

Pflegebedürftig

Was ist zu tun



Inhaltsverzeichnis

Vorwort	5
Pflegebedürftigkeit – Was ist das?	6
Pflegebedürftig – Was ist zu tun?	8
Leistungen der Pflegeversicherung	11
Welche Leistungen werden von der Pflegekasse erbracht?	12
Anhang	
Leistungen auf einen Blick	25
Weiterführende Informationen	26
Benötigte Leistungen und Hilfen in der ambulanten Pflege	27
Die wichtigsten Schritte zur Auswahl eines ambulanten Pflegedienstes	28
Prüfung des Vertrags	30
Checkliste stationäre Pflegeeinrichtung	32
Notfallkarte zum Heraustrennen	33

Herausgeber

Hessisches Sozialministerium
Referat Öffentlichkeitsarbeit
Dostojewskistraße 4
65187 Wiesbaden
www.sozialministerium.hessen.de

Redaktion

Ellen Körting, Dieter Obst, Dr. Christian Peter (verantwortlich)

Produktion

Herbert Ujma

Gestaltung

Kirsch Kommunikationsdesign GmbH, Walluf

Druck

[www.druck und so...](http://www.druckundso...) GmbH, Mainz-Kastel

Stand

Oktober 2010

Liebe Leserinnen und Leser,

die häusliche Versorgung pflegebedürftiger Menschen wird in Hessen zu fast 75 Prozent von Angehörigen übernommen. Eine solche Pflege erfordert ein immenses Maß an Kraft, sind die Angehörigen doch meist rund um die Uhr im Einsatz. Allerdings tragen sie so entscheidend dazu bei, dem pflegebedürftigen Familienmitglied ein Leben in den eigenen vier Wänden zu ermöglichen. Nicht immer kann Pflege jedoch auf Dauer ohne Unterstützung geleistet werden. Sei es, weil pflegende Familienmitglieder die Kraft verlässt und sie selbst Erholung benötigen, sei es, weil für die Pflege der Angehörigen Hilfsmittel benötigt werden, wie zum Beispiel ein spezielles Bett.



Neben die körperlichen und seelischen Belastungen treten oft organisatorische Probleme, die von den pflegenden Angehörigen gelöst werden müssen. Mit welchen finanziellen und materiellen Hilfen können die pflegebedürftigen Menschen und ihre Angehörigen rechnen? Wie sind die verschiedenen Pflegestufen definiert? Welche Leistungen erbringen die Pflegekassen? Diese und weitere Fragen will die vorliegende Broschüre beantworten.

Zugleich soll sie darüber informieren, welche weiteren Angebote und Leistungen es für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen gibt und welche Beratungsangebote zur Verfügung stehen.

A handwritten signature in black ink, which appears to read 'Stefan Grüttner'.

Stefan Grüttner
Hessischer Sozialminister

Pflegebedürftigkeit - Was ist das?



**Sozialgesetzbuch XI =
Soziale Pflegeversicherung**

Pflegebedürftig im Sinne des Sozialgesetzbuches XI ist, wer wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die Verrichtung des täglichen Lebens auf Dauer – das heißt für mindestens sechs Monate – auf fremde Hilfe angewiesen ist.

Unter Krankheit und Behinderung werden verstanden:

- Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
- Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
- Störungen des Zentralnervensystems wie etwa Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie
- Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.



Die Pflegeversicherung bezieht sich auf die langfristige Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung, nicht auf die Krankenpflege.

Zu den Verrichtungen des täglichen Lebens, der sogenannten Grundpflege, gehören die Körperpflege (z. B. Waschen, Duschen, Zahnpflege) genauso wie die Ernährung (Zubereitung oder Aufnahme der Nahrung), die Mobilität (z. B. An- und Auskleiden, Treppensteigen) und die hauswirtschaftliche Versorgung (z. B. Einkaufen, Kochen, Putzen).

Maßgeblich ist dabei der Hilfebedarf, der sich aus einer Erkrankung oder Behinderung ergibt, nicht jedoch die Erkrankung oder Behinderung selbst.

Leistungen der Krankenversicherung (Sozialgesetzbuch V)

Die häusliche Krankenpflege, die durch einen Pflegedienst erbracht wird, umfasst ebenfalls Leistungen der Grund- und Behandlungspflege sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung. Jedoch wird die häusliche Krankenpflege vom Arzt für einen begrenzten Zeitraum (in der Regel bis zu 28 Tage) verordnet, um eine Verhinderung oder Verkürzung von Krankenhausaufenthalten zu bewirken. Behandlungspflege, hierunter fällt z. B. Medikamentengabe, wird vom Arzt zur Sicherung der ärztlichen Behandlung verordnet. Kostenträger ist die Krankenkasse, die im Einzelfall über die Bewilligung entscheidet. Bei Fragen zu den Leistungen der häuslichen Krankenpflege wenden Sie sich bitte an Ihren Hausarzt. Im Gegensatz zur Pflegebedürftigkeit liegt hier nicht eine dauerhafte Bedürftigkeit vor, sondern es soll in erster Linie im Krankheitsfall geholfen werden.



**Kostenträger für die
(kurzfristige) häusliche
Krankenpflege ist die
Krankenkasse**

Pflegebedürftig - Was ist zu tun?

Rat suchen



Sind Sie oder ein Angehöriger auf fremde Hilfe angewiesen, können Sie zunächst Rat bei einem Sozialdienst eines Krankenhauses, einer Seniorenberatungsstelle, einem Pflegestützpunkt oder Ihrer Pflegekasse suchen. Die Pflegekassen haben den gesetzlichen Auftrag, die Versicherten und ihre Angehörigen über alle mit der Pflegebedürftigkeit zusammenhängenden Fragen zu unterrichten und zu beraten. Beratungsstellen auf kommunaler Ebene bieten ebenfalls einen bürgernahen Service, geben Auskunft über gesundheitsrelevante, sozialpflegerische und psychosoziale Angebote und vermitteln benötigte Hilfen. Hier können Sie sich darüber informieren, welche Hilfen in Betracht kommen könnten.

Antrag auf Pflegeleistungen stellen



Den Antrag auf Pflegeleistungen müssen Sie bei Ihrer Pflegekasse stellen. Versicherte erhalten die Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung grundsätzlich nur auf Antrag. Der Antrag ist von dem Versicherten, seinem Bevollmächtigten oder seinem gesetzlichen Vertreter formlos an die Kranken- bzw. Pflegekasse zu richten, bei der die Versicherung besteht.

Die Leistungen werden dann ab Antragstellung gewährt, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an, an dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen. Wird der Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung später als einen Monat nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit gestellt, werden die Leistungen vom Beginn des Monats der Antragstellung gewährt.

Nach der Antragstellung beauftragt die Pflegekasse den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit einer Begutachtung, welche im Rahmen eines Hausbesuches in Ihrer Wohnung oder Ihrem Zimmer im Pflegeheim erfolgt. In dringenden Fällen kann auch eine Eilbegutachtung im Krankenhaus durchgeführt werden. Hierbei wird nach Aktenlage entschieden, ob nach Beendigung des Krankenhausaufenthaltes eine Pflegestufe bestehen würde. Die endgültige Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit wird jedoch erst nach der Entlassung aus dem Krankenhaus bei der Begutachtung durch den MDK in Ihrer häuslichen Umgebung getroffen. Der MDK wird Sie bei der Begutachtung auch zu Ihrer Krankengeschichte und Ihrem Hilfebedarf befragen. Weiterhin werden Angaben zu Ihrer Pflegeperson, Ihrer Wohnsituation, bereits vorhandenen Hilfsmitteln und den täglichen Hilfsleistungen, die Sie erhalten, vom MDK benötigt.



Begutachtung

Der MDK gibt eine Empfehlung an die Pflegekasse, welche Hilfeleistungen notwendig sind, und erhebt den täglichen Zeitaufwand für die benötigten Hilfen. Danach erhalten Sie einen Bescheid der Pflegekasse über die Höhe der Ihnen zustehenden Leistungen.

Widerspruch



Pflegetagebuch führen

Wenn Sie mit der Einstufung nicht einverstanden sind

Sollten Sie mit der Einstufung in eine Pflegestufe nicht einverstanden sein, müssen Sie in diesem Fall Widerspruch gegen den Feststellungsbescheid bei der zuständigen Pflegekasse eingelegt und den Widerspruch begründen. Dabei muss angegeben werden, warum eine andere Einstufung erforderlich ist. Hilfreich ist in diesem Zusammenhang das Führen eines „Pflegetagebuchs“, in dem die einzelnen Hilfen aufgeführt werden. Vermerkt werden sollte hier, wer die Hilfe leistet, sowie wann und wie lange eine Hilfestellung notwendig war.

Außerdem kann eine Eingabe an die zuständige Aufsichtsbehörde erfolgen. Hier muss die zugrunde liegende Problematik geschildert werden.

Zuständige Aufsichtsbehörden

- Für die **landesunmittelbaren Pflegekassen** (z. B. AOK Hessen) ist das Hessische Sozialministerium, Dostojewskistraße 4, 65187 Wiesbaden, zuständig.
- Für die **bundesunmittelbaren Pflegekassen** (z. B. DAK, TKK) ist das Bundesversicherungsamt, Friedrich-Ebert-Allee 38, 53113 Bonn, zuständig.
- Für die **privaten Versicherungsunternehmen** ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn, zuständig.
- Für die **beihilferechtlichen Angelegenheiten** ist das Hessische Ministerium des Inneren und für Sport, Friedrich-Ebert-Allee 12, 65185 Wiesbaden, zuständig.

Leistungen der Pflegeversicherung

Die Leistungen der Pflegeversicherung richten sich nach den im Sozialgesetzbuch XI festgelegten Pflegestufen.

Unterschieden wird zwischen 3 Pflegestufen:

Pflegestufe I: Erhebliche Pflegebedürftigkeit

Pflegestufe I besteht, wenn bei wenigsten zwei Verrichtungen des täglichen Lebens mindestens einmal täglich Hilfe benötigt wird und zusätzlich mehrmals wöchentlich Hilfe im hauswirtschaftlichen Bereich (z. B. Wäsche waschen, Putzen, Einkaufen) notwendig wird.

Der Zeitaufwand für die Pflege muss dabei im Wochendurchschnitt 90 Minuten pro Tag betragen, wobei 45 Minuten auf die Grundpflege entfallen müssen.

Dies bedeutet, dass der Pflegeaufwand aus dem Bereich der Körperpflege, Ernährung oder Mobilität mindestens 45 Minuten betragen muss.



Pflegestufe II: Schwerpflegebedürftigkeit

Hier gilt, dass bei der Körperpflege, Ernährung oder Mobilität mindestens drei Mal täglich zu unterschiedlichen Tageszeiten und mehrmals wöchentlich in der Hauswirtschaft Hilfe benötigt wird.

Der Zeitaufwand für die Pflege muss dabei im Wochendurchschnitt mindestens drei Stunden täglich betragen, hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen.



Pflegestufe III: Schwerstpflegebedürftigkeit

Wird die Hilfe bei der Körperpflege, Ernährung oder Mobilität täglich rund um die Uhr benötigt und ist mehrmals die Woche Hilfe in der Hauswirtschaft notwendig, wird Pflegestufe III gewährt.

Der Zeitaufwand für die Pflege muss dabei im Wochendurchschnitt mindestens fünf Stunden täglich betragen, wobei auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen müssen.



Besonderer Härtefall

Ein besonderer Härtefall liegt dann vor, wenn der Hilfebedarf in erheblich höherem Maße als in Pflegestufe III geschildert vorliegt, die Hilfe in erhöhtem Maße nachts erforderlich ist und hierfür mehrere Pflegepersonen benötigt werden.

Welche Leistungen werden von der Pflegekasse erbracht?



Die Pflegeversicherung soll vorrangig die häusliche Pflege unterstützen, damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können.

(§ 3 SGB XI)

Die Leistungen der Pflegekasse hängen davon ab, ob eine Pflege zu Hause (ambulant) oder stationär erfolgt, und können sowohl in Form von Sach- wie auch als Geldleistung erbracht werden. Eine Kombination beider Varianten ist ebenfalls möglich.

Darüber hinaus werden folgende Leistungen angeboten:

- Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson
- Tages- und Nachtpflege
- Kurzzeitpflege
- Vollstationäre Pflege
- Pflegehilfsmittel und technische Hilfen
- Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen
- Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson
- Zusätzliche Betreuungsleistungen für Demenzerkrankte

Pflegeberatung

Seit 1.1.2009 haben Versicherte, die bereits Leistungen der Pflegekassen erhalten oder einen Antrag gestellt haben, Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch einen Pflegeberater oder eine Pflegeberaterin der zuständigen Pflegekasse bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Pflegeleistungen.

Pflegesachleistungen

Für verschiedene Pflegeaufwendungen erhält die/der Pflegebedürftige Hilfe durch einen beauftragten ambulanten Pflegedienst. Die Pflegekassen zahlen Zuschüsse zu den Aufwendungen für Hilfen bei der Körperpflege, Mobilisation und Ernährung (Grundpflege) sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung. Voraussetzung ist die Einstufung in eine Pflegestufe. Die Leistungen werden der bzw. dem Pflegebedürftigen bei der Inanspruchnahme eines Pflegedienstes dann als Sachleistung gewährt.

Die Pflegekasse zahlt für die vom ambulanten Pflegedienst geleisteten Pflegeeinsätze einen Gesamtbetrag bis zu

Einrichtung von Pflegestützpunkten in Hessen



Zur wohnortnahen Beratung, Versorgung und Betreuung der Versicherten werden von den Pflege- und Krankenkassen und Kommunen zunächst ein Pflegestützpunkt je Landkreis und kreisfreie Stadt eingerichtet. In den Pflegestützpunkten wird auch Pflegeberatung angeboten werden.



Eine Liste der ambulanten Pflegedienste in Ihrer Nähe kann Ihnen Ihre Pflegekasse zur Verfügung stellen.

Wichtige Informationen erhalten Sie auch unter www.sozialnetz-hessen.de.

	seit 1.1.2010	ab 1.1.2012
■ Pflegestufe I	440 Euro	450 Euro
■ Pflegestufe II	1.040 Euro	1.100 Euro
■ Pflegestufe III	1.510 Euro	1.550 Euro
■ Besondere Härtefälle	1.918 Euro	1.918 Euro



Pflege durch Familienangehörige oder im Rahmen der Nachbarschaftshilfe

Pflegegeld

Pflegebedürftige können die Zahlung eines Pflegegeldes beantragen. In diesem Fall müssen sie in geeigneter Weise selbst die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung sicherstellen. Dies ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die Pflege durch Familienangehörige oder im Rahmen der Nachbarschaftshilfe erfolgt. Bei den Pflegestufen I und II muss einmal im halben Jahr, bei Pflegestufe III einmal im Vierteljahr ein Beratungseinsatz durch einen zugelassenen Pflegedienst in Anspruch genommen werden.

Das Pflegegeld variiert je nach Pflegestufe:

	seit 1.1.2010	ab 1.1.2012
■ Pflegestufe I	225 Euro	235 Euro
■ Pflegestufe II	430 Euro	440 Euro
■ Pflegestufe III	685 Euro	700 Euro

Kombination von Sach- und Geldleistungen

Auch eine Kombination von Sach- und Geldleistungen ist möglich. Nimmt ein Pflegebedürftiger die zustehenden Sachleistungen nicht in voller Höhe in Anspruch, kann ein anteiliges Pflegegeld gezahlt werden. Dies wäre zum Beispiel dann der Fall, wenn ein Angehöriger die Pflege übernimmt, jedoch für einzelne Verrichtungen (wie etwa Baden) einen Pflegedienst beauftragt. Die genaue Berechnung erklärt Ihnen Ihre Pflegekasse.

Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson

Wenn pflegende Angehörige ausfallen – sei es wegen eines Urlaubs, sei es, weil sie krank werden – übernimmt die Pflegekasse die Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens vier Wochen und maximal 1.510 Euro (ab 1.1.2012: 1.550 Euro) im Jahr. Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor ihrer Verhinderung mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat.

Unterstützende Hilfen für pflegende Angehörige

Fühlen sich pflegende Angehörige überlastet oder können sie die Pflege mit der Betreuung der eigenen Familie, der Arbeitszeit, eigenem Urlaub oder bei einer Erkrankung nicht in Einklang bringen, können sie auf folgende Hilfen zurückgreifen:

- Teilstationäre Pflege
- Stationäre Kurzzeitpflege
- Anstellung einer Hilfskraft
- Pflegezeit



Bei einer Ersatzpflege durch Verwandte bis zum zweiten Grade oder durch Personen, die mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft leben, wird angenommen, dass die Ersatzpflege nicht erwerbsmäßig ausgeübt wird. In diesen Fällen wird nur das Pflegegeld der festgestellten Pflegestufe gezahlt.

Teilstationäre Pflege

Ist es Angehörigen nicht möglich, die häusliche Pflege in ausreichendem Umfang sicherzustellen, besteht ein Anspruch auf teilstationäre Pflege – als Tages- und Nachtpflege.

Die Pflegekasse übernimmt dabei Aufwendungen, die je nach Pflegestufe variieren:

- Pflegestufe I: Aufwendungen bis zu einer Höhe von 440 Euro (ab 1.1.2012: 450 Euro) je Kalendermonat
- Pflegestufe II: Aufwendungen bis zu einer Höhe von 1.040 Euro (ab 1.1.2012: 1.100 Euro) je Kalendermonat
- Pflegestufe III: Aufwendungen bis zu einer Höhe von 1.510 Euro (ab 1.1.2012: 1.550 Euro) je Kalendermonat



Eine stationäre Kurzzeitpflege wird von der Pflegekasse für maximal vier Wochen im Jahr bis zu einem Betrag von 1.510 Euro (ab 2012: 1.550 Euro) erstattet.

Stationäre Kurzzeitpflege

Die stationäre Kurzzeitpflege kommt in Betracht, wenn zeitweise weder häusliche noch teilstationäre Pflege möglich oder ausreichend ist. Dies ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die Pflegeperson durch Krankheit oder Urlaub verhindert ist.

Im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt besteht in der Übergangszeit ebenfalls die Möglichkeit einer stationären Kurzzeitpflege.

Anstellung einer hauswirtschaftlichen Hilfskraft

Pflegende Angehörige können als Arbeitgeber für eine Hilfskraft auftreten. In diesem Fall ist allerdings unbedingt zu beachten, dass dann Sozialversicherungsabgaben zu zahlen sind und Lohnsteuer abgeführt werden muss. Die Tätigkeit der Hilfskraft muss auf hauswirtschaftliche Arbeiten begrenzt bleiben. Tätigkeiten in der Pflege sind nicht erlaubt.

Die Beschäftigung dieser Hilfskraft wird steuerlich gefördert. Die Steuerermäßigung beträgt 20 % der Aufwendungen bis zu einer jährlichen Höchstgrenze von 510 Euro bei geringfügigen bzw. 4.000 Euro bei sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnissen.

Eine Vermittlung von Pflegekräften erfolgt durch die örtliche Agentur für Arbeit. Vor einer Beschäftigung muss durch diese geprüft werden, ob bevorrechtigte Arbeitnehmer zur Verfügung stehen. Erst wenn aus diesem Personenkreis – in der Regel deutsche Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer – keine geeigneten Personen in Frage kommen, ist eine Vermittlung von osteuropäischen Haushaltshilfen möglich.

Ratsam ist, sich **vor** der Beschäftigung einer Hilfskraft mit der Pflegekasse oder Agentur für Arbeit in Verbindung zu setzen. Denn wer Arbeitskräfte ohne Arbeitserlaubnis beschäftigt, begünstigt die Schwarzarbeit.



Einzelheiten finden Sie in der Broschüre „haushaltsnahe Beschäftigungsverhältnisse, Dienstleistungen und Handwerkerleistungen in privaten Haushalten“ des Hessischen Finanzministeriums



Zu empfehlen ist hierzu der Ratgeber der Verbraucherzentrale Hessen: „Hilf rund um die Uhr - (I)egal durch wen?“



Als nahe Angehörige gelten: Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen Gemeinschaft, Großeltern, Eltern, Geschwister, Kinder, Adoptiv- und Pflegekinder, Enkelkinder sowie die Schwiegereltern und Schwiegerkinder.

Pflegezeit

Wenn Sie einen nahen Verwandten, bei dem mindestens Pflegestufe I vorliegt, in seiner häuslichen Umgebung pflegen, haben Sie unter bestimmten Voraussetzungen, die im Pflegezeitgesetz geregelt sind, einen Rechtsanspruch gegen Ihren Arbeitgeber,

- der Arbeit bis zu zehn Tage fern zu bleiben;
- für eine bis zu sechs Monate dauernde Pflegezeit von der Arbeit freigestellt zu werden. Der Anspruch besteht nur gegenüber Arbeitgebern mit mehr als 15 Beschäftigten.

Gegenüber Ihrem Arbeitgeber müssen Sie die Pflegezeit zehn Tage, bevor Sie sie in Anspruch nehmen, schriftlich ankündigen. Hierbei müssen Sie mitteilen, für welchen Zeitraum und in welchem Umfang Sie Pflegezeit in Anspruch nehmen wollen. In dieser Zeit sind Sie unentgeltlich von der Arbeit befreit.

Möchten Sie nur eine anteilige Freistellung, müssen Sie angeben, wie Sie die Arbeitszeit verteilen möchten. In diesem Fall treffen Sie mit ihrem Arbeitgeber eine schriftliche Vereinbarung über die Verringerung und die Verteilung der Arbeitszeit. Der Arbeitgeber kann den Wunsch nach anteiliger Freistellung nur aus dringenden betrieblichen Gründen ablehnen.


Sie müssen z.B. durch den Bescheid der Pflegekasse die Pflegebedürftigkeit der/des zu Pflegenden gegenüber dem Arbeitgeber nachweisen.

Sie können die Pflegezeit nur mit Zustimmung des Arbeitgebers vorzeitig beenden.

Die Pflegezeit endet vor Ablauf des in Anspruch genommenen Zeitraums mit einer Übergangsfrist von vier Wochen in folgenden Ausnahmefällen:

- die gepflegte Person verstirbt
- die gepflegte Person muss in eine stationäre Pflegeeinrichtung aufgenommen werden
- die häusliche Pflege des nahen Angehörigen wird aus anderen Gründen unmöglich oder unzumutbar.

Wird ein naher Angehöriger akut pflegebedürftig, haben Sie das Recht, sich bis zu zehn Arbeitstage von der Arbeit befreien zu lassen, um für sie oder ihn eine gute Pflege zu organisieren oder die pflegerische Versorgung in dieser Zeit selbst zu übernehmen. Auf Verlangen des Arbeitgebers müssen Sie eine ärztliche Bescheinigung über die voraussichtliche Pflegebedürftigkeit des oder der Angehörigen und die Erforderlichkeit der Arbeitsbefreiung vorlegen.



Eine kurzzeitige Freistellung können alle Beschäftigte in Anspruch nehmen - unabhängig von der Anzahl der beim Arbeitgeber insgesamt Beschäftigten.



Weitere Informationen
und eine Checkliste zur
richtigen Wahl eines
Pflegeheimes erhalten
Sie unter
www.sozialnetz-hessen.de.

Vollstationäre Pflege

Ist eine häusliche oder teilstationäre Pflege nicht mehr möglich oder kommt sie wegen der Besonderheit des Einzelfalls nicht in Betracht, haben Pflegebedürftige Anspruch auf Pflege in einer stationären Einrichtung (Pflegeheim). Eine Kostenübernahme durch die Pflegekasse erfolgt nur für die allgemeinen Pflegeleistungen. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie für vereinbarte Zusatzleistungen sind von den Pflegebedürftigen selbst zu tragen.

Folgende Pauschalen werden von den Pflegekassen monatlich gezahlt:

	seit 1.1.2010	ab 1.1.2012
■ Pflegestufe I	1.023 Euro	1.023 Euro
■ Pflegestufe II	1.279 Euro	1.279 Euro
■ Pflegestufe III	1.510 Euro	1.550 Euro
■ Besondere Härtefälle:	1.825 Euro	1.918 Euro

Veröffentlichung der Ergebnisse von Qualitätsprüfungen in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen

Die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen in Pflegeheimen und -diensten durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen werden veröffentlicht und können unter www.pflegenoten.de abgefragt werden.



www.pflegenoten.de

Zusatzleistungen bei Demenz

Pflegebedürftige in häuslicher Pflege, bei denen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) ein erheblicher Bedarf an Beaufsichtigung und Betreuung festgestellt wurde, erhalten zusätzliche Betreuungsleistungen bis zu einem Betrag von 100 Euro (Grundbetrag) oder bis zu 200 Euro (erhöhter Betrag) monatlich. Die Höhe des Anspruchs wird von der Pflegekasse aufgrund der Empfehlung des MDK individuell festgelegt und dem Betroffenen mitgeteilt. Dieser Betrag ist zweckgebunden für speziell anerkannte Betreuungsleistungen und muss anhand von Bescheinigungen und Zahlungsbelegen mit der Pflegekasse abgerechnet werden.

Auch demenziell erkrankte Menschen mit einem geringeren Pflegebedarf, die noch nicht die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllen (so genannte „Pflegestufe 0“), aber durch den MDK einen zusätzlichen Betreuungsbedarf bescheinigt bekommen, können diese Leistung beanspruchen.



**Anspruch auf zusätzliche
Betreuungsleistungen mit
Pflegekasse klären**



Anspruch auf Hilfsmittel

Pflegehilfsmittel und Zuschüsse zu pflegebedingtem Umbau

Pflegebedürftige haben Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen. Ein Anspruch besteht auch auf Hilfsmittel, die ihm eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen (z. B. Wannenlifter).

Zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes und zur Erleichterung der häuslichen Pflege kann die Pflegekasse Zuschüsse für Maßnahmen bis zu einem Betrag von 2.557 Euro bewilligen. Hierbei ist jedoch ein angemessener Eigenanteil unter Berücksichtigung des Einkommens von den Pflegebedürftigen selbst zu tragen.



Vermitteln von Pflegetechniken

Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen werden von den Pflegekassen angeboten und sollten helfen, den Teilnehmerinnen und Teilnehmern Techniken in der Pflege zu vermitteln oder ihre bestehenden Fähigkeiten zu verbessern.

Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson

Wenn Sie eine Angehörige oder einen Angehörigen für mindestens 14 Stunden in der Woche pflegen und selbst nicht mehr als 30 Stunden in der Woche erwerbstätig sind, zahlt die Pflegeversicherung für Sie Beiträge zur Renten-, Unfall- und Arbeitslosenversicherung. Die Höhe richtet sich dabei nach dem Schweregrad der Pflegebedürftigkeit des zu Pflegenden und dem Umfang Ihrer Pflegetätigkeit. Der Umfang Ihrer Pflegetätigkeit wird in dem erstellten MDK-Gutachten festgestellt. Informationen hierzu gibt Ihnen Ihre Pflegekasse.

Steuerliche Entlastung

Steuerlich begünstigt werden können alle Dienstleistungen, die im Rahmen eines haushaltsnahen Beschäftigungsverhältnisses entstehen. Die Steuerermäßigung erhält der Arbeitgeber der leistenden Person. Die Förderung wird im Rahmen der Einkommenssteuer beantragt beziehungsweise kann als Steuerfreibetrag eingetragen werden.

Darüber hinaus können pflegebedingte Aufwendungen steuerlich abgesetzt werden. Berücksichtigt werden Pflegekosten, die im häuslichen Bereich anfallen und über die Leistungen der Pflegeversicherung hinausgehen. Auskunft erteilt Ihnen das zuständige Finanzamt.



Voraussetzung für diese zusätzliche Förderung ist, dass die Pflege- und Betreuungsleistungen für einen pflegebedürftigen Menschen im Sinne der Pflegeversicherung erbracht werden. Die Geldleistungen der Pflegeversicherung werden dabei angerechnet.



Schonvermögen von Angehörigen

Sollten das Einkommen der/des Pflegebedürftigen und die Leistungen der Pflegeversicherung für eine umfassende Pflege nicht ausreichen, so können eventuell Leistungen der Sozialhilfe in Anspruch genommen werden. Hierbei wird auch eine Unterhaltspflicht von nahen Angehörigen (z.B. der Kinder) geprüft. Inwieweit die Angehörigen herangezogen werden, hängt von deren Einkommensverhältnissen ab, wobei Freibeträge, das sogenannte Schonvermögen, zu berücksichtigen sind.

Auskunft erteilt Ihnen das zuständige Sozialamt.

Anhang

Leistungen auf einen Blick

Pflegestufe	Pflegegeld	Ambulante Pflege	Vollstationäre Pflege	Teilstationäre Pflege
Pflegestufe I seit 1.1.2010 ab 1.1.2012	225,- € 235,- €	440,- € 450,- €	1.023,- € 1.023,- €	440,- € 450,- €
Pflegestufe II seit 1.1.2010 ab 1.1.2012	430,- € 440,- €	1.040,- € 1.100,- €	1.279,- € 1.279,- €	1.040,- € 1.100,- €
Pflegestufe III seit 1.1.2010 ab 1.1.2012	685,- € 700,- €	1.510,- € 1.550,- €	1.510,- € 1.510,- €	1.510,- € 1.550,- €
Härtefall seit 1.1.2010 ab 1.1.2012		1.918,- € 1.918,- €	1.825,- € 1.918,- €	

Angebote in Hessen

Um das jeweils aktuelle Angebot in Ihrer Region zu erfragen, wenden Sie sich bitte direkt an Ihre Pflege- und Krankenkasse oder an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegestützpunktes, sofern er bereits eingerichtet wurde.

Weiterführende Informationen

Weitere Informationsbroschüren zum Thema, herausgegeben vom Hessischen Sozialministerium:

- Steuertipp „Haushaltsnahe Dienstleistungen in privaten Haushalten“
- Wegweiser für Menschen mit Behinderung
- Betreuungsrecht
- Wie wir im Alter leben wollen

Die Broschüren können unter der Rufnummer **06 11 / 8 17 33 01** bestellt werden.

Informationsbroschüren, herausgegeben vom Bundesministerium für Gesundheit. Hier eine Auswahl:

- Pflegen zu Hause
- Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen
- Pflegeversicherung
- Wenn das Gedächtnis nachlässt

Informationsbroschüre der Verbraucherzentrale Hessen

- Hilfe rund um die Uhr – (l)egal durch wen?

Im Internet finden Sie weitere Informationen unter folgenden Adressen:

- www.hsm.hessen.de
- www.sozialnetz.de
- www.mdk-hessen.de
- www.mds-ev.org
- www.bmg.bund.de
- www.hilfe-und-pflege-im-alter.de
- Internetauftritt Ihrer Kranken- bzw. Pflegeversicherung
- www.verbraucherzentrale-hessen.de

Benötigte Leistungen und Hilfen in der ambulanten Pflege

Hilfe und Unterstützung bei folgenden Tätigkeiten	Mo		Di		Mi		Do		Fr		Sa		So	
vormittags / mittags	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A
nachmittags / abends	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A
nachts	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A

P: Pflegedienst A: Andere, z. B. Angehörige, Bekannte, Nachbarn ...

Beispiele für Leistungen und Hilfen

Bei der Pflege

- Hilfe bei der Körperpflege, z. B. Waschen, Duschen, Baden
- Betten und Lagern
- Hilfe bei der Nahrungsaufnahme
- Hilfe bei Ausscheidungen
- Hilfe beim Gehen und Treppensteigen im häuslichen Bereich

Bei der hauswirtschaftlichen Versorgung

- Einkaufen und Erledigen von Besorgungen
- Kochen, Tisch decken, spülen
- Wäsche waschen und bügeln
- Wohnungsreinigung
- Sonstiges

(Quelle: Sozialnetz-hessen.de)

Die wichtigsten Schritte zur Auswahl eines ambulanten Pflegedienstes

- 1 Besorgen Sie sich die Adressen von mehreren Diensten. Hierzu können Sie auf verschiedene Informationsquellen zurückgreifen:
 - Beratungs- und Koordinierungsstellen der Altenhilfe
 - Branchenverzeichnis („Gelbe Seiten“)
 - Hausärztin/Hausarzt
 - Internet (z. B. www.sozialnetz-hessen.de)
 - Kranken-/Pflegekassen
 - Regionale Alzheimer Gesellschaften (für demenzkranke Menschen)
 - Sozialämter und Altenhilfeabteilungen der Kommunen
 - Selbsthilfegruppen
 - Seniorenvertretungen in Ihrer Kommune
 - Sozialdienst im Krankenhaus
 - Verzeichnis der ambulanten Pflegedienste vom Statistischen Landesamt
 - Verzeichnis der zugelassenen ambulanten Pflegeeinrichtungen der Pflegekassen.
- 2 Lassen Sie sich bei Bedarf weitergehend beraten. In Hessen gibt es zahlreiche Beratungsstellen, die Ihnen mit unterschiedlichen Schwerpunkten für eine Beratung zur Verfügung stehen:
 - Beratungsstellen der Verbände der freien Wohlfahrtspflege
 - Beratungs- und Koordinierungsstellen der Altenhilfe
 - Kommunen: Sozialamt, Altenhilfeabteilung
 - Seniorenvertretungen in Ihrer Kommune
 - Kranken-/Pflegekassen
 - Selbsthilfegruppen
 - Sozialdienst im Krankenhaus
 - Verbraucherzentrale.
- 3 Ermitteln Sie Ihren persönlichen Pflegebedarf. Nutzen Sie dazu das angebotene Formblatt.

- 4 Ein ambulanter Pflegedienst erbringt eine Vielzahl von Dienstleistungen. Für diese Leistungen können unterschiedliche Kostenträger zuständig sein. Verschaffen Sie sich einen Überblick, welcher Kostenträger welche Leistungen übernimmt.
- 5 Beantragen Sie bei Ihrer Pflegekasse die Einstufung in eine Pflegestufe.
- 6 Nehmen Sie mit mindestens zwei Pflegediensten Ihrer Region Kontakt auf. Bitten Sie die Pflegedienstleitung um einen kostenlosen Hausbesuch zur Information.

Lassen Sie sich einen detaillierten Kostenvoranschlag für einen Monat erstellen und überprüfen Sie, ob die angegebenen Leistungen Ihren Anforderungen entsprechen.

Bitten Sie einen Angehörigen oder eine andere Vertrauensperson, an dem Gespräch teilzunehmen. Um Ihnen die Auswahl des für Sie richtigen Pflegedienstes zu erleichtern, finden Sie in der Checkliste Fragen und Kriterien, die Ihnen sowohl eine Hilfe bei der Vorbereitung der Gespräche bieten als auch eine eigene Bewertung der Pflegedienste ermöglichen. Entscheiden Sie sich anhand der für Sie wichtigen Kriterien für einen Pflegedienst.

Unterschreiben Sie nicht sofort bei dem Hausbesuch einen Pflegevertrag, sondern lassen Sie sich möglichst ein Muster aushändigen, das Sie in Ruhe zu Hause prüfen können.

Ergänzender Hinweis zu Gütesiegel und Zertifikat

Ambulante Pflegedienste können seit einiger Zeit durch bestimmte Unternehmen ein Gütesiegel oder Zertifikat erwerben. Gütesiegeln und Zertifikaten können unterschiedliche Qualitätsmaßstäbe zu Grunde liegen. Es kann deshalb durchaus sein, dass ein Pflegedienst mit Gütesiegel oder Zertifikat nicht die von Ihnen gewünschte Qualität leistet. Fragen Sie deshalb nach den dem Testat zu Grunde liegenden Qualitätsmaßstäben und vergleichen Sie diese mit Ihren eigenen Anforderungen.

Prüfung des Vertrags

Prüfen Sie im Pflegevertrag mit einer ambulanten Einrichtung vor allem folgende Punkte:

- Vertragspartner sollte nur der Pflegebedürftige selbst sein bzw. ein Bevollmächtigter oder gesetzlicher Bevollmächtigter oder gesetzlicher Betreuer. Unterschreiben auch Angehörige, haften diese beim Begleichen von Rechnungen mit.

Angehörige können einen sogenannten „Vertrag zu Gunsten Dritter“ abschließen. Damit verpflichten sie sich selbst zu zahlen, wenn ein anderer Kostenträger nicht eintritt. Das Geld des Pflegebedürftigen dürfen sie dazu nicht verwenden.
- Der Pflegevertrag sollte eine genaue Beschreibung der vereinbarten Leistungen, die der ambulante Pflegedienst erbringt, enthalten sowie eine genaue Darstellung der Einzelkosten und der Gesamtkosten. Für Sie muss vor allem ersichtlich werden, wie hoch die Kostenanteile von Pflege- und Krankenkasse sind und welchen Eigenanteil Sie selbst zu tragen haben.
- Wenn Sie mit dem ambulanten Pflegedienst zusätzliche Leistungen vereinbaren (Leistungen, die die Pflegekasse nicht übernimmt oder die den Rahmen Ihrer Pflegestufe überschreiten), sollten Zeitaufwand und Kosten genau festgelegt werden.
- Es sollten im Pflegevertrag keine Voraus- oder Abschlagszahlungen festgeschrieben werden.
- Prüfen Sie, ob Sie dem Pflegedienst eine Einzugsermächtigung erteilen. Besser ist es, die Rechnungen nach Prüfung durch Überweisung zu begleichen.

- Prüfen Sie, ob Vertragsklauseln die Haftung unzulässig eingrenzen. Bezüglich der Pflegeleistungen darf die Haftung nicht eingeschränkt werden. Achten Sie darauf, dass der ambulante Pflegedienst für Sachschäden und auch für einen Schlüsselverlust, wenn Sie Ihren Wohnungsschlüssel überlassen, schadensersatzpflichtig ist.
- Die Kündigungsfristen sollten im Vertrag festgeschrieben sein.
- Vorteilhaft ist es, wenn im Vertrag festgelegt ist, dass Sie jederzeit die Pflegedokumentation und die Leistungsnachweise, die Sie vor der Abrechnung abzeichnen müssen, einsehen können.
- Im Vertrag sollte festgelegt sein, dass das Vertragsverhältnis mit dem Tod des Pflegebedürftigen unmittelbar endet.

Checkliste stationäre Pflegeeinrichtung

- 1 Gibt es eine ansprechende, verständlich formulierte Informationsbroschüre?
- 2 Wer ist Träger des Heimes?
- 3 Ist mir die Ausrichtung, z. B. konfessionelle Ausrichtung, angenehm?
- 4 Kann ich durch einen Geistlichen meiner Konfession betreut werden?
- 5 Liegt die Einrichtung in der Nähe meines bisherigen Umfeldes?
- 6 Ist die Größe des Heimes für mich angenehm und überschaubar?
- 7 Kann ich mein Haustier mitnehmen?
- 8 Kann ich jederzeit und ohne Einschränkungen Besuch haben?
- 9 Gibt es besondere Aufnahmebedingungen oder Einschränkungen?
- 10 Hat die Einrichtung einen Versorgungsvertrag mit der Pflegekasse?
- 11 Hat die Einrichtung eine Pflegesatzvereinbarung mit dem Sozialhilfeträger?
- 12 Ist ein Umzug innerhalb des Heimes oder gar ein Auszug erforderlich, wenn sich mein Gesundheitszustand verschlechtert/verbessert?
- 13 Ist Probewohnen möglich?
- 14 Kann ich vor der Aufnahme ein Heimvertragsmuster zur Prüfung bekommen?

Für den Notfall

Bringen Sie diese Karte sichtbar beim Telefon an

Polizei	110
Notarzt und Feuerwehr	112
Schlaganfall-Telefon	112
Giftnotzentrale	0 61 31 / 1 92 40

Diese Fragen sollten Sie im Notfall beantworten können:

Wo wird die Hilfe gebraucht?

Name der Anruferin, des Anrufers

Name der / des Verletzten

Name der / des Wohnungsinhaberin / -inhabers

Straße, Hausnummer, Etage

.....

Was ist passiert?

Unfall

Welche Verletzung?

Herzinfarkt Schlaganfall Sturz Bewusstlosigkeit

Wichtige Informationen:

Vorerkrankungen

Demenz Diabetes Parkinson Herzschrittmacher

Lebenswichtige Medikamente

Bitte im Notfall informieren

Angehörige

Betreuerin/ Betreuer

Freunde oder Nachbarn

Hausärztin/ Hausarzt

Weitere Angaben

Apotheke

Hausnotruf

Krankenhaus

Krankenversicherung

Andere wichtige Stellen

.....

Bitte füllen Sie in einer ruhigen Minute diese Felder aus und geben Sie Name und Telefon-Nummer an.

HESSEN



HESEN



Hessisches Sozialministerium

Dostojewskistraße 4

65187 Wiesbaden

www.hsm.hessen.de