

Die Pflege-Mappe





Liebe Leserinnen und Leser,

die Zahl pflegebedürftiger Menschen in Deutschland wird kontinuierlich ansteigen, wenn auch das Ausmaß des Anstieges regional unterschiedlich verlaufen wird. Die optimale Versorgung der Menschen mit Heimplätzen und professionellen Pflegeangeboten für die häusliche Pflege stellt eine zentrale Herausforderung dar.



Die Mehrzahl der Pflegebedürftigen wird von ihren Angehörigen gepflegt, oft unter Hinzunahme ambulanter Pflegedienstleistungen. Nicht selten sind die physischen und psychischen Belastungen der pflegenden Angehörigen von erheblichem Ausmaß. Schwierige Situationen ergeben sich nicht zuletzt auch, wenn sich die Familien für eine stationäre Unterbringung in einem Pflegeheim entscheiden.

Vor diesem Hintergrund war es uns ein großes Anliegen, Ihnen bei diesen schwierigen Entscheidungen mit Rat und Tat zur Seite zu stehen. Unsere „Pflege-Mappe“ gibt Ihnen einen umfassenden Überblick rund um das Thema Pflege im Saarland:

Was tun, wenn der Pflegefall eintritt?
Wann kann man von einem Pflegefall sprechen?
Wer kann mich zu dem Thema fundiert beraten?
Welche Unterstützungsmöglichkeiten gibt es im Saarland?
Welches Pflegeangebot (ambulant oder auch in Pflegeheimen) gibt es im Saarland?

Gerade im Ernstfall soll die Situation für Angehörige pflegebedürftiger Menschen nicht noch zusätzlich dadurch erschwert werden, dass Informationen mühsam zusammengetragen werden müssen. Die Suche nach Beratungsstellen, dem richtigen Pflegeheim oder auch die Abklärung der Kostenübernahme stellen für sich schon komplexe Herausforderungen dar. Mit den Informationen aus unserer „Pflege-Mappe“ wollen wir Sie ein Stück weit entlasten, wenn Ihnen diese schwierigen Entscheidungen bevorstehen.

Herzlichst, Ihre

Monika Bachmann
Ministerin für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie

Inhaltsverzeichnis

1. Was tun im Pflegefall? 6

1.1 Erste Maßnahmen, wenn ein Pflegefall eintritt 7

1.2 Leistungen der Pflegeversicherung 8

1.2.1 Pflegebedürftigkeit 8

1.2.2 Antragstellung 8

1.2.3 Voraussetzung für Leistungsansprüche 9

1.2.4 Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung 10

1.2.5 Leistungsbescheid 11

1.2.6 Pflegegrade 12

1.3 Checklisten 13

1.3.1 Checkliste zur Pflege (allgemein) 13

1.3.2 Checkliste zur Pflege im Heim 15

1.3.3 Finanz-Checkliste: 16

2. Welche Beratungsmöglichkeiten habe ich im Saarland? 20

2.1 Beratung durch Pflegekassen 21

2.2 Pflegestützpunkte im Saarland 21

Pflegestützpunkte in den Landkreisen/Regionalverband 22

2.3 Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB) 24

3. Welche Hilfe und Unterstützung erhalte ich im Saarland? 26

3.1 Pflege zu Hause – welche Möglichkeiten gibt es? 27

3.1.1 Ambulanter Pflegedienst 27

3.1.2 Pflegegeld 28

3.1.3 Kombinationsleistung 29

3.1.4 Einzelpflegekräfte 29

3.1.5 Verhinderungspflege 29

3.1.6 Entlastungsbetrag 30

3.1.7 Alternative Wohnformen 31

3.1.8 Zusammenlegen von Leistungen – das sogenannte „Poolen“ 33

3.1.9 Pflegehilfsmittel 33

3.1.10 Wohnungsanpassung 35

3.2 Beschäftigung von Haushaltshilfen und Pflegehilfskräften 36

3.2.1 AhA (Agenturen für haushaltsnahe Arbeit) 36

3.2.2 Beschäftigung ausländischer Haushaltshilfen/Pflegekräfte 41

3.3 Pflege im Heim 43

3.3.1 Vollstationäre Versorgung 43

3.3.2 Teilstationäre Versorgung 44

3.3.3 Kurzzeitpflege 45

3.4 Wann müssen Kinder für Pflegeheimkosten der Eltern aufkommen? 49

4. Vereinbarkeit von Pflege und Beruf 54

4.1 Pflege von Angehörigen zu Hause 55

4.1.1 Finanzielle Unterstützung (Pflegegeld) 55

4.1.2 Soziale Absicherung der Pflegeperson 55

4.1.3 Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen 56

4.1.4 Pflegezeit 56

4.1.5 Soziale Absicherung während der Pflegezeit 57

4.1.6 Kurzzeitige Arbeitsverhinderung 57

4.1.7 Familienpflegezeit 58

4.2 Teilzeitbeschäftigung gemäß § 8 Teilzeit- und Befristungsgesetz 59

4.2.1 Arbeiten von zu Hause 59

5. Betreuungsvereine und Betreuungsbehörden 60

5.1 Betreuungsvereine 63

5.2 Betreuungsbehörden 65

6. Antrag zur Feststellung einer Behinderung – wie geht das? 66

Ablauf Antragstellung 67

6.1 Wichtige Begriffe im Zusammenhang mit dem Schwerbehindertenausweis 68

6.2 Merkzeichen für die Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen mit dem Schwerbehindertenausweis 69

6.3 Häufige Fragen und Antworten 73

7. Saarländischer Pflegebeauftragter und Heimaufsicht 76

8. Selbsthilfe im Saarland 80

9. Weitere Informationen 82

10. Anhang 84

11. Glossar 92

1. Was tun im Pflegefall?



1.1 Erste Maßnahmen, wenn ein Pflegefall eintritt

1 Bei Eintritt eines Pflegefalls, ob als selbst betroffene Person oder als Angehöriger, ist es wichtig, sich frühzeitig mit der Pflegekasse oder einem Pflegestützpunkt in Verbindung zu setzen. Mit einer entsprechenden Vollmacht kann dies auch ein Bekannter, Familienangehöriger etc. übernehmen. Antragsberechtigt ist der Versicherte bzw. ein von ihm Bevollmächtigter, sein Betreuer oder gesetzlicher Vertreter. In der Vollmacht müssen der Name des Vollmachtgebers und des Bevollmächtigten stehen.

Der Vollmachtgeber muss außerdem erklären, in welchen Angelegenheiten der Bevollmächtigte tätig werden darf. Die Vollmacht ist von dem Vollmachtgeber eigenhändig zu unterschreiben. Grundsätzlich sollte zeitnah ein Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung bei der Pflegekasse gestellt werden. Unmittelbar nach Antragseingang übersendet die Pflegekasse eine Auflistung über die Leistungen und Vergütungen der Pflegeversicherung. Darüber hinaus hat jeder Antragsteller Anspruch auf eine frühzeitige, umfassende Pflegeberatung der jeweiligen Pflegekasse, welche die Beratung bei Bedarf auch zu Hause durchführen kann. Nähere Informationen hierzu erhalten Betroffene von ihrer zuständigen Pflegekasse oder dem Pflegestützpunkt in ihrer Nähe. Für privat Krankenversicherte bietet die private Krankenkasse (Firma Compass Private Pflegeberatung) ihre Beratungsdienstleistungen an. Die Compass Private Pflegeberatung erreichen Sie unter der kostenlosen Rufnummer (0800) 101 88 00.

2 Sobald der entsprechende Antrag bei der Pflegekasse gestellt wurde, wird von der Pflegekasse der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder ein anderer unabhängiger Gutachter oder bei knappschaftlich Versicherten der Sozialmedizinische Dienst (SMD) beauftragt, zu prüfen, ob der Versicherte pflegebedürftig ist und welcher Pflegegrad vorliegt. Bei Privatversicherten erfolgt die Begutachtung durch Gutachter des Unternehmens Medicproof GmbH (Medizinischer Dienst der Privaten). Im Rahmen dieser Prüfung ist auch eine Feststellung darüber zu treffen, ob und in welchem Umfang Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit einschließlich der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie welche Maßnahme der Prävention geeignet, notwendig und zumutbar sind. Versicherte haben insoweit Anspruch gegen den zuständigen Träger auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Des Weiteren hat der Gutachter konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abzugeben. Der Gutachter leitet das von ihm erstellte Gutachten unverzüglich an die Pflegekasse weiter. Diese entscheidet sodann, ob Pflegebedürftigkeit vorliegt und bestimmt den Pflegegrad.

Zur Vorbereitung auf die Begutachtung empfiehlt sich das Führen eines Pflegetagebuches. Halten Sie darin fest, bei welchen Tätigkeiten und Aktivitäten im Alltag Ihr Angehöriger

Unterstützung benötigt und was die Pflege eventuell schwierig macht. Ein Pflegetagebuch erhalten Sie passend zur Pflegemappe beim Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie unter www.soziales.saarland.de oder bei der jeweiligen Pflegekasse oder bei einem Pflegestützpunkt. Der Gutachter benötigt außerdem Informationen darüber, welche Medikamente von dem Pflegebedürftigen regelmäßig eingenommen werden, welche Hilfsmittel zum Einsatz kommen und welche Arzt- und Therapiebesuche außerhalb des Hauses erfolgen.

Während der Begutachtung sollte die Hauptpflegeperson oder nahe Angehörige sowie ggfls. der Betreuer oder Bevollmächtigte anwesend sein, da die pflegende Person die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen bei der Bewältigung des Alltags anschaulich und authentisch schildern kann.

3 In einem weiteren Schritt sollte abgeklärt werden, ob die Pflege durch einen Angehörigen sichergestellt werden kann oder ob die Hinzunahme eines ambulanten Pflegedienstes oder die Unterbringung in einem Pflegeheim angemessener ist. Vor der Hinzunahme eines ambulanten Pflegedienstes oder der stationären Unterbringung sollte man sich jedoch ausführlich zu diesen Themen beraten lassen. Ansprechpartner sind auch hier die Mitarbeiter der jeweiligen Pflegekasse oder die Pflegestützpunkte.

1.2 Leistungen der Pflegeversicherung

1.2.1 Pflegebedürftigkeit

Wann ist Pflegebedürftigkeit gegeben?

Pflegebedürftigkeit im Sinne des Gesetzes kann prinzipiell in allen Lebensabschnitten auftreten. Nach der gesetzlichen Definition in §14SGB XI sind pflegebedürftig Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 SGB XI festgelegten Schwere bestehen.

1.2.2 Antragstellung

Wo werden Pflegeleistungen beantragt?

Um Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen zu können, muss ein Antrag bei der Pflegekasse gestellt werden. Der Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung ist formlos möglich und sollte möglichst zeitnah gestellt werden. Dies ist deshalb von großer Bedeutung, da die Leistungen ab Antragstellung erbracht werden, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an, ab dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen. Wird der Antrag später als einen Monat nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit gestellt, werden die Leistungen vom Beginn des Monats der Antragstellung an gewährt. Die Pflegekasse befindet sich

in der Regel bei der Krankenkasse, bei der der Pflegebedürftige krankenversichert ist. Die Antragstellung kann auch ein Familienangehöriger, Nachbar oder guter Bekannter übernehmen, wenn er oder sie dazu bevollmächtigt wird. In der Vollmacht müssen der Name des Vollmachtgebers und des Bevollmächtigten stehen. Der Vollmachtgeber muss außerdem erklären, in welchen Angelegenheiten der Bevollmächtigte tätig werden darf. Die Vollmacht ist von dem Vollmachtgeber eigenhändig zu unterschreiben. Sobald der Antrag bei der Pflegekasse gestellt ist, beauftragt diese den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder andere unabhängige Gutachter oder bei knappschaftlich Versicherten den Sozialmedizinischen Dienst (SMD) mit der Prüfung, ob der Versicherte pflegebedürftig ist und welcher Pflegegrad vorliegt.

Wie schnell wird über den Antrag entschieden?

Die gesetzlich vorgegebene Bearbeitungsfrist für Anträge auf Pflegeleistungen beträgt 25 Arbeitstage. Befindet sich der Antragsteller im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung, ist die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder andere unabhängige Gutachter innerhalb einer Woche nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen, wenn dies zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung notwendig ist oder die Inanspruchnahme einer Freistellung nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt oder nach dem Familienpflegezeitgesetz mit dem Arbeitgeber vereinbart wurde. Die Begutachtungsfrist von einer Woche gilt auch dann, wenn sich der Antragsteller in einem Hospiz befindet oder ambulant palliativ versorgt wird.

Befindet sich der Antragsteller in häuslicher Umgebung, ohne ambulant palliativ versorgt zu werden, und wurde die Inanspruchnahme einer Freistellung nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt oder nach dem Familienpflegezeitgesetz mit dem Arbeitgeber vereinbart, ist die Begutachtung innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang durchzuführen.

Erteilt die Pflegekasse den schriftlichen Bescheid über den Antrag nicht innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Eingang des Antrags oder werden die verkürzten Begutachtungsfristen nicht eingehalten, hat die Pflegekasse nach Fristablauf für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung 70 Euro an den Antragsteller zu zahlen. Dies gilt nicht, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder wenn sich der Antragsteller in vollstationärer Pflege befindet und bereits bei ihm mindestens erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (mindestens Pflegegrad 2) festgestellt ist.

1.2.3 Voraussetzung für Leistungsansprüche

Um Pflegeleistungen voll in Anspruch nehmen zu können, muss der Versicherte in den letzten zehn Jahren vor der Antragstellung zwei Jahre als Mitglied der Krankenversicherung Beiträge zur Pflegeversicherung gezahlt haben oder familienversichert gewesen sein.

1.2.4 Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung

Wie wird die Pflegebedürftigkeit festgestellt?

Die Pflegekasse lässt vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK), von anderen unabhängigen Gutachtern oder bei knappschaftlich Versicherten vom Sozialmedizinischen Dienst (SMD) ein Gutachten erstellen, um zu ermitteln, wie stark gesundheitlich bedingt die Selbständigkeit oder die Fähigkeiten des Versicherten in den für die Pflege bedeutsamen sechs Lebensbereichen eingeschränkt sind, und den Versicherten dem entsprechenden Pflegegrad zuzuordnen. Das geschieht in der Regel im Rahmen eines zuvor angemeldeten Hausbesuches eines Gutachters.

Bei der Bewertung des Gutachters geht es nicht um die Schwere einer Krankheit oder Behinderung, sondern allein darum, ob die Selbständigkeit aufgrund von körperlichen, kognitiven (das Denkvermögen betreffende) oder psychischen Einschränkungen beeinträchtigt ist und welche Hilfeleistungen tatsächlich erbracht werden. Jedem Lebensbereich gibt der Gutachter, je nachdem wie sehr die Selbständigkeit des betroffenen Menschen eingeschränkt ist oder die Fähigkeiten nicht mehr vorhanden sind, eine Anzahl von Punkten. Diese Punkte fließen unterschiedlich gewichtet in die Gesamtwertung ein. Am Ende ergibt sich ein Gesamtpunktwert, von dem der Pflegegrad abgeleitet wird.

Die für die Pflege bedeutsamen Lebensbereiche sind:

- Mobilität (Gewichtung 10 Prozent): Wie selbständig kann sich der betroffene Mensch fortbewegen und seine Körperhaltung ändern?
- Kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychische Problemlagen (Gewichtung zusammen 15 Prozent): Wie findet sich der betroffene Mensch örtlich und zeitlich zurecht? Kann er für sich selbst Entscheidungen treffen, kann er Gespräche führen und Bedürfnisse mitteilen? Wie häufig benötigt der betroffene Mensch Hilfe aufgrund von psychischen Problemen, wie etwa aggressives oder ängstliches Verhalten?
- Selbstversorgung (Gewichtung 40 Prozent): Wie selbständig kann sich der Betroffene Mensch im Alltag versorgen bei der Körperpflege, beim Essen und Trinken, beim An- und Auskleiden?
- Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen (Gewichtung 20 Prozent): Welche Unterstützung braucht der betroffene Mensch im Umgang mit seiner Krankheit und bei Behandlungen (z. B. Medikamentengabe, Verbandwechsel, Beatmung, Dialyse)?
- Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (Gewichtung 15 Prozent): Wie selbständig kann der betroffene Mensch noch den Tagesablauf gestalten und planen oder Kontakte pflegen?

Bei der Begutachtung sind darüber hinaus die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten in den Bereichen außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung festzustellen. Diese Informationen sollen helfen, eine individuelle Versorgung des Pflegebedürftigen sicherzustellen.

Privat Versicherte stellen einen Antrag bei ihrer privaten Krankenkasse, daher erfolgt die Begutachtung dort durch Gutachter des Medizinischen Dienstes der MEDICPROOF GmbH.

Bei Kindern ist die Prüfung der Pflegebedürftigkeit in der Regel durch besonders geschulte Gutachter des Medizinischen Dienstes oder andere unabhängige Gutachter vorzunehmen. Diese Gutachter sind in der Regel Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder Kinderärzte. Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt.

1.2.5 Leistungsbescheid

Was umfasst der sogenannte Leistungsbescheid?

Die Entscheidung der Pflegekasse über die Feststellung von Pflegebedürftigkeit soll für Versicherte transparent und nachvollziehbar sein. Neben der Entscheidung über den Pflegegrad, die Höhe der Leistungen der Pflegekasse und dem Zeitpunkt, ab dem die Pflegekasse zahlt, erhält der Antragsteller in diesem Schreiben auch Informationen darüber, welche Empfehlungen der Gutachter hinsichtlich der Notwendigkeit von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln, von Vorsorgeleistungen (Präventionsmaßnahmen) und Rehabilitation getroffen hat.

Der Antragsteller hat ein Recht darauf, mit dem Bescheid der Pflegekasse auch das Gutachten zu erhalten, sofern er bei der Begutachtung der Übersendung des Gutachtens nicht widerspricht. Das Ergebnis des Gutachtens ist transparent darzustellen und dem Antragsteller verständlich zu erläutern.

Gut zu wissen:

Die Empfehlung des Gutachters für Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel gilt bereits als Antrag, wenn der Betroffene zustimmt. Die Mitteilung über eine Rehabilitationsempfehlung des Gutachters zählt bereits als Reha-Antrag, wenn man in dieses Verfahren einwilligt. In diesem Fall ist kein separater Reha-Antrag mehr notwendig, da die Pflegekasse den Antrag an den zuständigen Leistungsträger weiterleitet.

1.2.6 Pflegegrade

Welche unterschiedlichen Pflegegrade gibt es?

Es gibt fünf verschiedene Pflegegrade, die nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten der pflegebedürftigen Person gestaffelt sind:

Pflegegrad 1 – ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkte

Die Zuordnung in den Pflegegrad 1 erfolgt bei Vorliegen einer geringen Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten und einer Gesamtpunktzahl ab 12,5 bis unter 27 Punkten.

Pflegegrad 2 – ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkte

Die Zuordnung in den Pflegegrad 2 erfolgt bei Vorliegen einer erheblichen Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten und einer Gesamtpunktzahl ab 27 bis unter 47,5 Punkten.

Pflegegrad 3 – ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkte

Die Zuordnung in den Pflegegrad 3 erfolgt bei Vorliegen einer schweren Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten und einer Gesamtpunktzahl ab 47,5 bis unter 70 Punkten.

Pflegegrad 4 – ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkte

Die Zuordnung in den Pflegegrad 4 erfolgt bei Vorliegen einer schwersten Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten und einer Gesamtpunktzahl ab 70 bis unter 90 Punkten.

Pflegegrad 5 – ab 90 bis 100 Gesamtpunkte

Die Zuordnung in den Pflegegrad 5 erfolgt bei Vorliegen einer schwersten Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung und einer Gesamtpunktzahl ab 90 bis 100 Punkten.

Besondere Bedarfskonstellationen

Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegeschfachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunktzahl unter 90 liegt. Eine solche besondere Bedarfskonstellation liegt vor bei der Gebrauchsunfähigkeit beider Arme und Beine; sie liegt auch vor, wenn eine minimale Restbeweglichkeit der Arme noch vorhanden ist.

1.3 Checklisten

1.3.1 Checkliste zur Pflege (allgemein)

	erledigt
Wer zu Hause eine Pflege übernimmt, sollte zunächst prüfen, ob er physisch und psychisch dazu in der Lage ist, einen Pflegefall zu übernehmen. Daher ist es ratsam, zuvor mit dem Arzt der zu pflegenden Person zu sprechen. Sollten diesbezüglich keine Bedenken bestehen, sollte in einem weiteren Schritt überprüft werden, ob von pflegenden Angehörigen eine Pflegezeit beantragt werden kann (Freistellung von der Arbeit für eine bestimmte Zeit).	☐
Daneben sollte überprüft werden, ob eine Pflege zu Hause aufgrund räumlicher Gegebenheiten überhaupt möglich ist. Zu klären ist beispielsweise, ob ein Treppenlift erforderlich ist oder ob sanitäre Anlagen behindertengerecht umgebaut werden müssen. Diese „Wohnumfeldverbessernden Maßnahmen“ können von der Pflegekasse grundsätzlich bezuschusst werden. Hierzu muss allerdings ein entsprechender Antrag gestellt werden. Während eventueller Umbaumaßnahmen besteht auch die Möglichkeit, dass die zu pflegende Person in einer Kurzzeitbetreuung untergebracht wird. Speziell bei demenziell erkrankten Menschen ist darauf zu achten, dass die Wohnung entsprechend sicher eingerichtet und gestaltet ist.	☐
Falls noch kein Pflegegrad beantragt oder erteilt wurde: Pflegetagebuch führen.	☐
Prüfen, ob durch eine Reha-Maßnahme eine Verbesserung des jetzigen Zustands des Patienten herbeigeführt werden kann.	☐
Pflegebett erforderlich? Alternativ kann auch ein höhenverstellbares Seniorbett in Erwägung gezogen werden.	☐
- Haushaltsversorgung regeln (Einkaufen, Essen zubereiten, Waschen, Putzen etc.). - Welche Ernährung wird benötigt (Aufbaunahrung, Astronautenkost, konventionelle Nahrung etc.)? Kommt eine Versorgung mit Essen durch Lieferdienste in Frage?	☐
Medikation durch Medikamentenplan sicherstellen (diese werden in der Regel vom Hausarzt erstellt). In diesem Zusammenhang sollte auch beachtet werden, dass alle Krankenunterlagen der zu pflegenden Person (Kopien genügen) direkt griffbereit sind.	☐

	erledigt
• Vorsorge- und/ oder Generalvollmacht erteilen lassen und diese grundsätzlich bei allen Angelegenheiten, die die zu pflegende Person betreffen, mitnehmen (bei Arztterminen, Behördengängen etc.). In diesem Zusammenhang auch an weitere Vorsorgemaßnahmen denken (z. B. Testamente etc.).	☐
• Prüfen, wer bei der Betreuung der zu pflegenden Person unterstützen kann (ambulanter Pflegedienst, weitere Familienmitglieder, ehrenamtliche Pflegehelfer etc.).	☐
• Qualifizierte Fachärzte und Fachkliniken notieren, damit im Ernstfall schnell die richtigen Ansprechpartner feststehen. Auch Therapieangebote in der näheren Umgebung prüfen, z. B. Ergotherapie, Physiotherapie etc.	☐
• Mobilitätsverbessernde Maßnahmen prüfen. Sind Rollstuhl, Rollator etc. erforderlich? Ist ein behindertengerechter Fahrzeugumbau erforderlich?	☐
• Benötigte Hilfsmittel, wie Kompressionsstrümpfe, Spezialmatratzen, Badewannenlifter etc., auflisten.	☐
• Wird Tages- oder Nachtpflege benötigt?	☐
• Schulungen im Bereich der Pflege, z. B. Pflegekurse besuchen oder sich vom ambulanten Pflegedienst schulen lassen.	☐
• Krankenpflege beanspruchen (An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen, Zusammenstellung der Medikation etc.). Krankenpflege wird unabhängig von dem Pflegegrad von der Krankenkasse gezahlt.	☐
• Da sich der gesundheitliche Zustand der zu pflegenden Person relativ schnell verschlechtern kann, sollte frühzeitig nach einer stationären Pflege Ausschau gehalten werden. Stationäre Plätze in Pflegeheimen sind häufig nicht sofort zu bekommen, deshalb kann es sinnvoll sein, die zu pflegende Person frühzeitig auf eine Warteliste im bevorzugten Pflegeheim setzen zu lassen. Tipps bezüglich der Auswahl eines passenden Pflegeheims sind in unserer Checkliste im Anhang aufgeführt.	☐

1.3.2 Checkliste zur Pflege im Heim

	erledigt
• Zunächst sollte hier geprüft werden, ob eine stationäre Pflege erforderlich ist.	☐
• In einem weiteren Schritt sollten die Kosten für eine Heimunterbringung genau durchkalkuliert werden.	☐
• Damit sich die zu pflegende Person im Falle einer stationären Unterbringung wohl fühlt, sollte im Voraus sorgfältig überprüft werden, welches Pflegeheim in Frage kommt. Hier besteht in der Regel auch die Möglichkeit, dass die zu pflegende Person in den ausgewählten Heimen probewohnen kann. Für demenziell erkrankte Menschen sollte auch darauf geachtet werden, dass das ausgewählte Pflegeheim über eine spezielle Demenzstation verfügt.	☐
• Welches Mobiliar ist für das ausgesuchte Pflegeheim erforderlich? Ist für den Umzug eine Umzugsfirma erforderlich?	☐
• Bei einer Unterbringung in einem Pflegeheim entfällt die Pflicht, GEZ-Gebühren zu zahlen.	☐
• Was passiert mit der vorherigen Wohnung bzw. dem eigenen Haus der pflegebedürftigen Person, ggf. Mietverhältnis oder sonstige Verträge kündigen?	

1.3.3 Finanz-Checkliste:

Welche Unterstützungen, Leistungen und Zuschüsse gibt es?

	erledigt
Sind alle in Frage kommenden Leistungen beantragt? Hierzu zählen z. B. Kurzzeitbetreuung, Tagespflege, Verhinderungspflege, Hilfsmittel wie z. B. Pflegebett, Rollstuhl etc.. Falls bestimmte Hilfsmittel nicht genehmigt werden, kann es unter Umständen sinnvoll sein, Widerspruch dagegen einzulegen. Zur Klärung dieser Fragen kann der zuständige Sachbearbeiter der Pflegekasse weiterhelfen.	☐
Grundsätzlich besteht die Möglichkeit, sich die Höhe des Pflegegeldes und den Betrag für Sachleistungen von der Pflegekasse errechnen zu lassen. Das Bundesministerium für Gesundheit hat hierzu einen Pflegeleistungs-Helfer veröffentlicht.	☐
Beantragung von Pflegehilfsmitteln: Patienten mit Pflegegrad stehen monatlich Pflegehilfsmittel im Wert von 40 Euro zu. Pflegehilfsmittel sind z. B. Einmalhandschuhe, Desinfektionsmittel, Mundschutz etc.	☐
Prüfen, ob ein Hausnotruf nötig ist. Auch diese Kosten können bei Bedarf grundsätzlich von der Pflegekasse übernommen werden.	☐
Prüfung, ob die Stellung eines Antrags auf Feststellung einer Schwerbehinderung sinnvoll ist (verschiedene finanzielle Vorteile). Hinweise zu Antragstellung finden Sie in Kapitel 6.	☐
Prüfen, ob die der zu pflegenden Person zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel ausreichend sind. Ein diesbezüglicher Antrag zur finanziellen Unterstützung, falls die Mittel nicht ausreichend sind, kann bei den Landkreisen oder dem Regionalverband Saarbrücken bei der Abteilung „Hilfe zur Pflege“ gestellt werden. Für Pflegebedürftige mit mindestens Pflegegrad 2, die das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, ist jedoch das Landesamt für Soziales unter bestimmten Voraussetzungen für die Gewährung von Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII in einer teil- oder vollstationären Einrichtung zuständig.	☐
Kosten, die durch Krankenfahrten zum Arzt, zur Dialyse etc. entstehen, werden unter bestimmten Voraussetzungen von der Kasse übernommen. Hier empfiehlt es sich, einen Antrag auf Fahrtkostenzuschuss bei der jeweiligen Kasse zu stellen.	☐

erledigt

Bei Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen kann es sein, dass man sich an den Kosten beteiligen muss, da der Gesetzgeber für bestimmte Leistungen eine Zuzahlungspflicht vorgesehen hat. Chronisch erkrankte Menschen haben eine Zuzahlungspflicht von 1 % des Brutto-Familieneinkommens, nicht chronisch Kranke 2 % – diesbezüglich kann man bei der Krankenkasse einen Antrag stellen. Außerdem besteht die Möglichkeit, einen Antrag zur Befreiung von zuzahlungspflichtig verordneten Hilfsmitteln, Anwendungen, Medikamenten etc. bei Ihrer Krankenkasse zu stellen. Bei technischen Pflegehilfsmitteln haben Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, eine Zuzahlung von 10 % zu leisten, maximal jedoch 25,00 Euro je technisches Pflegehilfsmittel.	☐
Sammeln aller Rechnungen und Belege von verordneten Medikamenten, Hilfsmitteln etc. Dies kann sich bei Erreichen der sogenannten Belastungsgrenze positiv auf Steuerrückvergütungen auswirken.	☐
Bevollmächtigte für Bankgeschäfte schriftlich festlegen.	☐
Für von der Krankenkasse bezahlte, elektrisch betriebene Hilfsmittel besteht die Möglichkeit, die entsprechenden Stromkosten erstattet zu bekommen.	☐
Diabetiker haben die Möglichkeit, die medizinische Fußpflege erstattet zu bekommen.	☐
Pflegende Angehörige bekommen unter bestimmten Voraussetzungen Rentenbeiträge von der Pflegekasse gezahlt. Dies sollten die pflegenden Angehörigen für sich klären.	☐
Resultiert die Pflegebedürftigkeit aus einem Unfall, so ist zu prüfen, ob die Kostenübernahme durch eine Unfallversicherung in Frage kommt.	☐
Steuervorteile für pflegende Angehörige: Pflegende Angehörige können eine Steuerpauschale geltend machen.	☐
Die von den zu Pflegenden selbst getragenen Kosten, welche im Zusammenhang mit der Pflege stehen, z. B. Umbaukosten, Medikamente etc. können steuerlich geltend gemacht werden. Hier ist es sinnvoll, einen Steuerfachmann zu konsultieren.	☐

Übersicht zu den Leistungen der Pflegeversicherung Teil 1

Grad der Pflegebedürftigkeit	Pflegegeld für häusl. Pflege (monatlich)	Pflegesachleistungen für häusliche Pflege (monatlich)	Verhinderungspflege (bis zu 6 Wochen jährlich Ersatzpflege) ¹	Kurzzeitpflege (bis zu 8 Wochen jährlich Kurzzeitpflege)	Teilstationäre Tages- und Nachtpflege (monatlich) ²	Entlastungsbetrag bei häuslicher Pflege (monatlich) ³
Pflegegrad 1	---	---	---	---	---	125,00
Pflegegrad 2	316,00	689,00	durch nahe Angehörige: 474,00 durch sonstige Personen: 1.612,00	1.612,00	689,00	125,00
Pflegegrad 3	545,00	1.298,00	durch nahe Angehörige: 817,50 durch sonstige Personen: 1.612,00	1.612,00	1.298,00	125,00
Pflegegrad 4	728,00	1.612,00	durch nahe Angehörige: 1.092,00 durch sonstige Personen: 1.612,00	1.612,00	1.612,00	125,00
Pflegegrad 5	901,00	1.995,00	durch nahe Angehörige: 1.351,50 durch sonstige Personen: 1.612,00	1.612,00	1.995,00	125,00

Übersicht zu den Leistungen der Pflegeversicherung Teil 2

Grad der Pflegebedürftigkeit	Zusätzliche Leistungen in ambulant betreuten Wohngruppen (monatlich)	Leistungen bei vollstationärer Pflege (monatlich)	Pflegehilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind (monatlich)	Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen	Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (je Maßnahme) ⁴
Pflegegrad 1	214,00	125,00	40,00	---	max. 4.000,00
Pflegegrad 2	214,00	770,00	40,00	10 % des Heimentgelts, höchstens 266,00 Euro monatlich	max. 4.000,00
Pflegegrad 3	214,00	1.262,00	40,00	10 % des Heimentgelts, höchstens 266,00 Euro monatlich	max. 4.000,00
Pflegegrad 4	214,00	1.775,00	40,00	10 % des Heimentgelts, höchstens 266,00 Euro monatlich	max. 4.000,00
Pflegegrad 5	214,00	2.005,00	40,00	10 % des Heimentgelts, höchstens 266,00 Euro monatlich	max. 4.000,00

Achtung Korrektur!
In der gedruckten Version vom Juli 2018 befinden sich leider Fehler in den links abgebildeten Tabellen.

1 Der **Leistungsbetrag für die Verhinderungspflege** kann um bis zu 806,00 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege auf insgesamt bis zu 2.418 Euro im Kalenderjahr erhöht werden. Der für Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege angerechnet. Die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes wird während einer Verhinderungspflege für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr fortgewährt.

2 Der **Leistungsbetrag für die Kurzzeitpflege** kann um bis zu 1.612,00 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Verhinderungspflege auf insgesamt bis zu 3.224,00 Euro im Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Kurzzeitpflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag der Verhinderungspflege angerechnet. Die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes wird während einer Kurzzeitpflege für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr fortgewährt.

3 Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 können **teilstationäre Tages- und Nachtpflege** zusätzlich zu Pflegegeld, ambulanten Pflegesachleistungen oder einer Kombinationsleistung aus Pflegegeld und Pflegesachleistung in Anspruch nehmen, ohne dass eine Anrechnung auf diese Ansprüche erfolgt.

4 Leben mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung, kann der Zuschuss bis zu viermal 4.000 Euro, also bis zu 16.000 Euro, betragen. Bei mehr als vier anspruchsberechtigten Pflegebedürftigen wird der Gesamtbetrag von 16.000 Euro anteilig auf die Versicherungsträger der Pflegebedürftigen aufgeteilt.

2. Welche Beratungsmöglichkeiten habe ich im Saarland?



2.1 Beratung durch Pflegekassen

Pflegebedürftige haben Anspruch auf umfassende Beratung und Hilfestellung durch die Pflegeberatung der jeweiligen gesetzlichen Pflegekasse oder die Pflegestützpunkte. Für alle Personen, die privat pflegeversichert sind, wird die Beratung durch „COMPASS Private Pflegeberatung“ durchgeführt (Rufnummer: (0800) 101 88 00 | Homepage: www.compasspflegeberatung.de).

2.2 Pflegestützpunkte im Saarland

Der Pflegestützpunkt bildet das gemeinsame Dach, unter dem sich Mitarbeiter der Pflege- und Krankenkasse, der Altenhilfe- oder Sozialhilfeträger untereinander abstimmen und Rat und Hilfe suchenden Betroffenen ihre Sozialleistungen erläutern. In einem Pflegestützpunkt wird sowohl die Beratung als auch die Vernetzung aller pflegerischen, medizinischen und sozialen Leistungen gebündelt.

Im Rahmen der dortigen Beratung können sich Betroffene und auch Angehörige über wichtige medizinische und pflegerische Angebote sowohl bezüglich einer ambulanten als auch einer stationären Versorgung in der Region informieren. Pflegestützpunkte beraten über regionale Versorgungsangebote wie insbesondere die Inanspruchnahme von Fahrdiensten, ehrenamtlichen Besuchsdiensten, Mahlzeitendiensten sowie über Unterstützungsangebote bei der Wohnraumanpassung („Barrierefreiheit“) und können auch vermittelnd tätig werden. Die Mitarbeiter der Pflegestützpunkte sind auch dabei behilflich, ein entsprechendes Pflegeheim zu finden, falls erforderlich. Pflegestützpunkte können pflegenden Angehörigen auch bei der Vorbereitung und Organisation rund um die Pflege Unterstützung bieten.

Die Beratungsangebote der Pflegestützpunkte sind kostenlos und werden selbstverständlich vertraulich behandelt. Auf Wunsch können die Beratungsangebote auch gemeinsam mit Ihrem Arzt, Pflegedienst, Betreuer oder aber auch mit einer Person Ihres Vertrauens erfolgen.

Beratung und Hilfe rund um das Thema Pflege erhalten Sie während dieser Servicezeiten:

Mo. – Do.: 9.00 – 12.00 Uhr
13.30 – 15.30 Uhr (außer Merzig-Wadern)
Freitag: 9.00 – 12.00 Uhr
13.00 – 15.00 Uhr (außer Merzig-Wadern und Sulzbach)

Die Internetseite der Pflegestützpunkte ist unter www.psp-saar.net zu finden.

Pflegestützpunkte in den Landkreisen/Regionalverband

Pflegestützpunkt im Landkreis Merzig-Wadern
Bahnhofstraße 27,
66663 Merzig

Telefon: (06861) 804 77
Fax : (06861) 804 80

E-Mail: merzig@psp-saar.net

Pflegestützpunkt im Landkreis Neunkirchen
Knappschaftsstraße 1
66538 Neunkirchen

Telefon: (06821) 10 26 74
Fax: (06821) 10 26 79

E-Mail: neunkirchen@psp-saar.net

Pflegestützpunkt Regionalverband Mitte
Stengelstraße 12
66117 Saarbrücken

Telefon: (0681) 506 53 22
Fax: (0681) 506 94 49 84
Einzugsgebiet: Saarbrücken – Alt-Saarbrücken, St. Arnual, St. Johann, Eschberg,
Altenkessel, Burbach und Malstatt

E-Mail: sbmitte@psp-saar.net

Pflegestützpunkt Regionalverband Ost
Sulzbachtalstraße 81
66280 Sulzbach

Telefon: (06897) 924 67 98
Fax: (06897) 924 67 99
Einzugsgebiet: Friedrichsthal, Kleinblittersdorf, Quierschied, Saarbrücken
mit den Stadtteilen Scheidt, Dudweiler und Halberg, Sulzbach

E-Mail: sulzbach@psp-saar.net

Pflegestützpunkt Regionalverband West
Rathausstraße 4–6
66333 Völklingen

Telefon: (06898) 13 55 55
Fax: (06898) 13 20 49
Einzugsgebiet: Großrosseln, Heusweiler, Püttlingen, Riegelsberg,
Saarbrücken mit den Stadtteilen Gersweiler und Klarenthal, Völklingen

E-Mail: voelklingen@psp-saar.net

Pflegestützpunkt im Landkreis Saarlouis
Choisy Ring 9
66740 Saarlouis

Telefon: (06831) 12 06 30
Fax: (06831) 12 06 329

E-Mail: saarlouis@psp-saar.net

Pflegestützpunkt im Saarpfalz-Kreis
Am Forum 1
66424 Homburg

Telefon: (06841) 104 71 34
Fax: (06841) 104 75 22

E-Mail: homburg@psp-saar.net

Pflegestützpunkt im Landkreis St.Wendel
Mommstraße 27 (Gebäude J)
66606 St.Wendel

Telefon: (06851) 52 51
Fax: (06851) 56 26

E-Mail: sanktwendel@psp-saar.net

2.3 Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB)

Die EUTB berät Menschen mit Behinderungen zu deren Recht auf Selbstbestimmung und umfassende Teilhabe an allen Bereichen der Gesellschaft. Für Menschen mit Behinderungen hat Beratung aufgrund der Komplexität der Problemstellungen und der unterschiedlichen Behörden-Zuständigkeiten eine besondere Bedeutung.

Mit dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) wurden im neuen § 32 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) die gesetzlichen Voraussetzungen für ein unentgeltliches, allen Menschen mit (drohenden) Behinderungen und ihren Angehörigen offenstehendes und Orientierung gebendes Angebot zur Beratung über Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe geschaffen.

Die EUTB versteht sich ergänzend zu den bereits bestehenden Beratungsangeboten, ist dabei aber völlig unabhängig von Leistungsträgern und Leistungserbringern. Die Beratung findet auf Augenhöhe statt, d. h. Betroffene beraten Betroffene (Peer Beratung). Den Ratsuchenden wird so ermöglicht selbstbestimmt Entscheidungen treffen zu können. Die Beratung findet saarlandweit statt.

Kontakt

Träger: Landesvereinigung SELBSTHILFE e.V.
Futterstr. 27
66111 Saarbrücken

Tel: (0681) 9 10 47 70

E-Mail: info@teilhabeberatung-saarland.de
Web: www.teilhabeberatung-saarland.de

Träger: Lebenshilfe Landesverband Saarland e.V.
Bliespromenade 5
66538 Neunkirchen

Tel. (06821) 98 19 60 15

E-Mail: eutb-friedrich@lebenshilfe-saarland.de
Web: lebenshilfe-saarland.de

Träger: passgenau e.v.
Lampertstr. 2-4
66111 Saarbrücken

Tel: 0681 / 93621-183

E-Mail: eutb@passgenau-ev.de
Web: eutb-saarland.de

3. Welche Hilfe und Unterstützung erhalte ich im Saarland?



3.1 Pflege zu Hause – welche Möglichkeiten gibt es?

Bei der Suche nach einem wohnortnahen, ambulanten Pflegedienst beraten die Pflegestützpunkte und Pflegekassen.

3.1.1 Ambulanter Pflegedienst

Was macht ein ambulanter Pflegedienst?

Der ambulante Pflegedienst unterstützt Pflegebedürftige und ihre Angehörigen bei der Pflege zu Hause. Sie übernehmen aber auch Betreuungsaufgaben und helfen im Haushalt. Das Leistungsangebot der häuslichen Pflegehilfe (Pflegesachleistung) umfasst:

- körperbezogene Pflegemaßnahmen: Die körperbezogenen Pflegemaßnahmen beziehen sich insbesondere auf die Bereiche Mobilität und Selbstversorgung. Dazu gehören z.B. das Waschen, Duschen und Baden, die Mund- und Zahnpflege, die Darm- und Blasenentleerung, das An- und Auskleiden, das Gehen, Stehen, Treppensteigen und das Verlassen sowie Wiederaufsuchen der Wohnung.
- pflegerische Betreuungsmaßnahmen: Die pflegerischen Betreuungsmaßnahmen beziehen sich insbesondere auf die Bereiche kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen sowie Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte. Sie umfassen die Entwicklung und Aufrechterhaltung einer Tagesstruktur, Unterstützungsleistungen zur Einhaltung eines Tag-/Nacht-Rhythmus, die Unterstützung bei der räumlichen und zeitlichen Orientierung, die Unterstützung bei Hobby und Spiel, Spaziergänge in der näheren Umgebung, Ermöglichung des Besuchs von Verwandten und Bekannten, Begleitung zum Friedhof oder zum Gottesdienst.
- Hilfen bei der Haushaltsführung: Sie umfassen das Einkaufen der Gegenstände des täglichen Bedarfs, das Kochen, das Reinigen und Aufräumen der Wohnung, das Spülen, das Waschen und Wechseln der Wäsche und Kleidung, das Beheizen, die Unterstützung bei der Nutzung von Dienstleistungen (z.B. Haushaltshilfen) und die Unterstützung bei der Regelung von finanziellen und behördlichen Angelegenheiten.

Werden die krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen (z.B. Medikamentengabe, Verbandswechsel, Injektionen) im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V erbracht, können diese Maßnahmen nicht gleichzeitig als häusliche Pflegehilfe (Pflegesachleistung) erbracht werden.

Die Pflegeversicherung übernimmt für Pflegebedürftige mit mindestens Pflegegrad 2 als Pflegesachleistung die Kosten für die Inanspruchnahme eines zugelassenen Pflegedienstes in Höhe von 689 Euro monatlich im Pflegegrad 2, 1.298 Euro monatlich im Pflegegrad 3, 1.612 Euro monatlich im Pflegegrad 4 und 1.995 Euro monatlich im Pflegegrad 5.

Darüber hinaus kann der Entlastungsbetrag von bis zu 125 Euro monatlich in den Pflegegraden 2 bis 5 für die Inanspruchnahme von zugelassenen Pflegediensten genutzt werden;

davon ausgenommen sind jedoch Leistungen im Bereich der körperbezogenen Selbstversorgung. In Pflegegrad 1 kann hingegen der Entlastungsbetrag auch für Leistungen der zugelassenen Pflegedienste im Bereich der körperbezogenen Selbstversorgung verwendet werden.

Wird der Leistungsbetrag der Pflegekasse für Pflegesachleistungen nicht oder nicht voll ausgeschöpft, können maximal 40 Prozent des jeweiligen Pflegesachleistungsbetrages umgewandelt und auch für Leistungen der nach Landesrecht durch die Landkreise bzw. den Regionalverband Saarbrücken anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag verwendet werden.

Einen Überblick über zugelassene Pflegedienste geben die sogenannten Leistungs- und Preisvergleichslisten, die die Pflegekassen kostenfrei zur Verfügung stellen.

Wichtige Kriterien zur Auswahl eines ambulanten Pflegedienstes:
Eine Checkliste mit wichtigen Kriterien zur Auswahl eines ambulanten Pflegedienstes finden Sie unter www.verbraucherzentrale.de/checkliste-ambulanter-pflegedienst.

3.1.2 Pflegegeld

Was ist Pflegegeld?

Pflegebedürftige sollten selbst darüber entscheiden, wie und von wem sie gepflegt werden möchten. Sie haben deshalb die Möglichkeit, Sachleistungen oder Pflegegeld in Anspruch zu nehmen. Voraussetzungen für den Bezug von Pflegegeld sind, dass die häusliche Pflege selbst sichergestellt ist (zum Beispiel durch Angehörige oder andere ehrenamtlich tätige Pflegepersonen) und dass mindestens Pflegegrad 2 vorliegt. Das Pflegegeld wird dem Betroffenen von der Pflegekasse überwiesen. Dieser kann über die Verwendung des Pflegegeldes grundsätzlich frei verfügen und gibt das Pflegegeld regelmäßig an die ihn versorgenden und betreuenden Personen als Anerkennung weiter.

Wie bemisst sich die Höhe des Pflegegeldes?

Das Pflegegeld ist wie die ambulante Pflegesachleistung nach dem Schweregrad der Pflegebedürftigkeit gestaffelt. Es beträgt bei Pflegegrad 2 316,00 Euro monatlich, bei Pflegegrad 3 545,00 Euro monatlich, bei Pflegegrad 4 728,00 Euro monatlich und bei Pflegegrad 5 901,00 Euro monatlich.

Während einer Kurzzeitpflege für bis zu acht Wochen und während einer Verhinderungspflege für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr wird das bisher bezogene (bei der Kombinationsleistung anteilige) Pflegegeld in halber Höhe weitergezahlt. Dies gilt auch, wenn Kurzzeitpflege in einem stationären Hospiz in Anspruch genommen wird.

Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen der „Hilfe für behinderte Menschen“ haben Anspruch auf ungekürztes Pflegegeld anteilig für die Tage, an denen sie sich in häuslicher Pflege befinden.

3.1.3 Kombinationsleistung

Können das Pflegegeld und die ambulanten Pflegesachleistungen gleichzeitig in Anspruch genommen werden?

Um eine optimale, auf die individuellen Bedürfnisse abgestimmte Pflege zu gewährleisten, ist es möglich, den Bezug von Pflegegeld mit der Inanspruchnahme von ambulanten Pflegesachleistungen zu kombinieren. Das Pflegegeld vermindert sich in diesem Fall anteilig um den Wert der in Anspruch genommenen ambulanten Pflegesachleistungen.

Rechenbeispiel: Kombination von Pflegegeld und Sachleistungen

Ein Pflegebedürftiger mit **Pflegegrad 2** nimmt ambulante Pflegesachleistungen durch einen zugelassenen Pflegedienst im Wert von 344,50 Euro in Anspruch. Der ihm zustehende Höchstbetrag beläuft sich auf 689 Euro. Er hat somit die ambulante Pflegesachleistung zu 50 Prozent ausgeschöpft. Vom Pflegegeld in Höhe von 316 Euro stehen ihm damit ebenfalls noch 50 Prozent zu, also 158 Euro.

3.1.4 Einzelpflegekräfte

Was sind Einzelpflegekräfte?

Bei Einzelpflegekräften handelt es sich in der Regel um selbstständige Pflegekräfte, wie zum Beispiel Altenpflegerinnen oder Altenpfleger.

Wer kann Einzelpflegekräfte engagieren?

Grundsätzlich besteht die Möglichkeit, selbstständige Pflegekräfte in Anspruch zu nehmen. Die Pflegekassen sollen mit geeigneten Einzelpflegekräften Verträge zur Versorgung bestimmter Pflegebedürftiger schließen, wenn die Versorgung durch den Einsatz dieser Kräfte besonders wirksam und wirtschaftlich ist oder wenn dadurch zum Beispiel den besonderen Wünschen von Pflegebedürftigen zur Gestaltung der individuellen Hilfe Rechnung getragen werden kann. Die Abrechnung erfolgt unmittelbar zwischen der zugelassenen Einzelpflegekraft und der Pflegekasse.

3.1.5 Verhinderungspflege

Wer pflegt, wenn die Pflegeperson im Urlaub oder krank ist?

Macht die private Pflegeperson Urlaub oder ist sie z. B. durch Krankheit vorübergehend an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegeversicherung die Kosten einer Ersatzpflege für längstens sechs Wochen je Kalenderjahr (sogenannte Verhinderungspflege). Ein Anspruch auf Verhinderungspflege besteht jedoch erst, wenn die Pflegeperson den Pflegebedürftigen zuvor mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat und der Pflegebedürftige mindestens in Pflegegrad 2 eingestuft ist.

Wird die Verhinderungspflege von einer erwerbsmäßig tätigen Person oder einem ambulanten Pflegedienst übernommen, so werden die Kosten der Verhinderungspflege bis zu einem Betrag in Höhe von 1.612 Euro je Kalenderjahr von der Pflegekasse übernommen.

Bei Ersatzpflege durch entferntere Verwandte, die nicht mit dem Pflegebedürftigen bis zum 2. Grade verwandt oder verschwägert sind oder durch Nachbarn können ebenfalls bis zu 1.612 Euro pro Jahr in Anspruch genommen werden.

Übernimmt ein naher Angehöriger nicht erwerbsmäßig die Verhinderungspflege, dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse den 1,5-fachen Betrag des Pflegegeldes des festgestellten Pflegegrades nicht überschreiten. Wenn in diesem Fall notwendige Aufwendungen der Pflegeperson, zum Beispiel Fahrtkosten oder Verdienstausschlag, nachgewiesen werden, kann die Leistung auf bis zu insgesamt 1.612 Euro pro Jahr aufgestockt werden. Insgesamt dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse den Betrag von 1.612 Euro pro Jahr nicht übersteigen.

Der Leistungsbetrag von 1.612 Euro pro Jahr kann durch Mittel der Kurzzeitpflege, die noch nicht in Anspruch genommen wurden, auf bis zu 2.418 Euro jährlich aufgestockt werden. Der Betrag, den man aus Mitteln der Kurzzeitpflege für die Verhinderungspflege in Anspruch nimmt, wird auf den Leistungsbetrag der Kurzzeitpflege angerechnet.

Wird während der Verhinderungspflege weiterhin Pflegegeld gezahlt?

Beispiel: Anteiliges Pflegegeld bei Verhinderungspflege

Die Pflegeperson erkrankt an 15 Tagen. Während dieser Zeit wird Verhinderungspflege gewährt. Vor der Verhinderungspflege wurde Pflegegeld im Pflegegrad 2 in Höhe von 316 Euro monatlich bezogen. Für den ersten und letzten Tag der Ersatzpflege wird das volle Pflegegeld in Höhe von 21,07 Euro bezahlt (2/30 von 316 Euro). An den weiteren 13 Tagen wird noch ein hälftiges Pflegegeld in Höhe von 68,47 Euro gezahlt (50 Prozent von 316 Euro = 158 Euro x 13/30 = 68,47 Euro). Danach wird das Pflegegeld wieder in voller Höhe gezahlt.

3.1.6 Entlastungsbetrag

Wer hat Anspruch auf den Entlastungsbetrag und wozu dient er?

Jeder Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 bis 5 in häuslicher Pflege hat Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro monatlich. Der Anspruch entsteht mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit und dem Vorliegen von häuslicher Pflege, ohne dass es einer vorherigen Antragstellung bei der Pflegekasse bedarf.

Der Pflegebedürftige bekommt das Geld aber nicht ausgezahlt. Vielmehr dient der Entlastungsbetrag der Erstattung von Aufwendungen, die dem Pflegebedürftigen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Tages- oder Nachtpflege, von Kurzzeitpflege, von Leistungen der zugelassenen Pflegedienste (in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht von Leistungen im Bereich der körperbezogenen Selbstversorgung) oder von Leistungen der nach Landesrecht von den Landkreisen bzw. dem Regionalverband Saarbrücken anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag entstehen.

Die Kostenerstattung durch die Pflegekasse erfolgt gegen Nachweis entsprechender Auf-

wendungen. Zu den erstattungsfähigen Eigenbelastungen des Pflegebedürftigen bei Inanspruchnahme von Tages- oder Nachtpflege oder von Kurzzeitpflege zählen auch die vom Pflegebedürftigen zu tragenden Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie der Investitionsbetrag. Die Fahr- und Transportkosten im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege zählen ebenfalls zu den erstattungsfähigen Eigenbelastungen.

Sofern der Entlastungsbetrag in einem Kalendermonat nicht (vollständig) ausgeschöpft wird, wird der verbliebene Betrag jeweils in die darauffolgenden Kalendermonate übertragen. Die am Ende des Kalenderjahres nicht in Anspruch genommenen Beträge können längstens bis zum Ende des darauffolgenden Kalenderhalbjahres übertragen werden. Der Pflegebedürftige hat somit die Möglichkeit, den Entlastungsbetrag über mehrere Monate anzusparen und zu einem späteren Zeitpunkt für eine intensivere Betreuung zu nutzen.

Was sind Angebote zur Unterstützung im Alltag?

Angebote zur Unterstützung im Alltag sind Angebote, in denen ehrenamtliche Helferinnen und Helfer und/oder sozialversicherungspflichtig beschäftigte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und/oder geringfügig beschäftigte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Sinne des § 8 SGB IV

1. unter pflegfachlicher Anleitung die Betreuung von Pflegebedürftigen mit allgemeinem oder mit besonderem Betreuungsbedarf in Gruppen oder im häuslichen Bereich übernehmen;
2. die pflegende Angehörige sowie vergleichbar nahestehende Pflegepersonen in ihrer Eigenschaft als Pflegenden gezielt entlasten und beratend unterstützen;
3. die Pflegebedürftigen bei der Bewältigung von allgemeinen oder pflegebedingten Anforderungen des Alltags oder im Haushalt, insbesondere bei der Haushaltsführung, oder bei der eigenverantwortlichen Organisation individuell benötigter Hilfeleistungen unterstützen.

3.1.7 Alternative Wohnformen

Pflege-Wohngemeinschaften –

Was wird unter „alternativen Wohnformen“ verstanden?

Immer mehr Menschen haben den Wunsch, im Alter möglichst selbstbestimmt zu leben. Als neue Wohnformen sind hier beispielsweise das Betreute- oder das Service-Wohnen zu nennen, bei dem außer dem Mietvertrag auch ein Servicevertrag mit dem Vermieter abgeschlossen wird. Dieser beinhaltet die Vereinbarung bestimmter zusätzlicher Dienst- und Hilfeleistungen. Darüber hinaus zählen das Wohnen in Mehrgenerationenhäusern, in denen Jung und Alt sich gegenseitig helfen, oder auch das „Wohnen für Hilfe“, bei dem einzelne Wohnungen oder Zimmer beispielsweise an Studierende vermietet werden, zu den alternativen Wohnformen. Die Studierenden zahlen in diesem Fall weniger Miete, müssen sich dafür jedoch dazu verpflichten, hilfebedürftige Bewohner des Hauses zu unterstützen, beispielsweise im Haushalt, beim Einkaufen oder bei Behördengängen.

Zu den neuen Wohnformen zählen auch die sogenannten Pflege-Wohngemeinschaften (Pflege-WGs). Diese bieten die Möglichkeit, zusammen mit Gleichaltrigen zu leben und gemeinsam Unterstützung zu erhalten – ohne auf Privatsphäre und Eigenständigkeit zu verzichten. Die Bewohnerinnen und Bewohner einer Wohngemeinschaft (WG) leben in eigenen Zimmern, in die sie sich jederzeit zurückziehen können. Gleichzeitig besteht aber auch die Möglichkeit, in Gemeinschaftsräumen gemeinsame Aktivitäten durchzuführen.

Pflege-WG

Wenn Sie eine PflegeWG gründen möchten, brauchen Sie zunächst natürlich interessierte Mitbewohnerinnen oder Mitbewohner. Diese können Sie beispielsweise über einen Aushang im nächstgelegenen Seniorentreff suchen. Sie können auch im nahe gelegenen Pflegestützpunkt nachfragen, ob sich dort Interessenten gemeldet haben. Hilfreich könnte auch die Anfrage bei ambulanten Pflegediensten sein, die bereits Pflege-WGs betreuen. Hinsichtlich der Größe Ihrer WG sollten Sie bedenken, dass – auf den Quadratmeter bezogen – große Wohnungen ab drei Zimmern preiswerter sind als Wohnungen mit zwei Zimmern. Mit mehreren Menschen zusammenzuleben, bietet also auch finanzielle Vorteile. Achten Sie bei der Gestaltung des Mietvertrags auf klare Regelungen bezüglich Auszug und Miete, zum Beispiel für den Fall, dass ein WG-Mitglied seinen Mietbeitrag nicht zahlen kann.

Welche alternativen Wohnformen werden von der Pflegeversicherung unterstützt?

Um es Pflegebedürftigen zu ermöglichen, möglichst lange selbstständig und in häuslicher Umgebung zu wohnen, ohne dabei jedoch auf sich allein gestellt zu sein, werden seit Inkrafttreten des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes sogenannte ambulant betreute Wohngruppen – Pflege-WGs, die bestimmte Mindestvoraussetzungen erfüllen – von der Pflegeversicherung besonders gefördert.

Pflegebedürftige mit Pflegegrad 2 bis 5, die Pflegesachleistungen oder Pflegegeld oder die Kombinationsleistung aus Pflegegeld und Pflegesachleistung beziehen oder den Entlastungsbetrag oder Angebote zur Unterstützung im Alltag in Anspruch nehmen, können in ambulant betreuten Wohngruppen zusätzlich zu den sonstigen Leistungen auf Antrag einen pauschalen Zuschlag in Höhe von 214 Euro monatlich erhalten. Die Auszahlung erfolgt wie beim Pflegegeld monatlich im Voraus an den Pflegebedürftigen.

Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 haben ebenfalls Anspruch auf den pauschalen Zuschlag. Ihnen steht von den vorgenannten Leistungen jedoch lediglich der Entlastungsbetrag zu. Für sie gilt, dass sie den pauschalen Zuschlag beanspruchen können, ohne dass sie gleichzeitig den Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro monatlich beziehen müssen oder wenn sie diesen ansparen.

Voraussetzungen hierfür sind,

- dass die Pflegebedürftigen mit mindestens zwei und höchstens elf weiteren Personen in einer gemeinsamen Wohnung zum Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung leben und davon mindestens zwei weitere Personen pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind,
- dass eine Person (Präsenzkraft) durch die Mitglieder der Wohngruppe gemeinschaftlich beauftragt ist, unabhängig von der individuellen pflegerischen Versorgung allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten zu verrichten oder hauswirtschaftliche Unterstützung zu leisten, und
- dass keine Versorgungsform einschließlich teilstationärer Pflege vorliegt, in der der Anbieter der Wohngruppe oder ein Dritter dem Pflegebedürftigen Leistungen anbietet oder gewährleistet, die dem für vollstationäre Pflege vereinbarten Leistungsumfang entspricht.

Diejenigen, die Anspruch auf den monatlichen Zuschlag von 214,00 Euro haben, erhalten bei der Neugründung von ambulant betreuten Wohngruppen eine Anschubfinanzierung zur altersgerechten oder barrierearmen Umgestaltung der gemeinsamen Wohnung. Dieser Zuschlag wird zusätzlich zu den Zuschüssen für Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes gewährt.

Jeder Pflegebedürftige, der sich an der Gründung beteiligt, kann bei seiner Pflegekasse einmalig eine Förderung von bis zu 2.500,00 Euro beantragen. Je Wohngemeinschaft ist diese Förderung allerdings auf den Gesamtbetrag von 10.000,00 Euro begrenzt, dieser wird bei mehr als vier anspruchsberechtigten Antragstellern anteilig auf die Versicherungsträger der Anspruchsberechtigten aufgeteilt. Den Antrag auf Bewilligung dieser Mittel müssen die WG-Mitglieder innerhalb eines Jahres ab Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen stellen. Die Bestimmungen zu den Einzelheiten und der Verfahrensweise sind bei den Pflegekassen zu erfahren.

3.1.8 Zusammenlegen von Leistungen – das sogenannte „Poolen“

Was bedeutet „Poolen“?

Versicherte können Pflegeleistungen auch gemeinsam mit anderen Leistungsberechtigten – zum Beispiel den Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern in einer Pflege-WG – in Anspruch nehmen. Auch häusliche Betreuung kann künftig gemeinsam in Anspruch genommen werden. Diese Form der Leistungszusammenlegung wird „Poolen“ genannt und soll insbesondere die Situation bei ambulant betreuten Wohnformen und Pflege-WGs verbessern und ihre Nutzung fördern. Beispielsweise kümmert sich in einem Wohnhaus oder in einer WG ein zugelassener Pflegedienst um mehrere Pflegebedürftige. Die hierdurch entstehenden Zeit und Kosteneinsparungen sind ausschließlich im Interesse der Pflegebedürftigen zu nutzen. Die frei werdende Zeit soll von dem ambulanten Pflegedienst auch für Betreuung der am „Pool“ beteiligten Pflegebedürftigen genutzt werden.

3.1.9 Pflegehilfsmittel

Was wird unter Pflegehilfsmitteln verstanden?

Darunter fallen Geräte und Sachmittel, die zur häuslichen Pflege notwendig sind. Sie erleichtern dem Pflegebedürftigen eine selbstständige Lebensführung.

Die Pflegekasse unterscheidet zwischen

- technischen Pflegehilfsmitteln wie beispielsweise einem Pflegebett, Lagerungshilfen oder einem Notrufsystem;
- Verbrauchsprodukten wie zum Beispiel Einmalhandschuhe oder Bettunterlagen.

Wann kommt die Pflegekasse für die Kosten der Pflegehilfsmittel auf?

Kosten für Pflegehilfsmittel werden von der Pflegeversicherung übernommen, wenn keine Leistungsverpflichtung der Krankenkasse besteht. Das Pflegehilfsmittel-Verzeichnis der Pflegekassen informiert darüber, welche Pflegehilfsmittel zur Verfügung gestellt beziehungsweise leihweise überlassen werden. Zu den Kosten für technische Pflegehilfen muss der Pflegebedürftige, der das 18. Lebensjahr vollendet hat, einen Eigenanteil von 10%, maximal jedoch 25 Euro je Hilfsmittel zuzahlen. Größere technische Pflegehilfsmittel werden oft leihweise überlassen, sodass eine Zuzahlung entfällt; es kann allerdings eine Leihgebühr erhoben werden. Die Kosten für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel werden bis zu einer Höhe von 40 Euro von der Pflegekasse erstattet. Wenn Rollstühle oder Gehhilfen ärztlich verordnet werden, tragen die Krankenkassen die Kosten.

Zur Beantragung von Pflegehilfsmitteln bei der Pflegekasse genügt in der Regel ein formloser Antrag mit einer kurzen Begründung. Nach Einreichung des Antrages wird dieser von der Pflegekasse unter Beteiligung einer Pflegefachkraft oder des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung geprüft. Basiert die Beantragung eines Pflegehilfsmittels auf einer ärztlichen Verordnung, so besteht seitens der Pflegekassen grundsätzlich eine Leistungspflicht.

Die Pflegekasse übernimmt die Kosten von Pflegehilfsmitteln jedoch nur im notwendigen Ausmaß. Ein Hilfsmittel ist notwendig, wenn nur mithilfe dieses bestimmten Hilfsmittels eine Erleichterung der Pflege, die Linderung gesundheitlicher Beschwerden oder eine selbstständigere Lebensführung ermöglicht werden kann und es keinen einfacheren Weg gibt, diese Pflegeerleichterungen zu erreichen. Eine über diese notwendige Versorgung hinausgehende Ausstattung mit Pflegehilfsmitteln muss selbst gezahlt werden. Es ist auch zu beachten, dass die Kosten für Pflegehilfsmittel, die zeitlich vor der Antragstellung bzw. Bewilligung durch die Pflegekasse erworben wurden, grundsätzlich nicht nachträglich erstattet werden können.

3.1.10 Wohnungsanpassung

Gewährt die Pflegekasse einen Zuschuss für bauliche Anpassungsmaßnahmen in der Wohnung?

Die Pflegekasse zahlt für Pflegebedürftige der Pflegegrade 1 bis 5 bis zu 4.000 Euro als Zuschuss für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes, wobei es sich regelmäßig um Umbaumaßnahmen handelt (z. B. Einbau einer behindertengerechten Dusche, Türverbreiterungen zwecks Nutzung eines Rollstuhls, Verlegung eines rutschhemmenden Bodenbelags, etc.). Leben mehrere pflegebedürftige Personen gemeinsam in einer Wohnung, so kann pro Person ein Zuschuss von bis zu 4.000 Euro geleistet werden, wobei dann der Zuschuss insgesamt auf höchstens 16.000 Euro begrenzt ist. Die Pflegekasse unterstützt somit finanziell den Umbau der von der pflegebedürftigen Person bewohnten Wohnung, sodass diese auch nach Eintritt des Pflegefalls weiterhin genutzt werden kann. Auch Umbaumaßnahmen, die außerhalb der Wohnung erforderlich sind (z. B. Rollstuhlrampe, Treppenlift, Personenaufzug, etc.) können bei Bedarf von der Pflegekasse bezuschusst werden.

Grundsätzlich sollte der Antrag auf einen Zuschuss vor Beginn einer Umbaumaßnahme gestellt werden. Es besteht jedoch unter bestimmten Voraussetzungen die Möglichkeit, den Antrag erst nachträglich zu stellen. Stellen Sie den Antrag aber erst nach der Durchführung der Umbaumaßnahmen, können Sie vorher nicht wissen, in welcher konkreten Höhe bis zur Obergrenze von 4.000 Euro sich die Pflegekasse später beteiligen wird. Die Pflegekasse ist nämlich nicht verpflichtet, in jedem Fall einen Zuschuss von tatsächlich 4.000 Euro zu leisten. Abhängig vom jeweiligen Einzelfall kann der Zuschuss auch erheblich weniger als 4.000 Euro betragen, was wiederum von der individuellen Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit der Umbaumaßnahme abhängt.

Zu beachten ist auch, dass der Zuschuss nur auf den pflegegerechten Umbau der Wohnung insgesamt geleistet wird, wenn zum Zeitpunkt der Antragstellung mehrere Umbaumaßnahmen notwendig sind. Wird also beispielsweise zu einem bestimmten Zeitpunkt festgestellt, dass zur Gewährleistung der häuslichen Versorgung mehrere Umbauten an der Wohnung erforderlich sind (z. B. Umbau der Dusche und sämtlicher Türrahmen sowie Einbau eines Treppenliftes), so sind diese verschiedenen Umbaumaßnahmen als eine einzige Gesamtmaßnahme zu betrachten. Der Zuschuss in Höhe von maximal 4.000 Euro (bzw. 16.000 Euro bei mehreren pflegebedürftigen Bewohnern) wird dann nur auf die Gesamtkosten aller Umbauten geleistet und nicht für jede einzelne Umbaumaßnahme gesondert. Verändert sich der Pflegebedarf nach Abschluss der Umbaumaßnahmen in einer Weise, dass weitere Umbaumaßnahmen erforderlich werden, kann der Zuschuss der Pflegekasse erneut für diese neue Umbaumaßnahme beantragt bzw. geleistet werden.

3.2 Beschäftigung von Haushaltshilfen und Pflegehilfskräften

3.2.1 AhA (Agenturen für haushaltsnahe Arbeit)

Alle Agenturen für haushaltsnahe Arbeit (AhA) bieten grundsätzlich folgende Leistungen an:

- Reinigungsarbeiten im Haus,
- Wäschepflege,
- häusliche Blumenpflege,
- Einkäufe,
- Botengänge.

Darüber hinaus können bei vielen Agenturen aber auch noch weitere Dienstleistungen in Anspruch genommen werden.

Es besteht die Möglichkeit, vom Land bezuschusste Stunden zu kaufen. Der Zuschuss pro Dienstleistungsstunde, den die AhA-Dienstleistungsagentur als Anschubfinanzierung erhält, beträgt im ersten und zweiten Jahr 3,50 € und im dritten und vierten Jahr 2,50 € und zwar für maximal 10 Stunden pro Monat und Haushalt. Eine Doppelförderung von Dienstleistungsstunden ist nicht möglich. Privathaushalte, die für die gekauften Dienstleistungsstunden bereits Zuwendungen von anderen Stellen wie Krankenkasse, Pflegekasse usw. erhalten können keine vom Land bezuschussten Stunden kaufen.

Darüber hinaus hat man die Möglichkeit, bis zu 20 % der Rechnungsbeträge (max. 20.000 Euro pro Jahr) steuerlich geltend zu machen. Somit reduzieren sich die Kosten erheblich. Da es sich bei den einzelnen AhA um selbstständige Unternehmen handelt, werden die Preise von jeder AhA selbst – entsprechend der gewünschten Dienstleistungen – bestimmt. Die genauen Preise für den jeweiligen, individuellen Bedarf erfragt man deshalb direkt bei der AhA seiner Wahl.

AhA-Agenturen in den Landkreisen/Regionalverband

Saarbrücken und Regionalverband

Katholische Familienbildungsstätte Neunkirchen e.V. (nur Friedrichsthal)

Marienstraße 5
66538 Neunkirchen
Ansprechpartnerin: Helga Hudzicki
Telefon: (06821) 90 46 50
Fax: (06821) 9 04 65 20
E-Mail: kathfbs@aol.com

Service-Engel GmbH

Friedrich-Ebert-Straße 14
66763 Dillingen
Ansprechpartnerinnen: Frau Hessedenz, Frau Krüger oder Frau Klein
Telefon: (0681) 83 90 51 75
Fax: (06831) 76 02 48
E-Mail: info@service-engel-online.de

MiLu Leben UG % Co. KG

(Wadgassen und Umgebung/angrenzender Regionalverband)
Tischenweg 16
66787 Wadgassen
Ansprechpartnerin: Miriam Tondo-Bobbio
Telefon: (06834) 9 49 99 37
Fax: (06834) 94 99 93 71
E-Mail: info@milu.help

Kreis Saarlouis

Heinzel-Menschen GmbH

Friedrich-Ebert-Straße 14
66763 Dillingen
Ansprechpartnerinnen: Frau Hessedenz, Frau Krüger oder Frau Klein
Telefon: (06831) 507 17 44
E-Mail: info@heinzel-menschen-online.de

Kreis Neunkirchen

Neunkircher Agentur für haushaltsnahe Arbeit

Schulstraße 38
66606 St. Wendel
Ansprechpartner: Klaus Römisch
Telefon: (06851) 80 85 01 oder (0178) 7 19 92 50
E-Mail-Kontakt: klausroemisch@aol.com

Katholische Familienbildungsstätte Neunkirchen e.V.

Marienstraße 5
66538 Neunkirchen
Ansprechpartnerin: Helga Hudzicki
Telefon: (06821) 90 46 50
Mobil: (0163) 2 93 65 59
Fax: (06821) 9 04 65 20
E-Mail: kathfbs@aol.com

Saar-Pfalz-Kreis

CJD Homburg/Saar gGmbH

Einöder Straße 80
66424 Homburg
Ansprechpartnerin: Dagmar Hentschel
Telefon: (06841) 69 13 03
Fax: (06841) 69 15 85
E-Mail: dagmar.hentschel@cjd.de

Katholische Familienbildungsstätte Neunkirchen e.V. (nur im Bereich Bexbach und Homburg)

Marienstraße 5
66538 Neunkirchen
Ansprechpartnerin: Helga Hudzicki
Telefon: (06821) 90 46 50
Fax: (06821) 9 04 65 20
E-Mail: kathfbs@aol.com

Kreis St. Wendel

Katholische Familienbildungsstätte Neunkirchen e.V.

Marienstraße 5
66538 Neunkirchen
Ansprechpartnerin: Helga Hudzicki
Telefon: (06821) 90 46 50
Fax: (06821) 9 04 65 20
E-Mail: kathfbs@aol.com

Mobiler Betreuungs- und Hauswirtschaftsservice Ursula Feß

Zum Gehren 9
66640 Namborn
Telefon: (06854) 90 88 66
Fax: (06854) 90 88 66
E-Mail: mobehas-u.fess@gmx.de

St. Wendeler Agentur für haushaltsnahe Arbeit

Schulstraße 38
66606 St. Wendel
Ansprechpartner: Klaus Römisch
Telefon: (06851) 80 85 01 oder (0178) 7 19 92 50
E-Mail-Kontakt: Klausroemisch@aol.com

Kreis Merzig-Wadern

Haushalt-Profis GmbH

Friedrich-Ebert-Straße 14
66763 Dillingen
Ansprechpartnerinnen: Frau Hessendenz, Frau Krüger oder Frau Klein
Telefon: (06831) 5 07 17 44
Fax: (06831) 76 02 48
E-Mail: info@haushalt-profis-online.de

SOS-Kinderdorf e.V., SOS-Kinderdorf Saar

Am Seffersbach 5
66663 Merzig
Ansprechpartnerin: Ursula Zeimet, Bereichsleiterin Mehrgenerationenhaus Jung hilft Alt
Telefon (06861) 93 29 -13
Telefax (06861) 93 29 -16
ursula.zeimet@sos-kinderdorf.de

3.2.2 Beschäftigung ausländischer Haushaltshilfen/Pflegekräfte

Staatsangehörige der Mitgliedstaaten der Europäischen Union dürfen ohne separate Arbeitsgenehmigung in Deutschland arbeiten. Für sie gelten die gleichen Bedingungen wie für die in Deutschland ansässigen Beschäftigten.

Familie/Familienmitglieder als Arbeitgeber

Familien/Familienmitglieder können selbst als Arbeitgeber auftreten und eine ausländische Haushaltshilfe oder Pflegehilfskraft anstellen. Die Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen sollten in einem schriftlichen Arbeitsvertrag festgehalten werden. Als Arbeitgeber erhalten Sie von der Bundesagentur für Arbeit eine sogenannte Betriebsnummer (Beantragung beim Betriebsnummern-Service unter Telefon: 08004 5555 20) und können somit die angestellte Pflegekraft bei einer gesetzlichen Krankenkasse anmelden. Außer dem müssen Sie die Haushaltshilfe unfallversichern (über die zuständige Berufsgenossenschaft: <http://www.dguv.de/de/index.jsp>).

Bei der Vermittlung hilft im Bedarfsfall die „Zentrale Auslands- und Fachvermittlung (ZAV) – Internationaler Personalservice“.

Vermittlung von Haushaltshilfen

Auch nach dem Wegfall der Arbeitserlaubnispflicht für fast alle EU-Mitgliedstaaten unterstützt die „Zentrale Auslands- und Fachvermittlung (ZAV) – Internationaler Personalservice“ weiterhin Privathaushalte bei der Suche und Auswahl geeigneter Hilfskräfte für die Betreuung pflegebedürftiger Personen. Haushalte mit einer pflege-/betreuungsbedürftigen Person können bei der örtlichen Agentur für Arbeit oder direkt bei der ZAV, Villemombler Str. 76, 53123 Bonn, Fax: (0228) 713 22 24; E-Mail: incoming@arbeitsagentur.de, Telefon: (0228) 71321 32, ein Stellenangebot einreichen. Der Stellenangebotsvordruck ist unter folgendem Link zu finden: www.zav.de | Personalsuche | Personalsuche für Deutschland | Haushaltshilfen aus der EU für Privathaushalte mit pflegebedürftigen Personen.

Pflegerische Alltagshilfen erlaubt

Die von der ZAV vermittelten ausländischen Haushaltshilfen dürfen neben hauswirtschaftlichen Tätigkeiten auch notwendige pflegerische Alltagshilfen ausführen, also Pflegebedürftige unterstützen (An- und Auskleiden, Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, Körperpflege, Essen, Trinken sowie bei der Fortbewegung innerhalb und außerhalb der Wohnung).

Lohn- und Arbeitsbedingungen

Vermittlungsaufträge können von der ZAV nur entgegengenommen werden, wenn die ausländischen Haushaltshilfen und Pflegehilfskräfte nicht zu ungünstigeren Arbeitsbedingungen als vergleichbare deutsche Arbeitnehmer beschäftigt werden. Während ihrer Beschäftigung in Deutschland gelten für ausländische Haushaltshilfen und Pflegehilfskräfte die Bestimmungen des deutschen Arbeitsrechts.

Ebenfalls gelten die im Arbeitszeitgesetz (ArbZG) vorgesehenen Höchstarbeitszeiten, Pausenregelungen und Mindestruhezeiten. Dabei darf die werktägliche Arbeitszeit im Durchschnitt 8 Stunden (= 48 Stunden wöchentlich) nicht überschritten werden und die Ruhezeit nach Beendigung der täglichen Arbeitszeit muss mindestens 11 ununterbrochene Stunden betragen. Vom ArbZG ausgenommen sind Beschäftigte, die in häuslicher Gemeinschaft mit den ihnen anvertrauten Personen zusammenleben und sie eigenverantwortlich betreuen, pflegen oder erziehen. Sofern diese Voraussetzungen vorliegen, findet das ArbZG auch auf ausländische Haushalts- und Pflegehilfen keine Anwendung.

Hinweis

Nach der Einreise muss sich die ausländische Haushaltshilfe und Pflegehilfskraft bei der Meldebehörde an ihrem Wohnort anmelden. Die Steueridentifikationsnummer ist beim zuständigen Finanzamt zu beantragen.

3.3 Pflege im Heim

Im Saarland gibt es insgesamt ca. 400 Kurzzeitpflege und ca. 12.280 Pflegeheimplätze sowie ca. 40 Hospizplätze.

Ein entsprechendes Verzeichnis kann auf der Internetseite des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie unter der Rubrik „Publikationen“ (<http://www.saarland.de/11437.htm>) abgerufen werden.

3.3.1 Vollstationäre Versorgung

Wann wird vollstationäre Pflege gewährt?

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben Anspruch auf vollstationäre Pflege in zugelassenen Pflegeeinrichtungen. Entsprechend der Pflegegradeinstufung zahlt die Pflegekasse einen pauschalen Sachleistungsbetrag an das Pflegeheim (Pflegesatz). Er beträgt monatlich im Pflegegrad 2 770,00 Euro, im Pflegegrad 3 1.262,00 Euro, im Pflegegrad 4 1.775,00 Euro und im Pflegegrad 5 2.005,00 Euro. Die Sachleistung ist für den Pflegeaufwand einschließlich der Aufwendungen für die Betreuung und für die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bestimmt. Wählen Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 vollstationäre Pflege, erhalten Sie von der Pflegekasse einen Zuschuss in Höhe von 125,00 Euro monatlich.

Einen Überblick über zugelassene Pflegeheime geben die Leistungs- und Preisvergleichslisten, die die Pflegekassen kostenfrei zur Verfügung stellen.

Welche Kosten sind bei stationärer Pflege nicht abgedeckt?

Reicht die pauschale Leistung der Pflegeversicherung im Einzelfall nicht aus, um die pflegebedingten Aufwendungen abzudecken, gilt seit 1.1.2017 in jeder vollstationären Pflegeeinrichtung für Pflegebedürftige mit Pflegegrad 2 bis 5 ein einrichtungseinheitlicher Eigenanteil. Dies bedeutet, dass der Eigenanteil für einen Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 5 genauso hoch ist wie für einen Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 2. Der Eigenanteil unterscheidet sich nur noch von vollstationärer Pflegeeinrichtung zu vollstationärer Pflegeeinrichtung.

Ist bei Pflegebedürftigen in der vollstationären Pflege, die schon vor dem 1.1.2017 Leistungen der Pflegeversicherung erhalten haben (Bestandsfälle), der einrichtungseinheitliche Eigenanteil im Januar 2017 höher als der individuelle Eigenanteil für die pflegebedingten Aufwendungen im Monat Dezember 2016, so ist von der Pflegekasse im Rahmen eines Besitzstandsschutzes ein monatlicher Zuschlag in Höhe der Differenz an die vollstationäre Pflegeeinrichtung zu zahlen. Die Pflegekassen haben den betroffenen Pflegebedürftigen die Höhe des monatlichen Zuschlages sowie jede Änderung der Zuschlagshöhe schriftlich mitzuteilen.

Zusätzlich zum pflegebedingten Eigenanteil fallen bei vollstationärer Pflege für die Pflegebedürftigen folgende weitere Kosten an: Dazu gehören die Kosten für Unterkunft und

Verpflegung. Auch können die Pflegeeinrichtungen betriebsnotwendige Investitionskosten, die nicht durch öffentliche Förderung gedeckt sind, den Pflegebedürftigen gesondert in Rechnung stellen.

Kann der Pflegebedürftige diese Kosten nicht selbst tragen, springt unter bestimmten Voraussetzungen der Träger der Sozialhilfe ein.

3.3.2 Teilstationäre Versorgung

Als teilstationäre Versorgung wird die zeitweise Betreuung im Tagesverlauf in einer Einrichtung bezeichnet. Teilstationäre Pflege kann als Tages- oder Nachtpflege konzipiert sein. Gewährt wird teilstationäre Pflege nur, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang zur Verfügung gestellt werden kann oder wenn teilstationäre Pflege zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist.

Dabei übernimmt die Pflegekasse die Pflegekosten einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und die Aufwendungen für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege sowie die Fahrkosten für die notwendige Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung und zurück.

Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie von der teilstationären Einrichtung in Rechnung gestellte betriebsnotwendige Investitionskosten müssen dagegen privat getragen werden. Kann der Pflegebedürftige diese Kosten nicht selbst tragen, springt unter bestimmten Voraussetzungen der Träger der Sozialhilfe ein.

Die Tagespflege wird in der Regel von Pflegebedürftigen in Anspruch genommen, deren Angehörige tagsüber berufstätig sind. Die Pflegebedürftigen werden meist morgens abgeholt und nachmittags zurück nach Hause gebracht. Die Höhe der Leistung beträgt monatlich im Pflegegrad 2 bis zu 689,00 Euro, im Pflegegrad 3 bis zu 1.298,00 Euro, im Pflegegrad 4 bis zu 1.612,00 Euro und im Pflegegrad 5 bis zu 1.995,00 Euro.

Neben der Tages- und Nachtpflege können Pflegebedürftige mit Pflegegrad 2 bis 5 das Pflegegeld, die Pflegesachleistung oder die Kombinationsleistung aus Pflegegeld und Pflegesachleistung ohne Kürzung in vollem Umfang in Anspruch nehmen.

Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 haben keinen Anspruch auf Leistungen für Tages- und Nachtpflege. Sie können aber den ihnen zustehenden Entlastungsbetrag von 125,00 Euro monatlich im Wege der Kostenerstattung für Leistungen der Tages- und Nachtpflege einsetzen.

Können die Leistungen der Tages- und Nachtpflege mit anderen Leistungen kombiniert werden?

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 können teilstationäre Versorgung, also teilstationäre Tages- und Nachtpflege zusätzlich zu ambulanten Pflegesachleistungen, Pflegegeld oder der Kombination aus Geld- und Sachleistung in Anspruch nehmen, ohne dass eine Anrechnung auf diese Ansprüche erfolgt.

Beispiel:

Wird im Bereich der Tages- und Nachtpflege die Hälfte der Leistung in Anspruch genommen, besteht daneben noch ein 100-prozentiger Anspruch auf Pflegegeld oder eine Pflegesachleistung. Dieser volle Anspruch beim Pflegegeld oder bei der Sachleistung erhöht sich allerdings nicht weiter, wenn weniger als 50 Prozent der Leistung für die Tages- und Nachtpflege in Anspruch genommen werden.

3.3.3 Kurzzeitpflege

Welche Leistungen beinhaltet die Kurzzeitpflege?

Viele Pflegebedürftige sind nur für eine begrenzte Zeit auf vollstationäre Pflege angewiesen – insbesondere zur Bewältigung von Krisensituationen bei der häuslichen Pflege oder übergangsweise im Anschluss an einen stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung. Für sie gibt es die Kurzzeitpflege in entsprechenden stationären Einrichtungen. Dabei übernimmt die Pflegekasse die Pflegekosten einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege.

Die Leistung der Pflegeversicherung für die Kurzzeitpflege unterscheidet sich betragsmäßig nicht nach Pflegegraden, sondern steht allen Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 2 bis 5 in gleicher Höhe zur Verfügung. Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 haben keinen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung für Kurzzeitpflege. Sie können aber den ihnen zustehenden Entlastungsbetrag von 125,00 Euro monatlich im Wege der Kostenerstattung für Leistungen der Kurzzeitpflege einsetzen.

Die Höhe der Leistung der Pflegeversicherung für Kurzzeitpflege beträgt bis zu 1.612 Euro für bis zu acht Wochen pro Kalenderjahr. Der Leistungsbetrag von 1.612,00 Euro pro Jahr kann durch Mittel der Verhinderungspflege, die noch nicht in Anspruch genommen wurden, auf bis zu 3.224,00 Euro jährlich aufgestockt werden. Den Betrag, den man aus Mitteln der Verhinderungspflege für die Kurzzeitpflege in Anspruch nimmt, wird auf den Leistungsbetrag der Verhinderungspflege angerechnet.

Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie von der Kurzzeitpflegeeinrichtung in Rechnung gestellte betriebsnotwendige Investitionskosten müssen dagegen privat getragen werden. Kann der Pflegebedürftige diese Kosten nicht selbst tragen, springt unter bestimmten Voraussetzungen der Träger der Sozialhilfe ein.

Kurzzeitpflege in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen

Kurzzeitpflege kann auch in stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Anspruch genommen werden, wenn die Pflegeperson in dieser Einrichtung eine Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch nimmt und eine gleichzeitige Unterbringung und Pflege des Pflegebedürftigen erforderlich ist.

Kurzzeitpflege kann im Einzelfall bei zu Hause gepflegten Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 auch in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen in Anspruch genommen werden, wenn die Pflege in einer von der Pflegekasse zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich ist oder nicht zumutbar erscheint.

Kurzzeitpflege ohne Vorliegen von Pflegebedürftigkeit?

Krankenversicherte, bei denen ein Krankenhausaufenthalt geboten, aber nicht durchführbar ist oder ein solcher durch häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt werden kann, erhalten Leistungen der häuslichen Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte. Diese Personen sind nicht pflegebedürftig sondern erkrankt. Wenn die Leistungen der häuslichen Krankenpflege bei schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung nicht ausreichend sind, erbringt die Krankenkasse die erforderlichen Leistungen der Kurzzeitpflege für eine Übergangszeit, auch wenn keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2 bis 5 vorliegt. Bezüglich Leistungsdauer und Leistungshöhe gelten die Regelungen, die unter dem Punkt „Welche Leistungen beinhaltet die Kurzzeitpflege?“ beschrieben sind.

TIPPS

- Wer steuerpflichtig ist und in einem Pflegeheim oder einer Seniorenresidenz untergebracht ist und seine Pflegeheimkosten selbst bezahlt, kann diese Kosten bei seiner eigenen Steuererklärung geltend machen.
- Auch Unterhaltspflichtige können die Kosten für die Heimunterbringung steuerlich geltend machen. Wer als Unterhaltspflichtiger mit einem Pflegedienst oder einem Pflegeheim einen Pflegevertrag schließt, muss unbedingt darauf achten, dass er vom Heim nicht automatisch zur Zahlung der Pflegeheimkosten verpflichtet werden kann, sobald das Vermögen des Pflegebedürftigen aufgebraucht ist.
- Wer rechtzeitig eine Pflegeversicherung abgeschlossen hat, bekommt selbstverständlich von dieser Versicherung separate Zuzahlungen.

Check-Liste: Wie erkenne ich ein gutes Pflegeheim?

Lage des Pflegeheims	😊	☹
Sagt Ihnen die Einrichtung grundsätzlich zu (Ort, Außenbereich, Lärmpegel etc.)?	☐	☐
Wie ist die Anbindung an Bus und Bahn?	☐	☐
Ist die Einrichtung in der Nähe meiner Angehörigen?	☐	☐
Wie ist das kulturelle Angebot in der nahen Umgebung?	☐	☐
Kann ich in der Nähe Einkäufe tätigen?	☐	☐

Ausstattung des Pflegeheims	😊	☹
Entspricht die Zimmerausstattung Ihren Wünschen?	☐	☐
Entspricht die Zimmerteilung Ihren Vorstellungen?	☐	☐
Sind die Räumlichkeiten behindertengerecht?	☐	☐
Gibt es Grünanlagen?	☐	☐
Gibt es ansprechende Gemeinschaftsräume?	☐	☐
Ist die Bewohnerzahl des Pflegeheims zu groß?	☐	☐

Verpflegung	😊	☹
-------------	---	---

Werden besondere Essenswünsche berücksichtigt?	☐	☐
Wie ist die Qualität des Essens?	☐	☐
Werden die Mahlzeiten gemeinsam eingenommen?	☐	☐
Können die Mahlzeiten auch im eigenen Zimmer eingenommen werden?	☐	☐
Wie flexibel sind die Essenszeiten?	☐	☐
Informationen und sonstige Kriterien		
Wie detailliert sind die Auskünfte zu Kosten und Finanzierungsmöglichkeiten?	☐	☐
Wie gut werden Sie beraten?	☐	☐
Welche Atmosphäre herrscht in dem Pflegeheim?	☐	☐
Ist ein Probewohnen möglich?	☐	☐
Können Haustiere mitgebracht werden?	☐	☐
Gibt es einen Heimbeirat?	☐	☐
Wie sind die Kündigungsfristen?	☐	☐
Welchen Eindruck haben Sie vom ersten Beratungsgespräch?	☐	☐

3.4 Wann müssen Kinder für Pflegeheimkosten der Eltern aufkommen?

Pflegeheimplätze sind in der Regel sehr kostenintensiv. Insbesondere für nahe Angehörige stellt sich deshalb häufig die Frage, wer für die Heimkosten aufkommen muss, falls das finanzielle Budget der zu pflegenden Person nicht ausreichend ist. Diesbezüglich gibt es jedoch klare staatliche Regelungen, in welcher Höhe Angehörige einen sogenannten Pflegeunterhalt zahlen müssen.

Was kostet ein Platz im Pflegeheim?

Die Kosten für einen Pflegeheimplatz sind von Institution zu Institution unterschiedlich. Maßgebend für die Kosten eines Pflegeheimplatzes sind in der Regel Lage, Ausstattung, Betreuung etc..

Wer muss für die Pflegeheimkosten aufkommen?

Wie bereits zuvor ausführlich dargestellt, richten sich die Kostenbeteiligungen der Pflegekasse nach den jeweiligen Pflegegraden. Da die Gesamtkosten trotz Kostenbeteiligung der Pflegekassen in der Regel nicht gedeckt werden können, ist es erforderlich, den Fehlbetrag anderweitig zu decken. Die restlichen Kosten müssen zunächst durch die zu pflegende Person gedeckt werden. Erst, wenn diese den Fehlbetrag nicht decken kann, müssen die unterhaltspflichtigen Angehörigen für die Deckung des Fehlbetrages aufkommen. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass sowohl der zu pflegenden Person, als auch den unterhaltspflichtigen Angehörigen ein sogenanntes „Schonvermögen“ zusteht. Dieses Schonvermögen darf nicht zur Deckung des Fehlbetrages herangezogen werden. Darüber hinaus kann bei den Landkreisen für zu pflegende Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben oder beim Landesamt für Soziales für zu pflegende Personen, die das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, ein Antrag auf „Hilfe zur Pflege“ gestellt werden. Diese staatliche Hilfe richtet sich jedoch nach dem Einkommen und Vermögen der zahlungspflichtigen Personen.

Reihenfolge der Kostenbeteiligung

Zunächst übernimmt die jeweilige Pflegekasse/Pflegeversicherung – gemäß der Einstufung in den jeweiligen Pflegegrad – einen Teil der Heimplatzkosten. Für den Fehlbetrag müssen die zu pflegenden Personen selbst aufkommen. Erst wenn die pflegebedürftige Person nicht dazu in der Lage ist, aus eigenen finanziellen Mitteln den Fehlbetrag zu decken, wird anhand der sogenannten „Düsseldorfer Tabelle“ geprüft, ob weitere nahe Angehörige für das Aufbringen der restlichen Unterbringungskosten herangezogen werden, zunächst Ehepartner, danach Kinder und unter bestimmten Umständen auch Enkelkinder. Erst, wenn keine der zuvor genannten Personen dazu in der Lage ist, die restlichen Kosten zu decken, kann der Staat im Rahmen der „Hilfe zur Pflege“ für die restlichen Kosten aufkommen.

Ab welcher Einkommensgrenze sind Angehörige unterhaltspflichtig?

Die Frage, ab welchem Einkommen Angehörige unterhaltspflichtig sind, kann pauschal nicht beantwortet werden. Dies hängt von zahlreichen Faktoren ab: Ausgaben für Unterhaltszahlungen, Ausgaben für die jeweilige eigene Altersvorsorge, Familienstand, Einkommen etc.. Weder einem Ehepartner noch den Kindern wird zugemutet, dass sie aufgrund der zu zahlenden Pflegeheimkosten selbst in finanzielle Schwierigkeiten geraten. Die Angaben zur Bemessung der Zuzahlung durch Angehörige erfordert eine detaillierte Auflistung aller Einnahmen und Ausgaben der zahlungspflichtigen Person.

Welche Ausgabearten zur Berechnung des Pflegeunterhalts kommen in Frage?

Es ist wichtig, dass Unterhaltspflichtige neben einer detaillierten Einnahmenaufstellung auch eine detaillierte Ausgabenauflistung vornehmen.

Solche Ausgaben können sein:

- Ausgaben für eine Ausbildung oder ein Studium der Kinder; Fahrtkosten zum Arbeitsplatz;
- Kosten für Kinderbetreuung;
- Kosten für die eigene Lebensführung; Mietkosten;
- Rücklagen für die eigene Altersvorsorge; Kreditrückzahlungen;
- Kosten für Versicherungen; etc..

Die aufgeführten Kosten sind nicht abschließend und sollen an dieser Stelle nur beispielhaft zeigen, welche Kostenarten zur Bemessung des Kostenbeitrages für einen Pflegeplatz einkalkuliert werden können.

Was versteht man unter dem sogenannten „Schonvermögen“?

Damit die Lebensführung des Unterhaltspflichtigen nicht gefährdet wird, hat der Gesetzgeber ein sogenanntes Schonvermögen eingeführt, welches sicherstellen soll, dass Unterhaltspflichtige durch Heranziehung zur Kostenbeteiligung für einen Heimpflegeplatz nicht selbst in eine finanzielle Notlage geraten. Die Höhe des Schonvermögens eines Unterhaltspflichtigen ist individuell verschieden. Schonvermögen ist der Betrag, der nicht für die Berechnung von Unterhaltszahlungen berücksichtigt wird und den die Rechtsprechung dem Unterhaltspflichtigen zum Schutz vor finanzieller Überlastung zubilligt und bezieht sich auf Werte, die von der Heranziehung für die Unterhaltungspflicht verschont bleiben: Einerseits soll der Lebensbedarf des Unterhaltspflichtigen geschützt, andererseits seine Altersvorsorge nicht gefährdet werden.

Wie hoch die Grenze des Schonvermögens beim Elternunterhalt ist, kommt jeweils auf den Einzelfall an, weil sich der Betrag aus mehreren Faktoren zusammensetzt. Es durchzieht dabei alle finanziellen Aspekte des Unterhaltspflichtigen, weil er auch grundsätzlich mit allen finanziellen Mitteln für den Elternunterhalt aufkommen muss.

Wann muss die eigene Immobilie zur Kostendeckung verkauft werden?

Grundsätzlich kann man davon ausgehen, dass selbstgenutzter Wohnraum nicht zur Deckung des Fehlbetrages veräußert werden muss. Maßgeblich hierbei ist jedoch, dass der Wohnraum in einer angemessenen Relation zu den Bewohnern steht. Auch hier ist eine pauschale Aussage nicht möglich.

Wo erhalte ich Hilfe bei der Erfassung der Einnahmen und Ausgaben?

- Eine erste Übersicht zu seiner Situation kann sich jeder Unterhaltspflichtige zunächst über verschiedene Unterhaltsrechner verschaffen. Diese finden Sie auf zahlreichen Internetseiten.
- Maßgebend ist jedoch die tatsächliche Berechnung, welche für die Heranziehung erstellt wird. Hierbei ist es ratsam, sich professionelle Hilfe zu nehmen. Hier können u.a. Rechtsanwälte, der VdK oder auch die Pflegestützpunkte behilflich sein. Die Kosten einer solchen Beratung sollten jedoch immer in Relation zu potenziellen Unterhaltszahlungen gesehen werden.
- Zur genauen Abklärung steuerlicher Fragen sollten Sie ebenfalls einen Steuerexperten konsultieren.

Sind Kinder grundsätzlich gegenüber ihren Eltern unterhaltspflichtig?

Auch in diesem Bereich kann keine pauschale Aussage getroffen werden. Selbst wenn die finanzielle Situation der Kinder ergeben würde, dass sie unterhaltspflichtig sind, besteht die Möglichkeit, dass sie diese Zahlung ablehnen können. Dies betrifft jedoch nicht die Mehrzahl der Fälle und sollte rechtlich mit einem Anwalt abgeklärt werden.

Mehrere unterhaltspflichtige Kinder

Hat eine zu pflegende Person mehrere Kinder, so können diese gemeinsam zur Zahlung der restlichen Heimkosten herangezogen werden.

Wer bezahlt die Pflegeheimkosten, wenn Kinder nicht unterhaltspflichtig sind?

In diesem Fall kommen Sozialleistungen in Form von „Hilfe zur Pflege“ in Betracht (siehe dazu auch Punkt „**Wer muss für die Pflegeheimkosten aufkommen?**“).

Berechnung des Umfanges der Unterhaltungspflicht

Sofern eine Unterhaltungspflicht der Kinder dem Grunde nach nicht ausgeschlossen ist, muss anhand der Einkommens- und Vermögensverhältnisse der Kinder der betragsmäßige Umfang deren Unterhaltungspflicht ermittelt werden. Hierbei sind sämtliche Einkünfte der Kinder, sowie auch deren finanzielle Belastungen zu berücksichtigen. Bestimmte Vermögenswerte der Kinder – wie etwa ein selbstgenutztes angemessenes Hausgrundstück

oder ein Pkw – bleiben unangetastet. Bevor die Kinder Unterhalt für ihre pflegebedürftigen Eltern leisten müssen, sind natürlich vorrangig die Einkünfte der Eltern sowie die Leistungen der Kranken- und Pflegekassen einzusetzen. Erst wenn auch diese Mittel insgesamt nicht ausreichen, um den Bedarf der Eltern zu decken, übernimmt der Sozialhilfeträger die nicht gedeckten Kosten. Der Sozialhilfeträger wird dann in der Regel zunächst in Vorleistung treten. Im Anschluss wird er den Unterhaltsanspruch der Eltern gegen die Kinder geltend machen. Verbleibt den Kindern der pflegebedürftigen Person auch nach Abzug des angemessenen Eigenbedarfes ein überschüssiger Einkommensbetrag, so muss dieser regelmäßig nur im Umfang von 50 % zur Deckung des Bedarfes der Eltern herangezogen werden. Diese sog. „50%-Regelung“ entlastet die unterhaltspflichtigen Kinder pflegebedürftiger Eltern erheblich.

Berechnungsbeispiel:

Der überlebende, pflegebedürftige Elternteil einer alleinstehenden Person (einziges Kind) befindet sich im Pflegeheim. Trotz Einsatz der Renteneinkünfte und der Leistungen der Pflegekasse verbleiben ungedeckte Heimkosten in Höhe von 1.000 Euro monatlich. Die unterhaltspflichtige Person verfügt über ein monatliches durchschnittliches Nettoeinkommen in Höhe von 3.000 Euro.

Nettoeinkommen der unterhaltspflichtigen Person	3.000 Euro
abzüglich angemessener Eigenbedarf	1.800 Euro
Zwischensumme	1.200 Euro

davon 1/2 (50 %-Regelung) 600 Euro
Für den Elternunterhalt einsetzbar 600 Euro

4.1 Pflege von Angehörigen zu Hause

Wer sich dazu entschieden hat, einen nahestehenden Menschen oder Angehörigen zu Hause zu pflegen, dem bietet die Pflegeversicherung verschiedene Hilfen und Leistungen an, um die häusliche Pflege durch Angehörige zu fördern.

4.1.1 Finanzielle Unterstützung (Pflegegeld)

Was ist Pflegegeld und wer bekommt es?

Siehe hierzu Kapitel 3.1.2.

4.1.2 Soziale Absicherung der Pflegeperson

Welche Rentenansprüche haben Pflegepersonen?

Unter einer Pflegeperson im Sinne der sozialen Pflegeversicherung versteht man eine Person, die nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen in seiner häuslichen Umgebung pflegt. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson werden nur dann geleistet, wenn die Pflegeperson eine oder mehrere pflegebedürftige Personen mit mindestens Pflegegrad 2 wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, pflegt. Ist die Pflegeperson nicht mehr als 30 Stunden in der Woche erwerbstätig, zahlt die Pflegeversicherung die Beiträge zur Rentenversicherung. Die Höhe richtet sich dabei nach dem Schweregrad der Pflegebedürftigkeit und dem Umfang der Pflegetätigkeit.

Wie ist die Pflegeperson versichert?

Wer einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 pflegt, ist während der Pflegetätigkeiten und bei allen Tätigkeiten und Wegen, die mit der Pflege zusammenhängen, gesetzlich unfallversichert, ebenso ist sie nach dem Recht der Arbeitsförderung versichert. Die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen, bei denen eine Pflegeversicherung besteht, entrichten für die Pflegeperson Beiträge an die Bundesagentur für Arbeit, wenn die Pflegeperson unmittelbar vor Beginn der Pflegetätigkeit versicherungspflichtig war oder Anspruch auf eine laufende Entgeltersatzleistung nach dem SGB III hatte.

4. Vereinbarkeit von Pflege und Beruf



4.1.3 Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

Gibt es professionelle Anleitung für die Pflege zu Hause?

Personen, die einen Angehörigen pflegen oder sich ehrenamtlich um Pflegebedürftige kümmern, können an einem Pflegekurs der Pflegekassen teilnehmen. Diese Kurse werden zum Teil in Zusammenarbeit mit Verbänden der freien Wohlfahrtspflege, mit Volkshochschulen, der Nachbarschaftshilfe oder Bildungsvereinen angeboten. Sie bieten praktische Anleitungen und Informationen, aber auch Beratung und Unterstützung zu den unterschiedlichsten Themen. Außerdem bieten diese Kurse pflegenden Angehörigen die Möglichkeit, sich mit Anderen auszutauschen und Kontakte zu knüpfen. Die Schulung sollte auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen stattfinden. Außerdem werden bei Pflegegeldbeziehern Beratungseinsätze durchgeführt.

4.1.4 Pflegezeit

Was ist Pflegezeit?

Anspruch auf Pflegezeit wird der Person gewährt, die einen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegt. Es handelt sich um eine unbezahlte, sozialversicherte, vollständige oder teilweise Freistellung von der Arbeit für die Dauer von bis zu sechs Monaten. Der Anspruch besteht nur gegenüber Arbeitgebern mit mehr als 15 Beschäftigten. Als nahe Angehörige gelten insbesondere: Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen Gemeinschaft, Großeltern, Eltern, Geschwister, Kinder, Adoptiv- und Pflegekinder, Enkelkinder sowie die Schwiegereltern und Schwiegerkinder.

Was muss beachtet werden, wenn Pflegezeit in Anspruch genommen wird?

Die Pflegezeit muss gegenüber dem Arbeitgeber, zehn Tage bevor sie in Anspruch genommen wird, schriftlich angekündigt werden. Dies beinhaltet auch die Angabe über den Zeitraum sowie den Umfang der Pflegezeit. Die Pflegebedürftigkeit des oder der nahen Angehörigen muss dem Arbeitgeber durch eine Bescheinigung der Pflegekasse oder des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nachgewiesen werden.

Besteht die Möglichkeit, sich für die Pflegezeit nur teilweise von der Arbeit freistellen zu lassen?

Im Fall der teilweisen Freistellung wird gemeinsam mit dem Arbeitgeber eine schriftliche Vereinbarung über die Verringerung und die Verteilung der Arbeitszeit getroffen. Der Arbeitgeber kann den Wunsch nach teilweiser Freistellung nur aus dringenden betrieblichen Gründen ablehnen.

Kann die Pflegezeit auch vor Ablauf des in Anspruch genommenen Zeitraums beendet werden?

Grundsätzlich gilt: Die Pflegezeit kann nur mit Zustimmung des Arbeitgebers vorzeitig beendet werden. Ausnahmen: Die Pflegezeit endet vor Ablauf des in Anspruch genommenen Zeitraums mit einer Übergangsfrist von vier Wochen, wenn die gepflegte Person verstirbt, in eine stationäre Pflegeeinrichtung aufgenommen werden muss oder die häusliche Pflege des nahen Angehörigen aus anderen Gründen unmöglich oder unzumutbar wird.

4.1.5 Soziale Absicherung während der Pflegezeit

Sind Pflegepersonen während der Pflegezeit sozial versichert?

Der Kranken- und Pflegeversicherungsschutz bleibt in der Regel während der Pflegezeit erhalten, da während dieser Zeit regelmäßig eine Familienversicherung besteht. Sollte diese Möglichkeit nicht gegeben sein, muss sich die Pflegeperson freiwillig in der Krankenversicherung weiterversichern und dafür in der Regel den Mindestbeitrag zahlen. Mit der Krankenversicherung ist automatisch auch die Pflegeversicherung gewährleistet. Auf Antrag erstattet die Pflegeversicherung den Beitrag für die Kranken- und Pflegeversicherung bis zur Höhe des Mindestbeitrages. Während der Pflegezeit ist die Pflegeperson rentenversichert, wenn sie den Angehörigen oder die Angehörige mindestens 10 Stunden in der Woche, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, pflegt und nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich berufstätig ist. In der Arbeitslosenversicherung besteht die Pflichtversicherung für die Dauer der Pflegezeit fort. Die notwendigen Beiträge werden von der Pflegekasse übernommen. Eine private Kranken- und Pflege-Pflichtversicherung bleibt grundsätzlich während der Pflegezeit bestehen. Auf Antrag übernimmt die Pflegekasse oder das private Pflegeversicherungsunternehmen des Pflegebedürftigen den Beitrag zur Kranken- und Pflegeversicherung bis zur Höhe des Mindestbeitrags wie bei den Sozialversicherten.

4.1.6 Kurzzeitige Arbeitsverhinderung

Was bedeutet „kurzzeitige Arbeitsverhinderung“?

Wird der nahe Angehörige eines Arbeitnehmers akut pflegebedürftig, besteht das Recht, bis zu zehn Arbeitstage der Arbeit fernzubleiben, um für den nahen Angehörigen eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherzustellen. Auf Verlangen des Arbeitgebers muss eine ärztliche Bescheinigung über die voraussichtliche Pflegebedürftigkeit des oder der Angehörigen sowie die Erforderlichkeit der Arbeitsbefreiung vorgelegt werden. Eine kurzzeitige Freistellung können alle Beschäftigten in Anspruch nehmen – unabhängig von der Anzahl der beim Arbeitgeber Beschäftigten. Der Schutz in der Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung bleibt bestehen. Wenn keine Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber erfolgt, besteht ein Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld.

4.1.7 Familienpflegezeit

Was ist Familienpflegezeit?

Die Familienpflegezeit ist eine weitere Möglichkeit, Beruf und Pflege eines nahen Angehörigen miteinander zu vereinbaren.

(Nahe Angehörige: Großeltern und Eltern, Schwiegereltern, Ehegatten oder Partner einer eheähnlichen Gemeinschaft, Stiefeltern, Schwägerinnen und Schwager sowie Partner in Lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaften. Auch Geschwister, Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder des Ehegatten oder Lebenspartners sowie Schwieger- und Enkelkinder sind als nahe Angehörige anzusehen.)

Die Familienpflegezeit sieht vor, dass Beschäftigte – im Einvernehmen mit ihrem Arbeitgeber – ihre Arbeitszeit über einen Zeitraum von maximal 2 Jahren auf bis zu 15 Stunden pro Woche reduzieren. Dies gilt nicht gegenüber Arbeitgebern, die in der Regel weniger als 25 Personen beschäftigen. Das Bruttogehalt wird in einem ersten Schritt entsprechend den reduzierten Arbeitsstunden gekürzt. Der Arbeitgeber stockt das Gehalt um die Hälfte der Kürzung auf. Wer also seine Arbeitszeit beispielsweise um 50 Prozent reduziert, erhält 75 Prozent seines Gehalts. Der Arbeitgeber tritt mit dem Aufstockungsbetrag in Vorleistung. Zum Ausgleich muss die Arbeitnehmerin beziehungsweise der Arbeitnehmer nach Ablauf der Familienpflegezeit wieder in Vollzeit arbeiten, bekommt aber so lange das reduzierte Gehalt, bis der Gehaltsvorschuss ausgeglichen worden ist. Zur Absicherung der Rückzahlung des Gehaltsvorschusses ist der Abschluss einer Versicherung erforderlich. Wer eine Familienpflegezeit beanspruchen möchte, muss dies seinem Arbeitgeber spätestens acht Wochen vor dem gewünschten Beginn schriftlich ankündigen und gleichzeitig erklären, für welchen Zeitraum und in welchem Umfang die Freistellung von der Arbeitsleistung in Anspruch genommen werden soll.

Seit 1. Januar 2015 besteht die Möglichkeit, eine zehntägige Auszeit von der Arbeit zu nehmen und dafür Lohnersatzleistung – Pflegeunterstützungsgeld – zu erhalten. Das Pflegeunterstützungsgeld wird bei der Pflegeversicherung der zu pflegenden Person beantragt und gibt Familien die Möglichkeit, sich im Akutfall um ihre pflegebedürftigen Angehörigen zu kümmern, ohne sich um den Lohnausfall sorgen zu müssen.

Bei vorzeitiger Beendigung der Pflege, zum Beispiel durch den Tod oder den Wegfall der Pflegebedürftigkeit der pflegebedürftigen Person, oder bei Unterschreiten der wöchentlichen Mindestarbeitszeit von 15 Stunden, endet die Familienpflegezeit mit dem Ablauf des 2. Monats, der auf die Beendigung der Pflege oder das Unterschreiten der wöchentlichen Mindestarbeitszeit folgt.

Soziale Absicherung während der Familienpflegezeit

Die Beschäftigten genießen während der Familienpflegezeit und der sich anschließenden Nachpflegephase besonderen Kündigungsschutz. Eine Kündigung ist dann nur in besonderen Ausnahmefällen möglich. Ob es sich um einen Ausnahmefall handelt, entscheidet die jeweils zuständige Landesbehörde für Arbeitsschutz. Pflegenden Angehörigen halten ihre

Rentenansprüche etwa auf dem Niveau der Vollbeschäftigung. Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen mit geringem Gehalt werden im Einzelfall sogar besser gestellt. Während der Familienpflegezeit und der Nachpflegephase zahlt der Arbeitgeber die Beiträge zur Rentenversicherung auf Basis des reduzierten Arbeitsentgelts weiter. Zusätzlich überweist die Pflegekasse der Rentenversicherung während der Familienpflegezeit für die geleistete Pflege Beiträge, wenn der Pflegeaufwand mindestens 10 Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig zwei Tage in der Woche, und die Erwerbstätigkeit höchstens 30 Stunden pro Woche beträgt. Die Ansprüche steigen mit der Höhe des Pflegegrades der zu pflegenden Person. Weitere Auskünfte erteilt der zuständige Rentenversicherungsträger. Weitergehende Informationen sind beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben und auf der Internetseite www.familienpflegezeit.de erhältlich.

4.2 Teilzeitbeschäftigung gemäß § 8 Teilzeit- und Befristungsgesetz (TzBfG)

Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in Unternehmen mit in der Regel mehr als 15 Arbeitnehmern können nach einer Beschäftigungsdauer von sechs Monaten von ihrem Arbeitgeber verlangen, dass die vereinbarte Arbeitszeit verringert wird. Diese Verringerung muss der Arbeitnehmer spätestens drei Monate vor deren Beginn geltend machen. Der Wunsch des Arbeitnehmers nach Teilzeitbeschäftigung kann vom Arbeitgeber nur aus betrieblichen Gründen abgelehnt werden.

4.2.1 Arbeiten von zu Hause

Viele Unternehmen bieten bereits „Home Office“ oder „Telearbeit“ an. Welche Möglichkeiten im konkreten Fall bestehen, ist mit der jeweiligen Personalabteilung des Arbeitgebers abzuklären.

5. Betreuungsvereine und Betreuungsbehörden



Was macht ein Betreuer?

Ein Betreuer ist der gesetzliche Vertreter einer volljährigen Person, die für ihre eigenen Angelegenheiten aufgrund einer Erkrankung oder einer Behinderung nicht (mehr) sorgen kann, sondern dafür der Hilfe anderer Personen bedarf. Die Befugnisse eines Betreuers sind gesetzlich geregelt und können im Einzelnen auch gerichtlich festgelegt sowie beschränkt werden. Grundsätzlich hat die Bestellung eines Betreuers keine Auswirkungen auf die Geschäftsfähigkeit der zu betreuenden Person. Dies bedeutet, dass auch eine unter Betreuung stehende Person regulär am Rechtsverkehr teilnehmen kann (z.B. Verträge schließen), solange sie geschäftsfähig ist.

Der bestellte Betreuer unterliegt umfangreichen Pflichten, deren Einhaltung vom zuständigen Betreuungsgericht regelmäßig geprüft wird. So muss der Betreuer dem zuständigen Betreuungsgericht einmal im Jahr einen sog. Jahresbericht übermitteln, der eine genaue Übersicht der vom Betreuer erledigten Aufgaben enthält. Anhand dieser Übersicht und der weiteren Unterlagen kontrolliert das Betreuungsgericht die Tätigkeit des Betreuers und die Einhaltung der Pflichten.

Hinsichtlich dieser Betreuerpflichten gibt es allerdings „befreite“ und „nicht befreite“ Betreuer. Ein „befreiter“ Betreuer ist regelmäßig ein naher Familienangehöriger (z. B. Eltern, Kinder, Ehegatten, etc.) oder auch ein Betreuer, der von einer Betreuungsbehörde oder einem Betreuungsverein gestellt wird. Die Befreiung des Betreuers besteht darin, dass er von bestimmten Kontrollmaßnahmen des Betreuungsgerichtes befreit ist, wie etwa der jährlichen Rechenschaft über alle finanziellen Angelegenheiten der betreuten Person. Alle anderen Betreuer sind „nicht befreite“ Betreuer, müssen diesen Rechenschaftspflichten also regelmäßig nachkommen.

Die Aufgaben des Betreuers werden vom zuständigen Betreuungsgericht genau definiert und im sog. „Betreuerausweis“ dokumentiert. Der gerichtlich festgelegte Aufgabenkreis kann z. B. die Wahrnehmung persönlicher Angelegenheiten der Gesundheitsorge, die Aufenthaltsbestimmung sowie die Wahrnehmung vermögensrechtlicher Angelegenheiten umfassen.

Wie kommt es zur Betreuung?

Grundsätzlich ist für die Anordnung einer Betreuung das Betreuungsgericht – eine spezielle Abteilung des jeweiligen Amtsgerichts – zuständig. Hier kann die betroffene Person oder ein Dritter die Einrichtung einer Betreuung anregen. Die Einrichtung einer Betreuung kann auch zunächst vorläufig – befristet auf maximal 6 Monate – erfolgen, wenn zum Wohle der betroffenen Person schnell gehandelt werden muss und eine – regelmäßig notwendige – umfangreiche gerichtliche Prüfung nicht abgewartet werden kann. Das Betreuungsgericht prüft stets auf der Grundlage eines ärztlichen Gutachtens und eines Sozialberichtes, ob eine Betreuung tatsächlich notwendig ist. Stellt sich heraus, dass eine Betreuung notwendig ist, bestellt das Betreuungsgericht dauerhaft einen Betreuer. Eine Aufhebung

der Betreuung kann jederzeit auf Anregung der betroffenen Person oder der betreuenden Person beim Betreuungsgericht beantragt werden.

Was ist eine Betreuungsbehörde?

Eine Betreuungsbehörde ist eine staatliche Einrichtung, die für eine Vielzahl betreuungsrechtlicher Angelegenheiten zuständig ist. Örtliche Betreuungsbehörden sind in allen Bundesländern in der Regel bei den Landkreisen bzw. im Saarland auch beim Regionalverband Saarbrücken angesiedelt. Das saarländische Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie fungiert als sog. überörtliche Betreuungsbehörde und unterstützt die örtlichen Betreuungsbehörden. Die Aufgaben der Betreuungsbehörden umfassen insbesondere die Beratung und Unterstützung von Betreuern, die Benennung von Betreuern gegenüber dem Gericht, die Beglaubigung von Vorsorgevollmachten, aber auch die Wahrnehmung von Betreuungen selbst. Wenn keine andere Möglichkeit zur Sicherstellung einer Betreuung besteht, kann also auch die Betreuungsbehörde zum Betreuer bestellt werden.

Was ist ein Betreuungsverein?

Ein Betreuungsverein ist ein behördlich anerkannter Verein, der Betreuungen von Personen wahrnimmt. Hauptamtliche Mitarbeiter des jeweiligen Betreuungsvereins können zu Betreuern bestellt werden. Darüber hinaus kann auch der jeweilige Betreuungsverein selbst zum Betreuer bestellt werden, wenn der Betroffene durch eine natürliche Person nicht hinreichend betreut werden kann. Ist dies der Fall, so überträgt der Verein einem oder mehreren seiner qualifizierten Mitarbeiter die Aufgabe der Betreuung. Neben der Ausübung von Betreuung hat ein Betreuungsverein auch die Aufgabe, ehrenamtliche Betreuer zu gewinnen, diese zu beraten und fortzubilden. Auch die Beratung über Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen kann durch einen Betreuungsverein erfolgen.

Genauere Informationen zum Betreuungsrecht erhalten Sie u.a. bei den zuständigen Behörden, Fachanwälten oder den Betreuungsvereinen.

5.1 Betreuungsvereine

Betreuungsverein für Saarbrücken und Saar e.V. im Diakonischen Werk an der Saar Johannisstraße 4 66111 Saarbrücken	Telefon: (0681) 3 89 83 33 Fax: (0681) 3 89 83 50 E-Mail: betreuungsverein@dwsaar.de www.diakonisches-werk-saar.de
Betreuungsverein Deutsches Rotes Kreuz Kreisverband St. Ingbert Reinhold-Becker-Str. 2 66386 St. Ingbert	Telefon: (06894) 10 02 00 Fax: (06894) 10 01 11 E-Mail: soffela@kvstingbert.drk.de www.kv-st-ingbert.drk.de
Betreuungsverein Sozialdienst Katholischer Frauen und Männer e.V. Hüttenbergstraße 42 66538 Neunkirchen	Telefon: (06821) 1 39 40 Fax: (06821) 91 38 04 E-Mail: betreuungsverein@skfm-nk.de www.skfm-nk.de
Fördergemeinschaft Kath. Betreuungsvereine im Regionalverband Saarbrücken e.V. Kreppstraße 1 66333 Völklingen	Telefon: (06898) 29 55 07 Fax: (06898) 29 69 03 E-Mail: betreuungsverein.skm.skf@t-online.de www.skfmvk.de
Pro Mensch Betreuungsverein Saarland e.V. Geschäftsstelle Saarbrücken Mainzerstraße 29 66111 Saarbrücken	Telefon: (0681) 3 90 67 73 Fax: (0681) 3 90 48 95 E-Mail: info@promensch-saar.de www.promensch-saar.de
Betreuungsverein SKM Kath. Verein für Soziale Dienste e.V. im Landkreis Saarlouis Johannesstr. 18 66763 Dillingen	Telefon: (06831) 70 79 50 Fax: (06831) 70 75 41 E-Mail: skmdillingen@t-online.de www.skm-saarlouis.de
Betreuungsverein Sozialdienst Kath. Männer u. Frauen e.V. Luisenstraße 2 – Domgalerie 66606 St. Wendel	Telefon: (06851) 8 67 12 Fax: (06851) 8 54 32 E-Mail: skfm-wnd@skfmwnd.de www.skfm-wnd.de
Pro Mensch – Betreuungsverein Saarland e.V. Geschäftsstelle Kirkel-Limbach Hauptstraße 48 66459 Kirkel-Limbach	Telefon: (06841) 81 71 12 Fax: (06841) 8 14 31 E-Mail: info@promensch-saar.de www.promensch-saar.de

Betreuungsverein Caritasverband Saar-Hochwald e.V. Bahnhofstr. 47 66663 Merzig	Telefon: (06861) 93 97-510 Fax: 0 68 61/ 93 97-529 E-Mail: W.Labudde@caritasMerzig.de www.caritasmerzig.de
Betreuungsverein Arbeiterwohlfahrt Prälat-Subtil-Ring 3 a 66740 Saarlouis	Telefon: (06831) 94 69 12 Fax: (06831) 94 69 33 E-Mail: bvsls@lvsaarland.awo.org www.awo-saarland.de
Betreuungsverein Arbeiterwohlfahrt Geschäftsstelle Merzig Schankstraße 22 66663 Merzig	Telefon: (06861) 93 48 18 Fax: (06861) 93 48 11 E-Mail: Katharina.Ruffing@lvsaarland.awo.org www.awo-saarland.de
Betreuungsverein der Lebenshilfe Saarpfalz Herr Michael Immig Gesundheitspark Klaus-Tussing-Straße 2a 66386 St. Ingbert	Telefon: (06894) 92 17-0 Fax: (06894) 92 17-17 E-Mail: info@lebenshilfe-saarpfalz.de www.lebenshilfe-saarpfalz.de

5.2 Betreuungsbehörden

Regionalverband Saarbrücken Örtliche Betreuungsbehörde Stengelstr. 10-12 66119 Saarbrücken	Telefon: (0681) 5 06 53-40 Telefon: (0681) 5 06 53-42 Telefon: (0681) 5 06 53-43 Telefon: (0681) 5 06 53-44 Telefon: (0681) 5 06 53-46 Fax: (0681) 5 06 53-94 E-Mail: betreuungsbehoerde@rvsbr.de
Saarpfalz-Kreis Örtliche Betreuungsbehörde Am Forum 66424 Homburg	Telefon: (06841) 1 04 80 97 Telefon: (06841) 1 04 81 26 Telefon: (06841) 1 04 82 84 E-Mail: betreuungsbehoerde@saarpfalz-kreis.de
Landkreis Neunkirchen Örtliche Betreuungsbehörde Wilhelm-Heinrich-Str. 36 66564 Ottweiler	Telefon: (06824) 9 06 21-88 Telefon: (06824) 9 06 25-22 Telefon: (06824) 9 06 25-23 E-Mail: betreuung@landkreis-neunkirchen.de
Landkreis Saarlouis Örtliche Betreuungsbehörde Kaiser-Wilhelm-Str. 46 66740 Saarlouis	Telefon: (06831) 444-210 E-Mail: karlheinzberty@kreis-saarlouis.de
Landkreis Merzig-Wadern Örtliche Betreuungsbehörde Bahnhofstr. 27 66663 Merzig	Telefon: (06861) 8 01 78 E-Mail: soziales@merzig-wadern.de
Landkreis St. Wendel Örtliche Betreuungsbehörde Mommstr. 2131, Gebäude J 66606 St. Wendel	Telefon: (06851) 8 01 52-10 Telefon: (06851) 8 01 52-11 E-Mail: betreuungsbehoerde@lkwnd.de

6. Antrag zur Feststellung einer Behinderung – wie geht das?

Bei Eintritt eines Pflegefalles oder einer Beeinträchtigung der Gesundheit stellt sich oftmals die Frage, die Behinderung feststellen zu lassen, um neben dem Erhalt des Behindertenausweises den Nachteilsausgleich in Form von steuerlichen Erleichterungen, Gewährung von Sonderurlaub, Kündigungsschutz etc. zu erhalten. Menschen gelten als behindert, wenn ihre körperliche Funktion, ihre geistige Fähigkeit oder ihre seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.

Eine Behinderung ist für Betroffene ein großer Einschnitt in die gewohnte Lebenssituation. Alltägliche Tätigkeiten können mitunter nur noch mit starken Einschränkungen oder sogar gar nicht mehr ausgeführt werden.

Ablauf Antragstellung

Schritt 1: Sie geben den Antrag beim Landesamt für Soziales (LAS) ab



Achten Sie hier auf Vollständigkeit, denken Sie an alle Formulare und Angaben, z. B. Vollmacht und Betreuungsurkunde, wenn Sie im Auftrag handeln sowie Ihre Unterschrift. Es ist für das LAS äußerst hilfreich, wenn Sie aktuelle Arzt oder Krankenhausberichte etc. in Fotokopie (bitte keine Originale und nicht älter als zwei Jahre) beifügen. Sie können diese Unterlagen bei Ihren behandelnden Ärzten erhalten.

Schritt 2: Das LAS prüft den Antrag



Das LAS prüft Ihren Antrag auf Vollständigkeit. In diesem Schritt kontaktiert das LAS vorrangig Ihren Hausarzt und eventuell Ihre(n) behandelnde(n) Facharzt/Fachärztin zwecks Anforderung von Befundberichten (ergänzend zu Ihren bereits eingereichten Unterlagen). Bei Nachfragen und Unklarheiten nimmt das LAS noch einmal Kontakt mit Ihnen auf.

Schritt 3: Übermittlung an Gutachterinnen/Gutachter



Nach der formellen Überprüfung durch das LAS werden alle Unterlagen an Gutachterinnen/ Gutachter des LAS weitergeleitet. Die Gutachterinnen/Gutachter sprechen eine Empfehlung bezüglich des Grades der Behinderung (GdB) aus. Die Verwaltung erlässt dann unter Berücksichtigung dieser Empfehlung den entsprechenden Bescheid.

Schritt 4: Ausstellung des Ausweises (ab GdB 50)



Wenn dem LAS ein Lichtbild vorliegt, stellt das LAS Ihren Schwerbehindertenausweis aus. Bitte beachten Sie, dass ein Schwerbehindertenausweis erst ab einem GdB von mindestens 50 ausgestellt wird. Der Schwerbehindertenausweis gilt als Nachweis der Schwerbehinderteneigenschaft beim Arbeitgeber, bei Behörden, Versicherungen etc.

Unter www.las.saarland.de können Sie den Antrag unter der Rubrik „Online-Antrag zur Feststellung einer Behinderung“ auch bequem von zu Hause aus stellen.

6.1 Wichtige Begriffe im Zusammenhang mit dem Schwerbehindertenausweis

Grad der Behinderung (GdB)

Der Grad der Behinderung (GdB) wird amtlich durch das LAS festgestellt und bringt zum Ausdruck, in welchem Ausmaß bei einem Menschen Funktionsbeeinträchtigungen vorliegen und daher die Teilnahme am öffentlichen Leben eingeschränkt ist.

Er wird in Zehnergraden von 10 bis 100 eingeteilt. Eine Behinderung liegt ab einem GdB von 20, eine Schwerbehinderung ab einem GdB von 50 vor. Menschen, deren GdB zwischen 30 und 40 beträgt und die aufgrund ihrer Behinderung keinen geeigneten Arbeitsplatz finden oder behalten können, können auf Antrag bei der Agentur für Arbeit schwerbehinderten Menschen gleichgestellt werden.

Liegen mehrere Beeinträchtigungen vor, werden die einzelnen GdB-Werte nicht zusammengerechnet, sondern die Auswirkungen der einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen als Gesamtbeeinträchtigung bewertet – unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen zueinander.

Merkzeichen

Merkzeichen sind Buchstabenabkürzungen, die auf dem Schwerbehindertenausweis aufgebracht werden, um zu dokumentieren, welche Einschränkungen bei dem / der Behinderten vorliegen. So steht „aG“ bspw. für „außergewöhnlich gehbehindert“, „H“ für „hilflos“ usw.

Nachteilsausgleiche

Eine Behinderung kann zu Nachteilen in der Wahrnehmung des Alltags führen, die bspw. mit dem Schwerbehindertenausweis ausgeglichen werden sollen. Zu den Ausgleichen zählen steuerliche Vergünstigungen bei der Einkommenssteuer, Ermäßigung bei der Kraftfahrzeugsteuer, unentgeltliche Beförderung im öffentlichen Nahverkehr, Parkerleichterungen und vieles mehr.

Das Landesamt für Soziales ist unter anderem dafür zuständig, Funktionsbeeinträchtigungen bei behinderten Menschen zu erkennen, zu dokumentieren und daraus den Grad der Behinderung (GdB) zu ermitteln. Ab einem GdB von 50 stellt das LAS auch den Schwerbehindertenausweis aus.

6.2 Merkzeichen für die Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen mit dem Schwerbehindertenausweis

Die gesundheitlichen Merkzeichen, die während des Feststellungsverfahrens zur Ermittlung des GdB dokumentiert werden, lauten wie folgt:

G = erheblich gehbehindert

- Freifahrt im öffentlichen Nahverkehr (nach vorherigem Erwerb einer Wertmarke) oder Kraftfahrzeugsteuerermäßigung
- Werbungskosten für Fahrten zur Arbeitsstätte mit dem Kfz, Abzugsbetrag für Privatfahrten bei GdB 70
- Mehrbedarfserhöhung von 17 % bei der Sozialhilfe bei Alter ab 65 oder voller Erwerbsminderung

aG = außergewöhnlich gehbehindert

- Freifahrt im öffentlichen Nahverkehr (nach Erwerb einer Wertmarke), Kraftfahrzeugsteuerbefreiung
- Anerkennung der Kfz-Kosten für Privatfahrten als außergewöhnliche Belastung (Kilometerpauschale bis zu einer festgesetzten Kilometerleistung im Jahr)
- in vielen Städten und Gemeinden kostenloser Fahrdienst für behinderte Menschen unter bestimmten Voraussetzungen (bei der jew. Stadt/Gemeinde zu erfragen)
- Parkerleichterung
- Übernahme der Kosten von Fahrten zur ambulanten Behandlung in besonderen Fällen durch die gesetzliche Krankenversicherung
- Befreiung von Fahrverboten in Umweltzonen

B = Berechtigung zur Mitnahme einer Begleitperson

- unentgeltliche Beförderung der Begleitperson und eines Hundes im öffentlichen Personennah- und Fernverkehr

RF = Befreiung von bzw. Ermäßigung der Rundfunkgebührenpflicht

- Ermäßigung / Befreiung des Rundfunkbeitrages
- Ermäßigung der Telefongebühren bei einigen Telekommunikationsanbietern (anbieterabhängig)

H = hilflos

- Freifahrt im öffentlichen Nahverkehr mit Schwerbehindertenausweis und Wertmarke, Kraftfahrzeugsteuerbefreiung
- Pauschalbetrag wegen außergewöhnlicher Belastung

Bl = blind

- Freifahrt im öffentlichen Nahverkehr mit Schwerbehindertenausweis und Wertmarke, Kraftfahrzeugsteuerbefreiung
- Pauschalbetrag wegen außergewöhnlicher Belastung
- in vielen Städten und Gemeinden Befreiung von der Hundesteuer
- Übernahme der Kosten von Fahrten zur ambulanten Behandlung in besonderen Fällen durch die gesetzliche Krankenversicherung
- Parkausweis

Gl = gehörlos

- Freifahrt im öffentlichen Nahverkehr nach Erwerb einer Wertmarke oder Kraftfahrzeugsteuerermäßigung
- Recht auf Verwendung von Gebärdensprache bei Behörden

TBl = taubblind

- Nachweis für die Rundfunkbeitragsbefreiung nach dem Rundfunkbeitragsstaatsvertrag

Kl = Benutzung der 1. Wagenklasse mit Fahrausweis für die 2. Klasse

- für Schwerkriegsbeschädigte und Verfolgte im Sinne des Bundesversorgungsgesetzes mit einem GdS (Grad der Schädigungsfolgen) von mindestens 70 v.H., wenn ihr körperlicher Zustand die ständige Unterbringung in der 1. Klasse erfordert

VB/EB = Versorgungsberechtigte nach BVG und BEG

- Freifahrt und Kraftfahrzeugsteuerbefreiung in Besitzstandsfällen

Wichtige GdB-abhängige Rechte und Nachteilsausgleiche

GdB 30/40

- Gleichstellung möglich (Kündigungsschutz und andere arbeitsrechtliche Vorteile bei Gleichstellung) Steuervergünstigungen
- Grundsteuerermäßigung bei Rentenkaptalisierung nach BVG, Hilfe im Arbeitsleben durch Integrationsfachdienst

GdB 50

- Schwerbehinderteneigenschaft, Steuervergünstigung
- bevorzugte Einstellung/Beschäftigung (Arbeitsplatz)
- Kündigungsschutz
- begleitende Hilfe im Arbeitsleben, Freistellung von Mehrarbeit, Zusatzurlaub von einer Arbeitswoche, Schutz bei Wohnungskündigung, vorgezogene Altersrente/Pensionierung
- Vortritt beim Besucherverkehr in Behörden
- Pflichtversicherung in der gesetzlichen Kranken und Rentenversicherung für Behinderte in Werkstätten
- besondere Fürsorge im öffentlichen Dienst
- Freibetrag bei der Einkommensermittlung im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung, Freibetrag beim Wohnungsgeld bei Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 14 SGB XI, Ermäßigung bei Kurtaxe (ortsabhängig)
- Förderung der Anpassung von Miet und Eigentumswohnraum an die Belange von Menschen mit Behinderung durch Vergabe von Darlehen

GdB 60

- Steuervergünstigung
- Reduzierung der Belastungsgrenze für Zuzahlungen in der gesetzlichen Krankenversicherung auf 1 % der jährlichen Bruttoeinnahmen bei Vorliegen weiterer Voraussetzungen

GdB 70

- Steuervergünstigung
- Ansatz der tatsächlichen Kosten oder 0,30 Euro/km als Werbungskosten für Fahrten zur Arbeitsstätte mit dem Kfz
- Abzugsbetrag für Privatfahrten bei Merkzeichen G: Kilometerpauschale bis zu einer festgesetzten Kilometerleistung im Jahr
- Erwerb der BahnCard 50 zum halben Preis

GdB 80

- Steuervergünstigung
- Abzugsbetrag für Privatfahrten: Kilometerpauschale bis zu einer festgesetzten Kilometerleistung im Jahr
- Freibetrag beim Wohngeld bei Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 14 SGB XI

GdB 90

- Steuervergünstigung
- Freibetrag beim Wohngeld bei Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 14 SGB XI

GdB 100

- Steuervergünstigung, Freibetrag beim Wohngeld
- vorzeitige Verfügung über Bausparkassen- bzw. Sparbeträge nach dem Wohnungsbauprämien-gesetz bzw. Vermögensbildungsgesetz

Die Kontaktdaten des Bürgerinformationszentrums (Servicecenters) des LAS lauten wie folgt:

Telefon: (0681) 99 78 21 81
Fax: (0681) 99 78 21 99
www.las.saarland.de

poststelle@las.saarland.de

6.3 Häufige Fragen und Antworten

Wer darf die Wertmarke für Bus und Bahn bzw. die Kfz-Steuerermäßigung/-befreiung in Anspruch nehmen?

Die Wertmarke kann von allen schwerbehinderten Menschen in Anspruch genommen werden, bei denen eines oder mehrere der nachfolgenden Merkzeichen vorliegen: Bei den gesundheitlichen Merkzeichen „G“ (erheblich gehbehindert) und „Gl“ (gehörlos) kann entweder die Wertmarke für Bus und Bahn oder die hälftige Kfz-Steuer in Anspruch genommen werden. Die Wertmarke muss in diesen Fällen bezahlt werden, außer wenn ein Bescheid über den Bezug von Grundsicherungsleistungen oder SGB II-Leistungen vorgelegt werden kann.

Bei Merkzeichen „aG“ (außergewöhnlich gehbehindert) kann die Wertmarke für Bus und Bahn bezogen werden, gleichzeitig kann der schwerbehinderte Mensch von der kompletten KFZ-Steuer befreit werden. Die Wertmarke muss auch in diesem Fall bezahlt werden, außer wenn ein Bescheid über den Bezug von Grundsicherungsleistungen oder SGB II-Leistungen vorgelegt werden kann.

Sind die gesundheitlichen Merkzeichen „H“ (hilflos) oder „Bl“ (blind) anerkannt, kann sowohl die Wertmarke für Bus und Bahn als auch die Kfz-Steuerbefreiung in Anspruch genommen werden. Die Wertmarke wird ohne weiteren Nachweis kostenlos ausgestellt.

Wie hoch ist der Preis für eine Wertmarke für den öffentlichen Personennahverkehr?

Die Wertmarke kostet für 1 Jahr 80 Euro und für ein halbes Jahr 40 Euro.

Wie weit kann ich mit der Wertmarke fahren?

Mit der Wertmarke können Sie deutschlandweit im Nahverkehr fahren (bspw. dürfen auch die U- und S-Bahnen in Berlin, Hamburg etc. genutzt werden). Die Wertmarke berechtigt aber nur zur kostenlosen Fahrt mit den Regionalexpress-Bahnen oder Regionalbahnen. Die Nutzung von ICE oder IC ist nicht mit der Wertmarke abgegolten. Näheres hierzu können Sie bei der Deutschen Bahn AG in Erfahrung bringen.

Muss die Begleitperson eine Fahrkarte lösen?

Ist bei einem schwerbehinderten Menschen das gesundheitliche Merkzeichen „B“ (Berechtigung zur Mitnahme einer Begleitperson) anerkannt worden, darf die Begleitperson kostenlos mitfahren. Das heißt, die Begleitperson benötigt keine eigene Fahrkarte und muss unentgeltlich mitbefördert werden.

Welchen schwerbehinderten Menschen wird ein Parkausweis von der Straßenverkehrsbehörde ausgestellt?

Einen Parkausweis können nur schwerbehinderte Menschen erhalten, bei denen das gesundheitliche Merkzeichen „aG“ (außergewöhnlich gehbehindert) oder „Bl“ (blind) anerkannt worden ist.

Ist der von der Straßenverkehrsbehörde ausgestellte Parkausweis an ein Auto gebunden?

Der Parkausweis ist an die schwerbehinderte Person gebunden, d. h. der Parkausweis kann in jedem Auto ausgelegt werden, mit dem die betreffende Person befördert wird. Der Parkausweis darf aber nur benutzt werden, wenn die schwerbehinderte Person mit im Auto sitzt.

Kann eine Angehörige/ein Angehöriger oder eine Bekannte/ein Bekannter meine Angelegenheiten beim Landesamt für Soziales für mich regeln?

Dies ist möglich, allerdings braucht diese Person dann eine entsprechende schriftliche Vollmacht von Ihnen. Liegt eine Betreuung vor, ist der Betreuerausweis als Nachweis einzureichen.

Welche Nachteilsausgleiche kann ich mit einem grünen Schwerbehindertenausweis ohne gesundheitliche Merkzeichen in Anspruch nehmen?

Der Gesetzgeber hat das Schwerbehindertengesetz ursprünglich zum Schutz der Arbeitnehmer geschaffen. Schwerbehindertenausweise werden grundsätzlich nur ausgestellt, wenn ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 50 vorliegt. Der grüne Schwerbehindertenausweis ohne gesundheitliche Merkzeichen kann als Nachweis der Schwerbehinderung beispielsweise beim Arbeitgeber dienen.

Schwerbehinderte Menschen erhalten 5 Tage Sonderurlaub. Dies ist ein gesetzlicher Anspruch. Ebenso dient der Ausweis als Nachweis gegenüber dem Finanzamt, um steuerliche Nachteilsausgleiche in Anspruch zu nehmen. Des Weiteren gibt es bei verschiedenen öffentlichen oder privaten Institutionen, Einrichtungen und Veranstaltungen bei Vorlage des Schwerbehindertenausweises entsprechende individuelle Ermäßigungen. Es gibt hierzu aber keine einheitlichen Regelungen. Prinzipiell gilt, dass man immer nachfragen sollte, ob es für schwerbehinderte Menschen einen Preisnachlass oder einen Rabatt gibt. Die o.a. Nachteilsausgleiche können auch von schwerbehinderten Menschen in Anspruch genommen werden, die einen rotgrünen Schwerbehindertenausweis haben.

Kann ich mein Passbild für den Schwerbehindertenausweis auch per E-Mail übersenden?

Sie können Ihr Passbild auch per E-Mail übersenden. Sie sollten dabei das JPEG-Format wählen. Die E-Mail richten Sie bitte unter Angabe Ihres Aktenzeichens an: poststelle@las.saarland.de.

Wie lange dauert ein Antragsverfahren nach dem Schwerbehindertenrecht?

Da das LAS im Rahmen der Sachaufklärung Ihre behandelnden Ärzte wegen Befundberichten anschreiben muss, hängt die Bearbeitungszeit auch davon ab, wie schnell Ihre Ärzte dem LAS antworten. Eine schnellere Bearbeitung kann beispielsweise dadurch erreicht werden, wenn dem Antragsformular schon entsprechende ärztliche Befunde durch den Antragsteller beigelegt werden. Hilfreich ist es auch schon, wenn nur ein Arzt/ eine Ärztin (in der Regel der Hausarzt/die Hausärztin) vom LAS angeschrieben werden muss und diese/r sämtliche Fremdbefunde der Fachärzte mit übersendet. Insofern sollte vor Antragstellung abgeklärt werden, welche Fremdbefunde der Hausarzt/die Hausärztin hat.

7. Saarländischer Pflegebeauftragter und Heimaufsicht



Ansprechpartner für die Belange aller von Pflege Betroffenen

Das Saarland ist das erste Bundesland, das einen unabhängigen Pflegebeauftragten durch den Landtag gewählt hat. Die Zuständigkeit des Pflegebeauftragten erstreckt sich über die Pflege hinaus auf kranke und behinderte Menschen, um deren Belange sich der Pflegebeauftragte kümmert. In jedem Landkreis bzw. dem Regionalverband führt der Pflegebeauftragte Regionalkonferenzen durch, um über die aktuelle Situation in der Pflege zu informieren und mit Betroffenen, Angehörigen und Pflegekräften zu diskutieren. Der Landespflegebeauftragte legt dem Landtag jährlich einen Bericht zur Situation der Pflege im Saarland vor. Der Pflegebeauftragte und die Heimaufsicht im Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie nehmen Beschwerden, Hinweise auf Mängel in Pflegeeinrichtungen entgegen und klären diese auf. Gerne können sie sich dort hin wenden und formlos um eine Kontrolle bitten.

Die Geschäftsstelle des Landespflegebeauftragten ist beim Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie angesiedelt.

Pflege-Telefon:	(0681) 501-34 80
Saarländischer Pflegebeauftragter:	Jürgen Bender Telefon: (06 81) 501-32 97 Fax: (0681) 501-32 77 E-Mail: geschaeftsstelle.pflegebeauftragter@soziales.saarland.de
Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie:	Heimaufsicht Telefon: (0681) 501-33 39

Welche Aufgaben hat der Pflegebeauftragte?

Die Zuständigkeit des Landespflegebeauftragten erstreckt sich über die Pflege hinaus auch auf kranke und behinderte Menschen.

In einem kontinuierlichen Informationsaustausch mit den Trägern der Pflege und mit den die Pflegetätigkeit im Saarland überwachenden Organen wirkt der Landespflegebeauftragte auf eine Weiterentwicklung und Optimierung der Pflege im Saarland hin. Dies betrifft insbesondere die Bereiche des pflegerischen Qualitätsmanagements und der berufsbegleitenden psychosozialen Betreuung der beruflich in der Pflege tätigen Personen.

Des Weiteren wirkt er darauf hin, dass die Belange pflegebedürftiger Menschen, der Angehörigen und der die Pflege ausführenden Personen in allen relevanten gesellschaftlichen

Bereichen beachtet werden, um so eine breitere Akzeptanz und Wertschätzung in der Gesellschaft zu erreichen.

Der Landespflegebeauftragte legt dem saarländischen Landtag jährlich einen Pflegebericht vor, in dem der Status Quo der Pflege im Saarland dargelegt wird. Daneben führt der Landespflegebeauftragte einmal im Jahr sog. „Regionalkonferenzen“ im Einzugsbereich der acht saarländischen Pflegestützpunkte durch. Dabei werden auch die jeweiligen Heimbeiräte angehört und über die aktuelle Situation in der saarländischen Pflege informiert. Der saarländische Pflegebeauftragte wird bei allen Gesetzes-, Verordnungs- und sonstigen wichtigen Vorhaben beteiligt, die die Rechte und Interessen pflegebedürftiger Menschen, von Angehörigen oder von Pflegekräften berühren.

Welche Aufgaben hat die Heimaufsicht?

Der Heimaufsicht obliegt als unmittelbarster staatlicher Kontrollinstanz die Sicherstellung bestmöglicher Lebensbedingungen in den Wohn- und Betreuungsformen für volljährige Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf und volljährige Menschen mit Behinderung.

Wohn- und Betreuungsform ist der Oberbegriff für

- **stationäre Einrichtungen, also**
 - „klassische“ stationäre Altenpflegeeinrichtungen,
 - Kurzzeiteinrichtungen,
 - stationäre Hospize und
 - Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege,
- **Einrichtungen des ambulant betreuten Wohnens, also**
 - nicht selbstorganisierte ambulant betreute Wohngemeinschaften,
 - andere gemeinschaftliche Wohnformen und
 - Servicewohnanlagen sowie
- **ambulante Pflegedienste.**

Die Überwachung ist je nach dem Grad der Abhängigkeit der betroffenen Menschen als Regelprüfung, anlassbezogene Prüfung oder anlassbezogene Prüfung der Strukturqualität ausgestaltet:

Bei den „klassischen“ stationären Einrichtungen, den Kurzzeiteinrichtungen und den stationären Hospizen erfolgen anlassbezogene Prüfungen und Regelprüfungen. Alle Prüfungen finden unangemeldet statt, um die Alltagswirklichkeit erfassen und beurteilen zu können.

Bei den Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege, den Einrichtungen des ambulant betreuten Wohnens und den ambulanten Pflegediensten wird nur bei Anlass kontrolliert. Zur Vermeidung des Aufbaus von Doppelstrukturen bezieht sich diese anlassbezogene Überwachung bei den ambulanten Pflegediensten lediglich auf die Strukturqualität.

Gesetzlicher Auftrag der Heimaufsicht ist die Umsetzung der Schutzbestimmungen, der grundlegenden Ziele und des Zwecks des Saarländischen Wohn-, Betreuungs- und Pflegequalitätsgesetzes (HeimG SL).

Der Zweck des HeimG SL liegt gemäß § 2 Abs. 1 HeimG SL insbesondere darin, die Würde und die Interessen der Bewohner von stationären Einrichtungen und Einrichtungen des ambulant betreuten Wohnens zu schützen, die Einhaltung der dem Träger gegenüber den Bewohnern von stationären Einrichtungen und Einrichtungen des ambulant betreuten Wohnens sowie den Empfängern ambulanter Pflegedienstleistungen obliegenden Verpflichtungen zu überwachen und die Zusammenarbeit der im Pflegebereich agierenden Behörden, Versicherungsinstitute und Träger zu fördern. Kurzum nimmt die Heimaufsicht eine Vielzahl organisatorischer, beratender und überwachender Tätigkeiten im gesamten stationären, teilstationären und ambulanten Bereich wahr, ohne aber selbst unmittelbar Pflegeleistungen bereitzustellen. Im Zentrum der Tätigkeit der Heimaufsicht liegt die Beratung, Überwachung und erforderlichenfalls der direkte Eingriff in das Handeln der Wohn- und Betreuungsformen.

So kann die Heimaufsicht sowohl im konkret pflegerischen Bereich als bei „klassischen“ stationären Einrichtungen auch im Rahmen der Interessenvertretung und Mitbestimmung der Bewohner beratend und kontrollierend tätig werden. Auch im Hinblick auf die baulichen und personellen Aspekte und Besonderheiten eines Betriebs wird die Heimaufsicht tätig.

Zur Gewährleistung einer optimalen Qualität in der Pflege wird das direkte Einwirken auf Abläufe in Wohn- und Betreuungsformen aber nur als letzte Möglichkeit in Betracht gezogen. Im Vordergrund steht die präventive Kontrolle und Beratung.

Nur wenn präventive Beratung und die Unterstützung durch die Heimaufsicht nicht ausreichen, um eventuell festgestellte Mängel in einer Wohn- und Betreuungsform zu beheben, kann die Heimaufsicht zwangsweise in deren Betrieb eingreifen. Die Heimaufsicht kann die Vornahme bestimmter Maßnahmen innerhalb einer Wohn- und Betreuungsform verbindlich gegenüber dem Träger anordnen. Daneben kann gegenüber Trägern stationärer Einrichtungen und ambulanter Pflegedienste das Verbot ausgesprochen werden, die Leitung, bestimmte Beschäftigte oder sonstige Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter weiterhin zu beschäftigen. In letzter Konsequenz kann der Betrieb einer Wohn- und Betreuungsform insgesamt untersagt werden.

8. Selbsthilfe im Saarland



Bei vielen körperlichen oder psychischen Erkrankungen und für fast alle Lebensbereiche gibt es Selbsthilfegruppen im Saarland. Der Erfahrungsaustausch untereinander, ob als Selbstbetroffene oder Angehörige, kann helfen, mit belastenden Situationen besser umzugehen.

Informationen zu Selbsthilfegruppen saarlandweit, Unterstützung bei Gruppengründung und Hilfestellung bei der Klärung Ihrer persönlichen Situation in einem Beratungsgespräch finden Sie bei:

KISS- Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe im Saarland

Futterstr. 27

66111 Saarbrücken

Telefon: 06 81/ 960 2130

E-Mail: kontakt@selbsthilfe-saar.de

www.selbsthilfe-saar.de

Träger: Landesvereinigung SELBSTHILFE e.V.

9. Weitere Informationen



Allgemeine Informationen

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend	Telefonische Beratung: 030 / 201 791 31 (Mo. – Do.: 09:00 18:00) www.wege-zur-pflege.de
Bundesministerium für Gesundheit	www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege
Sozialverband VdK	www.vdk.de (Rubrik „Themen“ Rubrik „Pflege“)
Verbraucherzentrale Saarland	www.verbraucherzentrale-saarland.de

Beschäftigung von Haushaltshilfen und Pflegekräften Saarland

AhA (Agenturen für haushaltsnahe Arbeit)	www.saarland.de/1950.htm
Beschäftigung ausländischer Haushaltshilfen/Pflegehilfskräften	www.saarland.de/1047.htm

Elternunterhalt

Verbraucherzentrale	www.ratgeberverbraucherzentrale.de/elternunterhalt
---------------------	--

Gesetze

SGB XI/ Gesetzliches Regelwerk der Pflegeversicherung	www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxi/1.html
Pflegezeitgesetz	www.gesetze-im-internet.de/pflegezg
Familienpflegezeitgesetz	www.gesetze-im-internet.de/fpfzg

Notfallmappe

Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie	www.saarland.de/109790.htm
--	--

Pflege-Checkliste

www.weisseliste.de

Pflegetagebuch

Ein Pflegetagebuch erhalten Sie passend zur Pflegemappe beim Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie unter www.soziales.saarland.de oder auch bei der jeweiligen Pflegekasse oder bei einem Pflegestützpunkt.

www.soziales.saarland.de

10. Anhang

Hilfe auf einen Blick

Im Notfall

Damit im Notfall alles schnell geht, sollte jeder Erwachsene die wichtigsten Telefonnummern parat haben und die Grundregeln bei Unfällen kennen: Das richtige Verhalten am Telefon kann dabei wertvolle Zeit sparen.

Merken Sie sich für den Notfall die „fünf W´s“:

- Wer ruft an? Geben Sie Ihren Namen an.
- Wo? Geben Sie Ihre / die genaue Anschrift an.
- Was ist passiert? Beschreiben Sie in knappen Worten den Unfall.
- Wie viele Verletzte? Nennen Sie bei Kindern auch unbedingt das Alter.
- Welche Verletzung? Beschreiben Sie nach Ihrer Beobachtung die Schwere der Verletzung – zum Beispiel: Person atmet nicht, hat sich am ganzen Körper verbrüht, Stromschlag, Treppensturz, Sturz mit Arm- oder Beinbruch, der Knochen durchsticht die Haut und so weiter.

NOTRUF:	112
SCHLAGANFALL-TELEFON:	122
HERZINFARKT-TELEFON:	122
GIFTNOTRUFZENTRALE:	(06841) 19240

Kliniken

Merzig-Wadern

Klinikum Merzig

Trierer Straße 148
66663 Merzig
Telefon: (06861) 7050
Fax: (06861) 705 15 79

Marienhauskliniken Wadern/Losheim Betriebsstätte Marienhauskliniken St. Josef Losheim am See

Krankenhausstraße 21
66679 Losheim am See
Telefon: (06872) 903 0
Fax: (06872) 903 674

Betriebsstätte Marienhauskliniken St. Elisabeth Wadern

Elisabethstraße 1
66687 Wadern
Telefon: (06871) 501-0
Fax: (06871) 501 74-10

DRK-Klinik Mettlach

Saaruferstraße 10
66693 Mettlach
Telefon: (06864) 88 0
Fax: (06864) 20 06

Neunkirchen

Städtisches Klinikum Neunkirchen

Brunnenstraße 20, 66538 Neunkirchen
Telefon: (06821) 18 0, Fax: 0 68 21/18 22 74

Saarland Kliniken kreuznacher diakonie – Fliedner Krankenhaus Neunkirchen

TheodorFliednerStraße 12,
66538 Neunkirchen
Telefon: (06821) 90 10,
Fax: (06821) 90 11 79

Marienhausklinik St. Josef Kohlhof

Klinikweg 15, 66539 Neunkirchen
Telefon: (06821) 36 30,
Fax: (06821) 36 33 65

Marienhausklinik Ottweiler

Hohlstraße 2 4; 66564 Ottweiler
Telefon: (06824) 30 70,
Fax: (06824) 30 71 99

Saarlouis

Marienhaus Klinikum Saarlouis-Dillingen Betriebsstätte Marienhaus Klinikum Saarlouis

Kapuziner Straße 4, 66740 Saarlouis
Telefon: (06831) 160, Fax: (06831) 16 10 97

Betriebsstätte Marienhaus Klinikum Dillingen

Werkstraße 3, 66763 Dillingen
Telefon: (06831) 70 80,
Fax: (06831) 70 82 09

Krankenhaus Saarlouis vom DRK

Vaubanstraße 25, 66740 Saarlouis
Telefon: (06831) 17 10, Fax: (06831) 17 13 52

Caritas-Krankenhaus Lebach

Heeresstraße 49, 66822 Lebach
Telefon: (06881) 50 10,
Fax: (06881) 50 11 42

St. Nikolaus-Hospital Wallerfangen

Hospitalstraße 5, 66798 Wallerfangen
Telefon: (06831) 96 20,
Fax: (06831) 96 25 61

AHG Klinik Berus

Europäisches Zentrum für Psychosomatik
und Verhaltensmedizin
Orannastr. 55, 66802 Überherm-Berus
Telefon: (06836) 39 0, Fax: (06836) 3 91 78

Saarpfalz-Kreis

Universitätsklinikum des Saarlandes

66421 Homburg
Telefon: (06841) 1 62 26 18,
Fax: (06841) 1 62 31 45

Kreiskrankenhaus St. Ingbert

Gesundheitspark 1, 66386 St. Ingbert
Telefon: (06894) 10 80,
Fax: (06894) 10 84 17

St. Wendel

Marienkrankenhaus St. Wendel

Am Hirschberg, 66606 St. Wendel
Telefon: (06851) 59 01, Fax: (06851) 7 01 36

Regionalverband Saarbrücken

Klinikum Saarbrücken

Winterberg 1, 66119 Saarbrücken
Telefon: (0681) 963-0, Fax: (0681) 9 63 15 93

SHG-Kliniken Sonnenberg

Sonnenbergstraße, 66119 Saarbrücken
Telefon: (0681) 88 90, Fax: (0681) 8 89 20 19

Caritas Klinikum Saarbrücken

Betriebsstätte St. Theresia Saarbrücken
Rheinstraße 2, 66113 Saarbrücken
Telefon: (0681) 40 60, Fax: (0681) 4 06 28 03

Betriebsstätte St. Josef Dudweiler

Klosterstraße 14, 66125 Saarbrücken
Telefon: (06897) 79 90,
Fax: (06897) 7 99 10 35

Saarland Kliniken kreuznacher diakonie Evangelisches Stadtkrankenhaus Saarbrücken

Großherzog-Friedrich-Str. 44
66111 Saarbrücken
Telefon: (0681) 3 88 60
Fax: (0681) 3 88 66 25

Knappschaftsklinikum Saar GmbH

Krankenhaus Püttlingen
In der Humes 35, 66346 Püttlingen
Telefon: (06898) 55 0, Fax: (06898) 55 22 22

Knappschaftsklinikum Saar GmbH

Krankenhaus Sulzbach
An der Klinik 10, 66280 Sulzbach
Telefon: (06897) 57 40,
Fax: (06897) 5 74 24 25

SHG-Kliniken Völklingen

Richardstraße 5–9, 66333 Völklingen
Telefon: (06898) 12 0, Fax: (06898) 12 24 14

Reha-Kliniken

Merzig-Wadern

DRK-Klinik Mettlach für Geriatrie und Rehabilitation

Saaruferstraße 10, 66693 Mettlach
Telefon: (06831) 17 13 72,
Fax: (06831) 17 13 80

Gesundheits-Zentrum Saarschleife

Cloefstraße 1a, 66693 MettlachOrscholz
Telefon: (06865) 90 19 00,
Fax: (06865) 90 19 44

Hochwald-Kliniken Weiskirchen

Am Kurzentrum 1, 66709 Weiskirchen
Telefon: (06876) 17 10 00,
Fax: (06876) 17 10 10

Neunkirchen

Fachklinik St. Hedwig Illingen

Krankenhausstraße 1, 66557 Illingen
Telefon: (06825) 401 10 00,
Fax: (06825) 401 10 99

AHG Klinik Psychosomatische Fachklinik Münchwies

Turnstraße 50-58, 66540 Neunkirchen
Telefon: (06858) 691-249,
Fax: (06858) 691-321

Saarlouis

AHG Klinik Berus

Europäisches Zentrum für Psychosomatik
und Verhaltensmedizin
Orannastraße 55, 66802 Überherrn
Telefon: (06836) 39 1 43
Fax: (06836) 3 91 68

Geriatrische Rehabilitationseinrichtung am St. Nikolaus-Hospital Wallerfangen

Hospitalstraße 5, 66798 Wallerfangen
Telefon: (06831) 962 460
Fax: (06831) 962 465

Saarpfalz-Kreis

MediClin Bliestal Kliniken

Am Spitzenberg, 66440 Blieskastel
Telefon: (06842) 54 22 33,
Fax: (06842) 54 25 41

Kreiskrankenhaus St. Ingbert gGmbH

Geriatrische Rehabilitationsklinik,
Gesundheitspark 1, 66386 St. Ingbert
Telefon: (06894) 108 115,
Fax: (06894) 108 134

St. Wendel

Kurhaus Elim

Mühlenweg 14, 66620 Nonnweiler
Telefon: (06873) 666 0, Fax: (06873) 666 66

MediClin Bosenberg-Kliniken

Am Bosenberg, 66606 St. Wendel
Telefon: (06851) 14 161,
Fax: (06851) 14 100

Therapiezentrum Schaumberger Hof

Schaumberger Hof, 66636 Tholey
Telefon: (06853) 91 08 21,
Fax: (06853) 91 08 30

DRK Haus Elstersteinpark – Mutter/Vater-Kind-Kurhaus

Elversbergerstraße 55, 66386 St. Ingbert
Telefon: (06894) 901 161,
Fax: (06894) 3 62 76

Fachklinik für Geriatrische Rehabilitation am Marienkrankenhaus St. Wendel

Am Hirschberg, 66606 St. Wendel
Telefon: (06851) 591202,
Fax: (06851) 591249

Mutter-Kind-Klinik Saarwald

Buchwaldstraße, 66625 Nohfelden
Telefon: (06852) 90 17 53,
Fax: (06852) 90 17 50

Regionalverband Saarbrücken

ATZ/RPK Arbeitstrainings- und Therapiezentrum

Sonnenbergstraße, 66119 Saarbrücken
Telefon: (0681) 889-0, Fax: (0681) 889 20 23

SHG Klinik Tiefental

Sonnenbergstraße, 66119 Saarbrücken
Telefon: (0681) 889-0, Fax: (0681) 889 20 23

Fachklinik für Frührehabilitation und Rehabilitation

Fischbacher Straße 100, 66287 Quierschied
Telefon: (06897) 962 200,
Fax: (06897) 962 210

Reha-Tagesklinik für Orthopädie und Traumatologie Schloß Bietschied

Bietschieder Straße 14, 66265 Heusweiler
Telefon: (06898) 55 22 46 2,
Fax: (06898) / 55 20 22

Cura-Med Süd-Warndt Klinik GmbH

Fröbelweg 3, 66352 Großrosseln
Telefon: (06809) 99 71 0,
Fax: (06809) 99 71 29

Landesamt für Soziales

Das Landesamt für Soziales (LAS) ist Ansprechpartner für die Bereiche: Feststellung von Schwerbehinderung, Hilfeleistungen bei der Eingliederung behinderter Personen, Frühfördermaßnahmen und Unterstützung bei der Integration von Kindern in Kindergärten und Schulen, Entschädigung für Kriegsoffer und Opfer von Gewalttaten, Blindheitshilfe, Hilfe für pflegebedürftige Menschen sofern der jeweilige Landkreis nicht zuständig ist, Integration von Menschen mit Behinderung in den Arbeitsmarkt, Träger der Gemeinsamen Service-stelle für Rehabilitation.

Landesamt für Soziales (LAS)

Hochstraße 67
66115 Saarbrücken
Telefon: (0681) 99 78 0
www.las.saarland.de

Pflegestützpunkte im Saarland

Pflegestützpunkt im Landkreis Merzig-Wadern

Bahnhofstr. 27, 66663 Merzig

Telefon: (06861) 8 04 77

Pflegestützpunkt im Landkreis Neunkirchen

Knappschaftsstr. 1, 66538 Neunkirchen

Telefon: (06821) 10 26 74

Pflegestützpunkt im Regionalverband Saarbrücken-Mitte

Stengelstr. 12, 66117 Saarbrücken

Telefon: (0681) 5 06 53 22

Pflegestützpunkt im Regionalverband Saarbrücken-Ost

Sulzbachtalstr. 81, 66280 Sulzbach

Telefon: (06897) 9 24 67 98

Pflegestützpunkt im Regionalverband Saarbrücken-West

Rathausstraße 46, 66333 Völklingen

Telefon: (06898) 13 55 55

Pflegestützpunkt im Landkreis Saarlouis

Choisyring 9, 66740 Saarlouis

Telefon: (06831) 12 06 30

Pflegestützpunkt im Saarpfalz-Kreis

Am Forum 1, 66424 Homburg

Telefon: (06841) 1 04 80 76

Pflegestützpunkt im Landkreis St. Wendel

Mommstr. 27, 66606 St. Wendel

Telefon: (06851) 8 01 52 51

Pflege auf einen Blick

Pflegekasse

Pflegebedürftige haben Anspruch auf umfassende Beratung und Hilfestellung durch Pflegeberaterinnen und -berater der jeweiligen gesetzlichen Pflegekasse (ist der Krankenkasse der pflegebedürftigen Person angeschlossen).

Für alle privaten Pflegekassen wird die Beratung durch die Firma Compass durchgeführt.

Hotline: (0800) 101 88 00 | www.compasspflegeberatung.de

Wer als Pflegebedürftiger dazu in der Lage ist, kann bei der Pflegekasse selbst einen Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung stellen. Aber auch Angehörige eines Pflegebedürftigen können die Antragstellung übernehmen.

Pflegestützpunkt

Pflegeberaterinnen und -berater unterstützen Sie kassenunabhängig bei der Klärung der Frage, ob die Pflege allein durch einen Angehörigen geleistet werden kann oder ob ein ambulanter Pflegedienst eine bessere Lösung ist. Darüber hinaus werden die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen auf den Besuch des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen vorbereitet.

Übersicht zu den Leistungen der Pflegekassen

Nach Antragseingang schickt die Pflegekasse dem Antragsteller/Angehörigen eine Übersicht über die Leistungen und Vergütungen der zugelassenen Pflegeeinrichtungen.

Pflegetagebuch

Zur besseren Nachweisbarkeit der Selbständigkeit bzw. Unselbständigkeit der Pflegeperson sollte ein Pflegetagebuch geführt werden. Darin sollte aufgeführt werden, wie hoch der Grad der Selbständigkeit bzw. Unselbständigkeit bei den einzelnen Verrichtungen ist.

Einstufung in einen Pflegegrad

Ein Gutachter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung prüft, wie sehr die Selbständigkeit des betroffenen Menschen eingeschränkt ist oder die Fähigkeiten nicht mehr vorhanden sind. Auf Basis dieser Begutachtung erfolgt die Zuordnung zu einem Pflegegrad.

Rechtsanspruch auf zehntägige Auszeit im Akutfall

Zur Organisation einer neuen Pflegesituation können Beschäftigte bis zu zehn Tage der Arbeit fernbleiben. Sollte der Arbeitgeber für diese Zeit keine Lohnfortzahlung bewilligen, so müssen die Betroffenen unmittelbar bei der Pflegekasse des Pflegebedürftigen einen Antrag auf Pflegeunterstützungsgeld stellen.

11. Glossar



Freistellung im Rahmen der Familienpflegezeit

Beschäftigte haben die Möglichkeit, sich bis zu 24 Monate von der Arbeit freistellen zu lassen, um die Pflege eines nahen Angehörigen zu übernehmen (Betriebe mit mehr als 15 Mitarbeitern und bei einer Mindestarbeitszeit von 15 Wochenstunden).

Förderung durch ein zinsloses Darlehen

Beschäftigte, die sich für eine teilweise Freistellung nach dem Familienpflegegesetz entscheiden, haben einen Anspruch auf Förderung durch ein zinsloses Darlehen. Beantragt werden kann das Darlehen beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (www.bafza.de). Die Auszahlung erfolgt in monatlichen Raten und beträgt höchstens die Hälfte des fehlenden Nettoeinkommens.

Notfall-Mappe

Die „Notfall-Mappe“ des Sozialministeriums enthält Formulare, die im Krankheitsfall oder bei einem Unfall für die Betroffenen und deren Angehörige wichtig sind, wie z. B. Vorsorge-Dokumente, Vollmachten und Medikamentenlisten und die den Umgang mit einem solchen Ereignis organisatorisch erleichtern sollen. Sie ist als Loseblattsammlung konzipiert und kann jederzeit durch persönliche Unterlagen erweitert werden. Darüber hinaus steht eine barrierefreie PDF-Version im Internet (<http://www.saarland.de/inklusion.htm>) zur Verfügung. Die Printausgabe kann bei der Pressestelle des Ministeriums unter Telefon: (0681) 501-31 78 oder per Mail an presse@soziales.saarland.de bestellt werden.

Ambulante Versorgung

Als „ambulante Versorgung“ bezeichnet man alle Behandlungsleistungen, die außerhalb von Kliniken (Akutkrankenhäuser, Fachkrankenhäuser, Rehabilitationskliniken) und stationären Pflegeeinrichtungen erbracht werden. Die „ambulante Versorgung“ spielt im Rahmen der häuslichen Pflege eine große Rolle und umfasst insbesondere pflegerische Tätigkeiten wie körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung.

Körperbezogene Pflegemaßnahmen

Bei den körperbezogenen Pflegemaßnahmen handelt es sich um Hilfeleistungen zur Beseitigung oder Minderung der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen oder zur Vermeidung der Verschlechterung der Pflegebedürftigkeit. Die körperbezogenen Pflegemaßnahmen beziehen sich insbesondere auf die Bereiche Mobilität und Selbstversorgung nach § 14 Abs. 2 Nr. 1 und 4 SGB XI. Sie umfassen:
Körperpflege: Waschen, Duschen, Baden, die Mund-/ Zahnpflege, das Kämmen, das Rasieren sowie die Darm- und Blasenentleerung;
Ernährung: mundgerechte Zubereitung und Nahrungsaufnahme;
Mobilität: selbständiges Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen sowie Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung

Heim

Grundsätzlich gibt es drei unterschiedliche Heimtypen: das Altenwohnheim, das Altenheim und das Pflegeheim.

In Altenwohnheimen leben die Bewohnerinnen und Bewohner relativ eigenständig in kleinen Wohnungen mit eigener Küche. Es besteht jedoch die Möglichkeit, die Mahlzeiten in Gesellschaft der anderen Bewohnerinnen und Bewohner einzunehmen.

Altenheime gewährleisten älteren Menschen, die ihren Haushalt nicht mehr eigenständig führen können, pflegerische Betreuung und hauswirtschaftliche Unterstützung. Auch hier leben die Bewohnerinnen und Bewohner oft in abgeschlossenen kleinen Wohnungen oder Appartements.

In Pflegeheimen leben die Bewohnerinnen und Bewohner in der Regel in Einzel- oder Doppelzimmern, in die häufig eigene Möbel mitgenommen werden können. Eine umfassende pflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung und Betreuung ist gewährleistet.

In den meisten Einrichtungen findet man heutzutage eine Kombination der drei traditionellen Heimtypen Altenwohnheim, Altenheim und Pflegeheim.

Kurzzeitpflege

Viele Pflegebedürftige (im Sinne des Rechts der Pflegeversicherung) sind nur für eine begrenzte Zeit auf vollstationäre Pflege angewiesen, insbesondere zur Bewältigung von Krisensituationen bei der häuslichen Pflege oder übergangsweise im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt. Für sie gibt es die Kurzzeitpflege in entsprechenden stationären Einrichtungen.

Leistungserbringer

Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser und Apotheken, aber auch eine Vielzahl anderer Anbieter von Gesundheitsleistungen wie Ergotherapeuten oder Hebammen stellen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Leistungen bereit. Sie werden unter dem Begriff Leistungserbringer zu samengefasst. Leistungserbringer sind in der Regel in Verbänden auf Bundes- oder Landesebene organisiert, die die Interessen ihrer Mitglieder als Vertragspartner der Krankenkassen vertreten. Im vertragsärztlichen Bereich beispielsweise nehmen diese Interessen die kassenärztlichen beziehungsweise kassenzahnärztlichen Vereinigungen wahr. Krankenkassen können mit einzelnen Leistungserbringern Einzelverträge abschließen. Medizinische Versorgungszentren, die Integrierte Versorgung oder der Versandhandel haben den Wettbewerb auf Seiten der Leistungserbringer deutlich verschärft. Zugleich bewirken sie aber auch eine stärkere Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Krankenhäusern und anderen Leistungserbringern. Denn die unzureichende Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Sektoren stellt eines der größten Probleme des deutschen Gesundheitswesens dar.

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) ist der sozialmedizinische Beratungs- und Begutachtungsdienst der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Im

Auftrag der Pflegekassen überprüft der MDK oder andere unabhängige Gutachter, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welcher Grad der Pflegebedürftigkeit vorliegt. Im Rahmen der Begutachtung hat der MDK durch eine Untersuchung des Versicherten die Einschränkungen bei den Verrichtungen der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung und Mobilität) festzustellen sowie Art, Umfang und voraussichtliche Dauer der Pflegebedürftigkeit. Bei knappschäftlich Versicherten erstellt das Gutachten der Sozialmedizinische Dienst (SMD). Bei Privatversicherten erfolgt die Begutachtung durch „MEDICPROOF“.

Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss dabei auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate und mindestens in der Schwere, dass eine Zuordnung zu einem Pflegegrad erfolgen kann, bestehen.

Pflegeberater

Versicherte, die Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, haben gegenüber ihrer Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen, das für sie die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt, einen gesetzlichen Anspruch auf Pflegeberatung. Gleiches gilt für Versicherte, die zwar noch keine Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, aber einen Antrag auf Leistungen gestellt haben und bei denen erkennbar ein Hilfe- und Beratungsbedarf besteht. Die Beratung erfolgt durch Pflegeberaterinnen und -berater. Diese sind in aller Regel Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegekassen und verfügen über umfassendes Wissen, insbesondere im Sozial- und Sozialversicherungsrecht.

Pflegehilfsmittel

Unter Pflegehilfsmittel fallen Geräte und Sachmittel, die zur häuslichen Pflege notwendig sind. Sie können dazu beitragen, dem Pflegebedürftigen eine selbstständige Lebensführung zu ermöglichen. Die Pflegekasse unterscheidet zwischen technischen Pflegehilfsmitteln wie beispielsweise einem Pflegebett, Lagerungshilfen oder einem Notrufsystem und Verbrauchsprodukten wie zum Beispiel Einmalhandschuhe oder Bettunterlagen.

Pflegesachleistungen

Um Unterstützung bei der Pflege zu Hause zu erhalten, können Pflege- und Betreuungsbedürftige die Hilfen ambulanter Pflegedienste nutzen. Sind diese durch Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen zugelassen, können sie Leistungen der Grundpflege, der hauswirtschaftlichen Versorgung und der häuslichen Betreuung erbringen, deren Kosten innerhalb der geltenden gesetzlichen Höchstbeträge von der Pflegeversicherung übernommen werden. Bis zu welchem Betrag pro Monat die Pflegekassen diese Leistungen finanzieren, hängt davon ab, zu welchem Pflegegrad der Pflegebedürftige zugeordnet wurde.

Pflegegrade

Entsprechend dem Umfang der Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten und der sich hieraus ergebenden Gesamtpunktzahl der Begutachtung werden die Pflegebedürftigen einem von fünf Pflegegraden zugeordnet. Es besteht auch die Möglichkeit der Zuordnung aufgrund einer besonderen Bedarfskonstellation. Je nach Pflegegrad unterscheidet sich auch die Höhe der Leistungen. Der Versicherte hat die Möglichkeit gegen die Entscheidung seiner Pflegekasse Widerspruch einzulegen.

Pflegestützpunkte

Pflegestützpunkte werden von den Kranken- und Pflegekassen auf Initiative eines Bundeslandes eingerichtet und bieten Hilfesuchenden Beratung und Unterstützung. Wenn Sie selbst pflegebedürftig sind oder pflegebedürftige Angehörige haben, erhalten Sie im Pflegestützpunkt alle wichtigen Informationen, Antragsformulare und konkrete Hilfestellungen. In den Pflegestützpunkten finden Sie auch die Pflegeberaterinnen und -berater der Pflegekassen.

Pflegeversicherung

Wer in der Gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist, gehört automatisch der sozialen Pflegeversicherung an. Einen gesonderten Antrag zur Aufnahme in die soziale Pflegeversicherung muss man also nicht stellen. Dies gilt zum Beispiel für Arbeiter, Angestellte, Studierende und Rentner. Wer aus der Versicherungspflicht ausgeschieden ist, zum Beispiel weil er seinen Wohnsitz ins Ausland verlegt hat, kann sich auf Antrag in der sozialen Pflegeversicherung weiterversichern.

Tages- und Nachtpflege

Unter Tages- und Nachtpflege (teilstationäre Versorgung) versteht man die zeitweise Betreuung im Tagesverlauf in einer Pflegeeinrichtung. Dabei übernimmt die Pflegekasse die Pflegekosten, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Kosten der medizinischen Behandlungspflege. Darin enthalten sind auch die Kosten der morgendlichen und abendlichen Hol- und Bringdienste der Einrichtungen. Die Kosten für Verpflegung müssen dagegen privat getragen werden. Ein Anspruch auf Tages- und Nachtpflege besteht für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5.

Verhinderungspflege

Macht die private Pflegeperson Urlaub oder ist sie durch Krankheit vorübergehend an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegeversicherung die nachgewiesenen Kosten einer Ersatzpflege für längstens sechs Wochen je Kalenderjahr, die sogenannte Verhinderungspflege. Ein Anspruch auf Verhinderungspflege besteht jedoch erst, nachdem die Pflegeperson den Pflegebedürftigen mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat und der Pflegebedürftige zum Zeitpunkt der Verhinderung mindestens in Pflegegrad 2 eingestuft ist.

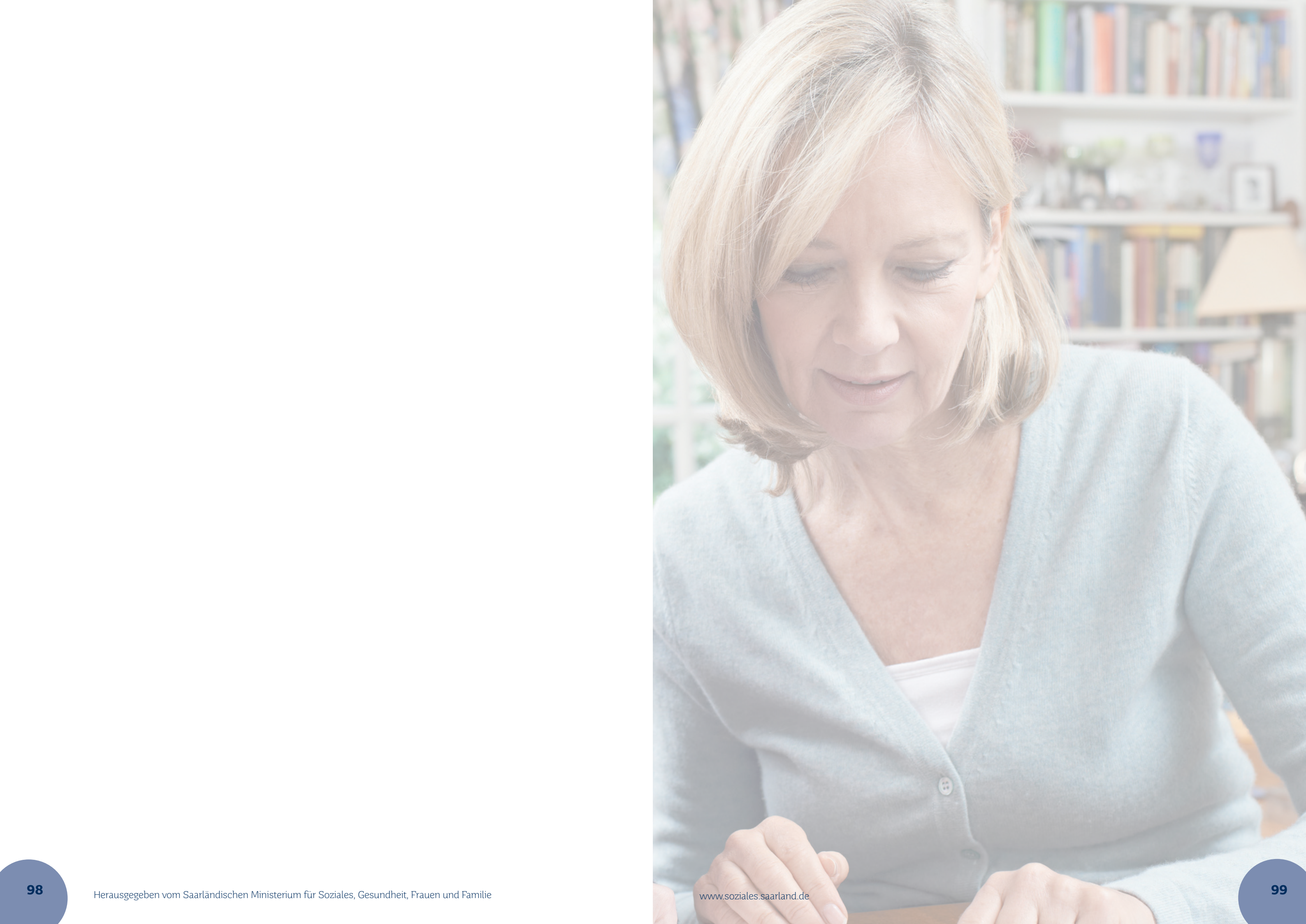
Rechtliche Hinweise

Die Herausgeber übernehmen, trotz aller Sorgfalt bei der Erstellung dieser Publikation, keinerlei Garantie für die Aktualität, Richtigkeit, Vollständigkeit oder Qualität der zur Verfügung gestellten Informationen. Die Herausgeber schließen jegliche Haftung für Schäden, die direkt oder indirekt aus der Benutzung dieser Publikation entstehen, aus.

Die Herausgeber übernehmen in keiner Weise die Verantwortung für externe Internetseiten, auch wenn und soweit von dieser Publikation auf externe Internetseiten verwiesen oder verlinkt wird.

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Regierung des Saarlandes herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerbern oder Wahlhelfern während eines Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Landtags-, Bundestags-, Kommunal- und Europawahlen. Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die Druckschrift nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Landesregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte.

Bildnachweise: Fotolia.com * highwaystarz * DoraZett * Photographee_eu * Kzenon * elypse * SandorKacso * SandorKacso * aletia2011 * Robert Kneschke



Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie
Franz-Josef-Röder-Straße 23, 66119 Saarbrücken
presse@soziales.saarland.de

www.soziales.saarland.de

 MSGFF.Saarland

Saarbrücken 2018

