

Plötzlich pflegebedürftig:

Das müssen Sie jetzt wissen



Tipps und Orientierung für
Betroffene und ihre Angehörigen



4 **Vorwort**

Das Thema Pflege ist noch neu für Sie? Das müssen Sie jetzt tun

- 6 Wie und wo finde ich erste Beratung und Hilfe?
- 7 Wer hat Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung?
- 8 Erste Schritte: So erhalten Sie Leistungen der Pflegeversicherung
- 14 Ich bin pflegebedürftig – welche Leistungen stehen mir zu?

Pflege zu Hause: Das ist wichtig

- 21 Hilfen und Unterstützung für pflegende Angehörige
- 30 Wenn Kinder und Jugendliche pflegen: Das ist für „Young Carers“ wichtig
- 32 Was ist ein ambulanter Pflegedienst und worauf sollte ich achten?
- 34 Welche zusätzlichen Leistungen für zu Hause kann ich als pflegebedürftige Person beantragen?

Versorgung im Pflegeheim: Das müssen Sie wissen

- 37 Wie finde ich ein gutes Pflegeheim?
- 38 Was kann ich machen, wenn es Konflikte mit dem Pflegeheim gibt?
- 40 Was kostet mich die Pflege im Heim?
- 42 Welche alternativen Wohnformen gibt es anstatt eines klassischen Pflegeheims?

Besondere Unterstützungs- und Hilfebedarfe

- 44 Was ist bei palliativer und hospizlicher Pflege zu beachten?
- 45 Was ist, wenn Kinder pflegebedürftig sind?
- 46 Kultursensible Unterstützung und Beratung für Menschen mit Migrationshintergrund
- 48 Welche Angebote gibt es für queere Pflegebedürftige?

- 50 **Sie haben noch Fragen? Melden Sie sich gerne bei uns!**

VORWORT**Liebe Leser*innen,**

das Thema Pflege ist aktueller denn je und alle Menschen haben im Laufe ihres Lebens damit zu tun – sei es, weil Angehörige Pflege benötigen oder sie selbst pflegebedürftig sind. Allerdings fühlen sich viele Betroffene auch oft überfordert und wissen nicht, wie zum Beispiel ein Pflegegrad beantragt wird, welche Leistungen es überhaupt gibt oder worauf man bei der Pflege zuhause oder bei der Unterbringung im Heim achten sollte.

Mit unserer Broschüre wollen wir Ihnen helfen, sich einen ersten Überblick zu verschaffen. Außerdem geben wir Ihnen wertvolle Tipps sowie eine Orientierungshilfe rund um das Thema Pflege.

Wenn Sie konkrete Unterstützung brauchen oder weitere Fragen haben, kommen Sie gerne zu uns in die SoVD-Beratung. Wir stehen Ihnen mit Rat und Tat zur Seite. Unsere Kontaktdaten finden Sie am Ende der Broschüre.

Noch ein kurzer Hinweis vorweg: Zur besseren Lesbarkeit haben wir längere Internetadressen mit einem technischen Hilfsmittel abgekürzt („tiny url“). So können Sie auch in der gedruckten Ausgabe einfacher zu den jeweiligen Informationen gelangen.

Wir wünschen Ihnen eine interessante und hilfreiche Lektüre!

Ihr SoVD in Niedersachsen

**Das Thema
Pflege ist noch
neu für Sie?**

**Das müssen
Sie jetzt tun**

Wie und wo finde ich erste Beratung und Hilfe?



Tritt ein Pflegefall in der Familie ein, löst dieser häufig zunächst große Ratlosigkeit und Überforderung aus. Kaum jemand ist darauf vorbereitet, spontan die Pflege eines*r Angehörigen zu übernehmen. Zudem muss meistens geklärt werden, wie, wann und wo die Pflege aus gesundheitlicher oder beruflicher Sicht überhaupt machbar ist. Neben den ganz praktischen Fragen hat Pflegebedürftigkeit aber auch Auswirkungen auf die zwischenmenschlichen und familiären Beziehungen der Betroffenen. Es ist daher kein Geheimnis, dass Pflege eine Belastung sein kann – und zwar sowohl für die pflegebedürftige Person selbst als auch für die Pflegenden. Daher ist es wichtig, Unterstützungsangebote zu nutzen. Pflegebedürftige und deren Angehörige haben einen gesetzlichen Anspruch auf kostenlose Pflegeberatung. Hier finden Sie beispielsweise Hilfe und Unterstützung:

- Beratung bei der für die*den pflegebedürftige*n zuständigen **Pflegekasse** (Krankenkasse)
- **Senioren- und Pflegestützpunkte** in der Nähe der pflegebedürftigen Person (<https://tinyurl.com/2axqzs5h>). Bei Bedarf können Sie hier auch nach einer Beratung per Hausbesuch fragen.
- Bei dringenden Fragen und schwierigen Situationen bietet sich das bundesweite **Pflegetelefon** des Bundesfamilienministeriums an (Tel. 030 20179131, <https://www.wege-zur-pflege.de/start>).

Tipp: Der SoVD in Niedersachsen bietet das **Pflegetelefon** an – eine Anlaufstelle, bei der Betroffene emotionale Unterstützung bekommen können und mit ihren Sorgen nicht alleine bleiben. Die Kontaktaufnahme ist kostenfrei unter **0511 70148-148** oder **pflegetelefon@sovd-nds.de** möglich. Das SoVD-Pflegetelefon bietet keine Rechtsberatung an.

- Kostenfreie psychologische Hilfe für pflegende Angehörige bietet etwa das **Beratungsportal** <https://www.pflegen-und-leben.de>.
- Die **Interessenvertretung** „wir pflegen!“ setzt sich für mehr Anerkennung, Mitbestimmung und bessere Unterstützung für pflegende Angehörige ein (<https://www.wir-pflegen.net/ueber-uns/niedersachsen>).

In vielen Orten gibt es darüber hinaus Selbsthilfegruppen, die Unterstützung und Entlastung bieten können. Auch der Austausch mit Bekannten in einer ähnlichen Situation kann sehr hilfreich sein. Scheuen Sie sich nicht, Hilfe in Anspruch zu nehmen, denn mit Unterstützung geht vieles leichter.

Sie wissen nicht, wie Sie einen Pflegegrad beantragen oder die Einstufung ist nicht korrekt? Sie möchten wissen, welche Leistungen Ihnen zustehen? Dann helfen wir vom SoVD Ihnen gerne weiter. Das **SoVD-Beratungszentrum** in Ihrer Nähe finden Sie hier: <https://www.sovd-nds.de/beratung/beratungszentren>). Unsere Kontaktdaten finden Sie am Ende der Broschüre.

Wer hat Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung?

Leistungen der Pflegeversicherung sollen Menschen unterstützen, die langfristig pflegebedürftig sind. Es geht also nicht um Menschen, die etwa nach einer Operation oder einem Unfall für eine kurze Zeit Pflege benötigen. In diesem Fall sind die Krankenkassen zuständig, die dann für sogenannte häusliche Krankenpflege sorgen. Ein Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung besteht also erst, wenn die Pflegebedürftigkeit voraussichtlich mehr als sechs Monate dauern wird.

**Sie wissen nicht weiter?
Kommen Sie gerne zum SoVD in Ihrer Nähe!**

Erste Schritte: So erhalten Sie Leistungen der Pflegeversicherung

Zuständig für die Pflegeversicherung ist die Krankenkasse der pflegebedürftigen Person. Um Leistungen der Pflegeversicherung zu erhalten, muss dort ein Antrag auf Gewährung eines Pflegegrads gestellt werden. Der Pflegegrad beschreibt das Ausmaß der Beeinträchtigungen in verschiedenen Stufen und legt fest, wie viel Pflege die pflegebedürftige Person benötigt. Er bestimmt somit auch, auf welche Leistungen und in welcher Höhe sie Anspruch hat.

Der Pflegegrad kann auch rückwirkend gelten.

So gehen Sie am besten vor:

1. Sie stellen einen **Antrag auf Pflegeleistungen** bei der für die pflegebedürftige Person zuständigen Pflegekasse. Grundsätzlich reicht dafür jede schriftliche oder telefonische Mitteilung über einen Wunsch nach Pflegeleistungen. Bei einer telefonischen Antragstellung werden die Antragsformulare anschließend zugesendet und müssen dann ausgefüllt werden. Wenn später ein Pflegegrad festgestellt wird, dann gilt dieser rückwirkend ab dem Datum der Antragstellung. Das bedeutet, dass die pflegebedürftige Person eventuell Anspruch auf Nachzahlungen haben kann.
2. Die zuständige Pflegekasse beauftragt den Medizinischen Dienst (MD) mit einer **Begutachtung**. Der MD ist ein unabhängiger Gutachterdienst, der gesetzlich damit beauftragt ist, die Pflegebedürftigkeit von Personen zu beurteilen.



3. Der MD wendet sich mit einem **Termin** an die pflegebedürftige Person beziehungsweise deren Bevollmächtigte*n. Beachten Sie zur Vorbereitung des Besuchs unsere Tipps auf Seite 11.

4. Am mitgeteilten Termin findet der **Besuch durch den*die MD-Gutachter*in** statt. Hier geht es vor allem darum, die Selbstständigkeit beziehungsweise Einschränkung der Fähigkeiten der pflegebedürftigen Person einzuschätzen. Der Termin des Gutachtens dauert meist rund 60 Minuten. Folgende sechs Bereiche (Module) werden begutachtet:

- **Mobilität:** Wie selbstständig bewegt sich der*die Begutachtete fort und kann er*sie seine*ihre Körperhaltung ändern?
- **Kognitive und kommunikative Fähigkeiten:** Kann sich die pflegebedürftige Person im Alltag noch örtlich und zeitlich orientieren? Können selbstständig Entscheidungen getroffen, Gespräche geführt und Bedürfnisse mitgeteilt werden?
- **Verhaltensweisen** und psychische Problemlagen: Wie oft wird Hilfe wegen psychischer Probleme oder aggressiven sowie ängstlichen Verhaltens benötigt?
- **Selbstversorgung:** Wie selbstständig kann sich die pflegebedürftige Person noch täglich selbst waschen und pflegen? Können Mahlzeiten eigenständig eingenommen werden?
- **Bewältigung und selbstständiger Umgang** mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen: Welche Hilfen werden beim Umgang mit Krankheit und Behandlungen benötigt?
- **Gestaltung des Alltagslebens** und sozialer Kontakte: Wie selbstständig kann die pflegebedürftige Person den Tagesablauf planen oder Kontakte pflegen?

So wird über den Antrag entschieden

Die Entscheidung über den Pflegegrad wird von der zuständigen Pflegekasse auf Grundlage der Empfehlungen des Gutachtens getroffen. Wenn darin Rehabilitations- und/oder Präventionsmaßnahmen empfohlen werden, können diese ebenfalls als Empfehlung in dem Bescheid stehen. Dabei bestehen unterschiedliche Fristen, innerhalb derer die Entscheidung über einen Pflegegrad getroffen werden muss:

- innerhalb von fünf Wochen, wenn sich die antragstellende Person zu Hause befindet – nur bei einem Erstantrag
- innerhalb von zwei Wochen, wenn sie sich zu Hause befindet und die*der pflegende Angehörige Pflegezeit beantragt hat
- innerhalb von einer Woche, wenn die antragstellende Person sich in einer stationären Einrichtung (zum Beispiel im Krankenhaus) befindet oder ambulante Palliativversorgung erhält



Pflegegrad abgelehnt? Das können Sie tun

Wenn Sie mit dem Bescheid der Pflegekasse nicht einverstanden sind, gibt es die Möglichkeit, innerhalb eines Monats Widerspruch dagegen einzulegen. Für Unterstützung können Sie sich beispielsweise an die zuständigen Pflegestützpunkte oder an unsere SoVD-Beratungszentren wenden. Zum Nachweis von Fehlern in der Begutachtung ist auch das SoVD-Pflegetagebuch (<https://tinyurl.com/z8dm83yh>) hilfreich.

**Bei Ablehnung:
Legen Sie
Widerspruch ein.**

Unsere sechs Tipps für die Begutachtung

Bei dem Besuch des Medizinischen Dienstes wird über den Anspruch auf Geld- und/oder Sachleistungen entschieden. Daher ist das Ergebnis entscheidend für den weiteren Verlauf der Pflegesituation. Der Termin sollte deshalb sorgfältig vorbereitet werden.

1. Terminplanung

Stimmen Sie dem Terminvorschlag wirklich nur dann zu, wenn er Ihnen passt. Gehen Sie auf keinen Fall unter Zeitdruck oder unvorbereitet in den Termin. Sie können einen vorgeschlagenen Termin übrigens auch ein- oder sogar zweimal verschieben. Daraus entstehen Ihnen keine Nachteile. Es kommt regelmäßig vor, dass der*die Gutachter*in früher oder später als vereinbart bei Ihnen erscheint. Planen Sie zur Sicherheit also mindestens drei Stunden ein: eine Stunde für den Termin und jeweils eine Stunde davor und danach.

Gleiches gilt auch für telefonische Begutachtungstermine.

2. Wichtige Unterlagen bereithalten

Machen Sie Kopien von allem, was wichtig sein könnte: medizinische

Dokumente, ärztliche Verordnungen, Arztberichte und Bescheinigungen, Medikamenten- und Therapiepläne oder Entlassungsberichte. Selbst über Allergien oder vom*von der Arzt*Ärztin empfohlene Einreibungen sollten Sie den*die Gutachter*in informieren, da diese den Pflegeaufwand erhöhen können.

Im Rahmen der telefonischen Begutachtung sollten Sie bereits vor der Antragstellung klären, welche zusätzlichen Unterlagen mit dem Antrag eingereicht werden sollen.

3. Machen Sie sich mit den Begutachtungskriterien vertraut

Der*Die Gutachter*in verwendet einen gesetzlich definierten Kriterienkatalog, um den Pflegegrad festzulegen. Je besser Sie diesen Katalog kennen, desto gezielter können Sie dem*der Gutachter*in erklären, in welchen Bereichen die Selbstständigkeit eingeschränkt ist. Die Richtlinien des Medizinischen Dienstes finden Sie im Internet unter <https://tinyurl.com/2dlrhask>.

Dort stehen auch mehrsprachige Informationen zur Verfügung – etwa auf Englisch, Polnisch, Türkisch oder Arabisch sowie in Deutscher Gebär-

densprache und in Leichter Sprache. Machen Sie sich mit den Formalitäten vertraut, um keine (bösen) Überraschungen zu erleben.

Dokumentieren Sie den Pflegebedarf vorab in unserem Pfl egetagebuch (<https://tinyurl.com/28dm83yh>). Notieren Sie sich wirklich alle Kriterien, bei denen die betroffene Person eingeschränkt ist und halten Sie das Pfl egetagebuch während der Begutachtung bereit. Ermitteln Sie dann mit dem Pflegegradrechner des SoVD, welcher Pflegegrad Ihnen wahrscheinlich zusteht (<https://www.sovd-nds.de/service/digitale-helfer/pflegegrad-rechner>). Das kann hilfreich sein, um die Angemessenheit des Ergebnisses besser einschätzen zu können.

4. Bereiten Sie die pflegebedürftige Person auf den Termin vor

Es ist wichtig, dass Sie und die pflegebedürftige Person dem*der Gutachter*in einen glaubwürdigen und realistischen Eindruck ihres Pflegealltags vermitteln. Die Situation zu beschönigen, ist kontraproduktiv und kann dazu führen, dass geringere Ansprüche zuerkannt werden als Ihnen eigentlich zustehen.

Oft verhält sich die pflegebedürftige Person während der Begutachtung jedoch wie in einem Vorstellungsgespräch oder einer Prüfungssituation, da sie sich unter Druck gesetzt fühlt. Häufig möchte der*die Gutachter*in bestimmte pflegerische Handlungen sehen, wie zum Beispiel den Gang zur Toilette oder das Aufstehen aus dem Bett. Oder er*sie stellt sehr anspruchsvolle Fragen, um die geistigen Fähigkeiten der pflegebedürftigen Person zu testen. Um möglichst selbstständig zu wirken, werden nicht selten die letzten Kräfte mobilisiert und die Gedanken hastig sortiert. Das sollten Sie unbedingt vermeiden. Zeigen Sie dem*der Gutachter*in einen ganz normalen Tagesablauf. Denn nur dann kann beurteilt werden, wie gut der Alltag tatsächlich bewältigt wird.

Wichtig ist auch, dass Sie alle Fragen des*der Gutachters*Gutachterin ehrlich beantworten. Auch wenn die Antwort beschämend oder peinlich erscheinen mag: Nur wenn alle Einschränkungen offen angesprochen werden, erhalten Sie den richtigen Pflegegrad. Das ist im Rahmen einer telefonischen Begutachtung umso wichtiger.

5. Sprechen Sie auch alleine mit dem*der Gutachter*in

Diejenigen, die sich hauptsächlich um die Pflege kümmern, haben auch die Möglichkeit, mit dem*der Gutachter*in unter vier Augen zu sprechen. Fordern Sie dieses Gespräch ein und korrigieren Sie, wenn nötig, die Eindrücke des*der Gutachter*in. Unangenehme Themen wie Inkontinenz werden im Beisein des Pflegebedürftigen häufig nur sehr kurz besprochen. Nutzen Sie das Gespräch unter vier Augen dafür, diese Themen klar anzusprechen.

Auch bei Demenzpatient*innen kann es passieren, dass der*die Gutachter*in einen falschen Eindruck bekommt. Die Betroffenen nehmen die eigenen Fähigkeiten oft verzerrt wahr. Ergänzen Sie die Selbsteinschätzung der pflegebedürftigen Person daher im direkten Gespräch mit dem*der Gutachter*in mit Ihren eigenen Erfahrungen.

Bei einer telefonischen Begutachtung ist es sehr hilfreich, wenn die Hauptpflegeperson neben der pflegebedürftigen Person bei dem Telefonat dabei ist und auch die Situation schildert. Gerade auch bei schwerhörigen pflegebedürftigen Personen können so Missverständnisse vermieden werden.

6. Überprüfen Sie, ob alle pflegebedürftigen Bereiche besprochen wurden

Wenn eine Einschränkung nicht explizit besprochen wurde, sollten Sie den MD konkret darauf hinweisen. Stellen Sie sicher, dass der*die Gutachter*in jede Einschränkung erkannt hat.



Ich bin pflegebedürftig – welche Leistungen stehen mir zu?



Alle Versicherten mit einem Pflegegrad haben Anspruch auf Leistungen ihrer Pflegekasse – allerdings in unterschiedlicher Ausgestaltung und Höhe. Die nebenstehende Tabelle verschafft Ihnen einen Überblick über die verschiedenen Leistungen je nach Pflegegrad (PG).

Da die überwiegende Zahl der Pflegebedürftigen zu Hause durch Angehörige versorgt wird, sind die wichtigsten Leistungen, die im Alltag der meisten Menschen eine Rolle spielen, das Pflegegeld, die Pflegesachleistungen und die sogenannten Kombinationsleistungen. Weitere Kategorien der Tabelle werden hinten in dieser Broschüre genauer erläutert.

Quelle: <https://www.betanet.de/files/pdf/Pflegeleistungen-Tabelle.pdf>, Stand: 1.1.2024

Die Beträge können sich ändern. Die jeweils aktuellen Zahlen finden Sie hier: <https://tinyurl.com/24lv3o2r>.

Leistungen	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
Pflegegeld (monatlich)	–	332 €	573 €	765 €	947 €
Pflegesachleistungen (monatlich)	–	761 €	1.432 €	1.778 €	2.200 €
Verhinderungspflege (jährlich)	–	1.612 €	1.612 €	1.612 €	1.612 €
Kurzzeitpflege (jährlich)	–	1.774 €	1.774 €	1.774 €	1.774 €
Entlastungsbetrag (monatlich)	125 €	125 €	125 €	125 €	125 €
Tages- und Nachtpflege (monatlich)	–	689 €	1.298 €	1.612 €	1.995 €
Pflegehilfsmittel zum Verbrauch (monatlich)	bis zu 40 €	bis zu 40 €	bis zu 40 €	bis zu 40 €	bis zu 40 €
Technische Pflegehilfsmittel	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Hausnotruf (monatlich)	bis zu 25,50 €	bis zu 25,50 €	bis zu 25,50 €	bis zu 25,50 €	bis zu 25,50 €
Anpassung am Wohnraum (je Maßnahme)	4.000 €	4.000 €	4.000 €	4.000 €	4.000 €
Pflegeberatung, Beratungseinsatz	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Pflegekurse für Angehörige	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Pflegeunterstützungsgeld	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Wohngruppenzuschuss (monatlich)	214 €	214 €	214 €	214 €	214 €
Digitale Pflegeanwendungen/Apps (monatlich)	bis zu 50 €	bis zu 50 €	bis zu 50 €	bis zu 50 €	bis zu 50 €
Vollstationäre Pflege (monatlich)	–	770 €	1.262 €	1.775 €	2.095 €

Pflegegeld

Das Pflegegeld erhalten Pflegebedürftige, wenn sie die Pflege privat organisieren – zum Beispiel durch Angehörige. Wofür der Betrag verwendet wird, kann selbst entschieden werden und die Verwendung muss auch nicht nachgewiesen werden. Sofern ausschließlich Pflegegeld bezogen wird, besteht eine Verpflichtung, regelmäßig Beratungsbesuche durch zugelassene Pflegedienste oder Beratungsstellen in der häuslichen Umgebung abzurufen. Damit sollen die Qualität der Pflege durch Privatpersonen sichergestellt und den Pflegenden Hilfestellungen gegeben werden. Bei Pflegegrad 2 und 3 muss der Beratungsbesuch einmal halbjährlich, also zweimal im Jahr erfolgen. Bei Pflegegrad 4 und 5 vierteljährlich, das heißt viermal im Jahr. Den Beratungseinsatz müssen Pflegebedürftige und die Angehörigen selbst organisieren. Werden diese Besuche nicht sichergestellt, kann das Pflegegeld gekürzt oder sogar gestrichen werden.

Pflegegeld wird erst ab Pflegegrad 2 gewährt und steigt mit höherem Pflegebedarf. Dieses Geld gilt grundsätzlich nicht als Einkommen und wird nicht auf eventuelle Sozialleistungen angerechnet.

Pflegesachleistungen

Wenn die Pflege nicht mehr allein durch Angehörige rein privat geleistet werden kann oder soll, können zugelassene ambulante Pflegedienste für die Versorgung hinzugezogen werden. In diesem Fall zahlt die Pflegekasse nicht mehr an die zu pflegende Person, sondern rechnet die Kosten für die sogenannten Pflegesachleistungen nach einem bestimmten Schema direkt mit dem Pflegedienst ab. Pflegesachleistungen in der häuslichen Pflege können körperbezogene Pflegemaßnahmen (zum Beispiel Hilfe bei der Körperpflege oder beim Ankleiden, Unterstützung bei der Ernährung oder Mobilisierung), pflegerische Betreuungsmaßnahmen oder Hilfen bei der Haushaltsführung sein. Diese Sachleistungen werden dann von professionellen Pflegekräften durchgeführt, die zu der pflegebedürftigen Person nach Hause kommen. Prinzipiell kann der Umfang der Leistungen, die durch die Fachkräfte in der häuslichen Umgebung übernommen werden soll, frei gewählt und vertraglich vereinbart werden. Wichtig ist jedoch, dass die Pflegekasse häufig nicht alle Kosten übernimmt, sondern die Leistungshöhe je nach Pflegegrad festgelegt ist.

Wird eine umfangreichere Versorgung durch den Pflegedienst gewünscht als durch die Pflegekasse finanziert wird, müssen die restlichen Kosten selbst getragen werden.

Kombinationsleistungen

Pflegegeld und Sachleistungen können auch kombiniert werden. Das heißt, dass Teile der Pflege von ambulanten Pflegediensten und Teile von privat Pflegenden übernommen werden.

Diese Möglichkeit wird „Kombinationsleistung“ genannt. Die pflegebedürftige Person und ihre Angehörigen entscheiden dann selbst, wer welchen Teil der benötigten Versorgung übernimmt.

Wird das Budget für Pflegesachleistungen nicht voll ausgeschöpft, kann noch ein gewisser Anteil des Pflegegeldes ausgezahlt werden. Die Berechnung ist allerdings kompliziert: Das Pflegegeld wird nicht komplett bezahlt, da professionelle Pflegedienste ja in die Versorgung einbezogen sind, sondern es berechnet sich nach dem prozentualen Anteil der ungenutzten Sachleistungen (der dann mit dem Pflegegeldanspruch verrechnet wird).

Beispiel: Bei Pflegegrad 3 besteht ein voller Anspruch auf Pflegesachleistung in Höhe von 1.432 Euro. Nimmt eine pflegebedürftige Person davon beispielsweise 1.074 Euro in Form von Pflegesachleistungen in Anspruch, entspricht dies 75 Prozent. Der restliche Prozentsatz zu 100 Prozent – also 25 Prozent – wird nun auf das *Pflegegeld* umgerechnet: Der volle Anspruch auf Pflegegeld bei Pflegegrad 3 beträgt 573 Euro. 25 Prozent von 573 Euro ergeben ein anteiliges Pflegegeld von 143,25 Euro, über das die pflegebedürftige Person verfügen kann.

Wichtig ist zudem, dass die Verteilung der Leistungen zwar verändert und bei neuen Bedürfnissen angepasst werden kann, allerdings erst nach sechs Monaten. Planen Sie daher gut, wie die Pflege tatsächlich langfristig und verlässlich organisiert werden kann.

Das ist sonst noch wichtig

Für alle Menschen ist es sinnvoll, sich rechtzeitig mit **Patientenverfügungen und Vollmachten** zu beschäftigen. Tritt Pflegebedürftigkeit ein, werden diese Aspekte umso wichtiger, um die Selbstbestimmung auch bei sich verringernder Selbstständigkeit zu bewahren. Informieren Sie sich daher so früh wie möglich über die bestehenden rechtlichen Möglichkeiten, um Ihre Wünsche und Ihren Willen auch langfristig zu schützen. Der SoVD berät und unterstützt Sie dabei und sorgt dafür, dass Sie eine rechtsverbindliche Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht erhalten. Vereinbaren Sie am besten noch heute einen Termin!

Häufig liegt bei pflegebedürftigen Menschen auch ein Anspruch auf einen **Schwerbehindertenausweis** vor. Mit einem Schwerbehindertenausweis können Sie zusätzliche gesetzlich festgelegte Nachteilsausgleiche und Rechte gegenüber Behörden, dem*der Arbeitgeber*in und Sozialleistungsträger*innen in Anspruch nehmen. Auch hierzu finden Sie beim SoVD in den Beratungszentren kompetente Ansprechpartner*innen.



**Pflege
zu Hause:**

**Das ist
wichtig**

Die meisten Pflegebedürftigen in Deutschland werden im häuslichen Umfeld gepflegt. In Niedersachsen sind das fast 390.000 Menschen. Bei rund 280.000 Menschen erfolgt die Pflege ausschließlich durch Angehörige und Freund*innen. Ob und wie dabei professionelle Hilfe und Unterstützung genutzt wird, ist individuell sehr unterschiedlich.

**Bei Belastung
durch Pflege:
Hier finden
Sie Hilfe.**



Die häusliche Form der Pflege wird auch ambulante Pflege genannt. Diese ermöglicht es der pflegebedürftigen Person, in ihrem bisherigen Umfeld zu bleiben und weiterhin gewohnte Routinen und somit eine gewisse Selbstständigkeit beizubehalten. Gleichzeitig erfordert die Pflege durch einen ambulanten Pflegedienst viel Organisationsaufwand und die Pflege durch Angehörige kann für diese zeitlich, körperlich und emotional herausfordernd sein. Deshalb finden Sie im Folgenden sowohl für pflegebedürftige Personen als auch für Pflegepersonen – also Angehörige, Freund*innen und/oder Bekannte, die Personen privat pflegen – wichtige Hinweise.

Hilfen und Unterstützung für pflegende Angehörige

Pflegeunterstützungsgeld

Pflegende Angehörige, die berufstätig sind, können für zehn Tage eine Freistellung bei ihrem*ihrer Arbeitgeber*in beantragen, um die Pflege eines*einer nahen Angehörigen zu organisieren. Während dieser Zeit haben sie Anspruch auf eine Lohnersatzleistung (Pflegeunterstützungsgeld). Hierbei handelt es sich nicht um eine einmalige Leistung, sondern seit dem 1. Januar 2024 besteht dieser Anspruch jährlich. Das Pflegeunterstützungsgeld kann bei der Pflegekasse des*r Pflegebedürftigen beantragt werden. Es beträgt 90 Prozent des ausgefallenen Nettolohns der Pflegeperson und wird nach denselben Regeln berechnet wie das Kinderkrankengeld. Wichtig ist dabei: Für den Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld muss bei der pflegebedürftigen Person noch kein Pflegegrad festgestellt sein. Eine ärztliche Bescheinigung über die voraussichtliche Pflegebedürftigkeit reicht aus.

Pflegezeit/Familienpflegezeit

Um die Vereinbarkeit von Familie, Beruf und Pflege zu verbessern und berufstätigen pflegenden Angehörigen mehr zeitliche Flexibilität zu geben, wurden die Pflegezeit und Familienpflegezeit eingeführt. Das bedeutet, dass unter bestimmten Voraussetzungen ein arbeitsrechtlicher Anspruch auf teilweise oder vollständige berufliche Freistellung für die Pflege einer*eines nahen Angehörigen in der häuslichen Umgebung besteht. Allerdings wird kein Ersatz für den Verdienstaufschlag gewährt. Um den Verdienstaufschlag zu kompensieren, kann aber ein zinsloses Darlehen durch den Staat gewährt werden.

Pflegezeit

Die Pflegezeit bedeutet einen arbeitsrechtlichen Anspruch auf Freistellung von der Arbeit bei Pflege eines*r nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung. Voraussetzung ist, dass der*die Arbeitgeber*in mehr als 15 Arbeitnehmer*innen beschäftigt. Dieser Anspruch besteht längstens für sechs Monate.

Familienpflegezeit

Die Familienpflegezeit gilt nur in Betrieben mit mehr als 25 Beschäftigten (ohne Auszubildende). Pflegepersonen haben bei der Pflege naher Angehöriger einen Rechtsanspruch darauf, bis zu 24 Monate ihre Arbeit auf bis zu 15 Stunden pro Woche zu reduzieren, um Pflege und Beruf zu vereinbaren. Die Pflegeperson hat Kündigungsschutz ab Ankündigung bis zum Ende der Familienpflegezeit. Familienpflegezeit und Pflegezeit können verbunden werden (maximal 24 Monate Anspruchshöchstdauer).

Weitere Informationen zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf finden Sie hier: <https://tinyurl.com/2yspwn2p>.

**Unsicher bei
der Pflege?
Besuchen Sie
einen kostenlosen
Pflegekurs!**

Pflegekurs



Wenn Pflegepersonen sich unsicher in der Pflege fühlen oder ihr Wissen weiter professionalisieren möchten, können sie einen kostenlosen Pflegekurs in Anspruch nehmen. Die Kurse werden von den Pflegekassen in Zusammenarbeit mit anerkannten Pflegediensten oder anderen qualifizierten Stellen angeboten. Hier werden Informationen und Hilfestellungen zur konkreten Pflege, aber auch Möglichkeiten des Austauschs mit anderen Pflegepersonen angeboten. Mittlerweile finden viele Pflegekurse auch online statt und es besteht die Möglichkeit, eine Pflegeschulung im eigenen Zuhause zu bekommen.

Auch für spezielle Problemlagen und besonders herausfordernde Pflegesituationen (zum Beispiel das Leben und der Umgang mit demenzkranken Menschen) gibt es kostenlose Angebote.

Soziale Absicherung für pflegende Angehörige

Unser heutiges Pflegesystem beruht maßgeblich auf der Familienpflege, also der unentgeltlichen Pflege durch Angehörige. Sie tragen die Hauptlast der Versorgung von Pflegebedürftigen, erhalten dabei allerdings oft nicht ausreichend Unterstützung. Das führt zu einer statistisch gesehen hohen Armutsgefährdung unter pflegenden Angehörigen – gerade pflegende Frauen reduzieren häufig ihre Wochenarbeitszeit oder geben die Berufstätigkeit ganz auf. Diese Armutsgefährdung zieht sich aufgrund fehlender Rentenversicherungsbeiträge häufig bis ins Alter. Gerade deshalb ist es wichtig, die zusätzlichen sozialen Absicherungsmöglichkeiten zu kennen.

Pflegepersonen, die Pflegebedürftige mit mindestens Pflegegrad 2 pflegen, können unter bestimmten Voraussetzungen in der Renten-, Unfall- und Arbeitslosenversicherung abgesichert werden.

Rentenversicherung

Die Pflegeversicherung der pflegebedürftigen Person zahlt Beiträge zur Rentenversicherung der Pflegeperson, wenn mindestens Pflegegrad 2 vorliegt. Die Pflege muss in häuslicher Umgebung stattfinden und einen Umfang von mindestens zehn Stunden pro Woche haben, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage. Zudem darf die Pflegeperson nebenbei nicht mehr als 30 Stunden arbeiten.

Auch Rentner*innen profitieren von diesen Rentenversicherungsbeiträgen. Ist die Regelaltersgrenze noch nicht überschritten und wird eine vorgezogene Altersrente oder eine Erwerbsminderungsrente bezogen, dann werden ebenfalls Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt.

Haben Sie jedoch die Regelaltersgrenze überschritten, dann zahlt die Pflegekasse nicht automatisch Beiträge zur Rentenversicherung. Sie können aber auf einen Teil Ihrer Rente verzichten und einen Antrag auf Teilrente (Es reichen 99,9 Prozent.) stellen, um die zusätzlichen Beiträge zu nutzen. Sollte zusätzlich eine Betriebsrente bezogen werden, könnte

sich eine Teilrente allerdings negativ auf den Bezug der Betriebsrente auswirken. Prüfen Sie daher genau, welche Lösung am besten zu Ihren Bedürfnissen passt.

Weitere Auskünfte erteilen die Auskunfts- und Beratungsstellen der Deutschen Rentenversicherung unter <https://tinyurl.com/yhajt2a5> und <https://tinyurl.com/2636do6e> sowie die SoVD-Beratungszentren (<https://www.sovd-nds.de/beratung/beratungszentren>).

Sind die oben genannten Voraussetzungen erfüllt, besteht der Versicherungsschutz der gesetzlichen Rentenversicherung automatisch mit Aufnahme der Pfl egetätigkeit. Die Pflegeperson muss keine Anmeldung vornehmen. Die Pflegekasse sendet Ihnen den „Fragebogen zur Zahlung der Beiträge zur sozialen Sicherung für nicht-erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen“ zu, den Sie dann ausfüllen müssen. Sie können allerdings auch

selbst tätig werden und sich an die Pflegekasse des Pflegebedürftigen wenden.

Weitere wichtige Informationen sowie eine hilfreiche Broschüre zum Thema erhalten Sie hier: <https://tinyurl.com/23rj8cf6>.

Unfallversicherung

Der Versicherungsschutz besteht automatisch mit Aufnahme der Pfl egetätigkeit, wenn mindestens Pflegegrad 2 vorliegt. Die Pflege muss in häuslicher Umgebung stattfinden und einen Umfang von mindestens zehn Stunden pro Woche haben, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage.



Die Beiträge zur gesetzlichen Unfallversicherung übernehmen die Kommunen. Ein gesonderter Antrag durch die Pflegeperson ist nicht notwendig.

Die Unfallversicherung tritt beispielsweise ein, wenn die Pflegeperson während der Pfl egetätigkeit oder auf dem unmittelbaren Weg von oder zur* zum Pflegebedürftigen einen Unfall erleidet. Gleiches gilt, wenn sich die Pflegeperson bei Erkrankungen der pflegebedürftigen Person während der Tätigkeit infiziert.

Wichtig ist, dass in diesen Fällen ein*e Durchgangsarzt*Durchgangsarztin aufgesucht wird, damit der Unfall direkt der Unfallversicherung gemeldet wird.

Arbeitslosenversicherung

Pflegepersonen sind unter bestimmten Voraussetzungen auch arbeitslosenversichert und beispielsweise dadurch abgesichert, wenn sie wegen der Pflege ihren Job aufgeben. Auch hier gilt, dass die Pflege einer pflegebedürftigen Person mit einem Pflegegrad 2 in häuslicher Umgebung stattfinden und einen Umfang von mindestens zehn Stunden pro Woche haben muss, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage.

Voraussetzung ist weiterhin, dass die Pflegeperson vor der Pfl egetätigkeit als Berufstätige*r Beiträge zur Arbeitslosenversicherung gezahlt oder Arbeitslosengeld erhalten hat. Die Pflegekasse leistet bei einer Versicherungspflicht in der Arbeitslosenversicherung einen festgelegten monatlichen Beitrag. Beiträge zur Arbeitslosenversicherung werden von der Pflegekasse des Pflegebedürftigen entrichtet. Der*Die pflegende Angehörige muss nichts bezahlen.



Auszeit von der Pflege

Es kann vorkommen, dass die Pflegeperson, die normalerweise die Pflege durchführt, ausfällt. Weil sie beispielsweise selbst erkrankt ist, beruflich verreisen muss, Urlaub macht oder aus anderen Gründen verhindert ist. Bei pflegebedürftigen Personen in den Pflegegraden 2 bis 5 stehen für diese Situationen die Leistungen der Ersatz-/Verhinderungspflege und der Kurzzeitpflege zur Verfügung.

**Kurzzeit- und
Verhinderungspflege – falls
Sie mal keine
Zeit haben.**

Ersatz-/Verhinderungspflege

Bei der Ersatzpflege, auch Verhinderungspflege genannt, wird die Pflege durch eine andere als die normalerweise tätige Pflegeperson durchgeführt, wenn diese wegen Urlaub, Krankheit oder aus anderen Gründen verhindert ist. Dieses kann sowohl stationär in einer Pflegeeinrichtung als auch in der häuslichen Umgebung stattfinden. Dabei können andere Familienmitglieder, andere Personen oder Dienste die Pflege und Betreuung übernehmen. Die Pflegekasse übernimmt nachgewiesene Kosten der Verhinderungspflege (Ersatzpflege) für maximal 42 Tage (sechs Wochen) pro Jahr. Sie zahlt dafür maximal 1.612 Euro im Kalenderjahr.

Die Ersatzpflege kann stundenweise, tageweise oder wochenweise in Anspruch genommen werden. So ist es möglich, sowohl für kurze Termine als auch für längere Abwesenheiten die Kosten für eine Ersatzpflegeperson bei der Pflegekasse abzurechnen. Wenn die Ersatzpflegeperson weniger als acht Stunden am Tag die Vertretung

übernimmt, wird diese nicht von den möglichen 42 Tagen Verhinderungspflege im Jahr abgezogen.

Für die Höhe der Leistungen ist entscheidend, wer die Pflege übernimmt. Wenn die Ersatzpflege von Personen übernommen wird, die mit der pflegebedürftigen Person in häuslicher Gemeinschaft wohnen oder bis zum zweiten Grad mit ihm*ihre verwandt oder verschwägert sind, zahlt die Pflegekasse statt 1.612 Euro nur maximal den anderthalbfachen Satz des jeweilig zustehenden Pflegegelds.

Für pflegebedürftige Kinder und junge Erwachsene bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres mit den Pflegegraden 4 und 5 wird der Anspruch der Verhinderungspflege erweitert. Der Anspruch auf Verhinderungspflege wird von sechs Wochen auf acht Wochen verlängert und die Voraussetzung, dass die Pflegeperson das pflegebedürftige Kind vor der erstmaligen Verhinderung sechs Monate gepflegt haben muss (Vorphlegezeit), entfällt. Außerdem können die Leistungen der Kurzzeitpflege vollständig in Leistungen der Verhinderungspflege umgewandelt werden.

Eine Erhöhung der Leistungen ist dabei allerdings zunächst nicht vorgesehen. Diese folgt erst zum 1. Januar 2025.

Kurzzeitpflege

Kurzzeitpflege ist die vorübergehende Pflege einer pflegebedürftigen Person in einer vollstationären Einrichtung, wenn die häusliche oder teilstationäre Pflege (noch) nicht möglich oder nicht ausreichend ist. Dadurch kann die Pflege auch in vorübergehenden Krisensituationen sichergestellt werden.

Die Pflegekasse bezuschusst im Rahmen einer Kurzzeitpflege nur die anfallenden Pflegekosten mit einem Maximalbetrag von 1.774 Euro bis zu acht Wochen im Jahr. Dieser Betrag wird unabhängig vom Pflegegrad bezahlt, aber erst ab Pflegegrad 2. Die Kosten für Unterbringung und Verpflegung sowie die Investitionskosten sind der Eigenanteil. Sie können jedoch den Entlastungsbetrag und andere Mittel nutzen, um den Eigenanteil zu finanzieren.



Die Kurzzeitpflege kann mit der Verhinderungspflege kombiniert werden. So können auch längere Aufenthalte finanziert oder der Eigenanteil begrenzt werden.

Tages- und Nachtpflege

Die Tages- oder Nachtpflege gehört zu den sogenannten teilstationären Pflegeleistungen, wobei Angebote der Nachtpflege eher selten zu finden sind.

Die Pflegekasse übernimmt die Pflegekosten. Hierfür stehen der pflegebedürftigen Person monatlich je nach Pflegegrad 689 Euro (Pflegegrad 2), 1.298 Euro (Pflegegrad 3), 1.612 Euro (Pflegegrad 4) und 1.995 Euro (Pflegegrad 5) zu.

Der Entlastungsbetrag kann helfen, Kosten zu decken.

Neben der Tages- und Nachtpflege können die Ansprüche auf ambulante Pflegesachleistungen, Pflegegeld oder Kombinationsleistungen ohne Kürzung in vollem Umfang in Anspruch genommen werden.

Neben den eigentlichen Pflegekosten fallen regelmäßig zusätzlich Kosten für die sogenannten Hotelkosten (zum Beispiel Kosten für die Unterkunft und Verpflegung) oder auch für Investitionskosten an. Diese Kosten muss die pflegebedürftige Person selbst tragen. Allerdings ist es auch hier möglich, den Entlastungsbetrag zu verwenden, um anfallende Kosten anteilig zu decken.

Wenn Kinder und Jugendliche pflegen: Das ist für „Young Carers“ wichtig

In Deutschland pflegen rund 480.000 Kinder und Jugendliche pflegebedürftige Familienmitglieder, die meistens chronisch krank sind. Sie übernehmen dabei trotz ihres jungen Alters und oft ganz selbstverständlich vielseitige und herausfordernde Aufgaben, wie etwa die Körperpflege für Andere, Pflichten im Haushalt, Betreuung von Geschwistern oder die Organisation des Alltags.

Aufgrund ihrer speziellen Lebenssituation können sie besonders bedroht sein von sozialer Isolation. Denn: Durch die intensiven Verpflichtungen können nachteilige schulische und soziale Auswirkungen die Folge sein. Deshalb ist es gerade für sogenannte „Young Carers“ wichtig, Möglichkeiten zu haben, einen Ausgleich zu der physischen und emotionalen Pflegear-



beit zu bekommen. Auch ein Austausch mit anderen Young Carers über die eigenen Erfahrungen und praktische Tipps aber auch andere von der Pflege unabhängige Themen sind wichtig. Die zentrale Anlaufstelle für Young Carers, aber auch Menschen, die sie unterstützen (zum Beispiel Sozialarbeiter*innen oder andere Verwandte) ist die gemeinnützige Young Carer Hilfe (<https://young-carers.de>), die Informationen und Angebote bündelt.

Hier gibt es auch noch Hilfe:

Beratungsangebot für Kinder krebskranker Eltern: Flüsterpost e.V. bietet Informationen und Hilfestellungen für die Kommunikation der Eltern mit ihren Kindern an: <https://kinder-krebskranker-eltern.de>. Außerdem gibt es eine Übersichtsseite mit regionalen Angeboten auch in Niedersachsen: <https://tinyurl.com/24ykauy6>.

Beratung für Kinder mit suchtkranken Eltern: NACOA Deutschland – Interessenvertretung für Kinder aus Suchtfamilien e.V. - Online-Beratung, Telefon, Chat oder Mail an: <https://nacoa-beratung.assisto.online>.

Online-Einzelberatung/Online-Gruppenstunde für Young Carers: Johanner-Superhands bietet individuelle Beratung und Austausch mit anderen Young Carern: <https://tinyurl.com/2cp6orbv>.

In akuten Krisensituationen ist die **Nummer gegen Kummer** eine kompetente Anlaufstelle. Hier kann bei allen möglichen Problemen und Sorgen angerufen werden. Es gibt für Kinder und Jugendliche die Möglichkeit, per E-Mail oder Chat oder per Telefon Montag bis Samstag von 14 bis 20 Uhr unter der 116 111 beraten zu werden: <https://tinyurl.com/23uj8jl4>.

Die **Initiative „Pausentaste“** bietet sowohl Informationen und praktische Tipps für Eltern von pflegenden Kindern: <https://tinyurl.com/26fsu46f> als auch für Young Carers selbst: <https://www.pausentaste.de>.

Was ist ein ambulanter Pflegedienst und worauf sollte ich achten?

Ambulante Pflegedienste bieten häusliche Pflegehilfen, wie körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung an. Viele Pflegedienst-Träger bieten zusätzlich weitere Hilfen an oder vermitteln diese (zum Beispiel Essen auf Rädern oder einen Hausnotruf). Es kann praktisch sein, möglichst viele Leistungen von einem*iner Anbieter*in zu erhalten und somit den Organisationsaufwand klein zu halten. Pflegedienste bieten jedoch nicht zwangsläufig alle die gleichen Leistungen an, sondern einige haben sich spezialisiert. Hilfreich ist daher ein Blick in den Leistungskatalog der Anbieter*innen. Für die Bereiche, die privat gezahlt werden müssen, können die Preise unterschiedlich ausfallen.

Leistungen, die über die Pflegekasse abgerechnet werden, werden hingegen direkt zwischen dieser und dem Pflegedienst vergütet. In diesem Bereich sind die Preise im Rahmen einer „Vergütungsvereinbarung“ festgelegt, und für diese Leistungen darf Ihnen auch nicht mehr berechnet werden.

Sie sollten vorab prüfen, welche Leistungen benötigt werden und überlegen, welche davon vom externen Pflegedienst übernommen werden sollen. Dabei kann auch das Gutachten des Medizinischen Dienstes und das Pflegetagebuch des SoVD hilfreich sein. So haben Sie einen besseren Überblick und können den Bedarf bei der Auswahl des Pflegedienstes bedenken. Danach sollten Sie klären, ob die Pflegekasse die Kosten der benötigten Leistungen vollständig oder teilweise übernimmt (maßgeblich ist hier der Pflegegrad und der Anspruch auf entsprechende Pflegesachleistungen).

Anschriften der Pflegedienste in Ihrer Nähe finden Sie im Internet oder Sie können diese bei den Pflegestützpunkten sowie der zuständigen Pflegekasse erfragen. Vergleichen Sie die Leistungen und auch Preise verschiedener Dienste und nehmen Sie im Zweifel für Nachfragen zu mehreren Pflegediensten Kontakt auf.

Was tue ich, wenn es Konflikte in der ambulanten Pflege gibt?

- Zunächst sollten Sie mit der konkreten Pflegekraft sprechen, mit der es zu Konflikten gekommen ist, beziehungsweise die Sie auf das Problem hinweisen können. Damit die Pflege auch im Nachhinein weiter für alle Seiten angenehm ist, sollten Konflikte offen und lösungsorientiert angesprochen werden. Dabei sollten die beteiligten Pflegekräfte die Möglichkeit haben, Stellung zu beziehen und ihr Verhalten zu ändern, bevor direkt die Pflegedienstleitung einbezogen wird. Gleichzeitig ist natürlich die Priorität, dass die pflegebedürftige Person sich wohlfühlt und sie die Leistungen erhält, die notwendig für sie sind.
- Falls sich daraufhin nichts verbessert, ist Ihre nächste Ansprechperson die Pflegedienstleitung.
- Bei anhaltenden Konflikten oder bei großen Verstößen gegen den Pflegevertrag sollten Sie sich an die zuständige Pflegekasse wenden. Es gibt für Pflegebedürftige rechtlich immer die Möglichkeit den Vertrag fristlos zu kündigen. Auch kann die „Beschwerdestelle Pflege“ des niedersächsischen Sozialministeriums informiert werden: <https://tinyurl.com/25wgm8mv>.



Welche zusätzlichen Leistungen für zu Hause kann ich als pflegebedürftige Person beantragen?

Neben direkten Pflegeleistungen durch ambulante Pflegedienste können zudem Leistungen beantragt werden, die den Alltag im eigenen Zuhause erleichtern.

Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen sollen die Selbstständigkeit pflegebedürftiger Personen wahren oder erhöhen. Sie können auch genutzt werden, um die Pflege zu ermöglichen oder zu erleichtern.

Wohnraumanpassungen können zum Beispiel sein: barrierefreier Umbau des Bads, Installation von Handläufen oder Rampen, bewegungsmelder-gesteuerte Beleuchtung, Duschhocker oder Verlegung von rutschfestem Fußbodenmaterial. Die Maßnahmen werden von der Pflegekasse auf Antrag bezuschusst. Voraussetzung dafür ist die Anerkennung eines Pflegegrads und die Zustimmung des*der Vermieters*Vermieterin zu den baulichen Maßnahmen.

Aber Achtung: Bevor Sie Verträge für die Baumaßnahmen schließen, müssen Sie unbedingt vorab den Antrag gestellt und entsprechende Kostenvorschläge vorliegen haben. Insgesamt kann die Pflegekasse bis zu 4.000 Euro bezuschussen. Leben mehrere pflegebedürftige Personen in einem Haushalt, hat jede Person Anspruch auf den Zuschuss von 4.000 Euro. Bei Verschlechterung der Pflegebedürftigkeit ist ein erneuter Antrag möglich.

Pflegehilfsmittel

Pflegehilfsmittel dienen dazu, Pflege zu erleichtern, Beschwerden zu lindern und die Selbstständigkeit pflegebedürftiger Personen zu fördern. Es gibt technische Pflegehilfsmittel (zum Beispiel Pflegebetten oder Rollstühle), Verbrauchsprodukte (zum Beispiel Einmalhandschuhe oder Desinfektionsmittel) und digitale Pflegeanwendungen (zum Beispiel ein Senioren-Tablet oder pflegebezogene Apps). Im Rahmen der Pflegebegutachtung durch den Medizinischen Dienst gibt dieser

Empfehlungen zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln. Wenn die Antragsstellenden zustimmen, gelten diese Empfehlungen vor der Pflegekasse als Antrag auf die Leistungen. Auch Pflegefachkräfte ambulanter Pflegedienste können Hilfsmittel empfehlen. Diese Pflegehilfsmittel können ohne Rezept beantragt werden, die Beantragung geht aber mit einem Rezept und/oder einer Empfehlung schneller.

Wenn die Pflegekasse die Notwendigkeit technischer Pflegehilfsmittel anerkennt, werden die Kosten bis auf einen Eigenanteil von zehn Prozent beziehungsweise maximal 25 Euro pro Hilfsmittel übernommen. Bei Verbrauchsprodukten liegt der Höchstbetrag bei 40 Euro und bei digitalen Pflegeanwendungen bei 50 Euro pro Monat.

Entlastungsbetrag

Die Pflege zu Hause bedeutet viel Zeit- und Kraftaufwand. Um pflegende Angehörige bei ihrer Arbeit zu unterstützen, steht pflegebedürftigen Personen, die zu Hause leben, ein einheitlicher Entlastungsbetrag von 125 Euro monatlich zur Verfügung. Mit diesem Betrag können Angebote zur Unter-

stützung im Alltag oder Aufwendungen finanziert werden. Auch für Aufwendungen, die im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Verhinderungspflege oder Kurzzeitpflege (Kosten für Unterkunft und Verpflegung im Heim) stehen, kann der Entlastungsbetrag genutzt werden. Der Betrag wird im Vergleich zum Pflegegeld aber nicht monatlich an die pflegebedürftige Person ausgezahlt, sondern von den Pflegekassen nur dann erstattet, wenn die Rechnungen für die in Anspruch genommenen Leistungen vorgelegt werden.

Pflegekassen rechnen den Entlastungsbetrag nur mit Anbieter*innen und Nachbarschaftshelfer*innen ab, die dafür zugelassen sind und eine Anerkennung des Landes Niedersachsen als „Angebote zur Unterstützung im Alltag“ erhalten haben.

Anerkannte Anbieter*innen finden Sie hier: <https://tinyurl.com/25k8svzq>.

Wichtig: Der nicht genutzte Entlastungsbetrag spart sich über das Jahr an. Leistungen, die am Ende des Kalenderjahres nicht abgerufen werden, können bis zum 30. Juni des Folgejahres genutzt werden. Nach diesem Stichtag verfällt der Betrag.

**Versorgung im
Pflegeheim:**

**Das müssen
Sie wissen**

Wie finde ich ein gutes Pflegeheim?

Informationen über Pflegeheime in Ihrer Nähe gibt es zum Beispiel bei der „Weissen Liste“ (<https://www.weisse-liste-pflege.de>), bei den zuständigen Pflegestützpunkten oder der Pflegekasse. Wie auch bei der Suche nach einem ambulanten Pflegedienst ist es wichtig, sich bei der Suche nach einem geeigneten Pflegeheim ausreichend Zeit zu nehmen.

Bei der Auswahl des Pflegeheims sollten Sie auf Folgendes achten:

- Was ist der pflegebedürftigen Person wichtig in Bezug auf Wohnen und im Bereich der Pflege? Wie sieht es mit der Tagesstruktur, Flexibilität in den Weckzeiten und Auswahlmöglichkeiten beim Essen aus? Gibt es spezielle Freizeitangebote? Dabei kann auf die Umgebung, auf eine spezielle Expertise zum Beispiel bei demenziellen Erkrankungen oder kultursensibler Pflege geachtet werden.
- Auflistung des Leistungsangebots von infrage kommenden Einrichtungen mit einem entsprechenden Kostenvoranschlag: Die Pflegeversicherung übernimmt ausschließlich die pflegebedingten Kosten und auch die nur bis zu einer bestimmten Höhe. Zu den Investitionskosten müssen auch die Unterkunft und Verpflegung der pflegebedürftigen Person selbstständig getragen werden.
- Besichtigung der Einrichtung und möglicherweise ein Probewohnen: Das Wohnumfeld bestimmt das Wohlempfinden der pflegebedürftigen Person im Alltag enorm. Bei dieser Gelegenheit ist es möglich, auch das Betriebsklima im Heim mitzubekommen.
- Wenn Sie sich für ein Pflegeheim entschieden haben, sollten ein Pflegeheimvertrag geschlossen werden.

Was kann ich machen, wenn es Konflikte mit dem Pflegeheim gibt?

Bewohner*innen, die in einer stationären Einrichtung leben, befinden sich in einer besonderen Lebenssituation, die durch Abhängigkeit von Pflege und Betreuung gekennzeichnet ist. Treten Konflikte auf, die nicht einvernehmlich und rasch gelöst werden können, empfehlen wir folgendes Vorgehen:

1. Mängel dokumentieren

Wenn vertraglich vereinbarte Leistungen nur schlecht oder gar nicht erbracht werden, sollten Sie diese Mängel unbedingt dokumentieren: Machen Sie sich Notizen, fertigen Sie Fotos an und holen Sie sich Zeug*innen dazu.

Außerdem haben Bewohner*innen sowie deren Bevollmächtigte oder gesetzliche Betreuer*innen das Recht, Einsicht in die Pflegedokumentation zu nehmen.

2. Gespräch mit der Heimleitung suchen

3. Beschwerde bei Personal- und Heimbeirat einlegen

4. „Beschwerdestelle Pflege“ in Niedersachsen kontaktieren

Die Kontaktdaten finden Sie hier:
<https://tinyurl.com/25wgm8mv>.

5. Weitere Stellen informieren

Melden Sie sich bei der BIVA. Die entsprechenden Kontaktdaten der „Interessenvertretung bei Pflege und Betreuung“ finden Sie unter <https://www.biva.de>.

Bei Konflikten kann auch die Universalschlichtungsstelle des Bundes (<https://www.universalschlichtungsstelle.de>) helfen. Zudem können Sie einen*eine Rechtsanwält*in einschalten. Adressen geeigneter Anwält*innen finden Sie bei der Rechtsanwaltskammer Celle unter <https://www.rakcelle.de>.

6. Zuständige Pflegekasse oder Heimaufsicht, die es in jeder Kommune gibt, einschalten

7. Entgelt kürzen

Weisen die vereinbarten Leistungen Mängel auf, kann unter bestimmten Voraussetzungen das Entgelt gekürzt werden. Zuvor ist dem Heim gegenüber rechtzeitig und ausdrücklich zu erklären, dass das Entgelt wegen mangelhafter Leistung gekürzt wird. Dabei müssen Sie darlegen, zu welchen Zeiten welche Leistungen mangelhaft sind und in welcher Höhe die Kürzung beabsichtigt wird.



Was kostet mich die Pflege im Heim?



Welche Kosten werden übernommen?

Je nach Pflegegrad zahlt die Pflegekasse 770 bis 2.005 Euro monatlich für die Kosten der Pflege. Für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten sowie einen Eigenanteil für pflegebedingte Kosten müssen Pflegebedürftige jedoch selbst aufkommen.

Für einen Teil dieses Eigenanteils, der sich ausschließlich auf die pflegebedingten Kosten und nicht auf die Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten bezieht, erhalten Pflegebedürftige je nach Länge des Aufenthaltes im Pflegeheim einen gestaffelten Zuschlag von der Pflegekasse. Der Leistungszuschlag muss bei der Pflegekasse nicht beantragt werden, sondern wird automatisch von der Pflegekasse an das Pflegeheim gezahlt.

Bei einer Aufenthaltsdauer bis einschließlich 12 Monate beträgt der Zuschlag 15 Prozent, bei mehr als 12 Monaten 30 Prozent, bei mehr als 24 Monaten 50 Prozent und bei mehr als 36 Monaten Aufenthalt 75 Prozent.

Was passiert, wenn ich die Pflege nicht bezahlen kann?

Gerade die privaten Kosten – die Eigenbeteiligungen – für eine stationäre Heimunterbringung steigen kontinuierlich an. Ein immer größer werdender Anteil pflegebedürftiger Personen ist deshalb auf Sozialhilfe in Form von „Hilfe zur Pflege“ angewiesen. Das Sozialamt beteiligt sich aber nur dann an den Pflegekosten, wenn die pflegebedürftige Person oder deren Ehe- oder Lebenspartner*in nicht ausreichend Einkommen oder Vermögen hat, um die Kosten bezahlen zu können.

Sollten beide Ehepartner*innen bereits im Heim leben, müssen sie ihr ganzes Einkommen bis auf einen kleinen Barbetrag für die Heimkosten verwenden. Lebt dagegen nur ein*e Ehepartner*in im Heim und wohnt der*die andere Ehepartner*in in der früheren gemeinsamen Wohnung, muss dem*der Ehepartner* der*die zuhause geblieben ist, soviel Geld übrigbleiben, dass er*sie seine*ihre Kosten weiterhin davon bestreiten kann.

Sollten nun noch weitere ungedeckte Heimkosten bestehen, die nicht über das Einkommen finanziert werden

können, können auch Ersparnisse, Grundbesitz oder andere Vermögenswerte des Pflegebedürftigen und seines*seiner Ehepartners*Ehepartnerin herangezogen werden. Das Vermögen muss dann bis auf einige Ausnahmen für die Heimkosten eingesetzt werden. Der Vermögensschonbetrag liegt aktuell bei 10.000 Euro pro Person.

Ein Antrag auf Hilfe zur Pflege kann telefonisch oder schriftlich beim Sozialamt gestellt werden. Die Leistungen werden rückwirkend vom Tag des Bekanntwerdens des Hilfebedarfs an berechnet.

Unter bestimmten Voraussetzungen müssen sich die Kinder an den Pflegekosten im Rahmen des Elternunterhalts beteiligen. Seit dem 1. Januar 2020 sind Kinder ihren Eltern erst ab einem Jahresbruttoeinkommen von mehr als 100.000 Euro zum Unterhalt verpflichtet.

Sie haben dazu noch Fragen oder benötigen weitere Informationen? Wenden Sie sich gerne an Ihr SoVD-Beratungszentrum.

Welche alternativen Wohnformen gibt es anstatt eines klassischen Pflegeheims?

Alternative Wohn- und Betreuungsformen werden mit steigender Anzahl älter werdender Menschen für Einzelne immer wichtiger. Um möglichst lange selbstbestimmt leben zu können, gibt es mittlerweile zahlreiche Konzepte, die eine Alternative zum klassischen Pflegeheim sein können.



Die vielfältigen Wahlmöglichkeiten vom betreuten Wohnen, Quartierskonzepten, generationenübergreifendem Wohnen, Seniorenhausgemeinschaften, Seniorenwohngemeinschaften über ambulant betreute Wohngemeinschaften bis hin zu teil- und vollstationären Einrichtungen ermöglichen es, eine passende Wohn- und Versorgungsform zu finden.

Weiterführende Informationen finden Sie auf der Internetseite „Neues Wohnen Niedersachsen“: <https://tinyurl.com/2yl7y3gn>.

Besondere Unterstützungs- und Hilfe- bedarfe

Was ist bei palliativer und hospizlicher Pflege zu beachten?

Schwerstkranken und Sterbenden in ihrer letzten Lebensphase Beschwerden und Ängste zu nehmen, ist die Aufgabe der Palliativmedizin. Möglich ist das zu Hause – mit Unterstützung eines ambulanten Palliativangebots – oder in einem Hospiz.

Die Inanspruchnahme palliativmedizinischer Versorgung durch ambulante oder stationäre (Hospiz-) Dienste wird von den Krankenkassen übernommen.

Ansprechpartner*innen können die Hausärzt*innen und die Kranken- und Pflegekassen sein. Weitere Informationen finden Sie auch hier:

- Landesstützpunkt Hospizarbeit und Palliativversorgung Niedersachsen e.V.: <https://www.hospiz-palliativ-nds.de>
- Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung: <https://tinyurl.com/2counfan>



Was ist, wenn Kinder pflegebedürftig sind?

Der Pflegebedürftigkeitsbegriff, der der Pflegeversicherung zugrunde liegt, ist momentan ausschließlich geriatrisch geprägt. Das heißt, dass es an vielen Stellen hauptsächlich um alte und alternde Menschen und deren Versorgung geht. Dabei sind immerhin 5,7 Prozent der Pflegebedürftigen Kinder und Jugendliche (0–19 Jahre). Junge Menschen, die mitten im Leben stehen und gleichzeitig pflegebedürftig sind, fallen aus dem System heraus.

So sind zum Beispiel im Rahmen der Begutachtung bestimmte Pflegebedarfe, die im Alter nicht (mehr) vorkommen, im Rahmen der Pflege schlicht nicht vorgesehen – wie etwa Menstruationspflege oder Pflege im Wochenbett. Diese Bereiche stellen sich daher auch als eklatante Lücken im Begutachtungsprozess dar. Auch bei einer stationären Unterbringung gibt es oft kaum eine Alternative zu Seniorenwohnheimen – auch für junge Erwachsene.

Auch für Geschwisterkinder kann die Pflegebedürftigkeit ihrer Familienmit-

glieder eine Belastung sein. Nicht selten erleben Geschwisterkinder Gefühle der Vernachlässigung. Oft ist es daher besonders hilfreich, sich mit Kindern, die sich in ähnlichen Situationen befinden, auszutauschen. Es kann wichtig sein, Angebote wie Selbsthilfegruppen oder spezielle Ferienangebote wahrzunehmen, um sowohl die Eltern zu entlasten als auch den Geschwisterkindern selbst Freiraum, eine Auszeit und Möglichkeiten des entspannten Austauschs zu ermöglichen. Das Netzwerk für die Versorgung schwerkranker Kinder und Jugendlichen e.V. bietet hier viele Angebote: <https://www.geschwisterkinder-netzwerk.de>.

Weitere Informationen finden Sie auch hier:

- Entlastung für Pflegende: <https://tinyurl.com/23reu3z9>
- Hilfen für Familien mit behinderten, chronisch kranken oder schwerstkranken Kindern: <https://tinyurl.com/2a3zmcmb>

Kultursensible Unterstützung und Beratung für Menschen mit Migrationshintergrund

In Deutschland leben etwa 2,20 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund, die 65 Jahre und älter sind. Werden diese Personen pflegebedürftig, können ihre Bedürfnisse unter Umständen etwas anders sein als die, die standardmäßig im deutschen System vorgesehen sind. Leider sind die bestehenden Angebote im Pflegebereich darauf nicht immer gut vorbereitet. Das Bewusstsein für die Wichtigkeit kultursensibler Pflege und Betreuung nimmt aber stetig zu. Vor allem in (groß-)städtischen Zentren finden sich inzwischen durchaus vielfältige Angebote (zum Beispiel in Hannover, Oldenburg oder Braunschweig).

Klären Sie vorab, ob bestimmte Wünsche berücksichtigt werden können.

Informieren Sie sich daher vor Ort, ob Pflegedienste oder -heime angemessen auf individuelle Werte, kulturelle Vorstellungen oder religiöse Präigungen eingehen können und einen sensiblen Umgang mit entsprechenden Wünschen ermöglichen. Vor allem bei Demenzerkrankungen ist eine passende Betreuung wichtig, da es ansonsten bei Betroffenen zu Verunsicherungen und einer Beeinträchtigung der Orientierung kommen kann. Hilfsangebote und weitere Informationen finden Sie zum Beispiel unter www.demenz-und-migration.de.

Da viele Angebote pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund insgesamt dennoch nicht gut erreichen und die Versorgung oft schlechter ist, sind mehrsprachige Informationen eine wichtige Quelle um das Verständnis von eigenen Ansprüchen und Rechten zu verbessern. Der Wegweiser „Gesundheit für alle“ erklärt in vielen Sprachen Dinge, beispielsweise wie die Pflegeversicherung oder die Notfallversorgung funktionieren (<https://gesundheitsmehrsprachig.de>).



Kompakte Zusammenfassungen zu Pflegeversicherungsleistungen in 18 verschiedenen Sprachen erhalten Sie über <https://alter-pflege-demenz-nrw.de>.

Bei Pflegebedarf aufgrund einer Behinderung helfen Ansprechpartner*innen wie der Flüchtlingsrat Niedersachsen oder das Diakonische Werk Hannover mit seiner Beratung für Menschen mit Behinderung im Zusammenhang von Migration in verschiedenen Sprachen weiter (<https://tinyurl.com/4ervfsdn>).

Auch der Verein „Ambulante Hilfen für Menschen mit Behinderungen e.V.“ bietet mehrsprachige Beratung (<https://www.ahmb.de>).

Bei der Anlaufstelle für Menschen mit Migrationshintergrund und Behinderungen e.V. gibt es Beratungsangebote, Begleitsdienste für Menschen mit Behinderung und Selbsthilfegruppen, unter anderem für pflegende Angehörige mit Migrationshintergrund – vor allem auf Türkisch (<https://de.umut-ev.de/unser-angebot>).

Welche Angebote gibt es für queere Pflegebedürftige?

Ähnlich wie bei der Herkunft hat sich auch in Fragen der sexuellen Orientierung und der geschlechtlichen Identität eine größere Vielfalt in der Gesellschaft entwickelt. Dies bildet sich zunehmend auch in der Pflege ab: Nach Schätzungen leben heute schon etwa 1,8 Millionen queere Menschen über 60 Jahren in Deutschland, wovon einige erwartungsgemäß auch pflegebedürftig werden oder es schon sind.



Aufgrund von Diskriminierungs- oder Stigmatisierungserfahrungen, die in der Biografie queerer Menschen nicht selten schon lange eine Rolle gespielt haben, fürchten viele im Alter ebenso Ausgrenzung und Vorverurteilung. Aus Angst wird die eigene sexuelle Identität dann oft verschwiegen. Um das Anrecht auf individuell wertschätzende Betreuung im Alter umzusetzen und Ängste nehmen zu können, ist daher eine queersensible Pflege nötig.

Leider gibt es bislang für queere Personen mit Pflegebedarf nur wenige bedarfsgerechte Angebote und Pflegeheimplätze, die auf ihre Lebensgeschichte und Identitäten explizit Rücksicht nehmen – vor allem im ländlichen Raum. Inzwischen helfen aber einige Initiativen dabei, möglichst passende Angebote zu finden:

- Das **Queere Netzwerk Niedersachsen** etwa bietet die Möglichkeit, nach passenden Angeboten für verschiedene Gruppen in Niedersachsen zu suchen (<https://tinyurl.com/4e6328um>).
- Allgemeine Informationen und Positionen sowie Veranstaltungen für schwule und lesbische Senior*innen bieten der Verein **„Lesben und Alter e.V.“** (<https://www.lesbenundalter.de>) und die **„Bundesinteressenvertretung schwuler Senioren e.V.“** (<https://schwuleundalter.de>).
- Eine gute Hilfestellung ist auch das **Qualitätssiegel „Lebensort Vielfalt“**, das an stationäre Pflegeeinrichtungen, ambulante Pflegedienste, Tagespflegestätten, Hospize und Krankenhäuser vergeben wird, die diversitätssensibel arbeiten. Leider gibt es noch keine auf diese Weise ausgezeichneten Einrichtungen in Niedersachsen. Die Internetseite ist aber dennoch eine hilfreiche Adresse (<https://schwulenberatung-berlin.de/qualitaetssiegel-lebensort-vielfalt>).
- Zusätzliche Hintergrundinformationen zum Thema bietet der Leitfaden **„Pflege unterm Regenbogen“**, der von der Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. herausgegeben wurde (<https://tinyurl.com/4ufzwf2k>) oder die Initiative **„Regenbogenpflege“** (<http://www.initiative-regenbogenpflege.de>).

Sie haben noch Fragen? Melden Sie sich gerne bei uns!

Einen nahestehenden Menschen zu pflegen oder selbst pflegebedürftig zu sein, ist oft nicht einfach. Auch, wenn wir Ihnen den zeitlichen Aufwand und die emotionale Betroffenheit nicht abnehmen können, stehen wir als SoVD Ihnen gerne mit unserer kompetenten Beratung hilfreich zur Seite. Wir lotsen Sie durch den Behördenschwungel und unterstützen Sie, wenn Behörden oder Pflegekassen Leistungen ablehnen.

Melden Sie sich dazu einfach direkt bei uns: **0511 65610721**.

Die Kontaktdaten unserer Beratungszentren finden Sie unter <https://www.sovd-nds.de/beratung/beratungszentren>.

Weitere Informationen rund um das Thema Pflege finden Sie auch auf unserer Internetseite: <https://www.sovd-nds.de/beratung/pflege>.

Bildverzeichnis

Adobe Stock: Titel, S. 2, S. 48

Lennart Helal: S. 18, S. 24

iStock: S. 20, S. 28, S. 30, S. 39, S. 42, S. 44, S. 47

Impressum

Sozialverband Deutschland
Landesverband Niedersachsen e.V.
Herschelstraße 31
30159 Hannover
Tel. 0511 70148-0
Fax 0511 70148-70
info@sovd-nds.de
www.sovd-nds.de