

Pflegeratgeber





**„Die menschliche Gesellschaft gleicht einem Gewölbe,
das zusammenstürzen müsste, wenn sich nicht die
einzelnen seine gegenseitig stützen würden.“**

Lucius Annaeus Seneca

Die meisten älteren Menschen möchten im Alter in den eigenen vier Wänden versorgt werden. Der vorliegende Pflegeratgeber von PROMEDICA PLUS möchte Ihnen praktische Hilfestellungen zum Thema häusliche Betreuung und Pflege geben. Er vermittelt einen Überblick über Ihre Möglichkeiten, finanzielle Unterstützung vom Staat für die Betreuung und Pflege Ihrer Angehörigen zu erhalten und zeigt wie Sie mithilfe von qualifizierten Betreuungs- und Pflegekräften Ihren Alltag in Zukunft meistern können.

PROMEDICA PLUS hat es sich zum Ziel gesetzt, betreuungs- und pflegebedürftigen Menschen ein langes und selbstbestimmtes Leben im eigenen Zuhause zu ermöglichen und dabei die Angehörigen zu entlasten. Wir vermitteln qualifizierte und fürsorgliche Betreuungs- und Pflegekräfte aus Osteuropa für die zuverlässige Rund-um-Betreuung zu Hause und setzen uns dafür ein, dass viele Familien in den Genuss dieser menschlichen und bezahlbaren Lösung kommen können

Für weitere Informationen und eine persönliche Beratung sprechen Sie uns gerne an!

Plötzlich pflegebedürftig – Pflegeantrag stellen

Seit 1995 gibt es die gesetzliche Pflegeversicherung. Sie soll sicherstellen, dass die Pflege Bedürftiger in jedem Fall gewährleistet ist. Einen Antrag auf Pflegeleistungen können Sie stellen, wenn Sie selbst oder ein Angehöriger bereits pflegebedürftig ist. Liegt ein entsprechender Bescheid der Pflegekasse vor, können verschiedene Leistungen, deren Umfang sich nach den Pflegegraden richten, in Anspruch genommen werden. Dazu gehören Geld- und Sachleistungen oder Mittel, die zu einer Verbesserung der Wohnsituation genutzt werden können. Zudem kann die Vergütung zur finanziellen Hilfe der Rund-um-Betreuung in Anspruch genommen werden. Somit kann der Alltag für alle Beteiligten entspannt und fürsorglich gestaltet werden.

TIPP:

Stellen Sie den Antrag für den Bezug von Leistungen der Pflegeversicherung frühzeitig! Denn Sie erhalten die Leistungen erst ab Datum der Antragstellung, da eine rückwirkende Bewilligung ausgeschlossen ist. Stimmt man der Entscheidung der Pflegekasse über die Höhe des Pflegegrades nicht zu, kann im Rahmen der gesetzlichen Frist (1 Monat) nach Erhalt gegen den Bescheid bei der zuständigen Pflegekasse Widerspruch eingelegt werden.

Wichtig: Widerspruch gut begründen. Eine erneute Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkasse (MDK) bzw. den Medizinischen Dienst der Privaten (MEDICPROOF) ist möglich.

Gleiches Prozedere gilt auch bei Ablehnung eines Hilfsmittels.

Bei der Antragstellung sind drei Fälle zu unterscheiden:

Gesetzlich krankenversichert

Die gesetzliche Krankenkasse ist zuständig, denn diese ist zugleich die Pflegekasse.

Privat krankenversichert

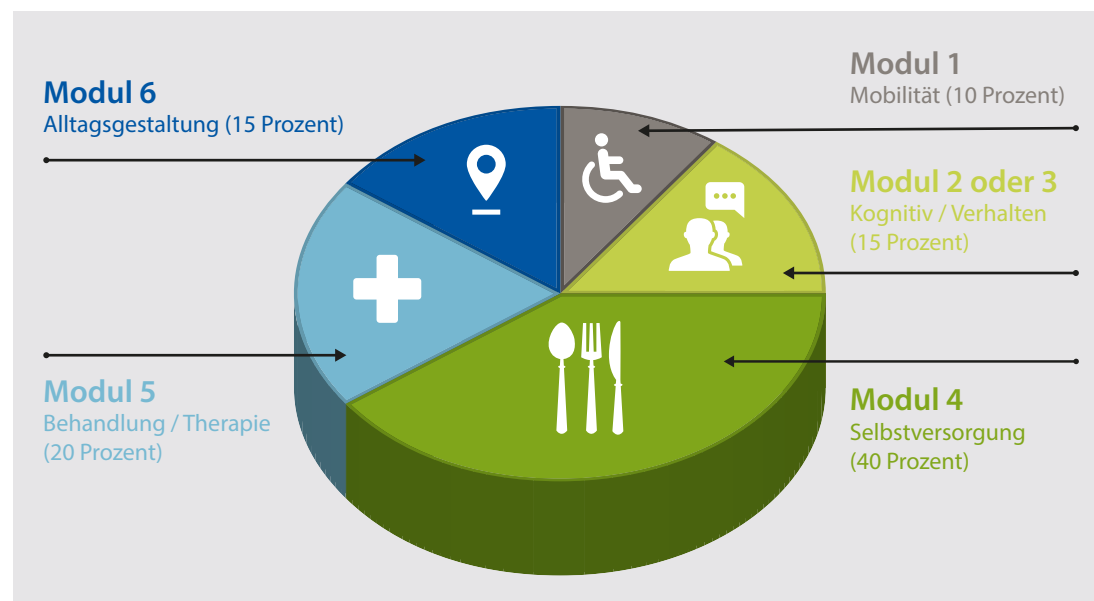
Die private Pflegepflichtversicherung ist zuständig, die bei Eintritt in die private Krankenversicherung obligatorisch ist. Die Versicherung benötigt ein formloses Schreiben über den Pflegebedarf.

Private Pflegezusatzversicherung neben der gesetzlichen Pflegeversicherung (z. B. Pfl egetagegeld)

Die Pflegekasse oder die private Pflegepflichtversicherung sind zuständig. Wurde von diesen die Pflegebedürftigkeit festgestellt und durch einen Bescheid bestätigt, sind diese mit einem formlosen Schreiben und der Kopie des Bescheides zu informieren. Pflegekasse oder Pflegepflichtversicherung werden die weiteren Schritte veranlassen. Die privaten Krankenversicherungen haben für ihre pflegebedürftigen Mitglieder und deren Angehörige, eine Pflegeberatung eingerichtet, die COMPASS Private Pflegeberatung GmbH.

Wer hat Anspruch auf finanzielle Unterstützung?

In welcher Höhe die Pflegeversicherung Leistungen für einen Pflegebedürftigen übernimmt, hängt von der Dauer der Pflegebedürftigkeit (nämlich auf Dauer oder von mindestens 6 Monaten) bzw. von der Höhe des Pflegegrades ab. Je höher der Pflegegrad, desto höher der Leistungsanspruch der Pflegekasse. Zur Ermittlung des Hilfebedarfs werden ab dem 1. Januar 2017 die Pflegegrade in Anspruch genommen. Wichtiger Hinweis: Die Pflegegrade werden nicht mehr durch Minutenangabe der Hilfsbedürftigkeit ermittelt, sondern hängen dann von der Höhe der Beeinträchtigung in verschiedenen Bewertungskategorien ab. Diese Werte werden prozentual in die Berechnung des Pflegegrades einbezogen (siehe Schaubild).



Einstufung in einen Pflegegrad

Voraussetzung für die finanzielle Unterstützung ist ein unabhängiges Gutachten, das vom MDK oder von MEDICPROOF erstellt wird. Dieser prüft im Auftrag der Pflegekasse, ob die Voraussetzungen für die Einstufung erfüllt sind und welcher Pflegegrad der Pflegebedürftigkeit vorliegt. Meist erfolgt der Besuch durch Ärzte oder Pflegefachkräfte. Hierbei sollte der MDK oder MEDICPROOF den Pflegebedürftigen am besten in einer ganz normalen Alltagssituation erleben, so dass die Begutachtung im häuslichen Bereich stattfinden sollte. Halten Sie möglichst Fotokopien der Krankenberichte des Krankenhauses oder des behandelnden Arztes sowie ein geführtes Pflegetagebuch (siehe Seite 11) bereit.



Pflegemodule und ihre Bewertungskriterien		
Modul	Wertigkeit	Bewertungskriterien*
Mobilität	10 Prozent	<ul style="list-style-type: none"> • Positionswechsel im Bett, • Halten einer stabilen Sitzposition, • Umsetzen, • Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, und • Treppensteigen. <p>Bei der Begutachtung wird festgestellt, inwieweit der Pflegebedürftige diese Tätigkeiten selbstständig bzw. in welchem Umfang nur noch un-selbstständig wahrnehmen kann.</p>
Kognitive und kommunikative Fähigkeiten ODER Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	15 Prozent	<ul style="list-style-type: none"> • Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, • örtliche Orientierung, • zeitliche Orientierung, • Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, • Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, • Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, • Verstehen von Sachverhalten und Informationen, • Erkennen von Risiken und Gefahren, • Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, • Verstehen von Aufforderungen, sowie • Beteiligen an Gesprächen. <p>Hier wird im Rahmen der Begutachtung festgestellt, in welchem Umfang diese Fähigkeiten noch unbeeinträchtigt vorhanden sind – bzw. eben nicht mehr vorhanden sind.</p>
ODER		
Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	15 Prozent	<ul style="list-style-type: none"> • motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, • nächtliche Unruhe, • selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, • Beschädigen von Gegenständen, • physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, • verbale Aggression, • andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, • Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, • Wahnvorstellungen, • Ängste, • Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, • sozial inadäquate Verhaltensweisen, sowie • sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen
Selbstversorgung	40 Prozent	<ul style="list-style-type: none"> • Waschen des vorderen Oberkörpers, • Körperpflege im Bereich des Kopfes, • Waschen des Intimbereichs, • Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, • An- und Auskleiden des Oberkörpers, • An- und Auskleiden des Unterkörpers, • mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, • Essen und Trinken, • Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, • Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, • Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, • Besonderheiten bei Sondenernährung, sowie • Besonderheiten bei parenteraler Ernährung

* Interessant ist, dass es keine „Minutenwerte“ mehr geben wird. Vielmehr wird geprüft, ob die Verrichtungen noch selbstständig bzw. in welchem Maße sie nur noch un-selbstständig ausgeübt werden können.



Modul	Wertigkeit	Bewertungskriterien*
Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	20 Prozent	<ul style="list-style-type: none"> • Anforderungen und Belastungen in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel, • Anforderungen und Belastungen in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abfuhrmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung, • Anforderungen und Belastungen in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuche von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie • Anforderungen und Belastungen in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften.
Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	15 Prozent	<ul style="list-style-type: none"> • Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, • Ruhen und Schlafen, • Sich beschäftigen, • Vorhaben von in die Zukunft gerichteten Planungen, • Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, sowie • Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds. <p>In diesem Modul ist wiederum relevant, ob das entsprechende Kriterium selbstständig bzw. in welchem Maße nur noch un-selbstständig durchgeführt werden kann.</p>

Pflegegrad 1*	geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit	ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkte
Pflegegrad 2*	erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit	ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkte
Pflegegrad 3*	schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit	ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkte
Pflegegrad 4*	schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit	ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkte
Pflegegrad 5*	schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung	ab 90 bis 100 Gesamtpunkte

* Die Zuordnung zu einem Pflegegrad ist nicht endgültig. Eine neue Antragstellung auf eine höhere Eingruppierung ist bei Verschlechterung des Gesundheitszustandes jederzeit möglich.

Finanzielle Hilfe bei der häuslichen Pflege

Am 1. Januar 2015 ist die Reform der Pflegeversicherung in Kraft getreten. Vor allem für Demenzkranke und alle Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz sowie ihre Angehörigen wurden Verbesserungen erzielt (125 Euro monatlich zur zusätzlichen Versorgung des Patienten). Das Pflegegeld wird im Rahmen der häuslichen Pflege von der Pflegekasse an den Pflegebedürftigen ausgezahlt, damit dieser eine selbst beschaffte Pflegekraft vergüten kann.

Das sind in der Regel Familienangehörige, Verwandte oder erwerbsmäßig tätige Betreuungs- und Pflegekräfte. Es können aber auch Freunde oder Nachbarn sein, die die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung sicherstellen. Anspruchsberechtigt ist der Pflegebedürftige, der einen Pflegegrad beantragt und genehmigt bekommen hat.



Unabhängig von der Höhe der Pflegegradeinstufung haben Sie folgende Wahlmöglichkeiten:

Entweder

- **eine ausschließliche Geldleistung, das Pflegegeld:**

Pflegegeld ist für Versicherte gedacht, die zuhause von Angehörigen, Freunden oder Bekannten ehrenamtlich gepflegt werden. Beratungsbesuche von Pflegefachkräfte sollen dieses Angebot unterstützen, um sicher zu stellen, dass der Versicherte angemessen versorgt wird.

oder

- **eine ausschließliche Pflegesachleistung (z. B. durch die Inanspruchnahme eines ambulanten Pflegedienstes):**

Pflegesachleistungen sind für den Einsatz von ambulanten Pflegedienste gedacht. Die ambulanten Pflegedienste rechnen Ihre Leistungen direkt mit der Krankenkasse bzw. dem Kostenträger ab. Zusätzlich gibt es bei den Pflegesachleistungen eigene Sätze für die voll- und teilstationäre Pflege/Versorgung. Beide Leistungen können miteinander kombiniert werden.

oder

- **Sie wählen eine anteilige Kombination aus Geld- und häuslicher Pflegesachleistung, die sogenannte Kombinationsleistung.**

Für pflegebedürftige Personen ist es mitunter Realität, sowohl von einem Pflegedienst als auch von Angehörigen, Freunden oder Nachbarn pflegerische Hilfe zu erhalten. Viele Angehörige übernehmen gerne einen Teil der täglich anfallenden



Pflegetätigkeiten, haben aber nicht die Möglichkeit, diese Aufgabe den ganzen Tag zu bewältigen. In diesem Fall können das Pflegegeld und die Pflegesachleistungen miteinander kombiniert werden.

Sie können Pflegegeld oder Pflegesachleistung jeden Monat und je nach Bedarf in wechselndem Umfang in Anspruch nehmen. Die Zahlungen der Pflegekasse sind kein Einkommen, und dürfen als solches auch nicht angerechnet werden. Die Leistungen der Pflegekasse sind steuerfrei. Wenn der Pflegebedürftige es an die pflegende Person weiterleitet, gilt dies ebenfalls nicht als Einkommen, außer der Pflegenden wird im Rahmen eines Arbeits- oder Beschäftigungsverhältnisses für den Pflegebedürftigen tätig.

Voraussetzungen für den Erhalt:

- Keine Entschädigungsleistungen der gesetzlichen Unfallversicherung.
- Keine häusliche Krankenpflege der gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenhausverhinderungspflege)

- Die Pflege muss im häuslichen Bereich erfolgen, das heißt im eigenen oder in einem anderen Haushalt, in welchem der Pflegebedürftige aufgenommen wurde oder in Alternativen dazu, wie Betreutes Wohnen, generationenübergreifendes Wohnen, Wohngemeinschaften usw.

Ausblick:

Das PSG III ist bereits in Arbeit und ein Gesetzesentwurf liegt vor. Es legt den Schwerpunkt auf die Stärkung der Pflegeberatung in den Kommunen sowie Verschärfungen der Kontrollen.

Der Gesetzesentwurf enthält außerdem Regelungen zur Abgrenzung zwischen Pflegeversicherung und Eingliederungshilfe, zur Vermeidung von Leistungslücken zwischen Pflege- und Krankenversicherung und zur Stärkung der Beteiligung der Selbsthilfe im Qualitätsausschuss.

Auf einen Blick

Art der Leistung					
Pflegegrad	1	2	3	4	5
Leistungen bei Pflege Zuhause* Geldleistungen / Pflegegeld §37 SGB XI	–	316 €	545 €	728 €	901 €
Leistungen bei Pflege Zuhause* Sachleistungen / häusliche Pflegehilfe §36 SGB XI	–	689 €	1.298 €	1.612 €	1.995 €
Wohngruppen-Zuschlag §38a SGB XI*	214 €	214 €	214 €	214 €	214 €
Entlastungsbetrag ambulant §45b* früher: Zusätzliche Betreuungs- (und Entlastungs-) Leistungen	125 €	125 €	125 €	125 €	125 €
Leistungen bei vollstationärer Pflege	125 €	770 €	1.262 €	1.775 €	2.005 €
Bundesdurchschnittlicher pflegebedingter Eigenanteil**	–	580 €	580 €	580 €	580 €
Verhinderungspflege §39 SGB XI (pro Jahr)	–	1.612 €	1.612 €	1.612 €	1.612 €
Kurzzeitpflege §42 SGB XI (pro Jahr)	–	1.612 €	1.612 €	1.612 €	1.612 €
Beratungseinsatz §37 (pro Einsatz) max.	–	23 €	23 €	33 €	33 €
Wohnumfeldverbesserung (pro Maßnahme)	Bis zu 4.000 €	Bis zu 4.000 €	Bis zu 4.000 €	Bis zu 4.000 €	Bis zu 4.000 €
Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel*	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €

Oft kommt es vor, dass die Pflegeversicherung je nach Einstufung der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrade) nur einen Teil der tatsächlich anfallenden Pflegekosten übernimmt. In diesem Fall müssen der Pflegebedürftige und dessen Angehörige häufig den Rest aus eigenen Mitteln bestreiten. Diese Ausgaben lassen sich jedoch auf Antrag als außergewöhnliche Belastung gem. §33 EStG von der Steuer absetzen. Ob die Voraussetzungen für eine steuerliche Entlastung tatsächlich gegeben sind, muss im Einzelfall geprüft werden.

* Euro pro Monat

** Betrifft nur stationäre Pflege in z. B. Pflege-/ Altenheimen. Ab 2017 werden für jede Pflegeeinrichtung Eigenanteile festgesetzt. Diese Eigenanteile beziehen sich

auf pflegebedingte Aufwendungen. Die Höhe des Eigenanteils in der vollstationären Pflege wird mit zunehmender Pflegebedürftigkeit nicht ansteigen. Alle Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 zahlen den gleichen pflegebedingten Eigenanteil. Hinzu kommen für den Pflegebedürftigen Kosten für Verpflegung, Unterkunft und Investitionen, die je nach Einrichtung stark variieren.

Das Pflegetagebuch



Wollen Sie einen Antrag auf Pflegeleistungen stellen, sollten Sie vor der Begutachtung durch den MDK oder MEDICPROOF ein Pflegetagebuch führen. Denn bevor die Pflegekasse über Ihren Leistungsantrag entscheidet, findet eine Begutachtung der pflegebedürftigen Person durch den MDK/MEDICPROOF statt.

Pflegebedürftigkeit dokumentieren

Dabei ist es für den MDK/MEDICPROOF nicht immer einfach, den wirklichen Umfang der individuellen Pflegebedürftigkeit zu ermitteln; und daher hoffen die Gutachter auf Ihre Mithilfe. Ein Pflegetagebuch kann zudem wichtig werden, wenn Sie gegen Ihre Pflegeeinstufung Widerspruch erheben möchten.

Tragen Sie ein, bei welchen Tätigkeiten im Rahmen der sechs Module (Seite 4) regelmäßig Unterstützung benötigt wird. Ein Pflegetagebuch ist keine Pflicht, hilft aber das Maß der Selbstständigkeit über einen längeren Zeitraum festzustellen und zu dokumentieren.

Wenn die Pflegeperson im Urlaub oder krank ist



Wenn die Pflegeperson im Urlaub, krank oder aus anderen Gründen verhindert ist, kann die sogenannte Verhinderungspflege in Anspruch genommen werden. Anteiliges Pflegegeld wird während einer Kurzzeitpflege nach § 42 für bis zu acht Wochen und während einer Verhinderungspflege gem. § 39 für bis zu 6 Wochen in Höhe des hälftigen Betrages fortgewährt, der vor Beginn der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege geleistet wurde. Nach derzeitiger Praxis der Pflegekassen wird das Pflegegeld nur im Fall der stundenweisen Verhinderungspflege ungekürzt ausgezahlt. Daher empfehlen wir die Verhinderungspflege für maximal 8 Stunden am Tag zu beantragen.

Die Verhinderungspflege ist damit ein sehr flexibles Instrument der Pflegeversicherung, wenn die betreuende und pflegende Person vorübergehend verhindert ist. Der Anspruch für maximal 42 Tage pro Kalenderjahr besteht jedoch erst, nachdem die Pflegeperson den Pflegebedürftigen mindestens sechs Monate zu Hause gepflegt hat und bei der Pflegekasse gemeldet ist oder bereits bei der Be-

gutachtung durch den MDK benannt wurde. Im Extremfall kann die Verhinderungspflege auch schon vor Ablauf der sechs Monate beantragt werden, wenn die Pflegebedürftigkeit schon vorher bestand. Hierfür wird eine ärztl. Bescheinigung benötigt. Der Pflegebedürftige muss zum Zeitpunkt der Verhinderung mind. in Pflegegrad 2 eingestuft sein.

Verhinderungspflege aufstocken

Es können außerdem noch zusätzliche finanzielle Mittel aus dem Leistungsbetrag der Kurzzeitpflege für die Verhinderungspflege verwendet werden, wenn der Erstattungsbetrag der Verhinderungspflege in Höhe von 1.612 Euro ausgeschöpft ist. Diese Mittel können jedoch nur dann hinzukommen, wenn die Kurzzeitpflege in demselben Kalenderjahr noch nicht in Anspruch genommen worden ist. Aus dem Leistungsbetrag der Kurzzeitpflege können dann zusätzlich 806 Euro für die Verhinderungspflege verwendet werden, d. h. insgesamt können für die Verhinderungspflege demzufolge maximal 2.418 Euro pro Kalenderjahr beansprucht werden. Wird die Verhinderungspflege von einer



erwerbsmäßig tätigen Betreuungs- und Pflegekraft oder einem ambulanten Pflegedienst, oder durch entfernte Verwandte, die nicht mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind, oder durch Nachbarn übernommen, beläuft sich die Leistung auf 1.612 Euro pro Jahr.

Voraussetzungen beachten

Wird die Verhinderungspflege durch einen nahen Angehörigen nicht erwerbsmäßig sichergestellt, dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse den Betrag des Pflegegeldes des festgestellten Pflegegrades nicht überschreiten. Zusätzliche nachgewiesene Kosten wie Verdienstaussfall oder Fahrt-

TIPP: Verhinderungspflege braucht keine Begründung; es ist lediglich in dem Antrag anzugeben, dass die Pflegeperson vorübergehend verhindert ist. Man entscheidet dann für sich selbst, an welchen Tagen man eine Ersatzpflege braucht.

kosten können von der Pflegekasse erstattet werden bis zu einer Höchstgrenze von 1.612 Euro (inklusive des bereits gezahlten anderthalbfachen Pflegegeldes). Während der Verhinderungspflege wird bis zu sechs Wochen pro Jahr die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes weitergezahlt.

Zuhause ist, wo das Herz ist

Fast alle Menschen wünschen sich, im Alter weiter in ihrer vertrauten Umgebung und im Kreis ihrer Familie leben zu können. Doch nicht nur im Alter, sondern auch nach einem längeren Krankenhausaufenthalt, beispielsweise nach einer schwierigen Operation, kann es sein, dass eine Person vorübergehend darauf angewiesen ist, zu Hause betreut und gepflegt zu werden.

Reicht das eigene Einkommen und Vermögen eines Pflegebedürftigen nicht aus, die Kosten für die notwendige Pflege selbst zu bestreiten, kann ein Antrag beim zuständigen Sozialhilfeträger gestellt werden. Bei stationärer Pflege und Betreuung ist der Sozialhilfeträger der Bezirk, bei der ambulanten Pflege und Betreuung der Landkreis.

Die Hilfe zur Pflege ist eine bedarfsorientierte Sozialleistung zur Unterstützung pflegebedürftiger Personen, die den notwendigen Pflegeaufwand nicht aus eigenen Mitteln sicherstellen können (SGB XII, § 66).

TIPP:
Der Antrag sollte unverzüglich gestellt werden, da der Sozialhilfeträger keine Leistungen für zurückliegende Zeiträume erbringt. Leistungspflicht besteht erst ab dem Zeitpunkt, an dem der Sozialhilfeträger Kenntnis vom Hilfebedarf hat.

Bei Antragstellung sind in der Regel folgende Unterlagen vorzulegen:

- Personalausweis, bei Vertretung durch Angehörige eine zusätzliche Vollmacht oder Betreuerausweis
- Letzter Bescheid über die Leistungen der Pflegeversicherung
- Kontoauszüge der letzten 3 Monate vor Antragstellung
- Nachweis über die Höhe der Einkünfte
- Nachweis über vorhandenes Vermögen
- Nachweis über die Höhe der zu zahlenden Unterkunftskosten

Welche Hilfsmittel können Sie erhalten?

Pflegebedürftige haben Anspruch auf die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen (§ 40 Abs. 1 SGB XI). Es werden Pflegehilfsmittel zum Verbrauch für den persönlichen Bedarf und technische Hilfen unterschieden. Dabei muss die Zuständigkeit der Krankenversicherung und der Pflegeversicherung bedacht werden. Die Tabelle verschafft einen Überblick über die Unterschiede.

Pflegehilfsmittel der Pflegeversicherung	Hilfsmittel der Krankenversicherung
Beispiele	
<ul style="list-style-type: none"> • Verbrauchsartikel: Einmalhandschuhe, Desinfektionsmittel, Bettunterlagen, spezielle Hygieneartikel • Technische Hilfen: Rollstuhl, Pflegebett 	Inkontinenzartikel, Kompressionsstrümpfe (orthopädische Strümpfe), Rollatoren
Ziel	
Erleichterung der Pflege, Linderung von Beschwerden des Pflegebedürftigen, selbstständige Lebensführung fördern	Sicherung des Erfolgs einer Krankheitsbehandlung, Vorbeugung bzw. Ausgleich einer Behinderung
Voraussetzung für die Einstufung	
<ul style="list-style-type: none"> • Festgestellte Pflegebedürftigkeit • Pflege erfolgt zu Hause • Keine Leistungspflicht der Krankenversicherung 	Ärztliche Verordnung durch Rezept, Verhinderung oder Behandlung einer Krankheit, Leistung ist ausreichend, zweckmäßig wirtschaftlich
Erstattungsbetrag	
<ul style="list-style-type: none"> • Verbrauchsartikel: 40 Euro Erstattung pro Monat • Technische Hilfen: 10 Prozent Eigenbeteiligung, maximal 25 Euro pro Hilfsmittel; Maximal 60 Euro Eigenbeteiligung pro Vierteljahr, Befreiung von Eigenbeteiligung möglich • Verleih technischer Hilfen: Keine Zuzahlung • Kostenübernahme: Unabhängig von der Pflegestufe 	<ul style="list-style-type: none"> • Verbrauchsartikel: 10 Prozent Eigenbeteiligung, maximal 10 Euro für den Monatsbedarf • Technische Hilfen: 10 Prozent Eigenbeteiligung, aber mindestens 5 Euro und maximal 10 Euro pro Hilfsmittel • Ausnahme mit Festbeträgen: Kostenübernahme mit Festbetrag, Versicherter zahlt restlichen Betrag

Glücklich und frei im eigenen Zuhause

Die zu pflegende Person soll sich im eigenen Zuhause ungehindert und barrierefrei bewegen können. Maßnahmen zur Wohnraumanpassung sind außerordentlich vielfältig und reichen von der Montage eines Haltegriffes an der Badewanne über die Installation einer bodengleichen Dusche bis hin zur Vergrößerung von Türbreiten für den Rollator oder Rollstuhl. Auch ein Umzug kann als Maßnahme zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes angesehen werden.

Abhängig von der Beeinträchtigung können finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen innerhalb und außerhalb der Wohnung gewährt werden. Die Pflegeversicherung zahlt bei vorhandenem Pflegegrad (1–5) auf Antrag bis zu 4.000 Euro als Zuschuss (§ 40 Abs. 4 SGB XI). Voraussetzung für die Förderung ist jedoch, dass durch die Wohnraumanpassung die Pflege zu Hause ermöglicht oder erheblich erleichtert wird.

Die Förderung zur Wohnraumanpassung kann bis maximal zum vierfachen Förderbetrag in Anspruch genommen werden, wenn mehrere Anspruchsberechtigte zusammen wohnen.

Der Antrag ist an die zuständige Pflegekasse bei der Krankenversicherung zu richten. Mit der Baumaßnahme kann erst begonnen werden, wenn der Antrag von der Pflegekasse bewilligt wurde. Jedoch wird von der Pflegekasse ein Eigenanteil

erhoben. Dieser richtet sich nach dem Einkommen des Pflegebedürftigen – und nur nach dem Einkommen des Antragstellers, das Einkommen der Ehepartner bleibt völlig unberührt. Er beträgt mindestens zehn Prozent der Kosten, höchstens jedoch 50 Prozent des Bruttoeinkommens.

Einen Zuschuss zur Wohnraumanpassung kann auch weitere Male gewährt werden, wenn die Pflegesituation sich so verändert hat, dass erneute Maßnahmen nötig werden.



TIPP:
Auch der Umzug in eine barrierefreie Wohnung kann durch die Pflegekasse übernommen werden.

Hilfe für die neue Lebenssituation

Die Diagnose Demenz ist zunächst einmal für alle Beteiligten ein großer Schock. Das Zusammenleben mit Menschen mit Demenz bedeutet eine enorme Belastung und bringt viele Veränderungen im alltäglichen Leben mit sich.

Oft können die Kranken nicht verstehen, was von ihnen erwartet wird und reagieren unabsichtlich aggressiv. Hinzu kommt, dass sich die Persönlichkeit der kranken Personen im Laufe der Zeit stark verändert. Früher lebenslustige Personen werden antriebslos und lethargisch, früher ruhige Gemüter entwickeln aggressive Tendenzen. Der eigene Partner erkennt die ihm vertraute Person zunehmend nicht mehr wieder. Das führt nicht selten zu einem schleichenden Prozess der Entfremdung.

Eine andere Belastungsprobe stellt die Veränderung des bestehenden Familiensystems dar. Die Mutter, an die man sich in Notsituationen immer wenden konnte, ist nun selbst auf Hilfe angewiesen. Besonders groß ist die Umstellung bei Paaren mit klassischer Rollenverteilung. Leidet die Partnerin an Demenz, muss sich der Mann auf einmal um den Haushalt kümmern. Frauen mit dementen Partnern sind oft zum ersten Mal in ihrem Leben für die Finanzen zuständig. Ein Gefühl der Überforderung ist oft die Folge.

Die meisten Angehörigen stellen an sich den Anspruch, sich aufopferungsvoll um den Kranken zu kümmern. Das kann aber dazu führen, die eigenen Bedürfnisse völlig zu vernachlässigen. Zudem lassen Angehörige den Betroffenen nur noch in den



notwendigsten Fällen ohne Aufsicht, aus Angst ihm könnte in ihrer Abwesenheit etwas passieren. Sie vereinsamen, ihr Leben dreht sich nur noch um den Patienten und seine Krankheit. Irgendwann ist die Kraft dann erschöpft. Deshalb ist es wichtig, auf die eigenen Bedürfnisse zu achten und sich Hilfe von außen zu holen.

TIPP:
Die Situation von Demenzkranken wird durch das PSG II im Rahmen der Einstufungsrichtlinien deutlich verbessert, siehe Seite 4 bis 7.

Fürsorgliche Betreuung zu Hause!

PROMEDICA PLUS ist Ihr regionaler Partner für die kompetente und zuverlässige Vermittlung qualifizierter und fürsorglicher Rund-um-Betreuung zu Hause. Deshalb vermitteln wir nicht nur die passende Betreuungskraft für Sie oder Ihren Angehörigen: Als PROMEDICA PLUS Partner in Ihrer Nähe sind wir in allen Fragen rund um die Betreuung Ihr erster Ansprechpartner.

Gemeinsam mit Ihnen ermitteln wir den individuellen Betreuungs- und Pflegebedarf. Mit unserem Wissen und unserer Erfahrung helfen wir Ihnen dabei, hier die bestmögliche Lösung zu finden.

Außerdem koordinieren wir unbürokratisch und schnell die Versorgung des pflegebedürftigen Menschen durch Promedica24 (siehe grüner Kasten). Darüber hinaus haben wir ein Netz von kompetenten Kooperationspartnern, die Ihnen mit Ihrem Know-how in Fragen der Leistungen aus der Pflegeversicherung (Einstufungen, höhere Stufungen usw.) bzw. zur Versorgung mit Hilfsmitteln sowie in rechtlichen Fragen zur Verfügung stehen. Bitte sprechen Sie uns bei Bedarf einfach an, wir können dann den Kontakt zu den entsprechenden Kooperationspartnern für Sie herstellen.

Auch nach der erfolgreichen Vermittlung stehen wir Ihnen jederzeit mit Rat und Tat zur Seite. Sie bezahlen ausschließlich die Leistungen Ihrer Betreuungskraft. Sämtliche Zusatzservices durch uns, Ihren PROMEDICA PLUS Partner, sind für Sie kostenfrei.



Die Promedica24 Gruppe wurde 2004 gegründet und ist heute europäischer Marktführer für Betreuungsleistungen in Privathaushalten. Die Rekrutierung der Betreuungs- und Pflegekräfte ist nach Qualitätsmanagement DIN ISO 9001 durch DEKRA Certification in Polen zertifiziert. Zertifikatsinhaber ist der Betreuungsdienst PROMEDICA CARE Sp. Z o.o. in Warschau. Darüber hinaus sind die Bereiche Organisation der Ausführung von Pflegeleistungen, Information der Kunden und der Sicherstellung des geeigneten Personals durch den TÜV Rheinland Polen zertifiziert. Bereits tausende zufriedene Kunden profitierten vom hohen Qualitätsanspruch des Unternehmens.

Unsere Leistungen auf einen Blick

- ✓ Kompetenz und Erfahrung in der zuverlässigen Vermittlung qualifizierter Betreuungs- und Pflegeleistungen
- ✓ Intensive persönliche Beratung im Vorfeld
- ✓ Analyse Ihres individuellen Betreuungs- und Pflegebedarfs
- ✓ Kostenloses und unverbindliches Angebot
- ✓ Zusammenarbeit mit dem europäischen Marktführer, der Promedica24 Gruppe
- ✓ Sorgfältige Vorauswahl geeigneter Betreuungs- und Pflegekräfte
- ✓ Vermittlung der nach Ihren Wünschen ausgewählten Personen
- ✓ Komplette Abwicklung aller Vertragsverhandlungen
- ✓ Klärung aller Fragen rund um die An- und Abreise
- ✓ Koordination des Betreuungs- und Pflegeeinsatzes
- ✓ Keine Vermittlungsgebühren
- ✓ Ansprechpartner in Ihrer Nähe während der gesamten Betreuungszeit

Wenn Sie mehr über uns erfahren möchten, nehmen Sie einfach Kontakt mit uns auf. Nutzen Sie hierfür bitte die Kontaktdaten auf der Rückseite dieses Pflegeratgebers.

RUNDUM BETREUUNG 24

PROMEDICA PLUS Oberrhein

Barbara Coudoux & Axel Gebauer GbR
Gallmattenstr. 10
76534 Baden-Baden
Tel. 0151-746 376 32
baden-baden@promedicaplus.de

Ralph Röderer
Pirminstraße 15
77948 Lahr
Tel. 0151-746 376 28
lahr@promedicaplus.de



www.rundumbetreuung24.de

Haftungsausschluss: Die Informationen dieses Pflegeratgebers ersetzen nicht die Beratung durch die Pflegekasse, Ärzte und andere Leistungserbringer. Alle Informationen basieren auf unserem aktuellen Wissensstand. Für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Informationen wird jede Haftung ausgeschlossen.

PROMEDICA  PLUS