



# Pflegeleitfaden



## **Pflegebedürftigkeit**

- Die Antragsstellung
- Das Begutachtungsverfahren

## **Leistungen der Pflegekasse**

- Leistungen im Überblick
- Leistungsarten

## **Ansprüche von Angehörigen**

- Beratung und Entlastung
- Versicherungsleistungen

*Liebe Leserinnen und Leser,*

*meist werden wir von einer Erkrankung ganz plötzlich überrascht und können altersbedingt die Hürden des Alltags nicht mehr alleine meistern. In solch einer neuen Situation sind wir auf die Unterstützung anderer angewiesen. Mit diesem Pflegeleitfaden möchten wir einen Teil dazu beitragen, indem wir Sie über die Grundlagen und Gesetzlichkeiten im Falle einer Pflegebedürftigkeit informieren. Dazu gehört unter anderem die Beantwortung der Fragen:*

*Was ist ein Pflegegrad?*

*Welche Leistungen stehen mir als pflegebedürftige Person zu?*

*An wen kann ich mich wenden?*

***Sollten sich Fragen für Sie ergeben, kommen Sie gerne auf uns zu, wir helfen Ihnen weiter!!!***

*Ihre PmH – Pflege mit Herz GmbH*

## **Inhalt**

<b>Pflegebedürftigkeit und Einstufung</b>	
Antragstellung	Seite 2
Begutachtungsverfahren	Seite 2/3
Vorbereitung auf das Begutachtungsverfahren	Seite 3
Die Begutachtung	Seite 4
Nach dem Begutachtungsverfahren	Seite 4
Widerspruch einlegen	Seite 4
<b>Leistungen der Pflegekasse</b>	
Leistungsarten	Seite 5
Zusätzliche Leistungen	Seite 6
Überblick über Leistungen der Pflegekasse	Seite 7
<b>Ansprüche von Angehörigen</b>	
Beratung	Seite 8
Entlastung	Seite 8
Vereinbarkeit von Familie und Beruf	Seite 8
Versicherung	Seite 9

## Einstufung in einen Pflegegrad

Der erste und wichtigste Schritt nach dem Eintritt einer Pflegebedürftigkeit ist die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und die Einstufung in einen entsprechenden Pflegegrad. Dies ist Voraussetzung, damit Sie Leistungen der Kassen in Anspruch nehmen können bzw. die Pflegeversicherungen Kosten für die Pflege/Betreuung übernehmen. Die Einstufung in einen Pflegegrad wird im Rahmen eines Begutachtungsverfahrens durch den Medizinischen Dienst Nord vorgenommen. Um ein solches Begutachtungsverfahren einzuleiten, müssen Sie bei der Pflegekasse einen Antrag stellen.

## Antragstellung

Die Antragstellung für die Einstufung der Pflegebedürftigkeit kann formlos erfolgen oder es kann ein entsprechendes Formular durch einen Anruf bei Ihrer Pflegeversicherung (erreichbar über Ihre Krankenkasse) angefordert werden. Dieses schicken Sie ausgefüllt und unterschrieben an die Pflegeversicherung. Wenn Sie den Antrag formlos stellen, wird Ihnen das hauseigene Formular Ihrer Pflegeversicherung zwar dennoch zum Ausfüllen zugesandt, doch Sie haben den rechtzeitigen Eingang des Antrages bereits gesichert, so dass die Leistungen rückwirkend ab Eingang des formlosen Antrags übernommen werden.

## Begutachtungsverfahren

Im Rahmen des Begutachtungsverfahrens stellt der Medizinische Dienst Nord die Pflegebedürftigkeit fest und nimmt die Einstufung in einen Pflegegrad vor. Der MD Nord schickt Ihnen zur Begutachtung einen Gutachter oder eine Gutachterin. Diese Fachkraft prüft bei ihrem Besuch, wie selbstständig eine Person in verschiedenen Aktivitätsbereichen (s.g. Modulen) ist bzw. welche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten vorliegt und ob personelle Hilfe notwendig ist.

Beim Erfassen des Pflegegrades werden sechs Lebensbereiche betrachtet und unterschiedlich gewichtet:



### **Mobilität**

Wie selbstständig kann sich der Mensch fortbewegen und seine Körperhaltung ändern?  
Ist das Fortbewegen in der Wohnung möglich?  
Wie sieht es mit Treppensteigen aus?



### **Verhaltensweisen und psychische Problemlagen**

Wie häufig benötigt jemand Hilfe aufgrund von psychischen Problemen, beispielsweise bei aggressivem oder ängstlichem Verhalten?



### **Kognitive und kommunikative Fähigkeiten**

Wie findet sich jemand örtlich und zeitlich zurecht? Kann die oder der Betroffene für sich selbst Entscheidungen treffen? Kann der Mensch Gespräche führen und Bedürfnisse mitteilen?



### **Selbstversorgung**

Wie selbstständig kann sich der Mensch im Alltag versorgen bei der Körperpflege, beim Essen und Trinken, beim An- und Ausziehen?



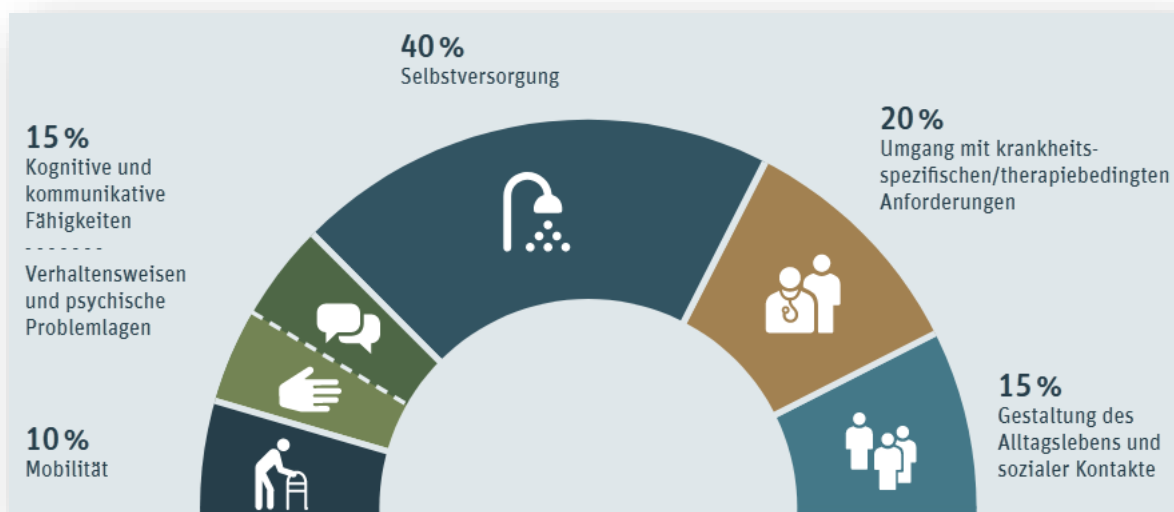
### **Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen**

Welche Unterstützung braucht der Mensch im Umgang mit seiner Krankheit und bei Behandlungen? Wie oft ist Hilfe bei Medikamentengabe, Verbandswechsel oder bei Arztbesuchen notwendig?



### **Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte**

Wie selbstständig kann der Mensch noch den Tagesablauf gestalten und planen oder Kontakte pflegen?



Für jedes der Module werden dabei Punkte vergeben und die Bewertung der einzelnen Module wird dann prozentual bei der Einstufung in einen der fünf Pflegegrade berücksichtigt.

### Vorbereitung auf das Begutachtungsverfahren

Es empfiehlt sich, schon vor dem Besuch des MD Nord einen „Pflegegradrechner“ zu benutzen, mit dem erfasst wird, in welchen Bereichen die Selbstständigkeit der betreffenden Person beeinträchtigt und wo sie ggf. auf Hilfe angewiesen ist. Mithilfe eines solchen „Pflegegradrechners“ können Sie bereits vor dem MD Nord – Besuch prüfen, ob bestimmte Voraussetzungen für die Einstufung in einen Pflegegrad gegeben sind und Sie können damit Ihre eigene Einschätzung gegenüber dem MD Nord darlegen.

Desweiteren nutzen Sie die Checkliste, welche vor dem Begutachtungstermin vom MD Nord an Sie versendet wird.

Medizinischer Dienst

### Vorbereitung auf den Besuch des Medizinischen Dienstes Checkliste

---

So können Sie sich auf den Besuch des Medizinischen Dienstes vorbereiten:

- Überlegen Sie vorab, was Ihnen in Ihrem Alltag besondere Schwierigkeiten macht.
- Wobei benötigen und wünschen Sie Unterstützung in Ihrem Alltag?
- Was können Sie in Ihrem Alltag selbstständig ausführen?

---

Überlegen Sie vor dem Hausbesuch, wen Sie bitten möchten, dabei zu sein.

- Bitten Sie den Menschen, der Sie hauptsächlich pflegt oder Ihre Situation besonders gut kennt, beim Hausbesuch anwesend zu sein.
- Im Falle einer gesetzlichen Betreuung informieren Sie bitte Ihre Betreuerin oder Ihren Betreuer über den Hausbesuch.

---

Welche Unterlagen werden benötigt?

- Legen Sie bitte – falls vorhanden – Berichte Ihrer Hausärztin oder Ihres Hausarztes, von Fachärzten oder den Entlassungsbericht aus der Klinik bereit. Sollten Sie die Unterlagen nicht vorliegen haben, brauchen Sie diese jedoch nicht extra anfordern.
- Bitte haben Sie Ihren aktuellen Medikamentenplan zur Hand.
- Falls ein Pflegedienst zu Ihnen kommt, legen Sie auch die Pflegedokumentation bereit.

## **Die Begutachtung**

### Wo findet die Begutachtung statt?

Wenn der Medizinische Dienst Sie während der Corona- Pandemie wegen der Infektionsgefahr nicht persönlich besuchen kann, geschieht dies zu Ihrem Schutz. Stattdessen wird eine Gutachterin oder ein Gutachter mit Ihnen oder einer Pflegeperson ein Telefongespräch führen. Der Medizinische Dienst schlägt Ihnen dafür einen Termin vor. Beim Telefongespräch stellen die Gutachter fest, wie selbstständig Sie Ihren Alltag gestalten können und wobei Sie Hilfe benötigen. Der Medizinische Dienst gibt im Gutachten auch Empfehlungen ab, wie Ihre Situation verbessert werden kann, etwa durch eine Rehabilitation oder durch ein Hilfsmittel. Das ist zum Beispiel ein Rollator oder eine Hilfe für das Baden oder Duschen. Vielleicht ist es auch notwendig, Ihre Wohnung anzupassen.

### Wie läuft eine Begutachtung ab?

Die Gutachterin oder der Gutachter des Medizinischen Dienstes sind speziell ausgebildete Pflegefachkräfte oder Ärztinnen und Ärzte. Sie sprechen mit Ihnen, um einen Eindruck von Ihrer persönlichen Pflegesituation zu gewinnen. Schildern Sie deshalb, mit welchen Einschränkungen und Problemen Sie in der Pflege zurechtkommen müssen und was Ihnen im Alltag Schwierigkeiten macht. Bitten Sie eine vertraute Person während des Telefonats dabei zu sein. So kann sich der Medizinische Dienst von Ihrer Situation ein umfassendes Bild machen. Bitte beachten Sie: Das Telefonat kann bis zu einer Stunde dauern.

### Was ist während der Begutachtung von Menschen mit Demenz zu beachten?

In dieser Situation ist es besonders wichtig, dass eine Pflegeperson während des Telefonats anwesend ist und Auskunft geben kann. So kann die Gutachterin oder der Gutachter alle notwendigen Informationen erhalten.

## **Nach dem Begutachtungsverfahren**

Die Gutachter fassen die Ergebnisse und Empfehlungen, auch zum Pflegegrad, in einem Gutachten zusammen und senden es an die Pflegekasse. Ist zum Beispiel ein Hilfsmittel notwendig, geben der Gutachter oder die Gutachterin mit Ihrem Einverständnis diese Information ebenfalls an die Pflegekasse. Sie brauchen keinen gesonderten Antrag zu stellen. Das Pflegegutachten mit den Empfehlungen des Medizinischen Dienstes sendet Ihnen die Pflegekasse mit dem Bescheid über den Pflegegrad zu.

## **Widerspruch einlegen**

Wenn Sie mit dem Bescheid über die Pflegeeinstufung nicht einverstanden sind, können Sie Widerspruch einlegen. Im Bescheid der Pflegekasse wird eine Widerspruchsfrist genannt, die unbedingt einzuhalten ist. Sie müssen in Ihrem Widerspruch Unzulänglichkeiten in den Bewertungen des MD Nord nachweisen und den eigentlichen Hilfebedarf auf Grundlage der Begutachtungsrichtlinien darstellen.

Nehmen Sie also das Gutachten als Grundlage und stellen Sie den Angaben des Gutachters oder der Gutachterin Ihre eigene Einschätzung über die Einschränkung der Selbstständigkeit z.B. mithilfe des „Pflegegradrechners“ gegenüber: Wann und warum wird wie viel Hilfe gebraucht?

Der Widerspruch ist direkt an die jeweilige Pflegekasse zu senden, die zunächst auch darüber entscheidet. Die Pflegekasse wird aufgrund Ihres Widerspruchs Kontakt zu Ihnen aufnehmen und ggf. einen neuen Begutachtungstermin mit Ihnen vereinbaren.

## Leistungsarten

Wenn Sie in einen Pflegegrad eingestuft sind, können Sie Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen. Grundsätzlich können Sie sich zwischen vier Leistungsarten entscheiden. Die Art dieser Leistungen hängt davon ab, wie hoch der Grad der Pflegebedürftigkeit ist und ob Unterstützungsbedarf besteht, der den Einsatz eines Pflegedienstes oder die Versorgung in einer stationären Einrichtung notwendig macht.

Es stehen Ihnen folgende Leistungsarten zur Verfügung:

### **Pflegegeld**

Ihnen wird ein monatlicher Betrag überwiesen, mit dem Sie selbst die Pflege sicherstellen, d.h. dass die Pflegeleistungen durch Angehörige oder bekannte Personen und nicht von einem professionellen Pflegedienst erbracht werden.

### **Pflegesachleistungen**

Ein Pflegedienst erbringt bei Ihnen Leistungen und rechnet diese direkt mit der Pflegekasse ab.

### **Kombinationsleistungen**

Ein Pflegedienst erbringt nur ausgewählte Leistungen (z.B. körpernahe Pflegemaßnahmen oder hauswirtschaftliche Leistungen), mit denen Ihr Leistungsanspruch jedoch nicht ausgeschöpft wird. Die Differenz lassen Sie sich von Ihrer Pflegekasse anteilig (ca. 50% der Restsumme) auszahlen.

### **Leistungen der stationären Pflege**

Sie werden in einer stationären Pflegeeinrichtung versorgt und diese rechnet direkt mit der Pflegekasse ab.

**Die Pflegeversicherung ist keine Vollversicherung, sondern leistet im Bedarfsfall einen Zuschuss. Bei umfangreichem Pflegebedarf reicht daher weder die Geldleistung noch die Sachleistung aus, um die Pflege in ausreichendem Maße sicherzustellen. Sie müssen dann zuzahlen.**

**In der stationären Pflege zahlt die Pflegekasse ausschließlich einen Zuschuss zu den Kosten der Pflege und Betreuung. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie die Investitionskosten sind Privatzahlerpositionen.**

**Sollten die nötigen finanziellen Mittel nicht zur Verfügung stehen, dann kann man die Hilfe der Sozialbehörde einfordern.**

Wichtig für die Bezieher von Pflegegeld:

Für Sie besteht eine Pflicht zur Inanspruchnahme von Beratungseinsätzen durch einen professionellen Pflegedienst. Bei Pflegegrad 2 und 3 muss Sie ein Pflegedienst halbjährlich und bei Pflegegrad 4 und 5 vierteljährlich zur Begutachtung und Beratung aufsuchen.

Ein Nachweis über den Besuch wird vom Pflegedienst an die Pflegekasse übermittelt. Hiermit soll sichergestellt werden, dass Sie auch ohne professionelle Hilfe gut versorgt sind. Sie haben dabei außerdem die Möglichkeit, sich durch den Pflegedienst z.B. über Techniken der Pflege oder Hilfsmittel zu informieren.

Bei Pflegegrad 1 können die Beratungseinsätze freiwillig angefordert werden. Die Kosten für die Beratungseinsätze übernimmt bei allen Pflegegraden die Pflegekasse. Der Pflegedienst rechnet diese Einsätze direkt mit der Pflegekasse ab.

### Zusätzliche Leistungen

Pflegebedürftige, die nicht in einer stationären Einrichtung versorgt werden, haben Anspruch auf weitere Leistungen der Pflegekasse:

#### Entlastungsbetrag

Pflegebedürftige können monatlich zusätzliche Leistungen in Höhe von 125 Euro erhalten. Diese Leistungen können für niedrigschwellige Angebote wie etwa ehrenamtliche Helfer, Alltagshilfen oder Haushaltsleistungen eingesetzt oder für Angebote der Kurzzeit- oder der teilstationären Pflege genutzt werden. Auch die Leistungen eines Pflegedienstes lassen sich hiermit begleichen. Ausgeschlossen sind allerdings bei Pflegegrad 2 bis 5 Leistungen körperbezogener Pflegemaßnahmen.

#### Leistungen zur Wohnraumanpassung

Auf Antrag kann die Pflegekasse einen Zuschuss zur Wohnraumanpassung gewähren, wenn dadurch die Pflege oder die selbstständige Lebensführung der Pflegebedürftigen möglich oder erleichtert wird. In der Regel prüft der MD Nord die Notwendigkeit der Leistungen. Die Höhe des Zuschusses hängt von den Gesamtkosten der Wohnraumanpassung ab. Pro Maßnahme darf der Betrag von 4000 Euro nicht überschritten werden.

Maßnahmen zur Wohnraumanpassung können z.B. Ein- und Umbau von Mobiliar, eine Türverbreiterung, der Einbau einer Dusche oder eines Treppenlifts sein.

#### Leistungen für Pflegehilfsmittel

Die Pflegekasse kommt ebenfalls für Pflegeverbrauchsmittel wie Einmalhandschuhe und Desinfektionsmittel auf. Versicherten stehen monatlich 60 Euro für Pflegeverbrauchsmittel zur Verfügung.

Auch technische Pflegehilfsmittel wie Pflegebetten oder Hausnotrufgeräte können bei der Pflegekasse beantragt werden. Sie werden von der Pflegekasse verliehen oder anteilig mitfinanziert.



**Überblick über die Leistungen der Pflegekasse**

Leistungen	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5	Bemerkung
Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen nach § 37 SGB XI	-	316 €	545 €	725 €	901 €	
Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI	Kein Anspruch, jedoch Einsatz des Entlastungsbetrags von 125 € möglich	724 €	1363 €	1693 €	2095 €	Bis zu max. 40 % des Sachleistungsbetrags können für anerkannte Unterstützungsleistungen im Alltag eingesetzt werden. Ein Antrag auf Umwidmung ist nicht möglich.
Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI	125 €	125 €	125 €	125 €	125 €	Die Leistungen gelten für: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tages- und Nachtpflege</li> <li>• Kurzzeitpflege</li> <li>• Nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag (§45a SGB XI)</li> <li>• Leistungen eines ambulanten Pflegedienstes (§36 SGB XI)</li> </ul> Hinweis: nur bei PG 1 für körperbezogene Pflegemaßnahmen einsetzbar
Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI	Kein Anspruch, jedoch Einsatz des Entlastungsbetrags von 125 € möglich	1774 €	1774 €	1774 €	1774 €	Zusätzlich darf ein nichtverbraucher Leistungsbetrag für Verhinderungspflege auch für Leistungen der Kurzzeitpflege genutzt werden. Hierdurch kann sich der Leistungsanspruch auf max. 3386 € erhöhen. Das Pflegegeld wird währenddessen (max. 8 Wochen) hälftig weitergezahlt.
Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI	Kein Anspruch	1612 €	1612 €	1612 €	1612 €	Zusätzlich können bis zu 50 % des nicht verbrauchten Leistungsbetrags für Kurzzeitpflege (also bis 887 €) für Verhinderungspflege ausgegeben werden. Das Pflegegeld wird währenddessen (max. 6 Wochen) hälftig weitergezahlt.
Tages- und Nachtpflege nach § 41 SGB XI	Kein Anspruch, jedoch Einsatz des Entlastungsbetrags von 125 € möglich	689 €	1298 €	1612 €	1995 €	Diese Leistungen können neben Pflegegeld und/oder Pflegesachleistungen in vollem Umfang in Anspruch genommen werden. Achtung: Pflegebedürftige, die in einer ambulant betreuten WG leben, haben nur Anspruch auf Tages- und Nachtpflege, wenn nachgewiesen ist, dass die Pflege in der ambulant betreuten Wohngruppe ohne teilstationäre Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann.
Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen nach § 38 a SGB XI	214 €	214 €	214 €	214 €	214 €	
Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes nach § 40 SGB XI	4000 €	4000 €	4000 €	4000 €	4000 €	Der Zuschuss wird je Maßnahme gewährt. Ändert sich die Pflegesituation z.B. durch eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes der pflegebedürftigen Person und werden weitere Maßnahmen notwendig, so gilt dies als neue Maßnahme.
Versorgung mit Pflegehilfsmitteln nach § 40 SGB XI	60 €	60 €	60 €	60 €	60 €	Pflegeverbrauchsmitel (Einmalhandschuhe, Desinfektionsmittel usw.)
Pflegeberatung nach § 7a SGB XI	Anspruch	Anspruch	Anspruch	Anspruch	Anspruch	Dies ist eine individuelle Beratung durch einen anerkannten Pflegeberater. Die Pflegekassen müssen hierfür feste Ansprechpartner benennen.
Beratungen und Schulungen für Pflegepersonen nach § 45 SGB XI	Anspruch	Anspruch	Anspruch	Anspruch	Anspruch	Gilt für Pflegepersonen sowie Personen, die nicht pflege, sich aber für die Pflege interessieren. Auf Wunsch sind Kurse in häuslicher Umgebung der pflegebedürftigen Person durchführbar.
Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Abs.3 SGB XI	2x/Jahr Anspruch	2x/Jahr Pflicht	2x/Jahr Pflicht	4x/Jahr Pflicht	4x/Jahr Pflicht	Diese Beratungseinsätze dienen der Sicherung und Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger, das Pflegegeld beziehen und keine professionelle Pflege durch einen Pflegedienst in Anspruch nehmen.
Beratung zur Palliativversorgung	Anspruch	Anspruch	Anspruch	Anspruch	Anspruch	Versicherte haben gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen einen Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung zu den Leistungen der Palliativ- und Hospizversorgung sowie zu den Möglichkeiten der persönlichen Vorsorge für die letzte Lebensphase (z.B. Patientenversorgung, Vollamchten)



## **Beratung**

Pflegende Angehörige haben einen eigenen Anspruch auf kostenfreie individuelle Pflegeberatung. Ihnen stehen außerdem Pflegekurse/-Schulungen zu, in denen neben Beratung auch praktische Anleitungen angeboten werden. Auf Wunsch können die Pflegekurse in der häuslichen Umgebung der pflegebedürftigen Person durchgeführt werden. Ihre Pflegekasse ist verpflichtet, diese Angebote vorzuhalten. Viele Pflegedienste bieten ebenfalls die genannten Schulungen für pflegende Angehörige an und rechnen diese direkt mit der Kasse ab.

## **Entlastung**

Die s.g. Verhinderungspflege dient der Entlastung pflegender Angehöriger, die auf Grund von Urlaub, Terminen, Krankheit oder sonstiger Gründe verhindert sind. Während ihrer Abwesenheit übernimmt ein Pflegedienst oder eine dem Pflegebedürftigen nahestehende Person, die nicht bis zum 2. Grad mit ihm verwandt ist, die Pflege. Die Verhinderungspflege kann bis zu einem jährlichen Höchstbetrag von 1612 € in Anspruch genommen werden. Auch eine stundenweise Inanspruchnahme ist möglich. Während der Verhinderungspflege wird das Pflegegeld hälftig weitergezahlt. Wird die Verhinderungspflege weniger als 8 Stunden pro Tag genutzt, besteht sogar Anspruch auf das gesamte Pflegegeld.

Die Kurzzeitpflege ist die stationäre Entsprechung zur Verhinderungspflege. Wenn pflegende Angehörige die Pflege durch Urlaub, Krankheit oder seelische Überlastung vorübergehend nicht übernehmen können, bietet die Kurzzeitpflege die Möglichkeit, Pflegebedürftige für einen begrenzten Zeitraum in einer vollstationären Einrichtung zu versorgen. Für die Kurzzeitpflege stehen der pflegebedürftigen Person jährlich bis zu 1774 € zu.

Die Beträge der Kurzzeitpflege und der Verhinderungspflege lassen sich unter bestimmten Voraussetzungen kombinieren und dadurch erhöhen. Wird z.B. im gesamten Jahr keine Kurzzeitpflege in Anspruch genommen, können bis zu 887 € umgewidmet und für die Verhinderungspflege genutzt werden.

Die teilstationäre Pflege (Tages- oder Nachtpflege) ist eine Kombination aus stationärer Pflege und ambulanter Betreuung zu Hause. Der endgültige Umzug in eine Einrichtung wird so verhindert, zugleich aber professionelle Pflege zu gewünschten Zeiten (tagsüber oder nachts) sichergestellt. Pflegende Angehörige können auf diese Weise von der Pflege entlastet werden, ohne sie vollständig abgeben zu müssen. In der Tagespflege z.B. verbringen die Pflegebedürftigen bis zu 8 Stunden täglich in einer Einrichtung (meist Montag bis Freitag von 8 Uhr bis 16 Uhr). Morgens werden sie zu Hause von einem Fahrdienst abgeholt und nachmittags wieder zurückgebracht. Vor und nach der Tagespflege werden die Pflegebedürftigen von einem Angehörigen und/oder einem Pflegedienst versorgt.

## **Vereinbarkeit von Familie und Beruf**

### Pflegezeit

Im Rahmen des Pflegezeitgesetzes können Arbeitnehmer in einer akut auftretenden Pflegesituation ihrer Arbeit bis zu 10 Tagen fernbleiben, um eine bedarfsgerechte Versorgung für Pflegebedürftige sicherzustellen oder diese zu organisieren. Sie haben ihren Arbeitgeber allerdings unverzüglich über ihre Arbeitsverhinderung und deren voraussichtliche Dauer zu informieren. Der Arbeitgeber hat das Recht, einen Nachweis über die Pflegebedürftigkeit des betreffenden Angehörigen zu verlangen. Während der zehntägigen Freistellung erhalten Arbeitnehmer kein Gehalt von ihrem Arbeitgeber, sondern

ein Pflegeunterstützungsgeld (90 % des Nettoarbeitsentgelts), das von der Pflegekasse oder dem Versicherungsunternehmen des betreffenden Pflegebedürftigen gezahlt wird.

Neben dieser kurzzeitigen vollständigen Freistellung können Arbeitnehmer sich auch bis zu 6 Monaten teilweise oder vollständig von der Arbeit freistellen lassen und in Pflegezeit gehen. In diesem Fall erfolgt ebenfalls keine Gehaltsfortzahlung. Es besteht jedoch Anspruch auf ein zinsloses Darlehen, das die Hälfte des durch die Arbeitszeitreduzierung ausfallenden Nettoarbeitsentgelts abdeckt. Dieses Darlehen kann beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben beantragt werden. Der Pflege- und Krankenversicherungsschutz bleibt in der Familienversicherung erhalten.

### Familienpflegezeit

In der Familienpflegezeit haben Arbeitnehmer die Möglichkeit, ihre Arbeitszeit für maximal 24 Monate auf bis zu 15 Stunden pro Woche zu reduzieren. Die Arbeitnehmer arbeiten dann maximal 24 Monate mit z.B. 50 % der Arbeitszeit, erhalten jedoch 75 % ihres Entgelts. Nach Ablauf der 24 Monate arbeiten sie wieder nach den arbeitsvertraglichen Vereinbarungen in Vollzeit, erhalten jedoch wiederum 24 Monate lang nur 75 % ihres Entgelts. Um in Familienpflegezeit zu gehen, müssen Arbeitnehmer mit ihrem Arbeitgeber einen Familienpflegezeitvertrag abschließen, in dem Arbeitszeit und Entgelt genau vereinbart sind. Der Arbeitgeber ist allerdings nicht verpflichtet, die Familienpflegezeit zu gewähren – es handelt sich um eine freiwillige Vereinbarung.

## Versicherung

### Rentenversicherung

Die Rentenbeiträge für alle Pflegepersonen, die einen Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 2 bis 5 an mindestens 2 Tagen pro Woche insgesamt mindestens 10 Stunden zu Hause betreuen, werden von der Pflegeversicherung gezahlt. Die Rentenbeiträge steigen hierbei mit zunehmendem Pflegegrad.

### Arbeitslosenversicherung

Für Pflegepersonen, die ihre Berufstätigkeit unterbrechen, um pflegebedürftige Angehörige zu pflegen, zahlt die Pflegeversicherung die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung für die gesamte Dauer der Pflegetätigkeit. Sollte nach dem Ende der Pflegetätigkeit kein nahtloser Wiedereinstieg in den Beruf möglich sein, haben die Pflegepersonen dadurch Anspruch auf Arbeitslosengeld und Leistungen der aktiven Arbeitsförderung. Gleiches gilt für Personen, die für die Pflege den Leistungsbezug aus der Arbeitslosenversicherung unterbrechen.



## Was können Sie beim Eintritt einer Pflegebedürftigkeit tun?

- 1. Einstufung der Pflegebedürftigkeit bei der Pflegekasse beantragen**  
(durch einen Anruf bei der zuständigen Pflegekasse, die Ihnen den Antrag zuschickt)

Wenn der Antrag bei der Pflegekasse eingegangen ist, erhalten Sie per Post einen Terminvorschlag für die Begutachtung.

- 2. Vorbereitung auf das Begutachtungsverfahren**  
(z.B. mithilfe des Pflegegradrechners)
- 3. Den Anspruch der Beratung nutzen**  
(Ihre Pflegekasse ist verpflichtet, Beratungen vorzuhalten)
- 4. Entscheidung für eine Wohnform**  
(z.B. ambulant, unterstützt durch Angehörige und /oder einen Pflegedienst, betreutes Wohnen, WG-Konzepte, stationäre Pflege/Pflegeheim)

Jeder Anbieter bietet Probetage zum „Schnuppern“ an, nur Mut!

- 5. Beantragung der gewünschten Leistungen bei ambulanter Betreuung ohne Pflegedienst**  
(Pflegegeld und bei Bedarf Leistungen für Pflegehilfsmittel, wohnumfeldverbessernde Maßnahmen, Verhinderungspflege, Kurzzeitpflege)

Alle benötigten Anträge können Sie sich von Ihrer Pflegekasse zusenden lassen.

- 6. Unterstützende Leistungen in Anspruch nehmen**  
(z.B. Essen auf Rädern, Hausnotruf)
- 7. Vollmachten und Verfügungen erstellen**  
(z.B. Vorsorgevollmacht, Betreuungs- und Patientenverfügung)

## Was können pflegende Angehörige für sich tun?

- 1. Freistellungsmöglichkeiten vom Beruf nutzen** (Pflegezeit, Familienpflegezeit)
- 2. Anspruch auf Beratung und Schulungen nutzen**
- 3. Entlastungsangebote nutzen** (Verhinderungspflege, Kurzzeitpflege, Tagespflege)
- 4. Hilfsangebote nutzen** (z.B. ehrenamtliche Helfer, Besuchsdienste)
- 5. Austausch mit Gleichgesinnten** (z.B. Angehörigentreffen)

**Sie haben hierzu Fragen?**

**Wir stehen Ihnen gern beratend und unterstützend zur Seite. Sprechen Sie uns  
jederzeit an!**

**PMH – Pflege mit Herz GmbH**

Inhaber: T. Krieger & J. Ullmann

Bramfelder Straße 60 a

22305 Hamburg

Tel. 040 / 360 2561-20

Fax 040 / 360 2561-31

[www.pmh-hamburg.de](http://www.pmh-hamburg.de)

[info@pmh-hamburg.de](mailto:info@pmh-hamburg.de)