

Sehr geehrte Damen und Herren,  
anbei erhalten Sie unseren Pflegebrief mit folgenden Themen:

- 1. Entlastung pflegender Angehöriger**
- 2. Niederschwellige Entlastungsleistungen**
- 3. Bei Ablehnung durch die Krankenkasse:  
Widerspruch einlegen!**
- 4. Pflegeübergangsgeld**



## **1. Entlastung pflegender Angehöriger**

Ob schleichend oder schlagartig: Wenn Senioren Hilfe im Alltag benötigen, verändert sich auch das Leben der Angehörigen. Meist befinden sich diese in einem Lebensabschnitt, der durch Familie, Beruf und soziale Verpflichtungen bereits eng getaktet ist. Kleine Hilfestellungen, wie Einkäufe oder Botengänge, lassen sich dennoch in den Alltag integrieren. Lässt jedoch die körperliche Leistungsfähigkeit der Senioren weiter nach oder treten Krankheiten wie Demenz auf, werden alltägliche Aktivitäten zur Herausforderung – auch für die Angehörigen. Kochen, Essen, Waschen, Putzen, Treppensteigen oder An- und Auskleiden: All das klappt dann ohne fremde Hilfe nicht mehr.

### **Überforderung ist häufig vorprogrammiert**

Laut Statistischem Bundesamt sind in Deutschland knapp 5 Millionen Menschen pflegebedürftig. Davon werden rund 4 Millionen zuhause gepflegt.

(Quelle: [www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/\\_inhalt.html](http://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/_inhalt.html))

Aus Verantwortungs- und Pflichtgefühl wollen viele Angehörige dem Wunsch ihrer Liebsten entsprechen, den Lebensabend in den eigenen vier Wänden zu verbringen. Allerdings unterschätzen Viele dabei die Tragweite dieser Entscheidung. Morgens und abends pflegen, dazwischen arbeiten – lange Tage sind vorprogrammiert. Hinzu kommt: Die Betreuung eines Angehörigen ist häufig nur schwer mit Beruf und Familie zu vereinbaren. Für das eigene Privatleben bleibt kaum Zeit, ebenso wenig für Erholungsphasen.



Vielen älteren Menschen fällt es schwer zu akzeptieren, dass es nicht mehr allein geht. Denn mit der Hilfsbedürftigkeit ändert sich die Rollenverteilung zwischen Eltern und Kind. Diese Erfahrung ist besonders für die Eltern schmerzvoll. Und auch für die Angehörigen wiegt die emotionale Last schwer. Beispielsweise dann, wenn im Falle einer Demenzerkrankung Eltern ihre eigenen Kinder plötzlich nicht mehr erkennen. Die zusätzliche Arbeitsbelastung tut ihr Übriges: Überforderung, Antriebslosigkeit bis hin zum Burnout sind häufig das Resultat.

### **Erkennen, wann die Betreuung überfordert**

Angehörige sollten sich deshalb immer wieder die Frage stellen, ob sie der Pflege eines Familienmitgliedes, die anfänglich als Übergangslösung gedacht war, noch gewachsen sind. Denn oftmals ist sowohl dem Betroffenen als auch den Angehörigen mit einer professionellen Betreuung geholfen. Aus diesem Grund vermitteln wir Betreuungskräfte, die für Sicherheit im Alltag sorgen und den Angehörigen eine große Verantwortung abnehmen. Die erfahrenen Betreuungskräfte aus Osteuropa leben mit den Senioren unter einem Dach und unterstützen diese in allen Lebensbereichen: Haushalt, Körperpflege, Ernährung und Mobilität. Sie bieten Sicherheit im Notfall und die Einhaltung der gewünschten Tagesstruktur. So werden Angehörige entlastet und können sich auf die schönen Momente mit dem betroffenen Familienmitglied konzentrieren.



Weitere Informationen über uns erhalten Sie unter [www.we-care-24.de](http://www.we-care-24.de) oder telefonisch unter 040 - 68 99 64 83.

## 2. Niederschwellige Entlastungsleistungen

Pflegebedürftige haben, ganz gleich welcher Pflegegrad vorliegt, seit 2017 Anspruch auf einen Entlastungsbetrag von bis zu 1.500,- Euro im Jahr – beispielsweise für stundenweise Betreuung, Unterstützung bei sozialen Kontakten, Haushalts- und Einkaufshilfen, Spaziergänge und Vorlesestunden, Begleitungen zum Arzt, ins Kino oder zu Konzerten. Diese sogenannte „Niederschwellige Entlastungsleistung“ (umgerechnet 125,- Euro monatlich) gibt es zusätzlich zu anderen Leistungen der Pflegeversicherung. Das Geld dafür muss vorgestreckt werden, es wird dann bei entsprechendem Nachweis von der Pflegekasse erstattet.

Interessant ist dieses Angebot vor allem für leicht Pflegebedürftige, die es noch schaffen, selbständig ihren Alltag zu meistern, aber ab und zu auch Hilfe benötigen. Des Weiteren eignet es sich besonders für die Angehörigen von Demenzkranken, die bei ihrer belastenden und anstrengenden Betreuung zwischendurch auch mal pausieren müssen. (Quelle: [www.we-care-24.de/entlastungsleistungen/#entlastungsbetrag](http://www.we-care-24.de/entlastungsleistungen/#entlastungsbetrag))

### **Was passiert mit nicht genutzten Entlastungsleistungen?**

Werden in einem Monat die 125,- Euro nicht ausgeschöpft, kann der Restbetrag in den Folgemonaten innerhalb eines Kalenderjahres genutzt werden. Wenn die zu betreuende Person beispielsweise aufgrund eines Krankenhausaufenthaltes nur 25,- Euro in einem Monat für Entlastungsleistungen ausgegeben hat, so stehen ihr im Folgemonat die restlichen 100,- Euro sowie die regulären 125,- Euro zur Verfügung. Bleibt am Ende des

Jahres noch Geld übrig, kann dieses noch bis Ende Juni ins neue Kalenderhalbjahr übertragen werden.

(Quelle: [www.verbraucherzentrale.de/wissen/gesundheit-pflege/pflege-zu-hause/wofuer-sie-in-der-pflege-entlastungsleistungen-nutzen-koennen-13449](http://www.verbraucherzentrale.de/wissen/gesundheit-pflege/pflege-zu-hause/wofuer-sie-in-der-pflege-entlastungsleistungen-nutzen-koennen-13449))



### 3. Bei Ablehnung durch die Krankenkasse: Widerspruch einlegen!

Viele Senioren und deren Angehörige kennen das: die bei der gesetzlichen Krankenkasse beantragten Hilfsmittel, Reha oder Haushaltshilfe werden abgelehnt. Das muss aber nicht einfach hingenommen werden, denn oft kann nach einer Ablehnung ein Widerspruch helfen: Jeder zweite Widerspruch, den Versicherte gegen einen abgelehnten Antrag auf eine Vorsorge- oder Rehabilitationsleistung bei Krankenkassen einlegen, ist erfolgreich (Quelle: Studie des Instituts für Gesundheits- und Sozialforschung IGES: [www.iges.com/kunden/gesundheit/forschungsergebnisse/2017/leistungsablehnung/index\\_ger.html](http://www.iges.com/kunden/gesundheit/forschungsergebnisse/2017/leistungsablehnung/index_ger.html))

#### **Wann genehmigen Krankenkassen Leistungen?**

Damit ein Leistungsantrag genehmigt wird, muss die gewünschte Maßnahme nicht nur medizinisch notwendig, sondern auch wirtschaftlich sein. Die medizinischen Befunde und die Lebenssituation der versicherten Person müssen für die Krankenversicherungen nachvollziehbar sein. Der Krankenkasse muss verständlich gemacht werden, aus welchen medizinischen Gründen man als Antragsteller z.B. Pflegebett oder ein spezielles Hörgerät braucht und eben nicht das Standardmodell. Deshalb sollten die Betroffenen ihrem Leistungsantrag alle wichtigen Befunde sowie die Kontaktdaten der behandelnden Ärzte beifügen, um belegen zu können, dass die beantragte Leistung für sie medizinisch notwendig ist. Vor einer stationären Vorsorge- oder Reha-Maßnahme müssen beispielsweise alle ambulanten Maßnahmen ausgeschöpft sein. Und bevor bei der Krankenkasse ein Antrag zur Übernahme der Kosten für ein Heil- oder Hilfsmittel gestellt

wird, sollte mit dem behandelnden Arzt unbedingt geklärt werden, welche Leistungen der Krankenversicherung in ihrem Fall zur Verordnung in Betracht kommen. Um die Notwendigkeit der Maßnahme zu prüfen, ziehen die Krankenkassen in vielen Fällen den Medizinischen Dienst (früher MDK, [www.medizinischerdienst.de/](http://www.medizinischerdienst.de/)) hinzu. Dieser prüft die Unterlagen, die die Versicherten einreichen, fordert bei Bedarf weitere an oder führt eine persönliche Untersuchung der Versicherten durch.

### **Bei Ablehnung durch die Krankenkasse: innerhalb eines Monats Widerspruch einlegen!**

Lehnt die Krankenkasse den Antrag auf Leistungen ab, können Versicherte innerhalb eines Monats Widerspruch einlegen. Patienten haben zudem das Recht, Gutachten des Medizinischen Dienstes einzusehen. Dies sollte man vorab am besten mit dem Arzt besprechen. Ein Widerspruch muß immer schriftlich erfolgen, eine Begründung kann nachgereicht werden. Diese sollte aber im Widerspruch angekündigt werden. Entscheidet die Krankenkasse nicht innerhalb von drei Wochen über einen Antrag auf Kostenübernahme für eine medizinische Behandlung, gilt diese als genehmigt. Nachträglich kann die Kasse die Genehmigung nicht zurücknehmen. Ist ein Gutachten vom Medizinischen Dienst erforderlich, beträgt die Frist fünf Wochen.

(Quelle: [www.verbraucherzentrale.de/wissen/gesundheitspflege/krankenversicherung/krankenkasse-lehnt-antrag-auf-leistungen-ab-das-koennen-sie-tun-6907](http://www.verbraucherzentrale.de/wissen/gesundheitspflege/krankenversicherung/krankenkasse-lehnt-antrag-auf-leistungen-ab-das-koennen-sie-tun-6907))



## **4. Pflegeunterstützungsgeld**

Wenn Angehörige für einen Senioren oder eine Seniorin kurzfristig, z.B. nach einem Schlaganfall, die Pflege organisieren müssen, können Sie für diese Zeit einen Ausgleich für entgangenes Arbeitsentgelt geltend machen. Dafür können Beschäftigte ein auf insgesamt bis zu zehn Arbeitstage begrenztes sogenanntes **Pflegeunterstützungsgeld**

in Anspruch nehmen. Gemäß Bundesgesundheitsministerium gilt dies für die Pflege von pflegebedürftigen Personen aller Pflegegrade. Dabei handelt es sich um eine **Entgeltersatzleistung**. (Quelle: [www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/pflegeunterstuetzungsgeld-als-lohnersatzleistung.html](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/pflegeunterstuetzungsgeld-als-lohnersatzleistung.html))

Betroffene können dies bei der Pflegeversicherung ihres Angehörigen beantragen. Die zehn Tage können auch auf mehrere pflegende Angehörige verteilt werden. Unter bestimmten Voraussetzungen ist auch eine längere berufliche Auszeit möglich, um einen Angehörigen zu pflegen. In Absprache mit dem Arbeitgeber haben Arbeitnehmer die Möglichkeit, bis zu sechs Monate teilweise oder ganz auszusteigen, und so eine unbezahlte, aber sozialversicherte Freistellung zu erhalten. Voraussetzung ist, dass das Unternehmen mindestens 15 Arbeitnehmer beschäftigt und der zu pflegende Angehörige mindestens einen Pflegegrad 2 hat. Da die Arbeitnehmer in dieser sogenannten Pflegezeit kein Einkommen haben, können sie ein zinsloses Darlehen beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben beantragen. Die monatlichen Raten müssen erst mit Ende der Pflegezeit zurückgezahlt werden.

Weiter heißt es lt. Bundesgesundheitsministerium sinngemäß: „Als **Brutto-Pflegeunterstützungsgeld** werden 90 Prozent des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts gezahlt. Das Pflegeunterstützungsgeld ist sofort bei der Pflegekasse beziehungsweise dem privaten Pflegeversicherungsunternehmen des pflegebedürftigen Angehörigen zu beantragen. Wenn ein entsprechender Antrag gestellt wird, ist die ärztliche Bescheinigung über die (voraussichtliche) Pflegebedürftigkeit des Angehörigen auch bei der Pflegekasse oder beim privaten Pflegeversicherungsunternehmen einzureichen. Der Arbeitgeber ist zur Fortzahlung der Vergütung nur verpflichtet, soweit sich eine solche Verpflichtung aus anderen gesetzlichen Vorschriften oder aufgrund einer Vereinbarung ergibt.“ (Quelle: [www.bundesgesundheitsministerium.de/leistungen-der-pflege/vereinbarkeit-von-pflege-und-beruf.html](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/leistungen-der-pflege/vereinbarkeit-von-pflege-und-beruf.html))

Weitere Regelungen für pflegende Angehörige sowie Entlastungsmöglichkeiten finden Sie auf unserer Website unter [www.we-care-24.de/entlastungsleistungen/](http://www.we-care-24.de/entlastungsleistungen/) oder im Pflegebrief-Archiv: [www.we-care-24.de/pflegebriefe/](http://www.we-care-24.de/pflegebriefe/) .

---

**wecare24** bietet Senioren, verunfallte Personen und deren Angehörigen Unterstützung in den eigenen vier Wänden an. In einem persönlichen Beratungsgespräch wird gemeinsam der individuelle Betreuungs- und Pflegebedarf ermittelt und dabei natürlich die finanziellen Möglichkeiten jedes Einzelnen berücksichtigt.

**LINKTIPP** – Mit dem **wecare24-Pflegegradrechner** können Sie berechnen, welche Mittel Ihnen zur Entlastung zustehen: [www.we-care-24.de/services/pflegegradrechner/](http://www.we-care-24.de/services/pflegegradrechner/)  
Weitere Informationen erhalten Sie unter [www.we-care-24.de](http://www.we-care-24.de) oder telefonisch unter **040 - 68 99 64 83**.

**Hier steht Ihnen Informationsmaterial zum Download bereit:**

[Broschüre im pdf-Format](#)

[Website](#)

[Pflegebox](#)

[Pflegebriefe](#)

Für Fragen oder eine telefonische Kontaktaufnahme, klicken Sie bitte auf folgenden Link und hinterlassen Sie eine Nachricht für einen Rückruf.  
Wir werden uns schellstmöglich mit Ihnen in Verbindung setzen.

[Kontaktlink](#)

Mit freundlichen Grüßen

Roland Rother & André Weber

wecare24

---

Wenn Sie dauerhaft den Pflegebrief abstellen möchten, senden Sie uns bitte eine Nachricht an:  
[pflegebrieft@we-care-24.de](mailto:pflegebrieft@we-care-24.de)

wecare24  
Schenkendorfstraße 22  
22085 Hamburg  
Tel. [040 - 68 99 64 83](tel:040-68996483)  
Fax. [040 - 22 74 89 43](tel:040-22748943)  
Email [info@we-care-24.de](mailto:info@we-care-24.de)  
Web [www.we-care-24.de](http://www.we-care-24.de)

Mitgliedschaften: VHBP & GVN

