



Pflege organisieren

Gut zu wissen, wo es Hilfe gibt



Liebe Ratsuchende,

eine Pflegesituation stellt das Leben von Betroffenen und ihren Angehörigen häufig ganz unvermittelt auf den Kopf. Mit einer professionellen Pflegeberatung möchten wir von compass Ihnen dabei helfen, mit der neuen Situation umzugehen und die anstehende Pflege gut zu organisieren. Den Anspruch auf eine Beratung zur Pflegesituation hat jede und jeder Versicherte in Deutschland.

In dieser Broschüre stellen wir Ihnen erste Informationen zur Verfügung und bieten Ihnen Orientierung für die Organisation der Pflege. Unser Tipp: Notieren Sie bereits während der Lektüre Termine, Ansprechpartner*innen und offene Fragen in den Notizfeldern der einzelnen Kapitel. Besuchen Sie für weitere Informationen auch unser Pflege Service Portal www.pflegeberatung.de.

Ihr Team von compass private pflegeberatung

In dieser Broschüre:

Pflegeberatung – Unterstützung im Pflegefall _____ 4

Eine Pflegeberatung ist immer kostenlos. Hier erhalten Sie Hilfe.

Begutachtung der Pflegebedürftigkeit _____ 6

Wie beantragt man Pflegeleistungen? Und wie und nach welchen Kriterien wird begutachtet? Dieses Kapitel beantwortet alle wichtigen Fragen.

Leistungen der Versicherung _____ 16

Die Pflegeleistungen der Versicherung sind vielfältig. Wir geben einen Überblick und helfen bei der Orientierung.

An- und Zugehörige pflegen _____ 33

Hier finden Pflegende Informationen und Tipps zu ihrer Entlastung.

Stichwortverzeichnis _____ 44

Für das schnelle Auffinden relevanter Themen

Weiterführende Informationen _____ 46





Pflegeberatung – Unterstützung im Pflegefall

Auf eine Pflegesituation sind viele Menschen nicht vorbereitet. Betroffene und ihre Familien müssen plötzlich wichtige Entscheidungen treffen. Wenn Sie eine*n pflegebedürftige*n An- oder Zugehörige*n haben oder selbst pflegebedürftig werden, können Sie sich an eine Pflegeberatung wenden.

Eine Pflegeberatung können Sie jederzeit kostenfrei und immer wieder in Anspruch nehmen, denn der Gesetzgeber schreibt eine kostenfreie und neutrale Beratung zur Pflege vor. Es beraten Sie die compass private pflegeberatung, Pflegestützpunkte und die Pflegekassen.

Gesetzlich Versicherte, die eine Pflegeberatung benötigen, wenden sich am besten zunächst an ihre Kranken- und Pflegekasse, um deren Angebot zu erfragen. Auf der Webseite www.zqp.de/beratung-pflege/ des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP) finden Sie außerdem eine Übersicht über alle kostenlosen Beratungsangebote in Ihrer Nähe.

Die Pflegeberater*innen der compass private pflegeberatung betreuen privat Pflegeversicherte und ihre An- und Zugehörigen persönlich und individuell. Sie kommen zu Ihnen nach Hause und nehmen sich dort Zeit für Ihre Fragen und Anliegen.

Am Telefon

Wir beraten Sie unabhängig von der Versicherung. Sie erreichen uns gebührenfrei unter 0800 101 88 00.

„Beide Pflegeberater*innen, die bei uns zu Hause waren, haben uns sehr freundlich, geduldig und unseres Erachtens auch fachlich bestens beraten und aufgeklärt. Wir hatten von dieser Materie wenig Ahnung und fühlten uns bestens aufgehoben. Auch die Mitteilung, dass man ihre Dienste jederzeit wieder in Anspruch nehmen kann, vermittelt ein gutes Gefühl.“

Ute J. über ihre Erfahrungen mit der compass private pflegeberatung



Meine Notizen – Pflegeberatung

Beratungstermin am: _____

bei Frau/Herrn: _____

Telefon/E-Mail: _____

Meine Fragen: _____



Begutachtung der Pflegebedürftigkeit

Nicht allein

In vielen Fällen ist es hilfreich und entlastend, wenn An- oder Zugehörige oder andere vertraute Personen den Begutachtungstermin begleiten.

Die Treppe in den ersten Stock ist ein unüberwindliches Hindernis. Körperpflege und Ankleiden fordern Sie mehr und mehr. Auch den Haushalt zu führen wird immer beschwerlicher. Hinzu kommen gesundheitliche Probleme. Wenn der Alltag kaum noch allein zu bewältigen ist, können Sie einen Antrag auf Pflegeleistungen bei der Pflegeversicherung stellen, um Hilfe zu bekommen. Bevor Sie von dort Leistungen erhalten, muss Ihre Pflegebedürftigkeit festgestellt werden. Dazu besucht Sie ein*e Gutachter*in der Medicproof GmbH oder des Medizinischen Dienstes und schätzt den Grad Ihrer Selbstständigkeit anhand von sechs Modulen ein.

Pflegebedürftig

ist laut Gesetz, wer „körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen“ kann. Das bedeutet: Ein pflegebedürftiger Mensch ist so weit in seiner Selbstständigkeit eingeschränkt, dass er Hilfe von anderen benötigt. Die Pflegebedürftigkeit muss dauerhaft bestehen, mindestens aber für sechs Monate.

Pflegeleistungen beantragen

Einen Antrag auf Leistungen zur Pflege stellen Sie bei Ihrer Pflegeversicherung. Dazu genügt ein Anruf oder ein formloses Schreiben. Der Zeitpunkt Ihrer Kontaktaufnahme gilt als Antragsdatum. Ihr Versicherer sendet Ihnen daraufhin ein Antragsformular zu; bei Bedarf hilft Ihnen ein*e Pflegeberater*in von compass beim Ausfüllen. Den ausgefüllten Antrag senden Sie zurück.

Ist Ihr Antrag eingegangen, melden sich Mitarbeitende oder Gutachter*innen von Medicproof oder dem Medizinischen Dienst bei Ihnen, um einen Termin für eine Begutachtung zu vereinbaren. Auf eine Antwort müssen Sie meist nicht lange warten. Denn innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Antragseingang muss in der Regel auf der Basis Ihres Antrags entschieden werden.



Vorbereitung auf den Begutachtungstermin

Der Begutachtungstermin findet bei Ihnen zu Hause statt und dauert rund eine Stunde. In dieser Zeit beurteilt der* die Gutachter*in das, was sie*er sieht und hört. Bereiten Sie sich auf diesen Termin sorgfältig vor – Ihr*e Pflegeberater*in hilft Ihnen gerne dabei.

In bestimmten Fällen (§ 142 a SGB XI) können die Medizinischen Dienste bzw. Medicproof die Pflegebedürftigkeit regelhaft auch im Telefoninterview prüfen. Wenn der* die Antragsteller*in eine Begutachtung im Wohnbereich wünscht, dann muss dem jedoch entsprochen werden.

Das Wichtigste: Halten Sie für den Termin gesundheitlich relevante Unterlagen wie Arzt- und Krankenhausberichte sowie Medikamente bereit, die Sie regelmäßig einnehmen. Schildern Sie ausführlich Ihren Alltag, berichten Sie über Dinge, die Ihnen schwerfallen, und beschreiben Sie Art und Umfang Ihrer Beeinträchtigungen genau.

Bei der Vorbereitung auf die Begutachtung unterstützt Sie auch das Pflegeprotokoll von Medicproof. Mit diesem Protokoll können Sie sich auf Fragen vorbereiten, die der* die Gutachter*in Ihnen möglicherweise stellen wird. Sie finden es auch zum Herunterladen oder Bestellen auf unserem Pflege Service Portal www.pflegeberatung.de/infomaterial oder zum Herausnehmen in der Mitte in diesem Heft.

”

Herzlichen Dank für Ihre Beratung. Ich habe bei compass mit einem Kopf voller Befürchtungen und Fragen angerufen, und Ihre Mitarbeiterin hat ihre bemerkenswerte Ruhe auf mich übertragen und alle Fragen restlos beantwortet. Es ist unglaublich, wie man derart komplexe Sachverhalte so verständlich erklären kann.

Martina M. über ihre Erfahrung mit der compass private pflegeberatung



Meine Notizen – Begutachtung

Wer soll dabei sein: _____

Datum und Uhrzeit: _____

Name des Gutachters/der Gutachterin: _____

Diese Themen möchte ich ansprechen: _____



Auf der Webseite von Medicproof unter www.medicproof.de finden Sie anschauliche Videos dazu, wie eine Pflegebegutachtung abläuft.

Ablauf des Begutachtungstermins

Die ersten Fragen des*der Gutachters*in drehen sich um Ihre individuelle Vorgeschichte und die Ursachen für eine mögliche Pflegebedürftigkeit. Die Antworten darauf bilden die Grundlage für das Gutachten. Anschließend schätzt der*die Gutachter*in Ihre Selbstständigkeit anhand von Punktwerten in insgesamt sechs Modulen ein. Diese Punktwerte rechnet sie*er nach einem festgelegten System zusammen. Daraus ergibt sich der Pflegegrad.

Das fertige Gutachten gibt einen Gesamtüberblick über Ihre Fähigkeiten und den Grad Ihrer Selbstständigkeit und hilft einzuschätzen, welche Möglichkeiten es zum Erhalt oder zur Verbesserung Ihrer Situation gibt. Außerdem lassen sich aus dem Gutachten Empfehlungen ableiten – beispielsweise für vorbeugende Leistungen und pflegerische Maßnahmen, zu Hilfsmitteln und wohnumfeldverbessernden Veränderungen sowie zur Rehabilitation. Diese Empfehlungen leitet der*die Gutachter*in an Ihre Pflegeversicherung weiter.

Das Begutachtungsverfahren

Auf den folgenden Seiten stellen wir Ihnen die sechs Module vor, anhand derer die Einschätzung Ihrer Pflegebedürftigkeit vorgenommen wird. Schlüpfen Sie in die Rolle des*der Gutachters*in und schätzen Sie selbst Ihre Fähigkeiten ein. Kreuzen Sie dazu einfach das Kästchen an der Aussage an, die am ehesten auf Sie zutrifft.

Modul 1

Mobilität

Hier geht es um die Beweglichkeit. Dazu zählen zum Beispiel Treppensteigen, sich im Bett umdrehen, stabil sitzen, bewegen in der Wohnung. Der*Die Gutachter*in nutzt zur Bewertung jeweils eine vierstufige Skala:

- ☐ selbstständig
- ☐ überwiegend selbstständig
- ☐ überwiegend unselbstständig
- ☐ unselbstständig

Modul 2

Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Der*Die Gutachter*in schätzt in diesem Modul Ihre verschiedenen geistigen Fähigkeiten ein. Sie*Er möchte sich zum Beispiel ein Bild davon machen, inwieweit Sie Informationen und Sachverhalte verstehen können, die für alltägliche Entscheidungen wichtig sind. Zudem möchte der* die Gutachterin wissen, ob Sie Gefahren erkennen können, um rechtzeitig auf diese zu reagieren. Dazu nutzt sie*er die folgende vierstufige Skala:

Fähigkeit

- ☐ vorhanden
- ☐ größtenteils vorhanden
- ☐ in geringem Maß vorhanden
- ☐ nicht vorhanden

Modul 3

Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Auch hier gilt es, Ihren Unterstützungsbedarf einzuschätzen. Der*Die Gutachter*in befragt Sie beispielsweise nach folgenden Verhaltensweisen: Unruhe in der Nacht, Beschädigung von Gegenständen, aggressives Verhalten gegen sich selbst, Ängste, Wahnvorstellungen, Antriebslosigkeit oder die Abwehr von pflegerischen Maßnahmen. Zur Beurteilung dienen die folgenden vier Kategorien.

Verhaltensweisen treten auf:

- ☐ nie oder sehr selten
- ☐ selten
- ☐ häufig
- ☐ täglich

Modul 4

Selbstversorgung

Können Sie sich im Alltag selbst versorgen, oder benötigen Sie Hilfe – und wenn ja, wie viel? Diese Fragen werden in Modul 4 beantwortet. Hier geht es ums Essen, Trinken, An- und Ausziehen, Waschen, Duschen, Haare waschen, die Toilettennutzung und darum, ob man mit Harn- oder Stuhlinkontinenz allein umgehen kann. Die Bewertung erfolgt nach:

- ☐ selbstständig
- ☐ überwiegend selbstständig
- ☐ überwiegend unselbstständig
- ☐ unselbstständig

Beispiel: Modul Selbstversorgung

Zur Selbstversorgung gehören Essen und Trinken, ebenso wie alle Tätigkeiten der täglichen Hygiene. Können Sie selbst Strümpfe an- und ausziehen? Sind Sie noch sicher und trittfest, wenn Sie duschen? Diese und ähnliche Fragen aus dem Alltag sind hier relevant.

Modul 5

Umgang mit krankheitsspezifischen/therapiebedingten Anforderungen

An dieser Stelle geht es um die Bewältigung gesundheitlicher Probleme. Der*Die Gutachter*in schätzt ein, wie selbstständig Sie bei der Versorgung Ihrer gesundheitlichen Einschränkungen sind. Dazu gehören die Fähigkeiten, Medikamente zuverlässig einzunehmen, intravenöse Zugänge oder chronische Wunden zu versorgen, Verbände zu wechseln, Blutdruck zu messen sowie den*die Arzt*Ärztin oder die Physiotherapie zu besuchen. In diesem Modul ist die Skala fünfstufig:

- ☐ entfällt
- ☐ selbstständig
- ☐ pro Tag
- ☐ pro Woche
- ☐ pro Monat

Beispiel: Modul Alltagsleben

Sie kommen nicht mehr selbstständig mit dem Auto zu einer Geburtstagsfeier, nutzen aber noch aktiv Ihren Garten. Schrittweise benötigen Sie vielleicht mehr Unterstützung, um Ihren Alltag zu gestalten. Dazu stellt der*die Gutachter*in Ihnen Fragen in diesem Modul.

Modul 6

Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Wie Ihre Freizeitgestaltung und Ihre soziale Einbindung aussehen, schaut sich der*die Gutachter*in in diesem Modul genauer an. Können Sie Kontakte mit Bekannten pflegen, gibt es Ruhezeiten und besitzen Sie die Fähigkeit, sich selbst zu beschäftigen? Beurteilt wird anhand folgender Bewertungsskala:

- ☐ selbstständig
- ☐ überwiegend selbstständig
- ☐ überwiegend unselbstständig
- ☐ unselbstständig

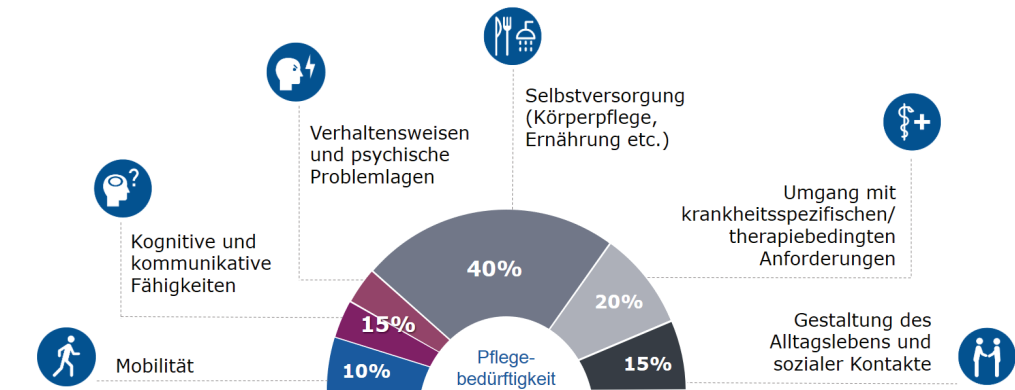
Gewichtung der Punktwerte

Der Pflegegrad wird je nach Beeinträchtigung Ihrer Fähigkeiten und Ihrer Selbstständigkeit nach einer genau festgelegten Berechnungsmethode ermittelt. Pflegewissenschaftler haben dafür die Regeln erarbeitet.

Die einzelnen Beurteilungskriterien werden in mehreren Schritten zusammengeführt: Zuerst werden die Einzelpunkte aus jedem Modul addiert. Bei Modul 5 ist diese Berechnung etwas komplizierter als in den anderen Modulen, denn zunächst muss die Zahl von Hilfen, die wöchentlich oder monatlich notwendig sind, in einen Tageswert umgerechnet werden.

Im zweiten Schritt wird jede Summe pro Modul gewichtet, und zwar je Modul unterschiedlich stark. Die Module 2 und 3 werden mit je 15 Prozent berücksichtigt, wobei nur das Modul mit dem höher gewichteten Punktwert in die Bewertung einfließt. Das Modul „Selbstversorgung“ wird mit 40 Prozent gewertet. Die Selbstständigkeit bei der alltäglichen Versorgung eines Menschen wird also als besonders wichtig eingeschätzt. Abschließend werden alle fünf gewichteten Punktwerte zusammengezählt.

Gewichtung der Module und der Punktwerte



Ermittlung des Pflegegrads

Die folgende Tabelle zeigt, mit welchen Punkten Sie in welchen Pflegegrad eingeordnet werden. Ab 12,5 Punkten gilt ein Mensch als pflegebedürftig.

Pflegegrad und Punktwerte

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



Leistungen der Versicherung

Sicher

Zum Beispiel kann Ihre Krankenversicherung Sie dabei unterstützen, Ihre Pflege sicherzustellen.

Je nach Pflegegrad unterstützt Sie die Pflegeversicherung mit unterschiedlichen Leistungen. Diese sollen helfen, Sie gut zu versorgen, Ihre Selbstständigkeit zu erhalten und Ihre Angehörigen zu entlasten. Nach der Mitteilung des Pflegegrads steht es Ihnen frei zu entscheiden, welche der Leistungen Sie wie einsetzen möchten. Übersteigen die Pflegekosten die Leistungen der Pflegeversicherung, müssen Sie die Differenz selbst zahlen. Reicht Ihr Einkommen oder Vermögen nicht aus, können Sie beim Sozialamt Hilfe zur Pflege beantragen. Prüfen Sie auch, ob Ihnen möglicherweise Leistungen aus anderen Versicherungen zustehen.

Pflege zu Hause

Für Ihre Pflege zu Hause stellt die Pflegeversicherung verschiedene Leistungen zur Verfügung. Diese erläutern wir Ihnen im Folgenden.

Pflegegeld und Beratung (nach § 37 Abs. 3 SGB XI)

Pflegegeld erhalten Pflegebedürftige, wenn sie mindestens in Pflegegrad 2 eingestuft werden. Der Betrag ist dafür gedacht, dass Pflegebedürftige ihren Angehörigen oder anderen pflegenden Personen eine Anerkennung zukommen lassen können. Wer ausschließlich Pflegegeld erhält, muss sich laut Gesetz für den weiteren Anspruch regelmäßig halbjährlich beraten lassen. Bei Pflegegrad 1 oder der ausschließlichen Nutzung von Sachleistungen z. B. durch einen ambulanten Pflegedienst ist diese Beratung freiwillig. Ziel dieser Beratungen ist es, festzustellen, ob die Pflege sichergestellt ist und dass die pflegenden Personen kontinuierlich pflegfachlich unterstützt werden. Die Besuche können im Wechsel als Hausbesuch oder als Videogespräch stattfinden.



TIPP

Die Fachkräfte von compass übernehmen gerne diese gesetzlich vorgeschriebenen Beratungen für privat Versicherte und ihre pflegenden Angehörigen. Die Kosten der Beratung werden allen Versicherten vollständig erstattet.

Pflegesachleistungen

Anstelle des Pflegegeldes können Pflegebedürftige auch Sachleistungen in Anspruch nehmen. Das bedeutet, dass qualifizierte Pflegekräfte Sie bei der Körperpflege, beim An- und Auskleiden, bei der Medikamenteneinnahme sowie bei der Haushaltsführung unterstützen. Klären Sie im Gespräch mit den Pflegediensten, die für Pflegesachleistungen infrage kommen, Folgendes ab:

- Ist der rein informative Erstbesuch kostenfrei?
- Werden die Angehörigen in die Pflegeplanung mit einbezogen?
- Wird die Planung gemeinsam mit dem*der Pflegebedürftigen erstellt und abgestimmt?
- Wie häufig wechseln Pflegekräfte?
- Bietet der Pflegedienst Angebote zur Unterstützung im Alltag an?
- Stimmt sich der Pflegedienst mit dem/ der behandelnden Arzt/ Ärztin ab?
- Ist der Vertrag verständlich und nachvollziehbar?
- Übernimmt der Pflegedienst kurzfristig die Versorgung, falls ein pflegender Angehöriger plötzlich wegen Unfall oder Erkrankung ausfällt?

Informieren Sie sich unbedingt, ob der Pflegedienst von den Landesverbänden der Pflegekassen zugelassen ist. Nur dann erstattet Ihre Pflegeversicherung die Kosten.

Kosten

Der Pflegekostenrechner auf www.pflegeberatung.de/kostenrechner-pflegedienst hilft Ihnen dabei, einen Überblick über die Leistungen der Pflegedienste und die damit verbundenen Kosten zu gewinnen. Auf dem Service Portal finden Sie auch die Kontaktdaten der Pflegedienste in Ihrer Umgebung.

Kombinationsleistungen

Das Pflegegeld und die Sachleistungen können Sie auch miteinander kombinieren. Bei dieser Kombinationsleistung erbringen nichtprofessionelle Personen (zum Beispiel Angehörige) einen Teil der Pflege, einen anderen Teil übernehmen Pflegefachkräfte, etwa von einem ambulanten Pflegedienst. Bei Kombinationsleistungen wird Ihr Pflegegeld um den prozentualen Anteil gemindert, den Sie in Form von Sachleistungen in Anspruch nehmen.

Beispiel: Anteiliges Pflegegeld

Sie haben den Pflegegrad 3 und reichen im Januar eine Rechnung Ihres häuslichen Pflegedienstes in Höhe von 850 Euro ein. Rechnungen bis zu einer Summe von 1.497 Euro werden über die sogenannte „Sachleistung ambulant“ erstattet.

Wie viel Pflegegeld Ihnen für den Januar nun noch bleibt, können Sie mit dieser Formel errechnen:

$$850 \text{ €} \times 100 / 1.497 \text{ €} = 56,78 \% \text{ sind ausgeschöpft.}$$

$$100 \% - 56,78 \% = 43,22 \% \text{ stehen Ihnen noch zur Verfügung.}$$

$$599 \text{ € (Pflegegeldbetrag für Pflegegrad 3)} / 100 \times 43,22 \% = 258,89 \text{ €}.$$

Der Betrag von 258,89 € wird Ihnen vom Pflegegeld noch anteilig überwiesen.

Verhinderungspflege

Fällt die Person, die Sie pflegt, wegen Krankheit bzw. bei einem Krankenhausaufenthalt, Urlaub oder aus anderen Gründen aus, haben Sie Anspruch auf Verhinderungspflege. Die Verhinderungspflege soll Ihre Pflegeperson entlasten. Sie kann durch einen vorübergehenden Aufenthalt im Pflegeheim, einen ambulanten Pflegedienst oder eine Ersatzpflegeperson, z. B. Angehörige, Bekannte geleistet werden. Pro Kalenderjahr stehen Ihnen für die Verhinderungspflege maximal 3.539 Euro für maximal acht Wochen zur Verfügung.

Gemeinsamer Jahresbetrag

Mehr Infos finden Sie auf
www.pflegeberatung.de

Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege sind in einem sogenannten Gemeinsamen Jahresbetrag zusammengefasst. (siehe Seite 39) Diesen können die Anspruchsberechtigten nach ihrer Wahl flexibel für beide Leistungsarten einsetzen.

Notwendige Aufwendungen (z. B. Verdienstausschlag oder Fahrtkosten) können bei Nachweis auch erstattet werden.

Das Pflegegeld wird zusätzlich weiterhin gezahlt: bei tagesweiser Verhinderungspflege zur Hälfte und bei stundenweiser Verhinderungspflege in voller Höhe.

Bitte beachten Sie, dass es Unterschiede in der Abrechnung der Verhinderungspflege gibt, wenn nahe Angehörige Sie ersatzweise pflegen. Mehr dazu lesen Sie auf unserem Pflege Service Portal unter www.pflegeberatung.de/entlastung.



Entlastungsbetrag

Allen Pflegebedürftigen steht zudem ein Entlastungsbetrag von 131 Euro pro Monat zur Verfügung. Diesen können Sie für folgende Angebote nutzen:

- Tages- oder Nachtpflege
- Kurzzeitpflege
- Pflegedienst
- Unterstützung im Alltag (z. B. anerkannte Nachbarschaftshelfer*innen)

Ihre Pflegeversicherung kann Kosten für diese Leistungen auch dann erstatten, wenn Sie dafür Mittel der Verhinderungspflege nutzen.

Unterstützung im Alltag

Die Pflegeversicherung erstattet die Kosten für eine Reihe von Unterstützungsangeboten, die für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sehr hilfreich sein können. Dafür müssen diese Angebote nach dem jeweiligen Landesrecht anerkannt sein. Solche Leistungen sind zum Beispiel:

- Betreuungsgruppen für Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, mit geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen
- Tagesgruppen in Kleingruppen
- Unterstützende und entlastende Dienste für Familien
- Weitere Betreuungsangebote, die ein selbstständiges Leben ermöglichen oder die pflegenden Angehörigen entlasten
- Entlastungsangebote zur Unterstützung im Haushalt



Die Unterstützung kann vielfältig sein. Dazu gehören zum Beispiel eine Begleitung bei Spaziergängen oder beim Besuch von Freunden, das Vorlesen oder Hilfe bei der Ausübung von Hobbys. Diese Angebote unterstützen Sie dabei, Kontakte zu pflegen, notwendige Besorgungen zu erledigen, und bei der Haushaltsführung.

Ausländische Haushalts- und Betreuungskraft

Manche Pflegebedürftige wünschen sich eine Haushaltshilfe, die jeden Tag vor Ort ist. Um die häusliche Versorgung sicherzustellen, können Sie auch auf eine ausländische Haushalts- und Betreuungskraft zurückgreifen. Es gibt drei Beschäftigungsformen für eine ausländische Haushalts- und Betreuungskraft:

1. eine Anstellung als Arbeitnehmer*in bei Ihnen als pflegebedürftiger Person,
2. eine Entsendung durch ein ausländisches Unternehmen,
3. eine grenzüberschreitende selbstständige Tätigkeit (Einzelunternehmer*in).

Sie unterstützt Sie beispielsweise bei Aufgaben der Hauswirtschaft (Kochen, Putzen etc.) oder im pflegerischen Alltag. Das betrifft die Hilfe beim Essen und Trinken, beim An- und Auskleiden, beim Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, bei der Körperpflege und beim Toilettengang sowie beim Gehen, Stehen und Treppensteigen. Zu den Aufgaben können auch die soziale Betreuung und allgemeine Beschäftigung gehören.

Die medizinische Behandlungspflege müssen Sie jedoch von ausgebildeten Fachkräften eines ambulanten Pflegedienstes durchführen lassen. Zur Finanzierung einer Haushaltshilfe steht es Ihnen frei, das Pflegegeld einzusetzen. Bevor Sie eine ausländische Haushalts- und Betreuungskraft engagieren, empfehlen wir Ihnen ein Gespräch mit der Verbraucherzentrale oder der Pflegeberatung.

Tages- und Nachtpflege

Unter bestimmten Umständen haben Sie einen monatlichen Anspruch auf teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege – zum Beispiel, wenn die häusliche Pflege tagsüber oder nachts nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn eine Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege nötig ist. Für eine Kostenerstattung der teilstationären Pflege müssen Sie mindestens in den Pflegegrad 2 eingestuft sein. In diesen Fällen wird sie angewandt:

- Sie brauchen nur für einige Stunden am Tag oder in der Nacht jemanden, der auf Sie achtgibt.
- Sie möchten Ihre Pflegeperson teilweise entlasten.
- Sie möchten Ihrer Pflegeperson ermöglichen, (teil)erwerbstätig zu sein.
- Sie benötigen umfangreichere Unterstützung wegen einer kurzfristigen Verschlimmerung Ihrer Pflegebedürftigkeit.

Auch ohne besondere Belastung können diese Angebote hilfreich sein. Sie können die Leistung bei Ihrer Pflegeversicherung beantragen. Nutzen Sie die teilstationäre Pflege, hat dies keine Auswirkung auf die Zahlung des Pflegegelds.

Umwandlungsanspruch

Wenn Sie das Budget für Pflegesachleistungen nicht vollständig ausschöpfen, stehen Ihnen bis zu 40 Prozent Ihres Höchstanspruchs des Sachleistungsbetrags für Angebote

zur Unterstützung im Alltag zu. Dies ist der sogenannte Umwandlungsanspruch nach § 45a Abs. 4 SGB XI. Für die Umwandlung bedarf es keiner vorherigen Antragstellung. Wichtig ist, dass die Pflegeversicherung die gewünschten Leistungen als erstattungsfähig anerkennt. Auch Nachbarschaftshilfe kann dazu zählen. Den Umwandlungsanspruch haben alle Pflegebedürftigen, die entweder Pflegesachleistungen, Pflegegeld oder die Kombinationsleistung beziehen.

Beispiel: Umwandlung von Sachleistung

Sie haben Pflegegrad 2. Damit stehen Ihnen maximal 796 Euro für Sachleistungen zur Verfügung. 40 Prozent dieser Summe, also 318,40 Euro, können Sie für Angebote zur Unterstützung im Alltag verwenden, wenn Sie den Erstattungsanspruch für Sachleistungen nicht ausgeschöpft haben.

Alle Leistungen für die Pflege zu Hause im Überblick

Pflegegrad	1	2	3	4	5
Pflegegeld (§ 37 SGB XI)	–	347 €	599 €	800 €	990 €
Sachleistung ambulant (§ 36 SGB XI)	–	796 €	1.497 €	1.859 €	2.299 €
Tages-/Nachtpflege (§ 41 SGB XI)	–	721 €	1.357 €	1.685 €	2.085 €
Entlastungsbetrag (§ 45b SGB XI)	131 €	131 €	131 €	131 €	131 €

Hinweis

Beantragen Sie die Kostenübernahme bei Ihrer Pflegeversicherung auf jeden Fall, bevor Sie mit dem Umbau beginnen. Wenn Sie in einer Mietwohnung leben, bitten Sie den*die Eigentümer*in um Erlaubnis für den Umbau.

Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

Hinter diesem Begriff verbirgt sich eine Reihe von Maßnahmen, die Ihnen das Leben in den eigenen vier Wänden und die häusliche Pflege erleichtern. Die Pflegeversicherung zahlt für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen einen Zuschuss von bis zu 4.180 Euro pro Umbaumaßnahme – unter zwei Voraussetzungen: Zum einen muss die Pflege zu Hause dadurch ermöglicht oder erleichtert werden, zum anderen muss der*die Gutachter*in einen solchen Umbau vorab empfehlen. Liegt Ihnen diese Empfehlung vor, können Sie den Zuschuss für einen Umbau bei Ihrer Pflegeversicherung beantragen.

Hilfsmittel

Rollator, Pflegebett oder Badewannenlifter: Diese technischen Hilfsmittel unterstützen Sie dabei, ein möglichst selbstständiges Leben zu führen und die Pflege zu erleichtern. Weitere Hilfsmittel sind zum Verbrauch bestimmt, wie beispielsweise Einmalhandschuhe oder Bettschutzauflagen. Für letztere erstattet Ihre Pflegeversicherung Kosten in Höhe von bis zu 42 Euro pro Monat. Grundsätzlich gilt jedoch: Empfiehlt Ihnen ein*e Gutachter*in ein Hilfsmittel, klären Sie zunächst mit Ihrer Pflegeversicherung ab, ob sie die Kosten dafür übernimmt. Eine Erstattung gibt es nur, wenn das Hilfsmittel im Hilfsmittelverzeichnis mit einer Nummer aufgelistet ist. Wenn Sie ein Hilfsmittel beantragen, sollten Sie dazu innerhalb von drei Wochen eine Rückmeldung erhalten. Hat sich die Pflegeversicherung nach Ablauf der Frist nicht gemeldet, gilt das Pflegehilfsmittel als



genehmigt. Ist eine erneute Begutachtung notwendig, beträgt diese Frist fünf Wochen.

Rehabilitation

Eine Rehabilitation dient dazu, Ihre Selbstständigkeit so gut wie möglich wiederherzustellen, Ihr Wohlbefinden zu verbessern und eine Steigerung Ihrer Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Außerdem ist eine Rehabilitation zum Beispiel nach einem Schlaganfall oder einem schweren Sturz wichtig, um Fähigkeiten wie das Gehen oder Sprechen wiederzuerlangen oder zu verbessern. Ein*e Gutachter*in oder Arzt/ Ärztin prüft, ob eine Reha notwendig ist und ob Sie daran teilnehmen können. Klären Sie vor Antritt einer Rehabilitation, ob Ihre Krankenversicherung die Kosten übernimmt. Wenn Sie ausreichend mobil sind, können die Maßnahmen ambulant oder teilstationär

durchgeführt werden. Ansonsten findet die Rehabilitation stationär in einer Rehabilitationseinrichtung statt.

Prävention

Regelmäßige Bewegung, gesunde Ernährung und „Gehirnjogging“ helfen, möglichst lange mobil und autark zu bleiben bzw. die Selbstständigkeit zu verbessern. Die Pflegeversicherung unterstützt Sie dabei mit einer Reihe von Präventionsleistungen – auch wenn Sie bereits pflegebedürftig sind. Bei der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit erfasst der*die Gutachter*in etwaige Risiken und gibt im Gutachten Empfehlungen für passende Präventionsmaßnahmen. Das können zum Beispiel Kurse sein zur Bewegungsförderung, Sturzprävention, Verbesserung der Ernährung und zur Unterstützung der psychosozialen Gesundheit.



” **Ich möchte mich außerordentlich für den Einsatz und die professionelle sowie zeitaufwendige Beratung Ihrer Mitarbeiterin bedanken. Sie hat uns mit ihrem Engagement vor dem absoluten Pflegechaos bewahrt und äußerst umsichtig Maßnahmen und Hilfen eingeleitet.**

Marta S. über ihre Erfahrung mit der compass pflegeberatung

Pflege im Heim

Pflegeheime und Pflege-WGs bieten vielfältige Möglichkeiten und sind gegebenenfalls eine Alternative für die Pflege zu Hause. Bei der Auswahl der passenden Unterkunft unterstützen Sie unsere Pflegeberater*innen.

Zuschüsse zu den Heimkosten

Die Pflegeversicherung übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und für Leistungen der

TIPP

Pflegeheime in Ihrer Nähe finden Sie unter www.pflegeberatung.de. Mit dem Button "Suche verfeinern" können Sie in die Suche alle Kriterien und Service-Angebote eingeben, die Ihnen wichtig sind.

medizinischen Behandlungspflege und trägt damit einen Teil der Kosten für die vollstationäre Versorgung. Alle Bewohner*innen mit den Pflegegraden 2 bis 5 zahlen den gleichen Eigenanteil pflegebedingter Aufwendungen inklusive der gegebenenfalls zu zahlenden Ausbildungsumlage innerhalb eines Heims. Die Pflegeversicherung zahlt einen Leistungszuschlag: von im ersten Jahr 15 Prozent des pflegebedingten Eigenanteils, im zweiten 30 Prozent, im dritten 50 Prozent und ab dem vierten Jahr 75 Prozent. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung – man sagt dazu auch „Hotelkosten“ – sowie Investitionskosten und besondere Komfortleistungen müssen Heimbewohner*innen selbst tragen.

Wenn Sie im Pflegeheim leben, haben Sie einen gesetzlich festgeschriebenen Anspruch auf „Maßnahmen zur zusätzlichen Betreuung und Aktivierung“. Hinter dieser Formulierung stecken Beschäftigungsangebote wie Malen, Basteln, Singen und Musizieren, handwerkliche Arbeiten, Brett- und Kartenspiele, Spaziergänge, Ausfahrten mit dem Rollstuhl, kleinere Ausflüge und Gedächtnistrainings.

TIPP

Wenn es Konflikte mit einer professionellen Pflegekraft gibt, zögern Sie nicht, diese offen anzusprechen und wenn nötig auch die Einrichtung mit einzubeziehen. Wenn die Situation zu eskalieren droht oder dies schon geschehen ist, sollten Sie dringend Hilfe suchen. Auf der Webseite www.pflege-gewalt.de des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP) finden Sie eine Liste mit Krisentelefonen in ganz Deutschland, die Sie in einer akuten Notsituation anrufen können.

Pflege-WG

Um Pflegebedürftigen möglichst lange ein selbstständiges Leben zu Hause zu ermöglichen, fördert die Pflegeversicherung Wohngemeinschaften, die die Bewohner*innen selbst organisieren können und die von einem Pflegedienst unterstützt werden. Die WG-Mitglieder erhalten zusätzlich zu den gesetzlichen ambulanten Leistungen einen Wohngruppenzuschlag von bis zu 224 Euro monatlich. Diesen Zuschlag können Sie bei Ihrer Pflegeversicherung beantragen.

TIPP

Im Pflegeleistungscompass sehen Sie alle Leistungen, die Ihnen als pflegebedürftiger Person zustehen, auf einen Blick. Trennen Sie ihn einfach aus dem Heft heraus, Ihr*e Pflegeberater*in hilft Ihnen bei Fragen oder Unklarheiten.

Pflegeheim und Pflege-WG: die Leistungen im Überblick

Pflegegrad	1	2	3	4	5
Vollstationäre Leistungen (§ 43 SGB XI)	131 €	805 €	1.319 €	1.855 €	2.096 €
Sachleistung ambulant (§ 36 SGB XI) in der WG	–	796 €	1.497 €	1.859 €	2.299€
WG-Zuschuss (§ 38a SGB XI)	224 €	224 €	224 €	224 €	224 €



Meine Notizen – Leistungen der Versicherung

Welche Pflege wünsche ich mir? _____

Wie kann ich meine Selbstständigkeit erhalten? _____

Welche Möglichkeiten habe ich in Zukunft? _____



An- und Zugehörige pflegen

Sie möchten für Ihre*n pflegebedürftige*n An- oder Zugehörige*n da sein. Gleichzeitig sind Sie berufstätig und wollen dies auch bleiben. Wie bekommen Sie Pflege, Beruf, Familie und eigene Interessen unter einen Hut? Neben einer bezahlten Freistellung von wenigen Tagen zu Beginn einer Pflegebedürftigkeit hat der Gesetzgeber verschiedene Regelungen getroffen, um Ihnen die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf zu erleichtern und Sie sozial abzusichern.

Soziale Absicherung

Wer ein Familienmitglied oder auch eine*n Bekannte*n zu Hause pflegt, für den zahlt die Pflegeversicherung Beiträge zur Rentenversicherung. Das sind die Voraussetzungen:

- Der*Die Pflegebedürftige hat mindestens Pflegegrad 2.
- Sie sind mindestens zehn Stunden pro Woche mit der Pflege beschäftigt, diese verteilen sich auf wenigstens zwei Tage pro Woche. Dieser zeitliche Aufwand kann auch bei der Pflege von zwei oder mehr Pflegebedürftigen erreicht werden.
- Sie arbeiten nicht mehr als 30 Wochenstunden.

Als Pflegeperson sind Sie durch die gesetzliche Unfallversicherung geschützt. Diese umfasst alle Tätigkeiten, die für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit berücksichtigt werden, zum Beispiel eine Unterstützung im Haushalt. Haben Sie Ihre Beschäftigung wegen der Pflegetätigkeit unterbrochen oder ganz aufgegeben, zahlt die Pflegeversicherung für die Dauer der Pflege unter bestimmten Voraussetzungen auch die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung.

Beruf und Pflege vereinbaren

Beruf und Pflege zu vereinbaren ist nicht leicht. Deshalb unterstützt Sie der Gesetzgeber dabei. Auf den folgenden Seiten erläutern wir Ihnen die aktuellen Regelungen.

”

Ihre Mitarbeiterin hat auch mich als Angehörige durch ihren Einsatz sehr entlastet und uns aufgezeigt, welche Hilfestellungen möglich sind: nach, aber auch schon vor der Entlassung aus dem Krankenhaus. Ein großes Dankeschön!

Christina H. über ihre Erfahrung mit der compass pflegeberatung



Familienpflegezeit

Die Familienpflegezeit können Sie in Anspruch nehmen, wenn Sie in einem Unternehmen mit mehr als 25 Mitarbeitenden beschäftigt sind. Sind 25 oder weniger Arbeitnehmer*innen beschäftigt, erfolgt die Freistellung auf Antrag. Dann haben Sie das Recht, Ihre Wochenarbeitszeit für einen Zeitraum von maximal zwei Jahren auf bis zu 15 Stunden zu reduzieren. Den Verdienstausschlag kann ein zinsloses Bundesdarlehen auffangen.

Möglich ist alternativ, dass Sie ein Jahr lang zu 50 Prozent arbeiten. Während der Familienpflegezeit erhalten Sie dann trotzdem 75 Prozent Ihres Lohns. Wenn Sie nach der Familienpflegezeit wieder in Vollzeit berufstätig sind, erhalten Sie zum Ausgleich ebenso 75 Prozent Ihres Lohns für das folgende Jahr.

Kurzzeitige Arbeitsverhinderung

Wenn eine akute Pflegesituation eintritt, dann haben Sie als nahe*r Angehörige*r das Recht auf eine Auszeit vom Beruf. Der Anspruch besteht für bis zu 10 Arbeitstage je pflegebedürftiger Person pro Kalenderjahr. Sie erhalten in dieser Zeit ein Pflegeunterstützungsgeld in Höhe von rund 90 Prozent Ihres Nettolohns, um den Lohnausfall auszugleichen, höchstens jedoch 70 Prozent der Beitragsbemessungsgrenze.

Pflegezeit

Sie können sich für einen Zeitraum von bis zu sechs Monaten ganz oder teilweise vom Beruf freistellen lassen, um ein Familienmitglied zu Hause zu pflegen. Über die Pflegezeit müssen Sie Ihren Arbeitgeber zehn Tage vor Beginn schriftlich informieren. Einen Anspruch auf Pflegezeit haben Angestellte von Unternehmen, die mehr

als 15 Mitarbeiter*innen beschäftigen. In Betrieben mit 15 oder weniger Beschäftigten kann eine Freistellung auf Antrag erfolgen. Arbeitnehmer*innen, die sich nach dem Pflegezeitgesetz vom Job freistellen lassen, haben ebenfalls Anspruch auf ein zinsloses Bundesdarlehen.

Begleitung am Lebensende

Sie möchten ein Familienmitglied in der letzten Lebensphase zu Hause oder in einem Hospiz begleiten. Dann können Sie sich dafür bis zu drei Monate von der Arbeit freistellen lassen. Ihr Arbeitgeber muss jedoch mehr als 15 Mitarbeitende beschäftigen, damit Sie auf eine Freistellung einen Rechtsanspruch haben. In Betrieben mit 15 oder weniger Beschäftigten kann eine Freistellung auf Antrag erfolgen. Zur Finanzierung können Sie auch ebenfalls ein zinsloses Bundesdarlehen beantragen.

TIPP

Die Pflegezeit und die Familienpflegezeit können Sie miteinander kombinieren. Beide Zeiträume müssen aber direkt aneinander anschließen und dürfen insgesamt nicht länger als 24 Monate dauern.



Entlastung für Pflegende

Wer einen Pflegebedürftigen versorgt, braucht ab und zu Unterstützung oder eine Auszeit, um selbst gesund zu bleiben. Das können kurze freie Zeiträume sein, in denen man einem Hobby nachgeht, aber auch längere, um beispielsweise in den Urlaub zu fahren. Die Pflegeversicherung übernimmt die Kosten für die Pflege, wenn Sie ein anderes Familienmitglied, ein*e Nachbar*in oder ein Pflegedienst für einige Stunden oder auch für eine längere Zeit vertritt.

TIPP

Konflikte gibt es in fast jeder Beziehung, auch zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen. Dann hilft es, die Situation zu hinterfragen. Finden Sie heraus, was Sie bei der Pflege belastet, in welchen Situationen Sie besonders angespannt sind und auf welchem Weg Sie wieder entspannen und neue Kraft schöpfen können. Die Webseite www.pflege-gewalt.de bietet fundiertes Wissen und Tipps zu Konfliktbewältigung und Gewaltprävention.



„Ihre Pflegeberatung ist für uns nicht mehr wegzudenken. Meine Frau und ich haben über die Jahre manch nützliche Information erhalten, die nur jemand geben kann, der voll im Metier steht.

Dr. Bruno K. über seine Erfahrung mit der Pflegeberatung

Tages- und Nachtpflege

Wenn Sie berufstätig sind und gleichzeitig Ihre*n pflegebedürftige*n Angehörige*n versorgen, kann die Tages- oder Nachtpflege – auch teilstationäre Pflege genannt – Sie unterstützen. Doch auch ohne Doppelbelastung ist dieses Angebot hilfreich und entlastend. Die Tages- oder Nachtpflege muss bei der Pflegeversicherung Ihres*r Angehörigen beantragt werden; diese übernimmt die Kosten je nach Pflegegrad. Das Pflegegeld Ihres*r Angehörigen wird weiterhin in voller Höhe gezahlt.

Gemeinsamer Jahresbetrag für Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege

Es gibt Zeiten, in denen Sie als Pflegeperson nicht verfügbar sind. Wenn Sie erkranken oder in den Urlaub fahren möchten, hat der*die Pflegebedürftige Anspruch auf eine Ersatzpflege. Dafür steht allen Pflegebedürftigen ab Pflege-

grad 2 jährlich ein Gesamtleistungsbetrag zur Verfügung, der für die Leistungen der Kurzzeit- und/oder Verhinderungspflege eingesetzt werden kann. Dieser Gemeinsame Jahresbetrag beträgt pro Kalenderjahr bis zu insgesamt 3.539 Euro. Die zeitliche Höchstdauer der Verhinderungs- und Kurzzeitpflege umfasst jeweils acht Wochen (56 Tage) im Kalenderjahr.

Kurzzeitpflege

Wenn Sie als Pflegeperson z. B. eine Auszeit oder eine Vorsorgetherapie benötigen, kann die Kurzzeitpflege in Anspruch genommen werden, um Ihre*n Angehörige*n ab Pflegegrad 2 in einer Pflegeeinrichtung versorgen zu lassen. Eine Kurzzeitpflege steht für maximal acht Wochen pro Kalenderjahr zur Verfügung, die Pflegeversicherung unterstützt dabei mit maximal 3.539 Euro. Das Pflegegeld wird in dieser Zeit zur Hälfte weitergezahlt.

Verhinderungspflege

Wenn Sie einmal an der Pflege gehindert sind, kann für Ihre*n Angehörige*n eine Verhinderungspflege genutzt werden. Dafür muss mindestens Pflegegrad 2 vorliegen. Hierfür kann maximal der Gesamtbetrag von 3.539 Euro aus dem Gemeinsamen Jahresbetrag beansprucht werden.

Eine Verhinderungspflege kann auch stundenweise genutzt werden, beispielsweise, wenn Pflegende einem Hobby nachgehen oder einen Arzttermin wahrnehmen möchten. Brauchen Sie diese Ersatzpflege an einem Tag weniger als acht Stunden, bleibt der volle zeitliche Anspruch von acht

Gemeinsamer Jahresbetrag

Mehr Infos finden Sie auf www.pflegeberatung.de

Wichtig:

Die Möglichkeiten der Verhinderungspflege sind sehr vielfältig. Ihr*e Pflegeberater*in informiert und unterstützt Sie gerne.

Wochen erhalten. Bei einer stundenweisen Verhinderung der Pflegeperson von weniger als acht Stunden am Tag, besteht zudem ein Anspruch auf das volle Pflegegeld für diesen Tag. Nutzen Sie die Verhinderungspflege für ganze Tage, wird das Pflegegeld bis zu acht Wochen lang zur Hälfte weitergezahlt.

Pflegeschulungen

Pflegeschulungen sind ein sinnvolles ergänzendes Angebot, wenn Sie eine*n An- oder Zugehörige*n zu Hause pflegen. Dort geben Ihnen Expert*innen viele Informationen und Tipps rund um die Pflege und zeigen Ihnen spezielle Handgriffe, die es Ihnen beispielsweise ermöglichen, einem pflegebedürftigen Menschen rückschonend aus dem Bett zu helfen. Auch der Umgang mit Menschen mit Demenz kann Inhalt einer Pflegeschulung sein.

Pflegeschulungen finden entweder in Schulungseinrichtungen statt oder es kommt ein Pflegeexperte/ eine Pflegeexpertin zu Ihnen nach Hause. Die häusliche Schulung hat den Vorteil, dass noch besser auf die individuelle Pflegesituation eingegangen werden kann. Die Kosten für eine Pflegeschulung übernimmt in der Regel die Pflegeversicherung.

Ausführliche Informationen zu Anbietern und Inhalten von Pflegeschulungen und Online-Pflegekursen finden Sie auf www.pflegeberatung.de.



Meine Notizen zur Pflege

[illegible]

Gesund bleiben bei der Pflege von An- und Zugehörigen

Die Versorgung eines Partners/ einer Partnerin oder eines Elternteils erfordert häufig viel Kraft – mental und körperlich. Die Präventive Pflegeberatung für pflegende Angehörige von compass unterstützt Sie dabei, Ihre Gesundheit zu erhalten. Gemeinsam identifizieren wir belastende Situationen und suchen für Sie nach Aktivitäten, Möglichkeiten und Angeboten, die Ihren Körper und Ihre Psyche gleichermaßen stärken. Sprechen Sie uns gerne an. Unsere Pflegeberater*innen erreichen Sie auch telefonisch unter der kostenfreien Servicenummer 0800 101 88 00.

Notfall: plötzlicher Ausfall der Pflegeperson

Für den Fall, dass Sie als Pflegeperson plötzlich erkranken oder verunfallen, sollten Sie sicherstellen, dass die von Ihnen gepflegte Person versorgt sein wird. Um dafür vorzusorgen, können Sie die Notfall-Checkliste auf www.pflegeberatung.de nutzen und eine Notfall-Checkkarte abrufen. Diese tragen Sie am besten zusammen mit dem Personalausweis immer bei sich. Sie enthält u. a. die Informationen, wer schnellstmöglich zu informieren ist und für welche pflegebedürftige Person Sie verantwortlich sind.



Hilfe in Akutsituationen

Pflege kann sehr anstrengend sein: Für die pflegebedürftige ebenso wie für die pflegende Person. Schnelle Hilfe bei Verzweiflung oder der Eskalation von Konflikten gibt es von verschiedenen regionalen Anbietern. Wenden Sie sich an Ihre Pflegeberatung. Diese kann Ihnen hilfreiche Kontakte vermitteln, um die Akutsituation wieder in den Griff zu bekommen.

Service Portal www.pflegeberatung.de

Ergänzend zu dieser Broschüre bietet compass auf dem Pflege Service Portal www.pflegeberatung.de umfassende Informationen und nützliches Wissen rund um das Thema Pflege an. Über die Pflegesuche finden Sie dort außerdem Pflegedienste, Betreuungs- und Hilfsangebote in Ihrer Nähe.

Stichwortverzeichnis

24h-Pflege	22
ambulant	18
Anbietersuche	42
Angebote zur Unterstützung im Alltag § 45a	25
Antragstellung	8
Ausländische Haushalts- und Betreuungskraft	23
Begleitung am Lebensende (Bundesdarlehen)	35
Begutachtung	7, 8
Begutachtungstermin (Vorbereitung, Ablauf)	10
Begutachtungsinstrument	15
Begutachtungsverfahren	7
Behinderung	22
Beratungsbesuch (nach § 37 Abs. 3 SGB XI)	17
Beratungsstelle	4
Betreuung	22, 23, 29
Demenz	22, 30, 40
Entlastung (für Pflegende)	37
Entlastungsbetrag	21
Familienpflegezeit	35
Gemeinsamer Jahresbetrag	20, 38
Gewalt	29, 37
Heimauswahl (Kriterien)	28
Heimkosten	29
Hilfe in Akutsituationen	42
Hilfsmittel	26, 8
Kombinationsleistung	19, 25
Konflikt	42

Kurzzeitpflege	20, 38
Leistungen (der Pflegeversicherung)	25, 30
Letzte Lebensphase	36
Module, Begutachtung	11–15
Nachbarschaftshelfer*in	25
Pflegebedürftigkeit	7
Pflegeberatung	4
Pflegedienst, ambulant	18
Pflegeeinrichtung	28
Pflegegeld	17
Pflegegrad	14, 15
Pflegeheim	28
Pflegekurs	40
Pflegeprotokoll (als Formular in der Heftmitte)	8
Pflegeunterstützungsgeld	36
Pflegezeit	36
Prävention für pflegende Angehörige	40
Sachleistung	18, 24
Soziale Absicherung	34
Tages- und Nachtpflege	24, 38
teilstationär	24, 38
Umwandlungsanspruch	24
Unfallversicherung	34
Urlaub	37
Verhinderungspflege	20, 39
vollstationär	29
Vorpflegezeit	20, 39
Wohngemeinschaften	30
Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen	26

Weiterführende Informationen

compass private pflegeberatung

Als unabhängige Tochter des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. stellt compass private pflegeberatung für alle privat Versicherten und ihre Angehörigen den gesetzlich verankerten Anspruch auf kostenfreie Pflegeberatung nach § 7a SGB XI sicher. compass verbessert Pflegesituationen bundesweit. Aus einer Hand können Pflegebedürftige bei compass zusätzlich auch die Beratung bei Pflegegeldbezug nutzen.

Seit der Unternehmensgründung im Jahr 2008 bietet compass darüber hinaus Pflegeberatung für Betroffene, An- und Zugehörige und Interessierte an. Die telefonische Beratung steht jedem offen – auf Wunsch auch anonym.

compass arbeitet mit verschiedenen Akteuren im Gesundheits- und Pflegebereich zusammen, um alle relevanten Professionen für eine optimale Versorgung von Pflegebedürftigen miteinander zu vernetzen.

www.compass-pflegeberatung.de.

Pflege Service Portal www.pflegeberatung.de

Für unsere Umwelt

Diese Broschüre ist auf FSC-zertifiziertem Papier gedruckt und klimaneutral produziert.



Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP)

Die gemeinnützige Stiftung unterstützt mit ihrem Angebot alle, die sich für pflegebedürftige Menschen engagieren – in Familie, Praxis, Politik und Wissenschaft. Ihr Ziel ist es, die gesundheitliche Versorgung und die Pflegequalität für ältere pflegebedürftige Menschen zu verbessern.

www.zqp.de

Stiftung Gesundheitswissen

Das Ziel der Stiftung Gesundheitswissen ist es, die Kompetenz der Menschen zu stärken, sodass sie zum* zur Mitgestalter*in ihrer Gesundheit werden. Dazu erstellt sie laienverständliche, unabhängige und qualitätsgesicherte Gesundheitsinformationen.

www.stiftung-gesundheitswissen.de

Notizen

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Wir beraten Sie gern!

Wählen Sie unsere gebührenfreie Servicenummer **0800 101 88 00**

Vereinbaren Sie Ihren Termin für eine Pflegeberatung
vor Ort, per Telefon oder Videogespräch unter www.compass-pflegeberatung.de
oder per E-Mail an pflegeberatung@compass-pflegeberatung.de

In unserem Pflege Service Portal finden Sie alle Informationen zum Thema Pflege
www.pflegeberatung.de

Unsere Social Media Kanäle und weitere digitale Angebote finden Sie auf
www.compass-pflegeberatung.de/digital



Folgen Sie uns!

