



SOZIALDIENST
MUSLIMISCHER FRAUEN

┌ Muslimische
Wohlfahrt
└ voranbringen

Handreichung für Senior:innenberatung
in muslimischen Organisationen

Handreichung für Senior:innenberatung
in muslimischen Organisationen

Impressum

Herausgeber:

Sozialdienst muslimischer Frauen e. V. (SmF-Bundesverband)

Kontakt:

Luxemburger Str. 181-183

50939 Köln

+49 22178997380

info@smf-verband.de

www.smf-verband.de

Maßnahme:

„Kultur- und Religionssensible Wohlfahrtspflege

– Erprobung praktischer Teilhabe am Beispiel Senior:innenarbeit/ -hilfe“

Projekt:

„Kultur- und religionssensible Senior:innenarbeit vor Ort – Schritt 1“

V.i.S.d.P.

Ayten Kılıçarslan

Gestaltung:

Timuçin Kaan Erdi

Erscheinungsjahr:

2022

Gefördert vom:



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

Inhalt

Vorwort.....	7
I. Teil - Einführung.....	9
1. Ausgangslage.....	11
2. Zielsetzung.....	11
3. Zielgruppen.....	12
4. Die Beratung.....	12
5. Kultur- und religionssensible Beratung.....	13
5.1 Interkulturelle Kompetenzen der Beratenden als Voraussetzung.....	13
5.2 Merkmale guter Pflegeberatung.....	13
5.3 Erstkontakt bei der Senior:innenberatung.....	14
II. Teil - Leistungen Pflegeversicherung.....	15
1. Die Pflegeversicherung.....	17
1.1 Pflegebedürftigkeit.....	17
2. Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung.....	17
2.1 Die Antragstellung.....	17
2.2 Die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit.....	17
2.2.1 Medizinischer Dienst (MD).....	18
2.2.2 Vorbereitung auf den Hausbesuch vom MD.....	19
2.3 Der Widerspruch.....	19
3. Die Leistungen der Pflegeversicherung.....	20
3.1 Pflegeberatung (§7a).....	21
3.2 Pflegekurse (§45).....	21
3.3 Pflegesachleistung (§36).....	21
3.4 Pflegegeld (§37).....	21

3.5 Tages- und Nachtpflege (§41)	22
3.6 Entlastungsbetrag (§45b)	22
3.7 Verhinderungspflege (§39)	24
3.8 Kurzzeitpflege (§42)	25
3.9 Kombinationsleistung	26
3.10 Umwandlungsanspruch	26
3.11 Ambulant betreute Wohngemeinschaften	26
3.12 Pflegehilfsmittel (§40)	27
3.13 Digitale Pflegeanwendungen DIPA (§40a und §40b)	27
3.14 Technische Hilfsmittel	27
3.15 Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (§40)	27
3.16 Leistungen zur Sicherung der Pflegeperson (§44)	29
3.17 Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzfristiger Arbeitsverhinderung	29
4. Pflegeheime/Vollstationäre Pflege	29
III. Teil - Leistungen Krankenversicherung	31
1. Die Krankenversicherung	33
1.1 Häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe	33
1.2 Medizinische Vorsorge und Rehabilitation	33
1.3 Hilfsmittel	34
IV. Teil - Weitere Leistungen	35
1. Weitere Wohnformen	37
1.1 Barrierefreies Wohnen	37
1.2 Altenwohnungen/Senior:innenwohnungen	37
1.3 Haus- und Wohngemeinschaften	37
1.4 Betreutes Wohnen/Wohnen mit Service	37
2. Hausnotruf	37
3. Hilfe zur Pflege (SGB VII)	38

V. Teil - Wissenswertes	41
1. Vorsorgevollmacht	42
2. Die gesetzliche Betreuung	42
3. Die Patient:innenverfügung	42
4. Schwerbehinderung	43
VI. Anhang - Tipps für Ehrenamtliche	45
1. Ehrenamtliche Begleitung von Senior:innen	47
1.1 Förderung ehrenamtlicher Begleitung	47
1.1.1 TO DO Liste für die Anerkennung	47
1.1.2 Qualifikation der leistungserbringenden Personen	48
1.1.3 Qualifikationsnachweise	48
1.2 Ehrenamtliche Begleitung von Demenzerkrankten	48
1.2.1 Tipps für die kultur- und religionssensible Begleitung	48
1.2.2 Die Kommunikationsregeln in der Begleitung von Menschen mit Demenz	49
1.2.3 Was vermieden werden sollte	50
1.3 Grundsätze für die Beschäftigung von Ehrenamtlichen	51
1.3.1 Wohlbefinden fördern, Selbstwertgefühl stützen	51
1.3.2 Die Möglichkeiten der Beschäftigung während der Betreuung und Begleitung	51
1.3.3 Sicherheit geben	51
1.3.4 Kein Leistungsdruck	51
1.3.5 Mut zum Ausprobieren	51
1.4 Beschäftigungsmöglichkeiten für Menschen mit Demenz	51
1.4.1 Beschäftigung durch Gespräche	51
1.4.2 Hilfsmittel, die das Gespräch fördern können	52
1.4.3 Beschäftigung durch 10- Minuten- Aktivierung (nach Ute-Schmidt-Hackenberg)	52
1.4.4 Beschäftigung durch Musik	52
1.4.5 Beschäftigung durch Bewegung	53
1.4.6 Sonstige Beschäftigungsmöglichkeiten	53



Vorwort

Es gibt eine Vielzahl von Angeboten für Senior:innen, die durch Projekte und Maßnahmen entwickelt wurden und die sich an Migranten:innen und immer mehr auch an Muslim:innen als Zielgruppe richten. Fest steht jedoch, dass die Zielgruppe der Muslim:innen sich dennoch verstärkt mit ihren sozialen Problemen und Bedürfnissen an muslimische Organisationen wenden, auch wenn diese nicht zu den Anbietern im sozialen Hilfesystem gehören. Das deutet auf einen Bedarf im Angebotsspektrum und in der Versorgung hin.

Seit 2021 wird vom SmF-Bundesverband das Projekt 'Kultur- und religionssensible Wohlfahrtspflege- Erprobung praktischer Teilhabe am Beispiel Senior:innenarbeit/-hilfe', durchgeführt und zielunter anderem auf Netzwerkaufbau zwischen den muslimischen und etablierten Anbietenden und soll zur Entwicklung neuer Ansätze in der kultur- und religionssensiblen Senior:innenarbeit beitragen. An zwei Standorten, Delmenhorst und Kempten, werden bedarfsgerechte, religions- und kultursensible Senior:innenberatung, sowie Begegnungsangebote unter Beteiligung von muslimischem Senior:innen durchgeführt.

Die Handreichung, die Themengebiete und Unterstützungsangebote rund um das Älterwerden in Deutschland beinhaltet, bietet eine wichtige Grundlage für die Arbeit in den Vereinen vor Ort. Die Ausführungen in diesem Dokument sollen einen Orientierungsrahmen für die Mitarbeitenden des Verbandes zu den zwei wichtigen Beratungseinheiten in der Senior:innenarbeit, wie Pflegeversicherung nach SGB XI & Krankenversicherung nach SGB V, geben und verschiedene Krankheitsbilder, die im Alter auftreten und eine besondere Kultur- und Religionssensibilität bedürfen, aufgreifen. Die folgenden Punkte geben einen wichtigen Einblick in die vielfältigen Sozialleistungen und Hilfsangebote für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen. Sie sollen Erleichterung und

Transparenz in die Fülle der Angebote der Pflegeleistungen bringen und zur Verbesserung der Situation der Pflegebedürftigen beitragen.

Diese Handreichung beinhaltet auch Arbeitshilfen für ehrenamtliche Senior:innenbegleiter:innen. Die Ehrenamtlichen in den Vereinen vor Ort unterstützen die Senior:innen beim Einkaufen, bringen ihnen je nach Bedarf warme Mahlzeiten, gehen mit ihnen spazieren oder übernehmen einen Teil ihrer Haushaltstätigkeiten. Diese Dienstleistungen zu koordinieren und qualitativ zu begleiten, bedarf einer zusätzlichen Anstrengung und stellt für die Vereine vor Ort neue Herausforderungen dar. Die Handreichung soll dabei helfen, einen Überblick in diesen Aufgabebereichen zu schaffen, soll die ehrenamtliche Hilfe strukturieren und dadurch erleichtern. Die Details hierzu werden im Anhang näher aufgeführt.

Der Sozialdienst muslimischer Frauen e. V. (SmF-Bundesverband) ist ein Zusammenschluss von Frauen, Frauengruppen und -Vereinen und Männern, die im sozialen Dienstleistungsbereich aktiv sind. Der Verband wurde 2016 in Köln gegründet, mittlerweile gibt es 14 Projektstandorte in unterschiedlichen Projekten, darunter 10 Mitgliedsvereine. Das Ziel des Verbandes ist es, muslimische Frauen und Männer aus dem sozialen Dienstleistungsbereich zu vernetzen, zu stärken und bundesweit neue soziale Angebote aufzubauen, sodass aus der Basis eine nachhaltige Struktur muslimischer Wohlfahrt mit unterschiedlichen Tätigkeitsbereichen und Schwerpunkten entstehen kann. Damit einhergehend arbeitet der Verband an der Sichtbarmachung der muslimischen Fürsorge für die ganze Gesellschaft, setzt sich für Empowerment von Frauen und Nachteilsausgleiche für Kinder, Jugendliche, Frauen, Männer und Senior:innen ein.

Ayten Kılıçarslan

Geschäftsführende Vorstandsvorsitzende SmF-Bundesverband





I. Teil

Einführung



1. Ausgangslage

Deutschlandweit leben über fünf Millionen Menschen muslimischen Glaubens. Die überwiegende Mehrheit hat einen Migrationshintergrund. Bei der Größe der muslimischen Bevölkerung und ihrer demografischen Struktur orientieren wir uns an Daten über Menschen mit Migrationshintergrund. Das bedeutet nicht, dass alle Muslim:innen einen Migrationshintergrund haben. Sie sollen für diese Arbeit exemplarisch einen groben Einblick in die Besonderheiten verschaffen.

„Im Jahr 2021 hatten 22,3 Millionen Menschen und somit 27,2 % der Bevölkerung in Deutschland einen Migrationshintergrund. Wie das Statistische Bundesamt (Destatis) auf Basis des Mikrozensus weiter mitteilt, entspricht dies einem Zuwachs gegenüber dem Vorjahr von 2,0 % (2020: 21,9 Millionen)¹.

Von den 22,3 Millionen Personen mit Migrationshintergrund sprechen zu Hause 7,2 Millionen (32 %) ausschließlich und weitere 3,1 Millionen (14 %) vorwiegend deutsch. Dies entspricht zusammen knapp der Hälfte (46 %) aller Menschen mit Migrationshintergrund. Neben Deutsch sind die am häufigsten gesprochenen Sprachen Türkisch (8 %) gefolgt von Russisch (7 %) und Arabisch (5 %).

Die überwiegende Mehrheit der ausländischen Bevölkerung mit Migrationshintergrund ist selbst zugewandert (84 %), bei den Deutschen mit Migrationshintergrund waren es nur 43 %. Es ist zu erwarten, dass Menschen mit Migrationshintergrund auch nach der Verrentung ihren Lebensmittelpunkt in Deutschland haben werden - und bereits haben.

Sowohl die aktuelle Datenlage als auch die Prognosen zeigen, dass unsere Gesellschaft altert. Das

schlägt sich auch bei Senior:innen mit muslimischem Hintergrund nieder, die überwiegend einen Migrationshintergrund haben. Vor 20 Jahren, mit dem Beginn der Rente verbrachten Sie zunächst ihren Ruhestand vermehrt in ihren Heimatländern und wurden daher weniger von der Gesellschaft als Senior:innen wahrgenommen. Sie pendelten zwischen ihren Herkunftsländern und ihren Familien in Deutschland. Diese Situation ändert sich zusehends. Die Altersgenossen und Bezugspersonen in den Heimatländern sterben. Ihr Lebensmittelpunkt verschiebt sich mehr und mehr nach Deutschland zu ihrer Kernfamilie, zu ihren in Deutschland fußgefassten Kindern und Enkelkindern, zu ihren Nachbarn und sozialem Umfeld. Zeitgleich steigt ihr Bedarf an dem deutschen Gesundheits- und Pflegesystem.

Diese Entwicklung erfordert eine intensivere Befassung mit senior:innenpolitischen Konzepten, insbesondere mit kultur- und religionssensibler Senior:innenarbeit.

2. Zielsetzung

Ziel des Projektes „kultur- und religionsensible Wohlfahrtspflege- Erprobung praktischer Teilhabe am Beispiel der Senior:innenarbeit/-hilfe“ ist der Aufbau, die Erprobung und Evaluation eines wohnortnahen, kultursensiblen, qualitätsgesicherten Unterstützungssystems, unter anderem mit Hilfe der ortsgebundenen Vereine.

Durch die Mobilisierung und Koordinierung von professionellen Dienstleistenden und ehrenamtlichen, freiwilligenden Helfenden sollen stabile regionale Hilfsnetze erweitert oder aufgebaut werden.

Betroffene, die in der selbständigen Lebensführung eingeschränkt sind, sollen durch die Beratung

¹ www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2022/04/PD22_162_125.html

und Unterstützung der Vereine, eine Übersicht von Dienst- und Unterstützungsleistungen, zielgerichtet ihrer kulturellen und/oder religiösen Hintergründe erhalten und nutzen können. Die verfügbaren Ressourcen zur Unterstützung Hilfebedürftiger sollen optimal ausgeschöpft werden. Das umfasst auch die Unterstützung und Entlastung pflegender Angehöriger, um deren Bereitschaft und Fähigkeit zur Hilfe und Pflege zu bewahren und Ihren Alltag zu meistern. Mit diesem kultursensiblen Projekt wird zudem die Absicht verfolgt, das gesetzlich verankerte sozialpolitische Ziel „ambulant vor stationär“ zu fördern und zu stärken.

3. Zielgruppen

Allgemeine Zielgruppen

- Hilfe- und Pflegebedürftige
- Angehörige von Hilfe- und Pflegebedürftigen
- Professionelle Dienstleistende aus dem Bereich Altenhilfe
- Ehrenamtliche

Zielgruppen für den kultursensiblen Pflegebereich

- Pflegebedürftige und ihre Angehörigen mit sprachlichen Barrieren, sowie religiösen und kulturellen Betreuungs- und Pflegebesonderheiten
- Professionelle Pflegedienste

4. Die Beratung

Das Leistungsspektrum der Pflege- und Wohnberatung umfasst neben der Unterstützung Ratsuchender, die Weitergabe von Informationen und das Führen von Beratungsgesprächen. Ratsuchende können zu sämtlichen Themengebieten, des SGB XI sowie zu Teilbereichen des SGB V, SGB XII und

BGB-Informationen einholen oder sich beraten lassen. Schwerpunkte der Beratung sind die Themengebiete aus der Pflege- und Wohnberatung. Diese können wie folgt umschrieben werden:

Allgemeine Informationen zur Pflegeversicherung

- Pflegebedürftigkeit
- Pflegegrade
- Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit
- Begriff Pflegeperson Leistungen der Pflegeversicherung
- Pflegesachleistungen (ambulant)
- Pflegegeld
- Kombinationsleistungen (Geld- und Sachleistungen)
- Verhinderungspflege
- Pflegehilfsmittel
- Kurzzeitpflege
- Tages-/Nachtpflege
- Vollstationäre Pflege
- Zusätzliche Betreuungsleistungen
- Leistungen für Pflegepersonen

Wohnformen im Alter

- Ambulant
- Betreutes Wohnen
- Wohngemeinschaften
- Teilstationär
- Stationär

Betreuungsrechtliche Fragen

- Patient:innenverfügung
- Vorsorgevollmacht
- Gesetzliche Betreuung

Vom Angebot der Pflegeberatung wird erwartet, dass

- mit einem Beratungs- und Unterstützungsangebot ein Umzug in eine vollstationäre Einrichtung vermieden oder deutlich hinausgeschoben werden kann,
- es zu Kosteneinsparungen bei den Pflegekassen und den Träger:innen der Sozialhilfe führt.

Außerdem soll es Aufschluss darüber geben,

- wie die Finanzierung dieses Beratungsangebotes sichergestellt werden kann,
- wie und unter welchen Voraussetzungen ein solches Beratungsangebot möglichst flächendeckend eingeführt werden kann.

5. Kultur- und religions-sensible Beratung

Familien mit Migrationshintergrund und behinderten Angehörigen sind meist mehrfach belastet. Die unterschiedliche Muttersprache oder kulturell geprägte Vorstellungen von Behinderung und chronischen Erkrankungen können dazu führen, dass die Familien nicht ausreichend unterstützt werden. Zudem wissen Eltern und Angehörige häufig nicht, wo und welche Hilfen es gibt und welche Rechte sie haben.

In Deutschland gibt es einen Anspruch auf kostenlose professionelle Beratung.

Die Ansprüche auf Information, Beratung und Schulung zur Pflege sind im Elften Sozialgesetzbuch (SGB XI) verankert.

Eine kultursensible Beratungsstelle sollte für eine gute Beratung folgendes beachten und bereitstellen:

- mehrsprachige Beschilderung,
- mehrsprachiges Informationsmaterial,

- Vernetzung mit Migrantenorganisationen, religiösen Einrichtungen und Kommunen,
- mehrsprachige Beratungspersonal,
- das Vertrauen der Zielgruppe.

5.1 Interkulturelle Kompetenzen der Beratenden als Voraussetzung

Interkulturelle Kompetenz beinhaltet:

- Empathie
- Toleranz
- Offenheit
- Vermeidung von Stereotypisierung, sowie Kenntnisse über interkulturelle Kommunikation
- Ambiguitätstoleranz (die Fähigkeit, Widersprüche/Spannungen wahrzunehmen und ohne zu werten) -
- Selbstreflexion der eigenen kulturellen Handlungsmuster und der eigenen Kommunikation
- Angemessenen, wertschätzenden Umgang mit den zu Beratenden
- Positives Selbstwertgefühl und die Reflexionsfähigkeit der eigenen Person

Weiterhin zählen dazu das umfangreiche Wissen über die Migration, die soziale Vernetzung und die Familienzentriertheit vieler Einwanderergruppen, sowie die Mit-Beratung auch der „Angehörigen“, statt nur der Einzelperson.

5.2 Merkmale guter Pflegeberatung

Qualifiziert: Die Beratenden sind weitergebildet oder geschult.

Flexibel: Es muss möglich sein, kurzfristig einen Beratungstermin zu erhalten. Dieser kann in den eigenen Räumen, vor Ort oder telefonisch erfolgen.

Verbindlich: Es sollte eine feste Ansprechperson geben.

Respektvoll: Die:der zu Beratende sollte zugewandt und respektvoll angesprochen werden. Die Beratung sollte ungestört und in einer freundlichen Atmosphäre stattfinden. Persönliche Informationen müssen vertraulich behandelt werden und dürfen nur mit Einverständnis weitergegeben werden.

Ressourcenorientiert: Hilfe zur Selbsthilfe meint die Unterstützung, sich bei der Bewältigung der Themen möglichst selbst zu helfen.

Individuell: Die Beratung muss der individuellen Situation und Werte angepasst werden.

Umfassend: Die Informationen über die Rechte und Ansprüche, etwa gegenüber der Pflegeversicherung sollten umfassend, verständlich und bei Bedarf in der jeweiligen Muttersprache übermittelt werden.

Lösungsorientiert: Es sollten mehrere Alternativen und Vorschläge zur Unterstützung und Gestaltung unterbreitet werden.

Begleitend: Entsprechend den Bedürfnissen der Hilfesuchenden sollte von der Beantragung von Leistungen bis zum Zugang der Hilfsangebote so lange wie notwendig eine aktive begleitende Unterstützung möglich sein.

Nachvollziehbar: Die Beratung sollte schriftlich dokumentiert werden. Auf Wunsch kann die:der zu Beratende oder die:der Vormund in die Dokumentation einsehen.

5.3 Erstkontakt bei der Senior:innenberatung

Der Erstkontakt kann durch ein spontanes oder terminiertes Aufsuchen der offenen Sprechstunde an den jeweiligen Standorten zustande kommen. Die zu beratenden Personen können sich ebenso telefonisch, per Brief, Fax oder E-Mail (SMS oder WhatsApp Nachricht/Soziale Medien) an die Beratungsstelle wenden.

Beim Erstkontakt sollte die Fragestellung oder das Problem des zu Beratenden geklärt werden, damit die:der Beratende über das weitere notwendige Vorgehen entscheiden kann. Nach dem Erstkontakt sind mehrere Möglichkeiten gegeben:

A: Eine Information oder Auskunft wurde erteilt und die:der zu Beratende ist zufrieden.

B: Weitervermittlung an andere Stellen.

C: Es besteht weiterer Beratungsbedarf: Es erfolgt eine direkte Beratung und gegebenenfalls wird ein weiterer Beratungstermin vereinbart.

Der Erstkontakt ist standardisiert zu dokumentieren. Dazu gibt es eine Beratungs- und Dokumentationsplattform, die für dieses Projekt erstellt wurde. Die Beratenden wurden in die Bedienung dieser Plattform eingeführt und nutzen diese bereits.



II. Teil

Leistungen

Pflegeversicherung



1. Die Pflegeversicherung

Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitsbedingte Beeinträchtigungen in der Selbstständigkeit aufweisen und deshalb auf Unterstützung Dritter angewiesen sind. Zum Kreis der pflegebedürftigen Personen zählen Menschen, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitliche Belastungen haben und dadurch ihren Alltag nicht selbstständig bewältigen können.

Um Leistungen aus der Pflegeversicherung zu erhalten, ist es Voraussetzung, entsprechend der Notwendigkeit eine Zuordnung in einen Pflegegrad zu bekommen. Es gibt insgesamt 5 Pflegegrade, die je nach Intensität der Beeinträchtigung der Selbstständigkeit der/dem Benachteiligten zuerkannt werden.

Einen Anspruch auf Pflegeleistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung haben Personen, wenn sie vor der Antragstellung mindestens zwei Jahre innerhalb der letzten zehn Jahre bei der Pflegeversicherung versichert waren und eine Pflegebedürftigkeit von mindestens sechs Monaten besteht. Mit der pflegfachlich begründeten Begutachtungsrichtlinie (BR) stellt der MD (Medizinische Dienst) oder eine andere Begutachtungsstelle der Krankenkassen die Pflegebedürftigkeit fest und nimmt eine Zuordnung in einen Pflegegrad vor.

2. Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung

Im Folgenden wird Schritt für Schritt erklärt, wie ein Pflegegrad beantragt wird und damit Leistungen der Pflegeversicherung erhalten werden können.

2.1 Die Antragstellung

Die Pflegeversicherung ist immer bei der Krankenkasse angesiedelt. Der Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad muss von der pflegebedürftigen oder der bevollmächtigten Person bei der Pflegekasse gestellt werden. Dies kann per Anruf oder schriftlich mit einem formlosen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung erfolgen.

Die Pflegekasse schickt nach der Antragstellung ein Antragsformular zu oder stellt dieses online zur Verfügung. Der Pflegeantrag besteht aus verschiedenen Fragen zur Person und zum Hilfebedarf. Ebenfalls muss angegeben werden, ob ein Pflegedienst oder private Hilfe, also Pflegegeld, in Anspruch genommen werden soll. Eine Kombination aus beiden Angeboten ist auch möglich. Der ausgefüllte Pflegeantrag wird an die Pflegekasse zurückgeschickt. Die antragstellende Person ist immer die pflegebedürftige Person selbst. Sie muss den Antrag unterschreiben. Wenn der Antrag von einer anderen Person ausgefüllt wird, bedarf es einer Vollmacht seitens der pflegebedürftigen Person.

Nach Eingang des Antrags bietet die Pflegekasse ein Beratungsgespräch durch eine:n Pflegeberater:in an. Hier können Fragen zur Pflege und zu den Leistungen der Pflegeversicherung gestellt werden.

2.2 Die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit

Nachdem der Antrag bei der Pflegekasse eingegangen ist, beauftragt diese den Medizinischen Dienst (MD) oder ein anderes Begutachtungsunternehmen, den Grad der Selbstständigkeit einzuschätzen. Dazu meldet sich ein speziell geschultes Fachpersonal und vereinbart einen Besuch im Wohnumfeld der antragstellenden Person. Diese Einschätzung ist Grundlage für das Pflegegutachten. Die sachver-

ständige Person schlägt der Pflegekasse die Einstufung in eine der Pflegegrade von 1 bis 5 und die Ablehnung des Antrags vor. Die Pflegekasse folgt dieser fachlichen Einschätzung und versendet den Bescheid über die Einstufung in einen Pflegegrad. Ein Pflegegrad kann nach Einschätzung des Hilfebedarfs zeitlich befristet ausgestellt werden.

Von der Pflegekasse erhält die: der Pflegebedürftige den Bescheid über den Pflegegrad und die Leistungen, sowie auf Wunsch das Gutachten des MD. In der Regel dauert es von der Antragstellung bis zum Bescheid bis zu 25 Arbeitstage.

2.2.1 Medizinischer Dienst (MD)

Eine sachverständige Person des MD überprüft anhand von sechs Modulen, wie aktiv oder selbstständig die pflegebedürftige Person ist und wo Unterstützung benötigt wird.

Die Begutachtung des Medizinischen Dienstes verläuft meist in der Häuslichkeit der pflegebedürftigen Person.

Die sechs Module, die seitens des MD begutachtet werden, sind folgende:

	Name des Moduls	Beschreibung der Aktivitäten
1	Mobilität	Umsetzen, Fortbewegung innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen
2	Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	Beteiligung am Gespräch, mehrschrittige Alltagshandlungen steuern, örtliche und zeitliche Orientierung
3	Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	Auffälliges Verhalten, nächtliche Unruhe, verbale Aggression, Ängste
4	Selbstversorgung im Alltag	Selbstständige Versorgung im Alltag, wie waschen, essen, an- und ausziehen, Benutzung einer Toilette
5	Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen	Medikamenteneinnahme, Wundversorgung, Absaugen, Sauerstoffgabe, Arztbesuche, Einhalten einer Diät
6	Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte	Sich beschäftigen, ruhen und schlafen, Tagesablauf gestalten

2.2.2 Vorbereitung auf den Hausbesuch vom MD

- Der Begutachtungstermin sollte in einer realen Pflegesituation stattfinden. Schließlich ist der Besuch des MD nur eine Momentaufnahme.
- Überlegen Sie sich im Voraus, was Ihnen im Alltag besonders Schwierigkeiten macht. Wobei brauchen Sie Unterstützung? Was können Sie noch selbstständig schaffen? Machen Sie sich dazu einige Notizen.
- Bitten Sie eine Person aus Ihrem häuslichen Umfeld, Verwandten- oder Bekanntenkreis anwesend zu sein. Falls Ihnen bereits ein ambulanter Pflegedienst bei der Pflege hilft, lassen Sie sich von einer Pflegefachkraft unterstützen. Halten Sie die Pflegedokumentation bereit.
- Legen Sie alle Krankheitsberichte (Arzt-, Reha- und Klinikberichte), sowie einen aktuellen Medikamentenplan als Kopie bereit.
- Bereiten Sie sich darauf vor, dass sehr persönliche Fragen (wie Waschen des Intimbereichs) gestellt werden können.
- Beantworten Sie alles wahrheitsgemäß, sonst besteht das Risiko, dass Sie nicht die Leistungen erhalten, die Ihnen zustehen. Die Einschätzung des Pflegebedarfs kann bis zu einer Stunde dauern. Die sachverständige Person schaut sich auch die häusliche Umgebung an. Ebenso erfragt sie, ob weitere Unterstützung benötigt wird, wie:
 - Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
 - Hilfsmittel/Pflegehilfsmittel (wie Rollator)
 - Heilmittel und andere therapeutische Maßnahmen (wie Ergo- oder Physiotherapie)
 - Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen (barrierefreie Gestaltung der Wohnräume)
 - Pflegekurse für pflegende Angehörige oder weitere Beratungen zu bestimmten Erkrankungen
 - Andere vorbeugende Gesundheitsmaßnahmen in der häuslichen Pflege (wie etwa Fragen zur Sturzvermeidung).

2.3 Der Widerspruch

Sind Sie mit dem Ergebnis des Gutachtens nicht einverstanden, können Sie gegen den Bescheid ein Widerspruch einlegen. Nach Zustellung des Bescheides beträgt die Frist vier Wochen. Der Widerspruch ist schriftlich bei der Pflegekasse einzureichen. Fehlt im Bescheid ein Hinweis auf die Möglichkeit, Widerspruch einzulegen, beträgt die Frist ein Jahr. Zur Einhaltung der zeitlichen Frist genügt zuerst ein formloses Schreiben mit kurzer Mitteilung, dass Sie Widerspruch einlegen wollen und eine Begründung nachsenden. Im nächsten Schritt sollten Sie detailliert aufschreiben, warum Sie mit dem Bescheid nicht einverstanden sind. Der Widerspruch ist von der pflegebedürftigen Person oder der gesetzlichen Betreuung zu unterschreiben. Die Versendung an die Pflegekasse sollte per Einschreiben mit Rückschein erfolgen.

3. Die Leistungen der Pflegeversicherung

Hinweis für Beatende: Bei der Beratung bitte die aktuellen Zahlen auf der Internetseite des Bundesgesundheitsministeriums ermitteln, denn diese

dienen zur Orientierung und können sich jederzeit ändern. Online-Ratgeber Pflege - Bundesgesundheitsministerium.

Leistungen 2022 Pflegegrade Stand: Dezember 2022

	1	2	3	4	5
1.1. Pflegeberatung (§7a)	✓	✓	✓	✓	✓
1.2. Beratung zu Hause (§37,3)	✓	halbj.	halbj.	viertelj.	viertelj.
1.3. Pflegekurse (§45)	✓	✓	✓	✓	✓
2. Pflegesachleistung (§36) mtl.	-	724 €	1.363€	1.693€	2.095€
3. Pflegegeld (§37)	-	316€	545€	728€	901€
4.1. Tages- und Nachtpflege (§41)	-	689€	1.298€	1.612€	1.995€
4.2. Entlastungsbetrag (§45)	125€	125€	125€	125€	125€
4.3. Verhinderungspflege (§39) jährlich/inkl. Aufstockung Kurzzeitpfl.	-	1612€/2418€	1612€/2418€	1612€/2418€	1612€/2418€
4.4. Kurzzeitpflege (§42) jährlich/ inkl. Aufstockung Verhinderungspfl.	-	1774€/3386€	1774€/3386€	1774€/3386€	1774€/3386€
4.5. Kombinationsleistung (§38)	-	möglich	möglich	möglich	möglich
4.6. Umwandlung 40% ambulanter Sachleistungsbetrag (§45 a)	-	290€	545€	677€	838€
4.7. zusätzliche Leistungen in ambulant betreuten Wohngruppen (§38 a)	214€	214€	214€	214€	214€
4.8. Pflegehilfsmittel (§40 Absatz 2)	40€	40€	40€	40€	40€
4.9. Digitale Pflegeanwendungen DIPA (§40a und §40b sowie §39a)	50€	50€	50€	50€	50€
4.10. Technische Hilfsmittel	✓	✓	✓	✓	✓
4.11. Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (§40 Abs.4) je Maßnahme	4.000€	4.000€	4.000€	4.000€	4.000€
5.1. Leistungen zur Sicherung der Pflegeperson (§44)	-	✓	✓	✓	✓
5.2. Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung	-	✓	✓	✓	✓
6.1. Vollstationäre Pflege (§43)	125€	770€	1.262€	1.775€	2.005€
6.2. Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§43 a)	-	266€	266€	266€	266€
6.3. Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen	✓	✓	✓	✓	✓

3.1 Pflegeberatung (§7a)

Wenn Menschen pflegebedürftig werden, müssen zahlreiche Entscheidungen getroffen werden, wie etwa:

- Kann die Betreuung künftig in den eigenen vier Wänden stattfinden oder muss ein Platz im Pflegeheim gefunden werden?
- Wo gibt es finanzielle Unterstützung?
- Was zahlt die Pflegeversicherung?

Zur Beantwortung dieser und weiterer Fragen haben Pflegebedürftige und ihre Angehörigen einen gesetzlichen Anspruch auf Beratung nach § 7a SGB XI, der die Pflegeberatung regelt.

Beratung zu Hause (§37,3)

Pflegebedürftige, die zu Hause und ohne Hilfe eines Pflegedienstes gepflegt werden und Pflegegeld erhalten, müssen nach § 37 Absatz 3 SGB XI in regelmäßigen Abständen eine Beratung zur Pflege durchführen lassen. Dies wird oft auch als (verpflichtender) „Beratungseinsatz“ oder „Beratungsbesuch“ bezeichnet.

Der Beratungsbesuch findet in der eigenen Häuslichkeit statt und wird meist von einem ambulanten Pflegedienst oder einem durch die Pflegekasse beauftragten Unternehmen durchgeführt. Ziel ist es, die Qualität in der häuslichen Pflege zu sichern und die Pflegepersonen zu unterstützen. Der Beratungsbesuch ist ab Pflegegrad 2 verpflichtend. In den Pflegegraden 2 und 3 findet der Beratungsbesuch halbjährlich und in den Pflegegraden 4 und 5 vierteljährlich statt.

3.2 Pflegekurse (§45)

Für Personen, die eine:n Angehörige:n pflegen oder sich ehrenamtlich für Pflegebedürftige einsetzen, bieten Pflegekassen unentgeltlich Schulungskurse an. Es werden praktische Anleitung und Informationen, aber auch Beratung und Unterstützung zu den unterschiedlichsten Themen angeboten.

Es gibt zwei Möglichkeiten, um das Angebot Pflegekurse nach § 45 SGB XI zu nutzen:

Pflegekurse in der Gruppe sind öffentlich veranstaltete Pflegekurse für mehrere Teilnehmende, die meistens von Pflegekassen oder anderen lokalen Einrichtungen (zum Beispiel Sozialstationen, Volkshochschulen) veranstaltet werden.

Pfleges Schulungen in der Häuslichkeit sind Individuelle Schulungen in der Häuslichkeit der:des Pflegebedürftigen und werden auch von den Pflegekassen angeboten und getragen.

3.3 Pflegesachleistung (§36)

Wird durch die Angehörigen oder die gesetzlichen Betreuenden, für die Pflege ein professioneller Pflegedienst organisiert, hat die pflegebedürftige Person einen Anspruch auf körperbezogene Pflegehandlungen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen, sowie auf Hilfen bei der Haushaltsführung. Die Leistungen werden direkt mit der Pflegekasse abgerechnet.

3.4 Pflegegeld (§37)

Wird die Pflege im Familien- oder Bekanntenkreis selbst organisiert, zahlt die Pflegekasse ein monatliches Pflegegeld. Dieses Geld kann die pflegebedürftige Person an eine Pflegeperson weitergeben.

3.5 Tages- und Nachtpflege (§41)

Wird die pflegebedürftige Person tagsüber oder nachts in einer Pflegeeinrichtung versorgt, dann trägt die Pflegekasse die Kosten für Pflege und Betreuung bis zu einem monatlichen Höchstsatz. Dieser variiert je nach Pflegegrad von 2 bis 5. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung müssen immer von den pflegebedürftigen Personen übernommen werden.

Eine Tagespflege-Einrichtung betreut tagsüber Menschen, die sonst im eigenen Haushalt gepflegt werden. Die Gäste suchen die Tagespflege morgens auf und kehren am späten Nachmittag wieder zurück nach Hause.

Die Tagespflege bietet sich an, wenn Sie als pflegende oder nahestehende Person einer Erwerbsarbeit nachgehen oder tagsüber für die Pflege Unterstützung benötigen. Sie kann bei einer Erhöhung des Betreuungsbedarfes sowie zu Ihrer Entlastung genutzt werden. Wurde dem pflegebedürftigen Familienmitglied eine Einstufung in den Pflegegrad 2 bis 5 zuerkannt, übernimmt die Pflegekasse einen Teil der Kosten für die Tagespflege.

Die Tagespflege bietet vielfältige Pflege- und Betreuungsleistungen:

- Tagesstrukturierung und Beschäftigungsangebote
- Soziale Kontakte zu anderen Menschen
- (Wieder-) Einüben alltäglicher Verrichtungen
- Grundpflege (wie Toilettengänge, Körperpflege)
- Medizinisch-therapeutische Maßnahmen (wie Medikamentengabe)
- Beförderung von der Wohnung zur Einrichtung und zurück

Diese Leistungen werden bis zu einem festgelegten Höchstbetrag von der Pflegekasse übernommen.

Viele Tagespflege-Einrichtungen kooperieren mit Physio- und Ergotherapeut:innen. Ebenfalls können ärztlich verordnete Therapien in den Tagespflege-Einrichtungen durchgeführt werden.

Die Kosten für die Unterkunft und die Verpflegung in der Tagespflege übernimmt die:der Pflegebedürftige selbst. Um diesen Eigenanteil zu reduzieren, kann der „Entlastungsbetrag“ von 125 Euro verwendet werden, sofern dieser nicht für andere „Unterstützungsangebote im Alltag“ benötigt wird. Die Tagespflege muss nicht jeden Tag besucht werden. Es ist möglich einen Besuch von ein oder zwei Tagen in der Woche zu vereinbaren.

Um finanzielle Unterstützung für die Tagespflege zu erhalten, muss die pflegebedürftige Person einen Pflegegrad von 2 bis 5 zuerkannt bekommen haben. Wenn die:der Pflegebedürftige bereits einen Pflegegrad hat und die Tagespflege neu nutzen möchte, muss diese bei der Pflegekasse einen Änderungsantrag stellen.

Die Tagespflege kann neben der ambulanten Pflegesachleistung sowie dem Pflegegeld in vollem Umfang genutzt werden. Wer also einen Pflegegrad hat und die Tagespflege nicht besucht, nutzt die zustehenden Leistungen nicht im vollen Umfang aus.

3.6 Entlastungsbetrag (§45b)

Bei jedem Pflegegrad gibt es einen Entlastungsbetrag von bis zu 125 Euro monatlich. Dieser Betrag steht ausschließlich für einen ambulanten Pflegedienst und landesrechtlich anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag zur Verfügung. Das kann zum Beispiel eine Hilfestellung im Haushalt oder eine Unterstützung beim Verlassen der Wohnung sein. Ebenso kann der Betrag für Leistungen der Tages-, Nacht-, Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege eingesetzt werden.

Voraussetzung für den Bezug der Entlastungsleistung ist die anerkannte Pflegebedürftigkeit und Zuordnung in die Pflegegrade 1 bis 5.

In den Pflegegraden 2 bis 5 kann der Entlastungsbetrag zusätzlich zum Pflegegeld beziehungsweise den Pflegesachleistungen (ambulanter Pflegedienst) genutzt werden.

Diese finanzielle Leistung kann nur zweckgebunden für Angebote zur Betreuung und Entlastung Ihrer pflegenden Angehörigen verwendet werden.

Erstattungsfähige Angebotsformen:

- Niedrigschwellige Betreuungsleistungen: Beispielsweise Betreuungsgruppen für demenzkranke Personen, Kreise von Helfenden zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger im häuslichen Bereich, sowie die Tagesbetreuung in Kleingruppen durch anerkannte Helfende
- Familienentlastende Dienste
- Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen
- Alltags-, beziehungsweise Pflegebegleitung, wie zum Beispiel: Nachbarschaftshilfen oder Seniorenassistenzdienste.

Im Pflegegrad 1 kann der Entlastungsbetrag auch für Leistungen aus dem Bereich der Selbstversorgung wie zum Beispiel beim duschen, baden oder der Inkontinenzversorgung eingesetzt werden.

In den Pflegegraden 2 bis 5 kann der Entlastungsbetrag zur Bezuschussung des Eigenanteils von Tages-, Nacht-, Verhinderungs- und Kurzzeitpflege verwendet werden. Damit können die Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Fahrtkosten und/oder Investitionskosten anteilig erstattet werden.

Ebenso können anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag im Rahmen der Verhinderungspflege in Anspruch genommen werden (zum Beispiel Freizeiten für Menschen mit Behinderung).

Für pflegebedürftige Personen der Pflegegrade 2 bis 5 gilt außerdem: Werden bereits Pflegesachleistungen beansprucht, können davon bis zu 40 Prozent des nach dem Pflegegrad zustehenden Pflegesachleistungsbetrags in Entlastungsleistungen im Alltag umgewandelt werden. Voraussetzung ist, dass der Betrag für die Pflegesachleistung noch nicht vollständig aufgebraucht wurde. Zur Sicherheit sollte im Vorfeld mit der Pflegekasse abgeklärt werden, ob das gewünschte Betreuungsangebot tatsächlich anerkannt ist und die Kosten erstattet werden. Wurde eine Abtretungserklärung gegenüber dem Pflegedienst oder der Einrichtung unterzeichnet, können diese Dienste selbständig ausgeführt und der Entlastungsbetrag mit den Pflegekassen abgerechnet werden. Je nach Grad der Nutzung ist dann eine Kostenerstattung anderer Angebotsformen nicht oder nur noch begrenzt möglich. Dies sollte im Einzelfall mit dem jeweiligen Pflegedienst oder der Einrichtung abgeklärt werden.

Ein Anspruch auf den Entlastungsbetrag besteht automatisch, sofern alle Voraussetzungen dafür erfüllt sind. Als pflegebedürftige Person müssen Sie die Kosten der Dienstleistung zunächst selbst bezahlen, sofern nicht eine Abtretungserklärung vorliegt. Die entsprechenden Belege werden bei der Pflegekasse eingereicht und bis zur maximalen Höhe des Entlastungsbetrages erstattet. Der Zweck der Leistung muss auf den Belegen eindeutig und erkennbar angegeben sein. Wird der Entlastungsbetrag von 125 Euro monatlich im laufenden Jahr nicht ausgeschöpft, kann der angesammelte Betrag bis zum 30. Juni des Folgejahres in Anspruch genommen werden. Danach verfällt der Restbetrag.

3.7 Verhinderungspflege (§39)

Fällt die Pflegeperson für einen begrenzten Zeitraum aus, zum Beispiel wegen Krankheit oder Urlaub, unterstützt die Pflegeversicherung bei der Finanzierung einer Ersatzpflege, entweder zu Hause oder in einer Pflegeeinrichtung. Dafür steht ein Betrag in Höhe von maximal 1.612 Euro - bei höchstens 42 Tagen – im Kalenderjahr zur Verfügung.

Voraussetzung für die Verhinderungspflege ist, dass Ihr zu pflegendes Familienmitglied in einen Pflegegrad (2 bis 5) eingestuft ist. Die Kostenübernahme durch die Pflegekasse setzt zudem voraus, dass Sie Ihr pflegebedürftiges Familienmitglied bereits sechs Monate lang in der häuslichen Umgebung pflegen. Dabei müssen die sechs Monate nicht zusammenhängend verlaufen. Unerheblich ist auch, ob die Pflege durch Sie allein oder mehrere Pflegepersonen durchgeführt wurde.

Die Verhinderungspflege kann für 42 Kalendertage je Kalenderjahr und bis zu einer Höchstgrenze von 1.612 Euro pro Kalenderjahr in Anspruch genommen werden. Während der Verhinderungspflege wird das Pflegegeld zur Hälfte für bis zu 6 Wochen weitergezahlt. Der Leistungsbetrag der Verhinderungspflege kann um bis zu 806 Euro (50 Prozent der Kurzzeitpflege) auf insgesamt 2.418 Euro erhöht werden. Voraussetzung ist, dass in dem jeweiligen Jahr noch keine Kurzzeitpflege in Anspruch genommen wurde. Die Verhinderungspflege kann auch in mehreren Teilzeiträumen und stundenweise in Anspruch genommen werden. Die entstandenen Kosten müssen Sie per Quittung oder Rechnung nachweisen können. Die Verhinderungspflege wird selbst organisiert und kann in verschiedenen Varianten genutzt werden:

Verhinderungspflege in der eigenen Häuslichkeit: Die Versorgungssicherstellung der pflegebedürftigen Person hat das Ziel der Verhinderungspflege

im eigenen Zuhause. Für die Ersatzpflege durch Pflegekräfte eines ambulanten Pflegedienstes stehen bis zu 1.612 Euro pro Kalenderjahr zur Verfügung. Übernehmen Verwandte oder Verschwägerter (bis zum zweiten Familiengrad) die Pflege oder lebt die Pflegeperson in häuslicher Gemeinschaft mit der pflegebedürftigen Person, zahlt die Pflegekasse nur die Höhe des 1,5-fachen, in dem jeweiligen Pflegegrad festgelegten, Pflegegeldbetrages (Beispiel: Pflegegrad 2=474 Euro). Zusätzlich kann die Pflegekasse Extra-Aufwendungen wie Fahrtkosten und/ oder einen möglichen Verdienstausschlag bis zu einer Summe von 1.612 Euro übernehmen.

Stundenweise Verhinderungspflege: Die Verhinderungspflege kann auch in mehreren Teilzeiträumen und stundenweise in Anspruch genommen werden. Für Tage, an denen die Ersatzpflege nicht mindestens acht Stunden erbracht wird, erfolgt keine Anrechnung auf die Höchstdauer von 42 Tagen im Kalenderjahr. Auch das Pflegegeld wird in diesem Fall nicht gekürzt.

Verhinderungspflege in einer Tagespflegeeinrichtung: Verhinderungspflege ist ebenso in Verbindung mit einer Tagespflege anwendbar. Diese Variante der Ersatzpflege ist noch weitgehend unbekannt - aber eine gute Alternative. Sollten Sie diese Form der Ersatzpflege wählen, erstattet die Pflegekasse für die Pflegekosten von bis zu 1.612 Euro pro Kalenderjahr. Die Aufwendungen für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten trägt die pflegebedürftige Person selbst.

Umwandlung der Verhinderungspflege: Der Leistungsbetrag der Verhinderungspflege kann in Höhe von bis zu 1.612 Euro für die Kurzzeitpflege in einer stationären Einrichtung verwendet werden. In diesem Fall erhöht sich der Leistungsanspruch der Kurzzeitpflege auf bis zu 3.224 Euro im Kalenderjahr. Weitere anfallende Kosten, zum Beispiel für Unterkunft und Verpflegung, sind privat zu tragen.

Verhinderungspflege am Urlaubsort: Mittlerweile gibt es eine ganze Reihe sogenannter Pflegehotels an Urlaubsorten. Die Pflege wird hier entweder von geschultem Personal des Hotels oder von einem vor Ort ansässigen Pflegedienst übernommen und kann über die Verhinderungspflege abgerechnet werden.

Verhinderungspflege im Ausland (zum Beispiel im Urlaub): Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt besteht auch ein Anspruch auf Verhinderungspflege der Pflegeperson nach § 39 SGB XI. Dies gilt unabhängig davon, ob die Ersatzpflegeperson aus Deutschland heraus mitreist oder sich vor Ort befindet (zum Beispiel in Spanien lebende Großeltern) und ob sie mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert ist oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebt. Die Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI können somit auch von professionellen Pflegekräften bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt erbracht werden (Urteil des BSG vom 20.04.2016, Az.: B 3 P 4/14 R). Dies gilt weltweit (Ziffer 1 zu § 34 SGB XI). Auch in diesen Fällen kann der Leistungsbetrag nach § 39 Abs. 2 SGB XI um bis zu 806,00 EUR aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege nach § 42 Abs. 2 Satz 2 SGB XI auf insgesamt 2.418 EUR im Kalenderjahr erhöht werden.

Die Verhinderungspflege erfordert eine Antragstellung bei der Pflegekasse der pflegebedürftigen Person. Der Antrag muss von der Person selbst oder von einer bevollmächtigten Person unterschrieben werden. Für die Abrechnung der Pflegekosten muss ein Nachweis gegenüber der Pflegekasse erfolgen (zum Beispiel in Form von Rechnungen, Quittungen oder Kontoauszügen). Die Kosten der Verhinderungspflege werden (nach Erfüllung der Voraussetzungen) durch die Pflegekasse bis zum Höchstsatz erstattet. Der Anspruch verfällt zum Ende eines Kalenderjahres. Ein Antrag auf Verhinderungspflege kann jedes Jahr neu gestellt werden.

3.8 Kurzzeitpflege (§42)

Kann die Pflegeperson die Pflege zu Hause zeitweise nicht ausführen, ist für die pflegebedürftige Person ein kurzzeitiger Aufenthalt in einer stationären Pflegeeinrichtung oder einer Kurzzeitpflegeeinrichtung möglich. Die Pflegeversicherung übernimmt die Pflege- und Betreuungskosten für maximal acht Wochen im Jahr. Der jährliche Höchstbetrag liegt bei 1.612 Euro. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung müssen selbst getragen werden.

Die Kurzzeitpflege ist eine Leistung der Pflegeversicherung. Um diese Leistung zu nutzen, muss die Einstufung in den Pflegegrad 2 bis 5 von der Pflegekasse zuerkannt worden sein. Kurzzeitpflege wird von der Pflegeversicherung gewährt, wenn beispielsweise

- nach einem Klinikaufenthalt Vorbereitungen für die Pflege zu Hause getroffen werden müssen (wie ein Badumbau) oder die Pflege zu Hause von den Angehörigen noch nicht geleistet werden kann (aus organisatorischen Gründen),
- die Pflegeperson aufgrund von Krankheit, Urlaub oder aus anderen Gründen nicht pflegen kann,
- die Pflegebedürftigkeit zunimmt und Sie als Angehörige neue Lösungen suchen müssen.

Die pflegebedürftige Person erhält eine umfassende pflegerische Versorgung und Betreuung in einer Kurzzeitpflege-Einrichtung oder einer stationären Pflegeeinrichtung. Für die Kurzzeitpflege stellt die Pflegeversicherung jährlich 1.612 Euro für maximal 56 Tage zur Verfügung. Es besteht jedes Jahr ein neuer Anspruch auf diese Leistung. Der Betrag von 1.612 Euro ist nur für die Pflegekosten vorgesehen.

Die Leistungen der Pflegekosten umfassen:

- Grundpflege (wie Körperpflege, Hilfe beim Bewegen)
- Medizinische Behandlungspflege (wie Medikamentenvergabe)
- Soziale Betreuung (wie Beschäftigungsangebote)

Da die pflegebedürftige Person in einer Pflegeeinrichtung versorgt wird, fallen weitere Kosten an, die die Pflegeversicherung nicht übernimmt. Die zusätzlichen Kostenanteile, die für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten anfallen, müssen privat finanziert werden. Der private Kostenanteil kann durch noch nicht verwendete Beträge des von der Pflegekasse monatlich gewährten Entlastungsbetrages von 125 Euro verringert werden. Die Kurzzeitpflege kann unter Anrechnung auf den für die Verhinderungspflege zustehenden Leistungsbetrag um bis zu 1.612 Euro auf dann 3.224 Euro verdoppelt werden. Voraussetzung ist, dass die Verhinderungspflege noch nicht in Anspruch genommen wurde. Die zeitliche Beschränkung erweitert sich in diesem Fall auf maximal acht Wochen pro Kalenderjahr. Bekommt die pflegebedürftige Person Pflegegeld, so wird dieses während der Zeit der Kurzzeitpflege zur Hälfte weitergezahlt.

Die Kurzzeitpflege erfordert eine Antragstellung bei der Pflegekasse der pflegebedürftigen Person. Die Kosten der Kurzzeitpflege werden (nach Erfüllung der Voraussetzungen) durch die Pflegekasse bis zum Höchstsatz erstattet. Der Anspruch verfällt zum Ende eines Kalenderjahres. Im Notfall ist es auch möglich, nachträglich Belege zur Erstattung einzureichen.

Für die Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege kann ebenfalls der Entlastungsbetrag eingesetzt werden. Dieser kann zudem für die Hotelkosten (Unterkunft, Verpflegung) verwendet werden, die im Zusammenhang mit der Kurzzeitpflege entstehen.

3.9 Kombinationsleistung

Die Geld- und Sachleistung kann auch kombiniert werden. Wenn zum Beispiel ein ambulanter Pflegedienst nur teilweise in Anspruch genommen wird, erhält die pflegebedürftige Person ein anteiliges Pflegegeld.

3.10 Umwandlungsanspruch

Wenn eine pflegebedürftige Person mit mindestens Pflegegrad 2 den Anspruch auf ambulante Pflegesachleistungen nicht voll ausgeschöpft hat, so kann der nicht genutzte Betrag der Sachleistungen bis zu maximal 40 Prozent des Sachleistungsbetrags für Angebote zur Unterstützung im Alltag verwendet werden.

3.11 Ambulant betreute Wohngemeinschaften

In ambulant betreuten Wohngemeinschaften leben Menschen mit Pflege- oder Betreuungsbedarf in einer Wohnung zusammen. Jede:r hat ein eigenes Zimmer. Durch gemeinschaftliche Wohnbereiche (Freizeiträume, Küchen) wird das Zusammenleben unterstützt. Die Gemeinschaft und Selbstbestimmung der Bewohnenden sind Sinn und Zweck einer solchen Wohnform. Je nach Bedarf können ambulante Pflegedienste zur Betreuung und Pflege engagiert werden.

Pflegebedürftige in den Pflegegrade 1–5, erhalten einmalig den Höchstbetrag von 2.500 Euro pro Person; 10.000 Euro pro Wohngruppe. Für die Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen im oben genannten Sinne sieht die Pflegeversicherung eine Anschubfinanzierung für die altersgerechte oder barrierefreie Umgestaltung der gemeinsamen Wohnung vor. Dabei kann die Umgestaltungsmaßnahme auch schon vor dem Einzug erfolgen. Voraussetzungen sind:

- Ab dem Einzug in die gemeinsame Wohnung muss Anspruch auf den Wohngruppenzuschlag bestehen.
- Die Finanzierung wird nur an die an der Gründung der Wohngruppe beteiligten Pflegebedürftigen geleistet. Der Betrag ist pro Person auf 2.500 Euro und pro Wohngruppe auf 10.000 Euro begrenzt.

Die Leistungen gibt es auch für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1. Die Leistungen für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen oder für die Ausstattung mit technischen (Pflege-) Hilfsmitteln bestehen zusätzlich.

3.12 Pflegehilfsmittel (§40)

Empfeht der Medizinische Dienst, der bei seiner Begutachtung Pflegehilfsmittel und die pflegebedürftige Person stimmt dem zu, ist ein gültiger Antrag auf diese Leistungen entstanden, der an die Pflegekasse weitergeleitet wird. Ein separater Antrag ist nicht mehr notwendig. Das Geld wird nicht ausgezahlt, die Pflegekasse gibt die Auslieferung in Auftrag.

3.13 Digitale Pflegeanwendungen DIPA (§40a und §40b)

Digitale Pflegeanwendungen (DiPA) sind Apps oder Programme, die auf dem Smartphone, dem Tablet oder dem PC genutzt werden können. Es handelt sich um besonders qualitätsgesicherte und zugelassene Angebote. Sie sollen dazu dienen, pflegebedürftige Personen in ihrer Selbstständigkeit zu unterstützen, ihre Fähigkeiten zu fördern oder auch die Pflege und Betreuung durch Angehörige zu erleichtern. Dies können beispielsweise Angebote zur Freizeitgestaltung, zum Gedächtnistraining oder zur Sturzprophylaxe sein oder auch Produkte, die für die Kommunikation mit Angehörigen oder dem Pflegedienst eingesetzt werden.

3.14 Technische Hilfsmittel

Der MD kann bei seiner Begutachtung bestimmte Hilfsmittel empfehlen. Wenn die pflegebedürftige Person dem zustimmt, ist somit ein gültiger Antrag auf diese Leistungen entstanden, der an die Pflegekasse weitergeleitet wird. Eine ärztliche Verordnung oder ein Attest sind dann nicht mehr nötig. Hilfsmittel wie Pflegebetten sind oftmals leihweise kostenlos. Ansonsten gilt bei Neuanschaffung die Übernahme von 90 Prozent der Kosten unter Berücksichtigung von höchstens 25 Euro Eigenbeteiligung der pflegebedürftigen Person je Hilfsmittel.

Technische Pflegehilfsmittel werden vorrangig leihweise oder gegen eine Zuzahlung zur Verfügung gestellt. Bei der Zuzahlung muss die pflegebedürftige Person einen Eigenanteil von zehn Prozent, maximal jedoch 25 Euro, übernehmen.

3.15 Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (§40)

Die Pflegekasse gewährt einen Zuschuss zu Umbauten im Haus. Typische Ein- und Umbaumaßnahmen sind zum Beispiel Türvergrößerungen, Rampen und bodengleiche Duschen. Der Antrag muss vor Baubeginn bei der Pflegekasse eingereicht und von ihr genehmigt werden.

Um Maßnahmen zur Verbesserung Ihres Wohnumfeldes bewilligt zu bekommen, ist die Anerkennung eines Pflegegrades notwendig. Ebenso können die angedachten Umbaumaßnahmen nur in der Wohnung oder in dem Haushalt, in dem der Pflegebedürftige lebt und gepflegt werden, ausgeführt werden.

Die Pflegekasse unterstützt finanziell, wenn dadurch

- der pflegebedürftigen Person die eigenständige Lebensführung ermöglicht oder diese wiederhergestellt wird,
- die häusliche Pflege deutlich erleichtert wird.

Der Anspruch für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen durch die Pflegekasse besteht nicht für stationäre Pflegeeinrichtungen.

Alle baulichen Maßnahmen, die Ihr Wohnumfeld als pflegebedürftige Person verbessern, werden zusammen als eine Maßnahme betrachtet und mit einem Betrag von bis zu 4.000 Euro bezuschusst. Sind nach einer durchgeführten Umbaumaßnahme weitere Änderungen notwendig, so kann der Betrag von bis zu 4.000 Euro auch ein weiteres Mal in Anspruch genommen werden, sofern sich die Pflegesituation für die pflegebedürftige Person erheblich verschlechtert hat. Dazu muss ein erneuter Antrag bei der Pflegekasse gestellt werden.

Beispiele für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen im Wohnbereich:

- Barrierefreier Umbau eines vorhandenen Bads (wie Einbau einer bodengleichen Dusche, Höhenanpassung einer Toilette)
- Einstiegshilfen für Badewannen
- Verbreiterung von Türen
- Entfernung von Tür- oder Balkonschwellen
- Verlegen von rutschhemmenden Bodenbelägen
- Umbau von Möbeln für Rollstuhlfahrer*innen (wie elektrisch absenkbar Hängeschränke oder Einbau von herausfahrbaren Unterschränken)
- Umgestaltung von Steckdosen- oder Lichtschalter
- Umzug in ein anderes Stockwerk im Haus (beispielsweise vom Obergeschoss ins Erdgeschoss)

Beispiele für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen außerhalb des Wohnbereichs:

- Anpassung eines vorhandenen Personenaufzuges mit Griffen, Haltestangen oder Sitzplatz
- Anbringung sicherer Handläufe auf beiden Seiten der Treppe
- Installation fester Rampen im Hauseingangsbereich
- Einbau eines Treppenlifts, um Etagen zu überwinden
- Absenkung des Briefkastens auf Greifhöhe

Umbaumaßnahmen in Mietwohnungen, die unter Umständen die bauliche Substanz des Gebäudes verändern (wie der Ausbau der Badewanne und der Einbau einer Dusche), müssen vorher mit Vermieter:innen abgesprochen werden. Dabei ist wichtig, dass die:der Mieter:in schriftlich von der Rückbauverpflichtung entbunden werden, damit beispielsweise nach dem Auszug aus der Wohnung die Badewanne nicht auf eigene Kosten erneut eingebaut werden muss.

Wenn mehrere pflegebedürftige Personen in einer gemeinsamen Wohnung leben, hat jede einzelne Person einen Anspruch auf bis zu 4.000 Euro als Zuschuss für Maßnahmen zur Verbesserung des gemeinsamen Wohnumfelds. Es gilt jedoch die finanzielle Obergrenze pro Wohnung von bis zu 16.000 Euro. Leben mehr als vier pflegebedürftige Personen in dieser Wohnung, wird dieser Höchstbetrag anteilig auf die anspruchsberechtigten Personen aufgeteilt.

Vor dem Baubeginn muss ein Antrag bei der Pflegekasse gestellt werden. Dem Antrag sollte eine kurze Begründung des Vorhabens beigefügt werden. Außerdem benötigt die Pflegekasse den Kostenvoranschlag der Firma, die für die Umbaumaßnahme beauftragt werden soll. Ebenso ist eine schriftliche Zustimmung für die Umbaumaßnahme von der

vermietenden Person vorzulegen. Möglicherweise wird der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) vor der Kostenübernahme der Pflegekasse eine Wohnortprüfung vornehmen, um zu sehen, ob die Umbaumaßnahme auch der Pflegesituation entspricht. Anschließend wird von der Pflegekasse eine Übernahme- oder Ablehnungserklärung für die Umbaumaßnahme ausgestellt. Im Falle einer Ablehnung kann ein Widerspruch eingelegt werden.

3.16 Leistungen zur Sicherung der Pflegeperson (§44)

Für Pflegepersonen, die eine:n Pflegebedürftige:n mit mindestens Pflegegrad 2 pflegen, entrichten die Pflegekassen Beiträge an den zuständigen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, wenn die Pflegeperson regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig ist. Der Medizinische Dienst oder ein anderer von der Pflegekasse beauftragter unabhängiger, gutachtlicher Dienst ermittelt im Einzelfall, ob die Pflegeperson eine oder mehrere pflegebedürftige Personen wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, pflegt. Während der pflegerischen Tätigkeit ist in dem Versicherungsschutz auch die gesetzliche Unfallversicherung inbegriffen.

3.17 Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzfristiger Arbeitsverhinderung

Wenn ein:e nahe:r Angehörige:r einer:eines Arbeitnehmenden in einer akut auftretenden Pflegesituation bei der Organisation von Pflegemaßnahmen Hilfe braucht, können Arbeitnehmende, Auszubildende und Heimarbeitende der Arbeit bis zu zehn Arbeitstage fernbleiben.

4. Pflegeheime/ Vollstationäre Pflege

Pflegeheime sind Einrichtungen für meist ältere Menschen mit einer dauerhaften Pflegebedürftigkeit, die nicht mehr in der Lage sind, ihren Haushalt eigenständig zu führen. Hier gibt es Einzel- und Zweibettzimmer und eine umfassende pflegerische Versorgung rund um die Uhr. Die Pflegekassen geben Zuschüsse zu den Heimkosten, wenn eine Versorgung zu Hause durch Angehörige und ambulante Pflege nicht geleistet werden kann. Da sich viele Pflegeheime auf bestimmte Konzepte spezialisieren, ist es wichtig, sich ausreichend Zeit für das Aussuchen eines passenden Pflegeheims zu nehmen.

Um diese Leistung zu nutzen, muss der Pflegebedürftige mindestens den Pflegegrad 2 von der Pflegekasse zuerkannt bekommen haben. Zudem wird vorausgesetzt, dass häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt.

Vollstationäre Pflege kann erforderlich sein zum Beispiel bei:

- Dem Fehlen einer Pflegeperson
- Pflegepersonen, die Pflege nicht übernehmen können
- Drohender oder bereits eingetretener Überforderung der Pflegepersonen
- Drohender oder bereits eingetretener Verwahrlosung der pflegebedürftigen Person
- Selbst- und Fremdgefährdungstendenzen der pflegebedürftigen Person
- Räumlichen Gegebenheiten im häuslichen Bereich, die keine häusliche Pflege ermöglichen oder ein Umzug in eine geeignete Wohnung unmöglich ist

Die Kosten für einen vollstationären Pflegeplatz setzen sich aus vier Teilbereichen zusammen:

Pflege- und Betreuungskosten: Dazu zählen Aufwendungen für die Pflege, die soziale Betreuung und die medizinische Behandlungspflege. In diesem Pflegesatz enthalten ist der einrichtungseinheitliche Eigenanteil (EEA). Einen einrichtungseinheitlichen Eigenanteil ermittelt jede Pflegeeinrichtung mit der Pflegekasse und der:dem Sozialhilfeträger:in. Damit wird gewährleistet, dass alle Pflegebedürftigen dieser Einrichtung unabhängig vom Pflegegrad den gleichen Eigenanteil zahlen müssen. Dieser Eigenanteil wird nicht steigen, wenn jemand in einen höheren Pflegegrad kommt. Die Zuzahlung über den einrichtungseinheitlichen Eigenanteil erfolgt für die pflegerischen Aufwendungen und die Schulung des Personals.

Unterkunfts- und Verpflegungskosten: beinhalten die Kosten für Verpflegung, hauswirtschaftliche Leistungen sowie Verbrauchskosten (wie Heizung).

Investitionskosten: Darin sind Kosten zur Herstellung und Erhaltung des Einrichtungsgebäudes enthalten (mit einer Kaltmiete vergleichbar). Zusatzkosten können für zusätzliche Dienstleistungen, wie zum Beispiel Telefon, Fernsehen, WLAN oder besonders komfortable Zimmer, anfallen.



III. Teil

Leistungen

Krankenversicherung



1. Die Krankenversicherung

Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist die zentrale Säule des deutschen Gesundheitssystems und der älteste Zweig der Sozialversicherung. Während zu Beginn der GKV etwa 10 Prozent der Bevölkerung pflichtversichert waren, sind heute fast 90 Prozent der Bevölkerung in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert.

§ 1 SGB V Solidarität und Eigenverantwortung SGB V

Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern.

1.1 Häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe

Häusliche Krankenpflege (SGB V §37,2 und 37,1)

In der Krankenversicherung haben Sie neben der ärztlichen Behandlung einen Anspruch auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege. Dabei erhalten Sie in Ihrem Haushalt, Ihrer Familie oder an einem sonst geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, eine häusliche Krankenpflege, soweit eine Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist oder wenn sie durch häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird (Krankenhausvermeidungspflege).

Haushaltshilfe

Die gesetzliche Krankenkasse zahlt in der Regel eine Haushaltshilfe unter zwei Voraussetzungen:

- wenn wegen einer Krankenhausbehandlung oder bestimmter anderer Leistungen wie Rehabilitati-

onsleistungen oder häuslicher Krankenpflege die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist,

- wenn im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist.

Auch hier besteht der Anspruch nur, wenn keine im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann. Manche Kassen zahlen allerdings auch, wenn ältere oder gar keine Kinder im Haushalt leben. Informieren Sie sich dazu direkt bei Ihrer Krankenkasse.

1.2 Medizinische Vorsorge und Rehabilitation

Medizinische Vorsorge soll Krankheiten vorbeugen. Unter Rehabilitationsleistungen sind alle medizinischen Leistungen zu verstehen, die der Abwendung, Beseitigung, Minderung oder dem Ausgleich einer Behinderung oder Pflegebedürftigkeit, der Vorbeugung ihrer Verschlimmerung oder Milderung ihrer Folgen dienen. Rehabilitations- und Vorsorgeleistungen können ambulant oder stationär erfolgen; sie können am Wohnort, in einer anerkannten Rehabilitationsklinik oder in einer stationären Vorsorgeeinrichtung geleistet werden.

Wer ist für Rehabilitationsleistungen und Vorsorge zuständig?

Ambulante und stationäre Vorsorgeleistungen sind in der Regel Aufgabe der GKV, während Rehabilitationsleistungen auch Aufgabe der Rentenversicherung oder der Unfallversicherung sind. Was bei einem bestimmten Krankheitsbild als Vorsorge oder Rehabilitation zählt und welche Versicherung für welche Maßnahmen kostentragend ist – diese komplexen Regelungen müssen Sie zunächst nicht kennen. Wenn Sie Rehabilitation und Vorsorge in Anspruch nehmen wollen, sollten Sie zuerst

mit Ihrer/Ihrem behandelnden Ärztin/Arzt darüber sprechen. Diese/dieser prüft dann, ob eine Rehabilitationsleistung medizinisch notwendig ist. Die/der zuständige Sozialversicherungstragende entscheidet über die Bewilligung der Rehabilitations- oder Vorsorgemaßnahme. Wenn Sie eine Anschlussrehabilitation direkt nach einem Krankenhausaufenthalt benötigen, sollte der Antrag hierfür bereits im Krankenhaus gestellt werden. Hier kann Ihnen der Sozialdienst der Klinik als Ansprechperson weiterhelfen.

Kur oder Reha?

Vorzubeugen ist das Ziel einer ambulanten oder stationären Vorsorgeleistung, früher „Kur“ genannt. Ein Beispiel ist auch die sogenannte Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Kur.

Die Rehabilitation dagegen soll helfen, wieder gesund zu werden, wenn die Patient:innen zum Beispiel ein neues Kniegelenk bekommen haben und die Muskeln um das Knie herum trainiert werden müssen. Insbesondere soll die Reha auch für die Arbeit wieder fit machen. Auch das kann ambulant oder stationär erfolgen.

Für ambulante Vorsorgekuren müssen die Patient:innen Urlaub nehmen und werden nicht krankgeschrieben. Bei einer stationären Vorsorgekur dagegen werden sie krankgeschrieben, ebenso wie bei der Reha.

1.3 Hilfsmittel

Zur Krankenbehandlung gehören nicht nur Arzneimittel, oft sind auch technische oder andere Hilfsmittel medizinisch notwendig, die zusätzlich unterstützen und bei der Heilung helfen.

Bei Hilfsmitteln gibt es viele verschiedene Produkte. Diese umfassen unter anderem Sehhilfen, Hörhilfen, Prothesen, orthopädische und andere Hilfsmittel von Inkontinenzhilfen über Kompressionsstrümpfe bis hin zu Rollstühlen. Hilfsmittel können aber auch technische Produkte sein, die dazu dienen, Arzneimittel oder andere Therapeutika in den menschlichen Körper einzubringen (zum Beispiel bestimmte Spritzen, Inhalationsgeräte oder Applikationshilfen).



IV. Teil

Weitere Leistungen



1. Weitere Wohnformen

1.1 Barrierefreies Wohnen

Barrierefreie Wohnungen sind so gestaltet, dass Menschen mit körperlichen Einschränkungen dort ohne Hindernisse wohnen können. Sie liegen meist im Erdgeschoss oder sind mit Fahrstuhl – ohne Treppen – zu erreichen. Die Wohnungen sind weitläufig und ebenerdig angelegt. Das gilt auch für die Dusche im Bad. Es gibt keine Türschwellen, die die Bewegungsfreiheit einschränken.

Die Pflegeversicherung deckt nur einen geringen Teil der Kosten für das Wohnen in einer stationären Pflegeeinrichtung ab. Die pflegebedürftige Person muss für Unterkunft und Verpflegung, Investitionskosten und den einrichtungseinheitlichen Eigenanteil selbst aufkommen. Kann eine pflegebedürftige Person die Kosten der stationären Versorgung selbst nicht (ab-)decken, übernimmt das Sozialamt nachrangig und nach Erfüllung sämtlicher Voraussetzungen die verbleibenden Kosten.

1.2 Altenwohnungen/ Senior:innenwohnungen

Alten- oder Senior:innenwohnungen sind speziell auf die Bedürfnisse von älteren Menschen ausgerichtet. Sie sind barrierefrei und in guter Ortslage, sodass Arztpraxen, Geschäfte und Freizeiteinrichtungen einfach erreichbar sind. Meist besteht auch eine gute Verbindung zu Sozial- und Pflegeeinrichtungen. Bei Bedarf können auch hauswirtschaftliche und pflegerische Dienste genutzt werden.

1.3 Haus- und Wohngemeinschaften

In Wohngemeinschaften wohnen mehrere Menschen in einer Wohnung zusammen. Jede Person

verfügt über ein eigenes Zimmer oder ein eigenes Apartment. In gemeinsamen Wohnräumen, Freizeiträumen oder Küchen findet das Zusammenleben statt. Es gibt Senior:innen- und altersgemischte Wohngemeinschaften. In altersgemischten Wohngemeinschaften, wie den Mehrgenerationenhäusern, wohnen ältere Menschen mit Jüngeren zusammen. Bei Bedarf unterstützen sich die Mieter:innen gegenseitig.

1.4 Betreutes Wohnen/Wohnen mit Service

Betreutes Wohnen ist eine barrierefreie Wohnform für ältere Menschen, die selbstständig in einer Wohnanlage leben wollen, aber in gewissen Alltagssituationen Unterstützung benötigen und für den Pflegefall mit entsprechenden Dienstleistungen versorgt werden. Als Ergänzung können bei Bedarf unterschiedliche Serviceleistungen, wie beispielsweise Beratung, Hilfestellung bei Behördengängen, Mahlzeiten und hauswirtschaftliche Dienste gebucht werden. Die angebotenen Serviceleistungen der Anbietenden können sehr unterschiedlich sein: Vom Hausmeister:innendienst und Hausnotruf bis hin zu eher hotelähnlichen Immobilien mit Sauna, Wellness und organisierten (Auslands-)Reisen. Die betreuten Wohnungen sind teilweise an Pflegeheime angeschlossen.

2. Hausnotruf

Mit einem stationären Hausnotrufsystem wird per Knopfdruck von überall aus der Wohnung ein Notruf ausgelöst. Der stationäre Hausnotruf ist ein anerkanntes Hilfsmittel. Unter folgenden Voraussetzungen übernimmt die Pflegekasse einige Kosten, wie einer einmaligen Zuzahlung zum Anschluss bis zu 10,49 Euro und die monatliche Mietpauschale von bis zu 23 Euro.

Voraussetzung für ein Hausnotrufsystem ist ein Telefonanschluss. Für den Stromanschluss wird eine freie Steckdose benötigt. Mittlerweile sind Geräte erhältlich, die beispielsweise über digitale ISDN-Anschlüsse, Breitband oder über den Einsatz von SIM-Karten zur Weiterleitung über das Mobilfunknetz angeschlossen werden können.

Ein Hausnotruf besteht aus zwei Teilen. Der sogenannten Basisstation (Freisprechanlage), die an das Telefon angeschlossen wird, und dem Notrufsender (Funkfinger), der am Handgelenk oder wie eine Kette um den Hals getragen wird. In einer Notlage ist der Ablauf folgendermaßen:

1. Durch drücken des Notrufsenders wird ein Notruf ausgelöst.
2. Die Hausnotrufzentrale meldet sich und spricht mit der Person über ihre Notlage. Die:der Bewohnende kann innerhalb der Wohnung frei in den Raum sprechen, da eine Freisprechanlage vorhanden ist.
3. Anschließend wird die Notfall-Person informiert, die bereits im Vorfeld festgelegt wurde. Diese sind beispielsweise Angehörige, ein Pflegedienst oder der Rettungsdienst.
4. Die Hausnotrufzentrale bleibt so lange mit der Person in Kontakt, bis Hilfe eintrifft.

Bei der Installation des Gerätes wird die zu kontaktierenden „Notfall-Personen“ mit Telefonnummern angegeben. Bei vielen Anbietenden kann auch ein Zweitschlüssel der Wohnung hinterlegt werden, damit vor Ort schnell Hilfe geleistet werden kann. Ist die hilfebedürftige Person nicht in der Lage zu sprechen, kann die Zentrale bei Auslösung des Notrufes trotzdem feststellen, woher der Notruf kommt und sofort Hilfsmaßnahmen in die Wege leiten. Nach Wunsch und Bedarf können Zusatzleistungen wie

ein Rauchmelder oder Falldetektoren ergänzt werden. Für Personen, die nicht nur zu Hause, sondern auch unterwegs abgesichert sein möchten, bieten einige Dienstleistende erweiterte mobile Notrufsysteme für unterwegs, beispielsweise auch mit dem eigenen Smartphone, welches mit Hilfe von APPs automatisierte Abläufe steuert. Die mobilen Notrufgeräte sind nicht als Pflegehilfsmittel zugelassen und werden von der Pflegekasse nicht bezuschusst.

Die Kosten des klassischen Hausnotrufsystems setzen sich aus zwei Bereichen zusammen, der einmaligen Anschlussgebühr und der monatlichen Grundgebühr. Die einmalige Anschlussgebühr für das Standardsystem liegt zwischen zehn und 90 Euro. Die monatlichen Kosten für den Basisstarif, den jeder Hausnotrufdienst anbietet, belaufen sich auf durchschnittlich nur 23 Euro. Zusatzkosten können durch Notfalleinsätze, Schlüsselaufbewahrung, regelmäßige Kontrollanrufe oder technische Erweiterungen wie Rauchwarnmelder oder Bewegungssensoren entstehen. Die Kosten für ein Hausnotrufsystem können als haushaltsnahe Dienstleistung von der Steuer abgesetzt werden. Bei niedrigem Einkommen können die Kosten durch das Sozialamt bezuschusst werden. Anbietende von Hausnotrufsystemen sind etwa soziale Hilfsorganisationen wie: Arbeiterwohlfahrt, Arbeiter-Samariter-Bund, Caritas, Diakonie, Johanniter, Malteser Hilfsdienst, Rotes Kreuz oder Volkssolidarität.

3. Hilfe zur Pflege (SGB VII)

Für Personen, die keinen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung haben, aber trotzdem hilfebedürftig sind, bietet die:der Gesetzgeber:in finanzielle Unterstützung durch das Sozialamt auf Hilfe zur Pflege. Hilfe zur Pflege gehört als Sozialleistung zur Sozialhilfe.

Ein Anspruch auf Hilfe zur Pflege besteht, wenn die Leistungen der Pflegeversicherung die Kosten für die notwendige Pflege nicht decken und die pflegebedürftige Person beispielsweise den Eigenanteil für eine stationäre Pflegeeinrichtung nicht selbst tragen kann. Hilfe zur Pflege kann auch beantragt werden, wenn der Pflegebedarf für kürzer als sechs Monate besteht, und die Pflegeversicherung deshalb keine Leistungen gewährt. Außerdem kann Sozialleistung in Anspruch genommen werden, wenn die Pflegeversicherung die Leistungen nicht genehmigt, weil die Person nicht pflegeversichert ist oder wenn Kosten nicht gedeckt werden können, da nicht genügend eigene finanzielle Mittel vorhanden sind, sowie die Angehörige nicht zur Zahlung der Pflegekosten herangezogen werden können. Ausländische Staatsangehörige haben in der Regel ebenfalls Anspruch auf Hilfe zur Pflege.

Nachdem die Pflegebedürftigkeit und der Hilfebedarf bestätigt wurden, entscheidet das Sozialamt, welche Leistungen gewährt werden. Dabei orientiert sich das Sozialamt am individuellen Bedarf der antragstellenden Person. Bei der Bedarfsberechnung wird ermittelt, was Ihnen als pflegebedürftige Person und die:der Ehepartner:in für den täglichen Lebensunterhalt (als Einkommensgrenze) verbleiben muss. Für die Berechnung wird auch Ihr Einkommen als pflegebedürftige Person, sowie das Einkommen und Vermögen der nicht getrenntlebenden Ehe- oder Lebenspartner hinzugezogen, das eine bestimmte Grenzen nicht überschreiten darf.

Bei der Antragstellung müssen Nachweise über Einkünfte, Vermögen und Ausgaben erbracht werden.

Für den Antrag wird folgendes benötigt:

- Personalausweis (oder Vollmacht einer gesetzlichen Vertretungsperson); Bescheid der Pflege-

kasse

Nachweis über das Einkommen (wie Rentenbescheid, Pensionsnachweise, Sonderzahlungen, sonstige Einkünfte)

- Nachweise über bestehendes Vermögen (wie Lebensversicherungen, Sparbücher, Wertpapiere, Wohneigentum)
- Kontoauszüge der letzten drei Monate vor Beginn der Hilfe oder dem Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung
- Wohnungsmietvertrag beziehungsweise Vertrag der Pflegeeinrichtung

Hilfe zur Pflege wird nicht rückwirkend gewährt. Erst ab dem Zeitpunkt, an dem der Sozialhilfeträger Kenntnis vom Vorliegen des Hilfebedarfs bekommt, besteht ein Leistungsanspruch.

Kinder sind zum sogenannten „Elternunterhalt“ erst verpflichtet, wenn ihr Bruttojahreseinkommen über 100.000 Euro liegt (seit: 01.01.2020).



SOZIALDIENST
MARIENBACHER PLATZ
KEMPTEN

#hier bin ich zu Hause





V. Teil

Wissenswertes

1. Vorsorgevollmacht

Die Vorsorgevollmacht dient dazu, dass eine oder mehrere Personen des Vertrauens bestimmte Angelegenheiten im Namen der:des Vollmachtgebenden regeln können (wie Wohnungsangelegenheiten, Versicherungsgeschäfte oder Abschluss eines Heimvertrags). Eine Vorsorgevollmacht erfordert grundsätzlich keine notarielle Beglaubigung. Geldinstitute verwenden spezielle eigene Formulare für beispielsweise Konten, Schließfächer oder Depots. Diese müssen in den Banken ausgestellt werden. Bei Immobiliengeschäften und großem Vermögen empfiehlt sich eine notarielle Beurkundung. Zum Zeitpunkt der Erteilung muss die vollmachtgebende Person geschäftsfähig sein. Eine Vorsorgevollmacht kann in vielen Fällen eine gesetzlich angeordnete Betreuung verhindern.

2. Die gesetzliche Betreuung

Wenn keine Vorsorgevollmacht erteilt wurde, und/oder die hilfebedürftige Person Ihre Angelegenheiten nicht mehr alle selbst erledigen kann, erfolgt ein gerichtliches Betreuungsverfahren. Hierfür bestellt das zuständige Amtsgericht eine Person für die gesetzliche Betreuung. Das sind vorzugsweise verwandte oder ehrenamtliche Personen. Steht niemand zur Verfügung, bestellt das Gericht eine Berufsbetreuung. Das Amtsgericht legt fest, in welchen Bereichen (zum Beispiel Wohnungs- und Vermögensangelegenheiten oder Gesundheitsorge) die Betreuungsperson handeln kann. In einer Betreuungsverfügung kann vorsorglich festgelegt werden, wer zur Betreuungsperson bestellt werden soll. Auch können hier Wünsche zu den Aufgabebereichen der festgelegten Person geäußert werden. Ist dem Amtsgericht die Betreuungsverfügung bekannt, wird dies bei der Entscheidung berücksichtigt.

3. Die Patient:innenverfügung

Mit einer schriftlichen Patient:innenverfügung können volljährige Personen vorsorglich festlegen, dass bestimmte medizinische Maßnahmen (wie künstliche Ernährung oder Beatmung) am Ende ihres Lebens durchzuführen oder zu unterlassen sind, falls Sie nicht mehr selbst entscheiden können. Ärzt:innen sowie Pflegekräfte sind daran gebunden. Die Verfügung kann jederzeit von der Person, die das Schriftstück aufgesetzt hat, widerrufen oder geändert werden. Eine Patient:innenverfügung sollte von jedem Menschen selbst erstellt werden. Zur sicheren Anerkennung können entsprechend formulierte Textbausteine benutzt werden, die konkrete Behandlungssituationen, Behandlungswünsche oder spezielle Maßnahmen festhalten oder ausschließen. Alle Vorsorgedokumente können bei der Bundesnotarkammer gegen eine Gebühr eingetragen werden. Dann ist sicher gewährleistet, dass sie berücksichtigt werden.

Die Patient:innenverfügung überträgt die Entscheidungsmacht an Dritte, falls die:der Patient:in nicht mehr ansprechbar und entscheidungsfähig ist. Insbesondere bei unmittelbaren und unwiderrufbaren Entscheidungen sind die Entscheidungsträger oft verunsichert und reagieren sehr emotional. Sie wollen sich religiös oder ethisch nicht falsch entscheiden. Besonders bei muslimischen Patient:innen sind einige Fragen religionsrechtlich umstritten und geklärt werden müssen. Diese sind zum Beispiel:

- ob und ab wann eine kurative Behandlung abgesetzt werden darf
- ob eine palliative Versorgung aus religiöser Perspektive zulässig ist
- wenn ja, wann die palliative Versorgung beginnen sollte
- ob der Hirntot aus religiöser Perspektive als Tot

relevant ist

- wenn ja, ob bei einem festgestellten Hirntot die lebenserhaltenden Maßnahmen beendet werden dürfen
- und wenn ja, wer die Entscheidung treffen darf

4. Schwerbehinderung

Hierfür gab es für muslimische Patient:innen bisher keine allgemein gültigen Vorlagen. In der Beratung mit chronisch erkrankten Patient:innen oder Senior:innen, sollten diese Fragen zumindest angehört und die begründeten Unsicherheiten der Patient:innen ernst genommen werden. Insbesondere religiöse Fragen sollten in Einbeziehung mehrerer Expert:innen (wie Mediziner:innen, Theolog:innen oder Psycholog:innen) interdisziplinär behandelt werden. Die Familienangehörigen spielen im ganzen Geschehen eine wichtige Rolle und sind, soweit der Betroffene damit einverstanden ist, in der Beratung zu berücksichtigen.

Eine Behinderung liegt vor, wenn die körperliche, geistige oder seelische Gesundheit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben beeinträchtigt ist. Die Auswirkung der Beeinträchtigung wird als Grad der Behinderung bezeichnet. Dieser kann zwischen 20 und 100 liegen. Ab einem Grad der Behinderung (GdB) von 50 kann ein Schwerbehindertenausweis ausgestellt werden. Mit diesem Ausweis hat die Person mit der Behinderung Anspruch auf Vergünstigungen, wie beispielsweise ermäßigte oder kostenlose Bus- und Bahnfahrten, Mitnahme von Begleitpersonen, sowie Steuerbegünstigungen.

Der Ausweis ist bundesweit gültig. Bestimmte Beeinträchtigungen werden zusätzlich mit einem besonderen Merkzeichen auf dem Ausweis eingetragen. Diese berechtigen Sie bestimmten Vorteilen zu nutzen.

Gl gehörlos

aG außergewöhnlich gehbehindert

H Hilflosigkeit

Bl blind

RF Ermäßigung der Rundfunkgebührenpflicht

B Notwendigkeit ständiger Begleitung

G erheblich gehbehindert

TBl taubblind

Bei einer außergewöhnlichen Gehbehinderung (Merkzeichen aG), gibt es einen Anspruch auf eine Parkgenehmigung, mit der auf ausgewiesenen Plätzen (Rollstuhlsymbol) kostenlos geparkt werden kann. Die Vergabe der Parkausweise wird von den zuständigen Straßenverkehrsbehörden geregelt. Ist ein Fahrzeug auf die Person mit der Schwerbehinderung zugelassen, so kann diese auch eine Befreiung der Kraftfahrzeugsteuer beantragen. Auch Menschen mit einem GdB von mindestens 30 (unter 50) erhalten Vergünstigungen, wie zum Beispiel eine Steuervergünstigung.

Der Schwerbehindertenausweis muss beantragt werden. Die zuständige Stelle ist das Versorgungsamt oder in manchen Fällen auch die Kommunalverwaltung. Für den Antrag genügt ein formloses Schreiben. Das Amt sendet ein Antragsformular zu, das ausgefüllt zurückgesendet werden muss. Das Formular erhält man auch bei den örtlichen Fürsorgestellen, Sozialämtern, Sozialdiensten der Krankenhäuser, Bürgerbüros und Behindertenverbänden. Manche Ämter bieten die Möglichkeit an, den Antrag online auszufüllen und abzuschicken. Mit dem Antrag sollten alle wichtigen ärztlichen Unterlagen (der letzten zwei bis drei Jahre) eingereicht werden, die die Behinderung belegen. Das sind Befunde von behandelnden Ärzten, Krankenhaus- und Kurenlassungsberichte sowie Pflegegutachten der Pflegekasse. Auch Gutachten der Rentenversicherung wegen einer Erwerbsminderung gehören dazu. Ebenso kann sich das Versorgungsamt Informationen oder Befunde von behandelnden

Ärzt:innen einholen. Die medizinische Prüfung wird anhand der vorliegenden Informationen und Befunde vorgenommen. In der Regel dauert es mehrere Monate, bis die Personen ihren Bescheid erhalten. Üblicherweise liegt der Beginn der Feststellung einer Schwerbehinderung nicht vor dem Datum des Antragseingangs bei der Behörde. „Rückwirkende Anerkennung“ bedeutet, die Schwerbehinderung ab einem Zeitpunkt feststellen zu lassen, der vor dem Datum des Antragseingangs liegt. Dies sollte auf dem ersten Antrag vermerkt werden. Wenn ein Schwerbehindertenausweis vorhanden ist und die festgestellte Behinderung sich verschlimmert hat oder eine weitere Behinderung aufgetreten ist. In diesem Fall kann man eine Neufeststellung beantragen. Dazu wird das gleiche Antragsformular unter Angabe des Geschäftszeichens des letzten Bescheides verwendet.



VI. Anhang

Tipps für Ehrenamtliche



1. Ehrenamtliche Begleitung von Senior:innen

Senior:innen benötigen in zunehmendem Alter neben pflegerischen Leistungen, auch Begleitung und Unterstützung bei alltäglichen Verrichtungen, wie beispielsweise Einkaufen, Hauswirtschaft oder Arzt- und Behördengänge. Diese wertvolle Arbeit wird meistens von Familienmitgliedern oder Ehrenamtlichen übernommen.

Gespräche mit mehreren Beratungsdiensten ergaben, dass die größte Bedarfslücke bei Menschen mit Migrationsgeschichte in der häuslichen Betreuung liegt. Die Entlastungsleistungen in Höhe von 125€ monatlich ab einem Pflegerad 1, sind den meisten Senior:innen und ihren Angehörigen nicht bekannt, so dass diese kaum abgerufen werden. Durch die Entlastung seitens ehrenamtlicher Helfer könnten Senior:innen länger in ihrer gewohnten Umgebung leben, wodurch ihre schwergradige Pflegebedürftigkeit hinausgezögert werden kann. Aus diesem Grund ist der Einsatz von Ehrenamtlichen, die Kultur- und Religionssensibilität aufweisen und Senior:innen stundenweise begleiten, wichtig.

Bei der Senior:innenbetreuung und insbesondere Demenzbetreuung ist es unabdingbar, dass Ehrenamtliche eine professionelle Qualifizierung in dem Umgang mit den Erkrankten, aber auch eine Unterstützung und Begleitung durch eine:n professionelle:n hauptamtliche:n Koordinator:in bei ihrer Tätigkeit brauchen. Es gibt in einigen Bundesländern die Möglichkeit, dass sich Privatpersonen oder Vereine anerkennen lassen und somit die Möglichkeit haben mit den Krankenkassen abzurechnen. Das bedeutet, dass der Entlastungsbetrag in Höhe von 125€/Monat für die Vergütung der Ehrenamtlichen genutzt werden kann. Für die Anerkennung hat der Verband ein Leistungskonzept mit Schulungsmodulen erstellt. Dieser wird in naher Zukunft zur

Anerkennung eingereicht, so dass Ehrenamtliche akquiriert und qualifiziert und anschließend zu Senior:innen vermittelt und dabei wertschätzend vergütet werden können.

Muslimische Organisationen, die gemeinnützig tätig sind, können hier durch eine Anerkennung diese Aufgabe übernehmen und die Ehrenamtlichen dabei begleiten und darin unterstützen ihre Stunden abzurechnen. Wenn zum Beispiel als Stundenleistung 10,00 Euro abgerechnet wird, erhalten die Ehrenamtlichen 7,50 Euro, während die restliche Summe für die Verwaltung und Beratung der Ehrenamtlichen vom Verein einbehalten wird.

Die Körperpflege und die medizinische Hilfe fallen nicht unter die Angebote zur Unterstützung im Alltag.

1.1 Förderung ehrenamtlicher Begleitung

Im Folgenden wird die zweckgebundene Möglichkeit, Entlastung durch einen gewerblichen oder gemeinnützigen Träger anzubieten, dargestellt:

1.1.1 TO DO Liste für die Anerkennung

- Leistungskonzept erstellen (Das Konzept liegt zur Ansicht bereit)
- Nachweis der Haftpflichtversicherung für die ausgeübte Tätigkeit (§7 Abs 3 AnFöVO)
- Der Tätigkeit entsprechendes behördliches Führungszeugnis beantragen
- Tätigkeitsgerechte Qualifikation nachweisen und bis spätestens drei Monate nach Aufnahme der Tätigkeit abschließen
- Fachliche Begleitung
 1. Selbst Fachkraft (§6 AnFöVO)
 2. Kooperation mit Fachkraft
 3. Kooperation mit einem Regionalbüro Alter, Pflege und Demenz

- IK- Nummer beantragen (www.arge-ik.de)
- Klären, ob Gewerbeanmeldung notwendig ist (Finanzamt)
- Onlineanerkennung am Bsp. NRW: (<https://pfa-duia.nrw.de/1>) anlegen und Profil ausfüllen

1.1.2 Qualifikation der leistungserbringenden Personen

- Fachkraft
- Betreuungskraft nach §53c SGB XI 160 Stunden Schulung
- Basisqualifikation 40 Stunden Schulung
- Basisqualifikation 30 Stunden Schulung (bei nur hauswirtschaftlichen Leistungen)

Gegebenenfalls ist eine Kooperation mit einer Fachkraft oder dem Regionalbüro Alter, Pflege und Demenz nötig.

1.1.3 Qualifikationsnachweise

Sämtliche Qualifikationen, die im Rahmen der Anerkennung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag von Anbietenden zu erbringen sind, müssen bis drei Monate nach Tätigkeitsaufnahme abgeschlossen sein. Anmeldungen für die Qualifizierungsformate müssen bei Tätigkeitsbeginn vorliegen, andernfalls ist keine Kostenerstattung im Rahmen der Entlastungsbetrags möglich.

Die Qualifizierungsschulung beinhaltet acht Module und richtet sich an volljährige Menschen, die sich ehrenamtlich in der häuslichen Betreuung für Senior:innen mit Migrationshintergrund engagieren wollen. Dabei spielen Alter, Geschlecht, Religion und Herkunft der Helfenden keine Rolle. Die zukünftigen Ehrenamtlichen müssen für ihre Einsätze in den Familien ein Zeitfenster von mindestens zwei Stunden pro Woche erübrigen können. Dieses wird vorab besprochen und schriftlich festgehalten. In

einem persönlichen Erstgespräch vor Beginn der Qualifizierungsschulung wird zudem die Motivation an der Teilnahme abgefragt. Im Vordergrund sollte ein besonderes Interesse an der Begleitung von Senior:innen stehen, ohne dass schon spezielle Vorerfahrungen der Teilnehmer:innen verpflichtend sind.

Neben bestimmten Krankheitsbildern und den gesetzlichen Regelungen wird den Ehrenamtlichen in dem Kurs insbesondere kultur- und religionssensible Tipps in der Betreuung von muslimischen Senior:innen vermittelt.

1.2 Ehrenamtliche Begleitung von Demenzerkrankten

Es wird weder von den Mitarbeitenden noch von Ehrenamtlichen erwartet, sich mit den Krankheiten auskennen und davon abgeraten als Leiden, Diagnosen zu erstellen. Begegnungen mit Senior:innen, die an Demenz erkrankt sind und ihre Familien ist keine Seltenheit. Bei einem Verdacht sollte der Familie oder der:dem Senior:in empfohlen werden, eine:n Ärztin:Arzt aufzusuchen und sich von Expert:innen beraten zu lassen.

1.2.1 Tipps für die kultur- und religionssensible Begleitung

Bei folgenden Kommunikationsproblemen wird empfohlen wachsam zu sein:

- Die Person wiederholt ständig ein und dieselbe Frage.
- Sie erzählt immer wieder dasselbe.
- Sie hat Probleme damit, ein Gespräch zu beginnen und fortzuführen.
- Die Person hat Probleme, einem Gespräch zu folgen.
- Die Person driftet immer wieder vom Gesprächsthema ab.
- Sie hat Probleme, sich an Namen von Menschen,

Orten oder Objekten zu erinnern.

- Die Person ändert häufig unpassend das Thema eines Gespräches.
- Sie spricht die ganze Zeit nur über die Vergangenheit.
- Sie fängt an, etwas zu erzählen, und vergisst dann, über was sie gesprochen hat
- Sie behauptet falsche Dinge.

Bei einem Verdacht auf eine Demenzerkrankung werden folgende Verhaltensweisen empfohlen:

- Sich auf Augenhöhe begeben, Blickkontakt halten, von vorne ansprechen, Störreize vermeiden, eindeutige Mimik und Gestik nutzen
- Wenn Worte nicht mehr verstanden werden, dann zählen Gesichtsausdruck, Gesten, Lautstärke, Tonfall, Intonation, Sprechtempo, Körperhaltung, Hand- und Armbewegung, Augenkontakt, Berührungen und das ‚Vormachen‘
- Die Ausführungen der Gesprächsperson wiederholen (eventuell nach weiteren „Umständen“ fragen), Verständnis für die Situation zeigen und äußern, beruhigend einwirken und Beistand anbieten
- Wichtig ist es, auf die eigene Sprache zu achten, also ruhig und respektvoll, sowie langsam und deutlich zu sprechen, einfache Sätze zu verwenden, Themenwechsel vorsichtig vorzubereiten und Aufforderungen in Einzelschritten zu machen.

Die Erkrankten sollten nicht auf Fehler hingewiesen werden. Das führt zu Enttäuschungen, Ärger, Frust, Verzweiflung und Wut. Geduld und Ruhe bewahren ist das Wichtigste. Bei Wortfindungsstörungen sollte Hilfe angeboten werden. Häufig ist es notwendig, Botschaften zu wiederholen um das Gefühl, das hinter dem Inhalt steht, zu bestätigen. Dazu gehört auch die Gefühle der Erkrankten zu benennen.

Sie sollten sich auch vergewissern, ob das Gesag-

te angekommen ist. Das muss nicht unbedingt in Form von verbaler Bestätigung passieren, sondern kann auch durch Verhalten, Gestik und Mimik geschehen.

Menschen mit Demenz brauchen viel Zeit. Wenn ein Kommunikationsversuch scheitert, geben Sie der Person etwas mehr Zeit oder versuchen Sie es zu einem späteren Zeitpunkt noch einmal.

Die Atmosphäre bei der Kommunikation mit Menschen ist sehr wichtig. Die Gefühle und Stimmungen anderer werden von Menschen mit Demenz wahrgenommen und übertragen sich auf sie. Eine entspannte und freundliche Umgangsweise sowie Ruhe, Zuversicht, Offenheit und Humor vermitteln den Erkrankten Sicherheit und erleichtern die Kommunikation.

Fragen, die mit „wieso“, „weshalb“, „warum“ beginnen, fordern eine klare Antwort und sollten weitestgehend vermieden werden. Aus diesem Grund ist es wichtig Fragen zu stellen, die mit „ja“ oder „nein“ beantwortet werden können. Durch kurze Fragen wird versucht, der Erinnerung auf die Sprünge zu helfen (Brücken bauen zum Menschen mit Demenz). Wenn die Erkrankten auf die Fragen mit Nicken oder Lächeln reagieren kann, müssen sie nicht verbal drauf eingehen.

1.2.2 Die Kommunikationsregeln in der Begleitung von Menschen mit Demenz

- Kurze, einfache Sätze
- Auf unterschiedliche Weise versuchen, den Kontakt herzustellen, bis Sie sich sicher sind, dass Sie verstanden wurden
- Eine Mitteilung pro Satz erleichtert das Verstehen
- Keine verschachtelten Sätze

- Keine Fragen mit mehreren Auswahlmöglichkeiten
- Deutliches, langsames Sprechen
- Ruhiger Tonfall mit Blickkontakt, eventuell mit Berührung
- Etwas vormachen, mitmachen oder demonstrieren ist hilfreich

Haltung

- Innehalten – nicht sofort reagieren
- Gefühle „hinter der Äußerung“ wahrnehmen und akzeptieren
- Eigene Gefühle wahrnehmen und zurücknehmen
- Ruhig bleiben – Ruhe ausstrahlen (Gelassenheit und Geduld, auch mit sich selbst!)
- Eigene Vorstellung davon, was „richtig“ ist, hintenanstellen

Verhalten

- Ruhe ausstrahlen
- Begleitung anbieten
- Unterstützung geben
- Trösten, beruhigen
- Sicherheit vermitteln
- Beschäftigung ermöglichen
- Vorlieben ansprechen
- Anerkennung geben
- Wohlbefinden herbeiführen
- Alte Erinnerungen ansprechen
- möglicherweise ablenken

Aktives Zuhören

- Kommunikation auf Augenhöhe
- Zuwendung zum Gesprächspartner (Blickkontakt)
- Überprüfung der Nähe und Distanz zur:zum Gesprächspartner:in (möchte sie:er Körperkontakt oder nicht? zum Beispiel Hand halten)
- Zuhören, ohne zu unterbrechen oder zu korrigie-

ren (alles Gesagte hat einen Sinn)

- Wiederholung von Aussagen (Vermittlung des ernst genommen Werdens und des Verständnisses)
- Bestätigende kurze Äußerungen (Kopfnicken, Mhm..., ja...)
- Versuchen, die emotionale Welt der:des Erkrankte zu verstehen (Gefühle ansprechen)
- Eigene Gedanken in den Hintergrund stellen
- Pausen aushalten

1.2.3 Was vermieden werden sollte

- Keine Vorwürfe
- Nicht mit der:dem Erkrankten verstummen
- Keine Diskussionen und Argumentationen
- Nicht auf Fehler hinweisen
- Sich nicht persönlich angegriffen fühlen
- Kein ständiges „Trainieren“ gegen die Demenz
- Nicht über die Person sprechen, als ob sie nicht anwesend sei. Nicht in Anwesenheit der Betroffenen in der dritten Person über sie sprechen, also zum Beispiel nicht: „Sie:er bekommt nichts mehr mit!“ oder „Sie:er reagiert auf gar nichts mehr!“
- Nicht konfrontieren oder korrigieren, wenn es sich vermeiden lässt, Alternativen anbieten
- Die:den Erkrankten niemals wie ein Kind, sondern wie eine:n Erwachsene:n behandeln

Jedes Verhalten ist nachvollziehbar – durch Verstehen der tieferen Hintergründe. Menschen mit Demenz können die Hintergründe ihres Verhaltens oft selbst nicht mehr erkennen und mitteilen. Die Hintergründe des Verhaltens eines Menschen mit Demenz zu verstehen, ist oft eine große Herausforderung und bedarf mehrerer Versuche. Wichtig hierbei ist es, das Bedürfnis hinter dem Verhalten zu erkennen und zu befriedigen. Wenn ein:e Erkrankte:r immer zu „Ich will heim zu Mutter“, sagt, könnte das Bedürfnis hinter diesem Verhalten bei sein, dass die Person Geborgenheit braucht.

1.3 Grundsätze für die Beschäftigung von Ehrenamtlichen

1.3.1 Wohlbefinden fördern, Selbstwertgefühl stützen

In der Zeit, in der einer:inem Ehrenamtlichen ein Mensch mit Demenz anvertraut ist, geht es vor allem darum, das Wohlbefinden der erkrankten Person zu fördern und dessen Selbstwertgefühl zu stärken.

1.3.2 Die Möglichkeiten der Beschäftigung während der Betreuung und Begleitung

Die Möglichkeiten hängen von den folgenden Faktoren ab:

- Der Persönlichkeit der zu betreuenden Person
- Der aktuellen Tagesverfassung
- Dem Krankheitsstadium und den Bedürfnissen
- Den Wünschen der Angehörigen

1.3.3 Sicherheit geben

Häufig ist die Tatsache wichtig, dass die Ehrenamtlichen bei dem erkrankten Menschen anwesend sind. Es muss nicht immer ein „Programm“ stattfinden.

Die Konzentrationsspanne von Menschen mit Demenz beträgt oft nur wenige Minuten, so dass eine durchgängige Beschäftigung nicht unbedingt möglich ist.

1.3.4 Kein Leistungsdruck

Es geht niemals darum, vorzeigbare Ergebnisse zu produzieren (zum Beispiel beim Basteln, oder Haushaltstätigkeiten), sondern um die Freude am

gemeinsamen Tun.

Der Grundsatz lautet: Fördern, ohne zu überfordern.

1.3.5 Mut zum Ausprobieren

Es ist immer wichtig, zu beobachten und auszuprobieren: was macht die erkrankte Person gerne, in welchen Situationen fühlt sie sich wohl

1.4 Beschäftigungsmöglichkeiten für Menschen mit Demenz

1.4.1 Beschäftigung durch Gespräche

- Viele Menschen mit Demenz reden nicht mehr aus eigenem Antrieb, kommen aber ins Erzählen, wenn ihnen ein Impuls von außen gegeben wird.
- Auch wenn Sie nicht immer alles verstehen, was der erkrankte Mensch Ihnen erzählt, stärkt aktives und bestätigendes Zuhören das Selbstwertgefühl.
- Wenn ein demenzerkrankter Mensch nicht mehr verständlich spricht, sind Sie gefordert, selbst zu sprechen, vorzulesen oder zu kommentieren.

Mögliche Gesprächsthemen können sein:

- Alltag
- Arbeiten in Deutschland
- Leben in Deutschland
- Religiosität
- Gesundheit
- Ernährung
- Sport
- Urlaub' in der Heimat'

Lebensgeschichtliche Themen:

- Migrationserfahrungen
- Reise nach Deutschland (mit dem Zug)

- Reise in die Heimat (mit dem Auto)
- Erwartungen der Migration
- Soziale Kontakte zu Arbeitskolleg:innen, Bekannten, Verwandten
- Erinnerungen an die alte Heimat
- Familie (Vater, Mutter), Kinder, Enkel
- Berufstätigkeit

Hobbys/geliebte Beschäftigungen:

- Kochen
- Stricken, häkeln, nähen
- Gartenarbeit
- Filme, Serien
- Autos
- Tavla – Backgammon
- Musikrichtungen
- Gedichte
- traditionelle Musikinstrumente
- Essen/Kochen:
 - Rezepte
 - landestypische Speisen und Zutaten
 - Die deutsche Küche
- Jahreszeiten/Natur:
 - Das Wetter in Deutschland/der Heimat
 - Was ist typisch für die Jahreszeiten?
 - Welche religiösen Feste/besondere Tage gibt es?

1.4.2 Hilfsmittel, die das Gespräch fördern können

- Fotos aus früheren Zeiten betrachten, Fotobücher basteln
- Bildbände miteinander anschauen
- Vorlesen lassen/vorlesen aus der Zeitung und Zeitschriften
- Aus dem Fenster schauen und das Geschehene kommentieren
- Gedichte, religiöse Texte, Sprichwörter
- (Wohnungs-) Gegenstände (Kisten mit Gegenständen)

1.4.3 Beschäftigung durch 10- Minuten- Aktivierung (nach Ute-Schmidt-Hackenberg)

Durch die Beschäftigung mit vertrauten Alltagsgegenständen werden Menschen mit Demenz dazu befähigt, sich zu interessieren, sich zu beteiligen, sich zu erinnern, sowie den Kontakt zu ihrer Umgebung aufzunehmen:

- Vorhandene Langzeiterinnerungen werden aktiviert (im Langzeitgedächtnis ist die Quelle zu finden für all das, was der Mensch mit Demenz noch kann).
- Schlüsselreize werden initiiert, die Ressourcen wecken.
- Die Sinne werden angesprochen.
- Erinnerungen und Emotionen werden wachgerufen.
- Aktivierungskisten mit Gegenständen (thematisch sortiert), der Bezug zum Leben des Menschen mit Demenz haben
- Der Fantasie für den Inhalt der Kisten sind keine Grenzen gesetzt. Nutzen Sie Wäscheklammern, Taschentücher, Postkarten und andere Dinge. Die Gegenstände dürfen nicht zu klein sein (manche Menschen mit Demenz nehmen Dinge in ihren den Mund),
- Stellen Sie Fragen: „Was ist das?“, „Was kannst du damit machen?“. Die Aktivierungskisten regen zum Gespräch, Betasten und Sortieren an.

1.4.4 Beschäftigung durch Musik

- Musik als „Königsweg“ für den Zugang zu Menschen mit Demenz.
- Gemeinsames Singen macht Freude.
- Schallplatten und CDs können zum Zuhören vorgespielt werden.
- Entscheidend ist immer der Musikgeschmack der erkrankten Person.

- Volkslieder
- Religiöse Lieder
- Radio

1.4.5 Beschäftigung durch Bewegung

Der Bewegungsdrang von Menschen mit Demenz sollte nicht behindert werden.

Möglichkeiten der Bewegung sind:


- Spazieren gehen (auch in der Wohnung)
- Ballspiele (zuwerfen, zurollen, spielen mit einem Luftballon)
- Kleine gymnastische Übungen mit und ohne Musik (mit den Füßen Marschieren oder die Arme ausstrecken)
- Zum Beispiel bei Türkeistämmigen: türkische Volkstänze

1.4.6 Sonstige Beschäftigungsmöglichkeiten


- Würfelspiele
- Malen
- Handarbeiten
- Koffer zeichnen/packen
- Miteinander essen und trinken ist für viele Menschen mit Demenz eine vertraute und entspannte Situation (gemeinsam Tischdecken, Abräumen, Spülen). Eine Aufgabe zu haben oder Gastgeber:in zu sein, hebt das Selbstwertgefühl. Geben Sie nur dort Hilfe, wo es nötig ist.

 seniorenarbeit@smf-verband.de

 [smf_verband](https://www.instagram.com/smf_verband)

 smf-verband.de

 [smfbundesverband](https://www.facebook.com/smfBundesverband)

 [SmF e. V.](https://www.youtube.com/SmF_e.V.)