

AMT FÜR SOZIALE DIENSTE

Gut gepflegt im eigenen Zuhause

Ein Leitfaden für die Organisation
der Pflege im häuslichen Bereich



Herausgeberin:

Landeshauptstadt Kiel

Adresse: Pressereferat, Fleethörn 9, 24103 Kiel, **Redaktion:** Amt für Soziale Dienste und Pflegestützpunkt in der Landeshauptstadt Kiel, **Fotonachweis:** S. 7 und S. 38 – fotolia/auremar, S.8 – fotolia/Andrey Bandurenko, S. 10 – shutterstock/De Visu, S. 12 und S. 25 – fotolia/Gerhard Seybert, S.16 – fotolia/Photographie.eu, S.17 oben, S. 18, S. 20, S.26, S.27 und S.28 – fotolia/Ingo Bartussek, S. 17 unten – fotolia/ACP prod, S.24 – fotolia/thodonal88, S. 30 – shutterstock/Alexander Raths, S.33 und S.51 – shutterstock/wavebreakmedia, S.36 – shutterstock/Barabasa, S.43 – shutterstock/Ocskay Mark, S. 45 – shutterstock/Rido, Grafik S. 39 – Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS), **Titelbild:** Rido/adobe.stock, **Layout:** schmidtundweber, Kiel, **Druck:** Rathausdruckerei, Kiel, **Auflage:** 500 Stück, 12 / 2023, **Haftungsausschluss:** Die Landeshauptstadt Kiel übernimmt keinerlei Gewähr für die Aktualität, Korrektheit, Vollständigkeit oder Qualität der bereitgestellten Informationen. Haftungsansprüche gegen die Herausgeberin, welche sich auf Schäden materieller oder ideeller Art beziehen, die durch die Nutzung oder Nichtnutzung der dargebotenen Informationen bzw. durch die Nutzung fehlerhafter und unvollständiger Informationen verursacht wurden, sind grundsätzlich ausgeschlossen.



in Zusammenarbeit mit dem
Pflegestützpunkt in der Landeshauptstadt Kiel

Vorwort

Liebe Kieler*innen,

vor Ihnen liegt die neueste Auflage von „Gut gepflegt im eigenen Zuhause“ mit den ersten Änderungen und Erweiterungen durch das Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) zum 01. Januar 2024. Ab 2025 sowie 2028 sind weitere Anpassungen und Veränderungen vorgesehen. Insbesondere pflegende Angehörige in der häuslichen Pflege sollen dadurch finanziell unterstützt und entlastet werden.

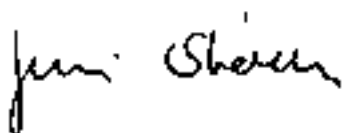
Wenn Menschen nach ihren Wünschen für die Zukunft befragt werden, steht der Wunsch, auch im Alter oder bei Krankheit in der vertrauten Umgebung leben zu können, in der Regel ganz oben auf der Liste. Diesem Wunsch sollte entsprochen werden, auch dann, wenn die Bewältigung des alltäglichen Lebens schwerer fällt, wenn Unterstützung und Begleitung nötig werden oder Pflegebedürftigkeit eintritt.

Damit sich für ältere und hilfebedürftige Menschen der Wunsch nach einem gut versorgten Leben zu Hause erfüllen kann, wurden von Seiten der Landeshauptstadt Kiel bereits vielfältige Anstrengungen unternommen. Die Broschüre „Gut gepflegt im eigenen Zuhause“, die zusammen mit dem Pflegestützpunkt in der Landeshauptstadt Kiel erarbeitet worden ist, stellt einen Baustein dar, um das Leben zu Hause zu erleichtern.

Dieser Leitfaden enthält zahlreiche Informationen zum Thema „ambulante Pflege“, die zeigen, wie vielfältig die Möglichkeiten der ambulanten Versorgung sein können.

Ziel dieser Broschüre ist es, dazu beizutragen, dass die Menschen in unserer Stadt ihr Leben ihren Wünschen entsprechend im gewohnten häuslichen Umfeld gestalten können. Dabei ist uns bewusst, wie eng verzahnt dies mitunter mit angemessenem Wohnraum ist.

Wir freuen uns, wenn die vorliegende Broschüre eine Unterstützung bieten kann. Nehmen Sie bei Fragen zum Thema gerne Kontakt zu unserem Pflegestützpunkt auf.



Gerwin Stöcken

Stadtrat für Soziales, Gesundheit, Wohnen und Sport



Inhaltsverzeichnis

1.	Was ist ambulante Pflege?	6
1.1	Wer leistet ambulante Pflege?	7
1.2	Wann ist ambulante Pflege sinnvoll?	8
2.	Welche Leistungen bieten ambulante Pflegedienste?	9
2.1	Häusliche Pflegehilfe	10
2.2	Beratungseinsätze	11
2.3	Angebote zur Unterstützung im Alltag	11
2.4	Häusliche Krankenpflege	11
2.5	Ergänzende ambulante Angebote	13
2.5.1	Mahlzeitendienste	13
2.5.2	Hausnotruf	13
2.5.3	Spezialangebote	14
3.	Wer trägt die Kosten?	15
3.1.	Krankenkasse	16
3.2	Pflegekasse (Pflegeversicherung)	17
3.3	Sozialhilfe	18
4.	Leistungen der Pflegeversicherung	19
4.1	Pflegegeld	20
4.2	Pflegesachleistungen	21
4.3	Kombination von Sach- und Geldleistungen	21
4.4	Tagespflege	22
4.5	Verhinderungspflege	22
4.6	Kurzzeitpflege	23
4.7	Entlastungsbetrag	23
4.8	Angebote zur Unterstützung im Alltag	25
4.9	Beratungseinsätze	25

4.10	Kursangebote für Angehörige und ehrenamtliche Personen	25
4.11	Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen	26
4.12	Alternative Wohnformen	27
4.13	Pflegehilfsmittel	27
4.14	Leistungen bei Pflegegrad 1	28
4.15	Beratung pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen	29
4.16	Soziale Sicherung der Pflegeperson	29
4.16.1	Rentenversicherung	29
4.16.2	Arbeitslosenversicherung	30
4.16.3	Unfallversicherung	30
5. Voraussetzungen für die Anerkennung der Pflegebedürftigkeit		31
5.1	Medizinischer Dienst (MD) / Medicproof	32
5.2	Pflegebegutachtung	33
5.3	Betrachtung der Lebensbereiche (Module)	34
5.4	Bestimmung des Pflegegrades	39
5.5	Feststellung der Pflegebedürftigkeit bei Kindern	40
5.6	Widerspruch	40
6. Checkliste zur Auswahl eines ambulanten Pflegedienstes		41
7. Der Pflegevertrag		45
8. Gesetz zur Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf		49
9. Beratungsstellen , Internetadressen, Informationsmaterial		52

Was ist ambulante Pflege?

Ambulante Pflege bezeichnet in der Regel die Versorgung pflegebedürftiger Menschen in ihrer häuslichen Umgebung.

Es soll pflegebedürftigen Menschen ermöglicht werden, möglichst lange in ihrem häuslichen Umfeld bleiben zu können und so ein Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung vermieden oder hinausgezögert werden. Dies entspricht den Wünschen vieler Menschen und wird, wie der Leitgedanke „ambulant vor stationär“ zeigt, auch von der Sozialgesetzgebung gefordert.

1.1 Wer leistet ambulante Pflege?

Häufig kommt es vor, dass nach Krankheit oder bei Pflegebedürftigkeit längere Zeit oder sogar dauerhaft pflegerische oder hauswirtschaftliche Hilfen benötigt werden.

Die ambulante Pflege kann dann sowohl von Angehörigen, von anderen nahestehenden Personen, Einzelpflegekräften als auch von ambulanten Pflegediensten durchgeführt werden.

Es ist ebenfalls möglich, nur bestimmte Tätigkeiten, wie zum Beispiel die Körperpflege, durch einen ambulanten Dienst verrichten zu lassen, während das Einkaufen und die Reinigung der Wohnung von Familienangehörigen erledigt wird.

Angehörige, Nachbar*innen und Bekannte

Angehörige, Nachbar*innen und Bekannte von unterstützungsbedürftigen Menschen leisten täglich einen wichtigen und erheblichen Beitrag, um den Verbleib der pflegebedürftigen Person im eigenen Zuhause weiterhin zu ermöglichen.

Pflegepersonen

Als Pflegeperson werden Personen bezeichnet, die folgende Kriterien erfüllen:

- Betreuung einer oder mehrerer pflegebedürftiger Personen mit Pflegegrad 2 bis 5.
- Die Pflege ist nicht erwerbsmäßig.
- Die Pflege findet wenigstens zehn Stunden wöchentlich statt.
- Die Pflege ist verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche.
- Der pflegebedürftige Mensch wird in seiner häuslichen Umgebung betreut.

In Kapitel 8 finden diejenigen, die nach Möglichkeiten suchen, Familie, Pflege und Beruf miteinander zu vereinbaren, ausführliche Informationen zum Pflegezeit- sowie Familienpflegezeitgesetz.

Ambulante Pflegedienste

Ambulante Pflegedienste erbringen sowohl pflegerische und betreuende als auch hauswirtschaftliche und sonstige ergänzende Leistungen – je nach Bedarf des pflegebedürftigen oder kranken Menschen.

Die diesem Leitfaden beigefügte Checkliste kann zum Vergleich der Angebote und als Entscheidungshilfe bei der Auswahl eines Pflegedienstes genutzt werden (siehe Kapitel 6).

Eine aktuelle Übersicht aller ambulanten Pflegedienste in der Landeshauptstadt Kiel ist persönlich, per Mail oder Post durch den Pflegestützpunkt erhältlich.



Einzelpflegekräfte

Bei Einzelpflegekräften handelt es sich in der Regel um Pflegekräfte, wie beispielsweise eine Pflegefachkraft oder eine Pflegekraft, die sich selbständig gemacht haben. Diese können durch Pflegebedürftige in Anspruch genommen werden. Die Pflegekassen sollen vertragliche Vereinbarungen mit geeigneten Pflegekräften zur Versorgung bestimmter pflegebedürftiger Menschen eingehen, wenn die Versorgung dadurch besonders wirksam und wirtschaftlich ist und den besonderen Wünschen zur Gestaltung der Hilfe Rechnung getragen werden kann.

Im Mittelpunkt steht, den pflegebedürftigen Menschen dadurch ein weitestgehend selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Erfolgt die Pflege durch Einzelpflegekräfte, so schließt die pflegebedürftige Person mit dieser einen Pflegevertrag über Art, Inhalt und Umfang der Leistungen sowie die vereinbarte Vergütung ab. Die Abrechnung erfolgt dann zwischen der zugelassenen Einzelpflegekraft und der Pflegekasse im Rahmen des Sachleistungsbetrages (siehe Kapitel 4.2).

Nähere Informationen dazu erhalten Sie bei der zuständigen Pflegekasse.

1.2 Wann ist ambulante Pflege sinnvoll?

Ambulante Pflege ist sinnvoll,

- solange der pflegebedürftige Mensch noch in der Lage ist, im eigenen Haushalt zu leben
- wenn mit Angehörigen die Pflege und Betreuung – unter Umständen auch gemeinsam mit einem ambulanten Pflegedienst – sichergestellt werden kann
- wenn die vorhandene oder entsprechend angepasste häusliche Wohnsituation eine angemessene Pflege räumlich zulässt
- in Ergänzung mit Tagespflege und Verhinderungspflege, um die pflegende Person zu entlasten oder eine Heimaufnahme zu vermeiden oder hinauszuzögern.

2.

Welche Leistungen bieten ambulante Pflegedienste?

Das Angebotspektrum erstreckt sich über verschiedene Bereiche, für die sowohl die Pflegekasse als auch die Krankenkasse Leistungen gegebenenfalls zur Verfügung stellen.

Nähere Angaben zur Finanzierung finden Sie in Kapitel 3.

2.1 Häusliche Pflegehilfe

Die ambulanten Pflegedienste bieten im Rahmen der häuslichen Pflegehilfe folgende Dienstleistungen an:

- **Körperbezogene Pflegemaßnahmen**
Dazu zählen unter anderem Hilfe bei der Körperpflege (beim Waschen, Duschen), beim An- und Auskleiden, beim Toilettengang oder beim Essen und Trinken (Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung, Eingießen von Getränken), bei der Mobilität und Lagerung.
- **Pflegerische Betreuungsmaßnahmen**
Hier werden zum Beispiel Unterstützungsleistungen zur Bewältigung und Gestaltung des alltäglichen Lebens im häuslichen Umfeld, wie gemeinsames Spazierengehen, Vorlesen oder auch Aufrechterhalten sozialer Kontakte, Unterstützung bei Hobby und Spiel angeboten.
- **Hilfen bei der Haushaltsführung**
Darunter fallen das Reinigen der Wohnung, Wäschepflege, Einkaufen, Kochen und vieles mehr.
- **Beratung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen**
Hier sind pflegerische Fragestellungen, Unterstützung bei der Vermittlung von Hilfsdiensten wie Lieferung von Mahlzeiten, Hilfsmitteln oder die Organisation von Fahrdiensten inbegriffen.



2.2 Beratungseinsätze

Für Pflegebedürftige, die Pflegegeld in Anspruch nehmen, sieht der Gesetzgeber vor, dass zur Sicherung der Pflegequalität in der Häuslichkeit sowie der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegfachlichen Unterstützung der Pflegepersonen eine Beratung in regelmäßigen Abständen abgerufen werden muss. Bei Pflegegrad 2 und Pflegegrad 3 hat dies halbjährlich und ab Pflegegrad 4 vierteljährlich zu geschehen.

2.3 Angebote zur Unterstützung im Alltag

Diese Angebote sind in drei Bereiche unterteilt: Betreuungsangebote, Angebote zur Entlastung im Alltag und Angebote zur Entlastung von Pflegenden. Die Angebote der ambulanten Pflegedienste und der ambulanten Betreuungsdienste sind vielfältig, sie umfassen in der Regel praktische Hilfen, Unterstützung im Haushalt, bei der Tagesstrukturierung und vieles mehr.

Nähere Ausführungen zu den Angeboten zur Unterstützung im Alltag finden Sie im Kapitel 4.8.

2.4 Häusliche Krankenpflege (Behandlungs- und Krankenpflege)

Zur häuslichen Krankenpflege gehören zum Beispiel Verbandwechsel, Wundversorgung, Stoma- und Sondenversorgung sowie die Gabe von Injektionen, Blutzuckerkontrolle, medizinische Einreibungen und Medikamentenüberwachung. Dazu ist eine ärztliche Verordnung notwendig.

Sofern durch häusliche Krankenpflege ein Krankenhausaufenthalt vermieden oder verkürzt werden kann, übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten für einen Zeitraum von bis zu vier Wochen, gegebenenfalls auch länger. Die Hilfe umfasst in der Regel die Grund- und Behandlungspflege sowie die hauswirtschaftliche Versorgung im erforderlichen Umfang.



2.5 Ergänzende ambulante Angebote

Als Ergänzung werden von einigen ambulanten Diensten zusätzlich Serviceleistungen angeboten, die allerdings nicht durch die Pflegekassen finanziert werden. Dazu zählen zum Beispiel das Blumengießen während der Abwesenheit, die Haustierversorgung oder das Leeren des Briefkastens.

2.5.1 Mahlzeitendienste

Mahlzeitendienste versorgen Menschen, denen Einkaufen und Kochen schwerfällt, mit dem Angebot „Essen auf Rädern“. Zum Angebot gehören auch Schon- oder Diätkost. Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE) hat Qualitätsstandards für Essen auf Rädern und in Senioreneinrichtungen entwickelt, die 2020 veröffentlicht wurden. Interessierte sollten nach der Einhaltung dieser Standards bei den jeweiligen Anbietenden fragen. In Kapitel 9 finden Sie die Bezugsquelle der Broschüre sowie weitere Informationen.

Sie haben freie Wahl bei der Auswahl der Angebote für „Essen auf Rädern“. Einige ambulante Pflegedienste haben entsprechende Kooperationspatenschaften geschlossen; nähere Informationen dazu erhalten Sie bei den ambulanten Pflegediensten oder auch beim Pflegestützpunkt in der Landeshauptstadt Kiel.

2.5.2 Hausnotruf

Dieses System bietet die Sicherheit, im Notfall schnellstmöglich Hilfe zu erhalten. Der Auslöser kann unauffällig am Körper oder an der Kleidung als Armband oder Clip befestigt werden und ist leicht zu bedienen. Die Technik ist mittlerweile so weit fortgeschritten, dass die meisten Geräte über einen Falldetektor sowie ein GPS-Ortungssystem verfügen. Auch mobile Varianten sind möglich.

Es sollte darauf geachtet werden, dass Funktion und Angebot des Systems vom Anbietenden verständlich erklärt wird. Ein Beratungsgespräch in der Häuslichkeit wird im Prinzip von allen kostenlos angeboten. Eine Prüfung der vertraglichen Bedingungen ist empfehlenswert.

Der Hausnotruf ist im Rahmen der Pflegeversicherung ein Hilfsmittel, für das unter bestimmten Voraussetzungen die Pflegekasse die Grundgebühr sowie die einmalige Anschlussgebühr übernimmt. Kriterien für die Übernahme sind, dass bereits eine Einstufung in einen Pflegegrad vorliegt und zu erwarten ist, dass aufgrund des Krankheits- oder Pflegezustands in einer Notsituation wie einem Sturz mit einem handelsüblichen Telefon keine Hilfe geholt werden kann.

Ein weiteres Kriterium ist dadurch gegeben, dass die pflegebedürftige Person gänzlich oder über weite Teile des Tages allein ist oder die Person im gleichen Haushalt in einer Notsituation wie einem Sturz nicht in der Lage ist, Hilfe zu rufen.

Nähere Informationen erhalten Sie dazu bei Ihrer Pflegekasse, den einzelnen Anbietenden oder als Übersicht im Pflegestützpunkt in der Landeshauptstadt Kiel.

2.5.3 Spezialangebote

Einige Pflegedienste haben sich spezialisiert. Sie betreuen zum Beispiel vorwiegend Menschen mit Behinderung, pflegebedürftige Kinder oder bieten Intensiv- oder Palliativpflege. Einige bieten zudem auch muttersprachliche Betreuung in türkischer, russischer, polnischer oder anderer Sprache an. Diese ist jedoch in der Regel an entsprechendes (wechselndes!) Personal gekoppelt und daher nicht immer verfügbar.

Je nach den individuellen Bedürfnissen sollten Informationen über (besondere) Serviceleistungen in erster Linie bei den ambulanten Pflegediensten oder dem Pflegestützpunkt in der Landeshauptstadt Kiel erfragt werden.



3.

Wer trägt die Kosten?

Generell kann jeder hilfebedürftige Mensch die Angebote ambulanter Pflegedienste in Anspruch nehmen.

Diese Hilfen müssen aber gegebenenfalls privat finanziert werden. Diese Situation liegt dann vor, wenn keine der nachfolgend genannten Möglichkeiten der Kostenübernahme in Frage kommen. Ein Eigenanteil ist möglicherweise auch dann zu zahlen, wenn die zu leistende Summe die Versicherungsleistung (zum Beispiel der Pflegeversicherung als Teilkaskoversicherung) übersteigt.

Dazu finden Sie mehr Informationen in den Kapiteln 3.2 und 3.3.

3.1. Krankenkasse

Behandlungspflegeleistungen müssen ärztlich verordnet werden.

Dafür tragen die Krankenkassen in der Regel die Kosten. Belange der Krankenkasse regelt das Sozialgesetzbuch V. Dazu zählen wie unter Kap.2.4 beschrieben, zum Beispiel Verbandwechsel, Wundversorgung, die Gabe von Injektionen, Blutzuckerkontrolle, medizinische Einreibungen sowie Medikamentenüberwachung.

Ebenso werden **Hilfsmittel**, wie Rollstühle, Rollatoren, Gehhilfen, Haltegriffe, Toilettenstühle, Sitzerrhöhungen und so weiter über entsprechende Verordnungen von Ärzt*innen bei Vorliegen der Voraussetzungen von der Krankenkasse bezahlt. Alle Versicherten ab 18 Jahren zahlen zehn Prozent des Abgabepreises, mindestens jedoch fünf und höchstens zehn Euro für jedes Hilfsmittel.

Eine Zuzahlungsbefreiung zum Beispiel auch für Medikamente kann bei der Krankenkasse beantragt werden.

Es gibt Fälle, in denen Menschen vorübergehend Pflege benötigen, ohne dass eine Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung vorliegt, zum Beispiel nach einer Operation oder aufgrund einer akuten schwerwiegenden Erkrankung. Hier kann dann die sogenannte **Übergangspflege** greifen. Dabei haben Versicherte für einen Zeitraum von bis zu vier Wochen Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung im Rahmen der **häuslichen Krankenpflege** sowie auf eine Haushaltshilfe.

Reichen diese Leistungen nicht aus, besteht ein Anspruch auf **Kurzzeitpflege** in einer Pflegeeinrichtung für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr. Die Krankenkasse beteiligt sich an den Kosten für Pflege, Betreuung und Behandlungspflege bis zu einem Betrag von jährlich 1774 Euro. Voraussetzung ist, dass keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2,3,4 oder 5 /SGB XI festgestellt ist.





3.2 Pflegekasse (Pflegeversicherung)

Bei Personen mit einem festgesetzten Pflegegrad übernimmt die gesetzliche **Pflegeversicherung** die Kosten innerhalb der vorgesehenen Höchstgrenzen (siehe Kapitel 4). Die Bestimmungen der Pflegeversicherung finden sich im Sozialgesetzbuch XI. Der Antrag auf Anerkennung der Pflegebedürftigkeit wird bei der zuständigen Pflegekasse gestellt.

Diese ist bei der jeweiligen Krankenkasse angesiedelt.

Informationen über die Voraussetzungen für die Anerkennung der Pflegebedürftigkeit und die Einstufung in einen Pflegegrad sowie das Begutachtungssystem erhalten Sie in Kapitel 5.



3.3 Sozialhilfe

Sollte **kein Anspruch** auf Leistungen der Pflegeversicherung nach dem Sozialgesetzbuch XI bestehen (zum Beispiel bei nichtversicherten Personen oder bei fehlenden Vorversicherungszeiten), aber Pflegebedürftigkeit vorliegen, können ambulante Hilfen zur Pflege nach dem Sozialgesetzbuch XII (SGB XII) beim *örtlichen Sozialhilfeträger* beantragt werden.

Sollten bei **bestehendem Anspruch** auf Pflegeversicherungsleistungen diese aber den individuellen Pflegebedarf nicht abdecken, können Hilfen aufgrund des Bedarfsdeckungsgrundsatzes der Sozialhilfe auch in Form von Zuschüssen übernommen werden. Vor der Bewilligung von Sozialhilfe wird allerdings ausnahmslos geprüft, ob die pflegebedürftige Person in der Lage ist, die ungedeckten (Rest-) Kosten aus eigenen Mitteln (Einkommen und Vermögen) zu tragen. Daher ist es ratsam, **vor** dem Eingehen von finanziellen Verpflichtungen (z. B. Vertrag mit einem Pflegedienst, Erwerb von Hilfsmitteln), die nicht durch die Leistungen der Pflegekasse und durch Eigenmittel gedeckt sind, einen kostenlosen Antrag auf Hilfe zur Pflege im Rahmen des SGB XII zu stellen.

Zuständig für die Sozialhilfe / Hilfe zur Pflege in der Landeshauptstadt Kiel ist das Amt für Soziale Dienste, Leistungen der Hilfe zur Pflege, Stephan-Heinzel-Str. 2 in 24116 Kiel.



4.

Leistungen der Pflegeversicherung

Grundvoraussetzung für die Inanspruchnahme ist die Einstufung in einen Pflegegrad. Die Pflegeversicherung erbringt ihre Leistungen als Sach- oder Geldleistungen (Pflegegeld). Auch eine Kombinationsleistung ist möglich.

Um die Pflegeleistungen voll in Anspruch nehmen zu können, muss die versicherte Person in den letzten zehn Jahren vor der Antragstellung zwei Jahre als Mitglied in die Pflegekasse eingezahlt haben oder familienversichert gewesen sein.

4.1 Pflegegeld

Wird der pflegebedürftige Mensch zu Hause zum Beispiel von Angehörigen gepflegt, erhält er ein dem jeweiligen Pflegegrad entsprechendes Pflegegeld, das er an pflegende Angehörige oder sonstige ehrenamtlich tätige Personen als Aufwandsentschädigung bzw. Anerkennung auszahlen kann. Bewilligungsvoraussetzung ist, dass die Pflege in geeigneter Weise sichergestellt wird, das heißt, dass tatsächlich eine Pflegeperson für die Betreuung zur Verfügung steht.

Die pflegebedürftige Person bekommt das Geld von der Pflegekasse überwiesen und kann über die Verwendung frei verfügen.

Das Pflegegeld ist wie folgt gestaffelt:

Pflegegrad	Stand 01.01.2024	ab 01.01.2025
Pflegegrad 1	–	–
Pflegegrad 2	332 Euro	347 Euro
Pflegegrad 3	573 Euro	599 Euro
Pflegegrad 4	765 Euro	799 Euro
Pflegegrad 5	947 Euro	990 Euro



4.2 Pflegesachleistungen

Hierbei handelt es sich um die Kosten für die Pflegeeinsätze durch ambulante Pflegedienste. Deren Einsatz wird von den Pflegekassen gestaffelt nach Pflegegraden übernommen. Der Anspruch auf Pflegesachleistungen setzt voraus, dass die Pflegeleistungen von ambulanten Pflegediensten erbracht werden, mit denen die Pflegekassen Verträge abgeschlossen haben (zugelassene Leistungserbringende).

Als Sachleistungen können Pflegeeinsätze bis zu folgenden Beträgen monatlich in Anspruch genommen werden:

Pflegegrad	Stand 01.01.2024	ab 01.01.2025
Pflegegrad 1	–	–
Pflegegrad 2	761 Euro	795 Euro
Pflegegrad 3	1432 Euro	1496 Euro
Pflegegrad 4	1778 Euro	1858 Euro
Pflegegrad 5	2200 Euro	2299 Euro

4.3 Kombination von Sach- und Geldleistungen

Der Bezug von Pflegegeld kann mit der Inanspruchnahme von Sachleistungen (Einsatz eines ambulanten Pflegedienstes) kombiniert werden. Dadurch kann die Hilfe den persönlichen Bedürfnissen entsprechend optimal gestaltet werden.

Ein Teil der Pflegehandlungen wird von Angehörigen oder Zugehörigen durchgeführt und bei den übrigen notwendigen Hilfen kommen professionelle Pflegekräfte zum Einsatz.

Die bewilligte Leistung wird so abgerechnet, dass sich das Pflegegeld anteilig um den Wert der in Anspruch genommenen Sachleistungen vermindert. Wird der Anspruch auf Sachleistungen zum Beispiel nur zu 60 % ausgenutzt, werden noch 40 % des zustehenden Pflegegeldes an die pflegebedürftige Person ausgezahlt. Die Kombinationsleistung muss bei der Pflegekasse beantragt werden.

4.4 Tagespflege

Pflegebedürftige Personen der Pflegegrade 2 bis 5 haben Anspruch auf teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege. Die Tagespflege kann an einzelnen oder mehreren Tagen in der Woche wahrgenommen werden, sie stellt eine Tagesstrukturierung dar und ist zur Förderung und zum Erhalt der Fähigkeiten der betreffenden pflegebedürftigen Personen gedacht. Morgens werden diese in der Regel von zu Hause abgeholt und am Nachmittag wieder zurückgebracht.

Die Leistungen der Tagespflege staffeln sich wie folgt:

Pflegegrad	Stand 01.01.2024	ab 01.01.2025
Pflegegrad 1	–	–
Pflegegrad 2	689 Euro	720 Euro
Pflegegrad 3	1298 Euro	1356 Euro
Pflegegrad 4	1612 Euro	1685 Euro
Pflegegrad 5	1995 Euro	2085 Euro

4.5 Verhinderungspflege

Menschen mit einem Pflegegrad haben Anspruch auf bis zu 6 Wochen Ersatzpflege im Jahr bei Verhinderung der Pflegeperson durch Urlaub, Krankheit oder sonstigen Gründen, sofern diese die pflegebedürftige Person mindestens 6 Monate in der häuslichen Umgebung gepflegt hat. Diese Vorphlegezeit entfällt ab 1. Juli 2025. Dafür stellt die Pflegekasse für entsprechende Pflegeaufwendungen 1612 € zur Verfügung. In dieser Zeit kann die Versorgung des pflegebedürftigen Menschen zum Beispiel durch einen ambulanten Dienst, ehrenamtlich Pflegenden (Bekannte, Nachbar*innen), andere Angehörige (bei nahen Angehörigen sind spezielle Abrechnungsmodi gegeben!) oder auch eine stationäre Unterbringung sichergestellt werden. Es ist möglich, den zur Verfügung stehenden Betrag stunden-, tage- oder wochenweise in Anspruch zu nehmen.

Der Betrag von 1612 € kann um bis zu 806 € aus nicht verbrauchten Mitteln der Kurzzeitpflege erhöht werden. Die Leistungen stehen den Versicherten der Pflegegrade 2 bis 5 zu. Auch hier ergeben sich ab 1. Juli 2025 Änderungen, die im untenstehenden Kästchen am Ende dieses Kapitels beschrieben sind. Das Pflegegeld kann bis zu 6 Wochen hälftig weitergezahlt werden.

4.6 Kurzzeitpflege

Pflegebedürftige Menschen sind oft nur für eine bestimmte Zeit auf vollstationäre Pflege angewiesen, insbesondere zur Bewältigung von Krisensituationen bei der häuslichen Pflege oder übergangsweise im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt. Für eine vollstationäre Kurzzeitpflege stellt die Pflegekasse jährlich 1774 € zur Verfügung, die aus nicht verbrauchten Mitteln der Verhinderungspflege aufgestockt werden können. Der für die Kurzzeitpflege in Anspruch genommene Leistungsbetrag der Verhinderungspflege wird auf diese angerechnet, also abgezogen. Auch hier ergeben sich ab 1. Juli 2025 Änderungen.

Das Pflegegeld wird bis zu 8 Wochen hälftig weitergezahlt.

Anspruch auf diese Leistung haben pflegebedürftige Menschen der Pflegegrade 2 bis 5. Pflegebedürftige Personen mit Pflegegrad 1 können dafür den Entlastungsbetrag von 125 € pro Monat einsetzen.

4.7 Entlastungsbetrag

Pflegebedürftige Personen aller Pflegegrade erhalten einen einheitlichen Entlastungsbetrag von 125 €, der zweckgebunden ist.

Er kann zur Finanzierung eingesetzt werden von:

- Tages- oder Nachtpflege
- Kurzzeitpflege
- ambulanten Pflegediensten (jedoch nicht im Bereich der Selbstversorgung – mit Ausnahme bei Pflegegrad 1)
- nach Landesrecht anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag

Zur Finanzierung speziell solcher Angebote können ergänzend oder alternativ zum Entlastungsbetrag bis zu 40 % von nicht ausgeschöpften Pflegesachleistungen eingesetzt bzw. umgewandelt werden, der sog. Umwandlungsanspruch.

Erhöhung aller Pflegeleistungen zum 1. Januar 2025

Die Leistungen der Pflegeversicherung werden ab 1. Januar 2025 um 4,5 % erhöht.

Änderung zum 01. Juli 2025: Verhinderungspflege und gemeinsamer Jahresbetrag für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege

Der Anspruch auf Verhinderungspflege wird von 6 Wochen auf 8 Wochen verlängert und die Voraussetzung, dass die Pflegeperson die pflegebedürftige Person vor der erstmaligen Verhinderung 6 Monate gepflegt haben muss (Vorpflegezeit), entfällt.

Es bleibt aber dabei, dass der Leistungsanspruch der Verhinderungspflege geringer ausfällt, wenn die Verhinderungspflege durch Personen erbracht wird, die mit der anspruchsberechtigten Person bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert sind oder mit dieser in häuslicher Gemeinschaft leben und die Pflege nicht erwerbsmäßig ausüben. Verdienstaufschlag und/oder Reisekosten können angerechnet und bis zur möglichen Grenze berücksichtigt und erstattet werden.

Die Leistungen der Verhinderungspflege und der Kurzzeitpflege werden zu einem gemeinsamen Jahresbetrag zusammengefasst. Er beträgt maximal 3.539 Euro je Kalenderjahr und kann flexibel für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege genutzt werden.

Die bisherige Regelung, dass nur ein Teil der Kurzzeitpflegeleistungen in Verhinderungspflegeleistungen umgewandelt werden kann, entfällt dann.

Zum 1. Januar 2028 soll eine weitere Erhöhung aller Pflegeleistungen um 4,5 % erfolgen.



4.8 Angebote zur Unterstützung im Alltag

Angebote zur Unterstützung im Alltag sollen dazu beitragen, Pflegepersonen zu entlasten und pflegebedürftigen Menschen zu helfen, möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben, soziale Kontakte aufrechterhalten und ihren Alltag weiterhin möglichst selbständig bewältigen zu können.

Die entsprechenden Angebote müssen in Schleswig-Holstein durch das Landesamt für Soziale Dienste anerkannt werden. Als Angebote zur Unterstützung im Alltag kommen zum Beispiel Betreuungsgruppen für an Demenz erkrankte Menschen, Helfer*innenkreise, Tagesbetreuung in Kleingruppen, Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen sowie familienentlastende Dienste in Betracht. Aber auch eine Einzelbetreuung zum Beispiel durch anerkannte Alltagsbegleiter*innen, Seniorenassistent*innen sowie Nachbarschaftshelfer*innen sind möglich.

4.9 Beratungseinsätze

Pflegebedürftige, die Pflegegeld beziehen, haben bei Pflegegrad 2 und 3 halbjährlich, bei Pflegegrad 4 und 5 vierteljährlich eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch einen ambulanten Pflegedienst oder andere anerkannte Pflegeberater*innen/Beratungsstellen oder Pflegefachkräfte abzurufen. Die Beratung soll der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden dienen (siehe Kapitel 2.2).

4.10 Kursangebote für Angehörige und ehrenamtliche Personen

Ziel der Kursangebote zur Unterstützung und Beratung von Angehörigen und anderen Pflegenden ist, neben einem umfassenden Informationsfluss, die Pflege und Betreuung zu erleichtern und zu verbessern, indem zum Beispiel Fertigkeiten für eine selbständige Durchführung der Pflege vermittelt werden. Ferner sollen die Kurse dazu beitragen, pflegebedingte körperliche und psychische Belastungen zu mindern. Vorkenntnisse sind nicht erforderlich.

Die Pflegekassen sind verpflichtet, unentgeltlich solche Schulungskurse durchzuführen – entweder selbst oder andere geeignete Einrichtungen mit der Durchführung zu beauftragen.

4.11 Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

Die Pflegekasse zahlt unabhängig vom Pflegegrad auf Antrag bis zu 4000 € als Zuschuss für Maßnahmen der Wohnumfeldverbesserung.

Wenn mehrere Pflegebedürftige zusammenwohnen, kann der Zuschuss bis zu 16.000 € betragen.

Zu den Wohnumfeldverbessernden Maßnahmen zählen beispielsweise das Entfernen von Türschwellen, Verbreitern der Türen, der Einbau einer bodengleichen Dusche sowie Handgriffe oder Handläufe an Treppen oder langen Fluren. Ziel solcher Maßnahmen ist es, die häusliche Pflege in der Wohnung zu ermöglichen, zu erleichtern oder eine selbständige Lebensführung des pflegebedürftigen Menschen wieder herzustellen. Auch eine Überforderung der Pflegekraft soll damit verhindert werden.

Eine Wohnumfeldverbessernde Maßnahme kann jedoch auch ein Umzug in eine bedarfsgerechte Wohnung sein, wenn sie den Betroffenen wieder ermöglicht, nach draußen zu gehen und sich sicher in der Wohnung bewegen zu können, ohne Treppenstufen oder Schwellen überwinden zu müssen.

Vor Inangriffnahme einer solchen Maßnahme muss diese bei der Pflegekasse beantragt und durch Kostenvoranschläge dargelegt werden. Sofern es sich nicht um Wohneigentum handelt, muss zuvor auch mit den Vermietenden Rücksprache gehalten und die Genehmigung zu einer Wohnumfeldverbessernden Maßnahme eingeholt werden. Einige Vermietende fordern auch beim Auszug einen Rückbau, eine Wiederherstellung in den vorherigen Zustand (zum Beispiel nach Schwellenentfernung oder Badumbau).

Nähere Informationen hierzu oder zu weiteren Leistungen erhalten Sie bei Ihrer Pflegekasse sowie im Pflegestützpunkt in der Landeshauptstadt Kiel.



4.12 Alternative Wohnformen

Alternative Wohnformen wie selbstorganisierte ambulant betreute Wohngruppen ab drei bis maximal zwölf Personen werden gefördert. Pflegebedürftige Personen, die in einer solchen Wohngruppe leben, erhalten 214 Euro im Monat für die Beschäftigung einer Hilfskraft (ab Pflegegrad 1).

Zur Gründung neuer Wohngruppen gibt es eine Anschubfinanzierung bis zu 2500 Euro je pflegebedürftiger Person (maximal 10.000 € je Wohngruppe), der Zuschuss für Umbaumaßnahmen für Wohngruppen beträgt bis zu 16.000 € (siehe auch 4.11).

Diejenigen, die sich für die Gründung einer solchen Wohngruppe interessieren oder in eine einziehen möchten, können Kontakt zur Koordinationsstelle für innovative Wohn- und Pflegeformen im Alter und für Menschen mit Assistenzbedarf (KIWA) aufnehmen. Die Kontaktdaten finden Sie in Kapitel 9.



4.13 Pflegehilfsmittel

Pflegebedürftige Menschen aller Pflegegrade können Pflegehilfsmittel beantragen, wenn diese dazu beitragen, die Pflege zu erleichtern, Beschwerden zu lindern oder ihnen eine selbständige Lebensführung zu ermöglichen. Dazu zählen zum Beispiel Pflegebetten und Zubehör, Pflegerollstühle, Lagerungshilfen, Hausnotrufsysteme und vieles mehr. Zu den Kosten dieser technischen Pflegehilfen muss die pflegebedürftige Person einen Eigenanteil von zehn Prozent, maximal jedoch 25 € zuzahlen.

Für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel, wie Bettschutzeinlagen, Einmalhandschuhe und/oder Desinfektionsmittel, zahlt die Pflegekasse 40 € im Monat. Etliche Sanitätshäuser oder auch andere Anbietende stellen dazu komplette individuell ausgewählte Pakete (sogenannte Pflegeboxen) zusammen, die monatlich zugesandt werden. Die Abrechnung erfolgt dann mit der Kasse durch diese Anbietenden. Sie können aber auch individuell die benötigten Artikel in Apotheken, Drogerien oder Sanitätshäusern beschaffen, wenn Sie zuvor einen Antrag auf die entsprechende Erstattung bei der Pflegekasse gestellt haben und dieser bewilligt wurde.



4.14 Leistungen bei Pflegegrad 1

Zur Erhaltung und Wiederherstellung der Selbständigkeit und der Vermeidung schwerer Pflegebedürftigkeit werden Personen mit geringen Beeinträchtigungen dem Pflegegrad 1 zugeordnet.

Die Leistungen beim Pflegegrad 1 umfassen nicht alle der Pflegegrade 2 bis 5 gewährten Leistungen.

Mögliche Leistungen sind:

- Entlastungsbetrag in Höhe von 125 € monatlich im Rahmen der Kostenerstattung, auch für die Grundpflege durch ambulanten Dienst oder für Kurzzeitpflege einsetzbar
- Beratung durch Pflegeberater*innen der Pflegekassen
- halbjährliche Beratung durch ambulante Pflegedienste, anerkannte Beratungsstelle oder von der Pflegekasse beauftragte externe Pflegekraft
- Versorgung mit Pflegehilfsmitteln bis zu 40 € im Monat
- zusätzliche Leistungen in ambulant betreuten Wohngruppen von 214 € im Monat (Wohngruppenzuschlag)
- finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes bis zu 4000 €
- zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzfristiger Arbeitsverhinderung
- Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen
- Zuschuss in Höhe von 125 € im Monat bei vollstationärer Pflege

4.15 Beratung pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen

- Pflegekassen benennen feste Ansprechpersonen für die Pflegeberatung.
- Beratung muss innerhalb von 14 Tagen nach Erst- oder Folgebeantragung angeboten werden.
- Pflegekassen müssen kostenlose Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen anbieten.
- Vergleichslisten von regionalen Pflege- und Hilfsdiensten müssen angeboten werden.

4.16 Soziale Sicherung der Pflegeperson

4.16.1 Rentenversicherung

Bei Vorliegen nachfolgender Voraussetzungen entrichten die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen Beiträge zur Rentenversicherung:

- Die Pflegeperson pflegt eine oder mehrere pflegebedürftige Personen mit Pflegegrad 2 bis 5.
- Die Pflege ist nicht erwerbsmäßig.
- Die Pflege findet wenigstens zehn Stunden wöchentlich statt.
- Die Pflege ist verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche.
- Der pflegebedürftige Mensch wird in seiner häuslichen Umgebung betreut.
- Die Pflegeperson ist regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden pro Woche erwerbstätig.

4.16.2 Arbeitslosenversicherung

Zusätzlich zu den oben beschriebenen Voraussetzungen kommen folgende hinzu:

- Unmittelbar vor der Pfl egetätigkeit bestand für die Pflegeperson Versicherungspflicht in der Arbeitslosenversicherung (z. B. aufgrund eines Beschäftigungsverhältnisses) oder die Pflegeperson hat eine Leistung nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) III, wie zum Beispiel Arbeitslosengeld, bezogen.
- Pflegepersonen haben dann die Möglichkeit, nach dem Ende der Pfl egetätigkeit Arbeitslosengeld zu beantragen und Leistungen der Arbeitsförderung zu beanspruchen.
- Achtung: Diese Regelung greift nur, sofern nicht aktuell ohnehin schon eine Absicherung in der Arbeitslosenversicherung besteht, beispielsweise aufgrund einer Teilzeitbeschäftigung.

4.16.3 Unfallversicherung

Pflegepersonen, die nahestehende Menschen in deren häuslicher Umgebung pflegen, sind beitragsfrei unfallversichert:

- bei Tätigkeiten, die auch in der Pflegeversicherung als pflegerische Maßnahmen berücksichtigt werden
- bei Hilfen der Haushaltsführung
- auf dem Hin- und Rückweg zum Ort der Pfl egetätigkeit



5.

Voraussetzungen für die Anerkennung der Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen.

Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mindestens in der in § 15 SGB XI festgelegten Schwere bestehen.

5.1 Medizinischer Dienst (MD) / Medicproof

Die Pflegebedürftigkeit und den individuellen Pflegeaufwand lässt die gesetzliche Pflegekasse vom Medizinischen Dienst (MD) durch ein Gutachten ermitteln. Bei den privaten Pflegekassen erfolgt dieses Gutachten durch Medicproof. Das geschieht in der Regel bei einem zuvor angemeldeten Hausbesuch. Dabei orientiert sich der Medizinische Dienst / Medicproof an den bestehenden Ressourcen des betreffenden Menschen und der Frage, wie diese erhalten und gestärkt werden können. Dabei werden die körperliche sowie geistig und seelisch bedingte Pflegebedürftigkeit gleichrangig bei der Begutachtung berücksichtigt. Diese Einschätzung erfolgt mit Hilfe eines pflegefachlich / ärztlich begründeten Begutachtungsinstruments.

Zur Vorbereitung auf den Medizinischen Dienst / Medicproof – Besuch überlegen Sie vorab, was Ihnen oder Ihren pflegebedürftigen Angehörigen Schwierigkeiten bereitet. Wobei benötigen Sie Unterstützung, was können Sie in ihrem Alltag selbständig ausführen? Halten Sie – falls vorhanden – ärztliche Berichte oder Krankenhausentlassungsbriefe bereit, ebenso einen aktuellen Medikationsplan. Sofern ein ambulanter Pflegedienst bereits eingebunden ist, legen Sie auch die Pflegedokumentation bereit. Menschen, die Ihre Situation besonders gut kennen oder Sie betreuen, sollten gerne beim Hausbesuch der Medizinischen Dienste anwesend sein.

Der medizinische Dienst hat zur Vorbereitung auf den Besuch und auch zum Begutachtungsverfahren umfassende Informationsmaterialien erarbeitet.

Für Fragen stehen Ihnen auch die Mitarbeiter*innen des Pflegestützpunktes (für gesetzlich Versicherte) oder der Compass Private Pflegeberatung (für privat Versicherte) zur Verfügung. Die Kontaktdaten finden Sie in Kapitel 9.

5.2 Pflegebegutachtung

Es werden die Selbständigkeit und Fähigkeiten der antragstellenden Person in verschiedenen Lebensbereichen, sogenannten Modulen, betrachtet und 6 davon mit Punkten bemessen. Es erfolgt eine Bewertung von über 60 Einzelaktivitäten, für die jeweils der Grad der Selbständigkeit bzw. das Ausmaß von Problemen und Hilfebedarfen (personelle Unterstützung) eingeschätzt wird. Dies geschieht jeweils in vier Abstufungen, wie zum Beispiel selbständig, überwiegend selbständig, überwiegend unselbständig, unselbständig oder nach der Häufigkeit etwa personeller Unterstützung.

Exemplarisch finden Sie im folgenden Abschnitt zum Modul 1 (Mobilität) sowie Modul 2 (Kognitive und kommunikative Fähigkeiten) jeweils ein Beispiel für eine Bewertung nach den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit.

Die Module 3–6 werden ebenfalls entsprechend mit Punkten bewertet. Sie werden im folgenden Abschnitt jedoch ohne Punktwertung lediglich inhaltlich kurz vorgestellt.



5.3 Betrachtung der Lebensbereiche (Module)

Modul 1: Mobilität

Die Einschätzung richtet sich ausschließlich danach, ob eine Person in der Lage ist, ohne personelle Unterstützung eine Körperhaltung einzunehmen, zu wechseln und sich fortzubewegen, zum Beispiel, ob sie morgens aufstehen, vom Bett ins Badezimmer gehen, sich innerhalb des Wohnbereichs fortbewegen und Treppensteigen kann.

Hier werden keine Folgen kognitiver Beeinträchtigungen auf Planung, Steuerung und Durchführung motorischer Handlungen abgebildet.

Abstufung der Selbständigkeit:

- selbständig
- überwiegend selbständig
- überwiegend unselbständig
- unselbständig

Beispiel: Treppensteigen

Wird unabhängig davon beurteilt, ob eine Treppe vorhanden ist oder nicht.

Selbständig ist eine Person, die ohne Hilfe eine Treppe in aufrechter Position steigen kann. 0 Punkte

Überwiegend selbständig ist eine Person, die eine Treppe allein steigt, aber wegen Sturzrisiko begleitet werden muss. 1 Punkt

Überwiegend unselbständig ist jemand, für den das Treppensteigen nur durch Stützen oder Festhalten einer Begleitperson möglich ist. 2 Punkte

Unselbständig ist eine Person, die getragen oder mit Hilfsmitteln transportiert werden muss. 3 Punkte

Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Hier geht es um die Einschätzung von Fähigkeiten und Aktivitäten:

Das Verstehen von Sachverhalten, Orientierung über Ort und Zeit, Erkennen von Risiken, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, zum Beispiel sich komplett Ankleiden, Teekochen, Entscheidungen treffen, elementare Bedürfnisse äußern sowie sich an einem Gespräch beteiligen können. Die motorische Umsetzung ist hier nicht gefragt.

Abstufung der Fähigkeiten:

- vorhanden (unbeeinträchtigt)
- größtenteils vorhanden
- in geringem Maße vorhanden
- nicht vorhanden

Beispiel: Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen

Alltagshandlungen werden täglich oder nahezu täglich im Lebensalltag durchgeführt wie z. B. das Ankleiden, Kaffeekochen oder Tisch decken.

Fähigkeit vorhanden: Die Person ist in der Lage, die nötigen Handlungsschritte selbständig in der richtigen Reihenfolge auszuführen oder zu steuern, so dass das angestrebte Ergebnis der Handlung erreicht wird. 0 Punkte

Fähigkeit größtenteils vorhanden: Die Person verliert manchmal den Faden und vergisst, welcher Handlungsschritt der nächste ist. Erhält sie dabei eine Erinnerungshilfe, kann sie die Handlung aber selbständig fortsetzen. 1 Punkt

Fähigkeit in geringem Maße vorhanden: Die Person hat erhebliche Schwierigkeiten. Sie verwechselt regelmäßig die Reihenfolge der einzelnen Handlungsschritte oder vergisst einzelne, notwendige Handlungsschritte. 2 Punkte

Fähigkeit nicht vorhanden: Mehrschrittige Alltagshandlungen werden erst gar nicht begonnen oder nach den ersten Versuchen aufgegeben. 3 Punkte

Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

... als Folge von Gesundheitsproblemen, die immer wieder auftreten und personelle Unterstützung erforderlich machen, zum Beispiel bei nächtlicher Unruhe, Bewältigung von belastenden Emotionen, beispielsweise bei Panikattacken, Ängsten und Aggressionen, die für sich und andere belastend sind, Abwehr pflegerischer Maßnahmen, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquaten Verhaltensweisen.

Erfassung der Häufigkeit:

- nie oder selten
- selten (1 bis 3 Mal innerhalb von zwei Wochen)
- häufig (2 bis mehrmals wöchentlich, aber nicht täglich)
- täglich

Modul 4: Selbstversorgung

Bewertet wird, ob die jeweilige Aktivität praktisch durchgeführt werden kann. Ob die Selbständigkeit durch Schädigungen körperlicher oder geistiger Funktionen beeinträchtigt ist, ist unerheblich. Auch Teilaspekte dürfen in anderen Modulen berücksichtigt worden sein.

Hier wird zum Beispiel bewertet, ob sich jemand selbständig waschen (unter anderem vorderer Oberkörper) und ankleiden, essen und trinken, mundgerechte Nahrung zubereiten sowie bereitstehende Getränke aufnehmen kann. Darüber hinaus wird der Umgang mit Inkontinenz- und Stomasystemen, aber auch die Frage der selbständigen Benutzung der Toilette betrachtet.

Abstufung der Selbständigkeit:

- selbständig
- überwiegend selbständig
- überwiegend unselbständig
- unselbständig



Modul 5: Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

In diesem Modul geht es um die Fähigkeit der selbständigen Krankheitsbewältigung, zum Beispiel, ob die beeinträchtigte Person selbst ihre Medikamente einnehmen, Blutzucker messen und deuten, gut mit einer Prothese oder dem Rollator umgehen kann. Aber auch, ob sie in der Lage ist, ärztliche Praxen selbstständig aufzusuchen, die Stomaversorgung zu realisieren sowie eine Diät einzuhalten, wird hier berücksichtigt.

Abstufung der Selbständigkeit:

- selbständig
- überwiegend selbständig
- überwiegend unselbständig
- unselbständig

Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Bewertet wird, ob die jeweilige Aktivität praktisch durchgeführt werden kann. Ob die Selbständigkeit durch Schädigungen somatischer oder mentaler Funktionen beeinträchtigt ist, ist unerheblich. Auch Teilaspekte dürfen bereits in anderen Modulen berücksichtigt worden sein.

Dabei geht es unter anderem darum zu begutachten, wie selbständig der Tagesablauf gestaltet werden kann, ob eine Selbstbeschäftigung, eine direkte Kontaktaufnahme mit anderen Menschen oder das Besuchen zum Beispiel einer Skatrunde und eines Chores ohne Hilfe möglich ist, ob in die Zukunft gerichtet geplant werden kann und ein Gespür für ausreichend Ruhe- und Schlafphasen vorhanden ist.

Abstufung der Selbständigkeit:

- selbständig
- überwiegend selbständig
- überwiegend unselbständig
- unselbständig

Modul 7: Außerhäusliche Aktivitäten und Modul 8: Haushaltsführung

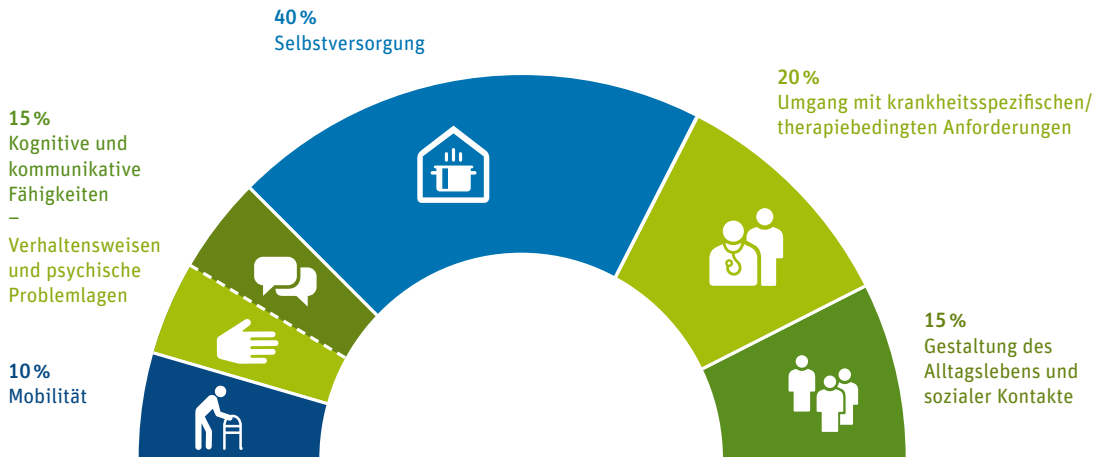
Die Module 7 und 8 werden zur individuellen Pflege- und Hilfeplanung erfasst, fließen jedoch **nicht** in die Bewertung eines Pflegegrades mit ein.

Die Gutachter*innen geben auch Empfehlungen über geeignete Maßnahmen der Prävention und Rehabilitation, der Hilfsmittelversorgung sowie zu erforderlichen Maßnahmen der Krankenbehandlung. Es gilt der Grundsatz Rehabilitation vor Pflege. Die abgegebenen Empfehlungen gelten gleichzeitig als Antragstellung, wenn die oder der Versicherte einverstanden ist.



5.4 Bestimmung des Pflegegrades

Bei der Festlegung des Pflegegrades fließen die zuvor genannten Module in unterschiedlicher Wertigkeit bzw. Prozentsätzen ein.



© Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MD5)

Der Pflegegrad ergibt sich, indem die Bewertungen des Gutachtens in den 6 Modulen anhand von bestimmten Berechnungsregeln zusammengeführt werden. Dazu wird in jedem Modul die Summe der Einzelpunkte gebildet. Diese Summe wird in einen – pflegewissenschaftlich entwickelten – gewichteten Punktwert umgerechnet.

Eine Besonderheit ist, dass bei den Modulen „Kognitive und kommunikative Fähigkeiten“ und „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“ nicht beide Werte, sondern nur der höchste der beiden gewichteten Punktwerte in die Berechnung eingeht.

Ab 12,5 Gesamtpunkten liegt eine Pflegebedürftigkeit im Sinne des Gesetzes vor. Insgesamt gibt es 5 Pflegegrade.

Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
12,5 bis unter 27 Punkte	27 bis unter 47,5 Punkte	47,5 bis unter 70 Punkte	70 bis unter 90 Punkte	90 bis 100 Punkte
Geringe ...	Erhebliche ...	Schwere ...	Schwerste ...	Schwerste ...

... Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten

Pflegegrad 5 wird erreicht, wenn zusätzlich besondere Anforderungen an die pflegerische Versorgung vorliegen. Bei Bestehen einer besonderen Bedarfskonstellation (Gebrauchsunfähigkeit beider Arme und Beine) erfolgt eine Einstufung in Pflegegrad 5 auch bei einer Gesamtpunktzahl unter 90.

5.5 Feststellung der Pflegebedürftigkeit bei Kindern

Die Einschätzung der Pflegebedürftigkeit bei Kindern (dazu zählen Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr) folgt grundsätzlich den Prinzipien der Erwachsenenbegutachtung, da die für die Erwachsenen relevanten Kriterien mit nur wenigen Anpassungen auch auf Kinder und Jugendliche zutreffen.

Der wesentliche Unterschied besteht darin, dass bei Kindern in der Bewertung allein die Abweichung von der Selbständigkeit und den Fähigkeiten altersentsprechend entwickelter Kinder zugrunde gelegt wird. Ein wesentliches Merkmal der normalen kindlichen Entwicklung ist die Variabilität aller Entwicklungsschritte. Zur Beantwortung der Frage, welche im Begutachtungsinstrument enthaltenen Fähigkeiten in welchem Alter vorliegen bzw. welche Handlungen bzw. Aktivitäten selbständig durchgeführt werden können, wurden seinerzeit durch den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes (seit 2022 Medizinischer Dienst Bund) umfangreiche Recherchen und Literaturanalysen betrieben und Fachexpertisen zu Rate gezogen. Ziel war es, eine begründete Aussage treffen zu können, ab welchem Alter eine entsprechende Aktivität **üblicherweise** selbständig ausgeführt wird bzw. die entsprechende Fähigkeit ausgebildet ist.

Der altersmäßig ermittelte Grad der Selbständigkeitsentwicklung ist im Begutachtungsinstrument für Kinder hinterlegt. Die Aufgabe der Begutachtenden besteht darin, analog zur Erwachsenenbegutachtung (wie im vorherigen Punkt ausführlich beschrieben) die festgestellten Beeinträchtigungen und den Grad der Selbständigkeit zu dokumentieren.

5.6 Widerspruch

Auf der Grundlage des Gutachtens des Medizinischen Dienstes erfolgt die Einstufung in einen Pflegegrad durch die Pflegekasse. Sollten Sie mit der vorgenommenen Einstufung in einen oder in keinen Pflegegrad durch die Pflegekasse nicht einverstanden sein, so haben Sie die Möglichkeit, mit einer Frist von 4 Wochen Widerspruch einzulegen. Dazu reicht es, zur Wahrung der Frist, dies formlos zu tun, gegebenenfalls mit dem Hinweis, dass eine Begründung folgen wird. Eine Begründung lässt sich anhand des vorliegenden Gutachtens erarbeiten, indem Sie die Ihrer Einschätzung nach nicht gewürdigte oder falsch eingeschätzte Selbständigkeit oder Häufigkeit einer personellen Unterstützung benennen und entsprechend aus Ihrer Sicht beschreiben.

6.

**Checkliste
zur Auswahl
eines ambulanten
Pflegedienstes**

Information und Beratung

- Stellt der Pflegedienst schriftliche Informationen zur Verfügung?
- Erstellt der Pflegedienst kostenlos einen Kostenvoranschlag?
- Stehen seitens des ambulanten Dienstes Ansprechpersonen für Ihre Fragen zur Verfügung?
- Besteht die Möglichkeit, vor Vertragsabschluss ein unverbindliches und kostenfreies Vorstellungsgespräch zu führen?
- Kann der Pflegedienst alle von Ihnen benötigten Leistungen anbieten und vermitteln?

Verträge und Kosten

- Wird Ihnen der Pflegevertrag vor Unterzeichnung zum Lesen und zur Prüfung ausgehändigt?
- Hat der Pflegedienst Verträge mit den Kranken- und Pflegekassen abgeschlossen?
- Ist der Leistungsinhalt genau beschrieben, sind gegebenenfalls Anlagen ausgehändigt worden?
- Ist der Pflegevertrag jederzeit für Sie kündbar?
- Wurden Sie umfassend und verständlich über die Finanzierung Ihrer Pflege und besonders über die Kosten informiert, die Sie selbst tragen müssen?
- Gibt es eine aktuell gültige Preisliste?
- Sind die gesamten anfallenden Kosten aufgeschlüsselt und verständlich dargestellt?
- Wird auf Wunsch eine Kopie der Abrechnung mit den Kranken- und Pflegekassen zur Verfügung gestellt?
- Ist die Berechnung zusätzlicher Leistungen ohne Zustimmung ausgeschlossen?
- Wird bei Bedarf der Wohnungsschlüssel so verwahrt, dass nur berechtigte Personen Zugang erhalten und dadurch Missbrauch ausgeschlossen werden kann?
- Enthält der Vertrag Haftungsausschlüsse für Schäden an Gesundheit, Wohnung oder für den Verlust von Wohnungsschlüsseln? (Achtung: Entsprechende Haftungsausschlüsse sollten nicht enthalten sein)
- Unterstützt Sie der Pflegedienst bei der Durchsetzung von Ansprüchen gegenüber Kostenträgern wie der Pflegekasse oder der Landeshauptstadt Kiel als örtliche Sozialhilfeträgerin?

Personal

- Hat der ambulante Pflegedienst für die Pflege feste Bezugspersonen?
Wenn nicht: Wie viele unterschiedliche Personen werden voraussichtlich bei einer Pflege- / Betreuungsperson eingesetzt?
- Können Wünsche bezüglich der Pflegeperson geäußert werden?
- Gibt es Pflege(fach)kräfte mit speziellen Sprachkenntnissen?
- Gibt es Pflegefachkräfte mit bestimmten Zusatzqualifikationen?

Pflege, Versorgung und individuelle Bedürfnisse

- Hat sich der Pflegedienst auf die Pflege bestimmter Personengruppen spezialisiert – zum Beispiel Kinder, Menschen mit Behinderung oder Intensiv- und/oder Palliativpflege?
- Wird die Pflege so gestaltet, dass vorhandene Fähigkeiten gefördert werden?
- Gibt es zum Beispiel genügend Zeit beim Waschen, Anziehen, Gehen?
- Werden bei der Planung der benötigten Hilfen Ihre individuellen Wünsche und Bedürfnisse erfragt und berücksichtigt?
- Werden Sie und andere Pflegepersonen in die Planung mit einbezogen?
- Können feste Pflegezeiten bzw. Wunschzeiten vereinbart werden?
- Kommt der Pflegedienst auch an Wochenenden und Feiertagen?
Fallen zusätzliche Kosten dafür an?
- Werden Sie über Schwankungen der Einsatzzeiten informiert? Wenn ja, wie?
- Gibt es (auch nachts) einen Bereitschaftsdienst? Welche zusätzlichen Kosten fallen dafür an?
- Werden Hilfen, zum Beispiel Anleitungen oder Kurse für pflegende Angehörige oder andere Pflegepersonen angeboten?
- Wie schnell ist im Notfall Hilfe da?
- Übernimmt der Pflegedienst kurzfristige Entlastungs- und/oder Urlaubsdienste?
- In welchem Umfang kann „Häusliche Betreuung“ angeboten werden?
- Vermittelt der Pflegedienst auch
 - Hausnotrufgeräte
 - Mahlzeitendienste
 - Hilfsmittel
 - Sozialkontakte wie zum Beispiel zu Begegnungsstätten und Bürgertreffs, Anlaufstellen Nachbarschaft (anna)?
- Bietet der Pflegedienst Angebote zur Unterstützung im Alltag, vor allem Hilfe im Haushalt an?

Nähere Informationen dazu erhalten Sie bei Ihrer Kranken- bzw. Pflegekasse sowie bei dem Pflegestützpunkt in der Landeshauptstadt Kiel (siehe Kapitel 9).

Vor Inanspruchnahme ambulanter Dienstleistungen sollte gegebenenfalls auch der notwendige Pflegeumfang mit den behandelnden Ärzt*innen und/oder den Angehörigen besprochen werden.

Wurde der Pflegebedarf geklärt, sollte durchaus mit verschiedenen Pflegediensten ein kostenloses Vorgespräch geführt werden. In diesem Gespräch sollte detailliert besprochen werden, wie die Unterstützung aussehen soll und wie sie finanziert werden kann. Dazu sollte ein schriftlicher **Kostenvoranschlag** über die Leistungen im Einzelnen angefordert werden. Dieser Kostenvoranschlag *muss* kostenlos erstellt werden.



7.

Der Pflegevertrag

Grundvoraussetzung für die Entscheidung für einen Pflegedienst ist, dass Sie den eigenen Bedarf kennen. Bestenfalls haben Sie eine Vorstellung davon, welche pflegerischen Leistungen notwendig sind und in welchem Zeitumfang Angehörige oder Helfende in die Pflege eingebunden werden können. Schon vor dem ersten Gespräch mit einem Pflegedienst wäre es also von Vorteil, wenn Sie sich verschiedene Abläufe vorstellen können. Zum Beispiel: Soll direkt am Morgen ein Pflegedienst zum Waschen kommen oder hat jemand möglicherweise vor der Arbeit Zeit, selber zu helfen, bevor der Pflegedienst kommt und Frühstück zubereitet? Oder: Besteht die Möglichkeit, sich die Pflege durch entsprechende Hilfsmittel oder eine Anpassung der Wohnumgebung zu erleichtern?

Die wesentlichen Inhalte der ambulanten Pflege müssen durch einen Pflegevertrag in jedem Fall schriftlich vereinbart werden.

Einige wesentliche Aspekte des Pflegevertrages sind bereits durch das Pflegequalitätssicherungsgesetz (§ 120 Sozialgesetzbuch XI) und in den Landes-Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI geregelt.



Folgende Punkte sollten immer im Pflegevertrag enthalten sein:

- **Vertragspartner*innen**
Vertragspartner*in des Pflegedienstes sollte nur der pflegebedürftige Mensch selbst sein, um Ansprüche gegenüber Angehörigen auszuschließen.
- **Leistungen und Kosten**
Neben einer detaillierten Aufstellung der Leistungen und Kosten des Pflegedienstes sollte auch die Kostenbeteiligung von der Pflege- oder Krankenkasse aufgeführt sein. Nur so kann errechnet werden, wie hoch gegebenenfalls ein zu leistender Eigenanteil ist und der Vertrag besser mit anderen Angeboten verglichen werden.
- **Pflegedokumentation**
Der Pflegedienst muss jede Handlung dokumentieren, die bei der pflegebedürftigen Person ausgeführt wurde. Die Pflegedokumentation befindet sich in der Regel beim pflegebedürftigen Menschen und kann jederzeit eingesehen werden. So sind die aktuelle Pflegesituation und mögliche Veränderungen jederzeit nachvollziehbar.
- **Einsichtnahme in die Leistungsnachweise**
Es muss sichergestellt werden, dass Leistungsnachweise jederzeit eingesehen bzw. Kopien der Nachweise gefertigt werden können. Die Leistungsnachweise sind die Grundlage für die Abrechnung der Pflegedienste mit den Pflegekassen und gegebenenfalls mit dem pflegebedürftigen Menschen. Die pflegebedürftige Person, bevollmächtigte Angehörige oder die gesetzliche Vertretung bestätigen durch ihre Unterschrift die erhaltenen Leistungen. Seit 1. Januar 2024 können Pflegebedürftige bei der Pflegekasse Auskunft darüber verlangen, welche Leistungsbestandteile der Ambulante Pflegedienst zur Abrechnung bei der Pflegekasse eingereicht hat und eine Durchschrift der eingereichten Abrechnungsunterlagen verlangen.
- **Änderung des Leistungsumfanges**
Änderungen des Leistungsumfanges (zum Beispiel bei Änderung des Gesundheitszustandes oder der häuslichen Betreuungssituation) sollten jederzeit mit dem ambulanten Pflegedienst vereinbart werden können. Eine entsprechend veränderte schriftliche Kostenaufstellung, aus der deutlich die Eigenbeteiligung hervorgeht, sollte dabei in jedem Fall erfolgen.
- **Abrechnung der Leistungen**
Leistungen, die mit der Pflegekasse abzurechnen sind, sollte der Pflegedienst dort auch direkt in Rechnung stellen. Das gilt auch für Abrechnungen gegenüber der/dem Sozialhilfeträger*in. Von Vereinbarungen im Pflegevertrag über Voraus- oder Abschlagsrechnungen ist abzuraten, da so eine Zahlungskürzung bei gegebenenfalls nicht erbrachten Leistungen nicht mehr möglich ist.

- **Haftungsregelungen**

Der Pflegedienst ist nach den Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) verpflichtet, für Schäden, die von den Beschäftigten oder Kooperationspartner*innen während der Pflege bzw. des Besuchs verursacht werden, zu haften. Ein Haftungsausschluss sollte also nicht vereinbart werden.

- **Zutrittsrecht für die Wohnung**

Damit der Pflegedienst – auch in Notfällen – in die Wohnung des pflegebedürftigen Menschen kommen kann, ist die vertragliche Regelung eines Zutrittsrechtes empfehlenswert.

Die überlassenen Wohnungsschlüssel sind beim Pflegedienst vor unberechtigtem Zugriff sicher aufzubewahren.

- **Benachrichtigung in Notfällen**

Im Vertrag sollte eine Vertrauensperson benannt sein, die in Notfällen vom Pflegedienst zu benachrichtigen ist.

- **Kündigungsfristen/Beendigung des Vertrages**

Der Vertrag mit einem Pflegedienst kann nach einem Urteil des Bundesgerichtshofes vom 09. Juni 2011 ohne Einhaltung einer Frist gekündigt werden (Verbraucherschutz).

Der Pflegedienst sollte möglichst nur mit einer längeren Frist, beispielsweise 6 Wochen zum Quartalsende, kündigen können.

Der Vertrag sollte auch regeln, dass das Pflegeverhältnis beim Tod des Pflegebedürftigen unmittelbar endet.

Während eines Aufenthalts im Krankenhaus oder einer Pflegeeinrichtung sollte der Vertrag ruhen.

Nähere Informationen dazu erhalten Sie unter anderem bei der Verbraucherzentrale Schleswig-Holstein (siehe Kapitel 9).

- **Datenschutz und Schweigepflicht**

Der Pflegedienst ist verpflichtet, die Datenschutzbestimmungen einzuhalten. Es sollte schriftlich festgehalten werden, dass der Pflegedienst seine Beschäftigten zur Schweigepflicht verpflichtet.

8.

Gesetz zur Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf

Um auch berufstätigen Angehörigen die Pflege ihrer Angehörigen zu erleichtern wurden im Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf bestehende Regelungen im **Pflegezeitgesetz (PflegeZG)** und dem **Familienpflegezeitgesetz (FPfZG)** weiterentwickelt und besser miteinander verzahnt.

In einer akut auftretenden Krisensituation haben Arbeitnehmer*innen nach dem **Pflegezeitgesetz** das Recht, der Arbeit bis zu zehn Arbeitstagen fernzubleiben, wenn dies zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung eines nahen Angehörigen in einer akut auftretenden Pflegesituation erforderlich ist. Liegen diese Voraussetzungen vor und besteht kein Anspruch auf Entgeltfortzahlung, so kann auf Antrag Pflegeunterstützungsgeld pro Kalenderjahr für bis zu 10 Arbeitstage gewährt werden. Notwendig ist dazu die Vorlage eines ärztlichen Attestes über die drohende oder bereits eingetretene Pflegebedürftigkeit der angehörigen Person (dazu zählen unter anderen Eltern, Großeltern, Ehepartner*innen, Lebenspartner*innen, Geschwister, Kinder), die mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Einstufung von mindestens Pflegegrad 1 (PG 1) durch die Pflegekasse nötig macht. Die Erforderlichkeit der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung muss darin ebenso zum Ausdruck kommen. Das benötigte Attest kann auch nachgereicht werden. Die Freistellung erfolgt mit dem Ziel, die Zeit für die Organisation und die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung der angehörigen Person zu nutzen, zum Beispiel um eine Einstufung in einen Pflegegrad bei der Pflegekasse zu veranlassen, eine Kurzzeitpflege zu organisieren oder eine sachgerechte Anschlussversorgung aus dem Krankenhaus sicherzustellen. Unter einer akuten Pflegesituation ist allerdings keine krankheitsbedingte Betreuung der oder des nahen Angehörigen zu verstehen.

Auf diese Freistellung gibt es einen Rechtsanspruch und sie ist unabhängig von der Betriebsgröße. Die zur Verfügung stehenden Arbeitstage können sich auch Geschwister oder andere betroffene Angehörige untereinander aufteilen, insgesamt ist jedoch die Höhe auf 10 Tage begrenzt pro pflegebedürftiger Person.

Es besteht die Möglichkeit, bei der Pflegekasse des pflegebedürftigen Menschen einen Antrag auf **Pflegeunterstützungsgeld** zu stellen. Die Höhe des Pflegeunterstützungsgeldes richtet sich nach den Vorschriften zur Berechnung des Kinderkrankengeldes.

Nach dem **Pflegezeitgesetz** kann mit einer Ankündigungsfrist von 10 Tagen auch bis zu 6 Monate eine Pflegezeit (vollständige oder teilweise Freistellung) in Anspruch genommen werden. Ein Rechtsanspruch besteht jedoch nicht gegenüber Arbeitgeber*innen mit in der Regel 15 oder weniger Beschäftigten.

Nach dem **Familienzzeitgesetz** besteht die Möglichkeit, bis zu 24 Monate eine teilweise Freistellung bei einer Ankündigungsfrist von 8 Wochen in Anspruch zu nehmen. Die wöchentliche Mindestarbeitszeit beträgt dabei 15 Stunden in der Woche.

Ein Rechtsanspruch besteht jedoch nicht gegenüber Arbeitgeber*innen mit in der Regel 25 oder weniger Beschäftigten (ohne zur Berufsbildung Beschäftigte).

Eine Kombination Pflegezeit / Familienpflegezeit ist möglich; die Freistellung kann jedoch längstens für insgesamt 24 Monate erfolgen.

Bei einer Freistellung nach dem Pflegezeit- und / oder Familienpflegezeitgesetz kann zur Abfederung des Lohnausfalls ein zinsloses Darlehen beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA) beantragt werden. Das Darlehen wird in monatlichen Raten ausgezahlt und später in Raten wieder zurückgezahlt.

Bei näheren Fragen zur Umsetzung der beschriebenen Gesetze nehmen Sie bitte Kontakt zu Ihrem*Ihrer Arbeitgeber*in auf.

In der Broschüre „Bessere Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend finden Sie vielfältige Informationen.



9.

**Beratungsstellen
Internetadressen
Informationsmaterial**

Pflegestützpunkt in der Landeshauptstadt Kiel

Stephan-Heinzel-Str. 2 (Wilhelmsplatz) | 24116 Kiel

Telefon: 0431 901-3627 / - 3696 / - 1578

Sprechzeiten: Montag, Dienstag, Donnerstag und Freitag 8.30 – 12.30 Uhr,

E-Mail: pflgestuetzpunkt@kiel.de

www.kiel.de/pflgestuetzpunkt

Pflegeportal des Sozialministeriums des Landes Schleswig-Holstein

Internet: www.pflege.schleswig-holstein.de

Ihre Kranken- bzw. Pflegekassen

Compass Private Pflegeberatung

Telefon: 0800 1018800

Internet: www.compass-pflegeberatung.de

PflegeNOTtelefon in Schleswig-Holstein

Telefon: 01802 49487

www.pflege-not-telefon.de

Sozialrechtliche Erstberatung des Pflegenottelefons durch den Sozialverband in Schleswig-Holstein (SoVD)

Mittwochs von 15 – 18 Uhr

Telefon: 01802 494847

Beratungsstelle Demenz und Pflege

Preetzer Straße 35 | 24143 Kiel

Telefon: 0431 77570-44

E-Mail: c.berndt@awo-kiel.de

Internet: www.awo-kiel.de

Alzheimer Gesellschaft Kiel e. V.

Gneisenaustraße 2 | 24105 Kiel

Telefon: 0431 7055191

E-Mail: info@alzheimer-kiel.de

Internet: www.alzheimer-kiel.de

Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD)

Beratung Deutsch:

Telefon: 08000 117722, Montag – Freitag 8.00 – 18.00 Uhr,

Beratung Türkisch:

Telefon: 08000 117723, Montag bis Freitag 8.00 bis 18.00 Uhr

Beratung Russisch:

Telefon: 0800 117724, Montag bis Freitag 8.00 – 18.00 Uhr

Beratung Arabisch

Telefon: 0800 33221225, Dienstag 11.00 – 13.00 Uhr, Donnerstag 17.00 – 19.00 Uhr

Internet: www.patientenberatung.de

Patientenombudsmann /-frau Schleswig-Holstein e. V.

Patienten- und Pflegeberatung in Schleswig-Holstein

Telefon Geschäftsstelle: 04551 803 422

E-Mail: info@patientenombudsmann.de

www.patientenombudsmann.de

Die Bürgerbeauftragte für soziale Angelegenheiten des Landes Schleswig-Holstein

Beratung und Unterstützung in sozialen Angelegenheiten

Telefon: 0431 988-1240

E-Mail: buergerbeauftragte@landtag.ltsh.de

Bundesministerium für Gesundheit

Internet: www.bundesgesundheitsministerium.de

(Zum Beispiel Broschüre „Ratgeber zur Pflege“)

Publikationsversand der Bundesregierung

Postfach 481009 | 18132 Rostock

Telefon: 030 182722721

E-Mail: publikationen@bundesregierung.de

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

www.wege-zur-pflege.de

(Informationen zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf)

Pflegetelefon: 030 20179131

Medizinischer Dienst MD Nord

Pflegeversicherung

Telefon: 0180 3635683

www.md-nord.de

Besucheranschrift: Eichkamp 24c, 24116 Kiel

Telefonzentrale: 040 25169-5350

Medizinischer Dienst Bund

Internet: www.md-bund.de

Verbraucherzentrale Schleswig-Holstein e. V.

Walkerdamm 17 | 24103 Kiel

Telefon: 0431 5909940

E-Mail: info@vzsh.de

Internet: www.verbraucherzentrale.sh

KIBIS

Selbsthilfekontaktstelle Kiel

Lerchenstraße 22 | 24103 Kiel

Telefon: 0431 672727

E-Mail: kibis-kiel@t-online.de

Internet: www.kibis-kiel.de

**KIWA – Koordinierungsstelle für innovative Wohn- und Pflegeformen
im Alter und für Menschen mit Assistenzbedarf**

Telefon: 0151 59106356

E-Mail: post@kiwa-sh.de

Internet: www.kiwa-sh.de