



Glossar

für Multiplikator:innen im Bereich Pflege



INHALTSVERZEICHNIS

ALLGEMEINE INFORMATIONEN ZU DIESER BROSCHÜRE	6
1 ÜBERBEGRIFFE	6
Sozialgesetzbuch	6
Sozialversicherung	6
Pflegeversicherung	7
Krankenversicherung	7
2 PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT	7
Pflegebedarf	7
Pflegekasse	7
Pflegeantrag	8
Medizinischer Dienst (MD)	8
Begutachtung	8
Pflegegutachten	8
Pflegegrad	9
Widerspruch	9
Pflegeperson	9
Hilfe zur Pflege	9
Pflegeselbsthilfe	10
3 BEHINDERUNG	10
Behinderung	10
Blindengeld	10
Gehörlosengeld	11
Eingliederungshilfe	11
Schwerbehindertenausweis	11
Grad der Behinderung	11
Merkzeichen	11
Nachteilsausgleich	12
4 DEMENZ	12
5 BERATUNG	12
Pflegeberatung	12
Beratungsbesuche nach §37 Abs. 3 SGB XI	12
Krankenhaussozialdienst	13
Medizinischer Dienst (MD)	13

Sozialpsychiatrischer Dienst	13
Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung/ EUTB	13
6 ÄMTER.....	14
Sozialamt	14
Versorgungsamt	14
7 EINRICHTUNGEN DER GESUNDHEITSVORSORGE	14
Ambulanter Pflegedienst.....	14
Medizinischer Dienst (MD).....	14
Sanitätshaus	15
Krankenhaussozialdienst	15
Geriatrie	15
Gerontopsychiatrie	15
Rehabilitation (Reha)	15
Kur.....	16
Palliativpflege.....	16
Hospiz.....	16
8 LEISTUNGEN DER KRANKENVERSICHERUNG	16
Behandlungspflege.....	16
Hilfsmittel	17
9 LEISTUNGEN DER PFLEGEVERSICHERUNG	17
Ambulanter Pflegedienst.....	17
Angebote zur Unterstützung im Alltag	17
Beratungsbesuche nach §37 Abs.3 SGB XI	17
Betreuungsdienst.....	18
Eigenanteil	18
Entlastungsbetrag	18
Kurzzeitpflege.....	18
Nachbarschaftshilfe	18
Pflegegeld	19
Pflegekurs	19
Pfleagesachleistungen	19
Pflegeverbrauchsmittel.....	19
Pflege-Wohngemeinschaften	19

Stationäre Pflege (Pflegeheim)	19
Tagespflege.....	20
Verhinderungspflege.....	20
Wohnraumanpassung	20
10 VEREINBARKEIT VON BERUF UND PFLEGE	20
Kurzzeitige Arbeitsverhinderung	20
Pflegeunterstützungsgeld	20
Pflegezeit	21
Familienpflegezeit.....	21
11 RECHTLICHE BETREUUNG UND VORSORGE	21
Betreuungsverfügung.....	21
Gesetzliche Betreuung/ rechtliche Betreuung	22
Patientenverfügung	22
Vorsorgevollmacht	22



ALLGEMEINE INFORMATIONEN ZU DIESER BROSCHÜRE

Die Pflegebedürftigkeit in der Familie oder bei Freundinnen und Freunden ist eine besondere Situation. Auch die Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung kann für viele Betroffene und ihre Angehörigen eine Herausforderung darstellen. Viele Regelungen sind schwer zu verstehen. Viele Menschen wissen nicht, welche Hilfen es gibt. Manchmal wird deshalb keine Hilfe genutzt. Alle Menschen sollten gleichermaßen informiert und unterstützt werden.

Mit dieser Broschüre sollen wichtige Begriffe rund um das Thema Pflege erklärt werden. Damit sollen wichtige Informationen allen Menschen zugänglich werden. Die Begriffe sind nach Themen in Abschnitte sortiert. So befinden sich Begriffe, die eng zusammengehören, auch an der gleichen Stelle in der Broschüre. Teilweise sind Begriffe doppelt angeführt, da sie an unterschiedlichen Stellen wichtig sind. Begriffe, die in einem anderen Kapitel erklärt werden, sind im Text **fett** gedruckt. Am Rand steht ein Hinweis, in welchem Kapitel Sie weiterlesen können.

Siehe:
Kapitel (...)

1 ÜBERBEGRIFFE

Im Sozial- und Gesundheitswesen bilden viele Gesetze die Grundlagen. Im Folgenden werden wichtige Überbegriffe dazu erklärt.

Sozialgesetzbuch

Das deutsche Sozialrecht ist in Sozialgesetzbüchern (kurz: SGB) zusammengefasst. Es besteht aktuell aus 12 Teilen (Büchern). Dort sind alle Gesetze gesammelt, die die soziale Sicherung der Bürgerinnen und Bürger betreffen. Im Sozialgesetzbuch steht, welche Hilfen der Staat für seine Bürgerinnen und Bürger vorhält und wie Personen diese Hilfen erhalten. So soll sichergestellt werden, dass alle Menschen einen gerechten und einheitlichen Zugang zu Unterstützung erhalten. Im Sozialgesetzbuch sind zum Beispiel auch die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung geregelt.

Sozialversicherung

Die Sozialversicherung ist ein gesetzliches Versicherungssystem, das Menschen in Fällen von Arbeitslosigkeit, Krankheit, Pflegebedürftigkeit, Invalidität, Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten unter anderem finanziell unterstützen soll. Daneben bildet sie eine Absicherung für das Alter. Die Sozialversicherung in Deutschland besteht daher aus fünf Säulen: Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Unfallversicherung, Rentenversicherung und Arbeitslosenversicherung.

Die Sozialversicherung ist beitragsfinanziert. Das heißt, dass in der Regel Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer und Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber jeden Monat einen Beitrag in die Versicherung einzahlen (mit Ausnahmen).

Pflegeversicherung

In Deutschland ist jeder pflegeversichert, der auch eine Krankenversicherung hat. Die Beiträge für die Pflegeversicherung werden mit den Krankenkassen zusammen mit den Krankenversicherungsbeiträgen bezahlt. Die Pflegeversicherung bezahlt einen Teil der Pflege und Hilfe im Alltag. Einen Teil der notwendigen Hilfe muss man selbst zahlen. Hat eine Person keine Pflegeversicherung, muss sie sich an das Sozialamt wenden.

Krankenversicherung

Die gesetzliche Krankenversicherung ist zentral im deutschen Gesundheitssystem. Sie ist gesetzlich verankert. Sie hat die Aufgabe, die Gesundheit der Menschen zu erhalten oder bei Krankheiten wiederherzustellen. Dafür übernimmt sie voll oder teilweise die Kosten für medizinisch notwendige Behandlungen. Über die Krankenversicherung können Arztbesuche, Medikamente und Therapien bezahlt werden. Die Krankenversicherung wird über Beiträge finanziert, die jeder Arbeitnehmerin oder jeder Arbeitnehmerin und Arbeitgeberin oder Arbeitgeber monatlich zahlen müssen. Es ist Pflicht in Deutschland krankenversichert zu sein. Neben der gesetzlichen Krankenversicherung kann man auch eine private Krankenversicherung haben.

2 PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT

Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit aufweisen und deshalb Hilfe durch andere Personen brauchen. Alles zum Thema Pflege ist im elften Sozialgesetzbuch geregelt. Dazu gehören Vorgaben, wann eine Person pflegebedürftig ist. Dort ist ebenfalls geregelt, wie dies festgestellt wird und welche Unterstützung die Person erhält. Im Folgenden werden die wichtigsten Begriffe rund um die Pflegebedürftigkeit erklärt.

Pflegebedarf

Viele ältere, aber auch jüngere und kranke Menschen sowie einige Menschen mit **Behinderungen** brauchen Pflege und Hilfe im Alltag. Sie können sich nur mit Hilfe einer anderen Person versorgen. Sie sind pflegebedürftig. Die Hilfe muss dauerhaft benötigt werden, also mindestens ein halbes Jahr. Es zählen auch nicht normale Alterserscheinungen oder wenn mit **Hilfsmitteln** keine Hilfe mehr benötigt wird.

Siehe:
Kapitel 3
Kapitel 8

Pflegekasse

Die Pflegekassen erbringen die Leistungen der Pflegeversicherung. Die Pflegekasse sind an die Krankenkassen angebunden. Die Pflegekassen haben gesetzliche Aufgaben. Diese finden sich im Elften Buch **Sozialgesetzbuch**:

Siehe:
Kapitel 1
Kapitel 7

- Sie zahlen die Sach- und Geldleistungen wie zum Beispiel das Pflegegeld.
- Sie bieten Pflegekurse an oder bezahlen diese.

- Sie bieten Pflegeberatung an.
- Sie bezahlen eine **Reha**, wenn damit eine Pflegebedürftigkeit verhindert werden kann.

Pflegeantrag

Wenn eine Person dauerhaft Hilfe von anderen braucht, kann sie einen Pflegeantrag stellen. Diesen kann sie bei ihrer Krankenkasse/ Pflegekasse anfordern. Der Antrag ist kostenlos. Im Antrag werden erste Informationen gesammelt und an die Kasse geschickt. Die Pflegekasse beauftragt dann den Medizinischen Dienst.

Medizinischer Dienst (MD)

Der Medizinische Dienst prüft für die Pflegekasse, ob ein Mensch pflegebedürftig ist. Dazu gibt es einen Termin, bei dem eine Gutachterin oder ein Gutachter zu Besuch kommt und die Begutachtung durchführt. Die Gutachterin oder der Gutachter sind Ärztinnen und Ärzte oder Pflegefachkräfte. Der Medizinische Dienst hat noch weitere Aufgaben. Er prüft z.B. auch die **stationären Pflegeeinrichtungen**. Der Medizinische Dienst arbeitet unabhängig und wird nicht von den Pflegekassen beeinflusst. Ist eine Person privatversichert, heißt der Medizinische Dienst Medicproof.

Siehe:
Kapitel 9

Begutachtung

Nach dem Antrag auf Pflegebedürftigkeit findet eine Begutachtung statt. Bei der Begutachtung wird geprüft, wie selbstständig eine Person ihren Alltag bewältigen kann. Dazu stellt die Gutachterin oder der Gutachter des Medizinischen Dienstes viele Fragen und lässt sich auch manches zeigen, um die körperlichen Fähigkeiten zu testen. Die Begutachtung findet normalerweise bei der pflegebedürftigen Person zuhause statt. Man kann sich auch eine Begutachtung am Telefon wünschen. Es ist gut, wenn jemand aus der Familie oder eine Freundin oder ein Freund bei der Begutachtung dabei ist. Es ist auch gut, sich vorher aufzuschreiben, wobei die Hilfe einer anderen Person gebraucht wird, damit man nichts vergisst. Für alle Fragen, die die Gutachterin oder der Gutachter stellt, werden Punkte vergeben. Je mehr Hilfe man braucht, desto mehr Punkte bekommt man. Die Punkte sind wichtig für die Berechnung des Pflegegrades. Die Gutachterin oder der Gutachter erstellt ein Pflegegutachten, in dem man den Pflegegrad erhält. Ist die pflegebedürftige Person im Krankenhaus, findet eine Begutachtung erst zuhause statt. Vorher kann es aber einen vorläufigen Pflegegrad geben, der dann in der Begutachtung überprüft wird.

Pflegegutachten

Das Pflegegutachten erstellt der Gutachter nach der Begutachtung. Es enthält alle gesammelten Informationen aus dem Termin. Das Gutachten wird per Post von der Pflegekasse zugeschickt. In dem Gutachten wird auch aufgeführt, wie viele Punkte es bei welcher Frage gab. Es ist wichtig, sich das Gutachten genau anzuschauen. Falls Fehler gemacht wurden, kann ein Widerspruch eingereicht werden.

Pflegegrad

Manche Menschen brauchen viel Hilfe, manche brauchen weniger Hilfe. Damit Menschen, die mehr Hilfe benötigen, auch mehr Hilfe bekommen können, gibt es Pflegegrade. Es gibt 5 Pflegegrade. Je mehr Hilfe man braucht, desto höher ist der Pflegegrad. Die Einteilung macht der Medizinische Dienst.

Widerspruch

Nach der Begutachtung erhält man den Bescheid der Pflegekasse mit dem Pflegegrad und das Pflegegutachten. Vielleicht ist etwas nicht in Ordnung. Zum Beispiel: Der Antrag auf einen Pflegegrad wurde abgelehnt. Oder der Antrag wurde bewilligt, aber man glaubt, dass der Pflegegrad nicht richtig ist. Wenn man mit dem Bescheid nicht einverstanden ist, kann man Widerspruch einlegen. Die Pflegekasse überprüft dann, ob alles richtig gemacht wurde.

Ein Widerspruch muss in einer bestimmten Frist erfolgen. Man hat dafür vier Wochen ab dem Bescheid Zeit. Danach ist ein Widerspruch nicht mehr möglich.

Um die Frist einhalten zu können, kann man erst einen formlosen Widerspruch an die Pflegekasse senden und die Begründung später schicken. Bei der Begründung muss man erklären, wo man Fehler im Gutachten sieht: So wurde zum Beispiel nicht berücksichtigt, dass bei bestimmten Tätigkeiten Hilfe gebraucht wird. Bei einem Widerspruch kann eine **Pflegeberatungsstelle** helfen. Der Widerspruch ist kostenlos.

Siehe:
Kapitel 5

Pflegeperson

Beim Pflegeantrag wird gefragt, wer sich um die Pflege kümmert. Entweder kann das ein **Pflegedienst** übernehmen, oder man benennt eine Pflegeperson. Das kann zum Beispiel ein Familienmitglied sein. Die Eintragung einer Pflegeperson hat verschiedene Auswirkungen:

- Es wird Pflegegeld ausgezahlt, welches an die Pflegeperson weitergegeben werden kann.
- Es entsteht ein Anspruch auf die Leistungen der Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege.
- Die Pflegeperson ist unfallversichert, wenn sie mindestens 10 Stunden in der Woche Pflege leistet.
- Die Pflegeversicherung zahlt Beiträge zur Renten- und Arbeitslosenversicherung der Pflegeperson, wenn sie nicht mehr als 30 Stunden (pro Woche) arbeitet und mindestens 10 Stunden (pro Woche) pflegt.

Siehe:
Kapitel 9

Hilfe zur Pflege

Die „Hilfe zur Pflege“ ist eine Leistung der deutschen Sozialhilfe. Sie ist im zwölften **Sozialgesetzbuch** in den Paragraphen 61 bis 66a geregelt. Bei Pflegebedürftigkeit deckt die soziale Pflegeversicherung nur einen Teil der anfallenden Kosten ab. Den Rest müssen die Betroffenen in der Regel selbst als **Eigenanteil** tragen. Hier kann die Sozialleistung „Hilfe zur Pflege“ beim **Sozialamt** beantragt und gezahlt werden, wenn eine pflegebedürftige Person oder ihre Angehörigen nicht die Kosten für die notwendige Pflege selbst zahlen können. Voraussetzungen für die Leistungen sind:

Siehe:
Kapitel 1
Kapitel 6
Kapitel 9

- Die finanziell hilfsbedürftige Person ist pflegebedürftig.
- Die finanziellen Mittel aus anderen Versicherungen (zum Beispiel der sozialen Pflegeversicherung oder einer privaten Pflegezusatzversicherung im Rahmen der finanziellen Pflegevorsorge) decken die Kosten für die Pflege nicht oder nicht vollständig ab.
- Die pflegebedürftige Person oder die Ehepartnerin oder der Ehepartner haben kein ausreichendes Vermögen, um die Pflegekosten damit zu finanzieren. Als Antragstellerin oder Antragsteller muss das Einkommen und Vermögen entsprechend dem Sozialhilfeträger offengelegt werden.
- Die Hilfe zur Pflege können auch Personen beantragen, die keine ausreichende Vorversicherungszeit in der Pflegeversicherung haben.

Pflegeselbsthilfe

Viele pflegebedürftige Menschen werden zuhause von Angehörigen gepflegt und betreut. Dies ist eine große Verantwortung und oft auch Herausforderung für die pflegenden Angehörigen. Selbsthilfegruppen können eine Möglichkeit bieten, Kontakt zu anderen Menschen zu knüpfen, die sich in ähnlichen Situationen befinden. In den Gruppentreffen können sich die Teilnehmenden untereinander über ihre persönlichen Erfahrungen, Probleme oder Gedanken austauschen. Der Austausch kann dabei helfen, besser mit den Herausforderungen und auch Belastungen umzugehen. In Nordrhein-Westfalen gibt es bereits viele Selbsthilfeangebote. Um noch mehr pflegebedürftigen Personen und Angehörigen Angebote zugänglich zu machen, gibt es die Kontaktbüros Pflegeselbsthilfe (KoPS). Diese informieren Interessierte über bestehende Selbsthilfegruppen für pflegende Angehörige, begleiten sie in ihrer Arbeit und unterstützen die Gründung und den Aufbau neuer Selbsthilfegruppen.

3 BEHINDERUNG

Eine **Pflegebedürftigkeit** kann durch eine Behinderung verursacht sein. Im Folgenden werden daher die wichtigsten Begriffe rund um das Thema Behinderung erklärt.

Siehe:
Kapitel 2

Behinderung

Eine Behinderung liegt vor, wenn ein Mensch eine körperliche, geistige oder seelische Beeinträchtigung hat, die ihn voraussichtlich länger als 6 Monate so einschränkt, dass er nicht gleichberechtigt am Leben in der Gemeinschaft teilhaben kann. Menschen mit Behinderung benötigen passende Hilfen, wie speziellen Wohnraum, **Hilfsmittel** oder die Unterstützung von Begleitpersonen, um teilhaben zu können.

Siehe:
Kapitel 8

Blindengeld

Das Blindengeld ist eine finanzielle, monatliche Unterstützung für Menschen mit Blindheit und starker Sehbehinderung. Dies nennt man auch „Nachteilsausgleich“. Um Blindengeld

erhalten zu können, muss ein Antrag bei der Gemeinde oder dem zuständigen Landschaftsverband gestellt werden. Man kann damit Ausgaben bezahlen, die man aufgrund einer Sehbehinderung hat (zum Beispiel um eine Haushaltshilfe zu bezahlen oder um Texte in Blindenschrift zu übertragen).

Gehörlosengeld

Das Gehörlosengeld ist eine finanzielle Unterstützung für Menschen, die gehörlos sind. Das Geld kann für Unterstützungsleistungen wie zum Beispiel Gebärdendolmetscher und -dolmetscherinnen genutzt werden. Menschen mit angeborener oder bis zum 18. Lebensjahr erworbener Taubheit oder an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit erhalten eine Hilfe von 77 Euro pro Monat. Dafür braucht man eine Bescheinigung des Hals-Nasen-Ohren-Arztes. Der Antrag kann bei der Gemeinde- oder Kreisverwaltung oder den Landschaftsverbänden eingereicht werden.

Eingliederungshilfe

Eingliederungshilfe ist eine staatliche Sozialleistung für Menschen mit Behinderung, damit sie genauso am Leben teilnehmen können wie Menschen ohne Behinderung. Die Teilhabe soll für die Arbeitswelt, das Wohnen, aber auch alle anderen Bereiche des Lebens gelten. Sie ist im **Sozialgesetzbuch 9** (SGB IX) geregelt.

Eingliederungshilfe muss beantragt werden. Man kann sie zum Beispiel für folgendes nutzen:

- Hilfen im Haushalt wie Einkaufen, Kochen, Waschen, Säubern, Saubermachen,
- zur sozialen Teilhabe wie Besuch von Freundinnen und Freunden, Einladung von Freundinnen und Freunden,
- Planung eines Umzuges, Arbeitssuche und Berufsausbildung,
- Freizeitgestaltung wie Urlaub, Schwimmbadbesuch und Essen gehen,
- Arbeitshilfen, damit die Person wieder arbeiten kann, damit der Arbeitsplatz erhalten bleibt oder damit die Person zur Schule gehen kann oder studieren.

Siehe:
Kapitel 1

Schwerbehindertenausweis

Ein Schwerbehindertenausweis wird ab einem Grad der Behinderung von 50 von 100 ausgestellt. Man beantragt ihn beim Versorgungsamt. Das **Versorgungsamt** ist für die Belange von Menschen mit Behinderung zuständig.

Siehe:
Kapitel 6

Grad der Behinderung

Der Grad der Behinderung (GdB) gibt die Schwere einer Behinderung an. Ab einem Grad von 50 gilt ein Mensch als schwerbehindert.

Merkzeichen

Merkzeichen sind gesetzlich vorgeschriebene Buchstaben, die ein Mensch mit Schwerbehinderung zusätzlich zum Grad seiner Behinderung erhalten kann. Um ein Merkzeichen zu bekommen, müssen bestimmte Beeinträchtigungen vorliegen. So wird zum Beispiel BI für

“blind“ in den Schwerbehindertenausweis eingetragen. Merkzeichen berechtigen auch zu besonderen Leistungen, zum Beispiel die kostenlose Nutzung des öffentlichen Nahverkehrs bei einer Gehbehinderung.

Nachteilsausgleich

Ein Nachteilsausgleich ist eine Maßnahme, die im deutschen Sozialrecht vorgesehen ist. Es soll Menschen mit Behinderung helfen, Nachteile oder Mehraufwendungen auszugleichen. Der Nachteilsausgleich wird abhängig von bestimmten Merkzeichen sowie dem Grad der Behinderung (GdB) gewährt. Er erstreckt sich im Schwerbehindertenrecht über die Rechte nach dem Neunten Buch **Sozialgesetzbuch** (§§ 151 ff. SGB IX) hinaus auch auf das Arbeits-, Steuer- und Sozialversicherungsrecht.

Siehe:
Kapitel 1

4 DEMENZ

Demenz ist ein Oberbegriff für viele verschiedene Erkrankungen. Sie alle haben gemein, dass die geistigen Fähigkeiten mit der Zeit nachlassen. Menschen mit einer Demenz-Erkrankung können sich zum Beispiel immer schlechter an Dinge erinnern oder sich orientieren. Sie haben zunehmend Probleme ihren Alltag zu bewältigen. Auch die Kommunikation fällt schwerer. Demenz kann nicht geheilt werden, aber man kann den Verlauf positiv beeinflussen. Meistens sind ältere Menschen betroffen.

5 BERATUNG

Beratungsstelle ist ein Überbegriff für Einrichtungen, an die man sich mit unterschiedlichen Fragen und Problemen wenden kann. Hier erhält man Unterstützung und Hilfestellung.

Pflegeberatung

Die Pflegeberatung ist ein kostenloses Gespräch für **pflegebedürftige Personen** und pflegende Angehörige. Sie ist in §7a SGB XI geregelt. Die Pflegeberatung hilft bei der Planung der Unterstützung in der Pflege. Wenn man einen **Antrag auf Pflegeleistungen** stellt, muss die **Pflegekasse** eine Pflegeberatung anbieten. Sie geben Auskunft darüber, in welcher Pflegeberatungsstelle man eine passende Beratung finden kann. Bei einer privaten **Pflegeversicherung** ist compass private pflegeberatung zuständig. Zusätzlich bieten auch viele Städte oder soziale Einrichtungen Pflegeberatung an.

Siehe:
Kapitel 2

Beratungsbesuche nach §37 Abs. 3 SGB XI

Pflegebedürftige, die **Pflegegeld** erhalten, müssen in regelmäßigen Abständen eine Beratung zur Pflege durchführen lassen. Der Beratungsbesuch findet zum Beispiel durch **Pflegedienste** zu Hause statt. In der Beratung wird besprochen, ob die **Pflegeperson** Entlastung braucht und ob weitere Leistungen der **Pflegeversicherung** genutzt werden können. Der Beratungsbesuch ist ab Pflegegrad 2 verpflichtend.

Siehe:
Kapitel 2
Kapitel 9

Pflegegrad 1	Jährlich (freiwillig)
Pflegegrad 2 und 3	Halbjährlich
Pflegegrad 4 und 5	Vierteljährlich

Krankenhaussozialdienst

In jedem Krankenhaus gibt es einen Krankenhaussozialdienst. Hier erhalten Patientinnen und Patienten und Angehörige Unterstützung. Der Krankenhaussozialdienst hilft bei der Organisation der Pflegesituation nach der Krankenhausentlassung. Es werden auch **Reha-**Plätze vermittelt oder **Hilfsmittel** organisiert.

Siehe:
Kapitel 7
Kapitel 8

Medizinischer Dienst (MD)

Der Medizinische Dienst prüft für die **Pflegekasse**, ob ein Mensch **pflegebedürftig** ist. Dazu gibt es einen Termin, bei dem eine Gutachterin oder ein Gutachter zu Besuch kommt und die **Begutachtung** durchführt. Die Gutachterin oder der Gutachter sind Ärztinnen und Ärzte oder Pflegefachkräfte. Der Medizinische Dienst hat noch weitere Aufgaben. Er prüft z.B. auch die stationären Pflegeeinrichtungen. Der Medizinische Dienst arbeitet unabhängig und wird nicht von den Pflegekassen beeinflusst. Ist eine Person privatversichert, heißt der Medizinische Dienst Medicproof.

Siehe:
Kapitel 2

Sozialpsychiatrischer Dienst

Der Sozialpsychiatrische Dienst berät und begleitet bei psychischen Erkrankungen. Das sind zum Beispiel Depressionen, Psychosen, bipolare Störungen oder Alkohol- oder Drogenabhängigkeit. Dort arbeiten Ärztinnen und Ärzte sowie Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter. Sie unterstützen Menschen, die selbst erkrankt sind oder in einer Krise Hilfe brauchen. Sie beraten aber auch Angehörige und Freundinnen und Freunde, die Unterstützung suchen. In jeder Stadt ist der Sozialpsychiatrische Dienst zu finden.

Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung/ EUTB

Die Ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatungsstellen (EUTB) beraten Menschen mit Behinderung, von **Behinderung** bedrohte Menschen und deren Angehörige in diesen Angelegenheiten. Es gibt sie nahezu in jeder Stadt. Die Beratung ist kostenfrei.

Siehe:
Kapitel 3

6 ÄMTER

Teilweise muss man Unterstützung bei Ämtern beantragen. Im Folgenden werden einige Anlaufstellen erklärt.

Sozialamt

Das Sozialamt oder auch Amt für Soziales gehört zu einer Stadtverwaltung. Es ist zuständig für Menschen, die sich in einer persönlichen oder wirtschaftlichen Notsituation befinden, nicht arbeiten können und kein Geld verdienen. Das können zum Beispiel kranke oder alte Menschen sein. Beim Sozialamt kann die Sozialhilfe beantragt werden. Das Sozialamt prüft den Antrag. Wenn Menschen ihr Leben nicht mit eigenen Mitteln finanzieren können, zahlt das Sozialamt Hilfen. Es übernimmt zum Beispiel Kosten für die Miete, den Lebensunterhalt und weitere Ausgaben.

Versorgungsamt

Das Versorgungsamt ist für die Feststellung einer **Behinderung** zuständig. Es stellt fest, ob eine Behinderung vorliegt und stuft den Grad der Behinderung ein. Das Amt bescheinigt im **Schwerbehindertenausweis** die gesundheitlichen Voraussetzungen für die Nutzung von Nachteilsausgleichen. Außerdem zahlt es Versorgungsrenten und Leistungen der Heil- und Krankenbehandlung.

Siehe:
Kapitel 3

7 EINRICHTUNGEN DER GESUNDHEITSVERSORGUNG

Rund um das Thema Gesundheit gibt es viele Stellen, die Unterstützung anbieten oder die für bestimmte Aufgaben zuständig sind. Im Folgenden werden die wichtigsten Stellen kurz vorgestellt.

Ambulanter Pflegedienst

Ambulante Pflegedienste besuchen **Pflegebedürftige** zuhause, um sie zu unterstützen. Bezahlt werden sie über die **Pflegesachleistungen**. Ein Pflegedienst hilft bei der Körperpflege (zum Beispiel beim Ankleiden, Körperpflege und Toilettengängen) oder bei der **Behandlungspflege** (zum Beispiel Verbandswechsel und Medikamentengabe). Wie oft ein Pflegedienst kommt, hängt von der notwendigen Unterstützung ab.

Siehe:
Kapitel 2
Kapitel 8
Kapitel 9

Medizinischer Dienst (MD)

Der Medizinische Dienst prüft für die **Pflegekasse**, ob ein Mensch **pflegebedürftig** ist. Dazu gibt es einen Termin, bei dem ein Gutachter oder eine Gutachterin zu Besuch kommt und die **Begutachtung** durchführt. Der Gutachter oder die Gutachterin sind Ärztinnen und Ärzte oder Pflegefachkräfte. Der Medizinische Dienst hat noch weitere Aufgaben. Er prüft z.B. auch die stationären Pflegeeinrichtungen. Der Medizinische Dienst arbeitet unabhängig

Siehe:
Kapitel 2

und wird nicht von den Pflegekassen beeinflusst. Ist eine Person privatversichert, heißt der Medizinische Dienst Medicproof.

Sanitätshaus

Im Sanitätshaus erhält man medizinische **Hilfsmittel**, z.B. Rollstühle oder Pflegebetten. Die Sanitätshäuser haben auch meist eine Werkstatt und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die Hilfsmittel reparieren können. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zeigen auch die richtige Anwendung und helfen bei der richtigen Einstellung der Hilfsmittel.

Siehe:
Kapitel 8

Krankenhaussozialdienst

In jedem Krankenhaus gibt es einen Krankenhaussozialdienst. Hier erhalten Patientinnen und Patienten und Angehörige Unterstützung. Der Krankenhaussozialdienst hilft bei der Organisation der Pflegesituation nach der Krankenhausentlassung. Es werden auch **Reha**-Plätze vermittelt oder **Hilfsmittel** organisiert.

Siehe:
Kapitel 7
Kapitel 8

Geriatric

Die Geriatric ist eine Abteilung im Krankenhaus. Hier werden alte Menschen behandelt. Das Personal ist spezialisiert auf die Erkrankungen im Alter. Hier werden Menschen akut behandelt, wenn sie zum Beispiel gefallen sind. Oft gibt es aber auch Maßnahmen zur Rehabilitation. In der Geriatric geht es darum, den Patientinnen und Patienten zu helfen, wieder möglichst selbstständig zu werden.

Gerontopsychiatrie

Die Gerontopsychiatrie ist eine besondere Form der Psychiatrie. Meist ist es eine besondere Station im Krankenhaus. Dort werden alte Menschen mit psychischen Erkrankungen behandelt. Das Personal ist hierauf spezialisiert. Menschen mit **Demenz** bekommen zum Beispiel in der Gerontopsychiatrie eine Diagnose und Behandlung.

Siehe:
Kapitel 4

Rehabilitation (Reha)

Eine Reha kann beantragt werden, um Gesundheitseinschränkungen wieder zu verbessern. Eine Reha kann ambulant oder stationär erfolgen und dauert meistens drei Wochen. Eine Verlängerung kann durch eine Ärztin oder einen Arzt entschieden werden. Bei der ambulanten Reha schläft man zuhause und ist tagsüber in einer Einrichtung, wo die Therapien stattfinden. Bei einer stationären Reha lebt man für die Dauer in einer Reha-Einrichtung. Die gesetzliche Rentenversicherung bezahlt die medizinischen Reha. Eine kleine Zuzahlung ist notwendig. Auch pflegende Angehörige können eine Reha nutzen, um gesundheitlich in der Lage zu sein, weiter die Pflege zu leisten.

Kur

Eine Kur ist ähnlich zu einer Reha. Hier geht es jedoch darum, frühzeitig zu vermeiden, dass die Gesundheit Schaden nimmt. Die Prävention, also die Vorsorge, steht im Mittelpunkt. Auch pflegende Angehörige können eine Kur machen.

Palliativpflege

Menschen mit einer unheilbaren Erkrankung haben oft Schmerzen, Atemnot oder Unruhe und Angst. Um die unheilbar kranken Menschen kümmern sich Palliativ-Ärztinnen und Ärzte und Palliativ-Pflegerinnen und -Pfleger. Sie können die Schmerzen und die Atemnot lindern und Unruhe und die Ängste bekämpfen. Die Palliativ-Kräfte nehmen sich viel Zeit für unheilbar kranke Menschen. Sie lassen die kranken Menschen nicht allein. Und sie helfen auch der Familie. Sie kommen auf Wunsch immer wieder, bis zum Tod.

Hospiz

Ein Hospiz ist ein Haus, in dem unheilbar kranke Menschen wohnen können. Der Krankheitsverlauf der Menschen ist schon weit fortgeschritten. Es ist absehbar, dass der Mensch nicht mehr lange lebt. Im Hospiz werden die kranken Menschen wie Gäste behandelt. Es ist so gemütlich wie in einem Zuhause. Die Menschen werden dort nach ihren Bedürfnissen und Wünschen gepflegt. Die kranken Menschen können selbst bestimmen, wie sie den Tag gestalten wollen. Die Menschen können dort leben bis zu ihrem Tod. Die **Krankenkasse** bezahlt das Hospiz.

Siehe:
Kapitel 1

8 LEISTUNGEN DER KRANKENVERSICHERUNG

Wenn Menschen krank werden, brauchen sie manchmal medizinische Hilfe. Dies kann sehr teuer werden. Deshalb gibt es in Deutschland eine gesetzliche Krankenversicherung. Die Krankenversicherung sieht bestimmte Leistungen vor, um die Gesundheit wieder herzustellen oder Krankheiten zu verhindern. Es gibt eine Vielzahl an Krankenkassen, die Leistungen der Krankenversicherung anbieten. Die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen sind jedoch weitestgehend gleich, da alle Leistungen im 5. Sozialgesetzbuch (Gesetzliche Krankenversicherung) geregelt sind. Dort ist geregelt, welche Behandlungen, Medikamente und Therapien erlaubt sind. Außerdem wird festgelegt, welche Kosten die Krankenkassen übernehmen und welche nicht. Denn die Krankenversicherung übernimmt nicht alle Kosten. Manche Personen, zum Beispiel Selbstständige sind privat versichert. Sie haben manchmal andere Leistungen zur Verfügung.

Behandlungspflege

Behandlungspflege wird von einer Ärztin oder einem Arzt verordnet. Behandlungspflege kann zum Beispiel Medikamentengabe, die Versorgung von Wunden, Blutdruckmessung oder Verbandwechsel umfassen. Die medizinischen Tätigkeiten werden dann von Pflegekräften durchgeführt. Die Krankenkasse bezahlt diese Leistungen. Um Behandlungspflege erhalten zu können, muss die Patientin oder der Patient keinen **Pflegegrad** haben. Bei einer **Pflegebedürftigkeit** kann die Behandlungspflege zusätzlich genutzt werden.

Siehe:
Kapitel 2

Hilfsmittel

Medizinische Hilfsmittel erleichtern den Pflegealltag. Hilfsmittel können z.B. Rollator, Rollstuhl oder ein Pflegebett sein. Aber auch Toilettenstühle, Badewannenlifter und vieles mehr gehören dazu. Hilfsmittel kann man im **Sanitätshaus** kaufen oder die Ärztin oder der Arzt verordnet Hilfsmittel mit einem Rezept. Dann bezahlt die Krankenkasse das Hilfsmittel.

Siehe:
Kapitel 7

9 LEISTUNGEN DER PFLEGEVERSICHERUNG

Alles zum Thema Pflege ist im elften **Sozialgesetzbuch** geregelt. Dort steht auch, welche Unterstützung eine **pflegebedürftige** Person über die Pflegeversicherung erhält. Im Folgenden werden die wichtigsten Leistungen und Angebote erklärt.

Siehe:
Kapitel 1
Kapitel 2

Ambulanter Pflegedienst

Ambulante Pflegedienste besuchen Pflegebedürftige zuhause, um sie zu unterstützen. Bezahlt werden sie über die Pflegesachleistungen. Ein Pflegedienst hilft bei der Körperpflege (zum Beispiel beim Ankleiden, Körperpflege und Toilettengängen) oder bei der **Behandlungspflege** (zum Beispiel Verbandswechsel und Medikamentengabe). Wie oft ein Pflegedienst kommt, hängt von der notwendigen Unterstützung ab.

Siehe:
Kapitel 1
Kapitel 8

Angebote zur Unterstützung im Alltag

Angebote zur Unterstützung im Alltag sind Angebote, die **pflegebedürftige** Menschen dabei unterstützen, möglichst lange und gut zuhause leben zu können und Angehörige zu entlasten. Die „Unterstützung im Alltag“ ist eine Leistung der **Pflegeversicherung** und in § 45a SGB XI benannt. Personen ab **Pflegegrad 1** können diese Angebote in Anspruch nehmen. Für die Finanzierung kann der Entlastungsbetrag (125 Euro monatlich) genutzt werden. Bei Angeboten zur Unterstützung im Alltag geht es nicht um Pflege, sondern um praktische Hilfen im Alltag der pflegebedürftigen Person und den Angehörigen. Das kann Unterstützung im Haushalt sein, die Begleitung zu Arztterminen, oder auch gemeinsame Ausflüge und Gespräche. Je nach Bundesland unterscheiden sich die Angebotsformen, die Leistungen zur Unterstützung im Alltag anbieten dürfen.

Siehe:
Kapitel 2

Beratungsbesuche nach §37 Abs.3 SGB XI

Pflegebedürftige, die Pflegegeld erhalten, müssen in regelmäßigen Abständen eine Beratung zur Pflege durchführen lassen. Der Beratungsbesuch findet zum Beispiel durch Pflegedienste zu Hause statt. In der Beratung wird besprochen, ob die Pflegeperson Entlastung braucht und ob weitere Leistungen der Pflegeversicherung genutzt werden können. Der Beratungsbesuch ist ab Pflegegrad 2 verpflichtend.

Siehe:
Kapitel 2

Pflegegrad 1	Jährlich (freiwillig)
Pflegegrad 2/3	Halbjährlich
Pflegegrad 4/5	Vierteljährlich

Betreuungsdienst

Betreuungsdienste unterstützen pflegebedürftige Personen in ihrem Alltag. Ziel ist es, dass die Menschen trotz **Pflegebedarf** gut zuhause leben können. Dafür unterstützen die Dienste z.B. bei der Haushaltsführung, begleiten zu Terminen oder helfen bei der Freizeitgestaltung. Betreuungsdienste dürfen keine Pflege erbringen und sind nicht medizinisch ausgebildet.

Siehe:
Kapitel 2

Eigenanteil

Die **Pflegeversicherung** ist eine Teilleistung. Sie soll die Pflege unterstützen, deckt aber nur einen Teil der Kosten. Der übrige Betrag wird oft als Eigenanteil vom Pflegebedürftigen bezahlt. Ein Beispiel: Ein Pflegebedürftiger mit **Pflegegrad 2** erhält 724€ Sachleistung pro Monat. Der Pflegedienst kostet aber 850€ monatlich. Es bleibt ein Eigenanteil von 126 €.

Siehe:
Kapitel 2

Entlastungsbetrag

Der Entlastungsbetrag ist eine Leistung der **Pflegeversicherung**. Er ist in §45 b SGB XI geregelt. Er steht allen Personen mit **Pflegebedarf** zu (ab Pflegegrad 1). Monatlich können 125 Euro genutzt werden, um weitere Unterstützung für die pflegebedürftigen Person und ihre Angehörigen zu finanzieren. Der Betrag kann allerdings nur für bestimmte Angebote genutzt werden. Jedes Bundesland kann entscheiden, für welche Angebote der Betrag genutzt werden darf (zum Beispiel in NRW für die Nachbarschaftshilfe oder Betreuungsdienste). Darüber hinaus kann der Entlastungsbetrag für extra Kosten der Kurzzeitpflege, der Tagespflege (für Fahrtkosten und Essen) und Hilfen im Haushalt durch einen ambulanten Pflegedienst eingesetzt werden. Wenn der Betrag nicht monatlich aufgebraucht wird, spart er sich bis zum 30. Juni des nächsten Jahres an.

Siehe:
Kapitel 2

Kurzzeitpflege

Die Kurzzeitpflege ist eine Leistung für Menschen mit **Pflegegrad 2 bis 5**. Sie ist zur Überbrückung gedacht und kann zusätzlich zu Pflegegeld oder Pflegesachleistungen genutzt werden. So kann zum Beispiel nach einem Krankenhausaufenthalt eine kurze Zeit ein Platz in einer stationären Einrichtung bezahlt werden. Die Kurzzeitpflege kann bis zu 8 Wochen dauern.

Siehe:
Kapitel 2

Nachbarschaftshilfe

Nachbarschaftshilfe ist in NRW ein Angebot zur Unterstützung im Alltag (AzUiA). Im Rahmen der Nachbarschaftshilfe unterstützt eine Nachbarin oder ein Nachbar (oder Freundin oder Freund, Bekannte oder Bekannter) maximal zwei Personen mit **Pflegegrad** in ihrem Alltag, zum Beispiel im Haushalt, bei Erledigungen und Einkäufen oder in der Freizeit. Es wird keine Pflege erbracht. Wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind, kann die pflegebedürftige Person ihren Entlastungsbetrag (125 Euro monatlich) nutzen, um der Nachbarschaftshelferin oder dem Nachbarschaftshelfer eine kleine Aufwandsentschädigung zu zahlen.

Siehe:
Kapitel 1

Pflegegeld

Pflegebedürftige mit **Pflegegrad** 2 oder höher können Pflegegeld oder Pflegesachleistungen bekommen. Wenn keine Pflegesachleistungen abgerechnet werden, bekommt der **Pflegebedürftige** das Pflegegeld, um damit die (private) **Pflegeperson** zu bezahlen. Das kann z.B. eine Person aus der Familie sein.

Siehe:
Kapitel 2

Pflegekurs

Pflegekurse sollen Pflegepersonen helfen, zu lernen wie sie die pflegebedürftige Person gut unterstützen können. Die **Krankenkassen/Pflegekassen** bieten kostenlose Pflegekurse an. Im Pflegekurs kann man zum Beispiel lernen, wie man einer Person mit körperlicher Einschränkung beim Aufstehen hilft.

Siehe:
Kapitel 1

Pflegesachleistungen

Pflegebedürftige mit **Pflegegrad** 2 oder höher können Pflegegeld oder Pflegesachleistungen bekommen. Die Sachleistungen kann ein Pflegedienst erbringen und abrechnen. Er kann z.B. jeden Morgen bei der Körperpflege helfen und dies direkt mit der Pflegekasse abrechnen. Manchmal muss zusätzlich ein Eigenanteil gezahlt werden.

Siehe:
Kapitel 2

Pflegeverbrauchsmittel

Pflegeverbrauchsmittel sind Produkte, die aufgrund des Materials oder aus hygienischen Gründen in der Regel nur einmal benutzt werden und nicht wiederverwendet werden können. Zum Beispiel sind das Einmalhandschuhe, Hände- und Flächendesinfektionsmittel, Mundschutz, Schutzschürzen oder Einmal-Bettschutzeinlagen. Für Pflegeverbrauchsmittel werden 40 Euro im Monat ab **Pflegegrad** 1 erstattet. Ein formloser Antrag ist bei festgestellter **Pflegebedürftigkeit** ausreichend. Viele **Pflegekassen** bieten dazu auch vorbereitete Formulare an. Es gibt auch Anbieter, die Pflegeboxen verschicken und mit den Pflegekassen abrechnen.

Siehe:
Kapitel 2

Pflege-Wohngemeinschaften

Zu den neueren Wohnformen zählen auch sogenannte Pflege-Wohngemeinschaften. Diese sind häufig für bestimmte Zielgruppen. Es gibt zum Beispiel Wohngemeinschaften für Menschen die dauerhaft beatmet werden oder für Menschen mit **Demenz** mit hohem Pflege- und Betreuungsaufwand. Auch Menschen mit **Behinderungen** können in speziellen Wohngemeinschaften leben. Diese können sehr unterschiedlich ausgestaltet sein, je nachdem wieviel Unterstützung die Bewohner im Alltag benötigen.

Siehe:
Kapitel 3
Kapitel 4

Stationäre Pflege (Pflegeheim)

Stationäre Pflege ist eine Form der Versorgung, bei der Pflegebedürftige in Einrichtungen leben und gepflegt werden. Die Einrichtungen werden auch Pflegeheim genannt. Sie werden vor allem von **Pflegebedürftigen** mit hohem Pflegebedarf genutzt. Die Kosten werden zum Teil durch die **Pflegeversicherung** gedeckt. Ein Teil der Kosten wird von den Pflegebedürftigen selbst bezahlt oder vom **Sozialamt** getragen.

Siehe:
Kapitel 2
Kapitel 6

Tagespflege

Tagespflege ist für eine zeitweise Versorgung von **Pflegebedürftigen** ab **Pflegegrad 2** vorgesehen. Die pflegebedürftige Person wird dann morgens abgeholt und nachmittags wieder nach Hause gebracht.

Siehe:
Kapitel 2

Verhinderungspflege

Die Verhinderungspflege ist für Situationen gedacht, wo die Haupt**pflegeperson** die Pflege nicht übernehmen kann. Bei Krankheit oder Urlaub kann die Pflege durch einen Pflegedienst, Einzelkräfte oder auch andere Angehörige übernommen und durch die Verhinderungspflege finanziert werden. Der Anspruch besteht erst nach 6 Monaten häuslicher Pflege. Die Leistung ist zusätzlich zu Pflegegeld oder Pflegesachleistungen.

Siehe:
Kapitel 2

Wohnraumanpassung

Pflegebedürftige ab **Pflegegrad 1** bekommen Unterstützung beim Umbau der Wohnung, um Barrieren abzubauen. Damit kann z.B. ein Treppenlift eingebaut werden oder eine Badewanne durch eine ebenerdige Dusche ersetzt werden. Die **Pflegeversicherung** zahlt dann einen Teil der Kosten. In Mietwohnungen muss das mit der Vermieterin oder dem Vermieter abgesprochen werden.

Siehe:
Kapitel 2

10 VEREINBARKEIT VON BERUF UND PFLEGE

Die Anzahl der Menschen mit Pflegebedarf steigt. Die meisten Menschen mit **Pflegebedarf** benötigen pflegerische Unterstützung sowie Hilfe im Haushalt und bei der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Einen großen Teil der Unterstützung übernehmen dabei Angehörige (z.B. Ehepartnerinnen und Ehepartner, Kinder, Geschwister, Eltern). Viele Angehörige übernehmen die Pflegeverantwortung zusätzlich zu ihrer Berufsausübung. Um ihnen die Unterstützung neben ihrem Beruf zu ermöglichen, gibt es verschiedene Angebote zur besseren Vereinbarkeit.

Siehe:
Kapitel 2

Kurzzeitige Arbeitsverhinderung

Eine Person darf bis zu zehn Tage (je **pflegebedürftiger Person**) im Jahr bei der Arbeit fehlen, um sich in dieser Zeit um die Pflege oder die Organisation der Pflege zu kümmern. Es ist dabei egal, wie groß ein Betrieb ist, in dem man arbeitet. Angehörigen wird damit unter anderem geholfen, kurzfristig eine Pflege zu organisieren, zum Beispiel nach einem Schlaganfall. Die kurzfristige Arbeitsverhinderung kann nur bei plötzlich eingetretenen Situationen genutzt werden. Dieser Ausfall muss der Arbeitgeberin oder dem Arbeitgeber sofort mitgeteilt werden, vielleicht möchte dieser auch eine ärztliche Bescheinigung haben.

Siehe:
Kapitel 2

Pflegeunterstützungsgeld

Für die Zeit der kurzfristigen Arbeitsverhinderung wird statt des Gehaltes das Pflegeunterstützungsgeld bezahlt. Es wird aber nicht die gesamte Höhe des Gehaltes bezahlt. Das Pfe-

Siehe:
Kapitel 2

geunterstützungsgeld gilt für die Pflege von **pflegebedürftigen** Personen aller **Pflegegrade**. Beantragt wird es bei der **Pflegekasse**. Dafür braucht man eine ärztliche Bescheinigung über die Pflegebedürftigkeit.

Pflegezeit

Mit der Pflegezeit kann sich eine Person bis zu sechs Monate vollständig oder teilweise von der Arbeit freistellen lassen, wenn sie eine Angehörige oder einen Angehörigen pflegen. Der Rechtsanspruch gilt nur in Betrieben mit mehr als 15 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Die Pflegezeit kann für **pflegebedürftige** nahe Angehörige mit mindestens Pflegegrad 1 in Anspruch genommen werden, wenn die Pflege zuhause stattfindet. Für die Pflegezeit und Familienpflegezeit kann man ein zinsloses Darlehen beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben beantragen. Das Darlehen soll das geringere oder ausfallende Gehalt ausgleichen.

Siehe:
Kapitel 2

Familienpflegezeit

Beschäftigte haben einen Rechtsanspruch auf Familienpflegezeit. Das heißt, sie können für einen Zeitraum von bis zu zwei Jahren ihre Arbeitszeit verringern. Dies soll helfen, mehr Zeit für die Pflege zu haben. Der Rechtsanspruch gilt jedoch nur, wenn man in einem Betrieb mit mindestens 25 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern arbeitet. Die Familienpflegezeit muss man acht Wochen vorher ankündigen. In kleineren Betrieben (weniger als 25 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter) gibt es keinen Rechtsanspruch. Man kann aber eine Einigung mit der Arbeitgeberin oder dem Arbeitgeber treffen. Für die Pflegezeit und Familienpflegezeit kann man ein zinsloses Darlehen beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben beantragen. Das Darlehen soll das geringere oder ausfallende Gehalt ausgleichen.

11 RECHTLICHE BETREUUNG UND VORSORGE

Wenn Menschen wichtige Dinge in ihrem Leben aufgrund von Krankheit oder **Behinderung** nicht mehr selbst erledigen können oder gar keine eigenen Entscheidungen mehr treffen können, helfen Vorsorgedokumente. Man kann sie nutzen, um festzulegen wie die Entscheidungen getroffen werden und wer sie trifft.

Siehe:
Kapitel 3

Betreuungsverfügung

In der Betreuungsverfügung kann festgelegt werden, wer eine Person, die nicht (mehr) selbst entscheiden kann, vertreten soll. Das Gericht prüft, ob eine Betreuung benötigt wird. Wenn eine Person selbst keine Entscheidung (mehr) treffen kann, wird die zuvor festgelegte Person vom Gericht als Betreuerin oder Betreuer eingesetzt. Häufig werden Angehörige oder Freundinnen und Freunde in der Betreuungsverfügung als Vertreterin oder Vertreter gewählt.

Gesetzliche Betreuung/ rechtliche Betreuung

Die Gesetzliche Betreuung wird vom Betreuungsgericht veranlasst. Umgangssprachlich wird sie auch rechtliche Betreuung genannt. Die Betreuerin oder der Betreuer kann eine Person sein, die der betroffenen (**pflegebedürftigen**) Person nahesteht. Es kann auch eine Person sein, die beruflich als Betreuerin oder Betreuer arbeitet. Sie regelt eine oder mehrere der folgenden Dinge:

- Gesundheit (Wie wird man bei Krankheit behandelt?)
- Wohnen (Lebe ich in einer eigenen Wohnung oder im Pflegeheim?)
- Geld (Was passiert mit dem Einkommen/ der Rente? Wovon werden die Rechnungen bezahlt?)

Patientenverfügung

In der Patientenverfügung kann geregelt werden, wie eine Person in bestimmten Situationen ärztlich behandelt werden möchte. Wenn eine Person zum Beispiel unheilbar krank ist, kann in der Patientenverfügung angegeben werden, ob sie oder er wiederbelebt werden möchte und ob sie oder er künstlich ernährt werden möchte.

Vorsorgevollmacht

Die Vorsorgevollmacht ist ein Dokument, in dem festgelegt werden kann, wer die Vertreterin oder der Vertreter in wichtigen Angelegenheiten für eine andere Person sein soll. Sie oder er hat die Aufgabe, nach zuvor festgehaltenen Wünschen Entscheidungen zu treffen, wenn eine Person dies selbst nicht (mehr) kann.





Impressum

Herausgeber:

*Fach- und Koordinierungsstelle der
Regionalbüros Alter, Pflege und Demenz -
Eine gemeinsame Initiative zur
Strukturentwicklung der Landesregierung
und der Träger der Pflegeversicherung
NRW*

im Kuratorium Deutsche Altershilfe
KDA gGmbH, Regionalbüro Köln,
Gürzenichstraße 25, 50667 Köln
Tel. 030/221 82 98 -27
E-Mail: info@rb-apd.de

Website:

www.alter-pflege-demenz-nrw.de/
Instagram: @alterpflagedemenz
YouTube: [www.youtube.com/@alterpfl-
gedemenznrw/](https://www.youtube.com/@alterpflagedemenznrw/)

© 2024

Verantwortlich für die Inhalte:
Regionalbüro Alter, Pflege und Demenz Ruhr

Weitere Informationen zum
Regionalbüro Ruhr und deren
Ansprechpartner:innen finden Sie unter:

Website:

[www.alter-pflege-demenz-nrw.de/regional-
bueros/region-ruhr/](http://www.alter-pflege-demenz-nrw.de/regional-
bueros/region-ruhr/)
Instagram: @rapdruhr
Facebook: [www.facebook.com/RAP-
DRuhr/?locale=de_DE](https://www.facebook.com/RAP-
DRuhr/?locale=de_DE)

Gefördert von:

Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen



LANDESVERBÄNDE
DER PFLEGEKASSEN

