



Ratgeber Pflege

Informationen über Hilfeangebote
und Finanzierungsmöglichkeiten
für Pflegebedürftige und deren
Angehörige

FRANKFURTER VERBAND





Liebe Leserinnen und Leser,

fast jeder hat schon von solchen oder ähnlichen Fällen gehört: Die 86-jährige Frau Meier ist gestürzt und hat sich den Oberschenkelhals gebrochen. Sie lebt allein in ihrer Dreizimmerwohnung im dritten Stock eines Altbaus. Bisher hat sie ihr Leben bis auf eine hauswirtschaftliche Hilfe selbstständig gestaltet. Jetzt wird sie aus der Reha entlassen, sie kann keine Treppen mehr steigen und sich nur mithilfe eines Rollators fortbewegen. Wie soll es weitergehen? Ihre Kinder wohnen im Nachbarort, haben ihre eigenen Familien und einen anstrengenden Beruf. Die Tochter könnte sich vorstellen, ihre Berufstätigkeit zu reduzieren, um die Mutter zu pflegen, aber ganz aufhören zu arbeiten möchte sie auch nicht. Und wenn die Mutter noch hilfsbedürftiger wird? Muss Frau Meier ins Heim? Wer soll das gegebenenfalls bezahlen?

Der Frankfurter Verband für Alten- und Behindertenhilfe als größter Anbieter von ambulanten und stationären Diensten in Frankfurt informiert in dieser Broschüre über die vielfältigen Leistungen, Möglichkeiten und Grenzen der Pflegeversicherung für Betroffene und deren Angehörige. Das ist sehr hilfreich, denn das System der Pflegeversicherung ist angesichts des sehr unterschiedlichen Hilfebedarfs der pflegebedürftigen Menschen äußerst komplex: In einem Fall reicht eine hauswirtschaftliche Unterstützung aus, ein anderer benötigt regelmäßig Hilfe bei der Körperpflege und manches Mal ist eine fast ständige Betreuung erforderlich.

Pflegebedürftigkeit kann plötzlich eintreten, wie im Fall von Frau Meier, oder schleichend – fast nie sind die Betroffenen und ihre Angehörigen darauf vorbereitet. Diese Broschüre hilft bei der Orientierung und ergänzt hervorragend das gut ausgebaute Beratungsangebot in Frankfurt. Nutzen Sie die Möglichkeit, sich umfassend zu informieren und die für Ihre Situation beste Lösung zu finden.

Ihre Stadträtin Prof. Dr. Daniela Birkenfeld

Dezernentin für Soziales, Senioren, Jugend und Recht der Stadt Frankfurt am Main



Inhalt dieses Ratgebers

Voraussetzungen

Seite 6 Voraussetzungen für Leistungen der Pflegeversicherung

Pflegebedürftigkeit

Seite 8 Feststellung der Pflegebedürftigkeit
Seite 10 Begutachtungsbereiche
Seite 18 Wichtige Tipps für die Begutachtung

Leistungen der Pflegeversicherung

Seite 21 Leistungen der Pflegeversicherung
Seite 22 Ambulanter Pflegedienst
Seite 25 Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen
Seite 27 Kombination von Geldleistung und Sachleistung (Kombinationsleistung)
Seite 28 Entlastungsbetrag
Seite 29 Verhinderungspflege
Seite 31 Tages- und Nachtpflege
Seite 33 Kurzzeitpflege
Seite 35 Pflegehilfsmittel
Seite 36 Hausnotruf – das besondere Hilfsmittel
Seite 38 Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen
Seite 40 Vollstationäre Pflege

Seite 42 Leistungen für ambulant betreute Wohngruppen

Leistungen für pflegende Angehörige

Seite 43 Leistungen zur sozialen Sicherung der pflegenden Angehörigen
Seite 44 Unfallversicherung
Seite 41 Vereinbarkeit von Pflege und Berufstätigkeit
Seite 47 Kurse für pflegende Angehörige

Leistungen anderer Leistungsträger

Seite 48 Leistungen von Krankenkassen und Sozialhilfe
Seite 50 Die Leistungen und ihre gleichzeitige Verfügbarkeit im Überblick

Die Pflegeeinrichtungen des Frankfurter Verbandes

Seite 52 Stationäre Pflege, Pflegezentrum
Seite 53 Tagespflege
Seite 53 Hausnotruf Deutschland
Seite 54 Ambulante Pflege
Seite 55 Quellenangaben und Lesetipps



Wer erhält Leistungen aus der Pflegeversicherung?

Wenn man krank wird und zum Arzt muss, übernimmt die Krankenkasse dafür im Allgemeinen den größten Teil der Kosten, egal, ob es sich um eine Magenverstimmung oder um ein gebrochenes Bein handelt, und unabhängig davon, wie lange die Erkrankung dauert.

Die Pflegeversicherung unterscheidet sich grundlegend. Ihre Leistungen sind je nach Ausmaß gesundheitlich bedingter Einschränkungen der Selbstständigkeit des Hilfebedürftigen gestaffelt und dann in sogenannten Pflegegraden budgetiert. Bevor Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch genommen werden können, ist immer die Feststellung der Einschränkung der Selbstständigkeit durch einen von den Pflegekassen bestimmten Gutachter erforderlich. Diese auf der Grundlage verbindlicher Kriterien getroffene Feststellung ist ausschlaggebend für den zukünftigen Leistungsanspruch.

Zum Januar 2017 wurden die Leistungen der Pflegeversicherung und auch das Feststellungsverfahren der Hilfsbedürftigkeit grundlegend reformiert. Eine wesentliche Grundvoraussetzung für Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung ist jedoch nach wie vor, dass der Hilfebedarf **„auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate“** bestehen wird.

Ein Hilfebedarf, der zum Beispiel durch einen Armbruch entsteht, erfüllt daher die Anforderung nicht, da Brüche im Allgemeinen spätestens nach 3 Monaten ausgeheilt sind. Egal, wie hoch der tatsächliche Hilfebedarf hier im akuten Fall ist: Der Betroffene kann keine Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen.

Im Fall einer schweren Erkrankung, die voraussichtlich vor dem Zeitraum von 6 Monaten zum Tod des Betroffenen führen wird, wird diese Regel nicht angewandt.

Weiter definiert das Gesetz, dass Personen dann pflegebedürftig sind, wenn sie aufgrund einer gesundheitlichen Beeinträchtigung ihrer Selbstständigkeit oder ihrer Fähigkeiten dauerhaft Hilfe benötigen. Die Selbstständigkeit bzw. deren Einschränkung wird im Rahmen des Einstufungsverfahrens in 6 Bereichen untersucht. Dies sind:

- die Mobilität
- die kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten
- Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen
- die Selbstversorgung
- die Bewältigung und der selbstständige Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen
- die Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Unterstützungsbedarf bei hauswirtschaftlichen Leistungen wird im Rahmen der benannten Bereiche bewertet.

FESTSTELLUNG DER PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT

Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Um Leistungen der Pflegeversicherung zu erhalten, muss immer eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) oder einen von der Pflegekasse beauftragten Gutachter erfolgen. Bei privat Versicherten erfolgt die Begutachtung nach denselben Kriterien wie bei gesetzlich Versicherten durch ein privates Begutachtungsunternehmen (Medicproof).

Antragstellung erforderlich

Die Feststellung des Hilfebedarfs muss bei der zuständigen Pflegekasse beantragt werden. Dafür genügt ein Anruf durch den Betroffenen selbst oder eine von ihm beauftragte Person.

Die Begutachtung findet spätestens innerhalb einer Woche nach Antragstellung statt, wenn

- sich der Hilfebedürftige im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung befindet und die ambulante oder stationäre Weiterversorgung sichergestellt werden muss

- die Pflegeperson Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz angekündigt hat
- eine Familienpflegezeit mit dem Arbeitgeber der Pflegeperson vereinbart wurde
- wenn sich der Pflegebedürftige in einem Hospiz befindet oder ambulant palliativ versorgt wird

Im häuslichen Bereich findet die Begutachtung spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrags statt.

Was geschieht während einer Begutachtung?

Der Gutachter muss sich im Rahmen seines Besuches ein umfassendes Bild des Pflegebedürftigen machen. Im Rahmen seiner Befragung berücksichtigt er ebenfalls die Angaben der Pflegeperson, ärztliche Unterlagen sowie gegebenenfalls die Dokumentation des Pflegedienstes. Es kann daher hilfreich sein, bestimmte Unterlagen im Vorfeld bereitzulegen, wie zum Beispiel:

- Arztberichte
- Krankenhaus- oder Reha-Entlassungsberichte

- Auflistung der verordneten Medikamente
- Auflistung der vorhandenen Hilfsmittel
- Verordnungen oder Nachweise für Ergo- oder Physiotherapie, Logopädie (voraussichtlich für mindestens sechs Monate erforderlich)
- Auflistung der Ärzte und Therapeuten mit Nennung der Häufigkeit der Praxis- bzw. Hausbesuche
- Auflistung aller privater Pflegepersonen einschließlich des zeitlichen Umfangs der jeweiligen Hilfeleistung (wie viele Stunden an welchen Tagen)
- Dokumentationsmappe des Pflegedienstes

Durch Befragung anhand eines strukturierten Fragebogens und kleinen Funktionstests verschafft sich der Gutachter einen Überblick über den Grad der Selbstständigkeit bzw. der gesundheitlichen Einschränkungen des Pflegebedürftigen. Eine Beurteilung erfolgt auch dann, wenn der Betroffene einzelne Punkte oder Aktivitäten nicht oder nicht mehr durchführt (zum Beispiel Treppen steigen).



Wichtig zu wissen:

- Vorübergehende (voraussichtlich weniger als 6 Monate) oder vereinzelt (weniger als einmal wöchentlich) auftretende Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten können nicht berücksichtigt werden.
- Der zeitliche Umfang und die Häufigkeit von Hilfestellungen sind – anders als bei früheren Pflegebegutachtungen – nicht mehr relevant.
- Nicht die Schwere der Diagnose, sondern der individuelle Grad der Beeinträchtigung der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten des Antragstellers bilden die Grundlage der Bestimmung des Pflegegrades.
- Eine Erwerbsminderung oder ein Behinderungsgrad begründen nicht automatisch eine Pflegebedürftigkeit im Sinne des 12. Sozialgesetzbuches.

FESTSTELLUNG DER PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT

Was wird begutachtet?

Seit dem 1. Januar 2017 ist ein neues Begutachtungssystem eingeführt. Ab diesem Zeitpunkt wird bei Neuanträgen nicht mehr wie bisher der zeitliche Hilfebedarf in den Bereichen der Grundpflege und Hauswirtschaft sowie eine eventuell bestehende Einschränkung der Alltagskompetenz ermittelt, um zu einer Einstufung in einen Pflegegrad zu gelangen.

Mit dem neuen System wird für die Einstufung in einen der fünf Pflegegrade der Umfang der Beeinträchtigung der Selbstständigkeit bzw. der Fähigkeiten in sechs Bereichen betrachtet und mit Punkten bewertet. Dabei ist es unerheblich, ob der Hilfebedarf körperliche, kognitive, psychische oder gesundheitliche Ursachen hat. Die sechs Bereiche bilden wesentlich detaillierter als bisher die verschiedenen Bereiche des Lebens ab und geben damit ein genaueres Bild der Situation des Pflegebedürftigen. Der neue Ansatz, nicht den pflegerischen Aufwand, sondern die bestehende Selbstständigkeit bzw. deren Einschränkung zu erfassen, ermöglicht zudem eine bessere Grundlage zur Feststellung eines eventuell bestehenden Präventions- bzw. Rehabilitationsbedarfs.

Die Bereiche im Einzelnen:

1. Mobilität

In diesem Modul werden die motorischen Fähigkeiten des Pflegebedürftigen betrachtet. Als selbstständig gilt hier zum Beispiel auch, wer alleine, evtl. auch mit Unterstützung eines Hilfsmittels, die jeweilige Verrichtung durchführen kann. Eventuell bestehende Einschränkungen aufgrund kognitiver Beeinträchtigungen werden hier nicht erfasst (z. B. Begleitung zur Orientierung beim Auffinden bestimmter Räume). Das Ausmaß der Einschränkung der Selbstständigkeit wird mit einem Punktwert zwischen 0 und 3 bewertet.

Sind beim Pflegebedürftigen beide Arme und Beine gebrauchsunfähig, wird er direkt in den Pflegegrad 5 eingruppiert.

	selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend un-selbstständig	un-selbstständig
Positionswechsel im Bett	0	1	2	3
Stabile Sitzposition halten	0	1	2	3
Umsetzen	0	1	2	3
Fortbewegung im Wohnbereich	0	1	2	3
Treppensteigen	0	1	2	3

2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

In diesem Modul wird das Ausmaß der Fähigkeit bzw. deren Einschränkung im Bereich der Kommunikation und Kognition erfasst. Je nach Ausmaß der Einschränkung wird dies mit einer Punktzahl zwischen 0 und 3 bewertet.

	unbeeinträchtigt	größtenteils vorhanden	in geringem Maße vorhanden	nicht vorhanden
Erkennen bekannter Personen	0	1	2	3
Örtliche Orientierung	0	1	2	3
Zeitliche Orientierung	0	1	2	3
Erinnerung kurz/lang	0	1	2	3
Steuerung von Alltagshandlungen	0	1	2	3
Sinnvolle Entscheidungen treffen	0	1	2	3
Verstehen von Informationen	0	1	2	3
Erkennen von Gefahren/Risiken	0	1	2	3
Mitteilen elementarer Bedürfnisse	0	1	2	3
Verstehen von Aufforderungen	0	1	2	3
Beteiligung an Gesprächen	0	1	2	3

3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Dieses Modul erfasst die Selbstständigkeit bzw. die Häufigkeit notwendiger Hilfestellungen bei bestimmten Verhaltensweisen oder psychischen Problemlagen aufgrund gesundheitlicher Probleme. Je häufiger eine Hilfestellung erforderlich ist, desto höher ist die bewertende Punktzahl.

	nie	selten	häufig	täglich
Motorische Unruhe	0	1	3	5
Nächtliche Unruhe	0	1	3	5
Selbstschädigendes Verhalten	0	1	3	5
Beschädigung von Gegenständen	0	1	3	5
Physisch aggressives Verhalten	0	1	3	5
Verbale Aggression	0	1	3	5
Schreien, schimpfen, fluchen	0	1	3	5
Abwehrhaltung	0	1	3	5
Wahnvorstellungen	0	1	3	5
Ängste	0	1	3	5
Antriebslosigkeit bei Depression	0	1	3	5
Distanzloses Verhalten	0	1	3	5
Inadäquates Verhalten (verstecken, kotschmieren ...)	0	1	3	5

FESTSTELLUNG DER PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT

4. Selbstversorgung

Das Modul der Selbstversorgung erfasst die verschiedenen Verrichtungen der Körperpflege, des Kleidens, des Essens und Trinkens und der Ausscheidung. Bei der Bewertung spielt es keine Rolle, ob die Einschränkung der Selbstständigkeit körperliche oder geistige Ursachen hat. Das Ausmaß der Einschränkung wird je nach Schwere mit einem Punktwert zwischen 0 und 3 bewertet, bei parenteraler oder Sondenernährung mit bis zu 6 Punkten.

	selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
Waschen des vorderen Oberkörpers	0	1	2	3
Körperpflege im Bereich des Kopfes	0	1	2	3
Waschen des Intimbereichs	0	1	2	3
Duschen/Baden einschließlich Haarewaschen	0	1	2	3
An- und Auskleiden des Oberkörpers	0	1	2	3
An- und Auskleiden des Unterkörpers	0	1	2	3
Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken	0	1	2	3
Essen	0	3	6	9
Trinken	0	2	4	6
Benutzung einer Toilette/eines Toilettenstuhls	0	2	4	6
Bewältigung der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter/Urostoma	0	1	2	3
Bewältigung der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma	0	1	2	3
	Versorgung selbstständig	Nicht täglich bzw. nicht auf Dauer	Täglich zusätzlich zu oraler Ernährung	Ausschließlich oder nahezu ausschließlich
Ernährung parenteral oder über Sonde	0	0	6	3





5. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

Dieses Modul erfasst die Selbstständigkeit im Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen. Gemeint sind hier medizinisch notwendige Verrichtungen wie ärztlich angeordnete Maßnahmen zur Sicherstellung der ärztlichen Therapie, regelmäßig notwendige Besuche bei Ärzten oder Therapeuten oder auch ärztlich angeordnete Diätvorgaben. Bei der Bewertung spielt es keine Rolle, ob die Einschränkung der Selbstständigkeit körperliche oder mentale Ursachen hat. Wichtig ist, dass der Hilfebedarf für voraussichtlich mindestens 6 Monate bestehen wird.

Erfasst wird hier die Anzahl, ob und wenn ja wie oft der Unterstützungsbedarf anfällt. Erfasst werden kann, ob der Hilfebedarf (mehrfach) täglich, wöchentlich oder z. B. nur einmal monatlich anfällt. Die notwendige Unterstützung bei der Einhaltung der ärztlich angeordneten Diät wird je nach Bedarf mit 0 bis 3 Punkten bewertet.

Häufigkeit der erforderlichen Hilfe

	Entfällt oder selbstständig	pro Tag	pro Woche	pro Monat
Medikamente				
Injektionen				
Intravenöse Zugänge (Port)				
Absaugen und Sauerstoffgabe				
Einreibungen bzw. Kälte- oder Wärmeanwendungen				
Messung und Deutung von Körperzuständen				
Körpernahe Hilfsmittel				
Verbandswechsel und Wundversorgung				
Stomaversorgung				
Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden				
Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung				
Zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung				
Arztbesuche				
Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (bis zu 3 Std.)				
Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (länger als 3 Std.)				
Einhaltung einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Vorschriften	0 entfällt oder selbstständig 1 überwiegend selbstständig 2 überwiegend unselbstständig 3 unselbstständig			

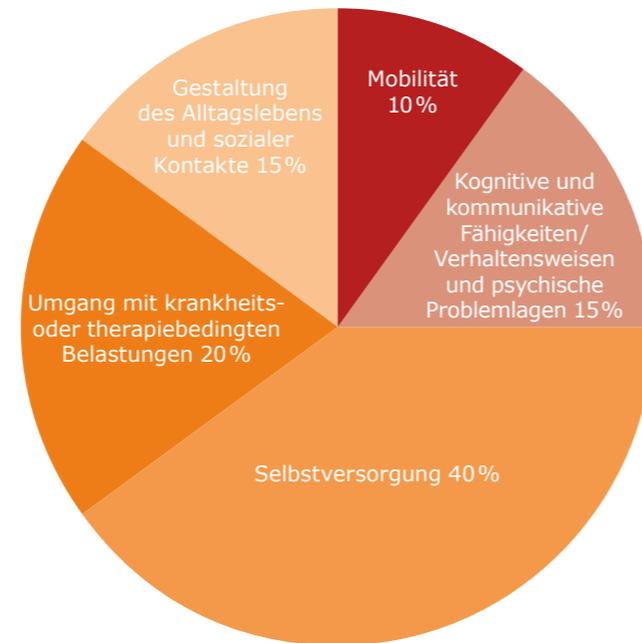
FESTSTELLUNG DER PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT

6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

In diesem Modul wird erfasst, inwieweit die pflegebedürftige Person in der Lage ist, ihren Tagesablauf und soziale Kontakte selbstständig zu gestalten. Bei der Bewertung können die Einschränkungen der Selbstständigkeit sowohl körperliche als auch mentale Ursachen haben. Das Ausmaß der Einschränkung wird jeweils mit einem Punktwert zwischen 0 und 3 bewertet.

	selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend un-selbstständig	un-selbstständig
Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen	0	1	2	3
Ruhen und Schlafen	0	1	2	3
Sich beschäftigen	0	1	2	3
Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen	0	1	2	3
Interaktion mit Personen im direkten Kontakt	0	1	2	3
Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes	0	1	2	3

Im Anschluss an die Erfassung der Auskünfte zu den sechs Modulen werden die Punkte addiert und nach einem definierten System unterschiedlich gewichtet, wobei von den Modulen 2 und 3 nur das Modul mit der höheren Punktzahl (also der größeren Beeinträchtigung) mit 15% gewertet wird.



Aus den Punkten ergeben sich dann die Pflegegrade:

0 bis unter 12,5 Punkte	kein Pflegegrad	
12,5 bis unter 27 Punkte	Pflegegrad 1	Geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten
27 bis unter 47,5 Punkte	Pflegegrad 2	Erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten
47,5 bis unter 70 Punkte	Pflegegrad 3	Schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten
70 bis unter 90 Punkte	Pflegegrad 4	Schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten
90 bis 100 Punkte	Pflegegrad 5	Schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung



FESTSTELLUNG DER PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT

Wichtige Tipps für die Begutachtung

- Die Begutachtungssituation ist für die meisten Betroffenen eine ungewohnte Situation. Sie neigen häufig dazu, in dieser Situation ihren Hilfebedarf herunterzuspielen oder sich selbstständiger darzustellen, als sie im Alltag sind. Manche Menschen entwickeln Fähigkeiten, die sie sonst nicht mehr haben oder erledigen plötzlich Dinge, die sie sonst nie selbstständig bewältigen. Daher ist es empfehlenswert, dass jemand bei der Begutachtung dabei ist, der den Pflegebedürftigen und seine Fähigkeiten und Einschränkungen gut kennt.
- Benennen Sie möglichst immer eine private Pflegeperson im Gutachten, auch wenn deren Hilfestellungen nicht kontinuierlich stattfinden. Dies sichert Ihnen die Möglichkeit, jährlich zusätzlich Leistungen der „Häuslichen Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson“ durch einen ambulanten Pflegedienst mit bis zu 2.418 Euro in Anspruch zu nehmen, auch wenn der Pflegedienst bereits tätig ist oder zukünftig die Unterstützung übernehmen soll. Darüber hinaus übernimmt die Pflegekasse in vielen Fällen Beiträge zur Rentenversicherung für die benannte Pflegeperson.
- Falls professionelle Unterstützung in der Begutachtungssituation gewünscht wird, kann der Pflegedienst um Anwesenheit gebeten werden. Soweit dies terminlich möglich ist, wird dieser gern in der Situation beistehen. Diese Leistung kann kostenpflichtig sein.
- Spätestens nach 25 Arbeitstagen wird dem Pflegebedürftigen die Entscheidung der Pflegekasse über den Pflegegrad sowie das Gutachten zugeschickt. Bei Überschreitung der Frist muss die Pflegekasse für jede angefangene Woche 70 Euro an den Antragsteller zahlen.
- Fällt das Ergebnis der Begutachtung zu niedrig aus, ist es möglich, innerhalb vier Wochen nach Erhalt der Entscheidung Widerspruch einzulegen. Dies kann zunächst durch ein formloses Schreiben an die Pflegekasse erfolgen, benötigt dann aber eine Begründung, am besten auf Basis des vorliegenden Gutachtens. Sollte dem Widerspruch nicht stattgegeben werden, kann vor dem Sozialgericht Klage eingereicht werden.

Hinweis:

Pflegebedürftige, die schon vor dem 1. Januar 2017 in eine Pflegestufe eingruppiert waren, haben einen Bestandsschutz ihres Pflegegrades. Das heißt, auch wenn der Hilfebedarf nach den neuen Einstufungskriterien einen niedrigeren Pflegegrad ergeben würde, erhalten sie weiterhin die vollen Leistungen. Bei einer Verschlechterung des Zustandes können sie jederzeit in einen höheren Pflegegrad eingruppiert werden.





LEISTUNGEN DER PFLEGEVERSICHERUNG

Leistungen der Pflegeversicherung

Die Pflegeversicherung hält eine Vielzahl von Leistungsmöglichkeiten bereit, die auch miteinander kombiniert werden können. Sie beteiligt sich – je nach im Gutachten festgestellten Grad der Einschränkung der Selbstständigkeit – bis zu bestimmten Höchstbeträgen an den entstehenden Kosten. Soll zum Beispiel ein ambulanter Pflegedienst vollständig die Pflege und Betreuung übernehmen, sind die finanziellen Leistungen der Pflegeversicherung nicht ausreichend, um den bestehenden Hilfebedarf zu finanzieren. Im Allgemeinen ist eine finanzielle Eigenleistung des Pflegebedürftigen erforderlich. Reicht das Einkommen des Pflegebedürftigen hierfür nicht aus, sind eventuell ergänzende Leistungen durch das Sozialamt möglich.

Tipp:

Gerade in der häuslichen Pflege können viele Leistungen zusätzlich zur Geld- oder Sachleistung regelmäßig genutzt werden. Werden sie nicht in Anspruch genommen, verfallen sie. Die komplette Übersicht aller möglichen Leistungen und deren Kombinierbarkeit finden Sie auf Seite 46.

Pflegesachleistung

Die Pflegesachleistung umfasst Leistungen, die von einem zugelassenen ambulanten Pflegedienst erbracht werden. Sie unterscheidet sich in ihrer Höhe nach den jeweiligen Pflegegraden.

Pflegegrad	Sachleistung
1	–
2	bis zu 689 Euro
3	bis zu 1.298 Euro
4	bis zu 1.612 Euro
5	bis zu 1.995 Euro

Mit der Pflegesachleistung können bedarfsgerecht verschiedene Hilfestellungen durch einen ambulanten Pflegedienst in Anspruch genommen werden.



LEISTUNGEN DER PFLEGEVERSICHERUNG

1. Unterstützung bei sogenannten körperbezogenen Pflegemaßnahmen

Die körperbezogenen Pflegemaßnahmen umfassen alle Hilfestellungen bei der Körperpflege, dem An- und Auskleiden, der Mobilität innerhalb der Wohnung sowie der Nahrungsaufnahme.

2. Pflegerische Betreuungsmaßnahmen

Pflegerische Betreuungsmaßnahmen umfassen bedarfsgerechte Maßnahmen zur Tagesstrukturierung, zur Beschäftigung und Freizeitgestaltung, Begleitung zur Teilhabe am sozialen Leben oder die bloße Anwesenheit einer Pflegekraft, um Sicherheit zu geben.

3. Hilfen bei der Haushaltsführung

Die Hilfen bei der Haushaltsführung umfassen die Unterstützung beim Einkauf, bei der Vor- und Zubereitung der Mahlzeiten, dem Spülen, dem Aufräumen und Reinigen der Wohnung sowie beim Wechseln und Waschen der Wäsche.

Wie arbeitet ein ambulanter Pflegedienst?

Ist die Entscheidung für die Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst gefallen, findet ein persönliches Gespräch im Lebensraum des Pflegebedürftigen statt. Im Rahmen dieses sogenannten Erstgesprächs wird besprochen, welche Unterstützungsleistungen gewünscht bzw. benötigt werden. Es wird vereinbart, welche Aufgaben der Pflegedienst übernimmt und welche die Angehörigen zukünftig übernehmen. Der Pflegedienst leitet bei Bedarf den Pflegebedürftigen und seine privaten Pflegepersonen pflegefachlich an.

Der Pflegedienst berät zu den zu erwartenden Kosten und zeigt diese detailliert in einem Kostenvoranschlag auf. Über die vereinbarten Leistungen wird ein Pflegevertrag abgeschlossen.

Der Pflegedienst kann die erbrachten Leistungen bis zum Maximalbetrag des jeweiligen Pflegegrads monatlich direkt mit der Pflegekasse abrechnen.

Ab dem gewünschten Zeitpunkt kommen dann qualifizierte Pflegekräfte in der vereinbarten Häufigkeit zu den gewünschten Zeiten in den



LEISTUNGEN DER PFLEGEVERSICHERUNG

Haushalt und unterstützen den Pflegebedürftigen bei den festgelegten Maßnahmen. Sie berücksichtigen im Rahmen ihrer Arbeit das Umfeld und die persönlichen Eigenheiten des Pflegebedürftigen, beobachten kontinuierlich den Gesundheitszustand und ergreifen bei Veränderungen rasch entsprechende Maßnahmen. Außerdem beraten sie zu Fragen der Pflege und Gestaltungsmöglichkeiten des Lebens bei Pflegebedürftigkeit.

Ambulante Pflegedienste verfügen über Verträge mit den Pflegekassen und müssen hohe Qualitätsauflagen erfüllen. Sie werden daraufhin jährlich überprüft und öffentlich benotet.



Tipp:

Ambulante Pflegeleistungen können auch außerhalb der Wohnung des Pflegebedürftigen, zum Beispiel in der Wohnung eines Angehörigen, in einer ambulanten Wohngemeinschaft oder auch an einem Urlaubsort innerhalb Deutschlands in Anspruch genommen werden.

Die Entgelte dafür sind zwischen den Verbänden der Pflegekassen und dem Pflegedienst verbindlich vereinbart. Fragen Sie uns nach einem entsprechenden Leistungskatalog.

Ein Beispiel:

Herr Schneider wurde im Rahmen des Einstufungsverfahrens in den Pflegegrad 3 eingestuft. Gemeinsam mit ihm und seiner Tochter vereinbart der ambulante Pflegedienst, dass Herr Schneider jeden Morgen Hilfestellung bei der Körperpflege und beim Anziehen erhält. Die Pflegekräfte werden täglich zur vereinbarten Uhrzeit kommen. Bei den Pflegeleistungen werden sie Herrn Schneider ermuntern, so viel wie möglich selbst zu machen, sich seine Kleidung für den Tag auszusuchen und ihm bei den Punkten helfen, die ihm schwerfallen. Sie werden ihm das Frühstück richten und ihn ermuntern, zu essen und ausreichend zu trinken. Abends werden sie nochmals nach dem Rechten

sehen, gemeinsam mit Herrn Schneider ein kleines Abendbrot zubereiten und mit ihm ein Schwätzchen halten, während er die Mahlzeit zu sich nimmt. Außerdem wird der Pflegedienst einmal wöchentlich nachmittags für eine Stunde mit Herrn Schneider spazieren gehen. Herr Schneider und seine Tochter stimmen diesem Vorgehen im Rahmen eines Pflegevertrags zu. Dieser weist auch den Eigenanteil aus, den Herr Schneider an den Leistungen des Pflegedienstes zu tragen hat. Darüber hinaus wird die Tochter den Hausarzt um eine ärztliche Verordnung über die notwendige Medikamentengabe bitten. Diese wird dann ebenfalls von den Mitarbeiterinnen des Pflegedienstes übernommen, die Kosten hierfür trägt die Krankenkasse.



Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen

Pflegebedürftige können anstatt der Pflegesachleistung auch den Bezug des Pflegegeldes wählen. Die Pflege muss dann in Eigenorganisation sichergestellt werden. Dies kann zum Beispiel durch Angehörige, Freunde, Nachbarn oder andere dem Pflegebedürftigen nahestehende Personen erfolgen.

Der Pflegebedürftige kann frei über das Pflegegeld verfügen und es seinen Pflegepersonen als Anerkennung für ihre Hilfe zukommen lassen.

Die Geldleistung unterscheidet sich in ihrer Höhe nach den jeweiligen Pflegegraden. Ein Anspruch darauf besteht ab dem Pflegegrad 2.

Pflegegrad	Sachleistung
1	-
2	316 Euro
3	545 Euro
4	728 Euro
5	901 Euro

LEISTUNGEN DER PFLEGEVERSICHERUNG

Verpflichtende Beratungsbesuche durch einen ambulanten Pflegedienst

Bei Bezug von Pflegegeld muss der Pflegebedürftige regelmäßige Beratungsbesuche durch einen zugelassenen ambulanten Pflegedienst in Anspruch nehmen. In den Pflegegraden 2 und 3 besteht die Verpflichtung halbjährlich, in den Pflegegraden 4 und 5 vierteljährlich. Pflegebedürftige im Pflegegrad 1 können ebenso wie Pflegebedürftige, die von einem Pflegedienst gepflegt werden, die Beratungsbesuche freiwillig halbjährlich in Anspruch nehmen. Die Termine dienen der Beratung rund um die Pflegesituation und der Qualitätssicherung. Der Pflegedienst muss bescheinigen, dass die häusliche Pflege sichergestellt ist, damit die Pflegekasse das Pflegegeld im vollen Umfang weiter bezahlt. Fehlt dieser

Der Pflegedienst muss bescheinigen, dass die häusliche Pflege sichergestellt ist, damit die Pflegekasse das Pflegegeld im vollen Umfang weiter bezahlt. Fehlt dieser

Nachweis, kann die Pflegekasse das Pflegegeld um 50% kürzen und im Wiederholungsfall die Auszahlung gänzlich verweigern.

Wichtig zu wissen:

- Im Falle eines Aufenthalts des Pflegebedürftigen in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung wird das Pflegegeld für vier Wochen weiterbezahlt.
- Bei Aufenthalt in einer Einrichtung der Kurzzeitpflege wird das bisher bezogene Pflegegeld für bis zu acht Wochen zur Hälfte weiterbezahlt.
- Wird das Pflegegeld weitergegeben, gilt dies beim Empfänger nicht als zu versteuerndes Einkommen und wird auch bei anderen Sozialleistungen nicht als Einkommen berücksichtigt.
- Pflegegeld kann auch im europäischen Ausland bezogen werden.
- Es ist jederzeit möglich, von der Geldleistung auf die Sach- oder Kombinationsleistung zu wechseln. Die Pflegekasse muss darüber lediglich formlos im Vorfeld informiert werden.

Kombination von Geldleistung und Sachleistung (Kombinationsleistung)

Wenn eine private Pflegeperson gern die Pflege übernehmen möchte, jedoch für einzelne Hilfeleistungen wie zum Beispiel beim wöchentlichen Vollbad oder beim Duschen zusätzlich auf die Unterstützung eines ambulanten Pflegedienstes zurückgreifen möchte, ist es sinnvoll, die Kombinationsleistung zu wählen. In den Fällen erhalten der Pflegedienst und der Pflegebedürftige jeweils anteilig Leistungen. Die Pflegekasse rechnet dann am Ende des Monats die Pflegeleistungen vertragsgemäß mit dem Pflegedienst ab, und der Pflegebedürftige erhält anteilig in Prozenten errechnet das Pflegegeld.

Beispiel:

Beträgt bei einem Pflegebedürftigen im Pflegegrad 2 die Rechnung des Pflegedienstes am Monatsende 344,50 Euro, also 50% der Sachleistung, so erhält der Pflegebedürftige ebenfalls 50% der Geldleistung bei Pflegegrad 2 – also 158 Euro – ausbezahlt.



Tipp:

Erhält eine pflegebedürftige Person eine Geldleistung oder nimmt die Sachleistung nur anteilig in Anspruch, kann sie aus dem Budget der Sachleistung zusätzlich bis maximal 40% in niederschwellige Betreuungsleistungen umwandeln. Bei einem Pflegegrad 2 stünde damit ein Betrag bis zu 279,20 Euro (40% der Sachleistung) zusätzlich zu den 125 Euro für niederschwellige Angebote zur Unterstützung im Alltag zur Verfügung. Die Geldleistung reduziert sich dann entsprechend anteilig.

LEISTUNGEN DER PFLEGEVERSICHERUNG

Entlastungsbetrag

Seit dem 1. Januar 2017 werden die bisherigen zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen ersetzt durch den sogenannten Entlastungsbetrag. Jeder Pflegebedürftige mit einem Pflegegrad hat nun Anspruch bis

zu 125 Euro monatlich für zusätzliche Leistungen, die zum einen die Pflegeperson entlasten und zum anderen die Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit des Pflegebedürftigen fördern sollen.



Tipp:

Sonderfall Pflegegrad 1: Da Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 keine weitere Sachleistung erhalten, können diese auch sogenannte Leistungen aus dem Bereich der Selbstversorgung – also Unterstützung bei der

- Körperpflege – über den Entlastungsbetrag finanzieren.

Der Betrag kann ausschließlich für qualitätsgesicherte Angebote genutzt und nicht als Geldleistung für informelle Pflege ausbezahlt werden. Er kann zum Beispiel genutzt werden für die Erstattung von Aufwendungen

- **des Ambulanten Pflegedienstes** für individuelle Einzelangebote wie gemeinsame Spaziergänge, den gemeinsamen Besuch kultureller Veranstaltungen, Zeit für Unterhaltungen, Besuche, um Sicherheit zu geben, oder hauswirtschaftliche Unterstützung
- **eines anerkannten ehrenamtlichen Dienstes** für Angebote zur Unterstützung im Alltag und
- **einer Tages- oder Nachtpflege oder auch Kurzzeitpflege**, zum Beispiel zur Finanzierung der Hotel- und Investitionskosten.

Wichtig zu wissen:

- Betreuungsleistungen von Privatpersonen oder Hilfestellungen bei der Körperpflege können außer bei Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 nicht über dieses Budget finanziert werden.
- Der Entlastungsbetrag ist zwar monatlich budgetiert, muss aber nicht monatlich abgerufen werden. Nicht ausgeschöpfte Beträge können auf die Folgemonate und bis ins erste Halbjahr des Folgejahres übernommen werden. Ein Anspruch auf diese Leistung entsteht direkt mit der Zuordnung eines Pflegegrades.
- Pflegebedürftige, die im Zeitraum 1. Januar 2015 bis 31. Dezember 2016 Anspruch auf zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen hatten, diese jedoch nicht ausgeschöpft haben, können die Beträge noch bis zum 31. Dezember 2018 einsetzen.
- Einrichtungen rechnen den Entlastungsbetrag je nach Pflegekasse und Kundenwunsch im Erstattungsverfahren oder auf der Grundlage einer Abtrittserklärung direkt mit der Kasse ab.

Verhinderungspflege

Es gibt verschiedene Gründe, warum private Pflegepersonen zeitweilig verhindert sein können, sich um den Pflegebedürftigen zu kümmern. Ein kleiner Urlaub oder eine Erkrankung können dazu führen, dass die üblichen Hilfeleistungen für einen oder mehrere Tage nicht erbracht werden können. Manchmal benötigt die Pflegeperson auch nur eine stundenweise Auszeit, zum Beispiel, wenn sie an einem Pflegekurs teilnehmen möchte, aber auch, wenn sie sich mit einer Freundin treffen oder einer entspannenden Freizeitaktivität nachgehen möchte.

In diesen Fällen steht allen Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 ein zusätzliches Budget für Verhinderungspflege mit jährlich bis zu 1.612 Euro zur Verfügung.

Mit diesem Budget können im Bedarfsfall Leistungen der sogenannten körpernahen Pflegetätigkeiten, Hilfen bei der Haushaltsführung oder Betreuungsleistungen eingekauft werden.

LEISTUNGEN DER PFLEGEVERSICHERUNG

Der Etat kann auch in einer Tagespflegeeinrichtung oder der Kurzzeitpflege für die Finanzierung von Pflege- und Betreuungsleistungen genutzt werden.

Sollen im Fall einer Verhinderung der Pflegeperson Unterstützungsmaßnahmen durch eine private Pflegeperson erbracht werden, wird dies ebenfalls von der Pflegekasse unterstützt. Hierfür steht jedoch nicht immer das gesamte Budget zur Verfügung.

Handelt es sich um einen Angehörigen, der mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert ist, stehen Leistungen in Höhe der monatlichen Geldleistung des jeweiligen Pflegegrades zur Verfügung. Zusätzlich können Sachkosten wie zum Beispiel Fahrtkosten maximal bis zur Etatgrenze erstattet werden. Der zuständigen Pflegekasse müssen dann entsprechende Nachweise vorgelegt werden.

! Tipp:

Der Anspruch auf Verhinderungspflege kann sich erhöhen, wenn in einem Jahr die Kurzzeitpflege nicht genutzt wurde. Dann erhöht sich der Anspruch um 50% auf bis zu 2.418 Euro.

Wichtig zu wissen:

- Verhinderungspflege kann immer zusätzlich zur Geld-, Sach- oder Kombinationsleistung und jedes Jahr in Anspruch genommen werden.
- Bei tageweiser Nutzung ist die Leistung auf 42 Kalendertage begrenzt.
- Wird die Verhinderungspflege stundenweise in Anspruch genommen, besteht keine Begrenzung auf Kalendertage.
- Voraussetzung zur Nutzung dieses Budgets ist, dass bereits mindestens sechs Monate eine Pflegebedürftigkeit vorliegt und im Pflegegutachten eine private Pflegeperson benannt ist.
- Wird die Verhinderungspflege stundenweise in Anspruch genommen, besteht weiter der volle Anspruch auf die Leistungen eines Pflegedienstes bzw. die volle Geldleistung.
- Wird das Budget der Verhinderungspflege nicht genutzt, verfällt es.

Tages- und Nachtpflege

Bei der Tages- und Nachtpflege handelt es sich um Angebote sogenannter teilstationärer Einrichtungen, in denen sich Pflegebedürftige, die ansonsten zu Hause gepflegt werden, an einem oder mehreren Tagen oder Nächten in der Woche aufhalten und betreut werden können. Durch dieses Angebot kann die häusliche Pflegesituation entlastet und dadurch eventuell eine Unterbringung in einer stationären Einrichtung vermieden werden.

So kann beispielsweise die private Pflegeperson weiterhin ihrem Beruf oder ihren eigenen Interessen nachgehen und dabei sicher sein, dass der Pflegebedürftige in dieser Zeit gut versorgt ist. Für den Pflegebedürftigen selbst bietet der Besuch einer Tagespflege die Möglichkeit, aus den eigenen vier Wänden herauszukommen, neue Kontakte zu knüpfen und an Aktivitäten teilzunehmen.

Einrichtungen der Tagespflege haben im Allgemeinen montags bis freitags oder samstags von 8 bis 16 oder 17 Uhr geöffnet. Während dieser Zeit erhalten die Gäste dort alle im Tagesverlauf

erforderlichen pflegerischen Hilfestellungen. Sie werden mit Speisen und Getränken versorgt oder bereiten diese selbst zu. Neben der sozialen Betreuung werden verschiedene Beschäftigungsmöglichkeiten angeboten, wie zum Beispiel Gymnastik, Malen, Basteln, Singen, Spiele oder Gedächtnistraining. Wer eine kleine Pause braucht, hat die Möglichkeit, sich auszuruhen. Bei Bedarf holt ein Fahrdienst die Gäste zu Hause ab und bringt sie wieder zurück.

Bei der Wahl der Einrichtung ist es wichtig, darauf zu achten, dass sie den Bedürfnissen des Pflegebedürftigen entgegenkommt. Gibt es dort spezielle Angebote für Menschen mit Demenz? Ist die Möglichkeit, Ausflüge und Spaziergänge zu unternehmen, vorhanden? Der Frankfurter Verband kennt die Angebote in der Region und wird gern weiterhelfen.



LEISTUNGEN DER PFLEGEVERSICHERUNG

Nachtpflege:

Einrichtungen der Nachtpflege bieten die Möglichkeit der Unterbringung über Nacht. Von diesen Einrichtungen gibt es nicht viele in Deutschland. Gerade bei der Pflege von Demenzkranken mit gestörtem Tag-/Nachtrhythmus kann die Nachtpflege dem pflegenden Angehörigen die eigene Nachtruhe ermöglichen. Oder die private Pflegeperson möchte sich eine Auszeit aus dem Pflegealltag gönnen, will den Pflegebedürftigen aber nicht alleine zu Hause lassen. Auch hier kann die Nachtpflege genutzt werden, während die Angehörigen zum Beispiel einen unbeschwerten Opernabend genießen oder mit Freunden einen entspannten Abend verbringen.

Die Leistungen der Tagespflege umfassen:

Pflegegrad	Tagespflege
1	–
2	bis zu 689 Euro
3	bis zu 1.298 Euro
4	bis zu 1.612 Euro
5	bis zu 1.995 Euro

Wichtig zu wissen:

- Tages- oder Nachtpflege kann sofort nach Feststellung von Pflegebedürftigkeit genutzt werden.
- Die Leistungen stehen seit dem 1. Januar 2017 für die Pflegegrade 2 bis 5 zur Verfügung
- Tages- oder Nachtpflege können vollumfänglich neben der Sachleistung in Anspruch genommen werden.

Ein Beispiel:

Herr Schneider wurde in den Pflegegrad 3 eingestuft. Damit stehen ihm monatlich für den Pflegedienst und die Tagespflege jeweils 1.298 Euro zur Verfügung.

Zusätzlich kann er über den monatlichen Entlastungsbetrag von 125 Euro sowie die Verhinderungspflege von bis zu 1.612 Euro verfügen. Mit diesen Budgets kann er wahlweise zusätzliche Leistungen des ambulanten Pflegedienstes in Anspruch nehmen oder sie für die Finanzierung seiner Besuche in der Tagespflege einsetzen.

Kurzzeitpflege

Die Kurzzeitpflege bietet die Möglichkeit einer vorübergehenden Versorgung in einer stationären Pflegeeinrichtung. Sie wird häufig im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung oder Rehabilitationsmaßnahme genutzt, wenn zum Beispiel bei plötzlich eintretender Pflegebedürftigkeit die häusliche Pflegesituation erst noch organisiert werden muss. Ebenso bietet sie sich an, wenn die private Pflegeperson eine Auszeit benötigt, Urlaub machen möchte oder auch selbst akut erkrankt.

Wichtig zu wissen:

- Kurzzeitpflege kann unmittelbar nach erfolgter Einstufung in einen Pflegegrad in Anspruch genommen werden.
- Die Leistung steht für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 zur Verfügung.
- Sie muss bei der zuständigen Pflegekasse beantragt werden.

Tipp:

Bei Bedarf kann das Budget der Verhinderungspflege – jährlich bis zu 1.612 Euro – zusätzlich für eine Kurzzeitpflege eingesetzt werden, soweit die Leistung in dem Jahr noch nicht oder nur anteilig genutzt wurde.

- Liegt zum Zeitpunkt des Krankenhausaufenthaltes, in dessen Folge eine Kurzzeitpflege erforderlich wird, noch keine Einstufung vor, kann diese innerhalb einer Woche erfolgen.
- Kurzzeitpflege kann von Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 2 bis 5 jährlich bis zu vier Wochen und bis zu einem Betrag von 1.612 Euro genutzt werden.
- Das Budget der Kurzzeitpflege ist ausschließlich für die Kosten der pflegerischen Versorgung in der Kurzzeitpflegeeinrichtung nutzbar. Die Kosten für Wohnen und Essen (sogenannte Hotelkosten) sowie die Investitionskosten der Einrichtung müssen gesondert finanziert werden. Dies ist gegebenenfalls über den Entlastungsbetrag möglich.
- Ein Pflegebedürftiger kann auch in einer Einrichtung der medizinischen Versorgung oder Rehabilitation in Kurzzeitpflege aufgenommen werden, wenn die Pflegeperson sich dort entsprechenden Maßnahmen unterzieht.



LEISTUNGEN DER PFLEGEVERSICHERUNG

Pflegehilfsmittel

Im Rahmen der häuslichen Pflege haben Pflegebedürftige Anspruch auf bestimmte Pflegehilfsmittel. Diese sollen die pflegerischen Tätigkeiten erleichtern, Beschwerden lindern oder die eigenständige Lebensführung der Pflegebedürftigen unterstützen. Die Pflegekasse übernimmt dafür anteilig die Kosten. Sie unterscheidet dabei zwischen Pflegeverbrauchsmitteln und technischen Pflegehilfsmitteln. Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel sind zum Beispiel saugende Bettschutzeinlagen zum Einmalgebrauch, Schutzbekleidung wie Einmalhandschuhe, Schürzen, Fingerlinge, Mundschutz oder Desinfektionsmittel. Diese werden bis zu einem Betrag von 40 Euro monatlich durch die Pflegekasse finanziert, darüber hinausgehende Kosten müssen vom Pflegebedürftigen selbst getragen werden.

Technische Pflegehilfsmittel im Sinne der Pflegeversicherung sind zum Beispiel Pflegebetten, Rollstühle, Hebegeräte und Lagerungspolster. Pflegehilfsmittel müssen nicht ärztlich verordnet werden, im Allgemeinen genügt eine kurze Mit-

teilung an die Pflegekasse. Der Pflegebedürftige muss für solche Hilfsmittel eine Zuzahlung von 10%, höchstens jedoch 25 Euro leisten. Die Zuzahlung entfällt, wenn das Hilfsmittel leihweise überlassen wird, was inzwischen sehr häufig der Fall ist. Welche Hilfsmittel als Pflegehilfsmittel gelten, ist im Hilfsmittelverzeichnis festgelegt.

Oft sind für die Versorgung eines Pflegebedürftigen auch andere Hilfsmittel erforderlich, die nicht in diesem Leistungskatalog aufgeführt sind. Für diese ist dann eine ärztliche Verordnung erforderlich, eine Kostenübernahme erfolgt hier durch die Krankenversicherung. Um die richtige Wahl zu treffen und eine optimale Versorgung sicherzustellen, ist es am besten, sich vom Frankfurter Verband, einem Sanitätsfachgeschäft oder der Pflege- und Krankenkasse beraten zu lassen. Sie können Auskunft geben, ob, wie und in welchem Umfang im Einzelnen die Kosten für Hilfsmittel übernommen werden.



Hausnotruf – das besondere Hilfsmittel

Eine Sonderstellung bei den technischen Pflegehilfsmitteln nimmt der Hausnotruf ein. Die Kosten für diese Leistung werden für allein lebende Menschen, die in einen Pflegegrad eingestuft sind, bis zu einem Betrag von 18,36 Euro monatlich von der Pflegeversicherung übernommen. Mit dem Hausnotruf haben Pflegebedürftige die Sicherheit, im Bedarfsfall schnell kompetente Hilfe zu erhalten, auch wenn gerade kein Angehöriger oder der Pflegedienst in der Nähe ist. Durch einen einfachen Knopfdruck kann rasche Unterstützung

! Tipp:

Auch bei Menschen ohne Pflegegrad kann ein Hausnotrufgerät wesentlich zur Verbesserung der Sicherheit beitragen. Sprechen Sie mit dem Frankfurter Verband über die Möglichkeiten.

angefordert werden. Der Frankfurter Verband bietet den Hausnotruf fast flächendeckend an und kennt die regionalen Angebote und Preise. Die Mitarbeiter sind auch gern bei der Beantragung der anteiligen Kostenübernahme durch die Pflegeversicherung behilflich.

So funktioniert der Hausnotruf

Das Hausnotrufsystem besteht aus einem Hausnotrufgerät mit einem handlich kleinen Auslöser. Dieser kann als Armband oder Halskette ständig am Körper getragen werden. Tritt ein plötzlicher Notfall ein, wie zum Beispiel eine Schwindelattacke oder ein Sturz, kann damit von jedem Ort der Wohnung aus per Knopfdruck eine Sprechverbindung zur Hausnotrufzentrale hergestellt werden. Auch ohne Notfall kann jederzeit über den Handsender oder die Taste am Gerät eine Verbindung zur Zentrale hergestellt werden. Die Zentrale ist rund um die Uhr besetzt. Die Mitarbeiter erkennen sofort, wer den Ruf ausgelöst hat,

und haben unmittelbar alle hinterlegten Daten des Kunden parat. Daher kann die Situation sofort ganz individuell geklärt werden:

Je nach Bedarf und Wunsch werden dann Angehörige oder andere Vertrauenspersonen benachrichtigt, gegebenenfalls wird der Pflege- oder Rettungsdienst verständigt.

Zur zusätzlichen Sicherheit kann die sogenannte Tagestaste eingerichtet werden. Diese wird vom Pflegebedürftigen ein- oder zweimal täglich gedrückt und sendet damit ein Signal an die Zentrale, dass alles in Ordnung ist. Bleibt das Signal aus, verständigt das Gerät die Zentrale automatisch. Die Mitarbeiter melden sich dann umgehend beim Pflegebedürftigen und erkundigen sich nach dessen Wohlbefinden. Zusätzlich kann vom Hausnotrufdienst ein Wohnungsschlüssel des Pflegebedürftigen verwahrt werden. Dies erfolgt selbstverständlich sicher und anonymisiert, sodass ein Missbrauch der Schlüssel ausgeschlossen werden kann. Außerdem hält der Hausnotrufdienst einen Bereitschaftsdienst vor.

Dieser leistet bei einem Notfall, wie zum Beispiel einem Sturz, rasche und kompetente Hilfe, auch dann, wenn der Pflegebedürftige nicht mehr in der Lage ist, selbstständig die Tür zu öffnen, und kein Angehöriger in der Nähe wohnt.

Sowohl Frau Meier als auch Herr Schneider aus dem Eingangsbeispiel (Seite 3) hätten nach ihrer Einstufung in einen Pflegegrad ein Anrecht auf die finanzielle Beteiligung der Pflegeversicherung an einem Hausnotrufgerät und könnten damit ihre eigene Sicherheit deutlich verbessern. Auch die Angehörigen hätten die Sicherheit, dass in einem Notfall immer sofort kompetente Hilfe zur Verfügung steht.



Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

Viele Wohnungen und Häuser sind nicht auf die speziellen Bedürfnisse von Pflegebedürftigen zugeschnitten. Die Pflegeversicherung möchte vorrangig die Versorgung im häuslichen Bereich ermöglichen und stellt daher zusätzliche Mittel für sogenannte wohnumfeldverbessernde Maßnahmen zur Verfügung. Die Maßnahmen sollen die häusliche Pflege ermöglichen, erleichtern oder eine möglichst selbstständige Lebensführung wiederherstellen. Gefördert werden können Maßnahmen, die mit Eingriffen in die Bausubstanz verbunden sind, oder auch Ein- und Umbauten von Mobiliar. Die Höhe des Zuschusses beträgt bis zu 4.000 Euro pro Maßnahme.



Beispiele für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen sind: Türverbreiterungen, Tiefersetzen von Türgriffen, automatische Türöffner, Abbau von Türschwellen – auch zum Balkon, der Einbau von Sicherungstüren bei desorientierten Personen, der Umbau des Badezimmers mit behindertengerechter Toilette, bodengleicher Dusche und unterfahrbarem Waschbecken, der Einbau eines Aufzugs oder einer fest installierten Rampe, unterfahrbare Arbeitsplatten und höhenverstellbare Schränke in der Küche sowie der Umzug in ein betreutes Wohnen oder eine barrierefreie Wohnung.

Wichtig zu wissen:

- Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen können Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 bis 5 in Anspruch nehmen.
- Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen können auch in ambulanten Wohngemeinschaften genutzt werden. Hierfür gelten besondere Deckelungsregelungen.



LEISTUNGEN DER PFLEGEVERSICHERUNG



Vollstationäre Pflege

Manchmal ist es trotz aller möglichen Hilfesysteme nicht (mehr) möglich, einen Pflegebedürftigen zu Hause gut zu versorgen. Dann ist die Unterbringung in einer stationären Pflegeeinrichtung eine gute Lösung. Stationäre Pflegeeinrichtungen bieten die Möglichkeit von Pflege und Betreuung durch qualifizierte Fachkräfte rund um die Uhr. Darüber hinaus bieten sie zahlreiche Freizeit- und Aktivierungsangebote für ihre Bewohner an.

Die Bewohner wohnen weitestgehend in Einzelzimmern und können beim Einzug Einrichtungsgegenstände von zu Hause mitbringen.

Wird ein Pflegebedürftiger bereits zu Hause gepflegt und ist in einen Pflegegrad eingestuft, ist keine neue Einstufung erforderlich, sofern der Hilfe-

bedarf sich zum Zeitpunkt des Umzugs in die stationäre Einrichtung nicht wesentlich verändert hat. Die Leistungen bei stationärer Pflege betragen:

Pflegegrad	Stationäre Pflege
1	125 Euro (ausschließlich Entlastungsbetrag)
2	770 Euro
3	1.262 Euro
4	1.775 Euro
5	2.005 Euro

Die Kosten:

Die Gesamtkosten für das Leben in einer stationären Pflegeeinrichtung setzen sich aus verschiedenen Bausteinen zusammen. Sie sind von Einrichtung zu Einrichtung je nach personeller und sachlicher Ausstattung unterschiedlich, sind aber in jedem Fall mit den Pflegekassen und dem Sozialhilfeträger verhandelt.

Pflegekosten:

Der sogenannte Pflegesatz umfasst die pflegerischen Leistungen, medizinisch notwendige Behandlungspflegen, zur Pflege erforderliche Verbrauchsgüter und Angebote zur sozialen Betreuung. Diese Kosten werden bis zum jewei-

ligen Höchstbetrag des bewilligten Pflegegrades von der Pflegekasse übernommen, darüber hinausgehende Anteile müssen anderweitig (privat oder durch den Sozialhilfeträger) finanziert werden.

Einrichtungsindividueller Eigenanteil:

Nicht durch die Pflegeversicherung gedeckte Kosten werden über alle Pflegegrade gleichmäßig verteilt.

Hotelkosten:

Hierunter werden Kosten für Unterbringung und Verpflegung zusammengefasst. Diese müssen vom Pflegebedürftigen selbst getragen werden, unter bestimmten Bedingungen hilft auch hier der Sozialhilfeträger.

Investitionskosten:

Hierzu zählen die Kosten, die die Einrichtungen für die Errichtung und Instandhaltung des Gebäudes aufbringen. Sie können je nach Alter und Ausstattung der Einrichtungen variieren. In Hessen werden diese Kosten im Bedarfsfall

einkommens- und vermögensabhängig in Form eines Pflegewohngeldes vom Land übernommen. Berücksichtigt werden hierfür die Rente, Mieteinnahmen, Kapitalerträge und ein Vermögen bis 10.000 Euro.

Wird Pflegewohngeld beantragt, müssen diese Einkommen nachgewiesen werden. Der Antrag wird durch die Pflegeeinrichtung gestellt.



LEISTUNGEN DER PFLEGEVERSICHERUNG

Leistungen für ambulant betreute Wohngruppen

Eine Alternative zum Umzug in eine stationäre Einrichtung kann ein Umzug in eine ambulant betreute Wohngemeinschaft sein. Kennzeichnend für solche Wohngemeinschaften ist, dass es sich dabei um eine normale Wohnung oder ein Haus handelt, in dem es Individual- und Gemeinschaftsräume sowie eine große Wohnküche gibt. Die Bewohner mieten sich dort ein und können hier in einer familienähnlichen Struktur ein möglichst normales Leben führen, sich an den Haushaltstätigkeiten beteiligen, kochen, backen, den Garten pflegen oder Freizeitaktivitäten nachgehen. Es stehen Präsenzkräfte zur Verfügung, die die Bewohner in ihrem Alltag begleiten und ihnen die Unterstützung geben, die sie benötigen. Zusätzlich können sie organisatorische und verwaltende Tätigkeiten übernehmen. Notwendige pflegerische Hilfestellungen werden von einem ambulanten Pflegedienst erbracht. Die Anwesenheit und Mitgestaltung von Angehörigen, Freunden und ehrenamtlichen Helfern ist willkommen. Ambulante Wohngemeinschaften können selbst organisiert sein oder über ein Mietmodell durch einen Träger angeboten werden.

Der Frankfurter Verband bietet in Hessen betreute Wohngemeinschaften für demenziell Erkrankte in mehreren Städten an.

Bewohnern von Wohngemeinschaften aller Pflegegrade stehen monatlich 214 Euro zusätzlich zur Verfügung, sofern sie keine Leistungen der Tages- oder Nachtpflege in Anspruch nehmen, es sei denn, der Medizinische Dienst der Krankenkassen stellt diesen Bedarf ausdrücklich fest. Darüber hinaus stehen bei einer Neugründung einer WG pro Pflegebedürftigem 2.500 Euro als Anschubfinanzierung zur Verfügung, bei mehr als vier Bewohnern ist der Betrag auf 16.000 Euro begrenzt.



Leistungen zur sozialen Sicherung der pflegenden Angehörigen

Pflegende Angehörige verzichten zugunsten der Pflegesituation im häuslichen Bereich oft ganz oder teilweise auf ihre Berufstätigkeit und damit auf eine eigene Alterssicherung. Die Pflegeversicherung bietet umfangreiche Möglichkeiten zur sozialen Sicherung für diesen Personenkreis.

Beiträge zur Rentenversicherung:

Unter bestimmten Voraussetzungen übernimmt die Pflegekasse Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung der privaten Pflegeperson. Es gelten allerdings bestimmte Regeln, wann und in welcher Höhe Leistungen gewährt werden:

- der Pflegebedürftige muss mindestens in den Pflegegrad 2 eingestuft sein
- die Pflegeperson muss mindestens an zwei Tagen in der Woche für insgesamt zehn Stunden Unterstützung leisten (hier zählt die Angabe im Pflegegutachten)
- die eigene Erwerbstätigkeit der Pflegeperson darf 30 Wochenstunden nicht überschreiten

- die Pflegeperson darf nicht bereits Vollrente beziehen
- teilen sich mehrere Personen die Pflege, können unter den angeführten Bedingungen auch mehrere Personen versichert werden
- befindet sich der Pflegebedürftige vorübergehend in einem Krankenhaus oder einer Reha-Einrichtung, werden die Rentenbeiträge bis zu vier Wochen, bei längerer Abwesenheit der Pflegeperson zum Beispiel wegen einer Kur bis zu sechs Wochen weiterbezahlt
- im Fall einer dauerhaften Unterbringung des Pflegebedürftigen in einer stationären Pflegeeinrichtung werden für die privaten Pflegepersonen keine Rentenbeiträge mehr geleistet

Die maximale Höhe der Rentenbeiträge für 2017 finden Sie in der Leistungstabelle auf Seite 50.

LEISTUNGEN DER PFLEGEVERSICHERUNG

Beiträge zur Arbeitslosenversicherung

Ab dem Jahr 2017 erhalten private Pflegepersonen, die zur Übernahme einer Pflege aus ihrem Beruf aussteigen, Leistungen zur Arbeitslosenversicherung, unabhängig davon, ob sie eine Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz in Anspruch nehmen. Somit haben sie einen Anspruch auf Arbeitslosengeld, falls der nahtlose Einstieg ins Berufsleben nach der Pflegetätigkeit nicht unmittelbar gelingt. Voraussetzung ist, dass der Pflegebedürftige mindestens in den Pflegegrad 2 eingestuft ist und die Pflegeperson an mindestens zwei Tagen in der Woche für insgesamt zehn Stunden Unterstützung leistet.



Unfallversicherung

Alle privaten Pflegepersonen sind automatisch gesetzlich unfallversichert, sofern der Pflegebedürftige mindestens in den Pflegegrad 2 eingestuft ist und die Pflegeperson wöchentlich mindestens an zwei Tagen für insgesamt zehn Stunden Unterstützung leistet. Der Versicherungsschutz besteht dann bei allen unterstützenden Tätigkeiten, die dem Pflegebedürftigen zugutekommen, sowie auf den Wegen zur Wohnung des Pflegebedürftigen und bei Berufserkrankungen, die durch die Pflege entstanden sind (zum Beispiel Infektions- oder Hauterkrankungen). Er gilt, solange der Pflegebedürftige Leistungen der Pflegeversicherung erhält. Im Fall eines Unfalls muss dem behandelnden Arzt mitgeteilt werden, dass dieser während einer Pflegetätigkeit bei einer als pflegebedürftig anerkannten Person passiert ist. Darüber hinaus muss der Unfall innerhalb drei Tagen dem Versicherungsträger gemeldet werden. Der verunfallten Person stehen über die Unfallversicherung Leistungen der Heilbehandlung, der beruflichen und sozialen Rehabilitation und ggf. eine Rente zu.

Vereinbarkeit von Pflege und Berufstätigkeit

Das Pflegezeitgesetz regelt verschiedene Möglichkeiten, Berufstätigkeit und Pflege zu vereinbaren.

Kurzzeitige Arbeitsverhinderung

Im Fall einer plötzlich eintretenden Pflegebedürftigkeit in der Familie kann ein pflegender Angehöriger kurzfristig bis zu zehn Tage der Arbeit fernbleiben, um die Pflege zu übernehmen bzw. eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren. Der Arbeitgeber muss hierüber unverzüglich informiert werden. Er kann eine ärztliche Bescheinigung verlangen, die die Notwendigkeit der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung nachweist.

Pflegende Angehörige erhalten für die kurzfristige Pflege bis zu 90% ihres Nettoeinkommens von der Pflegeversicherung in Form des sogenannten „Pflegeunterstützungsgeldes“ ersetzt.

Pflegezeit:

Wer einen Angehörigen länger zu Hause pflegen möchte, kann die sogenannte Pflegezeit in Anspruch nehmen.



Arbeitnehmer in Betrieben mit mehr als 15 Mitarbeitern können sich dazu bis zu sechs Monate teilweise oder vollständig freistellen lassen. Eine Lohnersatzleistung gibt es nicht. Es kann aber ein zinsloses Darlehen beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben in Anspruch genommen werden, um den Lebensunterhalt bestreiten zu können. Die Auszahlung erfolgt in monatlichen Raten und der entliehene Betrag muss nach Ende der Pflegezeit in Schritten zurückgezahlt werden.

Der Arbeitgeber muss in diesem Fall zehn Arbeitstage vor Beginn über Dauer und Umfang der geplanten Pflegezeit informiert werden und benötigt einen Nachweis über deren Notwendigkeit.



Familienpflegezeit:

Arbeitnehmer in Betrieben mit mehr als 25 Mitarbeitern haben einen Rechtsanspruch darauf, zur Pflege eines Angehörigen ihre Arbeitszeit für maximal zwei Jahre auf bis zu 15 Wochenstunden zu reduzieren. Auch in diesem Fall kann ein zinsloses Darlehen beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben in Anspruch genommen werden, um die Differenz zum bisherigen Einkommen zu reduzieren.

Soll eine Familienpflegezeit in Anspruch genommen werden, muss ein Nachweis über die Pflegebedürftigkeit des Verwandten erbracht werden. Anschließend muss eine schriftliche Vereinbarung mit dem Arbeitgeber getroffen werden.

Wichtig zu wissen:

Für den Zeitraum der jeweiligen Pflegezeiten besteht Kündigungsschutz.

Familienpflegezeit kann max. 24 Monate in Anspruch genommen werden. Dauert die Pflegesituation länger, können mehrere Angehörige Pflegezeit oder Familienpflegezeit nehmen – nacheinander oder parallel.

Kurse für pflegende Angehörige

Entscheiden sich pflegende Angehörige oder auch andere ehrenamtliche Pflegepersonen wie Nachbarn oder Freunde für die vollständige oder teilweise Übernahme von Pflegeleistungen, können kostenlos Pflegekurse zum Beispiel beim Frankfurter Verband in Anspruch genommen werden. Dies ist auch dann möglich, wenn beim Pflegebedürftigen regelmäßig Pflegeleistungen vom ambulanten Pflegedienst übernommen werden, und es gilt für alle privat an der Pflege Beteiligten oder Interessierte.

Pflegekurse werden in Gruppen oder individuell zu bestimmten Themen in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen angeboten.

Schulungsthemen können Mobilisierungs- und Lagerungsmethoden, rückschonendes Arbeiten, Prophylaxen oder auch Anleitungen zum Umgang mit demenziell Erkrankten sein. Darüber hinaus werden Entlastungsmöglichkeiten angesprochen und die verschiedenen Angebote der Pflegeversicherung erörtert.

Pflegekurse in Gruppen bieten die Möglichkeit, sich mit anderen pflegenden Angehörigen auszutauschen.

Individuelle Schulungen in der Häuslichkeit haben den Vorteil, dass sie sich auf die individuelle Situation des Pflegebedürftigen und sein häusliches Umfeld beziehen. Sie können in Einzelfällen mit Kosten verbunden sein.

Der Ambulante Dienst des Frankfurter Verbandes berät gern über seine entsprechenden Angebote.



LEISTUNGEN DER PFLEGEVERSICHERUNG

Leistungen anderer Leistungsträger (Krankenkasse, Sozialhilfe)

Leistungen der Krankenkassen:

Benötigt der Pflegebedürftige neben Maßnahmen der Pflegeversicherung zusätzlich medizinische Behandlungspflegen, wie zum Beispiel die Überwachung der Medikamenteneinnahme, Insulininjektionen, Wundversorgung oder das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen, so können auch diese Leistungen vom ambulanten Pflegedienst übernommen werden.

Dieser Anspruch besteht unabhängig davon, ob der Pflegebedürftige bereits Leistungen der Pflegeversicherung erhält. Voraussetzung ist jedoch immer eine ärztliche Verordnung.

Behandlungspflegen können verordnet werden, wenn dadurch die ambulante ärztliche Behandlung sichergestellt ist oder ein Krankenhausaufenthalt vermieden oder verkürzt werden kann und eine private Pflegeperson nicht in der Lage ist, die Maßnahmen durchzuführen. Die Maßnahmen müssen durch die zuständige Krankenkasse genehmigt werden.

Nach Genehmigung werden die Kosten durch die Krankenkasse übernommen, es besteht lediglich eine Zuzahlungspflicht von 10 Euro pro ärztliche Verordnung sowie 10% Eigenanteil für die ersten 28 Kalendertage pro Jahr für den Pflegebedürftigen. Weitere Fragen hierzu werden vom Hausarzt des Pflegebedürftigen oder dem Frankfurter Verband beantwortet.

Leistungen des Sozialhilfeträgers:

Die Leistungen der Pflegeversicherung reichen im Allgemeinen nicht aus, um den tatsächlichen Hilfebedarf eines Pflegebedürftigen zu decken, wenn er durch eine professionelle Pflegeeinrichtung – ambulant oder stationär – versorgt wird. Der Pflegebedürftige muss einen mehr oder weniger großen Eigenanteil zur Finanzierung der Pflege beisteuern.

Bei Pflegebedürftigen, die nur über eine kleine Rente und kein Vermögen verfügen, übernimmt ggf. der Sozialhilfeträger den über das Budget der Pflegeversicherung hinausgehenden Anteil der

Kosten. Dabei ist das Sozialamt berechtigt, den erforderlichen Hilfeaufwand trotz eines vorgelegten Pflegegutachtens zu überprüfen.

Inhaltlich deckt sich die Hilfe zur Pflege grundsätzlich mit den Leistungen der Pflegeversicherung – allerdings gibt es hier für Pflegebedürftige mit Pflegegrad 2 bis 5 keine Budgetgrenzen.

Bei stationärer Pflege übernimmt der Sozialhilfeträger ggf. auch die Kosten, die zur Eigenleistung zählen (Kosten für Unterkunft und Verpflegung und Pflegewohngeld).

Um Hilfe zur Pflege zu erhalten, muss ein Antrag beim Sozialamt gestellt werden. Dieses prüft dann die Bedürftigkeit des Pflegebedürftigen. Dafür müssen Einkommen und Vermögen offengelegt werden.

Ist der Pflegebedürftige sozialhilfeberechtigt, wird überprüft, ob eventuell Angehörige unterhaltspflichtig sind. Dafür können ausschließlich Ehepartner und Verwandte ersten Grades herangezogen werden.



LEISTUNGEN DER PFLEGEVERSICHERUNG

Überblick der Leistungen der Pflegeversicherung und deren gleichzeitige Verfügbarkeit (Stand: Januar 2017)						
	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5	Gleichzeitig kombinierbar mit
1 Geldleistung monatlich	-	316 Euro	545 Euro	728 Euro	901 Euro	2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16
2 Sachleistung monatlich	-	689 Euro	1.298 Euro	1.612 Euro	1.995 Euro	1, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16
3 Kombinationsleistung monatlich	-	gleichzeitig genutzte Sach- und Geldleistung, Anteile je nach Nutzung,		insgesamt 100% des jeweiligen Pflegegrades		4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16
4 Entlastungsbetrag monatlich	125 Euro	125 Euro	125 Euro	125 Euro	125 Euro	1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16
5 Verhinderungspflege jährlich	-	1.612 Euro (bis zu 2.418 Euro, wenn die Kurzzeitpflege nicht		oder nur anteilig beansprucht wird)		1, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16
6 Tages- und Nachtpflege monatlich	-	689 Euro	1.298 Euro	1.612 Euro	1.995 Euro	1, 2, 3, 4, 5, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16
7 Kurzzeitpflege jährlich	-	jährlich 1.612 Euro (bis zu 3.224 Euro, wenn die Verhinderungspflege		in dem Jahr nicht oder nur anteilig beansprucht wird)		1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16
8 Stationäre Pflege monatlich	-	770 Euro	1.262 Euro	1.775 Euro	2.005 Euro	Keine weitere Kombination möglich
9 Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel	bis zu 40 Euro monatlich					1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16
10 Technische Hilfsmittel je Hilfsmittel	mindestens 90% der Kosten			bei maximal 25 Euro Eigenbeteiligung		1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16
11 Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen	bis zu 4.000 Euro			pro Maßnahme		1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16
12 Beiträge zur Rentenversicherung für private Pflegepersonen monatlich	kein Anspruch	bis zu 150,21 Euro	bis zu 239,22 Euro	bis zu 389,43 Euro	bis zu 556,33 Euro	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16
13 Beiträge zur Arbeitslosenversicherung für private Pflegepersonen monatlich	kein Anspruch	bis zu 24,10 Euro	bis zu 38,38 Euro	bis zu 62,48 Euro	bis zu 89,25 Euro	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16
14 Kurse für pflegende Angehörige	kostenlos					1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16
15 Ambulante Wohngemeinschaften	Anschubfinanzierung bis zu			2.500 Euro, 214 Euro monatlich		1, 2, 3, 4, 5, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16
16 Zuschuss für Hausnotruf	einmalig 10,40 Euro für			Anschluss, 18,36 Euro monatlich		1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15

DIE PFLEGEINRICHTUNGEN DES FRANKFURTER VERBANDES

Stationäre Pflege

Bürgermeister-Gräf-Haus
Hühnerweg 22
60599 Frankfurt-Sachsenhausen
Telefon: 069 299807 - 9100
www.buergermeister-graef-haus.de

Heinrich-Schleich-Haus
Bregenzer Straße 23
60386 Frankfurt-Fechenheim
Telefon: 069 40808 - 0
www.heinrich-schleich-haus.de

Julie-Roger-Haus
Gummersbergstraße 24
60435 Frankfurt-Eckenheim
Telefon: 069 299807 - 211
www.julie-roger-haus.de

Pflegeheim Bockenheim
Friesengasse 7
60487 Frankfurt-Bockenheim
Telefon: 069 299807 - 624
www.pflegeheim-bockenheim.de

Pflegeheim Praunheim
Alt-Praunheim 48
60488 Frankfurt-Praunheim
Telefon: 069 299807 - 762
www.pflegeheim-praunheim.de

Sozial- und Rehazentrum West
Alexanderstraße 94-96
60489 Frankfurt-Rödelheim
Telefon: 069 299807 - 8119
www.sozial-rehazentrum-west.de

Victor-Gollancz-Haus
Kurmainzer Straße 91
65936 Frankfurt-Sossenheim
Telefon: 069 299807 - 418
www.victor-gollancz-haus.de

Tagespflege

Tagespflege im Heinrich-Schleich-Haus
Bregenzer Straße 23
60386 Frankfurt-Fechenheim
Telefon: 069 40808 - 182

Tagespflege im Sozial- und Rehazentrum West
Alexanderstraße 94-96
60489 Frankfurt-Rödelheim
Telefon: 069 299807 - 8105

Tagespflege im Julie-Roger-Haus
Gummersbergstraße 24
60435 Frankfurt-Eckenheim
Telefon: 069 299807 - 250

Tagespflege im Quellenhof
Quellenstraße 21
61118 Bad Vilbel
Telefon: 069 299807 - 300
www.quellenhof-bad-vilbel.de

Hausnotruf Deutschland

Hilfe auf Knopfdruck –
24 Stunden täglich, 7 Tage die Woche
Hühnerweg 22
60599 Frankfurt-Sachsenhausen
Telefon: 069 6091960
www.hausnotruf-deutschland.de



Ambulanter Pflegedienst

Zentrale und Team Höchst

Melchiorstraße 5

65929 Frankfurt-Höchst

Telefon: 069 40808-408

www.ambulante-pflege-frankfurt.de

Für die Stadtteile: Höchst, Gallus, Griesheim, Nied, Sindlingen, Sossenheim, Unterliederbach, Zeilsheim

Team Nord-Ost

Dörpfeldstraße 8

60435 Frankfurt-Eckenheim

Telefon: 069 299807-244

Für die Stadtteile: Bockenheim, Dornbusch, Eckenheim, Eschersheim, Ginnheim, Heddenheim, Nordend, Nordweststadt

Team Süd

Mörfelder Landstraße 212

60598 Frankfurt-Sachsenhausen

Telefon: 069 254929-14

Für die Stadtteile: Goldstein, Niederrad, Schwanheim, Sachsenhausen

Team West

Alexanderstraße 94-96

60489 Frankfurt-Rödelheim

Telefon: 069 299807-8112

Für die Stadtteile: Hausen, Praunheim, Rödelheim, Westhausen

Team Bad Vilbel

Quellenstraße 21

61118 Bad Vilbel

Telefon: 069 299807-310

Für Bad Vilbel



Quellenangaben und Lesetipps:

Heiber, Andreas: Das SGB XI-Beratungshandbuch

Heiber, Andreas: Das Pflege-Neuausrichtungsgesetz

Heiber, Andreas: Das Pflege-Stärkungsgesetz 2

Einschlägige Gesetzestexte im Internet:

www.gesetze-im-internet.de/sgb_11

www.gesetze-im-internet.de/sgb_12

www.bmg.bund.de/pflege/pflegestaerkungsgesetze.html

www.gesetze-im-internet.de/pflegezg

Die Richtlinien zur Pflege-Begutachtung:

<https://www.mds-ev.de/themen/pflegebeduerftigkeit-und-pflegebegutachtung/begutachtungs-richtlinien.html>

Trotz sorgfältiger Prüfung kann der Frankfurter Verband keine Gewährleistung für die Genauigkeit und Vollständigkeit der hier gegebenen Informationen übernehmen, ebenso keine Haftung für Druckfehler und Irrtümer.

Stand: Juli 2017

Herausgeber dieser Broschüre

Frankfurter Verband für Alten- und Behindertenhilfe e. V.
Gummersbergstraße 24
60435 Frankfurt am Main

TELEFON: 069 299807-0

Weitere Informationen im Internet:

www.frankfurter-verband.de

Text: Dipl.-Pfleg. Ursula Ott

Bilder: Frankfurter Verband für Alten- und Behindertenhilfe e. V.