

SONDERAUSGABE 1.2017
PFLEGE

TREFF PUNKT

DAS KUNDENMAGAZIN
IHRER SPARKASSE

www.sparkasse.de

Pflege & Pflegeversicherung

Für alle Fälle gut versorgt

Entscheiden

Zu Hause oder ins Heim?

Angehörige

Entlastung für die Pfleger



Was macht glücklich?



Gute Freunde, Musik, ein blauer Himmel, die Liebe, nette Kollegen, ein großes Eis? Jeder Mensch hat große und kleine Träume vom Glück. Wir wollen helfen, dass auch für Menschen mit Behinderungen viele dieser Träume wahr werden. In einem Leben, das so selbstbestimmt wie möglich ist, mit so viel Hilfe wie nötig. Denn Freiheit macht glücklich.

www.bethel.de



Thomas Stoll,
Chefredakteur
thomas.stoll@dsv-gruppe.de

Emotionaler Ausnahmestand

MEISTENS PASSIERT ES unerwartet und plötzlich. Wird ein Angehöriger pflegebedürftig, dann ist das für die Familie der emotionale Ausnahmestand. Sorgen schwirren durch die Köpfe der Beteiligten: Wie soll das jetzt weitergehen? Dutzende Aufgaben sind zu erledigen: Pflegegrad feststellen lassen, Pflegedienst oder Heimplatz organisieren, eventuell Wohnung auflösen. Hinzu kommen schwierige moralische Fragen: Haben wir wirklich die Kraft, Opa auf Dauer zu Hause zu pflegen? Oder ist das Heim nicht die bessere Lösung? Meist kommen auch finanzielle Sorgen auf: Wie lange können wir den Pflegedienst finanzieren? Reicht das Geld, wenn Oma doch ins Heim muss? All diese Sorgen, Aufgaben und Entscheidungen kann Ihre Sparkasse Ihnen nicht abnehmen. Aber sie kann mit Informationen dabei helfen, Ordnung in den Ausnahmestand zu bringen. Dazu haben wir dieses Sonderheft in vier Abschnitte unterteilt: Teil eins gibt

Ihnen einen Überblick über die Pflege-reform und darüber, wie Job und Pflegefall vereinbart werden können. Im zweiten Abschnitt beschäftigen wir uns mit der Frage, was bei der Pflege zu Hause und bei der Auswahl eines Heims zu beachten ist. Im dritten Teil dreht sich alles um die Finanzierung der Pflegekosten und darum, wie Sie für sich selbst die Pflegelücke schließen können. Zum Schluss erklären wir, wie der Staat Pfle-gende unterstützt – durch Punkte bei der Rente und geförderte Auszeiten. Auch und gerade wenn der Zeitpunkt noch nicht gekommen ist, dass ein Mitglied der Familie Pflege benötigt, sollten Sie dieses Heft zum Anlass nehmen, mit Ihrer Sparkasse zu sprechen. Sie hilft Ihnen, sich gegen die finanziellen Folgen eines Pflegefalls zu schützen. Auch dann bleibt dieser ein emotionaler Ausnahmestand. Aber Sie werden ihn besser beherrschen.

Ihr Thomas Stoll

Inhalt Sonderheft 1.2017

Mehr Leistungen für Demenzkranke, Stärkung der häuslichen Pflege – seit Jahresbeginn ist in der Pflege vieles anders. Doch Fakt bleibt: Jeder Pflegefall ist mit Belastungen verbunden – finanziell und emotional, für Betroffene wie für deren Angehörige. Treffpunkt beleuchtet, was Sie zum Thema Pflege wissen sollten. Individuelle Beratung gibt es bei den Pflegestützpunkten und bei der privaten Pflegeberatung Compass – je nachdem, ob Sie gesetzlich oder privat versichert sind.

Fähigkeiten definieren

Neues bei der Pflege

6

Seit Anfang des Jahres stehen die individuellen Fähigkeiten der Betroffenen im Mittelpunkt des Pflegeverständnisses, aus den Pflegestufen wurden Pflegegrade, und: Körperliche, geistige und psychische Beeinträchtigungen werden gleichrangig bewertet. Ein Überblick.



Die Pflegereform bringt auch Vorteile für Personen mit leichten körperlichen Einschränkungen. Sie haben jetzt gute Chancen, Pflegegrad 1 zugesprochen zu bekommen. Auch für die Entlastung der pflegenden Angehörigen wird gesorgt.

Pflege organisieren

- Zeit zum Kümmern** 10
Ein Pflegefall tritt oft von einem Tag auf den anderen ein. Dann gilt es, viel zu organisieren. Dank gesetzlicher Regelungen können Arbeitnehmer sich freistellen lassen.
- Die Leistungen der Pflegekasse** 14
Ein Überblick über die finanziellen Hilfen im Pflegefall.

Entscheidungen treffen

- Pflege zu Hause** 16
Die meisten Pflegebedürftigen möchten im gewohnten Umfeld bleiben. Das stellt Angehörige oft vor große Herausforderungen. Was bei der Entscheidung zu berücksichtigen ist.
- In professionellen Händen** 21
Nicht immer ist häusliche Pflege die beste Lösung, und oft ist sie schlichtweg nicht möglich. Dann ist es gut zu wissen, wie man ein passendes Heim findet.

Kosten schultern

- Gute Pflege kostet Geld** 24
Die Pflegepflichtversicherung sichert Basisleistungen ab. Je nach Pflegegrad und Art der Pflege können die Kosten das Budget der Betroffenen erheblich strapazieren. Welche Belastungen auf Pflegebedürftige und Angehörige zukommen können.
- Pflegelücke schließen** 27
Private Zusatzversicherungen können einen großen Teil der pflegebedingten Kosten decken, die nicht durch die Pflichtversicherung abgedeckt sind. Dafür bieten sich unterschiedliche Möglichkeiten.



Pflegende entlasten

- Besser abgesichert** 30
Die Einführung von Pflegegraden wirkt sich in der Regel auch positiv auf die Rentenansprüche der pflegenden Angehörigen aus.
- Auszeit von der Pflege** 32
Auch pflegende Angehörige brauchen mal Pause. Um trotzdem die Pflege zu sichern, gibt es Unterstützung – etwa durch die Kurzzeit- und Verhinderungspflege.
- Älter werden in Balance** 34
Warum Bewegung auch im Alter wichtig ist, erklärt Siam Schoofs, Referent für das Programm „Älter werden in Balance“ bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Impressum

HERAUSGEBER, VERLAG UND VERTRIEB:
Deutscher Sparkassen Verlag GmbH,
Am Wallgraben 115, 70565 Stuttgart

CHEFREDAKTEUR: Thomas Stoll
Stellv. Chefredakteur: Ralf Kustermann

ART DIRECTOR: Joachim Leutgen

REDAKTIONSTEAM:
Dr. Karin Graf (Redaktionsleitung),
Tel. +49 7 11 782-17 24, Fax 49 7 11 782-12 88,
Antje Berg, Daniel Evensen, Karin Lück, Antje Schmitz, Volker Tietz
E-Mail: treffpunkt@dsv-gruppe.de

EXTERNE AUTOREN DIESER AUSGABE:
Wolfgang Büser, Eva Neuthinger, Judith Meister, Malte Säger, Tanja Wolf

LAYOUT UND GRAFIK:
KD1 Designagentur, www.kd1.com

LEKTORAT: Lektor.net.de, Hamburg
DRUCK: Westermann-Druck GmbH,
Georg-Westermann-Allee 66, 38104
Braunschweig

INHALT: Trotz sorgfältiger Bearbeitung keine Gewähr. Alle Rechte vorbehalten. Diese Publikation enthält keine Finanzanalysen beziehungsweise Informationen mit Empfehlungen nach § 34b WpHG.

HINWEIS: Wertpapiere sind Risikoanlagen, die überdurchschnittliche Kapitalerträge abwerfen, aber auch erhebliche Verluste verursachen können. Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass sämtliche Angaben

keine Anlageempfehlungen darstellen. Alle Informationen beruhen zudem auf sorgfältigen Recherchen, eine Gewähr kann jedoch nicht übernommen werden.

Nachdruck oder sonstige Wiedergabe sämtlicher Inhalte und Abbildungen, auch auszugsweise, ist nur mit ausdrücklicher Genehmigung der Redaktion gestattet. Für Manuskripte und Bildunterlagen, die unverlangt eingesandt werden, wird keine Haftung übernommen.

Redaktionsschluss: 17. 1. 2017

ERSCHEINUNGSWEISE:
Vierteljährlich plus Sonderhefte

ANZEIGEN: Deutscher Sparkassen Verlag GmbH, Am Wallgraben 115, 70565 Stuttgart
Anzeigenverkauf: Margarete Werdermann
Tel. +49 7 11 782-1199, Fax -2080
E-Mail: margarete.werdermann@dsv-gruppe.de

Es gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 26 vom 1. 1. 2017.

BEZUGSPREIS: Diese Zeitschrift wird von den meisten Instituten der Sparkassen-Finanzgruppe zur Information ihrer Kunden eingesetzt. Wo dies nicht der Fall ist, kann sie direkt vom Verlag bezogen werden. Der Preis für ein Jahresabonnement beträgt 21 Euro im Inland (36 Euro im Ausland) einschließlich Zustellgebühren und Mehrwertsteuer. Das Abonnement verlängert sich automatisch um ein weiteres Kalenderjahr, wenn nicht drei Monate vor Ablauf des Kalenderjahres gekündigt wird. Einzelheft 3,50 Euro.

Artikel-Nr. 322 111 189/089
ISSN-Nr. 16 13-7957



Pflegereform sorgt oft für Entlastung

Seit Januar gelten andere Kriterien bei der Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Ausschlaggebend sind jetzt die individuellen Fähigkeiten des Einzelnen, unabhängig von der Art der Beeinträchtigung.

Text: Wolfgang Büser

MIT DEM PFLEGESTÄRKUNGSGESETZ II wurden zu Jahresbeginn ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungsinstrument eingeführt. Die wohl zunächst sichtbarste Änderung: Ab 2017 ersetzen fünf Pflegegrade die bisher geltenden drei Pflegestufen. Die Reform führt zu wichtigen Verbesserungen. So müssen die von den Pflege-

versicherungen eingesetzten Gutachter nun nicht mehr „mit der Stoppuhr“ feststellen, ob und gegebenenfalls in welchem Umfang eine pflegebedürftige Person Leistungen aus der Pflegeversicherung beanspruchen kann. Maßgebend ist jetzt, inwieweit ein Mensch in der Lage ist, die Anforderungen des Alltags in unterschiedlichen Lebensbereichen



selbstständig zu bewältigen. Neu ist zudem, dass zur Feststellung des Pflegegrads neben den körperlichen auch die geistigen und psychischen Fähigkeiten berücksichtigt werden. Damit erhalten demenziell Erkrankte nun die gleichen Leistungen von der Pflegeversicherung wie Menschen, die aufgrund einer körperlichen Beeinträchtigung Unterstützung brauchen.

Wichtig: Alle Betroffenen, die bereits vor 2017 anerkannt pflegebedürftig waren, werden nicht erneut begutachtet. Von ihren Pflegekassen werden sie bei ausschließlich körperlichen Beeinträchtigungen automatisch dem jeweils nächsthöheren Pflegegrad zugewiesen (siehe Schaubild rechts). So erhält etwa ein Pflegebedürftiger in Pflegestufe 2 den Pflegegrad 3. Pflegebedürftige mit

Demenz werden um zwei Grade angehoben. Dabei wird niemand schlechtergestellt – es gilt Bestandsschutz.

Neues Begutachtungsinstrument

Wird der Pflegegrad neu bestimmt, betrachten die Gutachter des Medizinischen Dienstes die Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen in sechs definierten Lebensbereichen – den sogenannten „Modulen“ – und fügen die Ergebnisse im Anschluss gewichtet zu einem Gesamtbild zusammen (vergleiche Grafik „Messen und Gewichten“, Seite 8). ↘



i VON „STUFE“ ZU „GRAD“

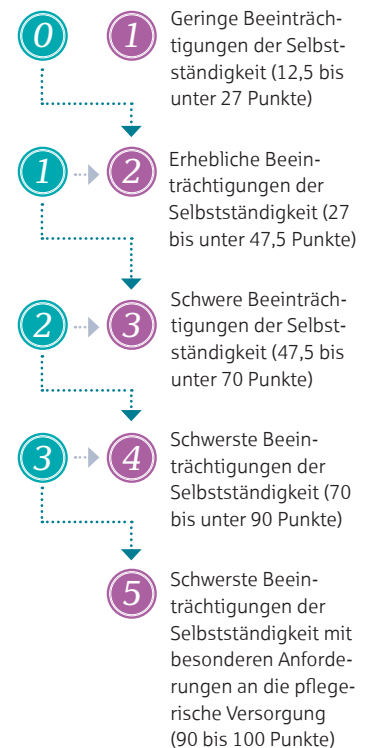
Die Umgruppierung von bereits vor 2017 pflegebedürftigen Menschen erfolgt automatisch.

Alt

Pflegestufen orientieren sich am Zeitaufwand.

Neu

Pflegegrade orientieren sich am Grad der Selbstständigkeit.



+1 Bei der Umgruppierung der Menschen mit körperlichen Einschränkungen gilt die Grundregel „+1“

+2 Bei der Umgruppierung der Menschen mit beeinträchtigter Alltagskompetenz gilt die Grundregel „+2“

Thematisiert und bewertet werden die folgenden Lebensbereiche:

- Modul 1 – Mobilität: Wie selbstständig kann sich die Person fortbewegen und ihre Körperhaltung ändern?
- Modul 2 – Kognitive und kommunikative Fähigkeiten: Wie findet sich der Pflegebedürftige in seinem Alltag örtlich und zeitlich zurecht? Kann er Entscheidungen treffen, Gespräche führen und Bedürfnisse mitteilen?
- Modul 3 – Verhaltensweisen und psychische Problemlagen: Wie häufig benötigt die Person Hilfe aufgrund von psychischen Problemen, etwa durch aggressives oder ängstliches Verhalten?
- Modul 4 – Selbstversorgung: Wie selbstständig kann die zu pflegende Person essen, trinken und sich waschen?
- Modul 5 – Umgang mit krankheits-spezifischen/therapiebedingten Anforderungen: Wie aufwendig ist die Hilfe beim Umgang mit der Krankheit und

„Sechs Lebensbereiche werden bei der Begutachtung betrachtet“

bei Behandlungen, etwa Medikamentengabe oder Verbandswechsel?

- Modul 6 – Gestaltung des Alltagslebens und der bestehenden sozialen Kontakte: Wie selbstständig kann die Person den Tagesablauf planen und ihre Kontakte pflegen?

Jeder Teilaspekt, der in einem Modul betrachtet wird, wird im Hinblick auf die Selbstständigkeit mit einer Punktzahl (je nach Modul 0 bis 3 beziehungsweise 5 Punkte) bewertet. Bei der „Mobilität“ sind das zum Beispiel die Fähigkeiten „Positionswechsel im Bett“, „Halten einer stabilen Sitzposition“, „Umsetzen“, „Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs“ und „Treppensteigen“. Dabei gilt: Können bestimmte Tätigkeiten in den einzelnen Lebensbereichen komplett selbstständig durchgeführt

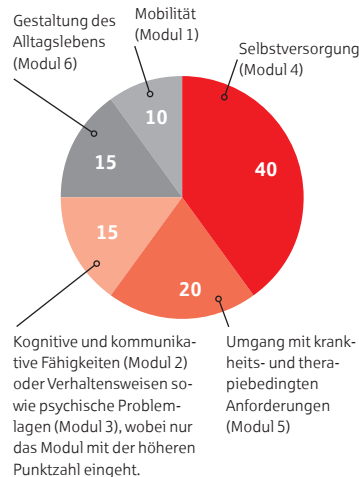


DIE PFLEGEREFORM bringt vor allem für Menschen mit Demenzerkrankung finanzielle Verbesserungen.

i MESSEN UND GEWICHTEN

Das neue Begutachtungssystem

Zur Feststellung des Pflegegrads werden die Fähigkeiten in sechs definierten Lebensbereichen begutachtet. Sie werden mit folgender Gewichtung zusammengeführt (Angaben in Prozent):



Quelle: MDK, August 2016

werden, gibt es keinen Punkt. Fähigkeiten, die nicht einmal in geringem Umfang durchgeführt werden können, erhalten drei Punkte. Es liegt auf der Hand: Je höher die Punktzahl, desto schwerwiegender die Beeinträchtigung und desto höher fallen später der zuerkannte Pflegegrad und damit auch die Leistungen der Pflegekassen aus.

Zur Veranschaulichung ein Beispiel: Ein Mann, der im Bett nur noch eingeschränkt die Position wechseln kann, erhält dafür 2 Punkte. Er kann aber noch selbstständig sitzen, deshalb wird hierfür kein Punkt vergeben. Das „Umsetzen“ aber bedarf überwiegend einer Hilfestellung (2 Punkte), ebenso wie die Fortbewegung innerhalb der Wohnung (2 Punkte). Treppensteigen geht auf keinen Fall allein – es kommen weitere 3 Punkte dazu. Insgesamt käme er damit auf 9 Punkte. Dieses Ergebnis geht in die Gesamtbewertung ein – allerdings nicht mit den vollen „10 Prozent“, mit denen Mobilität maximal gewichtet wird, sondern nur zu 7,5 Prozent. Denn für die volle Anrechnung ist es erforderlich, dass 10 bis 15 Einzelpunkte erreicht werden – was im Beispiel mit 9 Punkten nicht der Fall ist. Man sieht: Es kommt hier auf Details an ...

Doch trotz aller Veränderungen gilt nach wie vor: Für einen großen Teil der Kosten müssen Pflegebedürftige selbst aufkommen – bei stationärer Pflege können das oft weit über 1500 Euro monatlich sein. Eine private Pflegezusatzversicherung kann diese Kosten decken und so auch Angehörige davor schützen, finanziell herangezogen zu werden (mehr zu den Möglichkeiten der privaten Vorsorge ab Seite 27). Fehlt jedoch das Geld oder gibt es keine Angehörigen, führt der Weg zum Sozialamt. Das ist allerdings nicht so schwer, wie es von Betroffenen zunächst empfunden wird. Insbesondere wenn man sich vergegenwärtigt, dass auf Sozialleistungen ein Rechtsanspruch besteht. Einzelheiten dazu unter www.pflege.de.

Pflege **organisieren**

Ein Pflegefall kommt oft unerwartet. Jetzt gilt es, Entscheidungen zu treffen und die Pflege zu organisieren. Damit sich Angehörige auf die Situation einstellen können, gibt es Unterstützung.



Plötzlich Pflegefall – Zeit zum Kümmern

Neben dem Job einen Angehörigen zu Hause pflegen? Für viele ist das eine kaum zu bewältigende Belastung. Der Gesetzgeber will helfen. Mit den Regelungen im Familienpflegezeit- und Pflegezeitgesetz soll die Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf verbessert werden. Was Arbeitnehmern zusteht.

Text: Judith Meister



ES PASSIERTE VÖLLIG UNERWARTET:

Luise Schmidt (Name geändert) wollte nur ihre Gemüseinkäufe in den Keller bringen, als sie auf den ausgetretenen Treppenstufen ins Rutschen kam und stürzte. Glücklicherweise war ihr Mann zu Hause und konnte umgehend Hilfe herbeirufen. Bewahrt hat sie dies jedoch nicht vor einer einschneidenden Veränderung: Seit dem Unfall ist die 58-Jährige querschnittsgelähmt.

„Auf den Ernstfall kann man sich nur schwer vorbereiten“, sagt der Münchner Pflegeexperte Claus Füssek (siehe auch Interview auf Seite 13). Das gilt für Betroffene ebenso wie für die Angehörigen. Vor allem für Berufstätige bedeutet ein Pflegefall oft eine große Herausforderung. Denn gerade in der frühen Phase ist dies meist ein Vollzeitjob.

„Vor allem für Berufstätige ist ein Pflegefall eine große Belastung“

Dieses Dilemma hat der Gesetzgeber erkannt und mit dem Pflegezeit- und Familienpflegezeitgesetz Erleichterung geschaffen. Von den gesetzlichen Regelungen profitieren Arbeitnehmer, die sich vom Job ganz oder teilweise freistellen lassen, um sich um einen nahen Angehörigen zu kümmern und ihn zu Hause zu pflegen oder in seiner letzten Lebensphase zu begleiten. Bei minderjährigen Angehörigen gelten die Regelungen auch für außerhäusliche Pflege. Unter nahen Angehörigen versteht man in diesem Fall Eltern, Geschwister, Großeltern, Schwiegereltern, Ehe- und Lebenspartner, eigene sowie Adoptiv- und Pflegekinder, Schwiegerkinder und Enkel, Stiefeltern sowie Schwäger(innen).

Kurzzeitige Arbeitsverhinderung

Hilfreich ist zunächst die Möglichkeit, bei einer akut auftretenden Pflegesituation bis zu zehn Arbeitstage Auszeit

vom Job zu nehmen. Der Arbeitgeber muss nur unverzüglich informiert werden. Von dieser Auszeit profitieren Angehörige, wenn der Pflegefall unerwartet eintritt und die Pflege kurzfristig organisiert werden muss. Anstelle des Gehalts erhalten Angehörige in dieser Zeit eine Lohnersatzleistung, das sogenannte Pflegeunterstützungsgeld. Das Brutto-Pflegeunterstützungsgeld beträgt grundsätzlich 90 Prozent des ausgefallenen Nettolohns (2017: höchstens 101,50 Euro pro Tag) und wird auf Antrag von der Pflegeversicherung des Pflegebedürftigen gezahlt. Sie führt in dieser Zeit auch die Sozialversicherungsbeiträge ab. Den Rechtsanspruch

auf eine zehntägige Auszeit haben alle Beschäftigten – unabhängig von der Größe ihres Unternehmens.

Pflegezeit: bis zu sechs Monate

Wer für die häusliche Pflege eines nahen Angehörigen länger pausieren will, kann sich bis zu sechs Monate vom Job freistellen lassen. Der Ausstieg kann vollständig oder teilweise erfolgen. Über den Ausstieg, die Dauer und gegebenenfalls die gewünschte Teilzeitregelung muss der Arbeitgeber spätestens zehn Tage vor Beginn der Pflegezeit schriftlich informiert werden. Nach Ende der Pflegezeit hat der Arbeitnehmer Anspruch, zu den



PFLEGEBERATUNG







Informationen für den Einzelfall

Menschen mit Pflege-, Betreuungs- oder Versorgungsbedarf, die bereits Pflegeleistungen beziehen oder diese beantragt haben, können eine kostenlose, individuelle Pflegeberatung in Anspruch nehmen. Diese erfolgt für gesetzlich Versicherte durch die Berater der Pflegestützpunkte sowie für privat Versicherte durch die compass Private Pflegeberatung GmbH. Kontaktdaten und Informationen unter www.bdb.zqp.de und www.compass-pflegeberatung.de.



ÜBERBLICK: RECHTSANSPRÜCHE NACH DEM PFLEGEZEIT- UND FAMILIENPFLEGEZEITGESETZ

Berufstätige haben verschiedene Möglichkeiten, um Pflege, Familie und Job besser zu vereinbaren. Hier eine Übersicht. Weitere Informationen, Antragsformulare und einen Pflegezeit-Rechner finden Sie unter www.wege-zur-pflege.de.

	Kurzzeitige Arbeitsverhinderung	Pflegezeit (ab Pflegegrad 1)	Familienpflegezeit (ab Pflegegrad 1)
 Bedarf	Es ergibt sich ein akuter Pflegefall	Sie möchten eine Zeit lang ganz oder teilweise aus dem Job aussteigen	Wenn der Pflegebedarf über sechs Monate hinausgeht
 Dauer der Auszeit/Ankündigungsfrist	→ Bis zu zehn Arbeitstage → Ohne Ankündigungsfrist	→ Bis zu sechs Monate Pflegezeit (vollständige oder teilweise Freistellung) – für die häusliche Pflege und – für die Betreuung eines pflegebedürftigen minderjährigen nahen Angehörigen (auch in außerhäuslicher Umgebung) → Bis zu drei Monate für die Begleitung in der letzten Lebensphase (auch in außerhäuslicher Umgebung, etwa im Hospiz) → Kündigung spätestens zehn Tage vor Beginn der Pflegezeit	→ Bis zu 24 Monate Familienpflegezeit – für die häusliche Pflege und – für die Betreuung eines pflegebedürftigen minderjährigen nahen Angehörigen (auch in außerhäuslicher Umgebung) → Kündigung mindestens acht Wochen vor Beginn. Wird die Familienpflegezeit direkt im Anschluss an eine sechsmoatige Pflegezeit genommen, ist dies dem Arbeitgeber spätestens drei Monate vor Beginn anzukündigen → Mindestarbeitszeit 15 Stunden/Woche
 Finanzielle Unterstützung	Pflegeunterstützungsgeld, Antrag bei der Pflegeversicherung des pflegebedürftigen nahen Angehörigen	Zinsloses Darlehen auf Antrag beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA, www.bafza.de)	Zinsloses Darlehen auf Antrag beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA, www.bafza.de)
 Betriebliche Einschränkungen	Dieses Recht gilt gegenüber allen Arbeitgebern, unabhängig von der Betriebsgröße	Kein Rechtsanspruch gegenüber Arbeitgebern mit 15 Beschäftigten oder weniger	Kein Rechtsanspruch gegenüber Arbeitgebern mit 25 oder weniger Beschäftigten (Auszubildende werden, anders als bei der Pflegezeit, nicht mitgerechnet)
 Kündigungsschutz	Für Beschäftigte besteht von der Ankündigung – frühestens jedoch zwölf Wochen vor dem angekündigten Beginn – bis zum Ende der Auszeit Kündigungsschutz		
 Gesetzliche Grundlagen	§ 2 PflegeZG § 44a SGB XI	§ 3 PflegeZG (Pflegezeitgesetz)	§§ 2 und 3 PFZG (Familienpflegezeitgesetz)



BEISPIEL FINANZIERUNG

Verdienstaustausch lässt sich mit BAFzA-Darlehen abfedern.

Ulrike Ludwig (50) arbeitet aktuell 40 Stunden pro Woche und verdient jährlich rund 35 000 Euro brutto. Als ihre Mutter einen Schlaganfall erleidet, muss die alleinstehende, kinderlose Frau sich kümmern. Sie reduziert ihre Arbeitszeit für 12 Monate auf 20 Stunden pro Woche. Dadurch sinkt ihr monatliches Einkommen wie folgt (Angaben in Euro, gerundet):

	Vollzeit	Teilzeit	Differenz
brutto	2917	1458	1458
netto*	1593	814	779

Um den Verdienstaustausch auszugleichen, könnte Ulrike Ludwig ein zinsloses Darlehen beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben BAFzA beantragen. Das Darlehen wird in monatlichen Raten ausbezahlt, die Höhe darf maximal die Hälfte der Differenz zum vorigen Nettogehalt betragen. Im Beispiel von Ulrike Ludwig entspricht dies rund 395 Euro. Dank des Darlehens kann Ludwig während der Pflegezeit ihre Liquiditätseinbußen etwas abfedern. Im Anschluss daran kann es allerdings eng werden. Dann muss sie das Darlehen in Höhe von (12 x 395 Euro =) 4742 Euro tilgen – bei dem Verdienst von Ludwig eine erhebliche Belastung.

* Annahmen: Bundesland Bayern, RV: Arbeiter und Angestellte, Lohnsteuertarif: allgemein; Lohnsteuerklasse 1, Kirchensteuer: nein, KV: gesetzlich; Anspruch auf Krankengeld: ja; einkommensabh. Zusatzbeitragssatz Krankenversicherung: 1,1 %.

Quellen: Wege zur Pflege, Teilzeitrechner BMAS, eigene Recherchen, Stand: Januar 2017



FAMILIE, PFLEGE UND BERUF sind oft kaum zu vereinbaren. Das Gesetz erlaubt es, kurzfristig aus dem Job auszusteigen, um die akute Pflege Angehöriger zu organisieren.

vorherigen Konditionen auf dem gleichen oder einem gleichwertigen Arbeitsplatz beschäftigt zu werden. Ausnahme: Betriebe mit 15 Mitarbeitern oder weniger müssen diese Form der Pflegezeit nicht genehmigen. Soll ein naher Angehöriger in seiner letzten Lebensphase daheim oder im Hospiz begleitet werden, kann sich die Pflegeperson ebenfalls freistellen lassen. Dann ist die Dauer der Freistellung auf drei Monate begrenzt.

„Pflegezeit kann nur einmal je Angehörigem beantragt werden“

Die Pflegezeit muss am Stück genommen werden. Wurden zunächst weniger als sechs Monate beantragt, lässt sich die Freistellung mit Zustimmung des Arbeitgebers bis zur Höchstdauer

verlängern. Auch bei einer Verkürzung muss der Chef zustimmen. Kommt der Angehörige in ein Pflegeheim oder verstirbt, endet die Pflegezeit automatisch vier Wochen, nachdem sich die Umstände geändert haben.

Sozialversicherung

Die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherungspflicht entfällt während einer vollständigen Freistellung, der Schutz lässt sich aber gegebenenfalls durch eine Familienversicherung aufrechterhalten. Ist dies nicht möglich, muss sich der Pflegenden freiwillig krankenversichern. Auf Antrag erstattet die Pflegekasse des zu Pflegenden den Beitrag bis zur Höhe des Mindestbeitrags. Privatversicherte erhalten auf Antrag dieselbe Finanzspritze. Ist der Angehörige mindestens zehn Stunden pro Woche in der Pflege tätig, zahlt die Pflegeversicherung unter bestimmten Voraussetzungen auch Bei-

träge zur Rentenversicherung – mehr zu den sozialversicherungsrechtlichen Auswirkungen auf Seite 30 f.

Familienpflegezeit: weitere 18 Monate

Nach Ablauf der Pflegezeit können Pflegenden die sogenannte Familienpflegezeit in Anspruch nehmen. Hierfür können sie ihre wöchentliche Arbeitszeit für weitere 18 Monate auf bis zu 15 Stunden reduzieren. Die Familienpflegezeit muss direkt an die Pflegezeit anschließen und dem Arbeitgeber drei Monate vorher angekündigt werden. Wurde zuvor keine Freistellung nach dem Pflegezeitgesetz beansprucht, können bis zu 24 Monate Familienpflegezeit genommen werden. Der Chef muss darüber mindestens acht Wochen vorher informiert werden. Auch hier gilt die Regelung, dass sie mindestens 15 Stunden pro Woche arbeiten müssen. Anspruch auf Familienpflegezeit besteht nur bei Betrieben mit mehr als 25 Mitarbeitern.

Finanzielle Unterstützung

Während der (Familien-)Pflegezeit müssen Pflegenden Gehaltseinbußen hinnehmen. Schließlich sinkt mit der Arbeitszeit auch die Vergütung. Das Gesetz sieht jedoch vor, dass Pflegenden beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA) ein zinsloses Darlehen beantragen können. Dieses wird in monatlichen Raten ausbezahlt und deckt maximal die Hälfte des durch die reduzierte Arbeitszeit fehlenden monatlichen Nettoentgelts. Zurückzahlen müssen Pflegenden das Darlehen grundsätzlich im Anschluss an die Auszeit innerhalb von 48 Monaten nach Beginn der Freistellung – ebenfalls in Raten. Daneben können Arbeitnehmer und Arbeitgeber eine Aufstockung des reduzierten Nettogehalts vereinbaren. Zum Ausgleich muss nach Ablauf der Pflegezeit wieder Vollzeit gearbeitet werden, wobei der Arbeitnehmer so lange das reduzierte Gehalt erhält, bis der Vorschuss ausgeglichen ist. ●

„Auf den Ernstfall kann man sich nur sehr schwer vorbereiten“



Claus Füssek ist Pflegeexperte, Autor und selbst ein pflegender Angehöriger. Er weiß, was Betroffene leisten müssen – und warum Improvisationstalent unabdingbar ist.

Treffpunkt: Ein Sturz, ein Hirnschlag, ein Unfall: Dass ein Angehöriger Pflege braucht, kündigt sich nicht immer an. Wo erhalten Angehörige Hilfe, wenn sie noch keine Erfahrung mit dem Pflegesystem haben?

Claus Füssek: Gott sei Dank gibt es inzwischen sehr umfangreiches Informationsmaterial. Jede Kranken- und jede Pflegekasse, jeder Versicherer, jede Behörde hat eine eigene Broschüre zu diesem Thema. Diese sind meist auch gut verständlich. Allerdings ist das Wissen um die eigenen Rechte und das Durchsetzen dieser Ansprüche noch immer zweierlei.

Treffpunkt: Inwiefern?

Füssek: Da Pflege etwas sehr Individuelles ist. Ein Alzheimerpatient braucht eine andere Versorgung als ein Mensch, der sein Bett nicht mehr verlassen kann. Dazu kommt, dass die regionalen Pflegeangebote oft sehr unterschiedlich sind.

Treffpunkt: Wen empfehlen Sie als ersten Ansprechpartner?

Füssek: Ideal ist es, möglichst schnell die Kasse oder die private Pflegeversicherung des zu Pflegenden zu kontaktieren. Hier gibt es oft sehr engagierte und kompetente Berater. Sie wissen, dass die Zeit drängt und machen sich für eine gute, individuelle Lösung stark.

Treffpunkt: Welche Rolle spielen die Pflegestützpunkte?

Füssek: Sie sollen einen zusätzlichen Service für Angehörige bieten,

sie vor Ort unabhängig beraten und die verschiedenen Initiativen vernetzen.

Treffpunkt: Beim Thema Pflege geht es oft um Geld, aber auch um Organisatorisches. Gibt es Möglichkeiten, auch diesbezüglich vorzusorgen?

Füssek: Das ist schwierig, da Sie ja meist vorher nicht wissen, warum ein Mensch zum Pflegefall wird. Sinnvoll ist es aber in jedem Fall, sich mit den älteren Familienmitgliedern zusammensetzen und zum Beispiel das Thema Sicherheit anzusprechen. Wer etwa herumliegende Kabel, Teppiche und andere Stolperfallen in der Wohnung eliminiert, senkt das Risiko verhängnisvoller Stürze.

Treffpunkt: Der Gesetzgeber hat die Rechte pflegender Angehöriger deutlich gestärkt. Reicht das in der Praxis?

Füssek: Der gute Wille ist lobenswert. Aber Gesetze wie das Familienpflegezeitgesetz und das Pflegezeitgesetz pflegen keine Menschen. Die Einschränkungen, denen pflegende Angehörige ausgesetzt sind, kann auch die Familienpflegezeit nicht ungeschehen machen. Wer pflegt, hat nach wie vor finanzielle Einbußen. Und er muss sein Leben, oft von heute auf morgen, vollständig umkrempeln. Ohne Kreativität, Eigeninitiative und ein gewisses Improvisationstalent von allen Beteiligten ist dieser Kraftakt daher auch weiterhin nicht zu stemmen.

Mehr Leistungen – rechtzeitig beantragen

Die Leistungen der Pflegeversicherung für den Einzelnen steigen in den meisten Fällen – zumindest aber wird niemand schlechter gestellt. Text: Wolfgang Büser



MIT DER PFLEGEREFORM haben sich in der Regel auch die Kassenleistungen erhöht. Außerdem hängt für Heimbewohner der pflegebedingte Eigenanteil nicht mehr vom Grad der Pflegebedürftigkeit ab. Wer jetzt in eine Einrichtung einzieht, zahlt für die Pflegeleistungen in den Pflegegraden 2 bis 5 gleich viel, wobei die Höhe dieses Eigenanteils von Einrichtung zu Einrichtung variiert. Nachteil: Die Umstellung führt zu einer Kostensteigerung in den niedrigen Pflegegraden. Vorteil: Der Pflegeeigenanteil

wird auch dann nicht höher, wenn der Pflegegrad steigt. Ein Beispiel: In einem Heim mit acht Bewohnern zahlten bisher fünf von ihnen 500 Euro Eigenanteil pro Monat, zwei Bewohner jeweils 1000 Euro und ein Bewohner 1500 Euro. Jetzt zahlt jeder beispielsweise 750 Euro monatlich. Führt die Pflege-reform dazu, dass der neue Eigenanteil über dem vorherigen Betrag liegt, gilt Bestandsschutz – die Differenz zum bisher geleisteten Eigenbeitrag übernimmt die Pflegekasse.

Auch für die Pflege zu Hause gibt es in der Regel mehr Geld – egal ob Angehörige die Pflege übernehmen oder Profikräfte. Pflegehilfsmittel können neben dem Pflegegeld oder der professionellen Pflege beansprucht werden; sie haben keinen Einfluss auf die Höhe der Zuschüsse. Ergänzend zu den ambulanten Pflegeleistungen kann bei häuslicher Pflege ein Entlastungsbetrag bis zu 125 Euro monatlich abgerechnet werden – unabhängig vom Pflegegrad. Erstattet werden Aufwendungen, die etwa im Zusammenhang mit einer Tages-/ Nacht- oder Kurzzeitpflege entstehen. Pflegeleistungen lassen sich formlos bei der Pflegeversicherung des Betroffenen beantragen. Diese schickt dann ein Antragsformular zu, das – möglichst mit einem hausärztlichen Attest – eingereicht werden muss. Die Bitte um den Besuch eines Gutachters, der die Pflegebedürftigkeit feststellt, sollte dabei nicht fehlen. Die Pflegekasse muss sich grundsätzlich innerhalb von 25 Arbeitstagen nach der Begutachtung äußern, ob die Einordnung in einen der fünf Pflegegrade vorgenommen wird (wegen der Umsetzung des PSG II bis zum 31.12.2017 ausgesetzt). Gegen einen ablehnenden Bescheid kann innerhalb eines Monats Widerspruch eingelegt werden.

Gut zu wissen: Die Pflegekasse zahlt erst ab dem Tag, an dem der Antrag bei ihr eingeht. Es empfiehlt sich also, die Anträge möglichst frühzeitig zu stellen. ●

i DIE NEUEN LEISTUNGEN IN DEN FÜNF PFLEGEGRADEN (PG)

Pflegebedürftige mit den Pflegegraden 2 bis 5 haben Anspruch auf Pflegesachleistungen oder Pflegegeld für die häusliche Pflege durch Angehörige.

HAUPTLEISTUNGSBEITRÄGE	PG1	PG2	PG3	PG4	PG5
	alle Angaben in Euro/Monat				
Geldleistung ambulant (Pflegegeld für Angehörige)		316	545	728	901
Sachleistung ambulant (für professionelle Pflege)		689	1298	1612	1995
Entlastungsbetrag ambulant (zweckgebunden)	125	125	125	125	125
Leistungsbetrag vollstationär	125	770	1262	1775	2005
bundesdurchschnittlicher pflegebedingter Eigenanteil* (einheitlich für PG2 bis PG5)		580	580	580	580

* wird in den Vergütungsverhandlungen speziell für jede Einrichtung ermittelt
Quelle: Bundesministerium für Gesundheit

Heim oder **daheim**?

Die meisten Menschen möchten auch im Pflegefall in den eigenen vier Wänden bleiben. Nicht immer ist häusliche Pflege aber die beste Lösung. Welche Alternativen sich bieten, und was bei der Entscheidung zu berücksichtigen ist.





IN IHRER GEWOHNTE UMGEBUNG
möchten die meisten Pflegebedürftigen wohnen bleiben.

Pflege zu Hause **organisieren**

Vom ambulanten Pflegedienst bis zur Pflege-WG: Wer nicht ins Heim möchte, hat verschiedene Möglichkeiten, um die Pflege zu Hause zu organisieren. Finanzielle Unterstützung gibt es von der Pflegekasse.

Text: Tanja Wolf

DIE EIGENE MUTTER in einem Pflegeheim unterbringen? Niemals. „Egal wie gut das Heim ist, am Ende ist es nur ein deprimierendes Warten auf den Tod“, findet Andreas Müller (Name geändert). Auch seine Mutter wollte in ihrer eigenen Wohnung bleiben – mit einer persönlichen Betreuung.

Müller hat es geschafft, die Pflege zu Hause zu ermöglichen. Doch der Weg dahin war schwer. Zunächst besorgte er seiner Mutter eine Wohnung in der gleichen Stadt. Er fand sogar etwas im gleichen Stadtteil, nur wenige Straßen entfernt. Da war seine Mutter 80 Jahre alt und noch sehr mobil. Jetzt ist sie 92, dement und bettlägerig. Aber sie lebt zu Hause. „Erst dachten wir, es reicht, wenn ein Pflegedienst kommt“, sagt Müller. Da seine Mutter an Diabetes leidet, sollten die Pflegedienstmitarbeiter ihr Insulin spritzen und darauf achten, dass sie ihre Medikamente nimmt. Aber das funktionierte anfangs überhaupt nicht. „Die Mitarbeiter kamen nicht zur richtigen Uhrzeit, haben den Blutzucker nicht regelmäßig gemessen, die falsche Menge Insulin gespritzt oder das Pflegetagebuch nicht richtig ausgefüllt“, erinnert sich Müller. Auch wollte seine Mutter nicht um fünf Uhr morgens geduscht werden. Also kontaktierte er einen Pflegedienst nach dem anderen.

Mühsame Suche nach gutem Anbieter

„Es ist nicht einfach, einen passenden Anbieter zu finden“, resümiert er. Denn das Angebot ist nahezu unüberschaubar. Die ambulanten Pflegedienste werden zwar genauso wie Pflegeheime jährlich vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) überprüft. Doch die vergebenen Gesamtnoten von „sehr gut“ bis „mangelhaft“ in den sogenannten Transparenzberichten zeichnen oft kein differenziertes Bild und gelten nicht als geeignete Entscheidungshilfe. So liegt die Gesamtnote für ambulante Pflegedienste im Bundesdurchschnitt bei 1,2. Das System wird nun überarbeitet.

Worauf kommt es bei der Auswahl des Pflegedienstes an? „Man muss genau klarmachen, was man braucht“, sagt Andreas Müller. „Und man muss genauso klar sagen, was man nicht möchte.“

Er hat die Pflege seiner Mutter gemeinsam mit seinen Schwestern organisiert. Ihnen war dabei wichtig, dass das Personal nicht nur kompetent, sondern auch freundlich war. „Lokale Anbieter vor Ort haben den Vorteil, dass man die Mitarbeiter persönlich kennenlernen kann.“

Mehrere Anbieter vergleichen

Die Verbraucherzentralen raten Angehörigen, vor der Suche festzulegen, welche Hilfe für Pflege, Hauswirtschaft oder Betreuung notwendig ist. „Hinweise finden sich im Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung“, sagt Petra Hegemann von der Verbraucherzentrale Berlin. Ebenfalls

„Wie viel Betreuung können Angehörige und Nachbarn leisten?“

sollte geklärt sein, wie viel Pflege oder Betreuung Familienmitglieder oder Nachbarn leisten können. Auch die Preise können unterschiedlich sein. Deshalb rät Hegemann, vor einem Vertragsabschluss mehrere Anbieter zu vergleichen. „Die Anschriften der Pflegedienste in der Nähe und eine Preisvergleichsliste gibt es bei der jeweiligen Pflegekasse.“ Der MDK empfiehlt Angehörigen, darauf zu achten, dass die Medikamentengabe der ärztlichen Anordnung entspricht und Wunden nach aktuellem Wissensstand versorgt werden.

Pflegekassen unterstützen

Ambulante Pflege ist deutlich häufiger als die stationäre Pflege im Heim (siehe Grafik auf Seite 19). Für beide Alternativen gibt es Geld von der Pflegekasse, die der jeweils zuständigen Kranken-



PFLEGEDIENSTE

Diese Fragen sollten Sie vor Vertragsabschluss klären.

- ✓ Welche Aufgaben soll der Pflegedienst übernehmen? Körperpflege, Ernährung, hauswirtschaftliche Versorgung oder Betreuung wie Vorlesen und Spazierengehen?
- ✓ Muss der Dienst spezialisiert sein, etwa auf die Pflege von Menschen mit schweren Erkrankungen wie Krebs, Demenz oder Intensivmedizin?
- ✓ Kommt der Pflegedienst vor Vertragsabschluss kostenlos zu einer Beratung ins Haus? Stellt er einen Kostenvoranschlag aus?
- ✓ Wie viele ausgebildete Fachkräfte hat der Dienst, wie viele Hilfskräfte?
- ✓ Gibt es ein Hygienemanagement und regelmäßige Fortbildungen für die Mitarbeiter?
- ✓ Ist der Anbieter bei der Auswahl der Uhrzeiten flexibel? Geht er auf Wünsche des zu Pflegenden und der Angehörigen ein?
- ✓ Wie gut ist der Pflegedienst erreichbar, falls Probleme auftreten? Wie schnell informiert der Pflegedienst die Angehörigen? Gibt es feste Ansprechpartner?

Eine ausführlichere Checkliste erhalten Sie beispielsweise bei den Verbraucherzentralen oder der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen unter www.bagso.de, Stichwort „Pflege“.

kasse angegliedert ist. Wer den Antrag stellt, kann bei der häuslichen Pflege zwischen zwei Varianten wählen (zur stationären Pflege siehe Seite 21 f.):

- Die Pflegesachleistung: Je nach Pflegegrad zahlt die Pflegekasse zwischen 689 und 1995 Euro für einen ambulanten Pflegedienst, allerdings erst ab Pflegegrad 2. Die Pflegekasse rechnet direkt mit dem Pflegedienst ab. Voraussetzung: Man schließt einen Vertrag mit einem zugelassenen Anbieter ab.
- Das Pflegegeld: In diesem Fall wird die monatliche Summe dem pflegebedürftigen Patienten direkt ausbezahlt. Er oder sie kann also frei darüber verfügen und beispielsweise Angehörige oder Bekannte bezahlen. Seit Januar 2017 sind das zwischen 316 Euro bei Pflegegrad 2 und 901 Euro bei Pflegegrad 5. Voraussetzung: Die häusliche Pflege muss sichergestellt sein.

„Die Leistungen sind vielfältig – Beratung ist stets empfehlenswert“

In der Regel deckt die Pflegeversicherung nur einen Teil der entstehenden Kosten ab, den Rest muss man selbst tragen. So war es auch bei Andreas Müller: Zeitweise hatte die Familie zusätzlich zu ihrer eigenen Mitarbeit ein regelrechtes kleines Geschwader für die Mutter engagiert: Pflegedienst, Fußpflege, Putzfrau, Friseurin. Als die alte Dame nach einer Operation bettlägerig wurde, reichte der Pflegedienst nicht mehr. Die Müllers engagierten eine 24-Stunden-Hilfe. Eine Frau aus Polen wohnt nun bei der alten Dame, alle zwei oder drei Monate kommt eine andere Kraft. Das System ist eingespielt, aber immer noch aufwendig. Phasen wie Weihnachten oder Silvester können die Organisation an den Rand des Zusammenbruchs bringen. Vor allem ist das Ganze nicht mit den



VIELE FAMILIEN pflegen ihre Angehörigen selbst. Das kostet viel Kraft, zumal wenn die Bedürftigen rund um die Uhr betreut und medizinisch versorgt werden müssen. Entlastung versprechen ambulante Pflegedienste. Es ist jedoch nicht immer einfach, den passenden Dienst zu finden.

901 Euro monatlichem Pflegegeld zu finanzieren, die Andreas Müllers Mutter mit Pflegegrad 5 (zuvor Pflegestufe 3) erhält. Bei ihr liegt eine „Schwerstpflegebedürftigkeit“ vor, sie braucht also jederzeit, Tag und Nacht, Hilfe. Für einen Heimplatz bekäme sie 2005 Euro. Wichtig: Eine 24-Stunden-Hilfe darf kochen, putzen und einkaufen. Sie darf den Pflegebedürftigen waschen, anziehen und umbetten – aber nicht medizinisch versorgen. Verbände wechseln, Spritzen setzen, Medikamente geben darf nur ein ambulanter Pflegedienst mit Krankenkassenzulassung (§ 37 SGB V).

Verwirrende Vielfalt

Die Leistungen der Pflegeversicherung sind verwirrend vielfältig. Daher ist eine Beratung stets empfehlenswert. Im Folgenden einige Beispiele:

- Pflegegeld und Pflegesachleistung lassen sich kombinieren. Das heißt: Wird zum Beispiel für die pflegerische Unterstützung zu Hause durch einen Pflegedienst die Pflegesachleistung im jeweiligen Pflegegrad nur zu 50 Prozent aufgebraucht, kann man sich die Hälfte des Pflegegeldes auszahlen lassen.
- Lässt sich jemand von einer privaten Person pflegen und diese Person macht Urlaub oder wird krank, übernimmt die Pflegeversicherung die Kosten für eine Ersatzpflege. Diese „Verhinderungspflege“ wird maximal für sechs Wochen pro Kalenderjahr gezahlt, wenn die Pflegeperson schon mindestens sechs Monate im Einsatz war. Gezahlt werden bis zu 1612 Euro, die seit Januar um bis zu 806 Euro aus der Kurzzeitpflege aufgestockt werden können (weitere Informationen dazu auf Seite 32 f.).
- Bei einer Pflege zu Hause stellt die Pflegeversicherung bis zu 125 Euro im Monat für zusätzliche Betreuung oder für Entlastung im Alltag zur Verfügung – unabhängig vom jeweiligen Pflegegrad. Dieser „Entlastungsbetrag“ kann eingesetzt werden für die Teilnahme an Betreuungsgruppen für Demenz-

krankte, für die stundenweise Ablösung pflegender Angehöriger, eine Tagesbetreuung in Kleingruppen, für eine Einzelbetreuung durch anerkannte Helfer oder für Fahr- und Begleitdienste, Einkaufs- und Botengänge. Solche Betreuungsleistungen kann auch ein ambulanter Pflegedienst übernehmen. Gut zu wissen: Restbeträge aus dem Budget der Entlastungsleistungen, die am Ende eines Kalenderjahres noch nicht verbraucht sind, können in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.

- Wer etwa wegen eines Wohnungsumbaus oder einer Krise bei der häuslichen Pflege für kurze Zeit stationär versorgt werden muss, kann die sogenannte Kurzzeitpflege in einem Heim in Anspruch nehmen. Dann zahlt die Pflegeversicherung bis zu 1612 Euro im Jahr für bis zu acht Wochen Unterbringung.
- Bei einem Umbau zahlt die Pflegekasse bis zu 4000 Euro Zuschuss, unabhängig vom Pflegegrad. Voraussetzung: Der

„Bei einem Umbau zahlt die Pflegekasse bis zu 4000 Euro Zuschuss“

Umbau ist nötig, um die häusliche Pflege zu ermöglichen, zu erleichtern, oder um eine möglichst selbstständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederherzustellen. Denkbar sind etwa Türverbreiterungen, der Einbau einer Rampe oder der Umbau des Badezimmers. Der Zuschuss kann bei Veränderungen der jeweiligen Pflegesituation erneut gewährt werden.

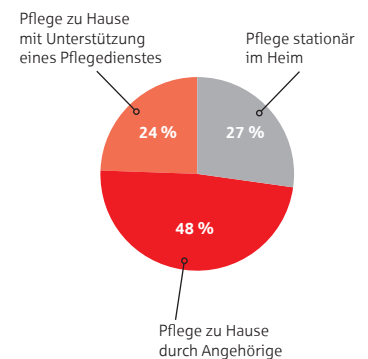
Auch Andreas Müller hat die Wohnung seiner Mutter umgebaut, als die 24-Stunden-Pflegekraft nötig wurde. Die Polin zog in das ehemalige Schlafzimmer, hat dort einen Fernseher und einen Balkon. Seine Mutter liegt seitdem in einem speziellen Pflegebett im ehemaligen Wohnzimmer, das ebenfalls über einen Balkon verfügt. Andreas ↘



HEIM ODER DAHEIM?

Wie Pflegebedürftige betreut werden.

Knapp 2,9 Millionen Pflegebedürftige (im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes) gab es im Dezember 2015 in Deutschland. Davon lebten 27 Prozent beziehungsweise 783 000 Pflegebedürftige vollstationär in Heimen. 73 Prozent oder 2,08 Millionen wurden zu Hause versorgt, davon wiederum die Mehrheit (1,38 Millionen) durch Angehörige.



Abweichungen von 100 rundungsbedingt;
Quelle: Statistisches Bundesamt,
Pflegestatistik 2015, Stand 16.1.2017



VON DER PFLEGEKASSE gibt es Zuschüsse für Umbaumaßnahmen, wenn sich dadurch eine weitgehend selbstständige Lebensführung wiederherstellen lässt. Das gilt zum Beispiel für Rollstuhlfahrer.

Müller besucht sie jeden Tag. „Manchmal erkennt sie mich nicht. Aber meistens sagt sie: ‚Es ist schön hier.‘“

Alternative Wohnformen

Im Pflegefall nicht allein, aber nicht ins Heim – bei diesem Wunsch gibt es noch andere Möglichkeiten als das Modell der Müllers. Der Gesetzgeber spricht von alternativen Wohnformen, die nun stärker finanziell unterstützt werden.

Wer bereits Leistungen aus der Pflegeversicherung erhält, kann in ambulant betreuten Wohngruppen – unabhängig vom jeweiligen Pflegegrad – zusätzlich einen Wohngruppenzuschlag bis zu 214 Euro im Monat beantragen. Voraussetzungen dafür sind: Es müssen mindestens zwei und höchstens elf weitere Personen unter einem Dach leben, und zwar „zum Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung“. Mindestens zwei weitere Bewohner müssen pflegebedürftig sein. Eine gemeinschaftlich beauftragte Person muss allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten ausüben oder hauswirtschaftliche Unterstützung leisten. Zu den ambulant betreuten Wohnformen zählen Pflege-

Wohngemeinschaften, in denen die Bewohner eigene Zimmer haben, den Koch- und Wohnbereich aber gemeinsam nutzen. Für die Gründung einer ambulant betreuten Wohngruppe gibt es übrigens eine einmalige Anschubfinanzierung bis zu 2500 Euro pro pflegebedürftige Person.

Ebenso fördert die Pflegeversicherung Mehrgenerationenhäuser und Projekte namens „Wohnen für Hilfe“. Dabei werden Wohnungen oder Zimmer etwa an Studenten vermietet, die sich zu einer fest vereinbarten, regelmäßigen Mithilfe im Haushalt, beim Einkaufen oder bei Behördengängen verpflichten und im Gegenzug weniger Miete zahlen.

Beim betreuten Wohnen schließen die Bewohner zusätzlich zum Mietvertrag einen Servicevertrag über Dienst- und Hilfeleistungen ab. Doch die Angebote unterscheiden sich sehr, ebenso die Titel (Wohnen mit Service, Seniorenresidenz, Wohnen plus). Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen warnt, damit könne in der Regel bei gesundheitlicher Verschlechterung ein Umzug in ein Pflegeheim nicht vermieden werden. Der Begriff „Betreutes Wohnen“ garantiere weder bestimmte Leistungen noch bestimmte Qualität. ●



WAS IST BEIM ABSCHLUSS EINES PFLEGEVERTRAGS ZU BEACHTEN?

Wenn Pflegebedürftige sich dafür entscheiden, zu Hause zu wohnen, benötigen sie oft einen ambulanten Pflegedienst. Die Zusammenarbeit wird vertraglich geregelt. Wichtige Aspekte, die berücksichtigt werden sollten.

→ Vertragspartner

Vertragspartner sind der Pflegedienstinhaber und der Pflegebedürftige. Falls der Pflegebedürftige dazu nicht mehr in der Lage ist, muss ein Bevollmächtigter oder ein gesetzlicher Betreuer unterschreiben. Im Idealfall hat der Pflegebedürftige zuvor einer Vertrauensperson eine Vorsorgevollmacht erteilt.

→ Kündigung

Eine Kündigung ist laut Gesetz stets ohne Frist möglich. Der Pflegedienst hingegen sollte zu einer Frist von sechs Wochen zum Quartalsende verpflichtet sein.

→ Kosten

Die Preise sollten einzeln aufgelistet sein; zudem sollte klar beschrieben werden, welche Leistungen selbst zu zahlen sind. Fordern Sie für den Eigenanteil eine Rechnung.

Die AOK zum Beispiel rät von Vorauszahlungen ebenso ab wie von einer Abschlagszahlung oder einer Einzugsermächtigung.

→ Sorgfaltspflicht

Erhält der Pflegedienst einen Wohnungsschlüssel, sollte dies im Vertrag stehen. Denn laut Verbraucherzentrale haftet der Pflegedienst bereits bei einfacher Verletzung der Sorgfaltspflicht. Eine Beschränkung der Haftung auf Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit sei nicht zulässig.



In guten **Händen**

Die Pflegenoten für Heime sind umstritten und geben wenig Orientierung. Nur mit eigenen Recherchen kommen Betroffene zum für sie passenden Ergebnis. Text: Eva Neuthinger

IN IHREM REIHENHAUS in der Eifel kamen Heinz und Änni Simon (Namen geändert) bisher gut zurecht. Doch seit ihrem Herzinfarkt schafft Änni (86) die Treppe nicht mehr. Ein Umbau oder ein Lift ist zu aufwendig. „Dafür haben wir einfach nicht mehr die Kraft“, erklärt Heinz Simon (88). Deshalb ist jetzt die Zeit gekommen, in ein Pflegeheim zu ziehen. „Unser Sohn wohnt in Belgien. Jetzt müssen wir uns sehr gut überlegen, ob wir hier im Umkreis bleiben oder ins Ausland gehen, um in seiner Nähe zu sein“, meint Änni.

Jedes Jahr stehen Tausende Pflegebedürftige in Deutschland vor dem Problem, ein für sie geeignetes und gutes Heim zu finden. Eindeutige und objektiv messbare Kriterien gibt es nicht. Zwar werden seit knapp acht Jahren die sogenannten „Pflegenoten“ vergeben.

Doch diese stehen massiv in der Kritik. So wurden auch schon Häuser nach Kontrollen der Gesundheitsämter geschlossen, die vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und auch von Bewohnern als akzeptabel bewertet wurden. Solche Meldungen verunsichern bei der Auswahl. Deshalb sollten sich Senioren an einem individuell auf sie zugeschnittenen Kriterienkatalog orientieren.

In der Stadt oder auf dem Land?

Zwar zählt das Statistische Bundesamt in Deutschland mehr als 13 000 Pflegeheime. „Doch kommen in der Regel am Ende nur wenige in die enge Auswahl“, weiß Johannes Strotbek, Projektmanager der Weisse Liste gemeinnützige GmbH, die sich darauf spezialisiert hat, Pflegeheime zu bewerten. Denn ↘



CHECKLISTE

So finden Sie das richtige Pflegeheim:

- ✓ Überlegen Sie vorher, was Ihnen besonders wichtig ist, und formulieren Sie konkrete Fragen. Stellen Sie dazu vorab eine Checkliste zusammen.
- ✓ Achten Sie darauf, dass Sie Ihre Gewohnheiten beibehalten können und sinnvolle Angebote zur Tagesgestaltung haben.
- ✓ Falls Sie an bestimmten Erkrankungen oder Einschränkungen leiden, zum Beispiel an einer Demenz, fragen Sie, ob und wie das Pflegeheim darauf eingestellt ist.
- ✓ Vertrauen Sie Ihrem Gesamteindruck. Wie empfinden Sie die Atmosphäre und den Umgangston?
- ✓ Rechte und Pflichten von Heim und Bewohner werden in einem Vertrag geregelt. Achten Sie darauf, dass die Dinge, die Ihnen im Gespräch zugesagt wurden, im Vertrag enthalten sind.
- ✓ Fragen Sie nach einer Aufstellung aller Kosten, die für Sie anfallen werden, und überprüfen Sie, ob diese Kosten aus dem Vertrag hervorgehen.
- ✓ Nehmen Sie den Vertrag mit nach Hause und gehen Sie ihn mit einer Vertrauensperson durch, bevor Sie ihn unterschreiben.

Quelle: Weisse Liste gGmbH: „Ihre Checkliste für die Pflegeheimauswahl“, April 2016



WEBTIPPS

→ Weisse Liste

Sie bietet Bürgern Orientierung im Gesundheitswesen und hilft bei der fundierten Wahl des Pflegeheims. Das Portal ist ein gemeinsames Projekt der Bertelsmann Stiftung und der Dachverbände der größten Patienten- und Verbraucherorganisationen. Die Weisse Liste ist kosten- und werbefrei.

www.weisse-liste.de

→ Deutsches Seniorenportal

Im größten Portalnetzwerk für Wohnen und Leben im Alter kann man sich auch einen Überblick über Pflegeheime verschaffen.

www.deutsches-seniorenportal.de

zunächst einmal muss die Lage des Heims passen. „Citynähe, gute Bus- und Bahnverbindungen oder die Möglichkeit, einen Garten zu nutzen, steigern grundsätzlich die Lebensqualität“, erklärt Strotbek. Senioren wollen in der Regel ihre Kinder in der Nähe haben. Das nächstgelegene Heim ist in puncto Pflege und Unterkunft aber nicht zwingend auch das Beste in der Region.

Pflegenoten für grobe Orientierung

Mit den Pflegenoten beginnt das Problem. „Das System stellt die Qualität der Einrichtung und Dienste nicht aussagekräftig dar“, so Anne-Katrin Wiesemann, Referentin Recht bei der Verbraucherzentrale Sachsen. Es fließen zwar mehr als 80 Kriterien in die Bewertung mit ein. Doch kann ein guter Service – also etwa gesunde und schmackhafte Ernährung – Mängel in der Pflege ausgleichen. Damit erhalten Heime eine gute Note, die für die Bewohner mitunter existenzielle Schwachstellen haben. Eine Kommission arbeitet daran, die Bewertungskriterien und deren Gewichtung neu zu definieren. „Vor 2018 wird sich aber nichts ändern“, so Wiesemann.

Die Pflegenoten sollten also nur eine erste Orientierung geben. Experten wie etwa Wiesemann oder Strotbek empfehlen, mit einer Vertrauensperson mehrere Domizile zu besichtigen und dabei auch die Wohn- und Aufenthaltsbereiche anzusehen – möglichst zu verschiedenen Zeiten (siehe Checkliste Seite 21). „Wir raten, dort auch einmal zu Mittag zu essen und, falls es angeboten wird, einige Tage auf Probe zu wohnen“, sagt Wiesemann.

Pflegebedürftige und deren Angehörige sprechen am besten nicht nur mit der Heimleitung, sondern ebenso mit dem Pflegepersonal, Bewohnern und möglichst mit deren Verwandten. „Drei Gretchenfragen sollten an die Mitarbeiter gestellt werden: Arbeiten Sie gern hier? Wechselt das Personal häufig? Würden Sie dieses Heim auch ihren eigenen Verwandten empfehlen?“, rät Strotbek. Selbst wenn nur vage geantwortet wird, sind die Reaktionen aufschlussreich.

„Möglicherweise wird es im Ausland sogar günstiger als im Inland“

Die gleichen Überlegungen gelten, wenn die Pflegebedürftigen im Ausland oder in grenznahen Regionen leben. Es wird allerdings schwieriger als im Inland, Geld von der Pflegeversicherung zu bekommen. „Betroffene sollten sich in jedem Fall vorab direkt bei ihrer Pflegekasse informieren, welche Leistungen übernommen würden. Im Idealfall wird das noch schriftlich bestätigt“, rät Dr. Julia Nill von der Verbraucherzentrale Baden-Württemberg.

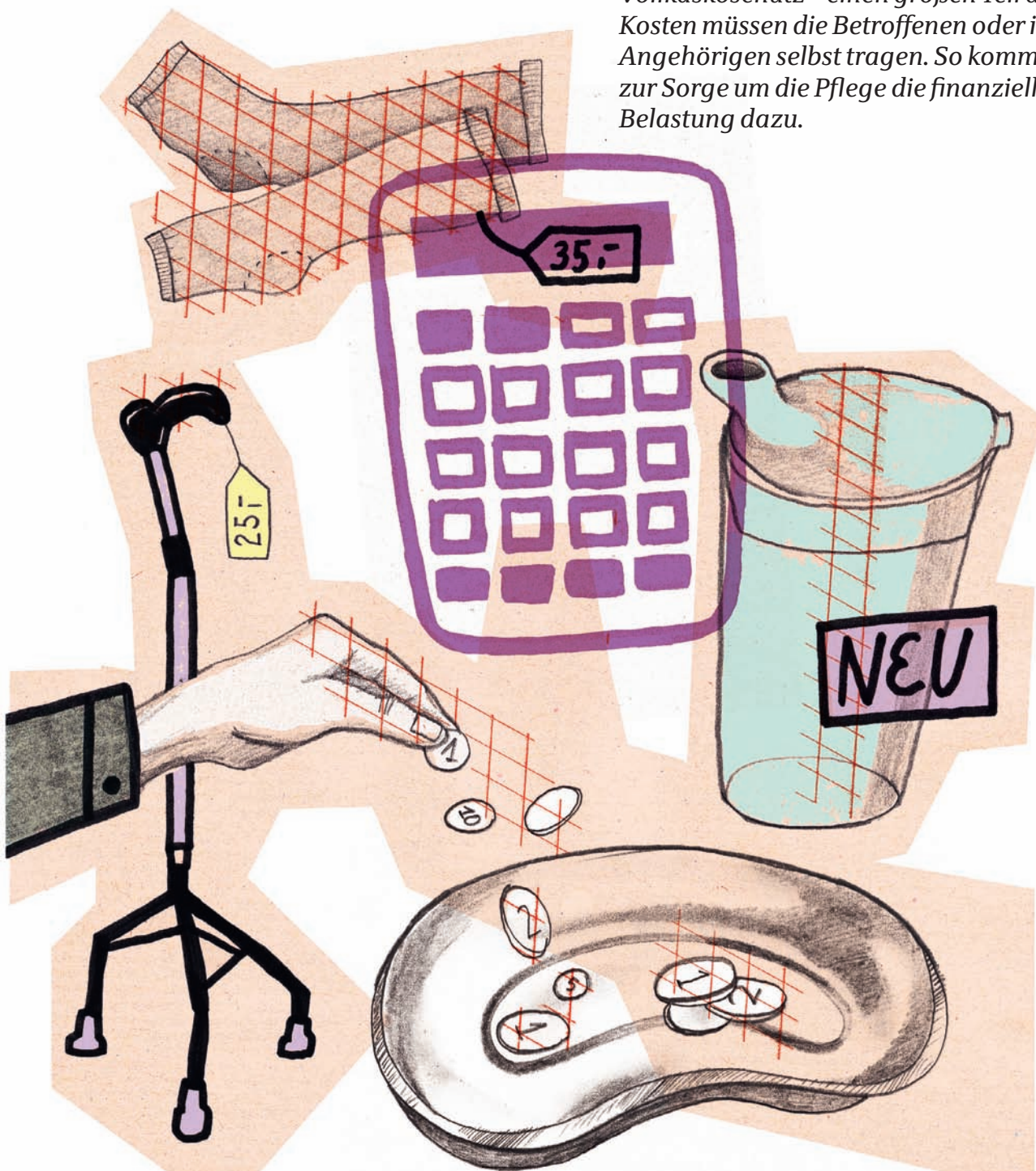
Kosten und Qualität vergleichen

Wer jenseits der Grenzen in einem Heim wohnen möchte, sollte sich auch über die jeweiligen Qualitätsstandards informieren. Selbst innerhalb der EU fällt das Niveau der Versorgung höchst unterschiedlich aus. Entsprechend variieren die Kosten. „Möglicherweise wird es sogar günstiger als im Inland“, so Nill. Das Ehepaar Simon will jetzt in alle Richtungen recherchieren und sich Pflegeheime in der Eifel, in grenznahen Regionen und in der Stadt Aachen ansehen. „Wir werden rationale Faktoren wie das Preis-Leistungs-Verhältnis und emotionale Aspekte in unsere Entscheidung einfließen lassen“, hat Heinz Simon beschlossen.



Kosten **schultern**

Die Pflegeversicherung leistet keinen Vollkaskoschutz – einen großen Teil der Kosten müssen die Betroffenen oder ihre Angehörigen selbst tragen. So kommt zur Sorge um die Pflege die finanzielle Belastung dazu.

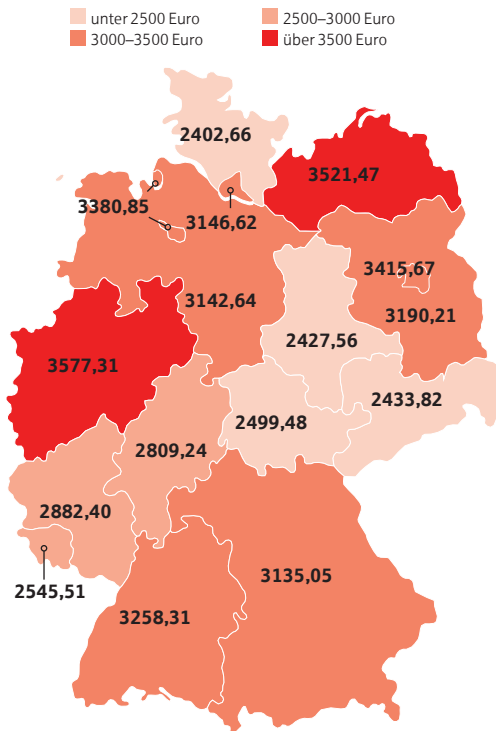


€ SO TEUER WIRD'S

Die regionalen Unterschiede bei Pflegekosten sind groß.

Insbesondere Pflege im Heim ist sehr teuer, denn hier kommen zu den Pflegeleistungen noch die „Hotelkosten“ für Unterkunft und Verpflegung.

Monatssatz in Pflegeheimen
(vollstationäre Pflege, Pflegestufe 2)
Angaben in Euro



Deutschland gesamt: Durchschnitt 3071,50 Euro

Quelle: Pflegeeinrichtungsdatenbank der PKV,
Stand: 1.1.2016

Wer muss für die Pflege zahlen?

Die Leistungen steigen: Experten schätzen, dass den Pflegebedürftigen in Deutschland seit diesem Jahr über 6 Milliarden Euro zusätzlich zur Verfügung stehen. Das ist viel Geld – bedeutet es also das Ende der Lücke zwischen gesetzlichen Leistungen und tatsächlichen Kosten?

Text: Malte Säger

ERHEBLICHE KOSTEN müssen Pflegebedürftige auch weiterhin selbst tragen, sagt Dr. Harald Benzing, Vorstandsvorsitzender der UKV – Union Krankenversicherung. „Aber: Eine Rundum-Absicherung würde jeden Beitragszahler mindestens das Doppelte kosten.“ Mit der Reform steigt der Beitragssatz für die soziale Pflegepflichtversicherung um 0,2 Prozentpunkte auf 2,55 Prozent beziehungsweise 2,8 Prozent für Kinderlose. „In der Pflegepflichtversicherung, dem Pendant zur gesetzlichen Pflegeversicherung für PKV-Kunden, werden die Leistungen und Beiträge ebenfalls angepasst“, so Benzing. „Die neuen Leistungen bedeuten ja auch hier eine Verbesserung des Versicherungsschutzes.“

Die Kostenlücke bleibt

Dass die Mehreinnahmen benötigt werden, ist klar: Das Bundesgesundheitsministerium geht von rund einer halben Million Menschen aus, die mittelfristig zusätzlich Leistungen erhalten. Doch wie stark steigen die Leistungen mit den neuen Pflegegraden? Zwei Beispiele: Der Maximalbetrag, den ein von den Angehörigen ambulant versorgter Patient mit demenzieller Erkrankung erhält, steigt von bisher 728 Euro in Pflegestufe 3 auf 901 Euro im Monat für den Pflegegrad 5. Bei sta-

tionärer Versorgung steigt die maximale Leistung für Härtefälle von 1995 Euro auf 2005 Euro. „Um die tatsächlich anfallenden Kosten für Pflegedienst oder Pflegeheim abzudecken, reicht die gesetzliche Pflegeversicherung bei Weitem nicht aus“, erklärt Benzing. „Auch nach der Reform beträgt die Pflegelücke dann immer noch häufig 1500 Euro – oder mehr“ (siehe dazu Grafik Seite 26).

„Eine Rundum-Absicherung würde mindestens das Doppelte kosten“

Diese Lücke muss der zu Pflegenden selbst aus seinem Einkommen schließen – zum Beispiel aus Rente oder Mieteinkünften. Reichen die Einnahmen nicht aus, geht es ans Vermögen des Pflegebedürftigen. Dieses muss bis auf ein Schonvermögen von 2600 Euro (bei Alleinstehenden; für Ehepaare liegt die Grenze bei 3214 Euro) abgeschmolzen werden. Ob Anspruch auf „Hilfe zur Pflege“ nach dem Zwölften Buch des Sozialgesetzbuchs besteht, prüft dann das Sozialamt – und der Patient muss seine Vermögenswerte offenlegen. Wie hoch das unbare Schonvermögen ist, muss für jeden Einzelfall geprüft werden. So steht dem Pflegebedürftigen zwar



neben dem Freibetrag beim Geldvermögen ein „angemessenes“ Fahrzeug oder – bei Pflege zu Hause – eine „angemessene“ selbst genutzte Immobilie zu. Doch was letztlich vom Sozialamt als angemessen betrachtet wird, kann regional und individuell sehr unterschiedlich sein.

Wer ist unterhaltspflichtig?

Gibt es unterhaltspflichtige Verwandte, tritt das Sozialamt bei den Pflegekosten allerdings nur in Vorleistung – und holt sich später einen Teil davon zurück. Der Unterhaltsanspruch geht in diesem Fall vom Pflegebedürftigen auf das Sozialamt über. Unterhaltspflichten bestehen nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch (§§ 1601 ff. BGB)

für alle in gerader Linie Verwandten, also vor allem für Eltern und Kinder. Geschwister, Tanten und Onkel oder Neffen und Nichten gehören nicht dazu und sind dementsprechend auch nicht unterhaltspflichtig.

Eine Unterhaltspflicht von Enkeln für ihre Großeltern besteht meist nur theoretisch: Dieser Anspruch könnte nämlich nur von Oma oder Opa selbst geltend gemacht werden – eine Übertragung des Anspruchs aufs Sozialamt wie beim Elternunterhalt ist in diesem Fall nicht möglich. Verzichten die Großeltern, muss das Sozialamt zahlen.

Ist das Verhältnis zu den Eltern nicht gut, ändert das in der Regel nichts an der Unterhaltspflicht: Nur bei sehr schweren Verfehlungen, zum Beispiel bei

MIT ANPACKEN: Hilfe im Alltag kostet Geld. Was Pflegebedürftige allein nicht zahlen können, übernehmen direkte Angehörige – oder das Sozialamt.



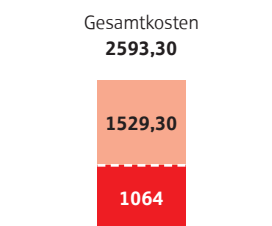
SO VIEL FEHLT

Je höher der Pflegebedarf, desto größer die Kostenlücke.

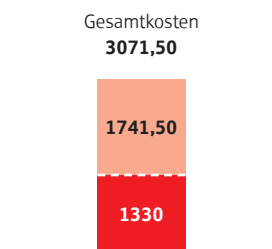
Durchschnittliche monatliche Kosten (vollstationäre Pflege*, untergliedert nach Leistungen der Pflegepflichtversicherung und Eigenanteil)
Alle Angaben in Euro

■ Finanzierungslücke ■ Gesetzliche Leistung

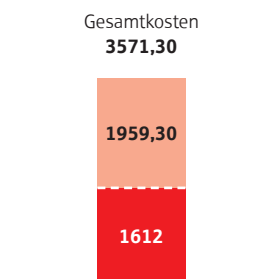
Pflegestufe 1



Pflegestufe 2



Pflegestufe 3



* Summe aus Pflegesatz, Unterkunft und Verpflegung sowie Kosten für Zweibettzimmer. Angaben nach Pflegestufe, da Werte für Pflegegrade noch nicht vorliegen; bundesweiter Durchschnittswert

Quelle: Pflegeeinrichtungsdatenbank der PKV, Stand: August 2016



REICHT DAS GELD? Vergleichen Sie Ihre voraussichtlichen Alterseinkünfte und das Vermögen mit den Kosten für Pflegeleistungen.

starker Vernachlässigung oder Missbrauch, haben Gerichte in der Vergangenheit entschieden, dass der Unterhaltsanspruch verwirkt wurde.

Berechnung des Unterhalts

Unterhaltspflichtige Angehörige wird das Sozialamt ebenfalls auffordern, ihre Einkommens- und Vermögensverhältnisse offenzulegen. Für die Höhe des Elternunterhalts gilt: Damit die Kinder nicht übermäßig belastet oder gar selbst zum Sozialfall werden, wird auch hier ein Schonvermögen berechnet, das

„Es gibt ein Schonvermögen, das das Sozialamt nicht antastet“

vom Sozialamt nicht angetastet werden darf – und dessen Höhe je nach Kommune stark variieren kann. Zum Schonvermögen gehören zum Beispiel das selbst genutzte Eigenheim, bereits bestehende Rücklagen für die eigene Altersvorsorge, das Familienauto, ein Notgroschen für Reparaturen oder Ersparnisse für die Anschaffung eines neuen Fahrzeugs. Neben dem Schonvermögen

steht dem Unterhaltspflichtigen ein Selbstbehalt vom Einkommen in Höhe von 1800 Euro und für den Ehepartner von 1440 Euro pro Monat zu. Von den darüber hinausgehenden Einkünften fließt aber immer noch nicht alles in

„Eventuell müssen Schenkungen rückabgewickelt werden“

den Elternunterhalt, sondern nur 50 Prozent der Differenz zwischen Selbstbehalt und dem bereinigten Nettoeinkommen. Bereinigt bedeutet, dass zuvor Unterhaltszahlungen an eigene Kinder oder Raten für laufende Kredite (Zinsen und Tilgung) abgezogen werden können. Berücksichtigt werden außerdem laufende Kosten für Altersvorsorge, Gesundheitsausgaben oder sogar die Fahrtkosten für den Besuch im Pflegeheim. Liegt also das bereinigte Nettoeinkommen eines Alleinstehenden bei 3000 Euro, verbleiben nach Abzug des Selbstbehalts von 1800 Euro noch 1200 Euro. Das Sozialamt könnte in diesem Fall 600 Euro Beteiligung verlangen.

Was passiert bei Schenkungen?

Hat ein Pflegebedürftiger in den letzten zehn Jahren größere Vermögenswerte, wie zum Beispiel eine Immobilie, auf seine Kinder übertragen, kann das Sozialamt im Ernstfall erzwingen, diese Schenkung rückgängig zu machen. In diesem Fall wird das Haus als noch vorhandenes Vermögen angesehen, so dass – bei einer stationären Pflege – erst einmal kein Anspruch auf Hilfe zur Pflege besteht. Es gibt allerdings eine Alternative zur Rückübertragung: Die Beschenkten können sich verpflichten, die Kosten fürs Pflegeheim so lange zu übernehmen, bis der geschätzte Verkehrswert des Hauses zum Zeitpunkt der ursprünglichen Schenkung überschritten würde.

So tragen Sie **die Kosten**

Die Kostenlücke in der Pflege bleibt auch unter den neuen Rahmenbedingungen groß. Zahlen müssen das die Pflegebedürftigen selbst – oder deren Angehörige in direkter Linie. Verschiedene Versicherungen schützen Einkommen und Vermögen vor staatlichem Zugriff.

Text: Malte Säger



ZWAR IST DIE staatliche Absicherung im Pflegefall seit diesem Jahr besser, doch die kompletten Kosten deckt die Pflichtversicherung längst nicht (siehe vorheriger Beitrag). Wer die Lücke nicht aus eigenen Einnahmen und Rücklagen füllen kann und verhindern möchte, dass die Kinder zahlen müssen, braucht zusätzlichen Schutz – hier ein Überblick zu privaten Vorsorgemöglichkeiten.

Pflegekostenversicherung

Der Name verrät bereits die größte Einschränkung der Pflegekostenversicherung: Ihre Leistungen sind zweckgebunden. Sie übernimmt lediglich einen Teil der tatsächlichen Pflegekosten, indem sie – je nach Police und Beitragshöhe –

die Leistungen der Pflegepflichtversicherung um einen zuvor vereinbarten Prozentsatz aufstockt. In der Regel bedeutet das viel Papierkram, denn die angefallenen Kosten muss man regelmäßig nachweisen. Berücksichtigt werden zudem nur Pflegeleistungen, die im Leistungskatalog der Pflegepflichtversicherung enthalten sind und durch einen professionellen Pflegedienst erbracht wurden. Häusliche Pflege durch Angehörige wird nicht bezahlt.

Pflegerentenversicherung

Die Pflegerentenversicherung zahlt im Pflegefall lebenslang eine monatliche Rente. Großer Vorteil: Die Leistungen kann man frei verwenden – statt der ↘



DER STAAT HILFT MIT

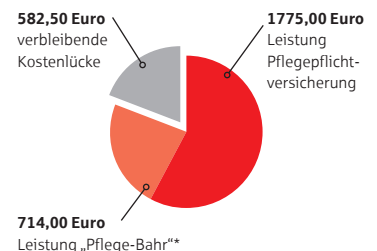
Jüngeren Versicherten bringt geförderte Vorsorge am meisten.

Beim „Pflege-Bahr“, einer mit 5 Euro Monatszuschuss geförderten Pflegetagegeldversicherung, hängt die maximale Leistung vom Alter bei Abschluss ab – hier ein Beispiel für Pflegestufe 2 mit Demenz, was dem neuen Pflegegrad 4 entspricht.

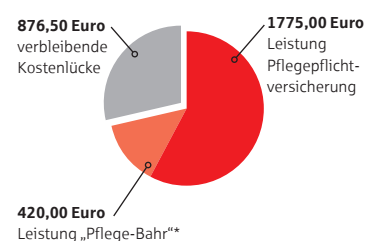
Aufteilung der Kosten

für vollstationäre Pflege von im Bundesdurchschnitt **3071,50 Euro**

Abschluss mit 30 Jahren



Abschluss mit 45 Jahren



* Tarif „FörderPflege“ der UKV.
Quellen: UKV; PKV-Pflegedatenbank,
Stand: August 2016



DEN KINDERN ZUR LAST FALLEN – das möchten Eltern in der Regel nicht. Darum macht es Sinn, für den Pflegefall finanziell vorzusorgen.

Pflegekosten muss nur die Pflegebedürftigkeit nachgewiesen werden. Meist ist ein Sparanteil einkalkuliert. Während der Laufzeit kann also Guthaben entnommen werden, im Todesfall wird dieses verzinst an die Angehörigen ausgeschüttet. Außerdem besteht oft die Möglichkeit, sich gegen Zahlung eines Einmalbeitrags auf einen Schlag abzusichern. All diese Optionen haben ihren Preis: Die Kosten für die Policen liegen deutlich höher als beim Pflegetagegeld.

Pflegetagegeldversicherung

Auch die Leistungen der Pflegetagegeldversicherung stehen zur freien Verfügung: Sie zahlt im Pflegefall pro Tag eine feste Summe aus. Je nach Tarif gibt es gleich hohe Leistung für häusliche und stationäre Pflege oder ein geringeres Tagegeld für die Pflege zu Hause. Der Beitrag richtet sich nach dem Alter bei Vertragsabschluss und der Höhe des versicherten Tagegeldes. „Das Pflegetagegeld lässt sich an den individuellen Bedarf sehr gut anpassen“, erklärt Dr. Harald Benzing, Vorstandsvorsitzender der Union Krankenversicherung (UKV). Der Krankenversicherer der Sparkassen-Finanzgruppe zählt zu den Marktführern bei Pflegetagegeldversicherungen. „Der Vorteil liegt im meist niedrigeren Beitrag für den Pflegeschutz.“ Eine Sonderform des Pflegetagegeldes ist der

„Pflege-Bahr“, benannt nach dem ehemaligen Bundesgesundheitsminister. Der Staat fördert seit 2013 Policen dieses Typs mit 5 Euro im Monat, sofern der Versicherte selbst mindestens 10 Euro monatlich bezahlt. Es gibt keine Gesundheitsprüfung; die Absicherung ist also für jeden zu haben. Allerdings gilt beim Pflege-Bahr grundsätzlich eine Wartezeit von bis zu fünf Jahren – wer früher zum Pflegefall wird, geht leer aus. Trotzdem: „Der Pflege-Bahr ist ein sinnvoller Baustein in der Pflegevorsorge und bietet besonders jungen Menschen eine gute Absicherung für den Pflegefall“, sagt Benzing. Die versicherte Leistung ist bei frühem Abschluss höher, beträgt aber mindestens 600 Euro im Monat in Pflegegrad 5. Viele Versicherer

„Beim geförderten Pflegetagegeld gibt es keine Gesundheitsprüfung“

bieten Tarife an, die einen geförderten mit einem ungeförderten Teil verbinden (siehe Beispiel unten). „Bei der UKV verzichten wir auf die Wartezeit, wenn der Kunde eine Kombination aus Pflege-Bahr und konventionellem Pflegetagegeld abschließt“, ergänzt Benzing. Worauf sollte man sonst noch achten? Vor allem auf das, was Hagen Engelhard, Experte für Krankenversicherungen, „Zukunftsklauseln“ nennt. „Wer die Vorsorge flexibel anpassen können will, für den sind Nachversicherungsgarantien ohne erneute Gesundheitsprüfung sinnvoll“, so Engelhard. „Optionen auf Tarifwechsel sollten immer vertraglich festgehalten sein. Das stellt sicher, dass die Versicherung auch nach zukünftigen Reformen ausreichenden Schutz bietet.“ Beitragsdynamiken sorgen zudem dafür, dass die Leistungen auch nach Preissteigerungen im Pflegebereich noch reichen. Denn günstiger wird Pflege sicher nicht mehr. ●



JÜNGERE BEZAHLEN WENIGER

Das Abschlussalter hat hohen Einfluss auf die Vorsorgekosten.

Mit einer Kombination aus geförderter und ungeförderter Versicherung wird der Pflegefall finanzierbar.

Abschluss mit 30 Jahren (Leistung in Pflegegrad 5: 1620 €)

Geförderte Versicherung ¹	10,30 €
Private Versicherung ²	11,08 €
Monatsbeitrag gesamt	21,38 €

Abschluss mit 45 Jahren (Leistung in Pflegegrad 5: 1500 €)

Geförderte Versicherung ¹	11,20 €
Private Versicherung ³	29,88 €
Monatsbeitrag gesamt	41,08 €

¹ Tarif „FörderPflege“ der UKV; 5 Euro staatlicher Zuschuss für den geförderten Tarif bereits abgezogen. ² Tarif „Pflegetagegeld-PRIVAT Premium“ der UKV; vereinbarte Leistung: Tagessatz 20 Euro. ³ Tarif „Pflegetagegeld-PRIVAT Premium“ der UKV; vereinbarte Leistung: Tagessatz 30 Euro (da altersbedingt geringere Leistung aus der geförderten Versicherung). Quelle: UKV

Hilfe für Helfer

Wer Angehörige pflegt, kommt nicht selten an seine Grenzen. Darum brauchen auch Helfer Pausen und Anerkennung. Das haben Staat und Pflegekasse erkannt und unterstützen mit verschiedenen Leistungen.



Pflege füttert das Rentenkonto

Pflege verlangt von Angehörigen viel Einsatz. Durch die Umstellung auf Pflegegrade wird dies nun besser honoriert – auch im Hinblick auf die soziale Absicherung der pflegenden Angehörigen.

Text: Wolfgang Büser

PFLEGE ZU HAUSE – für die soziale Absicherung der Pflegepersonen sorgt der Staat zum Beispiel durch die Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen.

SIMONE KURZ (Name geändert) hat es geahnt: Ihre Mutter wird nicht mehr lange für sich selbst sorgen können. Ins Heim will die alte Dame aber auf keinen Fall. Darum will die Tochter die Pflege selbst übernehmen. Von der Kranken- und Pflegekasse ihrer Mutter erfährt sie, dass diese ihr dabei hilft, die für eine Pflege notwendigen Kenntnisse zu er-

werben: in kostenlosen Pflegekursen. Auch in einem anderen wichtigen Bereich ist die Pflegekasse für Pflegekräfte aktiv, die wie Simone Kurz ihre Angehörigen nicht erwerbsmäßig, also ohne direkte Bezahlung, betreuen: Sie übernimmt die Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen für die Zeit der Pflegetätigkeit. Schließlich wird oft die berufliche Tätigkeit eingeschränkt oder vorübergehend ganz beendet.

Rentenversicherungsbeiträge

Allerdings müssen dazu folgende Voraussetzungen erfüllt sein: Beim Pflegebedürftigen muss mindestens der Pflegegrad 2 vorliegen, die Pflege muss zu Hause stattfinden, die Erwerbstätigkeit der Pflegeperson darf 30 Stunden pro Woche nicht überschreiten und die Pflegetätigkeit muss in der Woche mindestens 10 Stunden betragen – verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage pro Woche. Außerdem muss die Pflege ehrenamtlich erfolgen, also ohne direkte Bezahlung. Dass die Pflegeperson gegebenenfalls das Pflegegeld, das dem zu Pflegenden zusteht, ausgehändigt bekommt, spielt keine Rolle – auch nicht in steuerlicher Hinsicht.

Wichtig für ältere Pflegende, zum Beispiel wenn die Ehefrau ihren Mann pflegt: Für Bezieher einer Altersvollrente werden keine Rentenversicherungsbeiträge mehr gezahlt.



Im Gegensatz zu Arbeitnehmern zahlt ausschließlich die Pflegekasse der pflegebedürftigen Person die Beiträge. deren Höhe richtet sich nach dem Pflegegrad und dem Umfang der Pflege – also ob die häusliche Pflege ohne weitere

„Häusliche Pflege wirkt sich positiv auf eigene Rentenansprüche aus“

Unterstützung durch einen Pflegedienst durchgeführt wird oder nicht. Die Tabelle rechts zeigt, wie sich dies auf die Rentenansprüche der Pflegenden auswirkt. Je nach Pflegegrad ergibt sich ein monatlicher Rentenanspruch von bis zu 7,91 (im Osten: 7,45) Euro pro Jahr der Pflege beim Pflegegrad 2 und bis zu 29,30 (im Osten: 27,60) Euro bei Pflegegrad 5. Wichtig: Nach Beginn der Pflegetätigkeit sollte unbedingt bei der Pflegekasse nachgefragt werden, ob hinsichtlich der Rentenversicherungspflicht die notwendigen Schritte unternommen worden sind.

Bei Unfall geschützt

Sollte sich unser Beispiel Simone Kurz während ihrer Pflegetätigkeit verletzen – sei es bei der unmittelbaren Pflege oder auf einem damit zusammenhängenden Weg –, so ist auch dafür gesorgt: Die gesetzliche Unfallversicherung tritt mit ihren Leistungen ein – so, als ob ein Arbeitnehmer einen Arbeitsunfall gehabt hätte. Auch diese Versicherung ist für die Pflegekraft kostenfrei. Leistungsträger sind die Gemeinde-Unfallversicherungsverbände beziehungsweise die Landesunfallkassen.

Unfälle, die Pflegekräften zugestoßen sind und Leistungsansprüche gegen die gesetzliche Unfallversicherung ausgelöst haben, sind in Sozialgerichtsverfahren bewertet worden. So wurden etwa einer pflegenden Schwiegertochter Leistungen zugesprochen, die für



AB 2017: PFLEGERENTE NACH NEUEN BERECHNUNGSREGELN

Die Beiträge zur Rentenversicherung für Pflegepersonen – und der daraus resultierende Rentenanspruch – richten sich nach der Leistungsart, die der Pflegebedürftige erhält, sowie nach seinem Pflegegrad.

Lesebeispiel: Eine nahe Angehörige hat allein die Betreuung einer pflegebedürftigen Person mit Pflegegrad 3 übernommen. Für zwölf Monate Pflegetätigkeit werden ihr 12,60 Euro (im Osten: 11,87 Euro) auf dem Rentenkonto gutgeschrieben. Das entspricht demselben Anspruch, den ein Arbeitnehmer erzielen könnte, wenn er ein Jahr lang monatlich 1279,25 (im Osten: 1143,80) Euro brutto verdient hätte.

Pflegegrad und Pflegeleistung	Monatliche Rente für ein Jahr Pflege in Euro (West / Ost)	Entspricht einem Monatsverdienst von ... Euro (West / Ost)
5	Sachleistungen ¹	20,51 / 19,32
	Kombileistungen ²	24,91 / 23,46
	nur Pflegegeld ³	29,30 / 27,60
4	Sachleistungen	14,36 / 13,52
	Kombileistungen	17,43 / 16,42
	nur Pflegegeld	20,51 / 19,32
3	Sachleistungen	8,82 / 8,31
	Kombileistungen	10,71 / 10,09
	nur Pflegegeld	12,60 / 11,87
2	Sachleistungen	5,54 / 5,22
	Kombileistungen	6,72 / 6,33
	nur Pflegegeld	7,91 / 7,45
1	kein Anspruch	

¹ „Sachleistungen“ werden durch professionelle Pflegekräfte erbracht. Angehörige/Laien pflegen aber – ohne Pflegegeld zu bekommen – ebenfalls mindestens zehn Stunden pro Woche, verteilt auf mindesten zwei Tage wöchentlich.

² Bei „Kombileistungen“ werden neben den „Sachleistungen“ durch professionelle Pflegekräfte auch Pflegeleistungen durch Laien/Angehörige erbracht.

³ „Pflegegeld“ gibt es bei einer Pflegetätigkeit ausschließlich durch Laien/Angehörige.
Quelle: Deutsche Rentenversicherung Bund, Januar 2017.

ihre pflegebedürftige Schwiegermutter auch Einkäufe erledigte und auf einem dieser Wege verunglückte (Bayerisches Landessozialgericht – AZ: L 2 U 516/11).

Arbeitslosenversicherung

Pflegekräfte, die ihre Beschäftigung als Arbeitnehmer vorübergehend aufgeben, um die Betreuung eines nahen Angehörigen in den Pflegegraden 2 bis 5 zu übernehmen, werden regelmäßig auch in der Arbeitslosenversicherung pflichtversichert. Das gilt auch, wenn

sie unmittelbar vorher eine Lohnersatzleistung, beispielsweise Arbeitslosengeld I, von einer Arbeitsagentur bezogen haben. Für Pflegepersonen besteht so die Möglichkeit, gegebenenfalls nach der Beendigung der Pflegetätigkeit Arbeitslosengeld zu beantragen oder Leistungen der Arbeitsförderung in Anspruch zu nehmen, sofern nach dem Ende der Pflegetätigkeit kein nahtloser Einstieg in eine Beschäftigung möglich ist. Auch die Beiträge dafür zahlt die Pflegekasse.

Auszeit **von der Pflege**



Das liegt auf der Hand: Die ehrenamtlich betreuenden Pflegekräfte brauchen Auszeiten – sei es für wenige Tage, weil sie selbst krank werden, oder auch für einen richtigen „Urlaub von der Pflege“.

Text: Wolfgang Büser

PFLEGENDE ANGEHÖRIGE kommen oft an ihre Grenzen, vor allem, wenn sich die Pflegesituation über Jahre hinzieht. Nicht nur, um die Folgen einer Überlastung wie etwa Burn-out zu verhindern, finanzieren die Pflegeversicherungen Auszeiten für Angehörige. Das Gesetz sieht drei Varianten vor: Für kürzere Verschnaufpausen wird die Tages- und Nachtpflege angeboten. Für vorübergehende Engpässe ist die Kurzzeitpflege ein probates Mittel. Und mit der „Verhinderungspflege“ ist daran gedacht, dass Pflegenden in Urlaub fahren können. Verhinderungs- und Kurzzeitpflege können miteinander kombiniert werden.

Tages- und Nachtpflege

Wer die häusliche Pfl egetätigkeit hin und wieder oder auch kurzfristig ergänzen möchte, dem bietet das Gesetz die

Tages- oder Nachtpflege in einer Pflegeeinrichtung an. Geeignet ist die Tages-/ Nachtpflege unter anderem für pflegebedürftige Personen, die entweder tagsüber oder nachts nicht von ihren pflegenden Angehörigen betreut werden können, weil diese beispielsweise arbeiten oder tageweise entlastet werden sollen. Sie steht grundsätzlich nur Pflegepersonen mit den Pflegegraden 2 bis 5 zu und wird von den Pflegekassen pro Kalendermonat mit bis zu 689 Euro (Pflegegrad 2) sowie bis zu 1995 Euro (Pflegegrad 5) zusätzlich zum Pflegegeld finanziert. Die Tages- und Nachtpflege kann beliebig oft in Anspruch genommen werden. Die Pflegekassen müssen sich daran allerdings nur im Rahmen des für den jeweiligen Pflegegrad maßgebenden Höchstbetrags beteiligen (siehe Tabelle auf Seite 14).

Kurzzeitpflege: maximal acht Wochen

Eine Kurzzeitpflege ist eine vollstationäre Betreuung, etwa in einem Pflegeheim. Sie kommt beispielsweise für eine Übergangszeit direkt nach einer stationären Behandlung in Betracht, wenn in der Wohnung noch Umbaumaßnahmen erforderlich sind oder die Pflegekraft die Betreuung nicht sofort übernehmen kann. Sie lässt sich auch für Zeiten einer Krankheit oder des Urlaubs der pflegenden Person nutzen. Dabei umfassen die Leistungen sowohl körperbezogene Pflegemaßnahmen als auch pflegerische Betreuung sowie medizinische Behandlungspflege. Der Anspruch auf eine Kurzzeitpflege ist auf acht Wochen im Kalenderjahr begrenzt. Die Pflegekasse beteiligt sich an den anfallenden Kosten mit bis zu 1612 Euro im Jahr.

Gut zu wissen: Wenn etwa aus dem jährlichen Budget für die Verhinderungspflege (siehe nächster Absatz) für das betreffende Kalenderjahr noch ein Betrag übrig ist, kann der gegebenenfalls für die Kurzzeitpflege genutzt werden, wenn bei dieser der Höchstbetrag von 1612 Euro überschritten wurde. Maximal können so bis zu 3224 Euro für eine Kurzzeitpflege der pflegebedürftigen Person aufgewandt werden.

Verhinderungspflege: bis sechs Wochen

Laienpflegekräfte, die erkrankt sind oder sich von ihrer Pflegetätigkeit für eine Weile „in den Urlaub“ verabschieden möchten, können ab Pflegegrad 2 die Hilfe der Pflegekasse des Pflegebedürftigen für eine Verhinderungspflege in Anspruch nehmen. Die Kasse zahlt für einen Zeitraum von längstens sechs Wochen pro Kalenderjahr einen Zuschuss von bis zu 1612 Euro. Dieser kann um bis zu 806 Euro aus der Kurzzeitpflege aufgestockt werden, sofern der Leistungsanspruch noch nicht aufgebraucht wurde.

Während der Verhinderungspflege kann die zu pflegende Person von einer anderen Laienkraft betreut oder für sie

Kurzzeitpflege genutzt werden. Außerdem können von Angehörigen Fahrtkosten und Verdienstausschlag geltend gemacht werden, wenn sie mit dem Pflegebedürftigen nicht in häuslicher Gemeinschaft leben (siehe Beispiel rechts). Das gilt für alle Pflegekräfte – unabhängig vom Pflegegrad der pflegebedürftigen Person. Eine weitere Regel: Der Pflegenden muss den Pflegebedürftigen bereits seit mindestens sechs Monaten zu Hause gepflegt haben.

Pflegegeld wird hälftig weitergezahlt

Was das Pflegegeld anbelangt, gilt sowohl für die Kurzzeit- als auch Verhinderungspflege: Es werden während der Auszeit bis zu 50 Prozent des bisher bezogenen Pflegegelds gezahlt, das in dem entsprechenden Pflegegrad maßgeblich ist. Und wie geht eine Pflegekraft vor, wenn sie „urlaubsreif“ ist? Sobald in Absprache mit dem Pflegebedürftigen eine geeignete Kraft gefunden und eingewiesen ist, sollte die Pflegekasse über den vorübergehenden Wechsel informiert werden. Sie regelt dann alles Weitere. ●



SO WIRD GERECHNET

Verhinderungs- und Kurzzeitpflege lassen sich kombinieren.

Beispiel: Die Urlaubsvertretung für die Tochter des Pflegebedürftigen (Pflegegrad 3) übernimmt die – nicht bei der Pflegeperson wohnende – Nichte vom 3. bis 26. März 2017. Dies entspricht 23 der möglichen 42 Tage (sechs Wochen) Verhinderungspflege. Hierfür zahlt ihr die Pflegekasse des Versicherten 1350 Euro an Verdienstausschlag. Außerdem hat die Nichte Fahrtkosten von 64,40 Euro nachgewiesen. Der Erstattungsbetrag beläuft sich also auf insgesamt 1414,40 Euro.

Im laufenden Kalenderjahr 2017 besteht noch ein Restanspruch auf eine entsprechende „Verhinderungspflege“ für (42 minus 23 =) 19 Kalendertage. Wegen der Höchstgrenze von 1612 Euro verbleiben allerdings nur noch 197,60 Euro – egal ob die Pflegekraft statt der verbliebenen 19 Tage lediglich drei Tage lang pflegen würde.

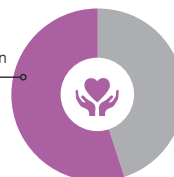


HOHE GESUNDHEITLICHE BELASTUNG

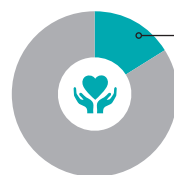
Pflegende Angehörige erkranken wegen der hohen Belastung häufiger als Nichtpflegende. Das zeigt eine Vergleichsstudie der DAK.

Pflegende Angehörige

55 %
Psychische Störungen
und Verhaltensstörungen

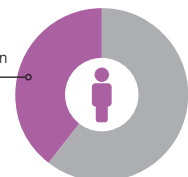


16 %
Muskel-Skelett-
Erkrankungen

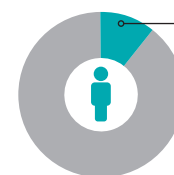


Vergleichsgruppe: nicht pflegende Personen

39,5 %
Psychische Störungen
und Verhaltensstörungen



11 %
Muskel-Skelett-
Erkrankungen



Quelle: Pflegereport 2015 der DAK



Wer sich bewegt, bleibt länger gesund

Bewegung ist gut für die Gesundheit. Das gilt auch für ältere Menschen. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung fördert entsprechende Angebote. Interview: Karin Graf

Herr Schoofs, gibt es Studien darüber, wie sich Bewegung auf die körperliche und geistige Fitness im Alter auswirkt?

Es gibt zahlreiche wissenschaftliche Studien, die belegen, dass Sport und Bewegung einen positiven Einfluss auf Gesundheit und Wohlbefinden haben.

Selbst im hohen Alter ist eine Anpassung von Kraft, Ausdauer, Koordination und Beweglichkeit noch möglich. Bewegung stärkt nicht nur das Herz-Kreislauf-System, sondern auch die Knochen, was vor gefährlichen Stürzen und Brüchen schützen kann. Außerdem wirkt sich körperliche Aktivität positiv auf die Stimmung aus.

2014 hat die BZgA das Programm „Älter werden in Balance“ gestartet. Wen sprechen Sie damit an?

„Älter werden in Balance“ ist ein Präventionsprogramm, das sich an Menschen im höheren und hohen Lebensalter richtet. Ziel ist es, die Selbstbestimmung und Mobilität – und damit die Lebensqualität – im Alter zu fördern. Im Mittelpunkt stehen das „AlltagsTrainingsProgramm“ (ATP) für Seniorinnen und Senioren sowie das „Lübecker Modell Bewegungswelten“, das sich auf Menschen in Pflegeeinrichtungen konzentriert.

Was verbirgt sich denn hinter dem AlltagsTrainingsProgramm?

Der Schwerpunkt liegt hier in der Bewegungsförderung: Schon ein kleines Mehr an regelmäßiger körperlicher Betätigung kann helfen, vorhandene Kräfte zu mobilisieren – oder sogar einen Heilungsprozess zu beschleunigen.



SIAM SCHOOFS ist Referent bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) für das Programm „Älter werden in Balance“.

Älter werden in Balance

Studien belegen, dass insbesondere ältere Menschen schon von mäßig intensiven Bewegungsaktivitäten im Alltag profitieren. Es zeigt sich, dass nicht nur die Mobilität verbessert wird, sondern auch das Wohlbefinden und die soziale Teilhabe. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung unterstützt mit dem Programm „Älter werden in Balance“ entsprechende Angebote vor Ort. Informationen und leicht umsetzbare praktische Übungen gibt es zudem auf www.aelter-werden-in-balance.de

In einem ATP-Kurs lernen die Teilnehmer, wie leicht es ist, alltägliche Tätigkeiten als Trainingsmöglichkeiten zu nutzen, überall und jederzeit, drinnen und draußen. So vermitteln qualifizierte Übungsleiterinnen und Übungsleiter beispielsweise, wie Einkaufstaschen zur Kräftigung von Rumpf- und Armmuskulatur genutzt oder vorhandene Gegenstände in der Natur und im Haushalt bewusst trainingswirk-

sam eingesetzt werden können. Tipps also, die zeigen, wie die Gesundheit mit wenigen Änderungen und einer moderaten Steigerung der Alltagsbewegungen verbessert und gefördert werden kann.

Wo findet man entsprechende Kurse?

Das ATP soll 2017 bundesweit in Sportvereinen angeboten werden. Hierzu werden 800 Kurse durch den Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. finanziell unterstützt und sind für die Teilnehmenden kostenlos. Informationen, wo und wann sie stattfinden, finden sich demnächst auf unserer Homepage.

Das Lübecker Modell Bewegungswelten soll in Pflegeheimen eingesetzt werden. Was ist darunter zu verstehen?

Das Modell ist ein Trainingsprogramm zur Bewegungsförderung. Pflegebedürftige sollen damit Kraft und Mobilität zurückgewinnen. Es orientiert sich vor allem an den früheren Lebensgewohnheiten: Die Übungen nehmen typische Bewegungsabläufe aus dem Alltag – Einkaufen, Haushalt, Gartenarbeit – auf und können so von den Teilnehmenden leichter umgesetzt werden. Die Themen regen die Fantasie an, unterstützen den Erfahrungsaustausch und das soziale Miteinander.

Wie werden die Angebote von Seniorinnen und Senioren angenommen?

Sehr gut! Website, Broschüren und vor allem die Bewegungsprogramme stoßen auf ein ausgesprochen hohes Interesse der Zielgruppe. So wurden allein die Broschüren der Reihe „Aktiv“ seit Veröffentlichung mehr als 500 000-mal abgerufen. ●



SCHENKEN SIE

Menschen auf der Flucht Zuversicht!

**JETZT
MITGLIED
WERDEN**



WWW.DRK.DE/JETZT-MITGLIED-WERDEN

IBAN: DE63370205000005023307

BIC: BFSWDE33XXX

Stichwort: Flüchtlingshilfe

www.Spenden-DRK.de/Fluechtlinge



Pflege ist einfach.



Gepflegt zu Hause – am liebsten bin ich hier.

Sich heute um eine private Pflegeversicherung zu kümmern heißt, das Leben auch in Zukunft genießen zu können.

Unabhängig. Selbstbestimmt.
Auch in den eigenen vier Wänden.

| Die Versicherungen
der Sparkassen