

Nr. 1

Regelungen der Pflegeversicherung

Antragstellung - Begutachtung - Widerspruch - Leistungen

Stand: März 2017
Verfasser: Günther Schwarz

1. Wie wird der Antrag auf Leistungen gestellt?	3
2. Ab wann können Pflegeversicherungsleistungen beansprucht werden?.....	3
4. Vorbereitung auf die Begutachtung	5
5. Tipps für das Gespräch mit dem Gutachter:	6
6. Einschätzungsbogen zur Vorbereitung auf die Begutachtung	7
7. Alternative zur Vorbereitung: Pflagetagebuch	17
8. Einlegen eines Widerspruchs	17
9. Höherstufungsantrag und Neuantrag	18
10. Anhörungsschreiben vor Ablehnung eines Widerspruchs	18
11. Erheben einer Klage beim Sozialgericht	19
12. Zusätzliche Empfehlungen im Gutachten.....	19
13. Leistungen der Pflegeversicherung im häuslichen Bereich	21
14. Entlastungsbetrag (§ 45b)	25
15. Freistellung von der Arbeit (Pflegezeitgesetz und Familienpflegezeitgesetz) .	27
16. Anspruch auf Pflegeberatung und Pflegestützpunkte	29
17. Leistungen bei dauerhafter Betreuung und Pflege im Pflegeheim (§ 43).....	29
18. Weiterführende Broschüren, Richtlinien und Bürgertelefon	31
19. Pflegeversicherungsleistungen im Überblick	32

Weitere Ratgeber gibt es zu folgenden Themen:

(auch als Download kostenlos unter www.alzheimerberatung-stuttgart.de) :

Nr. 2 Rechtliche Regelungen (u. a. Haftung, gesetzl. Betreuung, freiheitsentziehende Maßnahmen) / 3,- €

Nr. 3 Schwerbehindertenausweis, Steuervergünstigungen und Sozialhilfeleistungen / 3,- €



Evangelische Gesellschaft Stuttgart e. V., Fachberatung Demenz

Büchsenstr. 34/36, 70174 Stuttgart

e-mail: guenther.schwarz@eva-stuttgart.de

Telefon (0711) 2054-374 Fax: 2054-499374 www.alzheimerberatung-stuttgart.de

Spenden: IBAN: DE53520604100000234567, BIC: GENODEF1EK1, Kennwort „Alzheimer 227160“



1. **Wie wird der Antrag auf Leistungen gestellt?**

Ein Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung ist im Grunde bereits durch den Anruf bei der Krankenkasse (zugleich Pflegekasse) des Pflegebedürftigen gestellt. Meist wird von der Kasse bereits das Datum des Anrufs in die Antragsformulare eingetragen, die zugesandt werden.

Im Antrag müssen die persönlichen Daten und die Leistungsart eingetragen werden, die man beziehen möchte. (Zur Leistungsart beachten Sie den Hinweis auf Seite 22 zu Kombinationsleistung.) Manche Kassen legen dem Antragsformular einen Fragebogen bei, in dem bereits Angaben zum Hilfebedarf eingetragen werden sollen (Pflegetagebuch oder Einschätzungsbogen). Lesen Sie erst Kapitel 4-7 bevor Sie diese Angaben machen.

Der Bescheid über die Leistungen muss spätestens 25 Arbeitstage (in der Regel fünf Wochen) nach der Antragstellung zugestellt werden. (Andernfalls muss die Kasse dem Pflegebedürftigen 70 € pro Woche Verspätungsgebühr ausbezahlen, wenn sie sie für die Verspätung verantwortlich ist). Achtung: Im Jahr 2017 ist diese Regelung wegen der Einführung des neuen Begutachtungsverfahrens ausgesetzt.

2. **Ab wann können Pflegeversicherungsleistungen beansprucht werden?**

Leistungen aus der Pflegeversicherung können keineswegs erst dann beansprucht werden, wenn jemand Hilfe bei der Körperpflege benötigt, also z. B. beim sich Waschen oder wenn Inkontinenzeinlagen gewechselt werden müssen.

Nach dem ab 2017 geltenden neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff können Menschen bereits Leistungen erhalten, wenn sie in einem der folgenden Lebensbereiche in ihrer Selbständigkeit beeinträchtigt sind. Man kann auch sagen wenn sie in einem oder mehreren dieser Lebensbereiche dauerhaft und in der Regel mindestens einmal pro Woche auf fremde Hilfe angewiesen sind. Die Hilfe kann dabei sowohl in Form von notwendiger Anleitung oder Beaufsichtigung erforderlich sein als auch in Form einer konkreten Unterstützung.

Lebensbereiche, in denen ein Hilfebedarf zum Anspruch auf Pflegeversicherungsleistungen führt:

1. **Mobilität (Bewegungsfähigkeit)** / Gewichtung 10 %
2. **Kognitive (geistige) und kommunikative Fähigkeiten** / Gewichtung 15 % *
3. **Verhaltensweisen und psychische Problemlagen (z. B. Abwehrverhalten und Aggressionen)** / Gewichtung 15 % *
4. **Selbstversorgung (Hilfebedarf bei der Körperpflege)** / Gewichtung 40 %
5. **Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen (medizinische und therapeutische Selbstversorgung)** / Gewichtung 20 %
6. **Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte** / Gewichtung 15 %

Der Selbstständigkeitsgrad oder Hilfebedarf in diesen Lebensbereichen wird von Gutachtern des Medizinischen Dienstes, einer unabhängigen Begutachtungsstelle oder von Medicproof bei privat Versicherten bei einem Hausbesuch eingeschätzt.

*Einschränkungen der Selbständigkeit fließen mit der jeweils angegebenen Gewichtung in die Gesamtbewertung ein. Bei den Lebensbereichen 2. und 3. fließt nur die größere von beiden Beeinträchtigungen in die Gesamtbewertung ein. Damit ergeben sich insgesamt 10 % + 15 % + 40 % + 20 % + 15 % = 100 %.

3. Anerkennung eines Pflegegrades

Leistungen aus der Pflegeversicherung stehen zur Verfügung, wenn die Gutachter des Medizinischen Dienstes mindestens den Pflegegrad 1 feststellen. Insgesamt gibt es fünf Pflegegrade. Bei Pflegegrad 5 ist die Selbständigkeit der antragstellenden Person am stärksten eingeschränkt und es stehen daher auch die umfangreichsten Leistungen zur Verfügung.

Vor 2017 fand die Einstufung in drei Pflegestufen statt. Mit der großen Reform der Pflegeversicherung wurde jedoch ganz neu festgelegt, was nach dem Gesetz unter Pflegebedürftigkeit zu verstehen ist. Dementsprechend gibt es auch ein neues Einschätzungsverfahren, das seit dem 1.1.17 von den Gutachtern angewendet wird.

Bis Ende 2016 kam es darauf an, wieviel Minuten am Tag jemand einen Hilfebedarf bei der täglichen Körperpflege hatte. Nun geht es um das Ausmaß des Hilfebedarfs in vielen Lebensbereichen, also weit über den Bedarf an Körperpflege hinaus. Zudem spielt die Zeit, die für die Hilfe benötigt wird, keine Rolle mehr. Es müssen keine Minuten mehr gezählt werden. Das neue Einschätzungsverfahren soll daher auch zu einer besseren Übereinstimmung der Einschätzungen verschiedener Gutachter führen. Dies trifft im Allgemeinen sicher zu. Jedoch können Gutachter nach wie vor im Einzelfall zu Fehleinschätzungen kommen. Um dies gegebenenfalls zu erkennen und einen Widerspruch gut begründen zu können, soll dieser Ratgeber eine Hilfe sein.

Der Selbständigkeitsgrad einer Person wird nach dem neuen Begutachtungsverfahren anhand von insgesamt 65 Einzelfragen oder Kriterien eingeschätzt. Die Kriterien teilen sich mit je 6-16 Fragen auf die sechs der im vorigen Kapitel genannten Lebensbereiche auf. So gibt es für die Lebensbereiche „Mobilität“ und „Gestaltung des Alltagslebens“ je 6 Einzelfragen bzw. Kriterien und bei „Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen“ 16 Kriterien. Bei jedem der Kriterien schätzt der Gutachter den Selbständigkeitsgrad der antragstellenden Person gesondert ein. Er muss also bei allen 65 Kriterien eine Einschätzung vornehmen. Meist geschieht die Einschätzung in vier Abstufungen. Diese sind: „selbständig“, „überwiegend selbständig“, „überwiegend unselbständig“ oder „unselbständig“. Bei einem Teil der Fragen geht es auch darum, wie oft am Tag oder in der Woche eine Hilfeleitung bei einer bestimmten Verrichtung benötigt wird.

Aus den Einschätzungen zu den Kriterien, die zu einem Lebensbereich gehören, wird zunächst der Selbständigkeitsgrad der betroffenen Person in diesem Lebensbereich ermittelt. Hierzu wird eine spezielle Berechnungsregel angewandt. Aufgrund dieser Berechnung ergibt sich dann für jeden der sechs Lebensbereiche am Ende ein Punktwert zwischen 0-4 Punkte. 0 Punkte bedeutet, dass jemand in dem betreffenden Lebensbereich vollkommen selbständig ist, also keine Beeinträchtigung und keinen Hilfebedarf hat. 4 Punkte entspricht andererseits der höchsten Beeinträchtigung der Selbständigkeit in diesem Lebensbereich. Aus der Begutachtung ergibt sich somit am Ende für jeden der sechs Lebensbereiche (siehe Kapitel 2) eine Einschätzung des Selbständigkeitsgrades zwischen 0 und 4 Punkten.

Da jeder der sechs Lebensbereiche mit unterschiedlicher Gewichtung in die Gesamteinschätzung eingeht, können die Punkte nicht einfach zu einer Summe zusammengezählt werden. Sie werden stattdessen entsprechend ihrer Gewichtung zunächst noch mit einem Gewichtungsfaktor multipliziert.

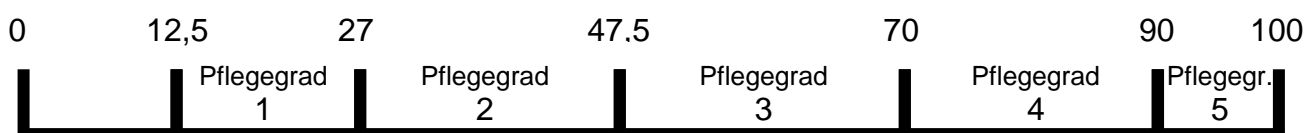
Im Folgenden wird die Berechnung der gewichteten Punktwerte der Lebensbereiche erläutert. Wem diese Erläuterung zu kompliziert ist, kann den Absatz überspringen und bei dem Schema zur Bestimmung des Pflegegrads weiterlesen.

Der Gewichtungsfaktor beträgt z. B. bei dem Lebensbereich 4 (Selbstversorgung) 10. Bei einer hohen Beeinträchtigung im diesem Bereich (also der eigenen Körperpflege) ergibt sich wie zuvor beschrieben zunächst ein Beeinträchtigungsgrad von 4 Punkten (Höchstwert). Dieser Punktwert

muss nun noch mit dem Gewichtungsfaktor 10 multipliziert werden: $4 \times 10 = 40$. Somit fließt der Wert 40 in die Gesamtbewertung ein. Der Gewichtungsfaktor beim Lebensbereich 1 (Mobilität) beträgt 2,5 (4 Punkte \times 2,5 = 10), der Faktor in den Lebensbereichen 2, 3 und 6 (siehe Kapitel 2) beträgt 3,75 (4 Punkte \times 3,75 = 15) und der Faktor beim Lebensbereich 5 beträgt 5 (4 Punkte \times 5 = 20). Wenn man nun die gewichteten Werte aller Lebensbereiche zusammenrechnet, erhält man die Gesamteinschätzung. Allerdings gibt es dabei noch eine Besonderheit: Von den Einschätzungen in den Lebensbereichen 2 und 3 geht nur der höhere von beiden Punktwerten (also die schwerwiegendere Beeinträchtigung) in die Gesamteinschätzung mit ein.

Wenn nun z. B. bei der Begutachtung bei allen sechs Lebensbereichen der höchste Beeinträchtigungsgrad der Selbständigkeit von 4 Punkten festgestellt wurde, ergeben sich folgende gewichtete Punktwerte: Lebensbereich 1 ($4 \times 2,5$) = 10, Lebensbereich 2 oder 3 ($4 \times 3,75$) = 15, Lebensbereich 4 (4×10) = 40, Lebensbereich 5 (4×5) = 20, Lebensbereich 6 ($4 \times 3,75$) = 15. Damit ergibt sich die Gesamtbewertung aus der Summe aus $10 + 15 + 40 + 20 + 15 = 100$. Eine Person, die also in fast allen Lebensbereichen stark in ihrer Selbständigkeit beeinträchtigt ist, erhält einen Gesamtwert von 100. Völlig selbständige Personen erhalten dementsprechend einen Gesamtwert von 0.

Aufgrund des errechneten Gesamtwertes kann dann der Pflegegrad bestimmt werden. Dieser ergibt sich nach dem folgenden Schema bei einem möglichen Gesamtwert zwischen 0 - 100:



Dementsprechend ergibt sich z. B. ab einem Gesamtwert von 90 der Pflegegrad 5 und zwischen 12,5 bis unter 27 der Pflegegrad 1 usw.

Das Gutachten mit den Einschätzungen des Gutachters zu allen 65 Einzelkriterien sowie den sich ergebenden Beeinträchtigungsgraden in allen sechs Lebensbereichen muss dem Versicherten zugesandt werden. In der Regel wird im Gutachten bereits der gewichtete Punktwert jedes Lebensbereiches angegeben.

4. Vorbereitung auf die Begutachtung

Nach der Antragstellung muss der Termin für die Begutachtung rechtzeitig schriftlich mitgeteilt werden. Bei der Ankündigung muss mit einem Zeitfenster von maximal zwei Stunden mitgeteilt werden, zu welcher Uhrzeit der Gutachter kommt (z. B. zwischen 8-10 Uhr). Ebenso müssen die ungefähre Dauer der Begutachtung (etwa eine Stunde) und der Name und die berufliche Qualifikation des Gutachters mitgeteilt werden. In der Regel haben Gutachter eine medizinische oder pflegerische Ausbildung.

Wenn der angekündigte Termin ungelegen ist, können Sie einen anderen Termin vereinbaren oder um einen Alternativtermin bitten. Bereits bei der Antragstellung können Sie angeben, mit wem der Termin abgestimmt werden soll. Dies kann z. B. ein Angehöriger, eine Beratungsstelle oder ein Pflegedienst sein. Wenn Sie ein Bevollmächtigter oder gesetzlicher Betreuer Ihres demenzkranken Angehörigen sind, muss der Termin in jedem Fall mit Ihnen abgestimmt werden. (Sie können sich über Vollmachten und gesetzliche Betreuungen im Ratgeber Nr. 2 informieren).

Mit der Terminankündigung werden Sie auch gebeten Unterlagen bereit zu legen, die für die Begutachtung hilfreich sein können. Hierzu gehören z. B. Berichte und Dokumentationen von Pflegediensten, Krankenhäusern und Ärzten sowie Medikamentenverordnungen und Ähnliches. Auch ein selbst erstelltes Pfl egetagebuch oder ein Einschätzungsbogen wie im nächsten Kapitel gehören dazu. Erstellen Sie möglichst Kopien von allen Unterlagen, die Sie dem Gutachter gegebenenfalls dann mitgeben können.

Der Gutachter muss sich über die Demenzerkrankung ihres Angehörigen, deren bisherigen Verlauf und die unterschiedlichen Auswirkungen der Erkrankung im Alltag informieren. Auch über andere Erkrankungen und Behinderungen muss er sich ein Bild machen. Das aktuelle Stadium der Demenzerkrankung gibt einem erfahrenen Gutachter bereits viele Hinweise auf die Einschränkungen der Selbständigkeit des Kranken und seinen Bedarf an Unterstützung in den sechs Lebensbereichen (siehe Kapitel 2). Er wird aufgrund dessen vermutlich einen Teil der 65 Einzelkriterien zur Begutachtung nicht mehr gezielt ansprechen oder abfragen.

Zu Beginn der Begutachtung wird auch danach gefragt, welche Personen an der Pflege und Betreuung mit beteiligt sind. Bei Angehörigen und anderen ehrenamtlich tätigen Personen wird nach den Namen und falls bekannt nach der Anschrift gefragt. Bei diesen Personen wird auch gefragt wieviel Stunden pro Woche sie etwa tätig sind und an wieviel Tagen pro Woche. Dies hat damit zu tun, dass die Pflegekasse für Angehörige und ehrenamtlich ohne Vergütung tätige Personen Rentenversicherungsbeiträge bezahlt wenn sie mindestens 10 Stunden pro Woche und an mindestens zwei Tagen in der Woche tätig sind.

5. Tipps für das Gespräch mit dem Gutachter:

- Bemühen Sie sich, dem Gutachter in der begrenzten Zeit für die Begutachtung (etwa 40 bis 60 Minuten) die Informationen zu vermitteln, die für die Pflegeeinstufung wichtig sind (Hilfebedarf Ihres Angehörigen im Alltag in den sechs Lebensbereichen aus Kapitel 2).
- Denken Sie daran, dass Ihr Angehöriger auch einen Hilfebedarf hat, wenn Sie ihn bei einer Aktivität anleiten oder beaufsichtigen müssen. Auch wenn Sie z. B. die Kleidung morgens herrichten müssen, da ihr Angehöriger sie nicht alleine aus dem Schrank nehmen kann, ist dies ein Hilfebedarf. Und auch, wenn Sie ihren Angehörigen zu Aktivitäten ermuntern und motivieren müssen, ist dies eine notwendige Unterstützung.
- Füllen Sie wenn möglich den Einschätzungsbogen im folgenden Kapitel aus oder erstellen Sie ein Pflage tagebuch (siehe übernächstes Kapitel). Manche Hilfeleistungen, die ihr kranker Angehöriger benötigt, werden Ihnen erst klar, wenn Sie sich die unterschiedlichen Aktivitäten im Alltag richtig bewusst machen. Der Einschätzungsbogen oder ein Pflage tagebuch helfen Ihnen dabei. Wenn Sie unsicher sind ob ihr Angehöriger bestimmte Hilfen, die sie ihm geben, wirklich benötigt, probieren Sie es im Alltag aus. Benötigt Ihr Angehöriger zwar nicht jedes Mal Ihre Unterstützung, aber doch immer wieder, ist er auf Ihre Hilfe angewiesen. Bei täglichen Verrichtungen genügt es z. B. wenn einmal in der Woche eine Unterstützung erforderlich ist.
- Beantworten Sie Fragen des Gutachters möglichst klar. Vermeiden Sie zu ausführliche Erklärungen und Schilderungen.
- Verharmlosen oder beschönigen Sie den Hilfebedarf nicht, sondern schildern Sie ihn wahrheitsgemäß. Richten Sie den Kranken zu dem Termin nicht fein her. Der Gutachter sollte Sie und den Kranken in einer normalen Alltagssituation vorfinden.
- Bitten Sie um ein zusätzliches gesondertes Gespräch mit dem Gutachter, wenn Sie im Beisein des Kranken nicht über alles sprechen möchten. Der Gutachter muss auf diese Bitte laut Begutachtungsrichtlinien eingehen. Es ist verständlich, dass Sie ihren Angehörigen nicht durch die offene Schilderung seiner Einschränkungen und Krankheitssymptome bloßstellen oder verärgern wollen. Dies kann zudem Ihr Vertrauensverhältnis zum Kranken gefährden. Gegebenenfalls können Sie ihren kranken Angehörigen einige Minuten alleine lassen oder eine zweite Person leistet ihm in der Zeit Gesellschaft. Oder Sie vereinbaren das zusätzliche Gespräch zu führen während Sie den Gutachter hinaus begleiten. Der Gutachter kann Ihnen z. B. auch ein Telefonat am folgenden Tag anbieten. Falls der Gutachter nicht auf Ihren Wunsch eingeht, bemängeln Sie dies in Ihrem Widerspruch.

Gerade bei demenzkranken Menschen muss der Gutachter die Schilderungen von Angehörigen und betreuenden Personen aufnehmen und bei der Begutachtung mit berücksichtigen. Denn demenzkranke Menschen überschätzen Ihre Fähigkeiten meist, wenn sie danach gefragt werden. Ebenso kommt nicht selten vor, dass demenzkranke Menschen in der Begutachtungssituation Fähigkeiten zeigen, zu denen sie regelmäßig im Alltag nicht in der Lage sind. Sie möchten sich nicht blamieren und können sich für kurze Zeit besonders anstrengen. Für die Pflegeeinstufung ist jedoch entscheidend, welchen Selbstständigkeitsgrad oder Hilfebedarf der demenzkranke Angehörige im normalen Alltag hat.

- Versuchen Sie vor allem Unterlagen und Berichte von Ärzten, Pflegediensten usw. bereit zu legen, in denen Krankheitsdiagnosen und Auswirkungen der Erkrankungen auf den Alltag deutlich werden. Je aktueller die Unterlagen sind, umso besser. Sie müssen keine gesonderten Atteste anfordern, die Sie privat bezahlen müssen. Erwägen Sie dies nur, wenn kaum aussagekräftige Unterlagen vorhanden sind und Sie Sorge haben, dass der Gutachter die Krankheitssymptome ausreichend wahrnimmt. Teilweise sind die behandelten Ärzte auch in Besitz von Krankenhausberichten, die sie Ihnen in Kopie zur Verfügung stellen können. Fragen Sie gegebenenfalls nach.
- Wenn Sie den Eindruck haben, dass der Gutachter Beeinträchtigungen und Hilfebedarfe Ihres Angehörigen in einem der sechs Lebensbereiche (siehe Kapitel 2) zu wenig erfasst oder wahrgenommen hat, machen Sie selbst auf den Hilfebedarf aufmerksam. Sagen Sie ihm, dass Ihr Angehöriger bei folgenden Aktivitäten auf Ihre Unterstützung in dieser oder jener Form angewiesen ist. Sie können auch einfach auf die entsprechenden Punkte im Selbsteinschätzungsbogen im folgenden Kapitel aufmerksam machen.

6. *Einschätzungsbogen zur Vorbereitung auf die Begutachtung*

In der folgenden Tabelle sind alle 65 Einzelkriterien zur Einschätzung des Selbstständigkeitsgrads aufgelistet. Hierdurch wird deutlich, was konkret unter den Fähigkeiten und Aktivitäten in den sechs Lebensbereichen verstanden wird, die für die Einstufung in einen Pflegegrad maßgeblich sind. Mit Hilfe dieser Liste können Sie sich auf den Besuch des Gutachters gut vorbereiten. Überlegen Sie sich, bei welchen der beschriebenen Aktivitäten Ihr Angehöriger auf Hilfe in Form von Anleitung, Beaufsichtigung oder praktischer Unterstützung angewiesen ist. Sie können selbstverständlich auch ohne Vorbereitung in die Begutachtung gehen. Die Gutachter müssen von sich aus Fragen stellen, die für die Pflegeeinstufung wichtig sind.

Die Tabelle ermöglicht zudem durch Ankreuzen der Felder den Umfang der nötigen Hilfeleistung für Ihren Angehörigen selbst einzuschätzen. Damit nehmen Sie eine ganz ähnliche Einschätzung vor wie der Gutachter in seinem Gutachten. Sie können dem Gutachter eine Kopie dieser Einschätzungen aushändigen. Er ist verpflichtet, solche Aufzeichnungen mit einzubeziehen.

Die von Ihnen angekreuzte Liste ermöglicht es auch, Ihre Einschätzungen mit denen des Gutachters zu vergleichen. Sobald Sie das Gutachten nach einigen Wochen mit der Post erhalten, können Sie dies tun (die Kasse ist zur Zusendung verpflichtet). Falls Sie dabei feststellen, dass der Gutachter bei einem Teil der Einschätzungen den Hilfebedarf Ihres Angehörigen deutlich geringer eingeschätzt hat als Sie (bzw. die Selbständigkeit zu hoch eingeschätzt hat), können Sie Widerspruch gegen die Einstufung einlegen. Dem Widerspruch legen Sie als Begründung Ihren Einschätzungsbogen bei. (Lesen Sie zum Widerspruch Kapitel 8).

Sie können mit Hilfe der angekreuzten Tabelle auch den Pflegegrad errechnen, der sich aufgrund Ihrer Einschätzungen ergeben würde. Hierzu geben Sie Ihre Einschätzungen einfach in einen sogenannten Pflegegrad-Rechner ein, der auf verschiedenen Internetseiten zu finden ist. Dort wird dann automatisch nach den offiziellen Berechnungsregeln der sich ergebende Pflegegrad ermittelt. Ergibt sich z. B. aufgrund Ihrer eigenen Einschätzungen kein höherer Pflegegrad als der den die

Pflegekasse anerkannt hat, macht ein Widerspruch gegen die Einstufung keinen Sinn. Der Unterschied zwischen Ihrer Einschätzung und der des Gutachters ist dann nicht so groß, dass daraus ein höherer Pflegegrad resultieren könnte.

Sie finden **Pflegegrad-Rechner im Internet**, wenn Sie bei einer Suchmaschine „Pflegegrad Rechner“ oder „Ermittlung Pflegegrad“ eingeben. Eine andere Möglichkeit zur automatischen Berechnung, die mehr Erläuterungen enthält, finden Sie in Form einer Exceltabelle zur Pflegegrad-Ermittlung als Download kostenlos bei www.alzheimerberatung-stuttgart.de. Die Berechnung des Pflegegrads von Hand ist zwar grundsätzlich auch möglich, aber wegen der teils komplizierten Berechnungsschritte sehr aufwändig.

Einen ähnlichen Einschätzungsbogen wie hier, jedoch mit ausführlicheren Hinweisen und Erläuterungen finden Sie ebenfalls unter www.alzheimerberatung-stuttgart.de im Downloadbereich Pflegeversicherung.

Hinweis: Der folgende Einschätzungsbogen orientiert sich an den Begutachtungs-Richtlinien zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit vom 15.4.2016, die für Erstanträge und Höherstufungsanträge gelten, die ab 1.1.2017 gestellt werden. Die vollständigen Richtlinien sind im Internet bei www.mds-ev.de zu finden oder können unter Tel.: 08092 2324306 als Broschüre angefordert werden können.

Hinweise zum Ankreuzen

Nach den Begutachtungsrichtlinien ist der Selbständigkeitsgrad bzw. der Umfang des Hilfebedarfs entsprechend der folgenden Abstufungen vorzunehmen:

- **Selbständig (ohne Hilfe möglich):** kann die Aktivität in der Regel selbständig ohne fremde Hilfe durchführen. Gegebenenfalls ist die Nutzung von Hilfsmitteln erforderlich oder die Durchführung ist erschwert oder verlangsamt. (Z. B. Gehen ist zwar mühsam, aber mit Unterarmgehstütze möglich)
- **überwiegend selbständig (etwas Hilfe nötig):** kann die Aktivität größtenteils selbständig durchführen. Punktuelle Hilfe durch eine andere Person ist erforderlich (Zurechtlegen, Aufforderungen, Entscheidungshilfe, Teilweise Beaufsichtigung, Anwesenheit aus Sicherheitsgründen wie Sturzgefahr).
- **überwiegend unselbständig (viel Hilfe nötig):** kann die Aktivität nur zum geringen Teil selbständig durchführen. Ständige Motivation, Anleitung oder Beaufsichtigung während der Aktivität erforderlich. Ständige und unmittelbare Eingreifbereitschaft ist erforderlich (z. B. wenn Demenzkranke während einer Aktivität immer wieder Probleme bekommen wie etwa, dass sie die Aktivität zwischendurch immer wieder abbrechen (nicht kontinuierlich fortsetzen können), beim Ankleiden Kleidungsstücke verwechseln oder bei der Körperpflege wichtige Teilschritte vergessen).
- **Unselbständig (kann (fast) nicht mithelfen):** kann die Aktivität in der Regel nicht selbständig durchführen bzw. steuern. Es ist höchstens eine minimale Beteiligung an der Aktivität möglich.

„Selbständig (ohne Hilfe möglich)“ ist nach den Richtlinien in allen folgenden Fällen anzukreuzen:

- wenn eine Aktivität mit Nutzung von Hilfsmitteln ganz alleine durchgeführt werden kann,
- wenn für eine Aktivität zwar mehr Zeit als üblich benötigt wird oder die Durchführung erschwert ist, aber sie trotzdem in zumutbarer Weise alleine durchgeführt werden kann,
- wenn fremde Hilfe nicht regelmäßig (in der Regel mindestens einmal die Woche) nötig ist,
- wenn die Beeinträchtigung und der Hilfebedarf voraussichtlich nicht länger als 6 Monate bestehen.

1. Mobilität

Sich bewegen können: Aspekte wie Körperkraft, Balance, Bewegungskoordination.

(es geht nicht darum, ob sich jemand zielgerichtet fortbewegen kann, um z. B ins Bad zu gehen.)

	ohne Hilfe möglich (völlig selbständig)	etwas Hilfe nötig (bei unter 50 % der Aktivität)	viel Hilfe nötig (bei über 50 % der Aktivität)	Kann (fast) nicht mithelfen (völlig unselbständig)
1.1 Positionswechsel im Bett Sich im Bett drehen und aufrichten				
1.2 Halten einer stabilen Sitzposition Sich auf Bett, Stuhl oder Sessel aufrecht halten				
1.3 Umsetzen Von erhöhter Sitzfläche, Bettkante, Sessel, Toilette etc., aufstehen und umsetzen				
1.4 Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs sich mindestens 8 Meter ebenerdig fortbewegen				
1.5 Treppensteigen Überwinden von Treppen zwischen zwei Etagen				

1.6 Besondere Bedarfskonstellation: Gebrauchsunfähigkeit beider Arme und beider Beine	Vollständiger Verlust der Greif-, Steh- und Gehfunktionen: Bei dieser besonderen Bedarfskonstellation wird unabhängig von allen anderen Einschätzungen Pflegegrad 5 zuerkannt!			
--	---	--	--	--

2. Kognitive (geistige) und kommunikative Fähigkeiten

hier geht es um geistige Fähigkeiten wie Erinnern, Denken, verstehen und beurteilen. Die motorischen Fähigkeiten, eine Handlung umzusetzen, sind nicht relevant.

Die Einschätzung wird nach „Fähigkeit vorhanden“ bis „nicht vorhanden“ vorgenommen. „Größtenteils vorhanden“ bedeutet, dass die Fähigkeit meist vorhanden ist oder nur komplexe Anforderungen nicht bewältigt werden können. „In geringem Maße vorhanden“ bedeutet, dass meist Schwierigkeiten auftreten und nur geringe Anforderungen bewältigt werden.

	Fähigkeit vorhanden (unbeeinträchtigt)	größtenteils vorhanden (komplexe Anforderungen schwierig)	in geringem Maße vorhanden (bei geringen Anforderungen möglich)	Fähigkeit nicht vorhanden
2.1 Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld: Menschen wiedererkennen, zu denen regelmäßig direkter Kontakt besteht				
2.2 Örtliche Orientierung sich in Umgebung zurechtfinden, Aufenthaltsort kennen				
2.3 Zeitliche Orientierung Frage nach der Jahreszeit, dem Jahr, dem Wochentag, dem Monat oder dem Tagesabschnitte richtig beantworten				
2.4 Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen an kurz zurückliegende Ereignisse (vorige Stunden) und länger zurückliegende (Geburtsjahr und -ort, Heirat, Beruf, ...)				

	Fähigkeit vorhanden (unbeeinträchtigt)	größtenteils vorhanden (komplexe Anforderungen schwierig)	in geringem Maße vorhanden (bei geringen Anforderungen möglich)	Fähigkeit nicht vorhanden
2.5 Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen zielgerichtet gewohnte Alltagshandlungen mit Teilschritten steuern (z. B. komplettes Ankleiden, Kaffeekochen oder Tischdecken.)				
2.6 Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben folgerichtig und geeignet Entscheidungen im Alltagsleben treffen (z. B. bezüglich wettergemäßer Kleidung, Einkäufe, Freunde anrufen, Freizeitbeschäftigung nachgehen)				
2.7 Verstehen von Sachverhalten und Informationen: Sachverhalte des Alltagslebens verstehen und Informationen richtig einordnen (z. B. Informationen zum Tagesgeschehen aus Fernsehen, Tageszeitung aufnehmen und verstehen)				
2.8 Erkennen von Risiken und Gefahren Gefahren wie Strom- und Feuerquellen, Barrieren und Hindernisse auf dem Fußboden, Glätte, verkehrsreiche Straßen				
2.9 Mitteilen von elementaren Bedürfnissen Grundbedürfnisse sprachlich oder nichtsprachlich mitteilen können (Hunger; Durst, Schmerzen oder Frieren)				
2.10 Verstehen von Aufforderungen Aufforderungen bezüglich alltäglicher Grundbedürfnisse verstehen (z. B. Essen, Trinken, sich kleiden, sich beschäftigen)				
2.11 Beteiligen an einem Gespräch einem Gespräch folgen und sich sinngerecht einbringen				

3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, die Folge von Gesundheitsproblemen sind und die immer wieder auftreten. Nur relevant, wenn sie einen Unterstützungsbedarf durch andere Personen auslösen. Der Unterstützungsbedarf kann bestehen: bei der Bewältigung von belastenden Gefühlen (wie z. B. Panikattacken), beim Abbau psychischer Spannungen, bei der Impulssteuerung (Hilfe und Führung bei spontanen unkontrollierten Reaktionen), bei der Förderung positiver Gefühle und Stimmungen durch Ansprache oder körperliche Berührung, bei der Vermeidung von Gefährdungen im Lebensalltag, bei Tendenz zu selbstschädigendem Verhalten.

Anzugeben ist, wie oft die Verhaltensweisen mit zuvor beschriebenem Unterstützungsbedarf auftreten.

(Hinweis: Die folgenden 13 aufgelisteten Verhaltensweisen führen in aller Regel zu mindestens einer Form des Unterstützungsbedarfs wie er oben aufgelistet ist)

Hilfe (auch Anleitung, Beaufsichtigung) ist nötig:	nie	maximal 1x wöchentlich	mehrmals wöchentlich	täglich
3.1 Motorische Verhaltensauffälligkeiten (scheinbar) zielloses Umhergehen in der Wohnung oder der Einrichtung, ohne Begleitung desorientiert die Wohnung oder Einrichtung verlassen oder im Heim in fremde Zimmer gehen, allgemeine Rastlosigkeit (z. B. ständig Aufstehen und Hinsetzen oder Hin- und Herrutschen auf dem Sitzplatz oder im Bett)	nie	Max. 1x / Woche	mehrmals / Woche	täglich
3.2 Nächtliche Unruhe nächtliches Umherirren oder nächtliche Unruhephasen. Zu bewerten ist, wie häufig Anlass für personelle Unterstützung zur Steuerung des Schlaf-Wach-Rhythmus bestehen, z. B. wieder ins Bett bringen und beruhigen. Schlafstörungen wie Einschlafschwierigkeiten am Abend oder Wachphasen während der Nacht sind nicht zu werten.	nie	Max. 1x / Woche	mehrmals / Woche	täglich
3.3 Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten z. B. sich durch Gegenstände verletzen, ungenießbare Substanzen essen oder trinken, sich selbst schlagen, sich mit Fingernägeln oder Zähnen verletzen	nie	Max. 1x / Woche	mehrmals / Woche	täglich
3.4 Beschädigen von Gegenständen aggressive, auf Gegenstände gerichtete Handlungen	nie	Max. 1x / Woche	mehrmals / Woche	täglich
3.5 Tätlich aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen z. B. nach Personen schlagen oder treten, andere mit Zähnen oder Fingernägeln verletzen, andere stoßen oder wegdrängen oder Verletzungsversuche mit Gegenständen	nie	Max. 1x / Woche	mehrmals / Woche	täglich
3.6 Verbale Aggression Beschimpfungen oder Bedrohungen	nie	Max. 1x / Woche	mehrmals / Woche	täglich
3.7 Andere auffällige Lautäußerungen (pflegerelevante vokale Auffälligkeiten) z. B. Lautes Rufen, Schreien, Klagen ohne nachvollziehbaren Grund, vor sich hin schimpfen, fluchen, seltsame Laute von sich geben, ständiges Wiederholen von Sätzen und Fragen	nie	Max. 1x / Woche	mehrmals / Woche	täglich
3.8 Abwehr unterstützender Maßnahmen z. B. bei der Körperpflege, die unwillkürliche Verweigerung der Nahrungsaufnahme, der Medikamenteneinnahme oder anderer notwendiger Verrichtungen sowie die unwillkürliche Manipulation an Vorrichtungen wie z. B. an Kathetern, Infusionen oder Sondenernährung	nie	Max. 1x / Woche	mehrmals / Woche	täglich

Hilfe (auch Anleitung, Beaufsichtigung) ist nötig:	nie	maximal 1x wöchentlich	mehrmals wöchentlich	täglich
3.9 Wahnvorstellungen (realitätsferne Vorstellungen) z. B. die Vorstellung, mit Verstorbenen oder imaginären Personen in Kontakt zu stehen oder die Vorstellung, verfolgt, bedroht oder bestohlen zu werden	nie	Max. 1x / Woche	mehrmals / Woche	täglich
3.10 Ängste starke Ängste, Sorgen oder Angstattacken (die Trost, Eingehen usw. erfordern)	nie	Max. 1x / Woche	mehrmals / Woche	täglich
3.11 Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage kaum Interesse an der Umgebung, kaum Eigeninitiative, wirkt traurig oder apathisch. Nicht: lediglich fehlende Eigeninitiative bzw. Inaktivität aufgrund geistiger Einschränkungen bei Demenz	nie	Max. 1x / Woche	mehrmals / Woche	täglich
3.12 Sozial unangemessenes Verhaltensweisen z. B. distanzloses Verhalten, auffälliges Einfordern von Aufmerksamkeit, unangemessene körperliche oder verbale sexuelle Annäherungsversuche.	nie	Max. 1x / Woche	mehrmals / Woche	täglich
3.13 Sonstige unangemessene Handlungen mit Hilfebedarf z.B. Nesteln an der Kleidung, ständiges Wiederholen von Handlungen (z.B. Klopfen, Stampfen), Verstecken oder Horten von Gegenständen, Verunreinigen der Wohnung mit Kot (Stuhlgang), Urinieren in der Wohnung.	nie	Max. 1x / Woche	mehrmals / Woche	täglich

4. Selbstversorgung (Körperpflege, Ernährung und Toilettengang)

Es geht darum, inwieweit die Aktivitäten praktisch durchgeführt werden können. Schwierigkeiten bei der Durchführung können sowohl durch körperliche Beeinträchtigungen verursacht sein als auch durch geistige oder psychische Einschränkungen.

	ohne Hilfe möglich (völlig selbständig)	<u>etwas</u> Hilfe nötig (bei <u>unter</u> 50 % der Aktivität)	<u>viel</u> Hilfe nötig (bei <u>über</u> 50 % der Aktivität)	Kann (fast) nicht mithelfen (völlig unselbständig)
4.1 Waschen des vorderen Oberkörpers Hände, Gesicht, Arme, Achselhöhlen und Brustbereich waschen und abtrocknen)				
4.2 Körperpflege im Bereich des Kopfes Kämmen, Zahnpflege, Prothesenreinigung, Rasieren				
4.3 Waschen des Intimbereichs Den Intimbereich waschen und abtrocknen				
4.4 Duschen und Baden (mit Haare waschen, auch Beine u. Füße waschen, ein- u. aussteigen, abtrocknen, fönen) auch Sicherheit berücksichtigen, notwendige Überwachung				


	ohne Hilfe möglich (völlig selbständig)	<u>etwas</u> Hilfe nötig (bei <u>unter</u> 50 % der Aktivität)	<u>viel</u> Hilfe nötig (bei <u>über</u> 50 % der Aktivität)	Kann (fast) nicht mithelfen (völlig unselbständig)
4.5 An- und Auskleiden des Oberkörpers Bereitliegende Kleidung, z. B. Unterhemd, Hemd, Pullover, Jacke, BH, Schlafanzug- oberteil oder Nachthemd, an- und ausziehen				
4.6 An- und Auskleiden des Unterkörpers Bereitliegende Kleidung, z. B. Unterwäsche, Hose, Rock, Strümpfe, Schuhe, an- und ausziehen				
4.7 Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken Zerteilen von Nahrung in mundgerechte Stücke und Eingießen von Getränken				
4.8 Essen (dreifach gewichtet!) Bereit gestellte, ggf. mundgerecht zubereitete Speisen essen; zum Mund Führen, ggf. Abbeißen, Kauen und Schlucken; Erkennen der Notwendigkeit ausreichender Nahrungsaufnahme; empfohlene oder gewohnte Menge tatsächlich essen (ggf. auch notwendige Anleitung langsam zu essen, nicht zu schlingen kann dazu gehören)				
4.9 Trinken (doppelt gewichtet!) Bereitstehende Getränke aufnehmen, ggf. mit Gegenständen wie Strohalm oder Spezialbecher mit Trinkaufsatz; Erkennen der Notwendigkeit ausreichender Flüssigkeitsaufnahme; empfohlene oder gewohnte Menge tatsächlich trinken				
4.10 Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls (doppelt gewichtet!) Gehen zur Toilette, Hinsetzen und Aufstehen, Sitzen bleiben, Intimhygiene und Richten der Kleidung; auch bewerten, wenn Inkontinenzhilfen genutzt werden				
4.11 Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz Inkontinenzhilfen (z. B. Höschen) und Stomasysteme sachgerecht selbständig verwenden, wechseln und entsorgen, Urinbeutel entleeren				
4.12 Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz Inkontinenzhilfen (z. B. Höschen) und Stomasysteme sachgerecht selbständig verwenden, wechseln und entsorgen				

	selbständig möglich (oder entfällt)	Hilfe nötig	Hilfe nötig	Hilfe nötig
4.13 Ernährung parenteral oder über Sonde Selbständiger Umgang mit künstlicher Ernährung		künstliche Ernährung nicht täglich, nicht auf Dauer	künstliche Ernährung täglich, zusätzlich zu oraler Ernährung	künstliche Ernährung ausschließlich oder nahezu ausschließlich

5. Umgang mit krankheits- / therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

Nur Angaben zu ärztlich angeordneten Maßnahmen machen, die voraussichtlich länger als 6 Monate erforderlich sind. Es ist unerheblich, durch wen die Hilfe erfolgt (z. B. Angehöriger, Pflegekraft, ...). Jeweils nur eine Häufigkeitsangabe je Kriterium machen. Dazu eine ganze Zahl in einem der Felder eingeben (1, 2, 3, ...).

	Selbständig (oder entfällt)	Hilfe nötig: Wie oft monatlich?	Hilfe nötig: wie oft wöchentlich?	Hilfe nötig: wie oft täglich?
5.1 Medikation Einnehmen oder Richten von Medikamenten, Augen- oder Ohrentropfen, Zäpfchen, ... (notwendiges Richten und Geben = eine Verrichtung)	selbständig / entfällt	monatlich ____ mal	wöchentlich ____ mal	täglich ____ mal
5.2 Injektionen z. B. Insulin spritzen	selbständig / entfällt	monatlich ____ mal	wöchentlich ____ mal	täglich ____ mal
5.3 Versorgung intravenöser Zugänge (z. B. Port)	selbständig / entfällt	monatlich ____ mal	wöchentlich ____ mal	täglich ____ mal
5.4 Absaugen oder Sauerstoffgabe	selbständig / entfällt	monatlich ____ mal	wöchentlich ____ mal	täglich ____ mal
5.5 Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen ärztlich angeordneten Salben, Cremes, ..., Kälte- und Wärmeanwendungen	selbständig / entfällt	monatlich ____ mal	wöchentlich ____ mal	täglich ____ mal
5.6 Messung und Deutung von Körperzuständen ärztlich angeordnetes Messen von z. B. Blutdruck, Puls, Blutzucker, Temperatur, Körpergewicht, Flüssigkeitshaushalt	selbständig / entfällt	monatlich ____ mal	wöchentlich ____ mal	täglich ____ mal
5.7 Körpernahe Hilfsmittel z. B. das An- und Ablegen von Prothesen (nicht Zahnprothesen, siehe dazu 4.2), kieferorthopädische Apparaturen; Orthesen, Brille, Hörgerät oder Kompressionsstrümpfen (inkl. deren Reinigung)	selbständig / entfällt	monatlich ____ mal	wöchentlich ____ mal	täglich ____ mal
5.8 Verbandwechsel und Wundversorgung bei chronischen Wunden	selbständig / entfällt	monatlich ____ mal	wöchentlich ____ mal	täglich ____ mal
5.9 Versorgung mit Stoma Pflege künstlicher Ausgänge (z. B. künstlicher Darmausgang, Katheter)	selbständig / entfällt	monatlich ____ mal	wöchentlich ____ mal	täglich ____ mal
5.10 Regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden	selbständig / entfällt	monatlich ____ mal	wöchentlich ____ mal	täglich ____ mal

5.11 Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung Anweisungen durch einen Arzt oder im Rahmen einer verordneten Therapie zu „Eigenübungsprogrammen“, die dauerhaft und regelmäßig durchgeführt werden sollen (z. B. krankengymnastische Übungen, Atemübungen, logopädische Übungen, ergotherapeutische Übungen zur geistigen Aktivierung. Ein Behandlungsplan oder eine schriftliche Empfehlung oder Anleitung des Arztes oder Therapeuten ist hilfreich)	selbständig / entfällt	monatlich ____ mal	wöchentlich ____ mal	täglich ____ mal
5.12 Zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung z. B. Hämodialyse oder Beatmung	selbständig / entfällt	monatlich ____ mal	wöchentlich ____ mal	Wenn täglich, hier nur ankreuzen
5.13 Arztbesuche regelmäßige Besuche bei niedergelassenem Hausarzt und/oder Facharzt, wenn Begleitung nötig	selbständig / entfällt	monatlich ____ mal	wöchentlich ____ mal	täglich ____ mal
5.14 Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (bis zu 3 Stunden) über 6 Monate nötiger regelmäßiger Besuch von Therapeuten / Kliniken / Zentren zu ambulanter Behandlung, wenn Begleitung nötig (inkl. Fahrtzeit bis 3 Std.)	selbständig / entfällt	monatlich ____ mal	wöchentlich ____ mal	täglich ____ mal
5.15 Zeitlich ausgedehnter Besuch medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (länger als 3 Std.) über 6 Monate nötiger regelmäßiger Besuch von Therapeuten / Kliniken / Zentren zu ambulanter Behandlung, wenn Begleitung nötig (inkl. Fahrtzeit über 3 Std.)	selbständig / entfällt	monatlich ____ mal	wöchentlich ____ mal	 Täglich entfällt
	Selbständig (oder entfällt)	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
5.16 Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften (z. B. vorgeschriebene Art, Menge und Aufnahmezeitpunkt von Lebensmitteln oder Flüssigkeitszufuhr bzw. Trinkmenge)		Erinnern und anleiten nötig, direktes Eingreifen höchstens einmal am Tag	Meist Anleitung und Beauf- sichtigung nötig, mehrmals täglich auch direktes Eingreifen	Immer Anleitung und Beaufsichtigung und Eingreifen nötig

6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Es geht darum, inwieweit die Aktivitäten praktisch durchgeführt werden können. Schwierigkeiten bei der Durchführung können sowohl durch körperliche Beeinträchtigungen verursacht sein als auch durch geistige oder psychische Einschränkungen.

	ohne Hilfe möglich (völlig selbständig)	<u>etwas</u> Hilfe nötig (bei <u>unter</u> 50 % der Aktivität)	<u>viel</u> Hilfe nötig (bei <u>über</u> 50 % der Aktivität)	Kann (fast) nicht mithelfen (völlig unselbständig)
6.1 Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen Den Tagesablauf nach individuellen Gewohnheiten und Vorlieben einteilen und bewusst gestalten. Gezielt Alltagsaktivitäten wie Baden, Essen, Schlafen gehen, Fernsehen, Spazieren vorausplanen. (Strukturiertes Denken und zeitliche Orientierung nötig).				
6.2 Ruhen und Schlafen Nach individuellen Gewohnheiten einen Tag-Nacht-Rhythmus einhalten und für ausreichende Ruhe- und Schlafphasen sorgen. Notwendigkeit von Ruhephasen erkennen, Nachtruhe einhalten können, selbständig ins Bett gehen können				
6.3 Sich beschäftigen Verfügbare Zeit nutzen, um Aktivitäten durchzuführen, die den eigenen Vorlieben und Interessen entsprechen. Entsprechend der eigenen geistigen und körperlichen Fähigkeiten und Bedürfnisse geeignete Aktivitäten der Freizeitbeschäftigung auswählen und praktisch durchführen (z. B. Handarbeiten, Basteln, Zeitschriften lesen, Fernsehen)				
6.4 Vorhaben von in die Zukunft gerichteten Planungen Längere Zeitabschnitte überschauend über den Tag hinaus planen. Z.B. Vorstellungen zum Ablauf und zu Wünschen eines anstehenden Geburtstages haben und die Planung umsetzen.				
6.5 Interaktion mit Personen im direkten Kontakt Im direkten Kontakt mit Angehörigen, Pflegepersonen, Mitbewohnern oder Besuchern umgehen, Kontakt aufnehmen, auf Ansprache reagieren.				
6.6 Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes / Bestehende Kontakte zu Freunden, Bekannten, Nachbarn aufrechterhalten, beenden oder zeitweise ablehnen. Dazu gehört auch, sich per Telefon, Brief oder E-Mail verabreden zu können.				

7. Alternative zur Vorbereitung: Pflegetagebuch

Beim alten Begutachtungsverfahren bis Ende 2016 wurden in der Regel sogenannte „Pflegetagebücher“ als beste Möglichkeit empfohlen, um sich auf die Begutachtung vorzubereiten. Wer sich nicht mit dem umfangreichen Einschätzungsbogen im vorigen Kapitel befassen möchte, kann nach wie vor auch ein Pflegetagebuch zur Vorbereitung schreiben.

Allerdings gibt es zwei wichtige Unterschiede gegenüber den Pflegetagebüchern von früher, die beachtet werden sollten. Zum einen ist es nun nicht mehr erforderlich die Zeitdauer einer Hilfeleistung in Minuten anzugeben. Es muss also während der Hilfe nicht auf die Uhr gesehen werden, um die Dauer der Hilfeleistung einzuschätzen. Der zweite Unterschied ist, dass früher nur Hilfeleistungen bei der Körperpflege aufgeschrieben wurden. Nun ist es jedoch sinnvoll, jegliche Hilfeleistung für den kranken Angehörigen aufzuschreiben mit Ausnahme hauswirtschaftlicher Tätigkeiten wie Kochen, Putzen usw. Orientieren Sie sich an den sechs Lebensbereichen, die in Kapitel 2 erwähnt sind. Beachten Sie zudem, dass auch eine notwendige Beaufsichtigung oder Anleitung eine Hilfeleistung ist. Schreiben Sie diese Tätigkeiten über ein bis drei Tage auf und händigen Sie dem Gutachter eine Kopie dieses Pflegetagebuchs aus.

Beispiel für die Eintragung in ein Pflegetagebuch:

Aufstehen, Toilettengang, Umziehen, Körperpflege:

Mein Mann meldet sich; bin ihm beim Aufstehen behilflich, begleite ihn auf die Toilette und anschließend ins Bad. Muss ihn viel anleiten und ansprechen. Setze ihn auf einen Stuhl, muss ihm helfen, die Nachtkleidung auszuziehen; richte Waschutensilien her; gebe sie der Reihe nach und muss ihn anleiten. Begleite ihn ins Schlafzimmer, richte Tageskleidung her; beaufsichtige ihn beim Anziehen und leite ihn an, da er die Reihenfolge verwechselt.

Frühstücken (Essen):

Beim Frühstück muss ich ihn immer wieder motivieren. Er verwechselt manchmal das Besteck und hört auf zu essen, wenn ich nicht im Zimmer bin.

Zeitungslesen:

Ich lese meinem Mann Überschriften oder kleine Artikel aus der Zeitung vor. Wenn ich nachfrage merke ich, dass er meist nur bruchstückhaft versteht, was ich vorlese. So fragt er z. B. nach, wenn er das Wort „Autounfall“ hört, wo der Unfall passiert ist und ob jemand verletzt wurde.

8. Einlegen eines Widerspruchs

Es kommt vor, dass Einstufungen zu niedrig ausfallen. Die relativ kurze Zeit, in der die Begutachtung durchgeführt wird, reicht oft nicht aus, damit sich der Gutachter ein hinreichendes Bild über den Selbständigkeitsgrad bzw. den Hilfebedarf des Kranken im Alltag machen kann.

Ein Widerspruch kann zunächst ohne nähere Begründung eingelegt werden. In einem kurzen Brief an die Pflegekasse teilen Sie lediglich mit, dass Sie mit der Einstufung nicht einverstanden sind und Widerspruch gegen den Einstufungsbescheid einlegen. Wenn Sie noch dazuschreiben, dass Sie eine nähere Begründung nachreichen, haben Sie genügend Zeit, um z. B. nachträglich den Einschätzungsbogen aus Kapitel 6 oder ein Pflegetagebuch anzufertigen.

Die Chancen für eine Höherstufung infolge eines Widerspruchs sind erfahrungsgemäß gut, wenn der Hilfebedarf tatsächlich höher ist, als vom Gutachter angenommen.

Wenn Sie vor dem Einlegen eines Widerspruchs überprüfen möchten, ob aufgrund Ihrer eigenen Einschätzung des Hilfebedarfs Ihres Angehörigen die Chance auf Anerkennung eines höheren Pflegegrades besteht, können Sie den Einschätzungsbogen aus Kapitel 6 ankreuzen und Ihre

Einschätzungen in einen Pflegegrad-Rechner übertragen (siehe 3. Absatz in Kapitel 6). Wenn Sie dazu keine Möglichkeit haben oder Ihnen die Vorgehensweise zu aufwändig ist, überprüfen Sie einfach die Einschätzungen des Gutachters im Gutachten bei den 65 Einzelkriterien in den sechs Lebensbereichen. Stellen Sie dort erhebliche Abweichungen zu Ihren eigenen Einschätzungen fest, sollten Sie Widerspruch einlegen.

Aufgrund eines Widerspruchs muss zunächst derselbe Gutachter prüfen, ob er einer Höherstufung infolge Ihrer Begründung zustimmen kann. Tut er dies nicht, muss eine Zweitbegutachtung durch einen anderen Mitarbeiter des Medizinischen Dienstes durchgeführt werden.

Wird ein Widerspruch ohne weiteren Hausbesuch abgelehnt (Entscheidung nach Aktenlage), sollte dies nicht hingenommen werden. Ein solches Vorgehen ist nur in Ausnahmefällen erlaubt.

Weitere unterstützende Unterlagen für einen Widerspruch:

- ein (fach-)ärztliches Attest mit einer kurzen Beschreibung der Symptomatik und des Krankheitsstadiums. Es sollte vor allem auf Auswirkungen der Erkrankung eingegangen werden, die zu einem Hilfebedarf im Alltag führen, wie z. B. geistige Einschränkungen der Merkfähigkeit und der Alltagsplanung, Beeinträchtigungen exekutiver Funktionen (zielgerichtete Handlungssteuerung z. B. beim Kochen, Zähneputzen usw.), Bewegungs- und Koordinationsstörungen, Unruhe oder aggressive Reaktionen (ein Musterattest ist über die Fachberatung Demenz zu erhalten),
- die Pflegedokumentation eines Pflegedienstes oder des Pflegeheimes.

9. Höherstufungsantrag und Neuantrag

Ein Widerspruch wie auch eine Klage beziehen sich immer rückwirkend auf den Zeitpunkt der Antragstellung. Das heißt, ist der Widerspruch erfolgreich, werden die höheren Pflegeversicherungsleistungen rückwirkend erstattet.

Wurde ein Widerspruch eingelegt, kann unabhängig davon grundsätzlich auch gleichzeitig ein Höherstufungsantrag gestellt werden. Dieser bezieht sich dann auf den Zeitpunkt des Höherstufungsantrags.

Bei einem Höherstufungsantrag kann, anders als beim Widerspruchsverfahren, derselbe Gutachter wie bei der Erstbegutachtung beauftragt werden.

Ein Höherstufungsantrag muss wie ein Neuantrag behandelt werden. Das heißt, der Gutachter muss in der Regel eine neue Begutachtung vor Ort (zu Hause oder im Pflegeheim) durchführen. Er kann den Antrag nur nach Aktenlage ablehnen, wenn die im Antrag geschilderte Erhöhung des Hilfebedarfs offensichtlich keinen höheren Pflegegrad begründet.

10. Anhörungsschreiben vor Ablehnung eines Widerspruchs ¹⁾

Beabsichtigt die Pflegekasse, Ihren Widerspruch aufgrund des Zweitgutachtens des Medizinischen Dienstes abzulehnen, erhalten Sie zuvor ein sogenanntes Anhörungsschreiben. Damit wird Ihnen nochmals Gelegenheit gegeben, weitere Begründungen für Ihren Widerspruch abzugeben bzw. auf Fehler und Fehleinschätzungen bei der Zweitbegutachtung aufmerksam zu machen (Sie erhalten auch eine Kopie des Zweitgutachtens zugesandt).

Reagieren Sie nicht auf das Anhörungsschreiben, geht die Pflegekasse davon aus, dass Sie Ihren Widerspruch zurücknehmen und die bisherige Einstufung akzeptieren. Halten Sie jedoch an Ihrem Widerspruch fest, werden die gesamten Unterlagen einschließlich Ihrer weiteren

¹⁾ Bei privaten Kassen gibt es den Zwischenschritt eines Anhörungsschreiben und der Prüfung in einem Widerspruchsausschuss nicht (keine Bindung an das Verwaltungsrecht). Eine ablehnende Entscheidung erfolgt gleich nach der Zweitbegutachtung.

Begründung in einem sogenannten Widerspruchsausschuss der Pflegekasse geprüft. Manchmal beauftragt die Kasse auch zuvor einen eigenen Mitarbeiter, sich ein ergänzendes Bild von der häuslichen Situation zu machen.

Nach der Prüfung im Ausschuss kann die Pflegekasse Ihren Widerspruch entweder anerkennen oder sie sendet Ihnen dann den eigentlichen Ablehnungsbescheid zu.

Der Ablehnungsbescheid muss eine ausführliche Begründung enthalten, die es Ihnen ermöglicht, eine Rechtsklage gegen die Entscheidung zu erheben.

11. Erheben einer Klage beim Sozialgericht

Die im vorigen Kapitel erwähnte ausführliche Begründung der Pflegekasse für die Ablehnung eines Widerspruchs wird auch „klagefähiger Ablehnungsbescheid“ genannt. Mit diesem Bescheid können Sie sich an eine Rechtsantragsstelle beim Sozialgericht wenden. Die Rechtsantragstellen beraten kostenlos zum Ablauf und zur Vorgehensweise bei Sozialgerichtsverfahren und helfen Ihnen, eine Klage zu formulieren.

Da die Richter beim Sozialgericht auch die Interessen eines Klägers wahren, ist eine Rechtsvertretung durch einen Rechtsanwalt eigentlich nicht notwendig.

Sozialgerichtsverfahren sind für Versicherte und Leistungsempfänger kostenfrei. Kosten können lediglich durch ein zusätzlich selbst veranlassetes Gegengutachten oder einen in Anspruch genommenen Rechtsanwalt entstehen. Fragen Sie ihre Rechtsschutzversicherung, ob sie die Kosten übernehmen würde.

Darüber hinaus gibt es spezielle Sozialrechtsschutzversicherungen, die eine kostenlose Rechtsberatung und Vertretung vor Gericht anbieten. Der VdK bietet beispielsweise gegen geringe Gebühr (ca. 70 €im Jahr) einen Sozialrechtsschutz an, der sofort in Kraft tritt. Teilweise ist ein Sozialrechtsschutz auch bei einer allgemeinen Rechtsschutzversicherung mit enthalten.

12. Zusätzliche Empfehlungen im Gutachten

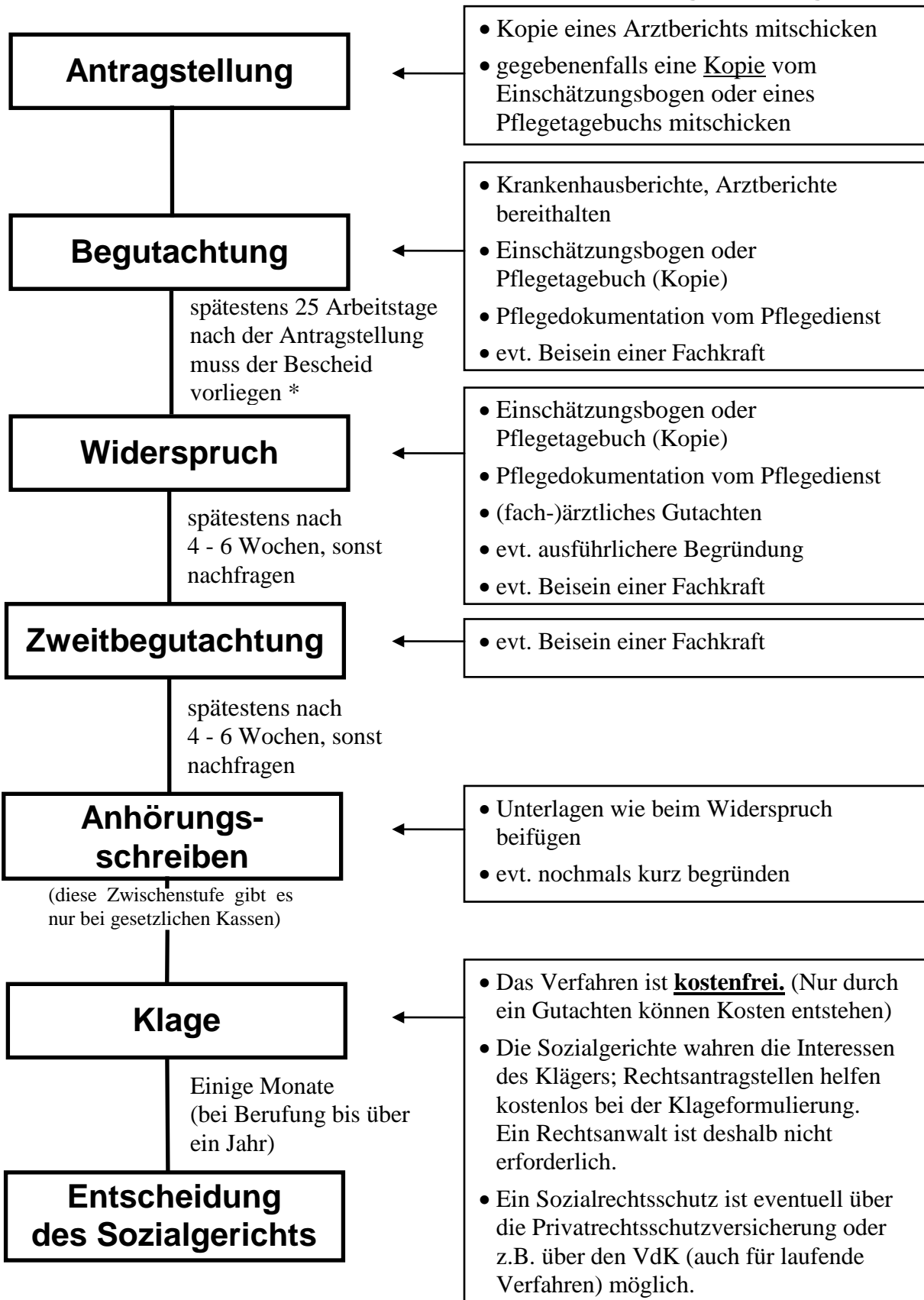
Neben den Kriterien zur Einschätzung des Pflegegrads werden bei der Begutachtung auch Fähigkeiten für außerhäusliche Aktivitäten erfragt. Dazu gehört die Fortbewegung im näheren Umfeld oder der Besuch kultureller Veranstaltungen. Weiterhin werden die Fähigkeiten zur eigenen Haushaltsführung und für bürokratische Angelegenheiten erfragt. All dies hat jedoch keinen Einfluss auf die Bestimmung des Pflegegrades. Der Gutachter soll daraus lediglich gegebenenfalls Empfehlungen für die Versorgung und Unterstützung geben.

Neben diesen Empfehlungen hat der Gutachter noch dazu Stellung zu nehmen, ob eine oder mehrere der folgenden Maßnahmen erforderlich und erfolgversprechend sind. Er soll dazu gegebenenfalls konkrete Vorschläge machen oder eine weiterführende Beratung anregen.

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
- Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel (der Gutachter soll mit Zustimmung des Versicherten gegebenenfalls sofort einen Antrag stellen, der direkt an die Kasse weitergeleitet wird)
- Therapien wie Ergotherapie, Krankengymnastik usw. (sogenannte Heilmittel)
- Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen
- Schulungen/Beratung/Anleitung
- Präventive Maßnahmen (Vorbeugung von Erkrankungen oder z. B. Training zur Sturzprophylaxe, Gleichgewichtstraining usw.)
- Sonstige Empfehlungen

Abläufe bei der Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung

wichtige Unterlagen:



*Im Jahr 2017 ist die Frist von 25 Arbeitstagen wegen der Umstellung des Begutachtungsverfahrens ausgesetzt. Bei Begutachtung im Krankenhaus noch kürzere Fristen.

13. Leistungen der Pflegeversicherung im häuslichen Bereich

Die folgenden Tabellen zeigen alle finanziellen Leistungen der Pflegeversicherung bei häuslicher Betreuung im Überblick. Das Pflegegeld wird als einzige Leistung pauschal ohne Kostennachweis ausgezahlt. Es steht zur freien Verfügung und kann z. B. an Angehörige weitergegeben werden. Für alle anderen Leistungen müssen Kostennachweise erbracht oder die Rechnung muss von einer Pflegeeinrichtung eingereicht werden.

Das Pflegegeld und die Sachleistung zur häuslichen Pflege werden alternativ oder anteilig gewährt. Die Leistungen stehen also nicht gleichzeitig in voller Höhe zur Verfügung, sondern werden prozentual aufgeteilt (siehe Rechenbeispiel auf Seite 22).

Monatliche Leistungen der Pflegeversicherung im häuslichen Bereich

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
(§ 37) Pflegegeld ¹⁾		316 €	545 €	728 €	901 €
(§ 36) Sachleistungen zur häuslichen Pflege ^{1) 2)}		689 €	1.298 €	1.612 €	1.995 €
(§ 41) Sachleistungen zur Tagespflege ³⁾		689 €	1.298 €	1.612 €	1.995 €
(§ 45b) Entlastungsbetrag ⁴⁾	125 €⁵⁾	125 €	125 €	125 €	125 €
(§ 40) Pflegehilfsmittel zum Verbrauch ⁶⁾	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €
(§ 44) Monatlich mehr Rente für pflegende Angehörige ⁷⁾		ca. 5-8 €	ca. 8-13 €	ca. 13-21 €	ca. 19-30 €

¹⁾ Das Pflegegeld und die Sachleistung zur häuslichen Pflege stehen nicht gleichzeitig bis zum angegebenen Höchstbetrag zur Verfügung, sondern nur alternativ oder anteilig auf alle beide Leistungsarten verteilt. (siehe Rechenbeispiel auf S. 22).

²⁾ Für Pflege, Betreuung und hauswirtschaftliche Hilfe durch einen von der Pflegekasse anerkannten Pflegedienst oder eine anerkannte selbstständige Pflegefachkraft einsetzbar. Achten Sie darauf, auch dann eine monatliche Abrechnung vom Pflegedienst zu erhalten, wenn die gesamten Kosten von der Pflegekasse übernommen werden. Sie behalten so besser den Überblick.

³⁾ Auch für ein Nachtpflegeangebot in einer anerkannten Pflegeeinrichtung stehen die Leistungen zur Verfügung (Bundesweit gibt es nur wenige Nachtpflegeangebote in Einrichtungen).

⁴⁾ Reicht die Leistung nicht, um Kosten von Betreuungs- und Entlastungsangeboten zu finanzieren, können dafür bis zu 40 % der Sachleistungen zur häuslichen Pflege mit verwendet werden (siehe S. 26).

⁵⁾ Nur in Pflegegrad 1 kann der Entlastungsbetrag auch für Unterstützung bei der Körperpflege durch einen Pflegedienst eingesetzt werden.

⁶⁾ z. B. Einmalhandschuhe, Desinfektionsmittel, saugende Bettunterlagen.

⁷⁾ Die Beträge entsprechen der sich ergebenden Erhöhung der monatlichen Rente nach einem Jahr Pflege eines Angehörigen. Die Pflegeversicherung zahlt dafür Rentenversicherungsbeiträge zwischen etwa 100 bis 550 € im Monat in die Rentenversicherung des pflegenden Angehörigen ein.

Die angegebenen Leistungsbeträge werden alle drei Jahre an das allgemeine Preisniveau angepasst. (Auch die Leistungen in den folgenden Tabellen).

Tipp: Zum Abgleich individueller Pflegeversicherungsleistungen mit laufenden Kosten, damit Sie immer den Überblick behalten, wieviel Leistungen noch zur Verfügung stehen, finden Sie Excel-Dateien („Pflege-Rechner“) unter www.alzheimerberatung-stuttgart.de

Jährliche Leistungen der Pflegeversicherung im häuslichen Bereich

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2-5
(§ 39) Verhinderungspflegeleistung	---	1.612 €¹⁾
(§ 42) Kurzzeitpflegeleistung	---	1.612 €²⁾

¹⁾ Kann durch Übertragen von bis zu 50 % der Kurzzeitpflegeleistung auf 2.418 € erhöht werden.

²⁾ Kann durch Übertragen von bis zu 100 % der Verhinderungspflegeleistung auf 3.224 € erhöht werden.

Bedarfsorientierte Leistungen der Pflegeversicherung im häuslichen Bereich

	Pflegegrad 1-5
(§ 40) Leistungen zur Wohnungsanpassung	4.000 € je Maßnahme
(§ 40) Technische Pflegehilfsmittel	nach Bedarf

Kombinationsleistung, Sachleistung, Pflegegeld

Wenn Sie keinen Pflegedienst nutzen wollen, kreuzen Sie im Antrag an die Pflegekasse das Feld „**Pflegegeld**“ bzw. „**Geldleistung**“ an. Dann wird monatlich der volle Pflegegeldbetrag (§ 37) entsprechend der Tabelle auf S. 21 auf das Konto des Pflegebedürftigen überwiesen. Wollen Sie einen Pflegedienst zur Unterstützung bei der Körperpflege oder der hauswirtschaftlichen Versorgung nutzen und überschreiten die Kosten den Betrag der Sachleistungen für häusliche Pflege (§ 36, Tabelle S. 21), dann können Sie „**Sachleistungen**“ ankreuzen. Wollen Sie einen Pflegedienst nutzen, aber benötigen dafür nicht den gesamten Betrag für Sachleistungen für häusliche Pflege (§ 36), kreuzen Sie „**Kombinationsleistung**“ an. In diesem Fall erhalten Sie noch einen Teil des Pflegegeldes. Das folgende Rechenbeispiel zeigt, wie die Kombinationsleistung berechnet wird. Pflegegeld und Sachleistungen zur häuslichen Pflege werden prozentual aufgeteilt.

Rechenbeispiel:

Anerkannt wurde Pflegegrad 4

<u>Entstehende Kosten pro Monat:</u>	<u>Leistungen der Pflegeversicherung:</u>
Pflegedienst 322,40 € (nur abrechenbare Sachkostenanteile)	Sachleistung häusliche Pflege 322,40 € (das sind 20 % von 1.612 €)
	+ anteiliges Pflegegeld 582,40 € (das sind 80 % von 728 €)
Sachleistung und Pflegegeld werden anteilig erstattet. Werden wie im Rechenbeispiel 20 % vom Sachleistungshöchstbetrag verbraucht, so können als Pflegegeld noch 80 % (100 % - 20 %) vom Pflegegeldhöchstbetrag ausbezahlt werden.	

Gemeinsamer Sachleistungsbezug durch mehrere Pflegebedürftige (§§ 38a und 45e)

Mehrere Pflegebedürftige, die in einer Wohngemeinschaft zusammenleben (auch Ehepaare), können ihre Sachleistungen für häusliche Pflege zusammenlegen und gemeinsam nutzen (§ 36 (4)). Zudem erhalten Pflegebedürftige in Pflegegrad 1-5, die in ambulant betreuten Wohngruppen leben, zusätzlich zu ihren sonstigen Leistungen monatlich 214 €, wenn in der Wohngruppe mindestens drei Pflegebedürftige leben und eine Person im Auftrag der Gruppe tätig ist, die

organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten verrichtet oder hauswirtschaftliche Unterstützung zu leistet (§ 38a).

Zur Förderung der Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen stellt die Pflegeversicherung maximal vier Pflegebedürftigen mit Pflegestufe je 2.500 € (insgesamt also bis 10.000 €) einmalige Unterstützung für die altersgerechte oder barrierearme Umgestaltung der gemeinsamen Wohnung zur Verfügung (§ 45e). Die Förderung gibt es zusätzlich zu den Leistungen zur Wohnungsanpassung nach § 40. Mindestens drei Pflegebedürftige müssen in der Wohngruppe leben. Diese Förderung endet, wenn der eingestellte Etat von 30 Millionen Euro verbraucht ist.

Kurzzeitpflege (§ 42)

Kurzzeitpflege ist ein vorübergehender Aufenthalt eines Pflegebedürftigen in einer stationären Pflegeeinrichtung für einzelne Tage oder Wochen zur Entlastung der pflegenden Angehörigen oder wenn sie z. B. krank oder in Urlaub sind. In Pflegeheimen gibt es meist einzelne Kurzzeitpflegeplätze, die von wechselnden Gästen belegt werden. Für Kurzzeitpflege können pro Jahr bei allen Pflegestufen **1.612 €¹⁾** beansprucht werden. Durch eine mögliche Übertragung nicht benötigter Verhinderungspflegeleistungen (folgender Abschnitt) kann die Kurzzeitpflegeleistung sogar um weitere 1.612 € auf bis zu **3.224 €** erhöht werden. Der Übertragungswunsch sollte der Kasse mitgeteilt werden.

Übernommen wird von der Pflegeversicherung allerdings nur der Anteil für die Pflegekosten (ca. 50-100 € am Tag je nach Pflegestufe und Heim). Die weiteren Kosten (ca. 25-35 € täglich für Unterkunft, Verpflegung und Investitionen) müssen selbst übernommen werden. Sie können aber im Rahmen des Entlastungsbetrags (§ 45b) zurückerstattet werden (siehe Kapitel 13).

Die Leistungen für Kurzzeitpflege können für bis zu 56 Tage (8 Wochen) im Jahr in Anspruch genommen werden. Sie müssen nicht an einem Stück im Jahr in Anspruch genommen werden, sondern können über beliebig viele Tage verteilt werden. Während der Kurzzeitpflege wird 50% des zuvor erhaltenen Pflegegelds weiterbezahlt.

Verhinderungspflege (oder Ersatzpflege) § 39

Zusätzlich zur Leistung für Kurzzeitpflege werden pro Jahr nochmals **1.612 €** für Kosten gewährt, die entstehen, wenn eine nicht erwerbsmäßig pflegende Person (z. B. der Angehörige) für eine bestimmte Zeitdauer (Stunden, Tage oder Wochen) durch eine andere Person oder einen Pflegedienst vertreten wird. Für bis zu 42 Tage bzw. 6 Wochen im Jahr (verteilt oder am Stück) werden Verhinderungspflegeleistungen erstattet. Durch eine mögliche Übertragung von bis zu 50% nicht benötigter Kurzzeitpflegeleistungen kann die Verhinderungspflegeleistung auf bis zu **2.418 €** (1.612 € + 806 €) im Jahr erhöht werden. Der Übertragungswunsch sollte der Kasse mitgeteilt werden.

Um Leistungen für Verhinderungspflege in Anspruch nehmen zu können, muss die demenzkranke Person bereits ein halbes Jahr lang nicht erwerbsmäßig betreut oder gepflegt worden sein. Der Umfang der Pflege oder Betreuung ist dabei nicht entscheidend. Die Kassen dürfen den Beginn der Pflege oder Betreuung nicht mit dem Tag der ersten Anerkennung von Pflegeversicherungsleistungen festsetzen. Die Aussage eines Angehörigen oder die Bescheinigung eines Arztes muss genügen.

Um Verhinderungspflegeleistungen erhalten zu können, muss einen Antrag gestellt werden. Er kann auch rückwirkend gestellt werden. Der pflegende Angehörige muss im Antrag einen Grund angeben, weshalb er an der Betreuung und Pflege verhindert ist. Als Gründe werden Krankheit, Urlaub, ein zeitweiser Entlastungsbedarf des Angehörigen, private Termine und Erledigungen oder auch andere Gründe anerkannt. Es genügt z. B. in den Antrag zu schreiben, dass man regelmäßig jede Woche auf Dauer für mehrere Stunden wegen privater Termine, Erledigungen

und Entlastungsbedarf verhindert ist. Übliche Zeiten der Berufstätigkeit werden teils nicht als Verhinderungsgründe anerkannt.

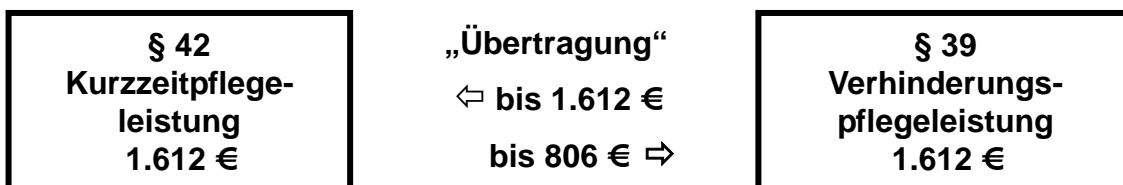
Wird die Verhinderungspflege durch eine Person geleistet, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grad verwandt (Kinder, Enkel, Geschwister, Eltern, Großeltern) oder verschwägert ist oder mit ihm in der Wohnung lebt, kann nur ein nachweisbarer Aufwand wie Fahrtkosten oder ein Verdienstausfall erstattet werden (zusätzlich eine Pauschale in Höhe des auf die Tage umgerechneten Pflegegelds). Bei anderen Personen (z. B. Nachbarn, Bekannte) kann auch ein gezahltes Stundenentgelt oder eine Tagespauschale über die Verhinderungspflegeleistung zurückerstattet werden. (Unterschriebene Quittung der Pflegevertretung mit Datum und Dauer der Vertretung einreichen).

An Tagen, für die Verhinderungspflegeleistungen beansprucht werden und der pflegende Angehörige acht Stunden oder mehr verhindert war, wird noch 50 % des zuvor erhaltenen Pflegegelds anteilig für die Tage weiterbezahlt. Bei Verhinderung unter 8 Stunden am Tag wird das volle Pflegegeld bezahlt (siehe folgender Absatz: zur „stundenweisen Verhinderungspflege“)

Leistungen zur Verhinderungspflege werden auch erstattet, wenn die Pflegeperson (pflegender Angehöriger) **stundenweise (unter 8 Stunden am Tag)** verhindert ist und z. B. durch einen Helferkreis, eine Nachbarin oder eine Betreuungsgruppe vertreten wird. Vorteilhaft ist, dass dann der Anspruch auf Pflegegeld an den Tagen nicht gekürzt wird und keine Anrechnung auf die Höchstanspruchsdauer von 42 Tagen im Jahr erfolgt. (Gemeinsames Rundschreiben der Spitzenverbände der Pflegekassen zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des PflegeVG, www.gkv-spitzenverband.de)

Die Verhinderungspflegeleistung kann auch für **Extratage in einer Tagespflege** in Anspruch genommen werden, die über die regelmäßigen Wochentage hinausgehen.

Übertragungsmöglichkeiten zwischen Leistungen nach § 39 und § 42:



Pflegehilfsmittel zum Verbrauch (§ 40)

Für Pflegehilfsmittel zum Verbrauch wie Desinfektionsmittel, Einmalhandschuhe oder saugende Bettunterlagen stehen bei Bedarf bis zu 40 € monatlich zur Verfügung. (Sich im Sanitätsfachhandel beraten lassen und Antrag bei der Pflegekasse stellen)

Wichtig: Inkontinenz-Hilfsmittel wie Einlagen oder Höschen sind keine Verbrauchsmittel, sondern Hilfsmittel, die vom Arzt verordnet und über die Krankenkasse finanziert werden.

Das Budget eines Arztes wird durch Hilfsmittelverordnungen **nicht belastet!**

(Technische) Hilfsmittel zur Pflege (§ 40)

Sie sollen vorrangig leihweise zur Verfügung gestellt werden. Bei einer Neuanschaffung kann eine Zuzahlung von bis zu 25 € je Hilfsmittel verlangt werden. Hilfsmittel zur Pflege können z. B. ein Badewannenlifter, ein Pflegelifter, ein Rollstuhl oder ein Pflegebett sein. Hilfsmittel werden direkt bei der Pflegekasse beantragt. Bei der Anschaffung von Hilfsmitteln sollte vorab immer eine gute Beratung bei einem fachkundigen Hilfsmittelhändler oder Sanitätshaus in Anspruch genommen werden. Unpassende Produkte können manchmal mehr Schaden als Nutzen bringen.

Viele Hilfsmittel können auch durch Verordnung des Arztes über die Krankenkasse finanziert werden, wenn sie in Zusammenhang mit der Behandlung einer Krankheit stehen.

Wohnungsanpassung (§ 40)

Für notwendige Umbaumaßnahmen in der Wohnung kann die Pflegekasse bis zu 4.000 € der Kosten übernehmen. Der Antrag dazu muss vor dem Umbau gestellt und genehmigt werden. Zu notwendigen Umbaumaßnahmen kann z. B. die Verbreiterung von Türen, Beseitigung von Schwellen oder der Einbau einer bodengleichen Dusche gehören. Meist wird die Leistung nur einmalig bis zu 4.000 € genehmigt, außer der Pflegebedarf verändert sich so stark, dass weitere Maßnahmen notwendig sind.

Es gibt spezielle Wohnberatungen, die ins Haus kommen und eine individuelle Beratung zu Fragen der Wohnungsanpassung anbieten und wertvolle Tipps zur Antragstellung geben.

Renten- und Unfallversicherung, Versteuerung (§ 44)

Für Personen (insbesondere Angehörige), die **mindestens 10 Stunden in der Woche und an mindestens zwei Tagen pro Woche einen oder mehrere Pflegebedürftige ehrenamtlich bei der Pflege, der hauswirtschaftlichen Versorgung oder Betreuung unterstützen**, werden ab Pflegegrad 2 Beiträge in die Rentenversicherung gezahlt (§ 166 Abs. 2 SGB VI). Voraussetzung ist, dass die Angehörigen oder entgeltfrei tätigen Personen nicht mehr als 30 Stunden in der Woche erwerbstätig sind. Die Beiträge zur Rentenversicherung können zwischen ca. 100 und 550 € monatlich liegen. Sie hängen von dem Pflegegrad und der Art der genutzten Pflegeleistung ab (Pflegegeld, Kombinationsleistung oder Sachleistung). Auch Beiträge zur Arbeitslosenversicherung werden von der Pflegeversicherung übernommen wenn der Angehörige z. B. Arbeitslosengeld bezieht oder bis vor Beginn der Pflegetätigkeit Beiträge zur Arbeitslosenversicherung einzahlte, dann aber nicht mehr.

Ebenso sind ehrenamtlich Pflegenden (insb. pflegende Angehörige) kostenlos in der gesetzlichen Unfallversicherung versichert.

Wegen dieser Leistungen sollten alle ehrenamtlich an der Pflege und Betreuung beteiligten Personen der Pflegekasse gemeldet werden und möglichst bereits bei der Begutachtung namentlich angegeben werden. Die Personen erhalten dann einen Fragebogen von der Kasse zugesandt, in dem weitere Angaben zu machen sind.

Leistungen aus der Pflegeversicherung sind für den Pflegebedürftigen grundsätzlich steuerfrei und gelten nicht als Einnahmen. Auch Angehörige, Freunde oder Nachbarn, die einen Teil des Pflegegeldes für Hilfeleistungen erhalten, müssen diese Einnahmen nicht versteuern, sofern sie in keinem Beschäftigungsverhältnis zum Pflegebedürftigen stehen. Auch beim Arbeitslosengeld und bei Sozialhilfeleistungen entsteht keine Anrechnung.

14. Entlastungsbetrag (§ 45b)

Durch diese Leistungen soll zusätzliche Unterstützung ermöglicht werden. Sie steht bereits ab Pflegegrad 1 in Höhe von monatlich 125 € zur Verfügung.

Wofür kann die Leistung verwendet werden?

Der Geldbetrag kann zweckgebunden für folgende Ausgaben eingesetzt werden:

- Ungedeckte Kosten bei der Nutzung von **Tagespflege-, Nachtpflege-** oder **Kurzzeitpflegeangeboten** (alle Kostenanteile können übernommen werden);
- Kosten für die **allgemeinen Betreuung und Anleitung sowie hauswirtschaftliche Versorgung durch Pflegedienste** (Achtung: Kosten für Hilfe bei der Körperpflege, d.h. grundpflegerische Leistungen, können nur bei Pflegegrad 1 übernommen werden.);
- Kosten für **nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag**.

Mit nach Landesrecht anerkannte „Angebote zur Unterstützung im Alltag“ sind vor allem **Betreuungsgruppen für Demenzkranke, Helferkreise zur stundenweisen Betreuung zu Hause oder Familienentlastende Dienste** gemeint. Seit 2015 können auch die Kosten anerkannter **Serviceagenturen für haushaltsnahe Dienstleistungen** sowie von **Pflegebegleiterinitiativen** und **Alltagsbegleitern** übernommen werden. Pflegebegleiter sind freiwillige Helfer, die pflegenden Angehörigen durch Gespräche und Kontakt Unterstützung anbieten. Alltagsbegleiter unterstützen Pflegebedürftige durch Begleitung, Anleitung und Unterstützung im täglichen Leben. Für diese neuen Angebote konnten die Richtlinien zur Anerkennung in Baden-Württemberg erst in 2017 fertiggestellt werden. Aufgrund dessen gibt es erst wenige dieser neuen Angebote.

Da der Entlastungsbetrag nach § 45b nur für „nach Landesrecht“ anerkannte Angebote eingesetzt werden kann, sollten Sie sich gegebenenfalls vorab bei einem Angebot erkundigen, ob die Kosten dafür nach § 45b von der Pflegekasse übernommen werden können. Sicherheitshalber können Sie sich auch bei der Pflegekasse erkundigen.

Wie werden die Leistungen erstattet?

Die Leistungen werden in der Regel erst nach Vorlage von Belegen oder schriftlichen Nachweisen erstattet. Das heißt, Sie müssen die Kosten zunächst übernehmen und die Belege dann zur Rückerstattung der Kosten einreichen. Teilweise kann die Einrichtung mit einer von Ihnen ausgestellten Vollmacht auch direkt mit der Kasse abrechnen.

Ansammeln der Leistungen und Übertrag auf das Folgejahr möglich:

Wird der Leistungsbetrag von 125 € in einem Monat nicht ausgeschöpft, geht er nicht verloren. Nicht ausgeschöpfte Leistungen können das Jahr über angesammelt (angespart) werden. So können z. B. im Dezember 1.500 € zur Verfügung stehen, wenn seit Januar des betreffenden Jahres 125 € monatlich gewährt werden und bis Dezember keine Leistungen abgerufen wurden. Der ungenutzte Leistungsbetrag am Ende eines Jahres wird sogar automatisch ins nächste Jahr übertragen und kann noch bis zum 30.6. des folgenden Jahres genutzt werden (erst dann verfällt er).

Für den Einsatz der Leistung ist der Monat entscheidend, in dem die Hilfe erbracht wurde und nicht der Monat, in dem die Rechnung eingereicht wird. Daher kann z. B. auch noch nach dem 30.6. des Folgejahres eine Rechnung für die Restleistung vom Vorjahr eingereicht werden, wenn die Hilfeleistung, auf die sich die Rechnung bezieht, vor dem 30.6. stattgefunden hat.

Erhöhung der Leistung für anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag durch „Umwandlung“ von Sachleistungen

Für nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag können zusätzlich zum Entlastungsbetrag nach § 45b bis zu 40 % der Sachleistungen für häusliche Pflege (§ 36) eingesetzt bzw. „umgewandelt“ werden. Allerdings macht dies nur Sinn, wenn die Sachleistungen nach § 36 nicht bereits vollständig für die Kosten eines Pflegedienstes benötigt werden. Ebenso ist zu berücksichtigen, dass sich durch eine solche Umwandlung der Pflegegeldanspruch anteilig verringert. Jedoch ist der Gewinn an zusätzlichen finanziellen Leistungen etwa doppelt so hoch wie die Verringerung des Pflegegelds. Daher kann eine Umwandlung sinnvoll und lohnenswert sein. Der Wunsch zur Umwandlung muss der Pflegekasse ausdrücklich mitgeteilt werden.

Sonderregelung zum Verfall von Vorjahresleistungen bis Ende 2018

Bis Ende 2018 kann der Entlastungsbetrag nicht nur rückwirkend auf das Vorjahr genutzt werden. Es können bis dahin sogar rückwirkend noch Leistungen aus den Jahren 2015 und 2016 genutzt werden, die nicht verbraucht wurden. Die Leistungen können für Kosten im aktuellen Jahr oder für Kosten aus den zurückliegenden Jahren (ab 2015) genutzt werden.

15. Freistellung von der Arbeit (Pflegezeitgesetz und Familienpflegezeitgesetz)

Arbeitnehmer, die einen nahen Angehörigen pflegen, haben für die Dauer von bis zu 6 Monaten einen Anspruch auf sozialversicherte Freistellung von der Arbeit mit Kündigungsschutz. (Pflegezeitgesetz – PflegeZG)

Die Freistellung kann

- **kurzfristig für maximal 10 Tage ohne Vorankündigung** in akuten Notsituationen in Anspruch genommen werden (so genannte „**Kurzzeitige Arbeitsverhinderung**“). Es genügt, eine ärztliche Bescheinigung unverzüglich nachzureichen, in der eine „unvorhersehbare akut aufgetretene Pflegesituation“, also eine akute Krisensituation bestätigt wird (Musterformular bei www.wege-zur-pflege.de). Zudem muss der Arzt die Annahme machen, dass der Angehörige in einen Pflegegrad eingestuft wird (falls noch kein Pflegegrad anerkannt ist). Als „akute Krisensituation“ ist auch einzustufen, wenn sich der Gesundheitszustand des Angehörigen plötzlich stark verschlechtert hat und aufgrund dessen die Pflege und Betreuung kurzfristig neu organisiert werden muss oder der Arbeitnehmer für einige Tage die Betreuung des Angehörigen übernehmen muss.

Die Pflegekasse des pflegebedürftigen Angehörigen zahlt in dem Fall auf Antrag für die Tage der Freistellung ein sogenanntes „**Pflegeunterstützungsgeld**“, das etwa 90 % des zuvor erhaltenen Nettogehalts entspricht. Dies ist auch dann der Fall, wenn trotz der Annahme des Arztes und erfolgtem Antrag auf eine Pflegeeinstufung doch kein Pflegegrad anerkannt wird. Der Antrag auf Pflegeunterstützungsgeld muss unverzüglich gestellt werden.

- eine **längerfristige vollständige oder teilweise Freistellung** von der Arbeit von bis zu sechs Monaten muss spätestens 10 Tage vorher beantragt werden (sogenannte „**Pflegezeit**“). Der Anspruch besteht nur gegenüber Arbeitgebern mit in der Regel mehr als 15 Beschäftigten. Ein Pflegegrad muss in diesem Fall bereits anerkannt worden sein. Ein Angehöriger muss keine Mindestpflegezeit leisten oder nachweisen, um anspruchsberechtigt zu sein.

Die beantragte Freistellung endet vorzeitig, wenn die Pflege zu Hause nicht mehr zumutbar ist (z. B. Wechsel ins Pflegeheim) oder wenn der Angehörige nicht mehr pflegebedürftig oder verstorben ist (vier Wochen nach dem Ereignis). Ansonsten ist eine vorzeitige Beendigung nur mit Zustimmung des Arbeitgebers möglich. Eine Verlängerung einer Pflegezeit, die für weniger als sechs Monate beantragt wurde, ist ohne Zustimmung des Arbeitgebers möglich, wenn z. B. ein vorgesehener Wechsel der Pflegeperson aus unvermeidbaren Gründen nicht möglich ist (z.B. bei Krankheit der Pflegeperson). Bei einer teilweisen Freistellung muss der Arbeitgeber den Wünschen des Arbeitnehmers nach Umfang und Verteilung entsprechen, außer es stehen dringende betriebliche Gründe entgegen. Für die soziale Absicherung während der Pflegezeit müssen gegebenenfalls zusätzliche Anträge gestellt werden. Besonders bei vollständiger Freistellung ist darauf zu achten, dass Versicherungen wie die Krankenversicherung ohne Unterbrechung weitergeführt werden.

Auch in der Sterbephase eines nahen Angehörigen ist eine Freistellung von bis zu drei Monaten möglich, um den Angehörigen zu begleiten (ärztliches Attest notwendig).

Nahe Angehörige, bei deren Pflegebedürftigkeit eine Freistellung oder kurzzeitige Arbeitsverhinderung möglich ist, sind nach diesem Gesetz:

1. Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Stiefeltern
2. Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft, Geschwister,
3. Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder, die Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder des Ehegatten oder Lebenspartners, Schwiegerkinder und Enkelkinder.

Weder die kurzzeitige Arbeitsverhinderung noch die längere Freistellung von der Arbeit kann gestückelt werden, also in mehrere Zeitabschnitte aufgeteilt werden. In der Regel können beide Freistellungen auch jeweils nur einmal bei einem pflegebedürftigen Angehörigen genutzt werden. Jedoch kann die längerfristige Freistellung von mehreren Angehörigen jeweils in voller Länge genutzt werden und die kurzzeitige Arbeitsverhinderung können sich Angehörige teilen.

Familienpflegezeit nach dem Familienpflegezeitgesetz (FPfZG)

Arbeitnehmer, die sich um einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen kümmern, können ihre Arbeitszeit nach dem Familienpflegezeitgesetz sogar maximal zwei Jahre lang auf bis zu 15 Stunden in der Woche reduzieren. Die Mindestzeit von 15 Stunden pro Woche darf dabei im Jahresdurchschnitt nicht unterschritten werden (das heißt, die Arbeitszeit kann im Lauf des Jahres z. B. auch in Blöcke mit voller Arbeitszeit und Blöcke ohne Arbeit aufgeteilt werden).

Familienpflegezeit ist ein Rechtsanspruch in Betrieben mit über 25 Beschäftigten. Das heißt, der Arbeitgeber kann den Antrag nicht ablehnen. Familienpflegezeit muss mindestens acht Wochen vorher beantragt werden.

Auch für Familienpflegezeit muss bereits ein Pflegegrad anerkannt sein und die pflegebedürftige Person muss ein naher Angehöriger entsprechend der Bestimmungen im vorigen Abschnitt sein.

Will man nach einer Pflegezeit (bis zu sechsmonatige Freistellung) zusätzlich Familienpflegezeit in Anspruch nehmen, muss dies nahtlos im Anschluss geschehen und spätestens drei Monate vor Ende der Pflegezeit beantragt werden. Auch umgekehrt ist dies nur nahtlos möglich. Die anschließende Pflegezeit muss dann acht Wochen vorher beantragt werden. Wird sowohl Pflegezeit als auch Familienpflegezeit bei einem pflegebedürftigen Angehörigen genutzt, ist die Gesamtzeit der Freistellung zudem auf 24 Monate begrenzt.

Zinsloses Darlehen zum Ausgleich von Einkommensverlusten bei „Pflegezeit“ und „Familienpflegezeit“

Für die Dauer der Familienpflegezeit wie auch der bis zu sechsmonatigen Freistellung besteht ein Anspruch auf ein zinsloses Darlehen zum teilweisen Ausgleich des verminderten Einkommens. Das Darlehen muss vom Arbeitgeber beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben beantragt werden. Es wird dann sozusagen als Gehaltsvorschuss monatlich ausgezahlt und wird nach der Pflegezeit durch Gehaltsminderung wieder an das Bundesamt zurückgezahlt. Das Darlehen beträgt maximal die Hälfte des Netto-Einkommensverlustes pro Monat. Wird die durchschnittliche Wochenarbeitszeit beispielsweise von Vollzeit (100 %) auf eine Halbtagesstelle (50 %) reduziert, erhält der Arbeitnehmer für die Dauer der Pflegezeit trotzdem 75 % des letzten Nettogehalts. Wenn der Arbeitnehmer danach wieder zu 100 % arbeitet, erhält er noch solange lediglich das Einkommen entsprechend 75 % Arbeitszeit bis das Darlehen wieder zurückgezahlt ist. Die Rückzahlung kann bei besonderen finanziellen Härten auch hinausgeschoben oder sogar ganz aufgehoben werden.

Wird bei „Pflegezeit“ (bis zu sechsmonatige Freistellung) die Arbeitszeit unter 15 Stunden pro Woche reduziert, so wird der Darlehensbetrag trotzdem so berechnet, als ob die Arbeitszeit noch 15 Stunden beträgt. Das Darlehen entspricht daher höchstens ca. 30 % des Nettogehalts.

Auf der Internetseite des Bundesamts für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben gibt es einen Online-Rechner zur Berechnung des Darlehens im Einzelfall bei Pflegezeit und Familienpflegezeit: www.wege-zur-pflege.de/familienpflegezeit/rechner.html

16. Anspruch auf Pflegeberatung und Pflegestützpunkte

Pflegebedürftige sowie Menschen, die einen Antrag auf Pflegeversicherungsleistungen stellen, und deren Angehörige haben Anspruch auf unentgeltliche individuelle Beratung und Hilfestellung durch einen Pflegeberater (§ 7a). Die Beratung findet auf Wunsch auch zu Hause statt. Der Beratungstermin muss innerhalb von zwei Wochen nach Antragstellung von der Kasse aus angeboten werden. Auch bei allen zusätzlichen Anträgen wie z. B. einem Antrag auf Kurzzeitpflege, Tagespflege, Heimaufenthalt, Höherstufung usw. muss innerhalb von zwei Wochen ein Beratungstermin angeboten werden.

Die Pflegeberater sollen den Hilfebedarf erfassen und über mögliche Sozialleistungen beraten sowie über den Einzelfall geeignete medizinische, pflegerische und soziale Hilfen vor Ort informieren. Die Pflegeberater sollen auch auf die Genehmigung empfohlener Maßnahmen etwa bei Pflege- und Krankenkassen oder beim Sozialamt hinwirken. Überdies soll gegebenenfalls ein individueller Unterstützungsplan erstellt und dessen Durchführung begleitet werden.

Bei Pflegeberatern, die bei den Pflegekassen angestellt sind, weisen Rückmeldungen aus der Praxis auf teils erhebliche Qualitätsunterschiede bei der Beratung bei verschiedenen Kassen hin. Informieren Sie sich daher zuvor z. B. bei einer regionalen Alzheimer Gesellschaft. Dort können Ihnen gegebenenfalls auch geeignete alternative Beratungsangebote genannt werden.

Die Pflege- und Krankenkassen haben neben den eigenen Beratungsangeboten zusammen mit den Kommunen und Hilfeanbietern sogenannte „Pflegestützpunkte“ eingerichtet. Dort sind zumeist von den Kassen unabhängige Berater tätig, die zudem mit Unterstützungsangeboten und Institutionen vor Ort in regelmäßigem Kontakt stehen. Pflegestützpunkte sind organisatorisch oft bei Landkreisen und Kommunen angesiedelt, manchmal auch bei einem Wohlfahrtsverband. Pflegestützpunkte bieten meist eine unabhängige und qualifizierte Beratung an.

Neben dem Angebot der Pflegeberatung sind die Kassen zudem verpflichtet jedem, der einen Antrag auf Pflegeversicherungsleistungen stellt, unverzüglich eine Leistungs- und Preisvergleichsliste zu den zugelassenen Pflegeeinrichtungen (Heime und Pflegedienste) sowie zu den Angeboten zur Unterstützung im Alltag im Einzugsgebiet zuzusenden (z. B. Betreuungsgruppen oder Helferkreise).

17. Leistungen bei dauerhafter Betreuung und Pflege im Pflegeheim (§ 43)

Die Leistungen bei stationärer Pflege sehen Sie in der folgenden Tabelle. Leistungen der Pflegeversicherung, die es bei häuslicher Betreuung gibt, werden bei einem dauerhaften Aufenthalt im Pflegeheim nicht mehr gewährt.

Der Wechsel in ein Heim muss der Kasse mitgeteilt werden. Bei Pflegegrad 2-5 werden die Leistungen der Pflegeversicherung für die Heimkosten grundsätzlich ohne weitere Prüfung gewährt.

Seit 2017 ist gesetzlich geregelt, dass der Kostenanteil, der in einem Pflegeheim vom Bewohner übernommen werden muss, bei Pflegegrad 2-5 immer gleich sein muss. Hierdurch wird vermieden, dass der selbst zu tragende Kostenanteil steigt, wenn der Pflegebedarf zunimmt. Unabhängig davon kann aber der zu tragende Kostenanteil von Pflegeheim zu Pflegeheim durchaus verschieden sein. Dies hängt von den Gesamtkosten pro Bewohner ab, die in Preisverhandlungen zwischen der Einrichtung, den Pflegekassen und dem Sozialhilfeträger jährlich neu festgelegt werden.

Im Pflegeheim haben alle Bewohner einen besonderen Anspruch auf die Betreuung durch eine **zusätzliche Betreuungskraft (§ 43b)**. Für jeweils 20 Bewohner kann das Heim eine

Vollzeitkraft dafür einstellen. Erkundigen Sie sich nach dieser Betreuungsmöglichkeit und in welcher Form Ihr Angehöriger davon profitiert.

Kosten und Leistungen bei einem Pflegeheimaufenthalt

Beispiel

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Kostensatz des Pflegeheims	2.625 €	3.070 €	3.526 €	4.075 €	4.305 €
Leistungen der Pflegeversicherung	125 €	770 €	1.262 €	1.775 €	2.005 €
verbleibender Kostenanteil	2.500 €* 	2.300 €	2.300 €	2.300 €	2.300 €

Das Beispiel bezieht sich auf ein Stuttgarter Heim mit durchschnittlichen Kostensätzen. Einzelne Heime können derzeit um bis zu 400 € höher oder niedriger liegen.

* Der selbst zu tragende Kostenanteil in Pflegegrad 1 ist höher als in Pflegegrad 2-5. Dies liegt daran, dass die Regelung zu gleichen selbst zu tragenden Kostenanteilen nur Pflegegrad 2-5 betrifft und die Pflegeversicherungsleistung in Pflegegrad 1 sehr niedrig ist. Allerdings benötigen Menschen in Pflegegrad 1 in der Regel keine stationäre Betreuung.

Häufig reichen die Rente und das eigene Vermögen auf Dauer nicht aus, um die Kosten zu erstatten. Dann werden die übrigen Kosten im Rahmen der „**Hilfe zur Pflege**“ (§ 61) des **Sozialhilfegesetzes** nach Antrag beim Sozialamt übernommen. Der Heimbewohner erhält darüber hinaus einen monatlichen Barbetrag in Höhe von 90 Euro für persönliche Ausgaben.

Ein zu Hause lebender Ehepartner muss seinen Lebensstandard zwar einschränken, wenn sich das Sozialamt an den Heimkosten für den anderen Partner beteiligt. Jedoch steht ihm ein Freibetrag aus der eigenen Rente und der Rente des Partners zu, womit er seinen eigenen Lebensunterhalt weiterhin bestreiten kann. Auch die selbst bewohnte Eigentumswohnung oder das selbst bewohnte Haus muss nicht verkauft werden, um die Heimkosten des Ehepartners zu finanzieren. Erst im Erbfall stellt das Sozialamt Rückforderungen maximal bis zur Höhe des Werts des Wohneigentums. Nachweisbare Schenkungen des Pflegebedürftigen z. B. an Kinder müssen jedoch rückgängig gemacht werden und für die Heimkosten eingesetzt werden, bevor sich das Sozialamt an den Kosten beteiligt (außer die Schenkungen liegt bereits mehr als 10 Jahre zurück).

Auch die leiblichen Kinder der pflegebedürftigen Person können zu Unterhaltsleistungen für den Elternteil herangezogen werden. Ausschlaggebend ist dabei aber in der Regel nur das laufende Einkommen der leiblichen Kinder, nicht ihr Vermögen. Zahlungen für eigene unterhaltspflichtige Kinder, Miete, Lebensversicherungen und Schuldentilgungen werden dabei berücksichtigt. In der Regel wird der zu leistende Beitrag an den Heimkosten der Eltern auch bei relativ gutem Einkommen einige hundert Euro nicht überschreiten.

Weitere Informationen zu diesem Thema finden Sie im Ratgeber Nr. 3 (siehe Information auf der Titelseite).

18. Weiterführende Broschüren, Richtlinien und Bürgertelefon

Leitfaden zur Pflegeversicherung (6,- €)

Bezugsadressen

Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg

Tel. 0711 248496-60, www.alzheimer-bw.de

o. Deutsche Alzheimer Gesellschaft, Berlin

Tel. 0180 3171017, www.deutsche-alzheimer.de

Begutachtungsrichtlinien (2,50 €)

Bezugsadresse:

HK-Versand für MDS, Steinkirchen 12 ½

85617 Assling, Tel.:

08092-2324306 , Fax: 08092-2325143

E-Mail: hkversand@mds-ev.com

Als Download: <https://www.mds-ev.de/richtlinienpublikationen/pflegeversicherung/neuer-pflegebeduerftigkeitsbegriff.html>

Gemeinsames Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des Pflegeversicherungsgesetzes (gültig ab 1.1.17)

finden Sie im Internet unter:

www.gkv-spitzenverband.de (Rubrik:

„Pflegeversicherung“ - „Richtlinien, Vereinbarungen, Formulare“ - „Empfehlungen zum Leistungsrecht“)

Ratgeber zur Pflege – Alles, was Sie zur Pflege wissen müssen

Herausgeber / Bezugsadresse:

Bundesministerium für Gesundheit

Telefon 030 18 272 2721 (**kostenlose Zusendung**)

Die Broschüre kann auch über die Internetseite

www.bundesgesundheitsministerium.de

heruntergeladen werden (Rubrik:

„Publikationen“ – „Pflege“)

Gesetzestext zur Pflegeversicherung

finden Sie im Internet unter:

<http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxi/38.html> oder

http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/BJNR101500994.html

Bürgertelefon zur Pflegeversicherung des Bundesgesundheitsministeriums:

Tel. 030 / 340 60 66 – 02 (Verlässliche Auskünfte zu Regelungen der Pflegeversicherung)

19. Pflegeversicherungsleistungen im Überblick

In der Tabelle sind nur die Leistungen beim Wohnen zu Hause angegeben. Die Leistungen bei stationärer Pflege (im Pflegeheim) finden Sie in Kapitel 16.

SGB XI		Pflege-grad 1	Pflege-grad 2	Pflege-grad 3	Pflege-grad 4	Pflege-grad 5	
§ 37	Pflegegeld (reduziert sich anteilig bei Nutzung von § 36 s.u.)	–	316	545	728	901	monatlich
§ 36	Sachleistung für häusliche Pflege, hauswirtsch. Hilfe, Betreuung (bis 40% für Angebote nach § 45a nutzbar)	–	689	1.298	1.612	1.995	monatlich
§ 41	Sachleistung für Tagespflege	–	689	1.298	1.612	1.995	monatlich
§ 39	Verhinderungspflegeleistung (+ 806 € von Kurzzeitpflege übertragbar) ↑ <i>Übertragungen möglich</i>	–	1.612 (+ 806)	1.612 (+ 806)	1.612 (+ 806)	1.612 (+ 806)	jährlich
§ 42	Kurzzeitpflegeleistung (+1.612 € von Verhinderungspflege übertragbar) ↓	–	1.612 (+1.612)	1.612 (+1.612)	1.612 (+1.612)	1.612 (+1.612)	jährlich
§ 45b	Entlastungsbetrag	125	125	125	125	125	Monatlich (Anhäufung möglich bis 30.6. im Folgejahr)
§ 40	Wohnanpassung (z.B. Haltegriffe, Badumbau, Treppenlift)	4.000	4.000	4.000	4.000	4.000	Einmalig (mehrfach nach erheblicher Bedarfsänderung)
§ 40	Pflegehilfsmittel ¹⁾	ja	ja	ja	ja	ja	Höhe nach Bedarf und Genehmigung
§ 40	Pflegehilfsmittel zum Verbrauch ²⁾	40	40	40	40	40	nach Genehmigung
§ 123	Zuschlag in ambulant betreuten Wohngemeinschaften	214	214	214	214	214	monatlich
§ 44	Rentenversicherungsbeiträge für pflegende Angehörige ³⁾	–	5 - 8	8 - 13	13 - 21	19 - 30	monatlich mehr Rente nach 1 Jahr Pflege

1) z. B. Pflegebetten, Pflegelifter, Badewannenlifter, Rollstühle, Toilettenstühle und vieles mehr

2) z. B. Einmalhandschuhe, Desinfektionsmittel, saugende Bettschutzeinlagen

3) Monatlich werden 100-550 € Rentenbeiträge für pflegende Angehörige eingezahlt, u.U. auch 45 € Arbeitslosenversicherung