehörigen und Pflegebedürftigen mehr Wahlfreiheit zu.

Kurzzeitpflege ohne Pflegegrad

Um einen Kurzzeitpflegeplatz zu erhalten, braucht man nicht zwingend einen Pflegegrad. So sollen auch Patienten nach einem Unfall oder einer Krankheit die Möglichkeit auf vorübergehende Pflege bekommen. Ob

Checkliste

Kurzzeitpflege optimal nutzen

Egal ob mit oder ohne Pflegegrad:

Scheuen Sie sich nicht, das Angebot der Kurzzeitpflege zu nutzen. Wenn Sie sich rechtzeitig und gut informieren, ist die Gefahr gering, dass Sie an eine schlechte Einrichtung geraten. Am besten sammeln Sie alle Informationen, bevor der Notfall eintritt, damit Sie dann schnell handeln können. Eine Kurzzeitpflege-Einrichtung finden Sie über die Pflegefinder der Krankenkassen. Bei der Entscheidung helfen:

- Auswahl.** Wenn Sie mehrere potentielle Anbieter gefunden haben, fragen Sie, ob es Angebote speziell für Kurzzeitpflege-Bewohner gibt. Das können zum Beispiel Hilfen zur Mobilisation oder aktivierende Pflege sein. Achten Sie darauf, dass auf individuelle Wünsche und Bedürfnisse eingegangen wird, auch wenn Ihr Angehöriger nur für einige Tage oder Wochen bleibt.
- Einblick.** Durch die Kurzzeitpflege können Pflegebedürftige einen Einblick in das Alltagsleben in einer Pflege-Einrichtung gewinnen. Das kann helfen, Vorurteile abzubauen.

Außerdem haben sie danach eine genauere Vorstellung davon, welche Angebote ihnen bei einem dauerhaften Umzug wichtig wären.

- Länge.** Jeder Versicherte hat pro Jahr Anspruch auf maximal acht Wochen Kurzzeitpflege. Über den Jahreswechsel ist es theoretisch möglich, für bis zu 16 Wochen am Stück einen Kurzzeitpflege-Platz zu nutzen. Zusätzlich lässt sich der Anspruch auf Verhinderungspflege umwidmen (siehe S. 132).
- Ferien.** In den Schulferien sind die Kurzzeitpflege-Plätze besonders begehrt. Wenn Sie wissen, dass Sie dann einen Platz brauchen, reservieren Sie nach Möglichkeit vorher.
- Übergang.** Wenn absehbar ist, dass jemand dauerhaft in eine Pflege-Einrichtung einziehen wird, nutzen Sie die Kurzzeitpflege als Übergang. Beziehen Sie parallel noch die anderen ambulanten Leistungen und schöpfen Sie die Ansprüche aus, bevor auf den stationären Leistungsbetrag umgestellt wird.

sich eine längere Pflegebedürftigkeit abzeichnet, ist dafür egal. Wenn die Pflege zu Hause (vorerst) nicht möglich ist, darf man die Kurzzeitpflege ohne Pflegegrad nutzen. Wenn allerdings ein Angehöriger die Pflege des Patienten zu Hause übernehmen könnte, muss er das auch tun. Zur Entlastung der Familie lässt sich die Kurzzeitpflege ohne Pflegegrad nämlich nicht nutzen.

Sind die Voraussetzungen für die Kurzzeitpflege ohne Pflegegrad erfüllt, gibt es ei-

nen Zuschuss von der Krankenkasse. Dann geht diese davon aus, dass der Gesundheitszustand des Patienten sich im Laufe der Kurzzeitpflege wieder verbessert. Wird nach einigen Wochen ein Pflegegrad ausgestellt, übernimmt die Pflegekasse ab diesem Zeitpunkt die Finanzierung. Sollte kein Kurzzeitpflege-Platz frei sein, haben Patienten einen Anspruch auf die sogenannte Übergangspflege im Krankenhaus. Der Anspruch besteht für maximal zehn Tage.

Langfristige stationäre Pflege

Wenn die Pflege zu Hause nicht (mehr) dauerhaft möglich ist, ziehen Pflegebedürftige meist in eine stationäre Einrichtung. Mit etwas Planung finden Sie ein gutes Pflegeheim.

 **Unter dem Begriff „stationäre Pflege-Einrichtung“ verstehen die meisten Menschen ein Heim.** Tatsächlich sind klassische Pflegeheime nach wie vor die häufigste Wohnform für Menschen, die eine dauerhafte Betreuung und pflegerische Versorgung brauchen. Allerdings gibt es auch andere Wohnformen mit stationärer, teilstationärer oder ambulanter Pflege, die mehr Freiheiten erlauben und eher einem Wohnen in den eigenen vier Wänden entsprechen. Näheres dazu lesen Sie unter „Alternativen zum Pflegeheim“ ab S. 142.

Zunächst ist es aber für die meisten Familien sinnvoll, sich über den aktuellen Stand des klassischen Pflegeheims zu informieren. Denn die Wohnverhältnisse verändern sich laufend. Das liegt zum einen daran, dass es mehr Anbieter gibt, die in Konkurrenz zueinander getreten sind und die regelmäßig miteinander verglichen werden. Dadurch ist die allgemeine Versorgungsqualität gestiegen. Zum anderen schreibt der Gesetzgeber regelmäßig neue Regelungen vor. So gibt es mittlerweile eine hohe Einzelzimmerquote und mehr Personal.

Gut zu wissen

In fast allen Pflegeheimen ist es möglich, als Besucher zum Mittagessen, Kaffeetrinken oder Abendbrot zu kommen. Das hat nicht nur den Vorteil, dass die Heimbewohner soziale Kontakte beibehalten können – sie haben auch schon vor dem Einzug die Möglichkeit, die Stimmung im Heim zu testen, indem sie dort gelegentlich essen. So fällt die Wahl eines geeigneten Pflegeheims leichter. Außerdem ist der Umzug eine weniger große Umstellung, wenn die pflegebedürftige Person die Abläufe der Mahlzeiten bereits kennt.

Längst arbeiten nicht nur Pflegekräfte, sondern auch Hilfspersonal in den Heimen, die sich auch um Betreuung im Sinne von Freizeitgestaltung kümmern. Das wertet den Alltag für alle Bewohner auf. Auch der Mangel an Pflegekräften kann dank Hilfskräften etwas abgemildert werden.

Die individuelle Wohnsituation hat sich ebenfalls verbessert. Einzelzimmer mit Balkonen und die Möglichkeit, alles weitestgehend nach den eigenen Wünschen einzurichten, sind keine Seltenheit mehr. Oft gibt es einen Garten, den die Bewohner gemeinsam nutzen, und es werden Aktionen angeboten, wie Singkreise, Bastelnachmittle-

Turngruppen oder Gottesdienste. An den Mahlzeiten können auch Außenstehende teilnehmen, sodass ein soziales Miteinander von Heimbewohnern, Angehörigen und anderen Besuchern möglich ist.

Was zahlt die Pflegekasse?

Ein Pflegegrad ist nicht zwingend Voraussetzung, um in einem Pflegeheim zu wohnen. Doch viele Menschen ziehen erst ins Pflegeheim, wenn es zu Hause nicht mehr geht. Daher ist ein Pflegegrad eher die Regel als die Ausnahme für Bewohner eines Pflegeheims. Hinzu kommt, dass es nur dann Geld von der Pflegekasse gibt, wenn ein Pflegegrad vorliegt. Diese finanzielle Unterstützung brauchen die meisten Bewohner, denn die Rundum-Versorgung im Pflegeheim ist deutlich teurer als das Leben in einer Privatwohnung mit ambulanter Pflege.

Wenn Ihr Angehöriger aus akuten Gründen ins Pflegeheim kommt, etwa im Zuge der Kurzzeitpflege, ist die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit auch dort möglich. Der Gutachter vom MDK oder von Medicproof kommt dann ins Heim und führt vor Ort die Befragung und alle nötigen Übungen durch. Welche das sind, lesen Sie ausführlich im Abschnitt „Den Pflegegrad ermitteln“ ab S. 34. In solchen akuten Situationen muss die Pflegeversicherung besonders schnell reagieren. Binnen zwei Wochen muss der Gutachter kommen und einen Pflegegrad vorschlagen. Die Leistungen gibt es dann rückwirkend ab dem Tag der Antragstellung.

Die Gesamtkosten für das Wohnen im Pflegeheim setzen sich – je nach Bundesland – aus zwei bis vier Kostenpunkten zusammen:

- ▶ Pflege und Betreuung
- ▶ Unterkunft und Verpflegung
- ▶ gegebenenfalls Investitionskosten (zum Beispiel für Instandhaltung)
- ▶ gegebenenfalls Ausbildungsumlage

Die Pflegekasse beteiligt sich lediglich an den Kosten für Pflege und Betreuung. Ab Pflegegrad 2 übernimmt die Kasse monatlich bis zu

- ▶ 770 Euro in Pflegegrad 2
- ▶ 1262 Euro in Pflegegrad 3
- ▶ 1775 Euro in Pflegegrad 4
- ▶ 2005 Euro in Pflegegrad 5

Die restlichen Pflegekosten sowie alle Kosten der Punkte 2 bis 4 müssen Bewohner grundsätzlich selbst bezahlen. Das ist der sogenannte Einrichtungseinheitliche Eigenanteil (EEE). Dieser ist für Pflegebedürftige mit den Pflegegraden 2 bis 5 innerhalb eines Heims gleich. Denn er wird mit einer speziellen Formel berechnet und setzt sich aus der Anzahl der Bewohner und deren Pflegebedürftigkeit zusammen.

Wie hoch die Gesamtkosten ausfallen, ist sehr unterschiedlich. Im Durchschnitt zahlen Pflegeheimbewohner in Deutschland im Jahr 2021 insgesamt 2 068 Euro pro Monat aus eigener Tasche, davon 831 Euro Pflegekosten. Die Unterschiede zwischen den

Bundesländern sind jedoch immens. Im günstigsten, in Sachsen-Anhalt, betragen die Gesamtkosten nur 1465 Euro, im teuersten Bundesland NRW sind es 2 460 Euro.

Noch teurer wird es für Menschen mit Pflegegrad 1. Denn für sie wird der Monatsbeitrag anders berechnet. Und sie erhalten lediglich einen pauschalen Zuschuss von 125 Euro pro Monat als Entlastungsbetrag.

Der Monatsbeitrag für das Heim berechnet sich für Pflegegrad 1 laut Gesetz wie folgt:

(EEE des Heims + 770 €) x 0,78

Da sich immer weniger Menschen diese hohen monatlichen Kosten leisten können, aber auch eine Versorgung zu Hause nicht immer möglich ist, hat die Bundesregierung mit der kleinen Pflegereform 2021 eine Entlastung für Pflegeheimbewohner beschlossen. Die Pflegekasse übernimmt nun einen Teil des Eigenanteils der Pflegekosten. Dieser Anteil steigt an, je länger jemand im Pflegeheim lebt, und beträgt

- ▶ 5 % im ersten Jahr
- ▶ 25 % im zweiten Jahr
- ▶ 45 % im dritten Jahr
- ▶ 70 % ab dem vierten Jahr

Für den Durchschnittsbürger bedeutet das: Von den monatlich 831 Euro Eigenanteil Pflegekosten übernimmt die Kasse im ersten Jahr 41,55 Euro, im zweiten Jahr 207,75 Euro, im dritten Jahr 373,95 Euro und ab dem vierten Jahr im Heim 581,70 Euro.

Um diese stationären Zuschüsse bewilligt zu bekommen, müssen die Pflegebedürftigen nachweisen, dass eine Versorgung zu Hause nicht (mehr) möglich war. Denn in Deutschland gilt der Grundsatz „ambulant vor stationär“. Wie genau definiert ist, ab wann die Pflege zu Hause nicht mehr möglich ist, lesen Sie unter „Kurzfristige stationäre Pflege“, ab S. 131.

Können Heimbewohner die Kosten nicht aus Einkommen und Vermögen stemmen, springt das Sozialamt auf Antrag ein. Lebt zeitgleich noch ein Partner zu Hause, steht diesem dann nur noch ein gedeckelter Anteil des gemeinsamen Einkommens zum Leben zu. Angehörige müssen nur dann einen Teil der Kosten übernehmen, wenn sie sehr viel verdienen (siehe S. 48).

Ein gutes Pflegeheim finden

In Deutschland sind Pflegeheime nahezu flächendeckend vertreten. Doch die Qualität der Pflege und Ausstattung ist sehr unterschiedlich. Auch die Kosten variieren je nach Region stark. Wenn Sie ein gutes Pflegeheim aussuchen wollen, das besonders zu den Wünschen und Bedürfnissen Ihres Angehörigen passt, braucht das etwas Zeit (siehe Checkliste ab S. 138).

Eine erste Orientierung können die Bewertungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) bieten. Er prüft jedes Pflegeheim regelmäßig nach einem festgelegten System und veröffentlicht anschließend einen Transparenzbericht.

Nach Pflegeheimen in Ihrer Nähe samt Bewertung können Sie in den Pflegefindern der Krankenkassen oder bei der unabhängigen Webseite „Weisse Liste“ suchen unter:

- ▶ www.pflegelotse.de
- ▶ pflegefinder.bkk-dachverband.de
- ▶ www.pflege-navigator.de
- ▶ www.weisse-liste-pflege.de

Viele Pflegeheime bieten jedem Bewohner ein Einzelzimmer mit Toilette und eigenem Badezimmer. Für Neubauten gilt sogar eine hohe Einzelzimmerquote je nach Bundesland. Für Paare stehen oft Apartments zur Verfügung. Beide Varianten können Sie meist individuell einrichten. Das macht es vielen Menschen leichter, sich im Heim auch zu Hause zu fühlen. Nur bei Bedarf wird ein Pflegebett organisiert. Das ist höhenverstellbar und der Lattenrost lässt sich individuell einstellen. So ist die Arbeit für das Pflegepersonal einfacher und das Liegen bequemer. Es ist allerdings recht teuer. Erkundigen Sie sich bei Bedarf nach einem Zuschuss bei der Pflegekasse oder nach der Möglichkeit, es von der Kranken- oder Pflegekasse leihweise zu bekommen.

In einigen Pflegeheimen gibt es auch (noch) Doppelzimmer. Wenn Ihr Angehöriger gerne seine Ruhe genießt, sollten Sie darauf achten, dass er nach Möglichkeit kein solches Zimmer bekommt. Allerdings gibt es auch ältere Menschen, die in der letzten Zeit in den eigenen vier Wänden oft unter Einsamkeit litten. Für diese kann es ein Vor-

teil sein, sich im Heim ein Zimmer mit einer anderen Person zu teilen, sofern sich die beiden gut verstehen. Bei einer noch nicht zu stark fortgeschrittenen Demenz kann regelmäßiger Kontakt sogar die Fähigkeiten häufig noch einmal verbessern. Daher muss ein Doppelzimmer nicht grundsätzlich eine schlechte Wahl sein.

Wenn Sie sich für ein Heim entschieden haben und dort noch ein Platz frei ist, schließen Sie einen Heimvertrag ab. Damit dieser Vertrag nicht zu Ungunsten des zukünftigen Bewohners gestaltet wird, ist dieser durch das Gesetz besonders geschützt. So haben Pflegebedürftige und Ihre Angehörigen ein Recht darauf, sämtliche Informationen über das Heim vor Vertragsabschluss zu erhalten. Dazu gehören die folgenden Auskünfte:

- ▶ Angaben über Lage und Ausstattung
- ▶ Beschreibungen des Einzelwohnraums und der Gruppenräume
- ▶ Details zu den möglichen Pflege- und Betreuungsleistungen
- ▶ Auskunft über die Qualitätsprüfung des MDK (siehe Checkliste rechts)
- ▶ Informationen zu den Kosten, aufgeschlüsselt nach Eigenanteil für Pflege und Betreuung, Kosten für Wohnraum, Verpflegung und gegebenenfalls Investitionskosten und Ausbildungskosten

Damit ein Anbieter nicht vorher mehr verspricht, als er anschließend bieten kann, ist er gesetzlich dazu verpflichtet, sich an seine Beschreibungen zu halten. Das gilt auch für den Fall, dass im Vertrag andere Angaben stehen. Selbst wenn Sie einen Vertrag mit

Checkliste

Ein gutes Pflegeheim finden

- Vorbereitung.** Legen Sie nach Möglichkeit gemeinsam mit dem Pflegebedürftigen persönliche Anforderungen an das Pflegeheim fest. Entscheidend sind in der Regel die Lage, Ausstattung, Kosten, allgemeine Versorgung und Freizeitgestaltung. Notieren Sie die Ergebnisse. Die Pflegeheim-Checkliste der Weissen Liste kann dabei eine gute Hilfe sein. Sie finden sie unter www.weisse-liste-pflege.de.
- Orientierung.** Suchen Sie im Internet nach Pflegeheimen in der Umgebung. Das können Sie über die Pflegefinder der Krankenkasse tun.

Fast jedes Heim hat eine Webseite mit Informationen und Fotos. Die Internetrecherche hat den Vorteil, dass Sie sich alles in Ruhe ansehen und prüfen können, welche Heime zu Ihren Vorstellungen passen. Alternativ oder zusätzlich können Sie sich beim Pflegeberater, in Wohlfahrtsverbänden, in der Gemeindeverwaltung oder beim Sozialamt erkundigen. Auch die Sozialstationen in Kliniken helfen weiter.

- Bewertung.** Seit Ende 2019 gilt ein neues Bewertungssystem. Um die Versorgungsqualität vergleichen zu können, prüft der MDK jedes Heim anhand von 20 Fragen aus fünf Bereichen. Dazu zählt etwa die Unterstützung beim Essen und Trinken und bei der Medikamenteneinnahme, ein eventuell notwendiges Schmerzmanagement, die nächtliche Versorgung oder die Unterstützung von Bewohnern mit herausforderndem Verhalten. Das Ergebnis wird in den Pflegefindern angezeigt und muss auch im jeweiligen Heim aushängen. Der Vergleich erfordert mehr Zeit als bei den früheren Pflegogenoten, dafür ist er realistischer.
- Infomaterial.** Wenn Sie eine Vorauswahl getroffen haben, rufen Sie

in den Heimen an und lassen Sie sich schriftliche Infomaterialien zuschicken. Besonders wichtig sind Versorgungskonzept und Hausordnung. Damit können Sie die Auswahl weiter eingrenzen.

- Besuchstermin.** Vereinbaren Sie einen Termin, um sich den oder die Favoriten gemeinsam anzusehen. Sprechen Sie nach Möglichkeit mit der Heimleitung, dem Personal, einigen Bewohnern und deren Angehörigen. Nehmen Sie dazu Ihre Liste mit persönlichen Wünschen mit und fragen Sie nach Details. Wenn Sie sich schon vorher einen Eindruck verschaffen wollen, gehen Sie zum Mittagessen oder Kaffee-trinken in die Einrichtung.
- Probewohnen.** In den meisten Pflegeheimen kann man mittlerweile für einige Tage zur Probe wohnen. Wird das nicht angeboten, kann ein Pflegebedürftiger meist für eine oder mehrere Wochen im Zuge der Kurzzeitpflege einziehen. Eine der Möglichkeiten sollte Ihr Angehöriger nutzen. Es ist der beste Weg, um herauszufinden, ob er sich mit der Qualität der Versorgung, den Mitbewohnern und der allgemeinen Atmosphäre wohlfühlt.

schlechteren Bedingungen unterschreiben, können Sie im Nachhinein die vorher versprochenen Leistungen einfordern. Das ist allerdings mit Aufwand verbunden. Um diesen zu vermeiden, sollten Sie einen Heimvertrag genau prüfen, bevor Ihr Angehöriger ihn unterschreibt (siehe Checkliste „Den Heimvertrag prüfen“ auf S. 141) und gegebenenfalls direkt Verbesserungen einfordern.

Unabhängig vom Vertrag ist jedes Heim verpflichtet, sich um jeden Bewohner auch dann weiterhin zu kümmern, wenn sich dessen Zustand verschlechtert. Pflege und Betreuung müssen stets gewährleistet sein, sofern nicht das vollständige Pflegekonzept dafür umgestellt werden muss. Eine Ausnahme besteht, wenn im Vertrag festgelegt ist, dass das Heim auf bestimmte Krankheiten oder Versorgungen nicht eingestellt ist. Das kann zum Beispiel der Fall sein, wenn ein Pflegebedürftiger ins Wachkoma fällt oder dauerhaft beatmet werden muss. In solchen Fällen kann die Heimleitung Sie bitten, Ihren Angehörigen in ein anderes Heim oder eine Klinik zu verlegen, wo die notwendige Versorgung sichergestellt werden kann.

Die Kündigungsregeln sind generell sehr verbraucherfreundlich. Die Bewohner dürfen den Vertrag binnen weniger Wochen kündigen, wenn sie nicht zufrieden sind. Stirbt der Pflegebedürftige, endet der Vertrag sofort. Das Heim hingegen kann den Vertrag nur unter ganz bestimmten Bedingungen beenden. Das ist zum Beispiel der Fall, wenn der Betreiber das Heim schließt

oder der Pflegebedürftige seine Zahlungen über mehrere Monate hinweg nicht leistet. Angehörige dürfen in diesem Fall nicht als Bürgen in die Pflicht genommen werden. Auch wenn ein Bewohner sich weigert, sich in einen höheren Pflegegrad einstufen zu lassen, obwohl der Pflegebedarf deutlich gestiegen ist, kann das Heim den Vertrag kündigen. Zu guter Letzt muss sich der Pflegebedürftige an die Hausordnung halten. Wenn er beispielsweise mehrfach das Personal angegriffen und verletzt hat und es dafür keine triftigen, krankheitsbedingten Gründe gibt, darf das Heim ebenfalls eine Kündigung aussprechen.

Alternative Streitbeilegung

Wer im Nachhinein rechtswidrige Formulierungen im Vertrag entdeckt und durch ein Gespräch keine Besserung erzielen konnte, hat jederzeit das Recht zu klagen. Das ist aber den meisten zu aufwendig. Seit dem 1. April 2016 gibt es daher einen weiteren Weg: Mithilfe der Allgemeinen Verbraucherschlichtungsstelle haben Sie die Möglichkeit, einen Vertragsstreit mit einem Pflegeheim außergerichtlich zu lösen.

Wenn Sie beispielsweise im Nachhinein feststellen, dass im Vertrag Leistungen nicht auftauchen, die Ihnen vorher versprochen wurden, können Sie das „Zentrum für Schlichtung“ einschalten. Dessen Mitarbeiter nehmen dann Kontakt zum Pflegeheim auf und versuchen eine außergerichtliche Einigung zu erzielen. Das kann zum Beispiel

Checkliste

Den Heimvertrag prüfen

Die Bedingungen von Heimverträgen sind sehr verbraucherfreundlich gestaltet. Dennoch sollten Sie einen Vertrag darauf prüfen, ob er diese Regeln auch einhält. Das kann bei 50 oder mehr Seiten zwar mühselig sein, doch meistens lohnt es sich. Und es gibt Hilfe.

- Informationen vergleichen.** Sie haben ein Recht darauf, sämtliche Informationen über das Heim und dessen Pflegekonzept im Vorhinein zu erhalten. Nehmen Sie den Heimvertrag mit nach Hause und überprüfen Sie, ob darin andere Punkte genannt sind als in Infobroschüren oder auf der Webseite. Auch wenn Ihnen ein direkter Gartenzugang versprochen wurde und im Vertrag ein Zimmer im zweiten Stock steht, ist das nicht zulässig. Haken Sie bei Widersprüchen nach.
- Juristischen Rat suchen.** Die Bundesinteressenvertretung für alte und pflegebedroffene Menschen, kurz BIVA, ist ein guter und günstiger Ansprechpartner. Deren Juristen beraten ihre Mitglieder telefonisch, per Mail oder Post und überprüfen Heimverträge. Eine Jahresmitgliedschaft ist für jeden möglich und kostet 48 Euro. Beratungen sind dann kostenlos. Eine individuelle Vertragsprüfung kostet 60 Euro extra. Details dazu finden Sie unter www.biva.de/beratungsdienst. Auch manche Verbraucherzentralen bieten eine passende Beratung an. Details finden Sie unter www.verbraucherzentralen.de.
- Vertrag kündigen.** Wenn Sie ein besseres Heim oder eine andere Wohnform gefunden haben, können Sie einen Heimvertrag recht kurzfristig kündigen. Meist geht das binnen eines Monats. Die Details sind im Vertrag genannt. Stirbt Ihr Angehöriger, endet der Vertrag automatisch. Sie haben dann eine gewisse Frist, um die persönlichen Dinge des Verstorbenen abzuholen. Für deren Aufbewahrung dürfen die Heime allerdings ein Entgelt verlangen. Achten Sie bei Vertragsabschluss darauf, dass weder die Frist zu kurz noch die Aufbewahrungs-pauschale zu hoch ist.

so aussehen, dass der Vertrag in Ihrem Sinne geändert wird. Eine offizielle Schlichtungsstelle kann in solchen Situationen oft mehr bewirken als ein Gespräch vor Ort während des Alltagsgeschehens.

Das Recht auf diesen Schlichtungsweg lässt sich auch auf andere Wohnformen mit Pflege anwenden. Entscheidend ist, dass es einen Vertrag gibt, in dem ein Unternehmer an einen Verbraucher Wohnraum vermietet und gleichzeitig Pflege leistet. Heime oder

andere Unternehmen sind allerdings nicht verpflichtet, sich auf die Schlichtung einzulassen. Wenn sie nicht mit der Schlichtungsstelle zusammenarbeiten wollen, müssen sie das aber vorher schriftlich deutlich machen. Dann bleibt Ihnen bei Beschwerden nur der Gang vors Gericht. Diese Option haben Sie im Übrigen immer. Falls Sie sich im Zuge der Schlichtung nicht einig werden, können Sie klagen. Mehr Infos dazu finden Sie unter www.verbraucher-schlichter.de.

Alternativen zum Pflegeheim

Neben klassischen Pflegeheimen etablieren sich zunehmend betreute Wohnkomplexe, Hausgemeinschaften und Pflege-WGs. Hier erfahren Sie, welche Wohnform sich für wen eignet.

 **Je mehr Pflegebedürftige** es gibt, desto mehr alternative Wohnformen mit Pflege etablieren sich. Mittlerweile gibt es längst nicht mehr nur die Wahl zwischen „Zuhause wohnen bleiben“ und Pflegeheim, sondern ganz viele Varianten dazwischen. Vergleichsweise bekannt und teils sogar explizit von der Pflegekasse unterstützt sind das betreute Wohnen, die Pflege-WG und die stationäre Hausgemeinschaft. Auch das Mehrgenerationen-Wohnen wird immer beliebter. Die Angehörigen können sich bei allen Varianten mehr einbringen als in den

Heimalltag, um Betreuung und Freizeit nach den Wünschen und Anforderungen der Pflegebedürftigen zu gestalten.

Betreutes Wohnen

Früher verstanden viele Leute unter betreutem Wohnen abgeschlossene Wohngemeinschaften für geistig eingeschränkte Personen. Heutzutage bedeutet betreutes Wohnen, dass ein oder zwei ältere Menschen eine barrierearme 1- bis 3-Zimmer-Wohnung in einem großen Wohnkomplex anmieten und individuelle Unterstützungsleistungen



Die Wahlleistungen können beim betreuten Wohnen manchmal ausschließlich als Pakete gebucht werden. Achten Sie vor dem Abschluss eines Vertrags darauf, wie flexibel Sie die Wahlleistungen handhaben können. Wenn jemand lediglich Hilfe beim Putzen braucht, den Wasch- und Einkaufsservice aber ebenfalls mitbuchen und bezahlen muss, kann dadurch viel Geld verloren gehen.

dazubuchen. Manche Wohnungen in betreuten Anlagen kann man auch kaufen. Diese Wohnform ist eher für vergleichsweise selbstständige Senioren gedacht und heißt deshalb auch „Wohnen mit Service“. Ein Grundservice steht normalerweise allen Bewohnern zur Verfügung und besteht aus:

- ▶ Hausmeisterservice
- ▶ Gemeinschaftsräumen
- ▶ Informationen zu Freizeitangeboten
- ▶ Beratung bei Bedarf durch eine Betreuungsperson vor Ort
- ▶ hauseigenem Hausnotrufsystem
- ▶ Vermittlung und Organisation von Hilfsdiensten und Pflegeleistungen

Je nach Bedarf können Pflege- und Unterstützungsleistungen hinzugebucht werden. Zu den Wahlleistungen zählen oft:

- ▶ Hilfe beim Putzen, bei der Wäsche und/oder beim Einkaufen
- ▶ Fahr- und Bringdienste
- ▶ Besuchs- und Begleitdienste
- ▶ Essensservice, entweder als Essen auf Rädern oder als Gemeinschaftsmahlzeit
- ▶ ambulante Pflege

Betrieben wird die Anlage in der Regel von einem eigenständigen Anbieter oder einem Pflegedienstleister. Die Größe variiert stark. Manchmal gibt es nur wenige betreute Wohnungen in einem Haus, mitunter leben aber auch mehrere Dutzend Mieter in einem betreuten Wohnkomplex. Entsprechend unterschiedlich ist auch das Gelände. Manchmal gibt es eine Terrasse mit kleinem Garten, manchmal einen eigenen Park mit Ententeich, Friseur und Café.

Ob die Wohnungen möbliert sind oder selbst eingerichtet werden können, hängt ebenfalls vom Anbieter ab. Die Pflege und Betreuung werden entweder von hauseigenen Ärztinnen, Ärzten und Pflegekräften übernommen oder es gibt eine Kooperation mit einem Pflegeheim oder Pflegedienst in der Nähe. Neben größeren Wohnkomplexen für betreutes Wohnen befindet sich häufig auf dem gleichen Gelände noch ein Pflegeheim des selben Betreibers. Wenn die Bewohner irgendwann mehr Unterstützung im Alltag brauchen, als der Service leisten kann, können sie relativ unkompliziert nach nebenan umziehen.

Alternative Wohnformen mit Pflege im Vergleich

Um sich für die passende Wohnform zu entscheiden, hilft ein Blick auf die Details.

	Betreutes Wohnen	Pflege-WG	Stationäre Hausgemeinschaft
geeignet für	alleinstehende Senioren oder Paare, die noch relativ selbstständig sind und sich nicht scheuen, evtl. erneut umzuziehen, falls sie mehr Pflege brauchen	Demenzkranken; alleinstehende Senioren, die gerne Gesellschaft haben, konfliktfähig und kompromissbereit sind	alleinstehende Senioren, die viel Hilfe brauchen, aber gerne „wie zu Hause“ wohnen wollen
Anzahl der Bewohner	unterschiedlich, teils mehr als 12 pro Komplex	3 bis 8 pro WG	8 bis 12 pro Wohneinheit, u. U. mehrere Hausgemeinschaften unter einem Dach
Art der Wohnung	1 bis 3 Zimmer mit Küche und Bad; zusätzlich Hauswirtschafts- und Gemeinschaftsräume; ggf. Garten oder Park mit Café, Friseur etc.	1 Zimmer; Bad, Küche und Wohnzimmer zusammen; ggf. Garten oder Terrasse	1 bis 2 Zimmer mit Bad; Küche und Wohnzimmer zusammen, zusätzlich Hauswirtschaftsräume; ggf. Garten oder Terrasse
Gelände	unterschiedlich, teils zusammen mit Pflegeheim	meist keins	teils zusammen mit Pflegeheim
Hilfe und Pflege	Hilfe und Pflege nach Bedarf vom eigenen oder ambulanten Pflegedienst, 24-Stunden-Betreuung durch Präsenzkräfte unüblich	privat: Hilfe von Angehörigen oder Haushaltshilfe, Pflege nach Bedarf vom ambulanten Pflegedienst professionell: Hilfe / Pflege nach Bedarf vom ambulanten Pflegedienst, 24-Stunden-Betreuung durch Präsenzkräfte möglich	Hilfe und Pflege nach Bedarf vom ambulanten Pflegedienst, 24-Stunden-Betreuung durch Präsenzkräfte möglich

	Betreutes Wohnen	Pflege-WG	Stationäre Hausgemeinschaft
Freizeitgestaltung	selbst organisiert	selbst organisiert	selbst organisiert und/oder durch Präsenzkräfte
Mitarbeit Angehörige	u. U. viel Hilfe nötig, wenn diese nicht bezahlt werden soll oder kann, individuelle Freizeitgestaltung nötig	privat: u. U. viel Hilfe im Haushalt und bei der Freizeitgestaltung nötig professionell: Hilfe und Freizeitgestaltung möglich	wenig Hilfe nötig, individuelle Freizeitgestaltung möglich
ungefähre Kosten	400 bis 1200 € Miete + 200 bis 300 € Haushaltsgeld + Hilsleistungen + Pflege	200 bis 600 € Miete + 200 bis 400 € Haushaltsgeld + Pflege	500 bis 900 € Miete + 200 bis 400 € Haushaltsgeld + Pflege + ggf. Investitionskosten
Geld von der Pflegekasse	i.d.R. ambulante Leistungen (Lstg.): Sachleistung + Entlastungsbetrag + ggf. Hilfsmittel + ggf. Umwandlung von Sachleistungen in Entlastungsbetrag	ambulante Lstg.: Sachlstg. + Entlastungsbetrag + Lstg. für Pflegebedürftige in ambul. Wohngruppen + ggf. Hilfsmittel + ggf. Umwandlung von Sachlstg. in Entlastungsbetrag	stationäre Leistungen: Leistungsbetrag + ggf. Hilfe für behinderte Menschen in stationären Einrichtungen

Für die Freizeitgestaltung gibt es meist einen oder mehrere Aufenthaltsräume, in denen sich die Bewohner treffen können, wenn sie Lust auf Gesellschaft haben. Aktionen sind grundsätzlich freiwillig und werden von den Bewohnerinnen und Bewohnern selbst gestaltet. Auch Besuch hat in der Regel Zutritt. Die genaue Ausgestaltung hängt vom Anbieter ab, da es nur wenige feste Regeln für das betreute Wohnen gibt.

Der Vorteil dieser Wohnform ist zum einen, dass die Hilfe im Alltag relativ spontan an die persönliche Entwicklung angepasst werden kann. Zum anderen ist es möglich, sowohl eigenständig zu leben als auch die Gesellschaft anderer Bewohner zu suchen. Außerdem sind die Wohnungen barrierearm und mit bestimmten Sicherheitsmechanismen ausgestattet. So haben betreute Wohnkomplexe in der Regel ein eigenes Hausnotrufsystem. Sollte einem der Bewoh-

ner etwas passieren, kann er aus jedem Raum – sowohl innerhalb der eigenen vier Wände als auch im Rest des Hauses – einen Notknopf erreichen. Die Hausverwaltung koordiniert dann die nötige Hilfe.

Die Kosten für das Wohnen mit Betreuung sind stark von der Region, der Größe und Ausstattung der Wohnung sowie den genutzten Betreuungsangeboten abhängig. Generell sind sie eher etwas höher als der örtliche Mietspiegel, weil der Grundservice mitfinanziert wird. Der stationäre Leistungsbetrag von der Pflegekasse kann in der Regel nicht zur Finanzierung genutzt werden. Denn die meisten Anlagen gelten nicht als Pflegeheim, sondern es handelt sich um eigenständiges Wohnen mit ambulanter Pflege. Wenn Sie sich für das betreute Wohnen interessieren und mehrere Anbieter in Frage kommen, sollten Sie daher nicht nur Lage, Ausstattung und Preise, sondern auch die mögliche Finanzierung vergleichen.

Die Luxusklasse beim betreuten Wohnen sind die Seniorenresidenzen oder Seniorenstifte. Dort umfasst der Grundservice meist deutlich mehr Leistungen – etwa ein hauseigenes Schwimmbad, regelmäßige Konzerte im hauseigenen Konzertsaal, mehrere Restaurants und einen großen Park. Dementsprechend teurer ist auch die Servicepauschale. Je nach gebuchten Unterstützungs- und Pflegeleistungen kommen je nach Lage und Ausstattung monatlich schnell mehrere Tausend Euro Eigenanteil zusammen.

Gut zu wissen

Betreute Wohnkomplexe fallen nur manchmal unter das Heimgesetz. Wenn Pflege und Betreuung unabhängig vom Wohnraum angeboten werden, sind die Einrichtungen nicht mit Heimen gleichgesetzt und freier in der Gestaltung. Hochwertige Anlagen lassen sich manchmal nach DIN 77800 bescheinigen, dass sie die Anforderungen an „Betreutes Wohnen für ältere Menschen“ erfüllen. Das Zertifikat ist aber teuer. Es wird zurzeit überarbeitet, um eine breitere Akzeptanz zu finden. Fehlt es, muss das also kein Zeichen für eine schlechte Anlage sein. Manche sind stattdessen mit Qualitätssiegeln des jeweiligen Bundeslandes ausgestattet. Grundsätzlich ist es ratsam, erst einmal zur Probe zu wohnen und sich dann zu entscheiden.

Pflege-Wohngemeinschaft

Eine ebenfalls individuelle Form des Wohnens mit Unterstützung im Alltag ist die Pflege-Wohngemeinschaft. Ähnlich einer Studenten-WG haben meist drei bis acht Bewohner in einer Pflege-WG jeweils ein eigenes Zimmer. Die Küche, Wohn- und Esszimmer, Bäder und eventuell Haushaltsräume werden geteilt. Um den Haushalt kümmern

sich Angehörige oder eine Haushaltshilfe. Ein Pflegedienst kommt regelmäßig und übernimmt so viele Pflegetätigkeiten, wie die einzelnen Mitbewohner benötigen.

Auf diese Weise haben die Bewohner zwar nur einen kleinen Rückzugsraum, dafür aber besonders viel Kontakt untereinander und so viel Unterstützung wie nötig. Gerade für Demenzkranke oder Menschen, die ansonsten leicht vereinsamen würden, kann die Pflege-WG daher eine geeignete Wohnform sein. Gleichzeitig ist es oft die günstigste Variante, wenn jemand im Alltag regelmäßig Hilfe braucht. Das liegt an der geringen Miete und daran, dass es von der Pflegekasse einen monatlichen Extra-Zuschuss für WGs mit ambulanter Pflege gibt.

Allerdings erfordert das Leben in einer Pflege-WG auch ein hohes Maß an Rücksicht und Absprachen. Bevor Pflegebedürftige nach einer Pflege-WG suchen oder sich entschließen, eine solche zu gründen, sollten sie sich selbst fragen:

- ▶ Wie viel Nähe und wie viel Privatsphäre brauche ich?
- ▶ Kann ich Konflikte sachlich austragen, wenn es bei der Organisation zu Streitigkeiten kommt?
- ▶ Kann ich gut Kompromisse finden und damit dauerhaft gut leben?

Ist ein Pflegebedürftiger nicht mehr in der Lage, diese Fragen zu beantworten, sollten Sie als Angehörige versuchen, Antworten in seinem Sinne zu finden. Außerdem muss

Ihnen bewusst sein, dass das Leben in einer Pflege-WG auch von Ihnen als Angehörige mehr Mitarbeit erfordert als andere Wohnformen. Sie sollten etwa regelmäßig überprüfen, ob im Haushalt alles funktioniert, ob die Arbeit des Pflegedienstes reicht oder ausgebaut werden muss und – wenn es sich um eine rein privat organisierten WG handelt – weitere feste Zuständigkeiten im Alltag übernehmen.

→ **Heimrecht oder nicht?**

Pflege-WGs fallen manchmal unter das Heimrecht, häufig aber unter das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz. Welche Auswirkungen das hat, ist von der Organisationsstruktur und dem Bundesland abhängig. Dementsprechend müssen Pflege-WGs unterschiedliche Kriterien erfüllen, und sie unterliegen nur manchmal der Heimaufsicht. Erkundigen Sie sich daher im Pflegestützpunkt oder bei einem Wohlfahrtsverband nach den Regeln für Ihr Bundesland. Nur so wissen Sie, auf welche Besonderheiten Sie bei der Suche oder Gründung achten müssen.

Wenn Sie eine Pflege-WG für eine passende Variante halten, haben Sie zwei Möglichkeiten. Sie können sich für eine komplett privat organisierte oder eine professionell organisierte WG entscheiden. Beides hat Vor- und Nachteile.

Checkliste

Eine Pflege-WG gründen

- Mitbewohner finden.** Wenn es keine enge Freundesgruppe gibt, die im Alter zusammenziehen möchte, können Sie nach fremden Mitstreitern suchen. Achten Sie darauf, dass die zukünftigen Mitbewohner ähnliche Interessen und Wertvorstellungen haben. Das reduziert das Konfliktpotenzial. Auch Sie als Angehörige sollten gut miteinander klarkommen, da Sie den Alltag gemeinsam organisieren müssen.
- Ziele definieren.** Setzen Sie sich mit allen Beteiligten zusammen und schreiben Sie Ihre Vorstellungen über ein Leben in der Pflege-WG auf. Planen Sie dafür genug Zeit ein und klären Sie, wer welche Aufgaben im Pflege-Alltag übernehmen soll. Bestimmen Sie etwa je eine Person, die einkauft, die Finanzen regelt, Dinge repariert, den Garten pflegt, usw. Entscheiden Sie, wie oft und in welcher Form Sie einen Pflegedienst und Hilfsangebote nutzen wollen und wie Sie damit umgehen, wenn der Zustand der Bewohner sich verschlechtert. Können Sie sich nicht einigen, suchen Sie lieber erneut, als später jahrelang unter Streitigkeiten zwischen den Angehörigen zu leiden.
- Beratung nutzen.** Lassen Sie sich zusammen über die juristischen Feinheiten einer Pflege-WG beraten. Entsprechende Ansprechpartner finden Sie über Ihren Pflegestützpunkt oder einen Pflegebegleiter.
- Mietform klären.** Welche Optionen Sie dafür haben, sehen Sie im Kasten auf S. 151.
- Rechtsform klären.** Gründen Sie am besten eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts (siehe S. 149), um alle Belange im Pflege-Alltag organisieren zu können.
- Wohnraum suchen und anpassen.** Erst wenn die ersten fünf Punkte geklärt sind, sollten Sie nach einer passenden Wohnung oder einem Haus suchen. Sind Umbauten nötig, können Sie dafür die Fördergelder der Pflegekasse und der KfW (siehe „Fördermittel für Umbauten“, S. 78) nutzen.

► Privat organisierte WGs

In komplett eigenständig organisierten WGs lebt häufig eine Haushaltshilfe mit im Haus oder die Angehörigen helfen im Haushalt. Außerdem wird gemeinschaftlich ein Pflegedienst bestellt, der Pflegekräfte vorbeischickt und bei Bedarf dauerhafte Präsenzkräfte stellt. Diese Hilfskräfte sind nicht für die klassische Pflege zuständig, sondern leisten Hilfestellungen bei allen Kleinigkeiten im Alltag (siehe Kasten links). Bei Bedarf wechseln sich diese so ab, dass 24 Stunden an sieben Tagen pro Woche jemand vor Ort ist. Vor allem in Demenz-WGs ist es in der Regel nötig, dass am Tag zwei bis drei Pflege- und Hilfskräfte in mehreren Schichten und in der Nacht eine Pflegekraft in der WG sind, um die Bewohner zu betreuen. Werden diese von allen gemeinsam bezahlt, ist eine 24-Stunden-Betreuung deutlich besser zu finanzieren, als wenn eine Person die Kosten alleine tragen müsste.

Freizeitaktivitäten für die Pflegebedürftigen müssen in privat organisierten WGs von den Angehörigen geplant und organisiert werden, wenn die Bewohner selbst dazu nicht mehr in der Lage sind. Außerdem ist es üblich, dass die Angehörigen sich um anstehende Reparaturen, Anschaffungen und eventuell die Garten- oder Haustierpflege kümmern. Auch die Abrechnungen mit dem Pflegedienst und eine eventuell nötige Aufstockung der Leistungen müssen von den Angehörigen organisiert werden.

Eine private Pflege-WG kommt meist zu stande, wenn eine Person oder ein Paar ein Haus oder eine große Wohnung besitzt und diese(s) barrierearm umbaut. Ein Teil des Eigentums wird dann in Form einzelner Schlafzimmer vermietet. Ein großes Wohnzimmer und eine Wohnküche sind für alle. Meist gibt es mehrere Badezimmer, sodass sich idealerweise immer je zwei Personen ein barrierefreies Bad teilen. Teilweise gibt es noch ein separates Apartment, in das eine Haushaltshilfe einziehen kann.

Wenn Sie sich für eine privat organisierte Pflege-WG interessieren, gibt es verschiedene Möglichkeiten, eine bestehende Wohngemeinschaft zu finden. Klassische Wege wie ein Gesuch in der Zeitung oder ein Zettel am schwarzen Brett der Kirchengemeinde sind ein guter Anfang. Auch online gibt es einige Suchmöglichkeiten, die aber noch nicht flächendeckend bekannt sind. Einen Versuch wert sind

- ▶ wohnenab50.de,
- ▶ seniorenwg-gold.de und
- ▶ wg-gesucht.de (mit passendem Filter).

Hier können Sie nach bestehenden WGs oder Mitbewohnern suchen. Filtern lässt sich beispielsweise nach Senioren-WG oder Pflege-WG. Wichtig zu wissen ist: Eine Plus-WG bezeichnet eine Wohngemeinschaft von Menschen über 50, die explizit keine fremde Unterstützung wünschen. Für Pflegebedürftige ist die Plus-WG also ungeeignet.

Wollen Sie selbst eine WG gründen, ist auch das ohne große Probleme möglich. Allerdings erfordern Planung und Wohnraumsuche einiges an Zeit. Welche Details Sie beachten sollten, lesen Sie in der Checkliste „Eine Pflege-WG gründen“ auf S. 148.

→ Die passende Trägerform

Wenn Sie eine Pflege-WG gründen, sollten sich alle Angehörigen in einer Rechtsform zusammenschließen. Nur dann können Sie reibungslos gemeinsam einen Pflegedienst beauftragen. Die einfachste Form, die sich auch für eine Pflege-WG eignet, ist die Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR). Sie brauchen dafür keine Satzung oder eine Mindestanzahl an Mitgliedern. Theoretisch gründen Sie eine GbR automatisch, wenn Sie zusammen eine Dienstleistung nutzen. Es ist aber aus juristischen Gründen von Vorteil, schriftlich festzuhalten, wie Sie die Pflege-WG organisieren wollen, wer wozu berechtigt ist, wie Sie vorgehen wollen, wenn ein Mitbewohner stirbt, und wie Sie eine Kündigung oder Aufhebung der WG handhaben wollen. Bei Fragen wenden Sie sich an einen Pflegestützpunkt, eine Pflegeberatung oder einen Pflegebegleiter.

Ist ein Umbau nötig, um eine geeignete Pflege-WG zu erhalten, lassen sich dafür verschiedene Zuschüsse nutzen. Wer einen

Pflegegrad hat, kann für bauliche Maßnahmen pro Person bis zu 4 000 Euro erhalten. Maximal vier Personen dürfen ihre Zuschüsse für ein Bauprojekt kombinieren. Dies gilt für alle Pflegebedürftigen. Für eine neue ambulante Wohngruppe gibt es zusätzlich eine Anschubfinanzierung von bis zu 2 500 Euro pro Person. So können Sie beispielsweise ein nicht barrierefreies Haus umbauen oder eine Erdgeschosswohnung mit unpassender Zimmeranzahl oder -aufteilung für die Bewohner umgestalten.

Unabhängig vom Pflegegrad können Mieter und Eigentümer auch Fördergelder von der Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW) nutzen. Sie vergibt Zuschüsse von bis zu 6 250 Euro pro Wohneinheit für barriere-reduzierende Maßnahmen. Außerdem können Sie unabhängig von Ihrem Alter einen Kredit von maximal 50 000 Euro erhalten, um Wohnraum barrieararm umzubauen (siehe „Fördermittel für Umbauten“, S. 78).

Auch manche Kommunen und Bundesländer haben eigene Fördertöpfe. Fragen Sie danach bei Ihrem Pflegestützpunkt oder Pflegebegleiter vor Ort.

Um einen Zuschuss zu erhalten, muss dieser in der Regel bewilligt werden, bevor die Umbaumaßnahmen beginnen. Nicht alle Zuschüsse lassen sich kombinieren. Erkundigen Sie sich daher rechtzeitig nach möglichen Zuschüssen, holen Sie anschließend einen Kostenvoranschlag ein und lassen Sie die Handwerker erst beginnen, wenn

Sie wissen, ob und welchen Zuschuss Sie unter welchen Bedingungen erhalten.

► Professionell organisierte WGs

In den meisten Fällen sind Pflege-WGs nicht privat, sondern durch einen professionellen Träger organisiert. Das kann etwa ein Wohlfahrtsverband oder ein Pflegedienst sein. Dieser besorgt zunächst die Räumlichkeiten, baut sie im Bedarfsfall um und vermietet anschließend die Zimmer. Die Bewohner können dann gemeinsam entscheiden, wie viel Hilfe sie brauchen und bezahlen wollen. Der Anbieter des Pflegedienstes ist mit dem Vermieter aber oft bereits festgelegt.

Eine professionell organisierte Pflege-WG können Sie ebenfalls im Internet suchen. Die bekannteste Anlaufstelle ist die Webseite www.wohnen-im-alter.de. Wählen Sie den Reiter „Pflege im Heim & Pflege zuhause“ aus, klicken den Punkt „Senioren WG suchen“ an und geben die Postleitzahl ein. Ob Plätze frei sind, können Sie bei den WGs erfragen. Unter faw-demenz-wg.de/zimmerboerse lassen sich freie Zimmer in Demenz-WGs in Berlin, Brandenburg und Sachsen-Anhalt finden. Alternativ können Sie sich an Ihren Pflegestützpunkt vor Ort wenden und dort gezielt nach einer Pflege-WG beziehungsweise einer „ambulant betreuten Wohngemeinschaft“ fragen.

Stationäre Hausgemeinschaft

Diese Art des Wohnens wird manchmal als vierte Generation des Altenpflegeheims bezeichnet. Es handelt sich, wie der Name sagt,

3 OPTIONEN FÜR DEN MIETVERTRAG EINER WG

1 Einer der Bewohner ist Besitzer oder Hauptmieter und vermietet die Räume an Untermieter weiter. Das ist die erste von drei Optionen, eine private Pflege-WG zu gründen. Sie bedeutet viel Kontrolle für den Besitzer oder Hauptmieter und relativ wenig Mitspracherecht für die Untermieter.

2 Alle sind Hauptmieter. Wenn Sie gleichberechtigt eine Wohnung anmieten, müssen Sie alle Entscheidungen, die die WG betreffen, gemeinsam fällen. Außerdem haftet jeder für die anderen, falls diese etwas kaputt machen oder nicht rechtzeitig zahlen.

3 Jeder Mieter schließt einen einzelnen Mietvertrag mit dem Vermieter für sein Zimmer ab, die Gemeinschaftsräume werden an alle vermietet und die Kosten dafür unter den Bewohnern aufgeteilt. Diese Variante bedeutet relativ viel Aufwand, aber auch Gleichberechtigung und wenig Haftung für die anderen Mitbewohner.

um eine Wohnform mit stationärer Pflege, Vermietung und Pflege kommen also aus einer Hand. Doch es ist ein individuelleres Leben als im Pflegeheim möglich. In der Regel leben acht bis zwölf Personen unter einem Dach. Jeder Bewohner hat mindestens ein Schlafzimmer und ein eigenes Bad. Für alle gemeinsam stehen Küche, Ess- und Wohnzimmer zur Verfügung. Außerdem gibt es Hauswirtschaftsräume, eine Waschküche und oft einen Garten oder eine Terrasse. Mehrere Hilfskräfte erleichtern den Alltag und Pflegekräfte leisten Pflege nach Bedarf. Im Gegensatz zum klassischen Heim sollen Pflege, Betreuung, Begleitung und Haushalt gleichwertig nebeneinander stehen. Es gibt auch keinen festen Speiseplan, sondern die Bewohner können mitentscheiden, was es wann gibt, und bei der Zubereitung helfen. Das Wohnmodell entspricht daher eher den Vorstellungen vieler Menschen, die zwar viel Hilfe brauchen, aber eine gewisse Eigenständigkeit behalten wollen.

Wie klassische Pflegeheime werden auch die stationären Hausgemeinschaften meist von größeren Anbietern koordiniert. Das können Wohlfahrtsverbände, kirchliche Einrichtungen, kommunale oder private Träger sein. Sie stellen die Räume zur Verfügung und beschäftigen feste Hilfs- und Pflegekräfte. Daher fallen stationäre Hausgemeinschaften auch unter das Heimgesetz. Abgerechnet wird ebenfalls meist wie bei Pflegeheimen in Abhängigkeit vom Pflegegrad. Die Eigenanteile sind auch ähnlich hoch.

Nur wenn die Zimmergrößen sehr unterschiedlich sind oder die Hilfsleistungen einzeln abgerechnet werden, zahlt jeder Bewohner einen individuellen Preis.

Örtlich sind die Hausgemeinschaften häufig an Pflegeheime angegliedert. Manche sind auch auf einzelnen Etagen dort integriert. Oder der Träger betreibt mehrere Hausgemeinschaften unter einem Dach oder auf einem Gelände. Das senkt die Kosten und den Eigenanteil für die Bewohner.

Ob und wo sich stationäre Hausgemeinschaften in Ihrer Umgebung befinden, erfahren Sie im Pflegestützpunkt, vom Pflegebegleiter oder beim Wohlfahrtsverband. Es lohnt sich auch, in bestehenden Pflegeheimen nachzufragen. Viele Träger rüsten nach und nach einzelne Heime oder Etagen zu stationären Hausgemeinschaften um.

Mehrgenerationen-Wohnen

Hinter diesem sperrigen Wort verbirgt sich eine Wohnform, die früher üblich war: Mehrere Generationen wohnen unter einem Dach und unterstützen sich gegenseitig. In der modernen Variante sind die Bewohner allerdings nicht unbedingt verwandt und haben alle eine eigene Wohnung. Zusätzlich gibt es meist noch Gemeinschaftsräume und einen Garten. Die Kosten sind von Lage und Ausgestaltung abhängig. Wenn sich alle einig sind, können auch Pflegebedürftige im Haus wohnen (bleiben). Insbesondere Alltagshilfe wie Einkaufen, Kochen, Putzen, Waschen lässt sich gut zwischen den Gene-

Gut zu wissen

Präsenzkräfte sind ein Schlüssel-element für Pflege-WGs und stationäre Hausgemeinschaften. Sie kaufen ein, kochen mit den Bewohnern, unterstützen sie bei der Wäsche, aber helfen auch beim Aufstehen, Essen und Toilettengang – je nach Bedarf. Zwischendurch beschäftigen sie sich mit den Bewohnern, sie lesen ihnen etwa vor, helfen beim Stricken oder spielen mit ihnen. Die Präsenzkräfte brauchen deshalb neben einer Pflege-Ausbildung ein hohes Maß an Aufmerksamkeit und Empathie, um einschätzen zu können, wo welche Hilfe benötigt wird. Wenn Ihr Angehöriger sich für eine stationäre Hausgemeinschaft oder Pflege-WG interessiert, sollte er einige Tage dort zur Probe wohnen und auf die Arbeit der Präsenzkräfte achten. Sind diese freundlich, aufmerksam und hilfsbereit, ohne aufdringlich zu wirken, ist das meist entscheidend für das Wohlbefinden aller Bewohner.

rationen regeln. Die Senioren können je nach Lebenslage als Gegenleistung etwa als Leih-Großeltern fungieren, die vorlesen, spielen oder einfach gute Haushaltstipps kennen. Alle Bewohner, die wollen, können

sich außerdem eine Haushaltshilfe teilen. Ein Pflegedienst kann individuell bestellt und ambulant abgerechnet werden.

Als stationäre Variante entstehen mancherorts auch Mehrgenerationen-Heime. Ein klassisches Pflegeheim oder eine stationäre Hausgemeinschaft ist dann mit einem Kindergarten zusammen in einem Haus untergebracht. Ein Anbieter regelt alle Details und die Senioren und die Kleinkinder profitieren vom gegenseitigen Kontakt.

Umziehen

Wenn jemand in eine Wohnform mit Pflege umzieht, sind einige Verträge nicht mehr nötig. Eine rechtzeitige Kündigung spart viel Geld. Stellen Sie Versicherungen und Abos auf den Prüfstand. Die Lieblingszeit-schrift kann ins neue Zuhause geliefert werden, sobald Sie die neue Adresse durchgeben. Die Mitgliedschaft im Sportverein wird hingegen eventuell schon länger nicht mehr genutzt. Auch eine Wohngebäude- oder Auslandsreisekrankenversicherung ist meist nicht mehr nötig. Für Strom, Gas, Telefon, Internet und Bezahlfernsehen haben Sie meist ein Sonderkündigungsrecht, wenn der Umzug aus gesundheitlichen Gründen erfolgt oder die Leistung am neuen Wohnort nicht erbracht werden kann. Kündigen Sie aber nicht wahllos. Eine Privathaft-pflicht-Versicherung etwa ist auch im Heim oder in einer Pflege-WG unerlässlich. Einen Überblick erhalten Sie unter www.test.de, Suchwort: „Versicherungscheck“.

Hilfe

1 Adressen

Kontakte und Internet-
adressen, die Ihnen weiterhelfen
können.

2 Kleines Pflege-Glossar

Zentrale Fachausdrücke rund
um das Thema Pflege.

3 Stichwortverzeichnis

Alle wichtigen Begriffe auf
einen Blick – für ein leichtes
Nachschlagen.

Adressen

Persönliche Pflegeberatung

Staatliche Pflegestützpunkte und Pflegeberatung

Suche nach Beratung vor Ort: Datenbank
des Zentrums für Qualität in der Pflege
www.zqp.de/beratung-pflege

Freie Träger

Arbeiter-Samariter-Bund
www.asb.de

AWO Arbeiterwohlfahrt Bundesverband
www.awo.org

Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien
Wohlfahrtspflege
www.bagfw.de

Bundesverband unabhängiger Pflegesach-
verständiger und PflegeberaterInnen
www.bvpp.org

Caritasverband
www.caritas.de

Deutsches Rotes Kreuz
www.drk.de

Diakonie Deutschland, Ev. Bundesverband
www.diakonie.de

Johanniter-Unfall-Hilfe
www.johanniter.de

Malteser Hilfsdienst
www.malteser.de

Paritätischer Wohlfahrtsverband
www.der-paritaetische.de

Volkssolidarität Bundesverband
www.volksolidaritaet.de

Ehrenamtliche Hilfe & Selbsthilfe Netzwerke

Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe
www.bag-selbsthilfe.de

Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO)
www.bagso.de

Bundesinteressenvertretung für alte und pflegebetroffene Menschen (BIVA)
www.biva.de

Bundesnetzwerk Bürgerschaftliches Engagement
www.b-b-e.de

Kuratorium Deutsche Altershilfe
www.kda.de

NAKOS – Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen
www.nakos.de

Netzwerk Pflegebegleitung
www.pflegebegleiter.de

Pflegen und Leben – Psychologische Onlineberatung
www.pflegen-und-leben.de

Reisemaulwurf - Gepflegt reisen
reisemaulwurf.de

Telefonseelsorge der christlichen Kirchen
www.telefonseelsorge.de
 Tel. 0800 1110111 und 0800 1110222

Urlaub und Pflege
www.urlaub-und-pflege.de

Foren für pflegende Angehörige
 Elternpflegeforum
elternpflege-forum.de

Mailingliste zum Thema Alzheimer
www.alzheimerforum.de/mailing/listen.html

Ratgeberforen zum Thema Demenz
www.wegweiser-demenz.de

Treffpunkt für pflegende Angehörige
www.pflegendeangehoerige.org

Pflegenetz-Forum (nicht mehr aktiv, aber noch lesbar)
forum.pflegenetz.net

Wohnen im Alter

Umbauen

Barrierefrei leben e. V.

www.barrierefrei-leben.de

www.online-wohn-beratung.de

Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungsanpassung

www.wohnungsanpassung-bag.de

Suche nach Pflegediensten, stationären Einrichtungen und anderen Wohnformen

Allgemeine Ortskrankenkassen

www.pflege-navigator.de

Betriebskrankenkassen

pflegefilder.bkk-dachverband.de

Knappschaft sowie Barmer, DAK, TK und weitere Ersatzkassen

pflegelotse.de

Pflegeheimsuche der Weissen Liste plus

Checkliste

www.weisse-liste-pflege.de

Forum Gemeinschaftliches Wohnen

www.fgw-ev.de

Online-Verzeichnis für Senioren-WGs

www.wohnen-im-alter.de/einrichtung/senioren-wg

Weitere Informationen

Allgemeines zur Gesundheit

Gesundheitsinformationen des Bundes
gesund.bund.de

Unabhängige Patientenberatung

www.patientenberatung.de

Telefonische Beratung: 0800 0117722

Pflege-Infos und Verbraucherhilfe

Allgemeine Verbraucherschlichtungsstelle
www.verbraucher-schlichter.de

Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA)

www.bafza.de

Infoportal der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung

www.mdk.de

Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW)

www.kfw.de

Pflege-Dschungel – Blog und Hilfe

pflege-dschungel.de

Wege zu Pflegezeiten

www.wege-zur-pflege.de

Pflegetelefon: 030 20179131

Zentrum für Qualität in der Pflege

www.zqp.de

Kleines Pflege-Glossar

Begutachtung: Wenn sich eine Person als pflegebedürftig einstufen lassen möchte, kommt ein geschulter Pfleger oder Arzt und prüft deren Fähigkeiten im Gespräch und mit Übungen. Anhand eines Punktesystems schlägt er entweder keinen oder einen Pflegegrad zwischen 1 und 5 vor.

Familienpflegezeit: Wer einen Angehörigen pflegen will, kann eine staatlich geförderte Form der Teilzeitarbeit nutzen oder im Job aussetzen, ohne dass der Chef ihm kündigen darf. Die Dauer reicht von zehn Tagen (kurzzeitige Arbeitsverhinderung) bis zu zwei Jahren (Familienpflegezeit).

Grundpflege: Gemeint ist einfache Pflege, wie Hilfe beim Waschen, Anziehen, Laufen, Essen und Trinken. Auch Laien dürfen das übernehmen. Anderes gilt bei der Behandlungspflege, etwa Wundversorgung, Verabreichung von Medikamenten, Injektionen und Blutentnahme. Das darf nur von geschulten Pflegern durchgeführt werden.

Hilfsmittel: Sie sollen Pflegebedürftigen ein selbstständigeres Leben ermöglichen. Es gibt technische Hilfsmittel, wie Rollstuhl oder Pflegebett, und Pflege-Hilfsmittel, wie etwa Inkontinenz-Einlagen.

Pflegegeld: Versorgen Angehörige einen Pflegebedürftigen zu Hause, können sie von der Pflegekasse ein Pflegegeld erhal-

ten. Je nach Pflegegrad beträgt es zwischen 316 und 901 Euro pro Monat. Kommt ein Pflegedienst, gibt es die Pflegesachleistung von 723 bis 2 095 Euro pro Monat. Beides lässt sich auch kombinieren. Pflegeheimbewohner erhalten den Leistungsbetrag von bis zu 2 005 Euro pro Monat.

Pflegegrad: Ein offizieller Pflegegrad ist die Voraussetzung für Leistungen von einer sozialen oder privaten Pflegeversicherung. Das System hat 2017 die alten Pflegestufen abgelöst. Die Skala reicht von Pflegegrad 1 (kaum Hilfe = Basisleistungen) bis 5 (ständige Betreuung = Höchstleistungen).

Tagespflege: In Tagespflege-Einrichtungen können Pflegebedürftige sich an einzelnen Vor- und/oder Nachmittagen versorgen lassen. Das Gegenstück ist die Nachtpflege, die eine Versorgung inklusive Schlafmöglichkeiten von 18 bis 8 Uhr bietet. Für beide Formen dieser teilstationären Pflege gibt es Zuschüsse von der Pflegeversicherung.

Verhinderungspflege: Wenn pflegende Angehörige krank werden oder in den Urlaub fahren wollen, können sie pro Jahr bis zu sechs Wochen lang Extrageld für eine Ersatzpflegekraft erhalten. Alternativ oder zusätzlich gibt es Zuschüsse für die Kurzzeitpflege, also die vorübergehende Versorgung in einem Pflegeheim.

Stichwortverzeichnis

A

- AAL (Ambient Assisted Living) 86
- Angehörige
 - Arbeitslosenversicherung 64
 - Aufgabenverteilung 68
 - Rentenansprüche 65
 - Unfallversicherung 64
- Arbeitnehmer 12
- Arbeitsverhinderung, kurzzeitige 12, 13, 57
- Auszeiten 81

B

- Barrierefreiheit 25, 76
- Begutachtung 34
- Behandlungspflege 98
- Behindertenausweis 52
- Belastungen, außergewöhnliche 48
- Beratung 20, 67
- Beratungsstellen 20, 73
- Besuchsdienste 87
- Betreutes Wohnen 142, 144
- Betreuungsleistungen, niedrigschwellige 28
- Betreuungsverfügung 23

D

- Darlehen 60
- Demenz 105
- Digitale Pflegeanwendungen (DiPA) 86

E

- Ehrenamtliche Hilfe 28, 87
- Einrichtungen, teilstationäre 108
- Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil (EA) 136
- Elternunterhalt 50
- Entlastungsbetrag 43
- Essen auf Rädern 90

F

- Fahrservice 87
- Familienpflegezeit 58, 60
- Familienrat 27, 68

G

- Geriatrie 123
- Grad der Behinderung (GdB) 51, 52
- Grundpflege 46
- Grundsicherung 51
- Gutachter 15, 36

H

- Handlauf 77
- Haushaltshilfe 87
 - aus Osteuropa 29, 111
 - Kosten 118
 - legale Beschäftigung 116
- Haushaltsnahe Dienstleistungen 48
- Hausnotruf 92
- Heimgesetz 146
- Heimrecht 147

- Heimvertrag 138, 141
- Hilfe zur Pflege 49
- Hilfsleistungen kombinierten 120
- Hilfsmittel 18
 - , technische 45, 86

J

- Job aussetzen 12, 55

K

- Konflikte 71, 80
- Körperpflege 97
- Kranken- und Pflegeversicherung 63
- Krankenkasse, Zuständigkeit 33, 46
- Kündigungsschutz 57
- Kurzzeitpflege 18, 110, 131
 - mit Pflegegrad 131
 - ohne Pflegegrad 132

L

- Leistungsbetrag 17

M

- Mediatoren 72
- Medicproof 36
- Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK) 36, 99
- Mehrgenerationen-Wohnen 152

Menü-Bringdienst 91

N

Nachtcafé 106

Nachtpflege 20, 28, 106

P

Patientenverfügung 24

Pflege

–, stationäre 44

–, teilstationäre 20, 44,
104, 107

Pflege-Bahr 47

Pflegebedürftigkeit 10, 34

Pflegebegleiter 21

Pflegeberatung 21, 73

Pflegeboxen 18, 45

Pflegedienst

–, ambulanter 17, 28, 97,
102

– kündigen 103

Pflegegeld 42

– Beratung 43

– erhalten 14

Pflegegrad 14, 15, 34, 38

– Zweitbeurteilung 41

Pflegeheim 131, 134, 137

– Alternative 142

Pflegehilfsmittel 45

– Leistungen 18, 19

Pflegekurse 79

Pflegenote 99

Pflegesachleistung 42, 121

Pflegestützpunkt 20, 75

Pflegeversicherung 17, 42

Pflegevertrag 101

Pflege-WG 29, 144, 146,
148

Pflegewohngeld 49

Pflegezeit 55, 58, 59

Probewohnen 139

Psychologische Beratung 83

Umbauten 76

– Fördermittel 78

Umzug in eine Pflege-Einrichtung 153

Unterstützung 67

R

Rehabilitation 122

S

Sachleistung 17

Schenkungen 49

Schwerbehindertenausweis 51

Selbsthilfegruppen 83

Seniorenresidenz 146

Sozialhilfe für Pflegebedürftige 49

Sozialstation im Krankenhaus 21

Sozialversicherung, Zuschüsse 63

Staatliche Hilfen 48

Stationäre

– Hausgemeinschaft 144,
151

– Pflege 44

Sterbebegleitung 58, 62

Steuererleichterungen 48

Stressbewältigung 85

V

Verhinderungspflege 20,
109, 132

Versicherungen, andere 46

Versorgungsplan 21

Vollmachten 11, 16

Vorsorge, rechtliche 22

Vorsorgevollmacht 22

W

Widerspruch 38

Wohnberatung 26, 75, 130

Wohnformen 29

Wohnmodelle 129

Wohnungsanpassung 76

Z

Zuhause 25, 95

Zusatzversicherung 47

Zuschüsse 44

T

Tagespflege 20, 28, 104

Teilstationäre Pflege 20, 44,
104, 107

U

Überforderung 80

Die **Stiftung Warentest** wurde 1964 auf Beschluss des Deutschen Bundestages gegründet, um dem Verbraucher durch vergleichende Tests von Waren und Dienstleistungen eine unabhängige und objektive Unterstützung zu bieten.

Die Autorin: **Marina Engler** arbeitet freiberuflich als Journalistin für Wissenschafts- und Verbraucherthemen. Sie schreibt für verschiedene Verbrauchermagazine in ganz Deutschland.

2., aktualisierte Auflage

© 2021 Stiftung Warentest, Berlin
© 2021 Stiftung Warentest, Berlin
(gedruckte Ausgabe)

Stiftung
Warentest



Stiftung Warentest
Lützowplatz 11–13
10785 Berlin
Telefon 0 30/26 31–0
Fax 0 30/26 31–25 25
www.test.de
email@stiftung-warentest.de

USt-IdNr.: DE136725570

Vorstand: Hubertus Primus

Weitere Mitglieder der Geschäftsleitung:

Dr. Holger Brackemann, Julia Bönisch,
Daniel Gläser

Alle veröffentlichten Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Die Reproduktion – ganz oder in Teilen – bedarf ungeachtet des Mediums der vorherigen schriftlichen Zustimmung des Verlags.
Alle übrigen Rechte bleiben vorbehalten.

Programmleitung: Niclas Dewitz

Autorin: Marina Engler

Projektleitung: Ursula Rieth, Merit Niemeitz

Lektorat: Stefanie Barthold

Korrektorat: Christoph Nettersheim

Fachliche Unterstützung: Dieter Lang,
Katrín Andruschow, Aline Klett, Susanne
Meunier, Kirsten Schiekiera

Titelentwurf: Josephine Rank, Berlin

Layout: Büro Brendel, Berlin

Grafik, Satz: Sylvia Heisler (1. Auflage), Anne-Katrin Körbi (2. Auflage)

Illustrationen: Mario Mensch, Hamburg

Bildredaktion: Sylvia Heisler, Anne-Katrin Körbi

Bildnachweis: gettyimages (Titel, S. 3, 8, 32, 54, 94, 128); imago (S. 3, 66); shutterstock (S. 2, 112); masterfile (S. 2); thinkstock (S. 2); istock (S. 31).

Produktion: Vera Göring

Verlagsherstellung: Rita Brosius (Ltg.),

Romy Alig, Susanne Beeh

Litho: tiff.any, Berlin

Druck: brandenburgische universitätsdruckerei, potsdam

ISBN: 978-3-7471-0287-9 (gedruckte Ausgabe)

eISBN: 978-3-7471-0289-3 (PDF-Version)



Gute Pflege organisieren

Viele Familien werden überrascht, wenn ein Mitglied pflegebedürftig wird. Plötzlich benötigt der Partner oder brauchen die Schwiegereltern deutlich mehr Unterstützung. Dieser Ratgeber zeigt, wie das gelingt, und gibt lebensnahe Antworten auf akute Fragen.

- ▶ **Zeit bekommen:** Welche Möglichkeiten gibt es, kurz- oder längerfristig im Job kürzerzutreten?
- ▶ **Geld erhalten:** Wie beantrage ich einen Pflegegrad und welche finanziellen Hilfen gibt es?
- ▶ **Unterstützung finden:** Ist ein Pflegedienst, eine ost-europäische Haushaltshilfe oder ein Heim die richtige Wahl? Welche weiteren Varianten gibt es?