

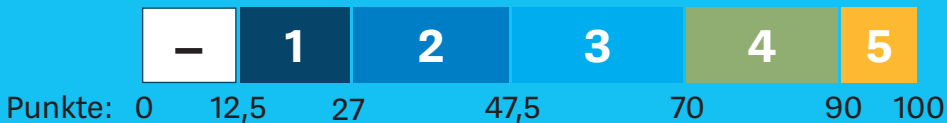
Der Familienrat: Alle helfen mit

Um den Pflegealltag so gut wie möglich zu koordinieren, sollten alle Helfenden an einem Strang ziehen. Und zwar in die gleiche Richtung. Bei der Planung hilft ein Familienrat, der nach Bedarf um Freunde und Nachbarn ergänzt werden kann.



Von den Punkten zum Pflegegrad

Pflegegrad 1 bedeutet, dass jemand noch relativ selbstständig das eigene Leben führen kann. Ab Pflegegrad 2, also ab 27 oder mehr Punkten, lassen sich sämtliche Leistungen der Pflegeversicherung nutzen.



Pflege-WG

In einer Pflege-Wohngemeinschaft ist relativ viel normaler Alltag und trotzdem eine 24-Stunden-Betreuung möglich. Insbesondere für Menschen mit Demenz ist sie oft besonders geeignet.



44

36

137

Inhalt

- 4 Was jetzt zu regeln ist**
 - 5 Wir brauchen Pflege
 - 8 Zeit schaffen: Im Job aussetzen
 - 10 Pflegeleistungen erhalten: Der Antrag
 - 13 Rechtliche Vorsorge
 - 20 Pflege zu Hause?
 - 24 Schnelle Hilfen, die sofort entlasten

- 27 Erfolg beim Pflegeantrag**
 - 28 Pflegebedarf und Pflegegrad
 - 31 Auf die Begutachtung vorbereiten
 - 35 Die Begutachtung
 - 39 Widerspruch und Klage

- 43 Pflege lernen und Beratung in Anspruch nehmen**
 - 44 Der Familienrat: Alle helfen mit
 - 52 Beratung vor Ort
 - 56 Pflege praktisch üben
 - 58 Geriatrische Reha
 - 62 Mit Überforderung umgehen

- 68 Pflege und Beruf vereinbaren**
 - 69 Im Job kürzertreten, um zu pflegen
 - 75 Zuschüsse zur Sozialversicherung

- 81 Was zahlt die Pflegeversicherung?**
 - 82 Leistungen für die ambulante Pflege
 - 90 Leistungen für die stationäre Pflege
 - 91 Neues durch die aktuelle Pflegereform
 - 93 Das Entlastungsbudget für Ersatzpflege

- 99 Pflege zu Hause**
 - 100 Der Pflegedienst
 - 106 Die Tages- und Nachtpflege
 - 111 Hilfskräfte aus Osteuropa
 - 122 Was noch hilft

- 127 Andere Wohnformen mit Pflege**
 - 128 Ein gutes Pflegeheim finden
 - 134 Betreutes Wohnen
 - 137 Pflege-WG
 - 141 Stationäre Hausgemeinschaft
 - 143 Umzug organisieren

- 144 Wenn die Leistungen nicht reichen**
 - 145 Die Leistungen anderer Versicherer
 - 148 Hilfe vom Staat
 - 150 Schwerbehindertenausweis
 - 151 Steuervorteile
 - 154 Einen Neuantrag vorbereiten

- 157 Service**
 - 158 Stichwortverzeichnis

Möglichst sofort erledigen

- **Arbeitsverhinderung.** Mit der „kurzzeitigen Arbeitsverhinderung“ können Sie bis zu zehn Tage freinehmen, um die Pflege für einen Angehörigen zu organisieren. Das ist einmal pro Jahr möglich. Die Zeit dürfen Sie unter mehreren Personen aufteilen. Arbeitgeber können einen Nachweis verlangen, dass tatsächlich jemand aus der Familie pflegebedürftig geworden ist. Einen Lohnersatz müssen Sie am ersten Tag der Arbeitsverhinderung bei der Pflegeversicherung der pflegebedürftigen Person beantragen.
- **Antrag.** Sorgen Sie dafür, dass die pflegebedürftige Person einen Antrag auf Pflegeleistungen bei ihrer Pflegeversicherung stellt. Das ist formlos möglich. Nach einer Begutachtung wird ein Pflegegrad festgelegt. Der bestimmt, wie viel Geld es von der Versicherung gibt.
- **Beratung.** Besuchen Sie – wenn möglich zusammen mit der pflegebedürftigen Person – eine neutrale und kostenlose Beratung bei einem Pflegestützpunkt oder einem Pflegenetzwerk der Länder. Auch Wohlfahrtsverbände und freie Pflegeberater helfen weiter. Weitere Details lesen Sie im Kapitel 3 „Pflege lernen und Beratung in Anspruch nehmen“ ab Seite 43.
- **Vollmachten.** Damit Sie für Pflegebedürftige offiziell Anträge stellen dürfen, brauchen Sie eine rechtliche Erlaubnis. Prüfen Sie, welche Dokumente vorliegen. Ergänzen Sie diese bei Bedarf. Details lesen Sie unter „Rechtliche Vorsorge“ ab Seite 12.
- **Schnelle Hilfen.** Es gibt verschiedene Alltagshilfen, die sich auch ohne Pflegegrad nutzen lassen. Organisieren Sie Angebote wie Essen auf Rädern oder eine ehrenamtliche Hilfskraft. Das verschafft Ihnen Zeit und Kraft für andere Arbeiten.
- **Familienrat.** Die Organisation und Durchführung der Pflege sollte nie nur von einer Person erledigt werden. Berufen Sie daher einen Familienrat ein – bei Bedarf digital – und besprechen Sie mit Angehörigen, Freunden und eventuell Nachbarn, wie Sie die Unterstützung sinnvoll aufteilen können. Bedenken Sie dabei auch professionelle Hilfsangebote.

Pflegeleistungen erhalten: Der Antrag

Wer Pflege braucht, kann dafür Zuschüsse von der Pflegeversicherung bekommen. Betroffene müssen einen Antrag stellen.

Jeder Mensch in Deutschland muss eine Pflegeversicherung haben. Die gesetzlichen Pflegekassen sind bei den Krankenkassen angesiedelt. Wer also bei einer gesetzlichen Kasse wie der AOK, Barmer oder TK krankenversichert ist, hat auch dort seine Pflegekasse. Privat Krankenversicherte müssen eine private Pflegepflichtversicherung haben.

Sobald jemand Pflegeleistungen benötigt, zahlt die Pflegeversicherung dafür Zuschüsse. Pflegebedürftige müssen allerdings zwei Bedingungen erfüllen. Erstens: Innerhalb der vergangenen zehn Jahre hat die betroffene Person für mindestens 24 Monate in die Pflegeversicherung eingezahlt oder war familienversichert. Zweitens: Bei einer staatlich festgelegten Begutachtung wird ein Pflegegrad bewilligt, weil jemand voraussichtlich für mindestens sechs Monate Hilfe im Alltag braucht.

Wie hoch die Leistungen ausfallen, hängt vom Pflegegrad ab. Es gibt fünf verschiedene Grade. Personen mit regelmäßigem, aber geringem Pflegebedarf erhalten Pflegegrad 1 und somit Basisleistungen. Wer rund um die Uhr Hilfe und Unterstützung braucht, erhält als Schwerstpflegebedürftiger Pflegegrad 5 und damit die höchstmöglichen Leistungen.

P1 13,4 %
P2 40,8 %
P3 28,5 %
P4 12,3 %
P5 4,9 %



VERTEILUNG PFLEGEGRADE. Die meisten Pflegebedürftigen bekommen Pflegegrad 2 zugesprochen. Den höchstmöglichen Pflegegrad 5 erhalten nur knapp 5 Prozent.

Formloser Antrag reicht

Um einen Pflegegrad zu bekommen, gibt es ein festgelegtes Verfahren, das für alle Versicherten gleich ist. Zunächst muss ein Antrag bei der eigenen Pflegeversicherung gestellt werden. Gesetzlich Versicherte wen-

Pflege zu Hause?

Eine wichtige Frage ist, ob die Pflege im bisherigen Zuhause stattfinden kann und soll. Folgendes hilft bei der Entscheidung.

Für viele Familien ist es die schwierigste Entscheidung: Wo kann die Pflege langfristig gewährleistet werden? Die meisten Menschen möchten gerne im gewohnten Umfeld bleiben. Das kann auch die sinnvollste Entscheidung sein. Manchmal ist ein Umzug in eine barrierefreie Umgebung, eventuell mit stationärer Pflege, aber die bessere Wahl.

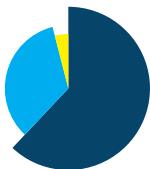
Ist die Wohnumgebung geeignet?

Die wichtigste Frage ist wohl, ob die Wohnumgebung grundsätzlich überhaupt geeignet ist. Dazu zählt zum einen die Wohnung oder das Haus selbst. Kann die pflegebedürftige Person hier noch möglichst viel selbstständig machen? Kommt sie allein vom Bett zum Bad und ins Wohnzimmer? Sind Toilette und Dusche oder Badewanne halbwegs barrierefrei nutzbar? Wenn nein, lässt sich daran etwas ändern?

Mit Partner / -in
privat: 62 %.

Allein privat: 34 %

Im Heim: 4 %.



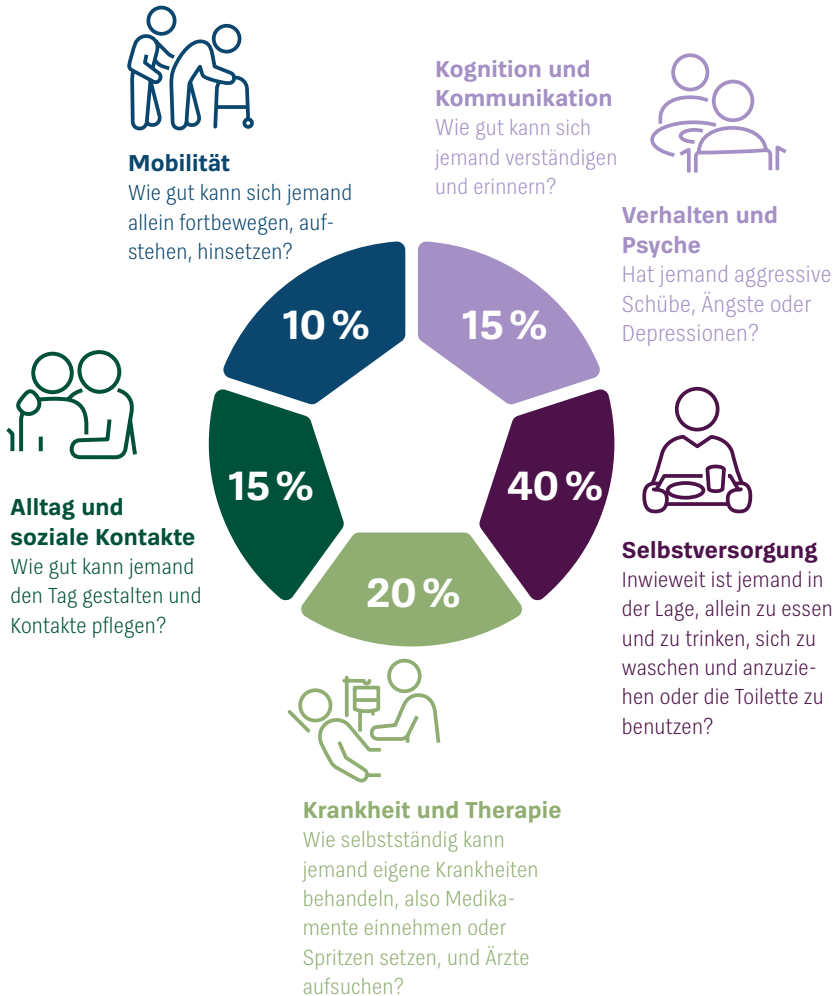
WER LEBT WIE? Von allen über 65-Jährigen wohnt die Mehrheit in Deutschland mit Partner oder Partnerin zusammen in einem privaten Zuhause. Lediglich etwa 4 Prozent leben in einem Pflegeheim.

Zum anderen ist auch das „Umfeld“ entscheidend. Sprich: Sind Supermarkt, Drogerie, Apotheke, Friseur und Praxen gut erreichbar? Gibt es einen Pflegedienst, der unterstützen kann? Gibt es Freunde und Nachbarinnen, die kleinere Aufgaben übernehmen können und wollen, also mal einkaufen, ein Paket reintragen oder im Garten helfen? Besteht Anbindung zu einer Kirchengemeinde, zu einem Chor, einem Tanzkreis, einem Seniorencafé? Auch das soziale Leben spielt eine Rolle: Gibt es einen Partner oder eine Partnerin? Wie kommt er oder sie mit der veränderten Situation klar? Was sind seine oder ihre Wünsche für die Zukunft?

Wenn ein Pflegebedarf entsteht, entscheiden sich viele Menschen dafür, zu Hause wohnen zu bleiben. Das kann neben dem subjektiven Wunsch auch objektiv sinnvoll sein. Viele ältere Menschen profitieren

Die Begutachtung

Bei der Begutachtung zur Pflegebedürftigkeit wird die Selbstständigkeit der Betroffenen in sechs Lebensbereichen, den Modulen, eingeschätzt. Je wichtiger ein Modul für den Alltag ist, desto stärker fließt es in die Gesamtbewertung ein.



tung der nächsthöhere Pflegegrad nur knapp verfehlt wurde. Was Sie bei einem Zweitantrag außerdem bedenken sollten, lesen Sie im letzten Kapitel ab Seite 144.

Sind Sie bereits jetzt unzufrieden mit dem Ergebnis der Begutachtung? Haben Sie den Eindruck, dass wichtige Einschränkungen nicht berücksichtigt wurden? Und sehen Sie eine realistische Chance, einen höheren oder überhaupt einen Pflegegrad zu erreichen, wenn alle Einschränkungen korrekt bepunktet werden? Dann nutzen Sie die Möglichkeit, Widerspruch gegen den Bescheid einzulegen. Wie das geht und wer Ihnen dabei helfen kann, erfahren Sie auf den kommenden Seiten.

Sind Sie zufrieden und möchten gerne wissen, welche Beratungen Sie nutzen können und wie Sie Pflege praktisch lernen können? Dann springen Sie einfach weiter zu Kapitel 3 ab Seite 44. Welche Leistungen es genau gibt und wie Sie diese optimal miteinander kombinieren können, erfahren Sie in Kapitel 5 ab Seite 81.

Widerspruch und Klage

Nicht immer läuft bei der Einstufung alles glatt. Wenn Sie mit dem Ergebnis nicht zufrieden sind, haben Sie folgende Optionen, dagegen vorzugehen.

Manchmal bekommen Menschen keinen Pflegegrad bewilligt, obwohl sie regelmäßig Hilfe im Alltag brauchen. Laut Statistik werden etwa 20 Prozent aller Anträge auf Pflegeleistungen abgelehnt. Hin und wieder werden auch Punkte in einem Bereich aus unerklärlichen Gründen nicht vergeben, sodass Pflegebedürftige einen aus ihrer Sicht zu niedrigen Pflegegrad zugewiesen bekommen.

Das ist besonders ärgerlich, wenn sie knapp am nächsthöheren Pflegegrad vorbeischrannen. Das ist beispielsweise der Fall, wenn jemand 26 Punkte erhält und somit in Pflegegrad 1 nur eingeschränkte Leistungen nutzen kann, während es mit 28 Punkten Pflegegrad 2 und das volle Leistungsspektrum gegeben hätte. In solchen Fällen ist es sinnvoll, über einen Widerspruch nachzudenken. Im Jahr 2019 waren mehr als ein Viertel der eingereichten Widersprüche erfolgreich.

herausfinden. Das Programm kann auch Fahrzeiten mehrerer Verkehrsmittel, etwa Fernbus, Zug und Flugreise, miteinander kombinieren und die Kosten vergleichen.

Beispielrechnung

Bei einer Wochenarbeitszeit von 40 Stunden und einem Mindestlohn von 12,41 Euro brutto für das Jahr 2024 wird folgendermaßen gerechnet:

Bruttoentgelt inklusive Sachbezüge

Bruttoentgelt:	2 151 €
Sachbezugswert freie Unterkunft:	+ 278 €
Sachbezugswert freie Verpflegung:	+ 313 €
Brutto gesamt:	2 742 €

Auf den Bruttogesamtwert werden Steuern und Sozialabgaben berechnet. Diese unterscheiden sich leicht je nach Wohnort, Krankenkasse und Familienstatus. Eine individuelle Berechnung ist online zum Beispiel unter brutto-netto-rechner.info unter dem Menüpunkt „Gehalt“, Unterpunkt „Gehaltsrechner für Arbeitgeber“ möglich. Als Unfallabsicherung ist grundsätzlich eine Jahresgebühr fällig, die ebenfalls je nach Bundesland leicht unterschiedlich ausfällt. Für eine Betreuungskraft in Steuerklasse 1 mit einem Krankenkassenzusatzbeitrag von 1,5 Prozent, die in Nordrhein-Westfalen angestellt ist, werden folgende Abgaben fällig:

Sozialabgaben und Unfallversicherung

Rentenversicherung:	255 €
Arbeitslosenversicherung:	+ 36 €
Krankenversicherung:	+ 221 €
Pflegeversicherung:	+ 47 €
Unfallversicherung (monatlich runtergerechnet):	+ 3 €
Abgaben gesamt:	562 €

Gesamtkosten für den Arbeitgeber

Brutto gesamt:	2 151 €
Abgaben gesamt:	+ 562 €
Gesamtkosten:	2 713 €
Plus angemessene Verpflegung.	