

Informationen zur Pflegeversicherung

Inhalt

Wer erhält Leistungen aus der Pflegeversicherung und wie erfolgen Begutachtung und Einstufung?

- Wer entscheidet über die Bewilligung der Leistungen?
- Welche Voraussetzungen muss der Patient im Einzelnen erfüllen?
- Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf
- Weitere nützliche Hinweise für die Begutachtung
- Hauswirtschaftliche Versorgung
- Ablauf des Verfahrens: Antrag – Begutachtung – Bescheid – ggf. Widerspruch

Leistungen der Pflegeversicherung

- Geldleistung
- Sachleistung
- Teilstationäre Leistung (Tages-/Nachtpflege)
- Kombinationsleistung
- Vollstationäre Pflege im Heim
- Betreuungsbetrag für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf
- Verhinderungspflege (auch „Ersatzpflege“ genannt)
- Kurzzeitpflege
- Pflegehilfsmittel und Wohnumfeldverbesserung
- Soziale Absicherung der ehrenamtlichen Pflegepersonen / Laienpfleger
- Pflegekurse
- Exkurs: Behandlungspflege

Pflegetagebuch

- Erläuterungen und Kopiervorlage

Wer erhält Leistungen aus der Pflegeversicherung und wie erfolgen Begutachtung und Einstufung?

Pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung (Sozialgesetzbuch SGB XI) sind Personen,

- die körperlich, seelisch oder geistig erkrankt oder behindert sind **und**
- die für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens
- auf Dauer (voraussichtlich für mindestens 6 Monate)
- Hilfe in den Bereichen Körperpflege, Ernährung und Mobilität
- in höherem oder erheblichen Maße benötigen.

Neu seit dem Inkrafttreten der Pflegereform am 1.7.2008: Darüber hinaus erhalten auch Menschen, die an einer Demenz erkrankt sind und noch nicht die oben genannten Voraussetzungen erfüllen (sog. Pflegestufe 0) einen „Betreuungsbetrag für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf“ (mehr dazu siehe S. 3 + 7).

Wer entscheidet über die Bewilligung der Leistungen?

Die Pflegeversicherung beauftragt den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung MDK (einen unabhängigen Begutachtungs- und Beratungsdienst der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen) die antragstellende Person zu begutachten und dabei zu prüfen, ob und in welchem Ausmaß sie pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung ist. Auf der Grundlage dieses Gutachtens entscheidet die Pflegeversicherung, ob der Antragsteller in eine Pflegestufe eingestuft wird und welche Art der Leistungen er erhält.

Welche Voraussetzungen muss der Patient im Einzelnen erfüllen?

Entscheidend ist der individuelle Hilfebedarf des Antragstellers, nicht die Art und Schwere der Erkrankung. Schwerbehindertenausweise, Frührenten etc. haben keinen Einfluss auf die Begutachtung. Antragsteller ist die pflegebedürftige Person. Sie muss ihren Hilfebedarf selbst signalisieren und deutlich zeigen, was sie nicht mehr kann. Sie darf auf keinen Fall betonen, wie gut sie auch unter schwierigsten Bedingungen noch allein zurechtkommt.

Der individuelle Hilfebedarf muss in den folgenden drei Bereichen vorliegen:

Körperpflege	Der Patient braucht Hilfe beim Waschen, Ankleiden und bei den Ausscheidungen. Waschen, Duschen, Baden, Zahnpflege, Kämmen, Rasieren, Darm- und Blasenentleerung. <u>Nicht:</u> Unterstützungsbedarf beim Haare schneiden, Legen der Frisur (Dauerwelle), Fuß- und Fingernägel schneiden.
Nahrungsaufnahme	Der Patient braucht Hilfe beim Essen. Mundgerechte Zubereitung der Nahrung, Nahrungsaufnahme <u>Nicht:</u> Die gesamte Vorbereitung der Mahlzeiten (Kochen, Einkaufen, das Erstellen des Speiseplans z.B. bei Zuckerkrankheit) gehört nicht zur Grundpflege, sondern zählt zur hauswirtschaftlichen Versorgung.
Mobilität	Der Patient braucht Hilfe beim Aufstehen und Zubettgehen, beim Gang zur Toilette und um sich innerhalb der Wohnung zu bewegen. Aufstehen, Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen, Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung <u>Nicht:</u> Begleitung zum Arzt, bei Spaziergängen oder kulturellen Veranstaltungen, allgemeine Beaufsichtigung.

Bei der Begutachtung sollten Sie auf Körperpflege, Nahrungsaufnahme und Mobilität eingehen und schildern, inwiefern der Patient in diesen drei Bereichen (je nach Tagesform) beeinträchtigt ist. Es sollte deutlich werden, dass eine Fremdperson, die potentiell oder tatsächlich Hilfe leistet, anwesend sein muss.

Wichtige Stichworte für die Gutachter sind die Notwendigkeit von **Beaufsichtigung** (Essen, Toilette), **Erinnerung** (Essen, Trinken, Toilette, Medikamenteneinnahme), **Strukturieren** (z.B. beim Waschen nicht dreimal Zähneputzen, sondern auch mal das Gesicht reinigen) und **Begleitung**. Es ist hilfreich, wenn Sie bei Ihrer Argumentation die **fett gedruckten** Begriffe verwenden.

Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf

Demenzkranke, geistig behinderte und psychisch erkrankte Patienten, bei denen der Gutachter einen besonders hohen Bedarf an allgemeiner Betreuung und Beaufsichtigung feststellt, haben Anspruch auf zusätzliche Leistungen (s. Abschnitt „Leistungen der Pflegeversicherung“). Bei geistig verwirrten Patienten ist es dringend erforderlich, dass dem Gutachter ein ärztliches Attest über die Demenz ausgehändigt wird, denn die tatsächliche Einschränkung ist bei diesen Patienten meistens von der Tagesform abhängig und bei dem Begutachtungstermin für den Gutachter oft nicht ersichtlich.

Weitere nützliche Hinweise für die Begutachtung

Der seelische Zustand des Patienten kann als Pflegeerschwernis geltend gemacht werden, beispielsweise wenn der Patient antriebslos und niedergeschlagen ist, wenn er aggressiv auftritt, oder wenn seine Reaktionen durch Tabletteneinnahme sehr verlangsamt sind.

Maßgeblich ist auch, wenn die Pflegeperson dem Patienten regelmäßig helfen muss, den Tagesablauf zu strukturieren, beispielsweise wenn der Patient zum Essen und Waschen immer wieder ermuntert, aufgefordert oder angespornt werden muss.

Es ist sehr hilfreich, vor der Begutachtung bereits ein Pflegetagebuch geführt zu haben, aus dem die notwendigen Unterstützungsleistungen für den Gutachter deutlich hervorgehen. Dem Gutachter sollten Kopien des Pflegetagebuches und ggf. der Gutachten des Arztes und des Krankenhauses ausgehändigt werden. Es kann auch sinnvoll sein, dass Krankenpflegekräfte, die bereits beim Patienten tätig sind, zum Begutachtungstermin hinzu gebeten werden (Bitte beachten Sie dazu auch den Abschnitt „Pflegetagebuch“ und die Kopiervorlage im Anhang).

Die Medikamente sollten bei der Begutachtung deutlich sichtbar auf dem Tisch stehen.

Da die Pflegeversicherung auch entscheidet, ob ein Pflegebedarf kostengünstig durch Angehörige oder kostenintensiver durch professionelle Fachkräfte abgedeckt werden soll, sollten die Angehörigen ihre Besorgnis, aber unbedingt auch ihre Überforderung zeigen und es deutlich ansprechen, wenn sie selbst wegen beruflicher, familiärer oder anderer Gründe als Pflegepersonen nicht oder nur eingeschränkt in Betracht kommen.

Hauswirtschaftliche Versorgung

Die Pflegeversicherung zahlt auf keinen Fall wenn Sie angeben, dass der Patient nur Hilfe im Haushalt braucht. Die Notwendigkeit von hauswirtschaftlicher Versorgung allein reicht nicht als Voraussetzung für die Bewilligung einer Pflegestufe. Hilfe im Haushalt wird aber berücksichtigt, wenn Hilfebedarf bei Körperpflege, Nahrungsaufnahme und Mobilität festgestellt wurde.

Ablauf des Verfahrens: Antrag - Begutachtung - Bescheid - ggf. Widerspruch

Um Leistungen aus der Pflegeversicherung (einer Abteilung der jeweiligen Krankenkasse) erhalten zu können, muss die pflegebedürftige Person dort einen Antrag stellen. Der Leistungsbeginn kann rückwirkend ab dem Datum des Antragseinganges bei der Pflegekasse erfolgen. Kosten, die vor diesem Datum entstanden sind, werden also keinesfalls erstattet.

Die Pflegeversicherung beauftragt dann den Medizinischen Dienst (MDK) den Antragsteller zu besuchen (zu Hause oder z.B. im Krankenhaus) und ein Gutachten zur Pflegebedürftigkeit zu erstellen. Der Medizinische Dienst (MDK) vereinbart einen Besuchstermin mit Ihnen. Vermerken Sie schon im

Antrag, wenn der Medizinische Dienst den Termin mit einem Angehörigen absprechen soll. Bitte bereiten Sie sich bzw. den Patienten auf diesen Besuch vor (s.o.).

Die Begutachtung dauert ca. eine Stunde, in der zu allen Pflegebereichen Fragen gestellt und Formulare ausgefüllt werden. Der Gutachter kann am Ende meistens abschätzen, ob es voraussichtlich zu einer Einstufung kommen wird. Spätestens fünf Wochen nach Antragstellung muss Ihnen die Pflegeversicherung einen Bescheid schicken. Die Frist ist auf zwei Wochen verkürzt, wenn ein Angehöriger Pflegezeit beantragt hat (Details zur Pflegezeit finden Sie in unserer gesonderten Information). Liegt der Antragsteller im Krankenhaus, in einer stationären Reha oder im Hospiz oder wird er ambulant palliativ behandelt, verkürzt sich die Frist auf eine Woche.

Wenn Sie mit der Entscheidung der Pflegeversicherung nicht einverstanden sind, können Sie gegen diesen Bescheid innerhalb von vier Wochen schriftlich Widerspruch einlegen. Formulieren Sie in einem kurzen Brief, dass Sie hiermit gegen den Bescheid Widerspruch einlegen, dass Sie eine Begründung nachreichen werden und um die Zusendung des Pflegegutachtens des Medizinischen Dienstes (MDK) bitten. Dieser Brief muss von der antragstellenden Person unterschrieben sein und sollte der Pflegekasse per Einschreiben mit Rückschein zugestellt werden.

Wenn Sie das Gutachten vorliegen haben, müssen alle Bereiche heraus gesucht werden, in denen der Gutachter die Pflegebedürftigkeit des Patienten nicht zutreffend darstellt und es muss beschrieben werden, wie der tatsächliche Bedarf aussieht. Hilfreich ist es außerdem, wenn neue Belege angefügt werden, zum Beispiel eine ärztliche Stellungnahme aus jüngster Zeit, die beim Begutachtungstermin noch nicht vorlag.

Im nächsten Schritt kann die Pflegeversicherung entweder nach Aktenlage (d. h. anhand des Gutachtens des Medizinischen Dienstes (MDK) und Ihrer Widerspruchsbegründung) eine Entscheidung treffen oder eine nochmalige Begutachtung in Auftrag geben. Auf eine erneute Begutachtung hat man immer Anspruch.

Leistungen der Pflegeversicherung

Je nach Grad der Pflegebedürftigkeit gehören Patienten einer der drei Pflegestufen an:

Pflegestufe	Täglicher Hilfebedarf (Summe aus Grundpflege und Hauswirtschaft)	Davon für Grundpflege Körperpflege, Ernährung, Mobilität	Davon für Hauswirtschaft
Stufe I erheblich pflegebedürftig	Mind. 90 Minuten	Mind. einmal täglich Hilfen bei mind. zwei Verrichtungen, Dauer mind. 46 Minuten	Mind. 2 x pro Woche
Stufe II schwer pflegebedürftig	Mind. 3 Stunden	Mind. 3 x tägl., zu verschiedenen Tageszeiten, Dauer mind. 2 Stunden	Mind. 2 x pro Woche
Stufe III schwerst pflegebedürftig	Mind. 5 Stunden	Rund um die Uhr, auch nachts, Dauer mind. 4 Stunden	Mind. 2 x pro Woche
Härtefall	Mind. 7 Stunden, Details s. Härtefallrichtlinien	Außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand	

Die Pflegeversicherung ist eine Art Teilkaskoversicherung. Alle Leistungen sind budgetiert d.h. es gibt festgelegte Obergrenzen. Wenn die anfallenden Kosten die Leistungen der Pflegeversicherung übersteigen, sind die verbleibenden Kosten aus eigenen Mitteln selbst zu bezahlen. Wenn das eigene Einkommen und Vermögen des Pflegebedürftigen und seiner nächsten Angehörigen (Partner, Kinder, Eltern) dafür nicht ausreicht, kann Grundsicherung bzw. Sozialhilfe beantragt werden. (Bitte beachten

Sie dazu unsere gesonderten Informationen zur Sozialhilfe und Unterhaltsverpflichtung oder fragen Sie uns.)

Die Leistungen der Pflegeversicherung werden 2010 und 2012 und anschließend alle drei Jahre schrittweise angehoben. Die Höhe der Leistungen hängt von der Pflegestufe ab und davon, ob die Kasse Geldleistung, Sachleistung, teilstationäre Pflege, Kombinationsleistung oder vollstationäre Pflege im Heim bewilligt hat.

- Geldleistung: Die pflegebedürftige Person erhält Geld, das sie an die pflegenden Angehörigen oder Laienpfleger weiter geben kann.
- Sachleistung: Professionelle Pflegeanbieter (Pflegedienste) rechnen direkt mit der Kasse ab.
- Teilstationäre Leistung: Die Tages- (Nacht-) Pflegeeinrichtung rechnet den Teil der Kosten, den die Pflegeversicherung übernimmt, direkt mit der Kasse ab.
- Kombinationsleistung: Sach- und Geldleistung werden verknüpft.
- Vollstationären Pflege: Das Pflegeheim rechnet den Teil der Kosten, den die Pflegeversicherung übernimmt, direkt mit der Kasse ab.

Geldleistung

Geldleistung wird in Anspruch genommen, wenn die Pflege zu Hause durch Angehörige oder andere Laienpfleger selbst organisiert wird. In diesem Fall bekommt die pflegebedürftige Person je nach Pflegestufe monatlich folgende Geldbeträge überwiesen, die sie an die Pflegepersonen weitergeben kann (Stand 1.7.2008):

Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3
215 €	420€	675€

Zur Sicherung der häuslichen Pflege und als Hilfestellung für die Pflegepersonen ist mit dem Bezug von Geldleistung auch die Pflicht verbunden, regelmäßig eine kostenlose Beratung durch eine professionelle Pflegekraft (vom ambulanten Pflegedienst) zu nutzen. Bei Pflegestufe I und II muss dieser Hausbesuch einmal im Halbjahr, bei Pflegestufe III einmal pro Vierteljahr erfolgen und belegt werden.

Sachleistung

Die Pflege wird durch einen ambulanten Pflegedienst geleistet (z.B. Sozialstation von Caritas, Diakonie, Rotes Kreuz oder private Pflegedienst), der zum Patienten nach Hause kommt. In einem schriftlichen im Hause der pflegebedürftigen Person vorliegenden Protokoll wird vom Pflegedienst bei jedem Einsatz notiert, welche Leistungen erbracht wurden. Die Abrechnung des Pflegedienstes mit der Pflegeversicherung erfolgt auf der Basis dieses Protokolls.

Neu seit 1.7.2008: Neben ambulanten Pflegediensten können auch einzelne Pflegefachkräfte, die sich selbstständig machen, Verträge mit den Pflegekassen zur Abrechnung von Sachleistung abschließen.

Die Kasse zahlt im Rahmen der Sachleistung je nach Pflegestufe monatlich folgende Beträge (Stand 1.7.2008):

Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3
420 €	980€	1470 € (Härtefall: 1928 €)

Teilstationäre Leistungen (Tages-/ Nachtpflege)

Wird eine pflegebedürftige Person tagsüber in einer teilstationären Tages- (oder Nacht-) Pflegeeinrichtung betreut, übernimmt die Pflegekasse die Pflegekosten bis zu einem bestimmten Betrag. Die Unterkunfts-, Verpflegungs- und Investitionskosten müssen privat übernommen werden.

Die Pflegeversicherung zahlt im Rahmen der teilstationären Tages- und Nachtpflege monatlich je nach Pflegestufe folgende Beträge (Stand 1.7.2008):

Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3
420 €	980€	1470 € (Härtefall: 1918 €)

Eine grundsätzliche Neuerung ab 1.7.2008: Bei der Kombination der Tages-/Nachtpflege mit ambulanter Sachleistung und/oder Pflegegeld kann der höchstmögliche Gesamtanspruch bis zum 1,5 fachen Satz erhöht werden, wobei die Obergrenze der jeweiligen Leistungsart nicht überschritten werden kann. Zur Veranschaulichung hier drei Beispiele:

Beispiel 1: Wer den Anspruch auf Tagespflege in einem Monat zu 100 % ausschöpft kann zusätzlich noch 50 % der Pflegesachleistung durch einen Pflegedienst oder 50 % des Pflegegeldes nutzen.

Beispiel 2: Wer den Anspruch auf Tagespflege zu 50 % nutzt, kann zusätzlich noch 100 % Sach- oder Geldleistung in Anspruch nehmen.

Beispiel 3: Wer den Anspruch auf Tagespflege zu 40 % nutzt, kann allerdings auch nur 100% (und nicht etwa 110 %) der Sach- oder Geldleistung beanspruchen.

Kombinationsleistung

Bei der Kombinationsleistung teilen sich ein ambulanter Pflegedienst und Angehörige (oder andere Laienpflegekräfte) die anfallenden Arbeiten. Die Höhe der Geldleistung, die der Pflegebedürftige für die Laienpflege erhält, richtet sich danach, wie viel professionelle Pflege (Sachleistung) anteilig in Anspruch genommen wird.

Beispiel: Die Leistungen des ambulanten Pflegedienstes belaufen sich bei Pflegestufe 2 monatlich auf 25 % der zur Verfügung stehenden Sachleistung, d.h. auf 25 % von € 980, der Pflegedienst kann also Leistungen im Wert von € 245 mit der Kasse abrechnen. Für die Laienpflege stehen dem Patienten jetzt noch 75 % zu, allerdings 75 % der gesamten Geldleistung die für Pflegestufe II festgesetzt ist, also 75% von € 420 und damit € 315.

Vollstationäre Pflege im Heim

Wenn die Pflege Zuhause nachweisbar nicht möglich ist, übernimmt die Pflegeversicherung einen Teil der Kosten für die vollstationäre Pflege in einem von der Pflegekasse zugelassenen Pflegeheim. Übernommen werden die Kosten der allgemeinen Pflegeleistungen, der medizinischen Behandlungspflege und der sozialen Betreuung bis zum jeweiligen Höchstsatz. Alle weiteren Kosten (z.B. Verpflegung, Unterkunft, Wunschleistungen und Investitionskosten) muss der Pflegebedürftige selbst tragen oder einen Antrag auf Sozialhilfe stellen. (Einige Bundesländer übernehmen unter bestimmten Umständen die Investitionskosten des Heimes. Bei diesem so genannten Pflegewohngeld gelten nicht ganz so strenge Bedürftigkeitsregeln wie bei der Sozialhilfe.)

Die Pflegeversicherung leistet monatlich Zuschüsse zu den Pflegeheimkosten in folgender Höhe: (Stand 1.7.2008)

Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3
1.023 €	1.279 €	1470 € (Härtefall 1.750 €)

Weitere Leistungen der Pflegeversicherung, die in den folgenden Abschnitten erläutert werden:

- Ergänzende Leistungen für Pflegebedürftige mit eingeschränkter Alltagskompetenz und erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (Demenzkranke, psychisch kranke und geistig behinderte Menschen). Eine grundsätzliche Neuerung seit 1.7.2008: Auch Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf, die noch keinen Anspruch auf eine Pflegestufe haben (so genannte Pflegestufe 0), können Betreuungsleistungen erhalten.

- Verhinderungspflege (auch „Ersatzpflege“ genannt): wenn bei häuslicher Pflege die ehrenamtliche Pflegeperson ausfällt.
- Kurzzeitpflege: vorübergehende vollstationäre Pflege zur Ergänzung der häuslichen Pflege.
- Pflegehilfsmittel und Wohnumfeldverbesserung: Sachkosten bei häuslicher Pflege.
- Soziale Absicherung der ehrenamtliche Pflegepersonen
- Pflegekurse: Fortbildung und Unterstützung für ehrenamtliche Pflegepersonen.

Betreuungsbetrag für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf

Demenzkranke, Menschen mit geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen, die Leistungen der Pflegeversicherung erhalten und zu Hause gepflegt werden, können im Rahmen der Pflegeversicherung zusätzliche Leistungen in Höhe von 100 € monatlich (Grundbetrag) bzw. 200 € monatlich (erhöhter Betrag) erhalten. Auch Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf, die noch keinen Anspruch auf eine Pflegestufe haben (so genannte Pflegestufe 0), können diese Betreuungsleistungen erhalten.

Der Medizinische Dienst (MDK) prüft, ob ein Grund- oder ein erhöhter Bedarf vorliegt. Voraussetzung ist, dass wenigstens zwei Kriterien aus dem folgenden Kriterienkatalog zutreffen, wobei mindestens ein Kriterium aus dem Bereich 1. - 9. stammen muss.

Kriterienkatalog:

1. Unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches ("Weglauftendenz")
2. Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen
3. unsachgemäßer Umgang mit (potentiell) gefährlichen Gegenständen oder Substanzen
4. tätlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation
5. in Zusammenhang mit speziellen Situationen unangebrachtes Verhalten
6. Unfähigkeit, die eigenen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen
7. Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung
8. Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigung des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung sozialer Alltagsleistungen geführt haben
9. Störung des Tag- und Nacht-Rhythmus
10. Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren
11. Verkennen von Alltagssituationen und unangemessene Reaktionen in Alltagssituationen
12. ausgeprägt labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten
13. Stimmungslage überwiegend geprägt von Niedergeschlagenheit, Verzagtheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit auf Grund einer therapieresistenten Depression

Dieser Betreuungsbetrag wird nicht in bar ausgezahlt, sondern kann nur Zweck gebunden für bestimmte Ausgaben eingesetzt werden, z.B. für

- Nicht gedeckte Kosten bei der Nutzung von Tagespflege- oder Kurzzeitpflegeangeboten
- Kosten für die allgemeine Betreuung und Anleitung durch Pflegedienste (Achtung: Kosten für grundpflegerische oder hauswirtschaftliche Leistungen werden hier nicht übernommen)
- Kosten für sonstige regionale Betreuungs- und Entlastungsangebote (z.B. Betreuungsgruppen für Demenzkranke)

Da der Betreuungsbetrag nur für Angebote eingesetzt werden kann, die "nach Landesrecht" anerkannt sind, sollten Sie sich im Zweifelsfall entweder bei Ihrer Pflegekasse, beim Sozialministerium Ihres Bundeslandes oder beim Familienservice erkundigen.

Wird der Anspruch auf den Betreuungsbetrag in einem Jahr nicht voll genutzt, kann der verbleibende Betrag in das darauf folgende Jahr übertragen werden. Im ersten Jahr der Antragstellung werden die Leistungen nur anteilig erstattet.

Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf, die noch keinen Anspruch auf eine Pflegestufe haben (Pflegestufe 0), können halbjährlich einen kostenlosen Beratungseinsatz (z.B. durch Pflegeberater von Wohlfahrtsverbänden, Pflegekursanbieter oder ambulante Pflegedienste) in Anspruch nehmen.

Auch Bewohner von Pflegeheimen, die einen erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf haben, erhalten zusätzliche Angebote im Rahmen der Heimpflege.

Verhinderungspflege (auch Ersatzpflege genannt)

Wer vollständig oder zum Teil von Laienkräften gepflegt wird, kann Verhinderungspflege in Anspruch nehmen, wenn die Laienkraft sich erholen muss oder ausfällt. Die Verhinderungspflege kann zu Hause oder an einem anderen Ort (z.B. in einer stationären Einrichtung) geleistet werden. Wenn die Verhinderungspflege von nahen Verwandten oder im selben Haushalt lebenden Menschen durchgeführt wird, gelten erhebliche Einschränkungen, die im Voraus abgeklärt werden sollten. Bei der Pflege außer Haus (z.B. Kurzzeitpflege im Pflegeheim) beteiligt sich die Pflegekasse nur an den Kosten, die für die pflegebedingten Aufwendungen notwendig sind, nicht aber an den Verpflegungs-, Unterkunfts- und Investitionskosten. Die Verhinderungspflege ist begrenzt auf maximal 28 Tage im Jahr und es werden höchstens 1470 € jährlich erstattet. Der Anspruch auf Verhinderungspflege besteht erst, wenn die pflegebedürftige Person zuvor 6 Monate häusliche Pflegehilfe erhalten hat. Der Anspruch ist nicht davon abhängig, dass Pflegegeld bezogen wird. Auch wenn Sie die Pflegesachleistung voll ausschöpfen und zusätzlich noch von Angehörigen gepflegt werden ohne dafür Pflegegeld zu beziehen, können Sie Verhinderungspflege, beanspruchen.

Kurzzeitpflege

Die Kurzzeitpflege in einer vollstationären Einrichtung wird durch die Pflegeversicherung teilweise finanziert, wenn die pflegerische Versorgung durch häusliche Pflege vorübergehend nicht gewährleistet werden kann. Dies kann beispielsweise der Fall sein, wenn die häusliche Pflegeperson ausfällt, wenn sich die Pflegebedürftigkeit plötzlich verschlimmert oder wenn im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt die häusliche Pflege noch nicht organisiert ist. Die Pflegeversicherung übernimmt nur Kosten für die pflegebedingten Aufwendungen, nicht aber die Verpflegungs-, Unterkunfts- und Investitionskosten. Die Kurzzeitpflege ist begrenzt auf maximal 28 Tage im Jahr und es werden höchstens 1470 € jährlich erstattet. Der Anspruch auf Kurzzeitpflege besteht sofort nach Bewilligung der Pflegestufe. Hier muss also im Unterschied zur Verhinderungspflege keine Vorpflegezeit geleistet worden sein.

Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege können verknüpft werden, so dass insgesamt jährlich acht Wochen Kurzzeitpflegeleistungen über die Pflegeversicherung in Anspruch genommen werden können.

Pflegehilfsmittel und Wohnumfeldverbesserung

Pflegehilfsmittel, die für die Lebensführung im häuslichen Umfeld erforderlich sind, die die Pflege erleichtern, Beschwerden lindern und/oder die Selbstständigkeit der pflegebedürftigen Person erhöhen, können von der Pflegeversicherung bezuschusst werden. Vor dem Kauf muss ein Antrag (mit Kostenvoranschlag) gestellt werden. An den Kosten für Pflegehilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind (z.B. Bettschutzeinlagen, Einmalhandschuhe), beteiligt sich die Pflegekasse auf Antrag mit maximal 31 € im Monat. Bestimmte technische Hilfsmittel wie z.B. Pflegebetten, können kostenfrei von der Pflegekasse entliehen werden.

Die Pflegekasse beteiligt sich auf Antrag auch an Kosten für Maßnahmen zur Wohnumfeldverbesserung, wenn dadurch die häusliche Pflege ermöglicht oder erleichtert wird. Dazu gehört zum Beispiel die Verbreiterung von Türen oder der Umbau des Badezimmers.

Soziale Absicherung der ehrenamtlichen Pflegepersonen / Laienpfleger

Ehrenamtlich Pflegende / Laienpfleger, die mindestens 14 Stunden in der Woche pflegen (belegt durch ein Gutachten des Medizinischen Dienstes MDK) und die nicht mehr als 30 Stunden in der Woche erwerbstätig sind, können sich über die Pflegeversicherung renten- und unfallversichern lassen. Wenn ehrenamtlich Pflegende ihre Erwerbstätigkeit aufgeben oder den Anspruch auf Arbeitslosengeld I ruhen lassen um zu pflegen ist es möglich, dass sie nach Ende der Pflegetätigkeit durch Weiterbildungsmaßnahmen von der Agentur für Arbeit gefördert werden um die Rückkehr ins Erwerbsleben zu erleichtern. Dies muss aber vor Beginn der Pflegetätigkeit mit der Agentur für Arbeit geklärt werden.

Pflegekurse

Zur Fortbildung und Unterstützung der ehrenamtlichen Pflegepersonen / Laienpfleger finanzieren die Pflegekassen Pflegekurse. Die Schulungen können auch in der Wohnung des Pflegebedürftigen stattfinden. Themen sind zum Beispiel Rücken schonendes Arbeiten, die Unterweisung im Gebrauch von Hilfsmitteln, der Umgang mit dementen Menschen oder pflegerische Maßnahmen zur Vermeidung von Druckgeschwüren. Neben der praktischen Schulung dienen diese Kurse auch dem Erfahrungsaustausch und der seelischen Unterstützung der pflegenden Angehörigen.

Exkurs: Behandlungspflege

Im Gegensatz zur Grundpflege der Pflegeversicherung, die Körperpflege, Ernährungs- und Mobilitätshilfe beinhaltet, wird die Behandlungspflege von der Krankenkasse finanziert. Sie beinhaltet alle wiederkehrenden, medizinischen Leistungen (Einreibungen, Verbände, Spritzen, Blutdruckmessen, Medikamentenverabreichung etc.). Voraussetzung für die Behandlungspflege ist ein ärztliches Rezept, das von der Krankenkasse bewilligt werden muss.

Der Anspruch auf Behandlungspflege besteht unabhängig von den Vorgaben der Pflegeversicherung, d.h. die pflegebedürftige Person kann über die Behandlungspflege häusliche Pflege durch einen Pflegedienst erhalten, auch wenn die Voraussetzungen für die Pflegestufen I-III nicht erfüllt sind.

Bei der Kombination von Pflegeversicherungsleistungen und Behandlungspflege ist zu beachten, dass ein Pflegebedarf, der von der Krankenkasse im Rahmen der Behandlungspflege berücksichtigt wird, auch gleichzeitig bei der Einstufung in eine Pflegestufe als Bedarf geltend gemacht werden kann. Dies betrifft beispielsweise das An- und Ausziehen von Stützstrümpfen. Der ambulante Dienst rechnet die Behandlungspflege separat mit der Krankenkasse ab.

Pflegetagebuch

Das Pflegetagebuch (Vordruck s. S. 10) verschafft einen Überblick über die täglichen Pflegetätigkeiten und Pflegezeiten. Es hilft Ihnen, den Pflegebedarf beim Besuch des Medizinischen Dienstes (MDK) und bei der Verhandlung mit der Pflegekasse zu belegen. Im Pflegetagebuch sind nur solche grundpflegerischen Tätigkeiten aufgeführt, die von der Pflegeversicherung bei der Einstufung in eine Pflegestufe berücksichtigt werden. Deshalb fehlt hier z.B. der Spaziergang. Alle Personen, die an der Pflege beteiligt sind, sollten im Pflegetagebuch aufschreiben, welche Pflegeleistungen im Bereich Mobilitätshilfe, Toilette, Ernährungshilfe und Körperpflege etc. täglich erbracht werden.

Notieren Sie bitte jeden einzelnen Einsatz (z.B. mittags 3 x 3 Minuten Hilfe beim Wasserlassen) und nicht nur den Zeitaufwand, den Sie insgesamt für eine Pflegeleistung erbracht haben. Auch das Strukturieren, Erinnern, Anleiten und Beaufsichtigen der pflegebedürftigen Person sollte schriftlich festgehalten werden. Bitte vermerken Sie also bei jeder Tätigkeit, ob Sie sie vollständig oder teilweise übernehmen oder ob Sie die pflegebedürftige Person anleiten bzw. beaufsichtigen. Beispielsweise braucht die Pflegekraft für die Beaufsichtigung beim Waschen in der Regel mehr Zeit, als wenn sie das Waschen ohne aktive Mitwirkung des Patienten vollständig übernimmt.

Das Pflegetagebuch sollte möglichst ein bis zwei Wochen lang geführt werden, denn Pflegezeiten können von Tag zu Tag schwanken, abhängig von der Tagesform des Patienten. Bitte kopieren Sie sich die Vorlage, damit Sie für jeden Tag ein neues Blatt verwenden können.

Das Pflegetagebuch kann auch ohne Vordruck in Form eines echten Tagebuchs verfasst werden.

Pflegetagebuch

Name der pflegebedürftigen Person: _____ Pflegetag (Datum) : _____

Erforderliche Hilfe
bei folgenden Tätigkeiten:

Zeitaufwand in Minuten

Beschreibung d. Hilfe *
und Sonstiges

morgens	mittags	abends	nachts (22-6h)
---------	---------	--------	-------------------

* vÜ = vollständige Übernahme,
tÜ = teilweise Übernahme
a/b = anleiten/ beaufsichtigen

Körperpflege					
Waschen					
Ganzkörperwäsche					
Teilwäsche					
Duschen					
Baden					
Zahnpflege					
Kämmen					
Rasieren					
Darm-/Blasenentleerung					
Wasserlassen					
Stuhlgang					
Richten d. Kleidung					
Wechseln d. Windel					
Wechseln/Entleeren des Urin-/Stomabeutels					
Ernährung					
Mundgerechte Nahrungszubereitg.					
Nahrungsaufnahme					
Mobilität					
Aufstehen/Zubettgehen					
Umlagern					
Ankleiden					
Auskleiden					

Gehen/Bewegen i. Haus					
• Stehen					
Treppensteigen					
Verlassen/Wiederaufsuchen der Wohnung					
Hauswirtschaftliche Versorgung					
Einkaufen					
Kochen					
Wohnung reinigen					
Spülen					
Heizen der Wohnung					
Wechseln/Waschen der Wäsche/Kleidung					