

## Informationen zur Pflegeversicherung

<b>1. Wer erhält Leistungen aus der Pflegeversicherung, und wie erfolgen Begutachtung und Einstufung? .....</b>	<b>2</b>
1.1 Wer entscheidet über die Bewilligung der Leistungen? .....	2
1.2 Welche Voraussetzungen müssen erfüllt sein, um Pflegestufe 1, 2 oder 3 zu erhalten? .....	2
1.3 Welche Voraussetzungen gelten für die so genannte Pflegestufe 0 und den "erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung"? .....	3
1.4 Weitere nützliche Hinweise für die Begutachtung .....	6
1.5 Hauswirtschaftliche Versorgung .....	6
1.6 Ablauf des Verfahrens .....	6
<b>2. Leistungen der Pflegeversicherung .....</b>	<b>8</b>
2.1 Geldleistung/Pflegegeld .....	8
2.2 Sachleistung .....	9
2.3 Kombinationsleistung .....	10
2.4 Teilstationäre Pflege (Tagespflege) .....	10
2.5 Vollstationäre Pflege im Heim .....	10
2.6 Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen für Pflegebedürftige, die zu Hause gepflegt werden .....	11
2.7 Verhinderungspflege (Ersatzpflege) .....	12
2.8 Kurzzeitpflege .....	13
2.9 Pflegehilfsmittel und Wohnumfeldverbesserung .....	13
2.10 Soziale Absicherung ehrenamtlicher Pflegepersonen .....	14
2.11 Pflegekurse .....	14
2.12 Exkurs: Behandlungspflege und häusliche Krankenpflege über die Krankenversicherung .....	14
<b>3. Das Pflegetagebuch .....</b>	<b>15</b>

### Anhang: Pflegetagebuch (Kopiervorlage)

## 1. Wer erhält Leistungen aus der Pflegeversicherung, und wie erfolgen Begutachtung und Einstufung?

Mit dem Pflegestärkungsgesetz beabsichtigt die Bundesregierung eine Verbesserung der gesamten Pflegesituation in Deutschland. Dieses neue Pflegegesetz wird gestaffelt eingeführt: Die erste Umsetzung ist zum 1. Januar 2015 erfolgt, die zweite wird zum 1. Januar 2017 durchgeführt.

Pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung (Sozialgesetzbuch SGB XI) sind Personen, die körperlich, seelisch oder geistig erkrankt oder behindert sind und für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer (voraussichtlich für mindestens sechs Monate) Hilfe in den Bereichen Körperpflege, Ernährung und Mobilität in höherem oder erheblichem Maße benötigen. Darüber hinaus erhalten auch Menschen, die aufgrund einer demenziellen oder psychischen Erkrankung oder einer geistigen Behinderung in ihrer Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt sind, Leistungen aus der Pflegeversicherung.

### 1.1 Wer entscheidet über die Bewilligung der Leistungen?

Die Pflegeversicherung, eine Abteilung der jeweiligen Krankenversicherung, beauftragt den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung MDK (einen unabhängigen Begutachtungs- und Beratungsdienst der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherungen), 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. Bei Privatversicherten ist der Ablauf ähnlich. Der Gutachterdienst heißt in diesem Fall nicht MDK, sondern Medicproof. Für Beamte und Soldaten, die beihilfeberechtigt sind, gelten die jeweiligen Beihilfeverordnungen des Bundes oder des Landes, die sich zum Teil unterscheiden von den Regeln und Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung.

### 1.2 Welche Voraussetzungen müssen erfüllt sein, um Pflegestufe 1, 2 oder 3 zu erhalten?

Entscheidend ist der individuelle Hilfebedarf des Antragstellers, nicht die Art und Schwere der Erkrankung. Schwerbehindertenausweise, Frührenten etc. haben keinen direkten Einfluss auf die Begutachtung und die Bewilligung. Antragsteller ist die pflegebedürftige Person oder deren Bevollmächtigter oder gesetzlicher Betreuer. Sie muss ihren Hilfebedarf selbst signalisieren und deutlich zeigen, was sie nicht mehr kann. Wenn die pflegebedürftige Person aufgrund einer geistigen Beeinträchtigung dazu nicht in der Lage ist, sollten Angehörige bzw. Bevollmächtigter oder gesetzlicher Betreuer bei der Begutachtung dies übernehmen.

Der individuelle Hilfebedarf, der für die Pflegestufen 1, 2 oder 3 ausschlaggebend ist, muss die Bereiche der Grundpflege (Körperpflege, Nahrungsaufnahme und Mobilität) betreffen. Damit ist im Einzelnen Folgendes gemeint:

#### **Körperpflege**

Der Patient braucht Hilfe bei Waschen, Duschen, Baden, Zahnpflege, Kämmen, Rasieren, Darm- und Blasenentleerung.

- Achtung: Nicht berücksichtigt wird z.B. das Schneiden von Haaren, Fuß- und Fingernägeln.

#### **Nahrungsaufnahme**

Der Patient braucht Hilfe beim Essen:

- Mundgerechte Zubereitung der Nahrung, Nahrungsaufnahme und Flüssigkeitsaufnahme

- Achtung: Die gesamte Vorbereitung der Mahlzeiten (Kochen, Einkaufen, Erstellen des Speiseplans – z. B. bei Diabetes) 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, Transfers, Treppensteigen, Lagern, Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung
- Achtung: Nicht berücksichtigt werden Spaziergänge und Begleitung beim Einkauf.

Bei der Begutachtung sollten Sie also auf Körperpflege, Nahrungsaufnahme und Mobilität eingehen und schildern, inwiefern der Patient in diesen drei Bereichen (je nach Tagesform) beeinträchtigt ist.

### Je nach Grad der Pflegebedürftigkeit gehören Patienten der so genannten Pflegestufe 0 oder Pflegestufe 1, 2 oder 3 an:

<b>Pflegestufe 0</b>	Pflegestufe 0 erhalten Menschen, die körperlich noch nicht so stark eingeschränkt sind, um die Voraussetzungen für Pflegestufe 1 zu erfüllen, die aber aufgrund einer geistigen oder psychischen Erkrankung einen erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung haben (Details zu den Voraussetzungen siehe Abschnitt 1.3. „Erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung“).		
<b>Pflegestufe 1, 2 oder 3</b>	<b>Täglicher Hilfebedarf (Summe aus Grundpflege und Hauswirtschaft)</b>	<b>davon für Grundpflege (Körperpflege, Ernährung, Mobilität)</b>	<b>davon für Hauswirtschaft</b>
<b>Stufe 1</b> erheblich pflegebedürftig	mind. 90 Minuten	mind. 1 x täglich Hilfen bei mind. 2 Verrichtungen, Dauer mind. 46 Minuten	mind. 2 x pro Woche
<b>Stufe 2</b> schwerpflegebedürftig	mind. 180 Minuten	mind. 3 x täglich, zu verschiedenen Tageszeiten, Dauer mind. 120 Minuten	mind. 2 x pro Woche
<b>Stufe 3</b> schwerstpflegebedürftig	mind. 300 Minuten	rund um die Uhr, auch nachts, Dauer mind. 240 Minuten	mind. 2 x pro Woche
<b>Härtefall</b>	mind. 420 Minuten Details: siehe Härtefallrichtlinien	außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand	

## 1.3 Welche Voraussetzungen gelten für die so genannte Pflegestufe 0 und den "erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung"?

Menschen mit Demenz, geistig behinderte und psychisch erkrankte Menschen, bei denen der Gutachter einen besonders hohen Bedarf an allgemeiner Betreuung und Beaufsichtigung feststellt, haben Anspruch auf zusätzliche Leistungen.

- Wenn sie körperlich noch nicht erheblich beeinträchtigt sind, erhalten sie Geld- oder Sachleistung im Rahmen der Pflegestufe 0 und zusätzlich den Betreuungsbetrag (104 € oder 208 € monatlich).

- Wenn sie in Pflegestufe 1 oder 2 eingestuft sind, erhalten sie höhere Geld- oder Sachleistungen als Menschen, die keine geistige/psychische Einschränkung haben. Zusätzlich erhalten sie auch in diesem Fall den Betreuungsbetrag (104 € oder 208 € monatlich).

Sie haben einen Anspruch darauf, dass der Gutachter prüft, ob ein Grundbedarf („erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz“) oder ein erhöhter Bedarf („in erhöhtem Maße eingeschränkte Alltagskompetenz“) vorliegt.

Voraussetzung für den Grundbetrag (104 € monatlich) ist, dass wenigstens zwei Kriterien aus dem folgenden Kriterienkatalog zutreffen, wobei mindestens ein Kriterium aus dem Bereich 1 - 9 stammen muss.

Voraussetzung für den erhöhten Betrag (208 € monatlich) ist, dass zusätzlich zu den Voraussetzungen für den Grundbetrag mindestens ein weiterer Punkt aus einem der Bereiche 1, 2, 3, 4, 5, 9 oder 11 bejaht wird.

Bei geistig verwirrten Patienten ist es sehr hilfreich, wenn dem Gutachter ein ärztliches Attest ausgehändigt wird, in dem nicht nur die Demenz attestiert wird, sondern am besten auch schon konkret auf die Kriterien eingegangen wird, die der Gutachter prüfen muss. Die tatsächliche Einschränkung ist bei diesen Patienten meist von der Tagesform abhängig und beim Begutachtungstermin für den Gutachter oft nicht in ihrem vollen Ausmaß zu erkennen.

#### **Kriterienkatalog:**

**1. Unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereichs.** Ein "Ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller seinen beaufsichtigten und geschützten Bereich ungezielt und ohne Absprache verlässt und so seine oder die Sicherheit anderer gefährdet. Ein Anzeichen für eine Weglauftendenz kann sein, wenn der Betroffene z. B. aus der Wohnung hinausdrängt, immer wieder seine Kinder außerhalb der Wohnung sucht, zur Arbeit gehen möchte oder planlos in der Wohnung umherläuft und sie dann auch verlässt.

**2. Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen.** Ein "Ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B. durch Eingriffe in den Straßenverkehr, wie unkontrolliertes Laufen auf der Straße oder Anhalten von Autos oder Radfahrern, sich selbst oder andere gefährdet oder die Wohnung in unangemessener Kleidung verlässt und sich dadurch selbst gefährdet (Unterkühlung).

**3. Unsachgemäßer Umgang mit (potentiell) gefährlichen Gegenständen oder Substanzen.** Ein "Ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B. Wäsche im Backofen trocknet, Herdplatten, Heißwasserboiler oder Gasanschlüsse unkontrolliert anstellt, ohne diese benutzen zu können/wollen, unangemessen mit offenem Feuer umgeht, Zigaretten oder verdorbene Lebensmittel isst oder Medikamente und Chemikalien falsch verwendet.

**4. Tätlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation.** Ein "Ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B. andere ohne Grund beschuldigt, beschimpft, schlägt, tritt, beißt, kratzt, kneift, bespuckt, stößt, mit Gegenständen bewirft, eigenes oder fremdes Eigentum zerstört, in fremde Räume eindringt oder sich selbst verletzt.

**5. In Zusammenhang mit speziellen Situationen unangebrachtes Verhalten.** Ein "Ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B. in die Wohnräume uriniert oder einkotet (ohne Zusammenhang mit Harn- oder Stuhlinkontinenz), einen starken Betätigungs- und Bewegungsdrang hat (z. B. Zerpfücken von Inkontinenzeinlagen, ständiges An- und Auskleiden, Nesteln, Zupfen, waschende Bewegungen), Essen oder Kot verschmiert, andere Personen sexuell belästigt, Gegenstände von sich oder anderen (z. B. benutzte Unterwäsche, Essensreste, Geld) versteckt, verlegt oder sammelt oder ständig ohne ersichtlichen Grund schreit oder ruft.

Hinweis: Inadäquates Verhalten in Zusammenhang mit mangelndem Krankheitsgefühl, fehlender Krankheitseinsicht oder therapieresistentem Wahnerleben und Halluzinationen wird nicht hier, sondern unter Punkt 11 gezählt.

**6. Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen.** Ein "Ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B. Hunger und Durst nicht wahrnehmen oder äußern kann, aufgrund von mangelndem Hunger- und Durstgefühl bereitstehende Nahrung von sich aus nicht isst oder trinkt, übermäßig alles zu sich nimmt, was er erreichen kann, aufgrund mangelnden Schmerzempfindens Verletzungen nicht wahrnimmt, Harn- und Stuhldrang nicht wahrnehmen und äußern kann und deshalb zu jedem Toilettengang aufgefordert werden muss, Schmerzen nicht äußern oder nicht lokalisieren kann.

**7. Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung.** Ein "Ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B. den ganzen Tag apathisch im Bett verbringt, den Platz, an den er durch die Pflegeperson gesetzt wird, nicht aus eigenem Antrieb wieder verlässt, sich nicht aktivieren lässt oder die Nahrung verweigert.

Hinweis: Die Therapieresistenz einer Depression oder Angststörung muss nervenärztlich/psychiatrisch gesichert sein.

**8. Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigung des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung sozialer Alltagsleistungen geführt haben.** Ein "Ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B. vertraute Personen (z. B. Kinder, Ehepartner, Pflegeperson) nicht erkennt, mit (Wechsel-) Geld nicht umgehen kann, sich nicht mehr sprachlich eindeutig äußern kann und dadurch in seinen Alltagsleistungen eingeschränkt ist, sein Zimmer in der Wohnung oder den Weg zurück zu seiner Wohnung nicht mehr findet oder Absprachen nicht mehr einhalten kann, da er sich schon nach kurzer Zeit nicht mehr daran erinnert.

**9. Störung des Tag-und-Nacht-Rhythmus.** Ein "Ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B. nachts stark unruhig und verwirrt ist, verbunden mit unangemessenen Verhaltensweisen, und nachts Angehörige weckt und Hilfeleistungen (z. B. Frühstück) verlangt (Umkehr bzw. Aufhebung von Tag/Nacht-Rhythmus)

**10. Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren.** Ein "Ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B. aufgrund zeitlicher, örtlicher oder situativer Desorientierung eine regelmäßige und der Biografie angemessene Körperpflege, Ernährung, Mobilität oder andere Aktivität nicht mehr planen und durchführen kann.

Hinweis: Hier sind nur Beeinträchtigungen zu berücksichtigen, die noch nicht unter Punkt 7 oder 8 erfasst worden sind.

**11. Verkennen von Alltagssituationen und unangemessenes Reagieren in Alltagssituationen.** Ein "Ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B. Angst vor seinem eigenen Spiegelbild hat, sich von Personen aus dem Fernsehen verfolgt fühlt, Personenfotos für fremde Personen in seiner Wohnung hält, aufgrund von Vergiftungswahn Essen verweigert oder Gift im Essen riecht/schmeckt, glaubt, dass fremde Personen auf der Straße ein Komplott gegen ihn schmieden, mit nicht anwesenden Personen redet oder optische oder akustische Halluzinationen wahrnimmt.

Hinweis: Hier geht es um Verhaltensstörungen, die in Punkt 5 nicht erfasst und durch nichtkognitive Störungen bedingt sind. Solche Störungen können vor allem bei Menschen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis sowie auch bei demenziell erkrankten und seltener auch bei depressiven Menschen auftreten. Das Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen muss die Folge von mangelndem Krankheitsgefühl, fehlender Krankheitseinsicht, therapieresistentem Wahnerleben und therapieresistenten Halluzinationen sein, welche nervenärztlich/psychiatrisch gesichert sind.

**12. Ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten.** Ein "Ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B. häufig unangemessen und plötzlich weint oder Distanzlosigkeit, Euphorie, Reizbarkeit oder unangemessenes Misstrauen in einem Ausmaß zeigt, das den Umgang mit ihm erheblich erschwert.

**13. Zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagtheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression.** Ein "Ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B. ständig jammert oder ständig die Sinnlosigkeit seines Lebens oder Tuns beklagt.

Hinweis: Die Therapieresistenz einer Depression muss nervenärztlich/psychiatrisch gesichert sein.

## 1.4 Weitere nützliche Hinweise für die Begutachtung

Wenn der Antragsteller Dinge zum Teil noch selbst tun kann, eine Person ihn dabei aber unterstützen und die ganze Zeit in seiner unmittelbaren Nähe sein muss, sollte dies ausdrücklich erwähnt werden.

Wichtige Stichworte für die Gutachter sind in diesem Fall die Notwendigkeit von:

- *Beaufsichtigung/Anleitung*: z. B. beim Essen, beim Gang auf die Toilette
- *Erinnerung*: z. B. ans Essen, Trinken, an den Toilettengang, an die Medikamenteneinnahme
- *Strukturierung*: z. B. beim Waschen nicht dreimal Zähne putzen, sondern einmal die Zähne putzen und einmal das Gesicht reinigen

Am besten verwenden Sie bei Ihrer Argumentation diese *kursiv* gedruckten Begriffe.

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 und dabei ständig jemand anwesend sein muss.

Manchmal bleibt ein Hilfebedarf lange unerkannt, weil nahe Angehörige ihn taktvoll und scheinbar selbstverständlich abdecken. Um den Bedarf vollständig zu erfassen, stellen Sie sich daher am besten vor, was passieren würde (im Bereich der Grundpflege), wenn der Patient auf sich allein gestellt wäre. Manche Hilfebedarfe werden auch übersehen, weil hilfebedürftige Menschen auf Dinge bescheiden und unauffällig verzichten. Wer z.B. Knopf und Reißverschluss der Hose nur noch mit großer Mühe selbst öffnen und schließen kann und daher jetzt statt der sonst für ihn üblichen Jeans nur noch Jogginghosen trägt, kann Hilfebedarf beim An- und Ausziehen geltend machen, auch wenn er bei seiner Notlösung, dem Tragen der Jogginghose, keine Hilfe benötigt.

Es ist sehr hilfreich, vor der Begutachtung bereits ein Pfl egetagebuch geführt zu haben, aus dem die notwendigen Unterstützungsleistungen und Hilfebedarfe für den Gutachter deutlich hervorgehen. Dem Gutachter sollten Kopien des Pfl egetagebuchs und ggf. die Gutachten des Arztes und des Krankenhauses ausgehändigt werden. Es kann auch sinnvoll sein, dass Pflegefachkräfte vom ambulanten Pflegedienst, die bereits beim Patienten tätig sind, zum Begutachtungstermin hinzugebeten werden. Bitte beachten Sie dazu auch den Abschnitt „Pfl egetagebuch“ und die Kopiervorlage im Anhang.

## 1.5 Hauswirtschaftliche Versorgung

Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung besteht nicht, wenn der Betroffene lediglich Hilfe im Haushalt erhält. Die Notwendigkeit von hauswirtschaftlicher Versorgung wird bei der Begutachtung immer geprüft. Für die Bewilligung der Pflegestufe 1, 2 oder 3 muss aber zunächst die Mindestvoraussetzung im Bereich der Grundpflege (Körperpflege, Nahrungsaufnahme und Mobilität) erfüllt sein, bevor der hauswirtschaftliche Bedarf berücksichtigt wird.

## 1.6 Ablauf des Verfahrens

### Antrag

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

Die Pflegeversicherung beauftragt dann den Medizinischen Dienst (MDK), den Antragsteller zu besuchen (zu Hause oder im Pflegeheim) und ein Gutachten zur Pflegebedürftigkeit zu erstellen. Der Medizinische Dienst (MDK) vereinbart einen Besuchstermin. 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, indem sie den Hilfebedarf vorher genau erfassen (Pflegetagebuch), damit Sie bei der Befragung wichtige Punkte nicht vergessen.

### **Begutachtung**

Die Begutachtung dauert ungefähr eine Stunde, in der zu allen Pflegebereichen Fragen gestellt und Formulare ausgefüllt werden.

Spätestens fünf Wochen nach Antragstellung muss Ihnen die Pflegeversicherung einen Bescheid schicken. Diese Frist kann sich verlängern, wenn zwischendurch z. B. ein Krankenhausaufenthalt erfolgt. Für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung muss die Versicherung dem Antragsteller 70 Euro bezahlen. Die Frist ist verkürzt, wenn ein Angehöriger (Familien-) Pflegezeit in Anspruch nehmen möchte. Details dazu finden Sie in unserem gesonderten Informationsblatt.

### **Eilantrag**

Wenn sich ein Patient im Krankenhaus oder in der Reha befindet, kann der Krankenhaussozialdienst in dringenden Fällen eine vorläufige, verkürzte Eilbegutachtung einleiten, damit der Patient und seine Familie eine gewisse Sicherheit haben, welche finanziellen Zuschüsse ihnen nach der Entlassung zustehen. Dies ist besonders dann wichtig, wenn im Anschluss an Krankenhaus oder Reha eine Kurz- oder Langzeitpflege im Pflegeheim notwendig ist, die mit hohen Kosten verbunden ist.

Wenn die Pflegeversicherung diesen Eilantrag nach wenigen Tagen bewilligt, gilt diese Entscheidung bis zu dem Zeitpunkt, an dem eine ausführliche Begutachtung durch den MDK erfolgt. Diese erfolgt in der Regel innerhalb eines halben Jahres und wird schriftlich angekündigt. Sollte der Gutachter des MDK dann zu einer anderen Einschätzung kommen als der Krankenhaussozialdienst, kann die Pflegestufe angepasst oder gegebenenfalls wieder aberkannt werden, allerdings erst ab dem Zeitpunkt der MDK-Begutachtung und nicht rückwirkend ab der Entlassung aus dem Krankenhaus oder der Reha.

### **Bescheid und Widerspruch**

Dem Bescheid und dem Pflegegutachten entnehmen Sie, wie viel Hilfebedarf der Antragsteller hat und welche Pflegestufe sich daraus ergibt.

Wenn Sie mit der Entscheidung der Pflegeversicherung nicht einverstanden sind, können Sie innerhalb eines Monats schriftlich Widerspruch einlegen. Formulieren Sie in einem kurzen Brief, dass Sie hiermit gegen den Bescheid Widerspruch einlegen und dass Sie eine Begründung nachreichen werden. Falls Ihnen das Pflegegutachten des Medizinischen Dienstes (MDK) nicht bereits zusammen mit dem Bescheid zugesandt wurde, fordern Sie es jetzt an. Dieser Brief muss von der antragstellenden Person oder dem Bevollmächtigten unterschrieben sein und sollte der Pflegeversicherung per Einschreiben mit Rückschein zugestellt werden. Wenn Sie das Gutachten vorliegen haben, sollten alle Bereiche benannt werden, in denen der Gutachter die Pflegebedürftigkeit des Patienten nicht zutreffend darstellt. Es muss beschrieben werden, wie der tatsächliche Bedarf aussieht. Hilfreich ist es außerdem, wenn neue Belege beigefügt werden können, 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 besteht immer Anspruch.

## 2. Leistungen der Pflegeversicherung

Die Leistungen der Versicherung reichen in der Regel nicht aus, um den notwendigen Pflegebedarf voll abzudecken. Alle Leistungen sind budgetiert, d.h. es gibt festgelegte Obergrenzen. Viele Pflegebedürftige bezahlen daher weitere Hilfeleistungen privat, erhalten unbezahlte Hilfe von Verwandten und Freunden oder schränken sich stark ein und verzichten auf bestimmte Hilfestellungen. Wenn weitere Hilfe notwendig ist, das Einkommen und Vermögen des Pflegebedürftigen dafür aber nicht ausreicht, kann Grundsicherung bzw. Sozialhilfe („Hilfe zur Pflege“) beantragt werden. Unter Umständen werden die nächsten Angehörigen (Partner, Kinder, Eltern) zur Bezahlung der Kosten herangezogen. Bitte beachten Sie dazu unsere gesonderten Informationen zur Sozialhilfe und Unterhaltsverpflichtung oder fragen Sie uns.

Es gibt verschiedene Leistungsformen der Pflegeversicherung. Versicherte, die zu Hause leben, müssen zwischen Geldleistung oder Sachleistung wählen. Die einzelnen Leistungsformen und Kombinationsmöglichkeiten werden im Folgenden genauer erläutert:

### Geldleistung/Pflegegeld

Die pflegebedürftige Person erhält Geld, das sie an die pflegenden Angehörigen oder private Pflegekräfte weitergeben kann. Die genauen Beträge finden Sie unter 2.1. Die Geldleistung wird manchmal auch „Pflegegeld“ genannt.

### Sachleistung (ambulant und teilstationär)

Professionelle Pflegeanbieter (ambulante Pflegedienste/Sozialstationen, Tagespflegeeinrichtungen) rechnen direkt mit der Kasse ab. Die genauen Beträge finden Sie unter 2.2.

### Kombinationsleistung

Geld- und Sachleistung werden verknüpft. Die Regeln, die man dabei beachten muss, finden Sie unter 2.3 und 2.4.

### Vollstationäre Pflege

Das Pflegeheim rechnet den Teil der Pflegekosten, den die Pflegeversicherung übernimmt, direkt mit der Kasse ab. Details finden Sie unter 2.5.

## 2.1 Geldleistung/Pflegegeld

Geldleistung (= „Pflegegeld“) wird in Anspruch genommen, wenn die Pflege zu Hause durch Angehörige oder andere private (Laien-) Pflegekräfte selbst organisiert wird. In diesem Fall bekommt die pflegebedürftige Person je nach Pflegestufe monatlich folgende Geldbeträge überwiesen, die sie an die Pflegepersonen weitergeben kann.

Für Personen, denen Pflegestufe 1, 2 oder 3 bescheinigt wurde und die darüber hinaus keinen erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung haben, weil sie nicht dement, geistig behindert oder psychisch krank sind, gelten folgende monatliche Geldleistungsbeträge:

### Geldleistung für Menschen ohne geistige/psychische Einschränkung

Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3
€ 244	€ 458	€ 728

Zusätzlich zur Geldleistung ist es seit dem 01.01.2015 auch für Personen ohne kognitive Einschränkungen möglich, Leistungen zur Betreuung und Entlastung in Anspruch zu nehmen (Details siehe Abschnitt 2.6).

Personen, die einen erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung haben, erhalten monatlich folgende Geldleistungsbeträge:

#### **Geldleistung für Menschen mit geistiger/psychischer Einschränkung**

<b>Stufe 0</b>	<b>Stufe 1</b>	<b>Stufe 2</b>	<b>Stufe 3</b>
€ 123	€ 316	€ 545	€ 728

Zusätzlich zu dieser Geldleistung stehen ihnen auch noch „allgemeine Betreuungsleistungen“ zu in Höhe von 104 Euro oder 208 Euro monatlich (SGB XI § 45 a,b) (Details siehe Abschnitt 2.6.).

Mit dem Bezug von Geldleistung ist grundsätzlich immer die Pflicht verbunden, regelmäßig eine kostenlose Beratung durch eine professionelle Pflegekraft (vom ambulanten Pflegedienst) zu nutzen. Auf diesem Weg prüft die Pflegeversicherung, ob das Geld wirklich für die Pflege des Versicherten verwendet wird und ob er gut versorgt ist. Bei Pflegestufe 1 und 2 muss dieser Hausbesuch einmal pro Halbjahr, bei Pflegestufe 3 einmal pro Vierteljahr erfolgen. Sie können selbst bestimmen, welchen Pflegedienst sie wählen.

## **2.2 Sachleistung**

Sachleistung wird genutzt, wenn ein ambulanter Pflegedienst den Patienten zu Hause pflegt. Ambulante Pflegedienste werden manchmal auch Sozialstation genannt. Es gibt gemeinnützige Träger und private Firmen. 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. Im Rahmen der Sachleistung können Grundpflege, Hauswirtschaft und „allgemeine Betreuung“ abgerechnet werden. Neben ambulanten Pflegediensten können auch einzelne Pflegefachkräfte, die selbstständig tätig sind, Verträge mit den Pflegeversicherungen zur Abrechnung von Sachleistung abschließen.

Für Personen, denen Pflegestufe 1, 2 oder 3 bescheinigt wurde und die darüber hinaus keinen erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung haben, weil sie nicht dement, geistig behindert oder psychisch krank sind, gelten folgende monatliche Sachleistungsbeträge:

#### **Sachleistung für Menschen ohne geistige/psychische Einschränkung**

<b>Stufe 1</b>	<b>Stufe 2</b>	<b>Stufe 3</b>	<b>Härtefall</b>
€ 468	€ 1.144	€ 1.612	€ 1.995

Zusätzlich zur Sachleistung ist es seit dem 01.01.2015 auch für Personen ohne kognitive Einschränkungen möglich, Leistungen zur Betreuung und Entlastung in Anspruch zu nehmen (Details siehe Abschnitt 2.6.).

Für Personen, die einen erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung haben, gelten monatliche folgende Sachleistungsbeträge:

#### **Sachleistung für Menschen mit geistiger/psychischer Einschränkung**

<b>Stufe 0</b>	<b>Stufe 1</b>	<b>Stufe 2</b>	<b>Stufe 3</b>
€ 231	€ 689	€ 1.298	€ 1.612

Zusätzlich zu dieser Sachleistung stehen ihnen auch noch „allgemeine Betreuungsleistungen“ in Höhe von 104 Euro oder 208 Euro monatlich (SGB XI § 45 a,b) zu (Details siehe Abschnitt 2.6.).

## 2.3 Kombinationsleistung

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

### Beispiel:

Der Versicherte hat Pflegestufe 2 und keine geistige/psychische Einschränkung. Er beauftragt einen ambulanten Pflegedienst, ihm Hilfestellung zu leisten im Wert von 286 Euro, das sind 25% des ambulanten Sachleistungsbudgets bei Pflegestufe 2, das insgesamt 1.144 Euro beträgt. Für die Bezahlung von Angehörigen oder anderen (Laien-) Pflegekräften stehen dem Patienten jetzt noch 75% zu, allerdings 75% der gesamten Geldleistung, die für Pflegestufe 2 festgesetzt ist, also 75% von 458 Euro = 343,50 Euro.

## 2.4 Teilstationäre Pflege (Tagespflege)

In teilstationären Tagespflegeeinrichtungen werden Pflegebedürftige tagsüber betreut (oder in sehr seltenen Fällen nachts in einer Nachtpflegeeinrichtung). Ein Fahrdienst holt sie ab und bringt sie wieder nach Hause. Wenn sie diese Versorgungsleistung wählen, nehmen Sie eine Sachleistung in Anspruch. Das Budget für die Tagespflege entspricht der Höhe des Sachleistungsbudgets in der jeweiligen Pflegestufe. Beide Budgets können nebeneinander in Anspruch genommen werden.

Neben der Tagespflege können seit 01.01.2015 ebenfalls in vollem Umfang die Geldleistung oder die Sachleistung (für einen ambulanten Pflegedienst) in Anspruch genommen werden, um weiterhin zu Hause versorgt zu werden. Diese beiden Leistungen können wie bisher auch als Kombinationsleistung in Anspruch genommen werden. Wenn die Sachleistung in diesem Bereich nicht vollständig ausgeschöpft wird, darf der überschüssige Betrag nur als Pflegegeld ausbezahlt werden. Er kann nicht zusätzlich für die Tagespflege verwendet werden.

Für die Tages-/Nachtpflege können seit 01.01.2015 folgende Leistungen in Anspruch genommen werden:

### Teilstationäre Leistung für Menschen ohne geistige/psychische Einschränkung

Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3
€ 468	€ 1.144	€ 1.612

### Teilstationäre Leistung für Menschen mit geistiger/psychischer Einschränkung

Stufe 0	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3
€ 231	€ 689	€ 1.298	€ 1.612

## 2.5 Vollstationäre Pflege im Heim

Wenn der Versicherte mindestens Pflegestufe 1 hat und die Pflege zu Hause nicht möglich ist, übernimmt die Pflegeversicherung einen Teil der Kosten für die vollstationäre Pflege in einem von der Pflegeversicherung zugelassenen Pflegeheim. Übernommen werden die Kosten für allgemeine Pflegeleistungen, medizinische Behandlungspflege und soziale Betreuung entsprechend der jeweiligen Pflegestufe.

Der Pflegebedürftige muss alle weiteren Kosten (z. B. Verpflegung, Unterkunft, Wunschleistungen und Investitionskosten) selbst tragen. Wenn er dazu nicht in der Lage ist, muss er 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.

Personen, die vor dem Einzug ins Pflegeheim die Pflegestufe 0 haben, sollten einen Antrag auf Höherstufung stellen, da es im Heim keine Leistungen der Pflegeversicherung gibt.

Pflegebedürftige, die an einer Demenz erkrankt sind, erhalten im Pflegeheim keine höheren Leistungen.

**Die Pflegeversicherung leistet monatlich Zuschüsse zu den Pflegeheimkosten in folgender Höhe:**

Stufe 0	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Härtefall
Keine Bezuschussung	€ 1.064	€ 1.330	€ 1.612	€ 1.995

## 2.6 Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen für Pflegebedürftige, die zu Hause gepflegt werden

Demenzkranke Menschen und Menschen mit geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen, die zu Hause gepflegt werden, können im Rahmen der Pflegeversicherung zusätzliche Betreuungs-/Entlastungsleistungen in Höhe von 104 Euro monatlich (Grundbetrag) bzw. 208 Euro monatlich (erhöhter Betrag) erhalten. Der Betreuungsbedarf muss regelmäßig (d. h. täglich) und auf Dauer (voraussichtlich mindestens sechs Monate) bestehen.

Menschen ohne kognitive Einschränkungen, die zu Hause gepflegt werden, können diese Leistungen seit 01.01.2015 ebenfalls in Anspruch nehmen, allerdings lediglich bis zu einer Höhe von maximal 104 Euro monatlich.

Dieser Betreuungs-/Entlastungsbetrag wird nicht in bar ausgezahlt, sondern kann nur für bestimmte Ausgaben verwendet werden. Der Versicherte muss in Vorleistung treten und bekommt im Nachhinein den Betrag nach Vorlage einer Rechnung von der Pflegeversicherung erstattet, oder der Leistungsanbieter rechnet direkt mit der Pflegekasse ab.

Die Betreuungs- und Entlastungsleistungen sollen insbesondere dazu dienen, trotz vorliegender Beeinträchtigung die eigene hauswirtschaftliche Versorgung sowie die eigenverantwortliche Organisation individuell benötigter Hilfestellungen sicherzustellen. Sie sollen damit zur Entlastung der Pflegebedürftigen wie auch der Angehörigen und anderer Nahestehender beitragen. Zusätzliche Entlastungsleistungen sollen durch zugelassene Pflegedienste erbracht werden, sofern es sich um Angebote der hauswirtschaftlichen Versorgung handelt. Handelt es sich um andere Betreuungsangebote, können diese weiterhin durch niederschwellige Angebote erfolgen. Hier gilt jeweils das Landesrecht.

Für folgende Leistungen kann der Betreuungs-/Entlastungsbetrag verwendet werden:

- nicht gedeckte Kosten bei der Nutzung von Tagespflege- oder Kurzzeitpflegeangeboten (z. B. die Kosten für das Essen in der Tagespflege oder die „Hotelkosten“ bei der Kurzzeitpflege)
- Kosten für die allgemeine Betreuung und Anleitung durch Pflegedienste
- Kosten für sonstige regionale Betreuungs- und Entlastungsangebote (z. B. Betreuungsgruppen für Demenzkranke oder geschulte Laien für stundenweise häusliche Einzelbetreuung, die zum Beispiel von der Alzheimer Gesellschaft ausgebildet werden)
- seit 01.01.2015 dürfen diese Beträge auch für hauswirtschaftliche Leistungen verwendet werden

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

Wird der Anspruch auf den Betreuungsbetrag in einem Jahr nicht voll genutzt, kann der verbleibende Betrag in das darauffolgende Halbjahr übertragen werden. Er muss dann aber spätestens bis zum 30.06. eingelöst werden, sonst verfällt er.

Personen mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf 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.

Haben Sie bei der Versorgung Ihres Angehörigen die Sachleistung gewählt und nutzen diesen Betrag nicht vollständig aus, so können Sie die nicht genutzte Leistung seit 01.01.2015 bis maximal 40% des Sachleistungsbetrags der festgestellten Pflegestufe für anerkannte niederschwellige Angebote einsetzen. Wer bisher die Kombinationsleistung erhalten hat und sich für dieses Modell entscheidet, erhält dann keine Leistungen mehr ausbezahlt.

## 2.7 Verhinderungspflege (Ersatzpflege)

Wer im Rahmen von Pflegestufe 0, 1, 2 oder 3 vollständig oder zum Teil von privaten (Laien-) Kräften gepflegt wird, kann Verhinderungspflege in Anspruch nehmen, wenn die reguläre Pflegekraft sich erholen muss oder ausfällt.

Die Verhinderungspflege kann zu Hause oder an einem anderen Ort (z. B. in einer stationären Einrichtung/einem Pflegeheim) 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. In der Regel darf die Verhinderungspflege nur von privaten, nicht verwandten oder mit im Haushalt lebenden (Laien-) Kräften durchgeführt werden. Der Anspruch auf Verhinderungspflege besteht erst dann, wenn die pflegebedürftige Person zuvor sechs Monate häusliche Pflegehilfe erhalten hat. Der Beginn der Vorpflegezeit kann auch schon vor dem Zeitpunkt des Pflegestufenantrags liegen, muss aber nachgewiesen werden (z.B. durch einen früher abgelehnten Antrag oder eine ärztliche Diagnose).

Die Leistungen der Verhinderungspflege können flexibel in Anspruch genommen werden:

- als stundenweise Versorgung
- als einzelne Tage oder
- in zusammenhängenden Tagen

Hierfür stehen Ihnen 1.612 Euro oder 42 Tage zur Verfügung.

Außerdem können bis zu 50% des Leistungsbetrags aus der Kurzzeitpflege (das sind bis zu 806 Euro) künftig zusätzlich für Verhinderungspflege ausgegeben werden. Verhinderungspflege kann dadurch auf maximal 150% des bisherigen Betrags ausgeweitet werden. Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag der Kurzzeitpflege angerechnet.

### Erklärung:

Für Kurzzeitpflege erhält man 1.612 Euro - 50% = 806 Euro. Rest der Kurzzeitpflege, die in Anspruch genommen werden kann: 806 Euro. Wenn mehr Leistung in Anspruch genommen werden muss, sind die Kosten zu 100% selbst zu tragen.

Für Verhinderungspflege erhält man 1.612 Euro + 806 Euro = 2.418 Euro.

Die Leistungsverteilung wird in jedem Jahr neu durch den Versicherten entschieden.

Zusätzlich zur Verhinderungspflege erhalten Sie die halbe Pflegesachleistung bzw. die Hälfte des Pflegegeldes ausbezahlt.

Nahe Angehörige (verwandt oder verschwägert bis zum zweiten Grad) oder Personen, die mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft leben, erhalten bei der Verhinderungspflege NUR den 1,5-fachen Satz des Pflegegeldes in der festgestellten Pflegestufe. Zusätzliche Aufwendungen der Pflegeperson (z. B. Verdienstausschlag oder Fahrtkosten) können in diesem Fall auf Nachweis in Höhe bis zu 1.612 Euro erstattet werden.

Manchmal muss die Pflgetätigkeit nur für wenige Stunden unterbrochen werden (z.B. wegen Berufstätigkeit der pflegenden Person). Auch dann übernimmt die Pflegeversicherung die Kosten der Verhinderungspflege bis zum kalenderjährlichen Höchstbetrag von 1.612 Euro. Tage, an denen die Ersatzpflege weniger als acht Stunden dauert, werden übrigens nicht auf den Gesamtanspruch von sechs Wochen angerechnet.

Der Anspruch auf Verhinderungspflege ist nicht davon abhängig, dass Geldleistung bezogen wird. Auch wenn Sie die Pflegesachleistung voll ausschöpfen und zusätzlich noch von Angehörigen oder einer Laienkraft gepflegt werden, ohne dafür Geldleistung zu beziehen, können Sie Verhinderungspflege beanspruchen. Voraussetzung ist allerdings, dass die verhinderte Person bei der Pflegeversicherung als Ihr pflegender Angehöriger oder Ihre Laienkraft registriert ist.

## 2.8 Kurzzeitpflege

Die Kurzzeitpflege in einer vollstationären Einrichtung wird durch die Pflegeversicherung teilweise finanziert, wenn der Versicherte in Pflegestufe 1, 2 oder 3 eingestuft ist und seine 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. Dies gilt seit dem 01.01.2015 auch für die Personen, die in die Pflegestufe 0 eingestuft sind.

Die Pflegeversicherung übernimmt im Rahmen der Kurzzeitpflege nur Kosten für die pflegebedingten Aufwendungen, nicht aber die Verpflegungs-, Unterkunfts- und Investitionskosten. Die Kurzzeitpflege ist begrenzt auf maximal vier Wochen im Jahr. Es werden höchstens 1.612 Euro jährlich erstattet, unabhängig davon, welche Pflegestufe besteht. Der Anspruch auf Kurzzeitpflege besteht sofort nach Bewilligung der Pflegestufe 0, 1, 2 oder 3. Hier muss also im Unterschied zur Verhinderungspflege keine Vorpflegezeit geleistet worden sein.

Seit dem 01.01.2015 ist gesetzlich klargestellt, dass der im Kalenderjahr bestehende, noch nicht in Anspruch genommene Leistungsbetrag der Verhinderungspflege auch für Leistungen der Kurzzeitpflege eingesetzt werden kann. Dadurch kann der Leistungsanspruch der Kurzzeitpflege maximal verdoppelt werden. Der für die Kurzzeitpflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag der Verhinderungspflege angerechnet.

Wie die jeweiligen Beträge aufgeteilt werden, kann in jedem Jahr neu entschieden werden.

### **Beispiel:**

Sie benötigen die Kurzzeitpflege. Hierfür erhalten Sie 1.612 Euro. Nun muss diese Versorgung verlängert werden, weil Sie mit der Organisation der häuslichen Pflege noch nicht fertig sind. Jetzt haben Sie die Möglichkeit, den Betrag aus der Verhinderungspflege (1.612 Euro) in Anspruch zu nehmen. Der Anspruch kann somit maximal 3.224 Euro betragen.

Achtung: Nun können Sie in diesem Jahr die Verhinderungspflege nicht mehr in Anspruch nehmen, da dieser Betrag verbraucht ist.

Verbrauchen Sie den Betrag der Verhinderungspflege nicht komplett, sondern nur einen Teil, z.B. 806 Euro, so verringert sich der Betrag der Verhinderungspflege entsprechend, und Sie können diese Leistungen zu einem späteren Zeitpunkt in Anspruch nehmen.

Bezieht der Pflegebedürftige Geldleistung, wird diese während der Nutzung von Kurzzeitpflege zur Hälfte weiterbezahlt.

## 2.9 Pflegehilfsmittel und Wohnumfeldverbesserung

Pflegehilfsmittel, die für die Lebensführung im häuslichen Umfeld erforderlich sind, die Pflege erleichtern, Beschwerden lindern und/oder die Selbstständigkeit der pflegebedürftigen Person erhöhen, können von der Pflegeversicherung bezuschusst werden, wenn Pflegestufe 0, 1, 2 oder 3 bewilligt wurde.

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 Pflegeversicherung auf Antrag mit maximal 40 Euro im Monat. Bestimmte technische Hilfsmittel (z.B. Pflegebetten) können kostenfrei von der Pflege- oder Krankenversicherung geliehen werden.

Die Pflegeversicherung 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. Hierzu stellt die Pflegeversicherung 4.000 Euro zur Verfügung. Diese Leistungen können auch Menschen in der Pflegestufe 0 beantragen.

## 2.10 Soziale Absicherung ehrenamtlicher Pflegepersonen

Die Pflegeversicherung zahlt Rentenversicherungsbeiträge für ehrenamtliche Pflegepersonen, wenn sie einen oder mehrere Menschen mit mindestens Pflegestufe 1 in häuslicher Umgebung pflegen – und zwar mindestens 14 Stunden pro Woche über mindestens zwei Monate hinweg. Weitere Voraussetzungen für die Rentenversicherungspflicht: Die Pflegeperson führt die Pflege nicht erwerbsmäßig durch und ist neben der Pflege nicht mehr als 30 Stunden pro Woche regelmäßig erwerbstätig.

Bei Pflege durch Familienangehörige wird grundsätzlich unterstellt, dass die Pflege ehrenamtlich, also nicht erwerbsmäßig, ausgeübt wird. Dabei spielt es keine Rolle, ob die Pflegeperson vom Pflegebedürftigen eine finanzielle Anerkennung erhält.

Wenn ehrenamtlich Pflegenden ihre Erwerbstätigkeit aufgeben oder den Anspruch auf Arbeitslosengeld 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.

Wer nicht erwerbsmäßig in häuslicher Umgebung pflegt, ist außerdem bei der Pflegetätigkeit und den damit verbundenen Wegen gesetzlich unfallversichert.

## 2.11 Pflegekurse

Zur Fortbildung und Unterstützung der ehrenamtlichen Pflegepersonen finanzieren die Pflegeversicherungen Pflegekurse. Die Schulungen können auch in der Wohnung des Pflegebedürftigen stattfinden. Themen sind zum Beispiel rüchenschonendes Arbeiten, die Unterweisung im Gebrauch von Hilfsmitteln, der Umgang mit demenzten 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.

## 2.12 Exkurs: Behandlungspflege und häusliche Krankenpflege über die Krankenversicherung

### Behandlungspflege

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

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

Der ambulante Dienst rechnet die Behandlungspflege separat mit der Krankenversicherung ab.

### **Häusliche Krankenpflege**

In Ausnahmefällen erhalten Patienten von ihrer Krankenversicherung häusliche Krankenpflege durch einen ambulanten Pflegedienst, wenn dies erforderlich ist, um eine Behandlung im Krankenhaus zu vermeiden oder zu verkürzen, oder wenn eine Krankenhausbehandlung angezeigt, aber nicht durchführbar ist (Krankenhausvermeidungspflege), oder wenn sie zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist (Sicherungspflege). Die häusliche Krankenpflege muss ärztlich verordnet und von der Krankenversicherung bewilligt werden. Sie kann Behandlungspflege, Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung umfassen. Ein Anspruch auf diese Leistung besteht nur dann, wenn keine andere im Haushalt lebende Person den Kranken so wie erforderlich pflegen und versorgen kann. Die häusliche Krankenpflege ist unabhängig von der Bewilligung einer Pflegestufe.

## **3. Das Pflegetagebuch**

Das Pflegetagebuch (Vordruck im Anhang) 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 Pflegeversicherung zu belegen.

Im Pflegetagebuch sind nur solche grundpflegerischen Tätigkeiten aufgeführt, die von der Pflegeversicherung bei der Einstufung in die Pflegestufen 1, 2 und 3 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, Toilettengang, 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, insbesondere, wenn die hilfebedürftige Person bestimmte Verrichtungen selbst durchführen kann, aber nur unter der Voraussetzung, dass die pflegende Person die ganze Zeit dabei ist, um zu beaufsichtigen, anzuleiten etc. 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 Betroffenen.

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: ..... Datum Pflegetag: .....

Erforderliche Hilfe bei folgenden Tätigkeiten:		Zeitaufwand in Minuten:				Beschreibung der Hilfe*
		morgens	mittags	abends	nachts**	
<b>Körperpflege, Waschen</b>	Ganzkörperwäsche					
	Teilwäsche					
	Duschen					
	Baden					
	Zahnpflege					
	Kämmen					
	Rasieren					
<b>Darm- und Blasenentleerung</b>	Wasserlassen					
	Stuhlgang					
	Richten der Kleidung					
	Wechseln der Windel					
	Wechseln/Entleeren des Urinbeutels					
	Wechseln/Entleeren des Stomabeutels					
<b>Ernährung</b>	Mundgerechte Nahrungszubereitung					
	Nahrungsaufnahme					
<b>Mobilität</b>	Aufstehen/Zubettgehen					
	Umlagern					
	Ankleiden					
	Auskleiden					
	Gehen/Bewegen im Haus					
	Stehen					
	Treppensteigen					
	Verlassen/Wiederaufsuchen der Wohnung					
<b>Hauswirtschaftl. Versorgung ***</b>	Einkaufen					
	Kochen					
	Wohnung reinigen					
	Spülen					
	Heizen der Wohnung					
	Wäsche wechseln/waschen					
	Kleidung wechseln/waschen					

\*Art der Hilfe: vÜ = vollständige Übernahme, tÜ = teilweise Übernahme, a/b = anleiten/beaufsichtigen \*\*nachts: 22:00-6:00 Uhr

\*\*\* Die Notwendigkeit von hauswirtschaftlicher Versorgung wird bei der Begutachtung immer geprüft. Für die Bewilligung der Pflegestufe 1, 2 oder 3 muss aber zunächst die Voraussetzung im Bereich der Grundpflege (Körperpflege, Nahrungsaufnahme und Mobilität) erfüllt sein, bevor der hauswirtschaftliche Bedarf berücksichtigt wird.