

**Nr. 1**

# Regelungen der Pflegeversicherung

## Antragstellung - Begutachtung - Widerspruch - Leistungen

Stand: Januar 2012  
Verfasser: Günther Schwarz

1. Wie wird der Antrag auf Leistungen gestellt?.....	2
2. Ab wann können Leistungen aus der Pflegeversicherung beansprucht werden?.....	2
3. Anleitung und Beaufsichtigung .....	4
4. Aktivierende Pflege.....	5
5. Beginn und Ende der Hilfe bei einer Verrichtung des täglichen Lebens .....	5
6. Nicht anerkannte Verrichtungen.....	5
7. Weitere Hinweise für die Anerkennung von Pflegezeiten .....	6
8. Besonderheiten für die Einstufung in die Pflegestufe 3 .....	7
9. Die Bedeutung der Zeitorientierungswerte .....	7
10. Vorbereitung auf die Begutachtung .....	8
11. Tipps für das Gespräch mit dem Gutachter.....	9
12. Einlegen eines Widerspruchs .....	9
13. Höherstufungsantrag und Neuantrag.....	10
14. Anhörungsschreiben vor Ablehnung eines Widerspruchs 1).....	10
15. Erheben einer Klage beim Sozialgericht.....	12
16. Leistungen der Pflegeversicherung .....	12
17. Leistungen bei hohem allgemeinem Betreuungsaufwand (§ 45a/b) ..	16
18. Freistellung von der Arbeit (Pflegezeitgesetz).....	18
19. Anspruch auf Pflegeberatung und Einrichtung von Pflegestützpunkten.....	18
20. Weiterführende Literatur .....	19

Weitere Ratgeber gibt es zu folgenden Themen:

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

Nr. 3 Schwerbehindertenausweis, Steuervergünstigungen und Sozialhilfeleistungen / 2,- €

Pflegetagebuch (Ergänzung zu Nr. 1 Regelungen der Pflegeversicherung) / 2,- €



**Evangelische Gesellschaft Stuttgart e.V. Alzheimer Beratungsstelle**

Büchsenstr. 34/36, 70174 Stuttgart

Telefon (0711) 2054-374 Fax: 2054-499374 [e-mail: guenther.schwarz@eva-stuttgart.de](mailto:guenther.schwarz@eva-stuttgart.de)

[www.alzheimerberatung-stuttgart.de](http://www.alzheimerberatung-stuttgart.de)  
Spenden: Evang. Kreditgenossenschaft, BLZ 600 606 06, Konto 234 567, Kennwort „Alzheimer 227155“



## 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. Manche Kassen legen dem Antragsformular einen Fragebogen bei, in dem bereits Angaben zum zeitlichen Hilfebedarf eingetragen werden sollen (Pflegetagebuch). Lesen Sie erst Kapitel 1-10 bevor Sie diese Angaben machen.

Der Bescheid über die Leistungen muss spätestens fünf Wochen nach der Antragstellung zugestellt werden.

## 2. Ab wann können Leistungen aus der Pflegeversicherung beansprucht werden?

Leistungen aus der Pflegeversicherung können keineswegs erst dann beansprucht werden, wenn ein Mensch Pflege im engeren Sinn benötigt, also z.B., wenn jemand gewaschen werden muss, Inkontinenzeinlagen gewechselt werden müssen oder ähnliches.

Ein Pflegebedarf nach der Pflegeversicherung besteht schon wesentlich früher. Bereits wenn eine andere Person (z.B. der Angehörige) anwesend sein muss, um den Pflegebedürftigen dabei anzuleiten oder zu beaufsichtigen, wenn er sich wäscht oder sich morgens anzieht, wird dies als pflegerischer Hilfebedarf anerkannt. Man spricht von einer notwendigen Anleitung oder notwendigen Beaufsichtigung bei einer „Verrichtung des täglichen Lebens“.

Zu einer Pflegeeinstufung kommt es, wenn der Hilfebedarf eines Menschen bei diesen „Verrichtung des täglichen Lebens“ eine dreiviertel Stunde am Tag übersteigt. Dieser zeitliche Hilfebedarf wird von Gutachtern des Medizinischen Dienstes, einer unabhängigen Begutachtungsstelle, bei einem Hausbesuch eingeschätzt.

Daneben hängt die Einstufung immer auch von einem zusätzlichen hauswirtschaftlichen Hilfebedarf ab. Dieser ist jedoch in der Regel immer ausreichend gegeben und wird darum selten zum Problem.

**Demenzkranke können sogar schon bevor ein Pflegeeinstufung möglich ist allein durch einen Betreuungsbedarf 100 € monatlich für spezielle Betreuungsangebote erhalten (siehe Kapitel 17).**

### Täglicher Mindestbedarf an Hilfe:

	<b>„pflegerischer“ Hilfebedarf</b>	<b>hauswirtschaftlicher Hilfebedarf</b>	<b>Gesamter Hilfebedarf</b>
<b>Pflegestufe 1</b>	im Tagesdurchschnitt über <b>45 Minuten</b> und wenigstens 2 Verrichtungen am Tag	im Tagesdurchschnitt <b>45 Minuten</b> bei mehrfachem Bedarf in der Woche	durchschnittl. <b>90 Minuten</b>
<b>Pflegestufe 2</b>	im Tagesdurchschnitt <b>2 Stunden</b> , wenigstens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten	im Tagesdurchschnitt <b>1 Stunde</b> bei mehrfachem Bedarf in der Woche	durchschnittl. <b>3 Stunden</b>
<b>Pflegestufe 3</b>	im Tagesdurchschnitt <b>4 Stunden</b> bei einem Bedarf „rund um die Uhr“	im Tagesdurchschnitt <b>1 Stunde</b> bei mehrfachem Bedarf in der Woche	durchschnittl. <b>5 Stunden</b>

Die Pflegestufe hängt im Wesentlichen von dem durchschnittlichen „pflegerischen“ Hilfebedarf in Minuten am Tag ab (über 45 Minuten = Stufe 1; ab zwei Stunden = Stufe 2; ab vier Stunden plus nächtlicher Hilfe = Stufe 3).

Da die Begutachtung in relativ kurzer Zeit durchgeführt wird, sind Fehleinschätzungen nicht auszuschließen. Gutachter können die Pflegesituation oft nicht ausreichend übersehen. Deshalb sollte man sich gut auf die Begutachtungssituation vorbereiten (Kapitel 3-11). Kommt es zu einer Fehleinschätzung, sollten Sie in jedem Fall Widerspruch einlegen (Kapitel 12).

Zur groben Orientierung kann man davon ausgehen, dass Demenzzranke die Pflegestufe 1 zuerkannt bekommen sollten, wenn ein ständiger Anleitungsbedarf während des Ankleidens und bei der täglichen Körperpflege gegeben ist. Pflegestufe 2 ist in der Regel erreicht, wenn auch während des Toilettengangs ständig Beaufsichtigung und Anleitung erforderlich sind.

Zu den „Verrichtungen des täglichen Lebens“, die bei der Festsetzung der Pflegestufe eine Rolle spielen, gehören leider nicht alle wirklich notwendigen Verrichtungen, sondern nur diejenigen, die im Gesetz benannt sind (siehe unten im Kasten).

**pflegerische Verrichtungen des täglichen Lebens**  
**entsprechend dem Pflegeversicherungsgesetz sind:**

- **Waschen, Baden, Duschen;**
- **Zahnpflege und Mundpflege, Kämmen, Rasieren;**
- **mundgerechtes Zubereiten und Aufnahme der Nahrung;**
- **Darm- und Blasenentleerung;**
- **Aufstehen und Zubettgehen, notwendiges Umlagern im Bett;**
- **An- und Auskleiden;**
- **unvermeidbare Gänge außer Haus;**

**Hinweise:**

- Jeder Gang im Haus oder in der Wohnung, der mit einer Pflegeverrichtung zu tun hat (z.B. der Gang zur Toilette, um Wasser zu lassen), gehört zur Verrichtung dazu und wird zeitlich anerkannt, wenn dabei Hilfe oder Aufsicht notwendig ist.
- als mundgerechtes Zubereiten der Nahrung werden nur spezielle notwendige Vorbereitungen, wie passieren des Essens, zerkleinern von Fleisch oder zerschneiden einer Brotscheibe in mundgerechte Stücke verstanden. Das Schmieren von Broten oder Herrichten des Essens wird als normale hauswirtschaftliche Tätigkeit angesehen.
- Bei Darm- und Blasenentleerung werden auch das Entleeren und Reinigen eines Toilettenstuhls anerkannt und nach Fehlhandlungen (Kotschmierern) werden zusätzlich notwendige Pflegeverrichtungen (z.B. Waschen, Kleidung wechseln) anerkannt.
- Unvermeidbare Gänge außer Haus werden nur anerkannt, wenn sie jede Woche und auf Dauer notwendig sind. Es werden nur Fahrten oder Gänge zu einem Arzt, zu einem Krankengymnasten oder einer anderen ärztlich veranlassten Therapie anerkannt, zu denen der Pflegebedürftige eine Begleitung braucht. Fahrt und Wartezeiten werden anerkannt. Vom Arzt empfohlene Spaziergänge oder die Fahrt zu einer Tagespflege werden nicht als unvermeidbare Gänge anerkannt.

- Regelmäßiges Umlagern eines stark bewegungseingeschränkten Menschen zur notwendigen Vorbeugung von Druckgeschwüren (Dekubitus) im Bett oder auch z.B. im Liegesessel ist anzuerkennende Pflegezeit.
- Haare waschen, Haare trocknen (z.B. fönen) sowie Haut- und Gesichtspflege sind anzuerkennende Pflegezeit.
- Fingernägel und Haare schneiden, Schminken, Frisuren legen, ebenso wie die Hilfe oder Aufsicht bei der Einnahme von Medikamenten werden nicht als pflegerische Verrichtungen anerkannt.

### 3. **Anleitung und Beaufsichtigung**

Ein Hilfebedarf wird wie bereits erwähnt nicht nur bei der Übernahme einer Pflegeverrichtung zeitlich anerkannt, sondern genauso, wenn eine Anleitung, Beaufsichtigung, teilweise Übernahme oder Unterstützung notwendig ist. Dies ist bei Alzheimer- und Demenzerkrankten häufig der Fall.

#### **Beispiel 1**

Wenn es immer wieder vorkommt, dass Kleidungsstücke verkehrt oder in der falschen Reihenfolge angezogen werden, ist während der ganzen Zeit des Ankleidens Beaufsichtigung und gegebenenfalls Anleitung notwendig. Die ganze Zeit des Dabei seins muss deshalb als zeitlicher Hilfebedarf anerkannt werden.

*Originaltextstellen aus den Begutachtungsrichtlinien:*

*„Anleitung bedeutet, dass die Pflegeperson bei einer konkreten Verrichtung den Ablauf der einzelnen Handlungsschritte oder den ganzen Handlungsablauf anregen, lenken oder demonstrieren muss. Dies kann insbesondere dann erforderlich sein, wenn der Antragsteller trotz vorhandener motorischer Fähigkeiten eine konkrete Verrichtung nicht in einem sinnvollen Ablauf durchführen kann.*

*Zur Anleitung gehört auch die Motivierung des Antragstellers zur selbständigen Übernahme der regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens.*

*Bei der Beaufsichtigung steht zum einen die Sicherheit beim konkreten Handlungsablauf der Verrichtung im Vordergrund. Z.B. ist Beaufsichtigung beim Rasieren erforderlich, wenn durch unsachgemäße Benutzung der Klinge oder des Stroms eine Selbstgefährdung gegeben ist.*

*Zum anderen kann es um die Kontrolle darüber gehen, ob die betreffenden Verrichtungen in der erforderlichen Art und Weise durchgeführt werden.“*

Unter Anleitung sind also auch notwendige motivierende Gespräche oder Ermunterungen zu verstehen.

#### **Beispiel 2**

Wenn eine Person zwar selbständig essen kann oder sich anziehen kann, aber dies nicht ohne wiederholte Ermunterungen tut, oder, wenn alleine die Anwesenheit einer Pflegeperson notwendig ist, damit sie es tut, ist die Zeit dieser notwendigen Anwesenheit als Pflegezeit anzuerkennen.

Eine Anleitung kann auch durch Zeigen oder Vormachen erfolgen.

## 4. Aktivierende Pflege

Solange jemand noch Teile einer Verrichtung selbständig übernehmen kann, soll er dies tun, auch wenn die Pflege dadurch mehr Zeit in Anspruch nimmt, als wenn die Pflegeperson ihm diese Tätigkeit einfach abnimmt. Die längere Zeit für diese so genannte „aktivierende Pflege“ muss bei der Einstufung berücksichtigt werden. Die Pflegeversicherung unterstützt die Erhaltung und Förderung der Selbständigkeit.

### Beispiel 3

Die pflegebedürftige Person ist nicht mehr in der Lage, sich die Bluse oder das Hemd anzuziehen. Mit etwas geduldiger Anleitung kann sie jedoch einige Knöpfe selbst schließen. Dies dauert dann länger, als wenn die Pflegeperson an ihrer Stelle die Knöpfe geschlossen hätte. Der Gutachter muss die längere Zeit als Hilfebedarf bei der Einstufung berücksichtigen.

**Wichtig:** Die Zeit für aktivierende Pflege wird jedoch nur dann für die Einstufung anerkannt, wenn sie auch tatsächlich erbracht wird. Ein alleiniger Bedarf an aktivierender Pflege genügt nicht (vergleiche Kapitel 7).

## 5. Beginn und Ende der Hilfe bei einer Verrichtung des täglichen Lebens

Alle vorbereitenden und nachbereitenden Tätigkeiten, die mit einer Verrichtung in direktem Zusammenhang stehen, gehören zum zeitlich anerkannten Hilfebedarf.

### Beispiel 4

Die „Hilfe beim Baden“ beginnt bereits mit dem Herrichten der Badeutensilien. Muss anschließend der Pflegebedürftige noch motiviert oder geduldig auf das Baden eingestimmt werden, gehört auch diese Zeit zum anzuerkennenden Hilfebedarf. Es folgt die Begleitung zum Bad, das Ausziehen, in die Badewanne Steigen und gegebenenfalls die notwendige Aufsicht, Anleitung oder Unterstützung beim Baden (einschließlich Haare waschen). Wird das Baden zwischendurch vom Pflegebedürftigen unterbrochen, da er ängstlich wird, die Notwendigkeit des Badens nicht einsehen kann oder ähnliches, gehört auch die Zeit des erneuten Motivierens zur Verrichtung. Das heißt, dem Angehörigen gelingt es z.B. durch geduldiges Eingehen oder Ablenken, den Pflegebedürftigen wieder zum Gang ins Bad zu bewegen.

Die Verrichtung „Baden“ ist beendet, wenn der Pflegebedürftige abgetrocknet wurde, die Haare gefönt und gekämmt wurden, er wieder aus dem Bad begleitet wurde und die Badeutensilien aufgeräumt wurden. Muss er beim Gang aus dem Bad unterstützt werden, gehört auch diese Zeit zum anerkannten zeitlichen Hilfebedarf.

Voraussetzung dafür, dass die ganze Zeit während einer Verrichtung als Pflegezeit anerkannt wird, ist, dass ständig zumindest eine Beaufsichtigung oder eine Anleitung nötig ist. Die Pflegeperson muss sich in dieser Zeit überwiegend im selben Raum wie der Pflegebedürftige aufhalten.

## 6. Nicht anerkannte Verrichtungen

Es ist wichtig, sich immer wieder vor Augen zu halten, dass alle Betreuungs- und Pflegetätigkeiten, die nicht zu den im Pflegeversicherungsgesetz beschriebenen Verrichtungen gehören, bei der Einstufung nicht berücksichtigt werden.

Das heißt, alle Tätigkeiten, die nicht in direktem Zusammenhang zu den auf Seite 3 genannten „Verrichtungen“ stehen, sind für die Ermittlung des täglichen Hilfebedarfs, aus

dem sich die Pflegestufe ergibt, belanglos. Dies ist leider auch der Fall, wenn einige dieser Tätigkeiten genauso wichtig oder sogar noch wichtiger sind als die, die für die Einstufung maßgeblich sind. Zu den nicht berücksichtigbaren Tätigkeiten gehören z.B. die über den Tag hinweg notwendige beständige Aufsicht, damit keine Selbst- oder Fremdgefährdungen auftreten (etwa Anstellen der Herdplatten) sowie die Strukturierung des Tagesablaufs und die Anwesenheit und Zuwendung während des Tages, damit die notwendige Sicherheit und Vertrauen beim Kranken entstehen. Aus diesen Gründen kann es durchaus vorkommen, dass Alzheimer-Patienten im Frühstadium in die „Pflegestufe 0“ (Ablehnung des Antrags) eingestuft werden, obwohl sie im Grunde völlig hilflos und auf ständige Unterstützung und Begleitung durch andere Menschen angewiesen sind. Solange sie nach einer kurzen Aufforderung oder Erinnerung die auf Seite 3 genannten Verrichtungen des täglichen Lebens selbständig ausführen, werden 45 Minuten Hilfebedarf am Tag nicht anerkannt.

Um im Frühstadium einer Demenzerkrankung eine Einstufung in die Pflegestufe 1 zu erreichen, ist es deshalb wichtig, ganz detailliert jede notwendige Anleitung und Beaufsichtigung in Zusammenhang mit einer „Verrichtung des täglichen Lebens“ als zeitlichen Hilfebedarf anerkennen zu lassen.

**Achtung:** Medizinisch-pflegerische Verrichtungen, wie die Versorgung von Wunden, die Aufsicht bei der Medikamenteneinnahme, die Gabe von Injektionen oder Krankengymnastik werden ebenfalls nicht als Pflegezeit anerkannt. Werden diese Verrichtungen von professionellen Kräften durchgeführt, sind sie vom Arzt zu verordnen und über die Krankenkasse abzurechnen.

## 7. Weitere Hinweise für die Anerkennung von Pflegezeiten

- Der „**Bedarf**“ an Hilfe wird anerkannt. Steht aus irgendwelchen Gründen die notwendige Zeit zur Pflege nicht zur Verfügung, muss der Gutachter für die Einstufung trotzdem die Zeit zugrunde legen, die für eine ausreichende Pflege notwendig wäre. Darüber hinaus muss er Maßnahmen anregen, um die Pflege sicherzustellen. (Eine Ausnahme stellt die „aktivierende“ Pflege dar. Sie wird nicht aufgrund ihres Bedarfs anerkannt, sondern nur, wenn sie auch tatsächlich geleistet wird.)
- Das notwendige **Eingehen auf Ängste, Unsicherheiten, Aggressionen, fehlende Motivation oder Unruhe** während einer „Verrichtung“ ist immer Pflegezeit. Der entstehende Hilfebedarf darf nicht pauschal mit dem Hinweis z.B. auf beruhigende oder angstlösende Medikamente in Abrede gestellt werden (siehe dazu auch Hinweis in Kapitel 8, letzter Absatz).
- Auch **mehrmalige kurze Verrichtungen**, wie z.B. häufige Aufforderungen zum Trinken am Tag, **sind anerkannte Zeiten**. Sie fallen über den Tag hinweg zusammengerechnet durchaus ins Gewicht (10 x 2 Minuten Auffordern und Beaufsichtigen des Trinkens ergeben 20 Minuten am Tag)
- Wenn **zwei Personen** für eine Verrichtung gebraucht werden, ist **doppelte Pflegezeit** anzurechnen.
- Bei der **Häufigkeit von Baden, Duschen sowie anderen Verrichtungen** muss der Gutachter sich in erster Linie nach den **individuellen Lebensgewohnheiten** des Pflegebedürftigen richten. Viele Menschen sind es gewohnt, ein- oder auch zweimal am Tag zu duschen. Die Häufigkeit muss lediglich im Rahmen „kulturell bedingter Normen“ liegen.

- Bei der Einschätzung des zeitlichen Hilfebedarfs muss immer von **einer Pflege durch Laien** und nicht durch professionelle Pflegekräfte ausgegangen werden, auch wenn sich der Pflegebedürftige beispielsweise im Pflegeheim befindet. (Allerdings wird z.B. nicht der höhere Zeitbedarf einer älteren Pflegeperson berücksichtigt. Es wird generell vom Leistungsvermögen einer gesunden, etwa 60 Jahre alten Frau ausgegangen.)
- Befindet sich die pflegebedürftige Person bei der Begutachtung **nicht in der häuslichen Umgebung**, sondern in einem Krankenhaus oder im Pflegeheim, müssen trotzdem die Pflegezeiten zugrunde gelegt werden, die in einer **durchschnittlichen häuslichen Wohnsituation** bei Pflege durch Laien notwendig wären.

## 8. Besonderheiten für die Einstufung in die Pflegestufe 3

Neben einem pflegerischen Hilfebedarf von mindestens vier Stunden täglich ist für die Einstufung in die Pflegestufe 3 zusätzlich ein pflegerischer Hilfebedarf in jeder Nacht (zwischen 22 Uhr und 6 Uhr) notwendig.

### Beispiel 5

Zumindest einmal in der Nacht muss beispielsweise eine der folgenden Verrichtungen notwendig sein: die Inkontinenzeinlagen wechseln, beim Toilettengang beaufsichtigen oder nach nächtlichem Umherirren den Pflegebedürftigen zurück ins Bett bringen (Anleitung und Unterstützung beim Zubettgehen). Die Hilfe kann auch zu festen Zeiten erfolgen, z.B. ein regelmäßiger Toilettengang um 1.00 Uhr, um Inkontinenz zu vermeiden (vom Arzt empfohlenes Toilettentraining), oder das notwendige Umlagern eines Bettlägerigen zu bestimmten Zeiten, um Druckgeschwüren vorzubeugen.

Sind Demenzerkrankte in der Nacht unruhig, darf der Gutachter einen Hilfebedarf nicht in Abrede stellen, indem er auf den möglichen Einsatz von Beruhigungsmitteln, Bettgitter oder Bettgurte verweist. Beruhigungsmittel sind medizinische Behandlungsmaßnahmen, die vom behandelnden Arzt zu therapeutischen Zwecken verordnet werden.

## 9. Die Bedeutung der Zeitorientierungswerte

Den Gutachtern sind für die zeitliche Einschätzung des Hilfebedarf Zeitorientierungswerte (sogenannte Zeitkorridore) vorgegeben. Die Zeitorientierungswerte gehen jedoch von einer unproblematischen „vollständigen Übernahme“ einer Pflegeverrichtung aus. Deshalb sind sie bei der Pflege Demenzkranker oft nicht zutreffend und dürfen vom Gutachter nicht einfach zugrunde gelegt werden. Wehren Sie sich durch einen Widerspruch gegen solche Vorgehensweisen.

Entsprechend den Begutachtungsrichtlinien ist ein höherer Zeitaufwand als nach den Zeitorientierungswerten zu erwarten und vom Gutachter zu berücksichtigen,

- wenn Demenzkranke bei Verrichtungen geduldig angeleitet und beaufsichtigt werden, und aktivierende Pflege durchgeführt wird (das ist sehr häufig der Fall),
- wenn Abwehrverhalten des Pflegebedürftigen die Übernahme einer Verrichtung behindert (auch einschließende unkontrollierte Bewegungen),
- wenn allgemeine Erschwernisfaktoren wie z.B. hohes Körpergewicht, starke Schmerzen oder ein zeitaufwendiger Einsatz technischer Hilfsmittel gegeben sind.

Die Gutachter sind angehalten, die individuelle Pflegesituation zu berücksichtigen.

**Die Zeitorientierungswerte zur Information (für Demenzkranke in der Regel nicht zutreffend!):**

**Waschen:** Ganzkörperwäsche: 20-25 Min.; Teilwäsche Oberkörper: 8-10 Min.; Teilwäsche Unterkörper: 12-15 Min.; Teilwäsche Hände/Gesicht): 1-2 Min.; **Duschen:** 15-20 Min.; **Baden:** 20-25 Min.;

**Zahnpflege:** 5 Min.; **Kämmen:** 1-3 Min.; **Rasieren:** 5-10 Min.;

**Darm- und Blasenentleerung:** Wasserlassen (Intimhygiene, Toilettenspülung): 2-3 Min.; Stuhlgang (Intimhygiene, Toilettenspülung): 3-6 Min.; Richten der Bekleidung: insgesamt 2 Min.; Wechseln von Windeln (Intimhygiene, Entsorgung) nach Wasserlassen: 4-6 Min. und nach Stuhlgang: 7-10 Min.; Wechsel kleiner Vorlagen: 1-2 Min.; Wechseln/Entleeren des Urinbeutels: 2-3 Min.; Wechseln/Entleeren des Stomabeutels: 3-4 Min.;

**Mundgerechte Zubereitung** einer Hauptmahlzeit (einschließlich das Bereitstellen eines Getränkes): je 2-3 Min.;

**Essen** von Hauptmahlzeiten einschließlich Trinken (max. 3 Hauptmahlzeiten pro Tag): je 15-20 Min.;

**Verabreichen von Sondenkost** (inklusive Reinigen des Geräts): 15-20 Min. **pro Tag.**

Einfache Hilfe zum **Aufstehen/Zu-Bett-Gehen:** je 1-2 Min.; Umlagern: 2-3 Min.;

**An- und Auskleiden ;** Ankleiden gesamt: 8-10 Min.; Ankleiden Oberkörper/Unterkörper: 5-6 Min.; Entkleiden gesamt: 4-6 Min.; Entkleiden Oberkörper/Unterkörper: 2-3 Min.

## 10. Vorbereitung auf die Begutachtung

Der beste Weg sich auf eine Begutachtung vorzubereiten ist, sich über ein paar Tage hinweg den Zeitbedarf bei einzelnen Verrichtungen zu notieren und in Stichworten die dazugehörigen Einzelschritte aufzuschreiben. Ein solcher Aufschrieb wird auch als „Pflegetagebuch“ bezeichnet.

Bei der Alzheimer Beratungsstelle können Sie eine Vorlage für ein Pflegetagebuch mit wichtigen Hinweisen und Hilfen zur Errechnung der durchschnittlichen täglichen Pflegezeit anfordern. Sie können aber auch selbst eine Vorlage nach folgendem Schema anfertigen. (Die Pflegetagebücher der Krankenkassen oder des Medizinischen Dienstes sind zum Teil leider ungeeignet, da Verrichtungen fehlen oder sie unklar und zu allgemein gehalten sind)

### Beispiel für die Eintragung in ein Pflegetagebuch:

	Uhrzeit von - bis		Dauer (Minuten )
<b><u>Aufstehen, Toilettengang, Umziehen, Körperpflege:</u></b> <i>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</i>	8.12	9.19	67
<i>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.</i>			
<b><u>Frühstücken (Essen):</u></b> <i>Beim Frühstücken muss ich ihn immer wieder motivieren. Er verwechselt manchmal das Besteck und hört auf zu essen, wenn ich nicht im Zimmer</i>	9.21	9.56	34

Ein Pflegetagebuch sollte dem Gutachter bei seinem Besuch ausgehändigt werden. Er muss die Informationen darin aufnehmen und verwerten (fertigen Sie sich aber zuvor eine Kopie davon an, die Sie selbst behalten). Händigen Sie dem Gutachter auch vorliegende Krankenhausberichte und ähnliches aus.

Der Gutachter muss bei Demenzerkrankten den Angaben der Pflegepersonen neben seiner eigenen Einschätzung einen hohen Stellenwert einräumen (in den Begutachtungsrichtlinien Kapitel D/4.0/III/8./a. heißt es: „ ... **deshalb sind ergänzend die Angaben von Angehörigen und Pflegenden sowie die Einsicht in die Pflegedokumentation immer notwendig** ...“). Darüber hinaus wird er in den Richtlinien darauf hingewiesen, dass Demenzkranke ihre eigene Selbständigkeit meist überschätzen und in der Begutachtungssituation oft kompetenter wirken, als sie es tatsächlich sind.

## **11. Tipps für das Gespräch mit dem Gutachter**

- Bemühen Sie sich, dem Gutachter in der begrenzten Zeit für die Begutachtung (meist zwischen 20 und 40 Minuten) die Informationen zu vermitteln, die für die Pflegeeinstufung wichtig sind (Zeitbedarf bei den „Verrichtungen des täglichen Lebens“).
- Beantworten Sie Fragen des Gutachters möglichst klar und kurz. 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.
- Machen Sie klare Zeitangaben zum Hilfebedarf bei den „Verrichtungen des täglichen Lebens“. Weicht Ihre Einschätzung des Hilfebedarfs von der des Gutachters ab, muss der Gutachter dies dokumentieren und seine abweichende Meinung im Gutachten begründen.
- Bitten Sie um ein zusätzliches gesondertes Gespräch mit dem Gutachter, wenn Sie im Beisein des Kranken nicht über alles sprechen können. Der Gutachter muss auf diesen Bitte eingehen. Falls nicht, bemängeln Sie dies in Ihrem Widerspruch.
- Falls der Gutachter einen ungünstigen Termin für seinen Besuch vorschlägt, muss er Ihnen einen Ausweichtermin vorschlagen. Sie können auch um die Absprache des Termins mit einer anderen Person bitten.

## **12. 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 die Pflegesituation 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 wollen. Wenn Sie noch dazuschreiben, dass Sie eine nähere Begründung nachreichen, haben Sie genügend Zeit, um z.B. ein Pfl egetagebuch anzufertigen.

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

Die beste Begründung für einen Widerspruch ist ein Pfl egetagebuch (siehe Kapitel 10). In ihm wird der tatsächliche Hilfebedarf dokumentiert. Falls Sie dem Gutachter beim ersten Besuch bereits einen solchen Aufschrieb mitgegeben haben, legen Sie Ihrem Widerspruch lediglich eine weitere Kopie bei und weisen darauf hin, dass sich nach ihren Aufzeichnungen eine höhere Einstufung ergeben müsste.

Um näheres darüber zu erfahren, wie der Gutachter zu seiner Einstufung kam, können Sie sein Gutachten bei der Pflegekasse einsehen, bzw. eine Kopie anfordern.

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 Symptome eingegangen werden, die einen höheren zeitlichen Aufwand in der Pflege zur Folge haben, wie z.B. Bewegungs- und Koordinationsstörungen, Langsamkeit, Ängstlichkeit, Unruhe oder aggressive Reaktionen (ein Musterattest ist über die Alzheimer Beratungsstelle zu erhalten),
- die Pflegedokumentation eines Pflegedienstes oder des Pflegeheimes.

### **13. Höherstufungsantrag und Neuantrag**

Ein Widerspruch wie auch eine Klage beziehen sich immer rückwirkend auf den Zeitpunkt der Antragstellung.

Sobald der Hilfebedarf zunimmt, kann deshalb unabhängig davon, ob gerade ein Widerspruch gestellt wurde oder nicht, immer auch ein Höherstufungsantrag gestellt werden. 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 Pflegebedarfs offensichtlich keine höhere Pflegestufe begründet.

### **14. Anhörungsschreiben vor Ablehnung eines Widerspruchs <sup>1)</sup>**

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 anzugeben bzw. auf Fehler und Fehleinschätzungen bei der Zweitbegutachtung aufmerksam zu machen (Sie können zuvor eine Kopie des Zweitgutachtens bei der Kasse anfordern).

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 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.

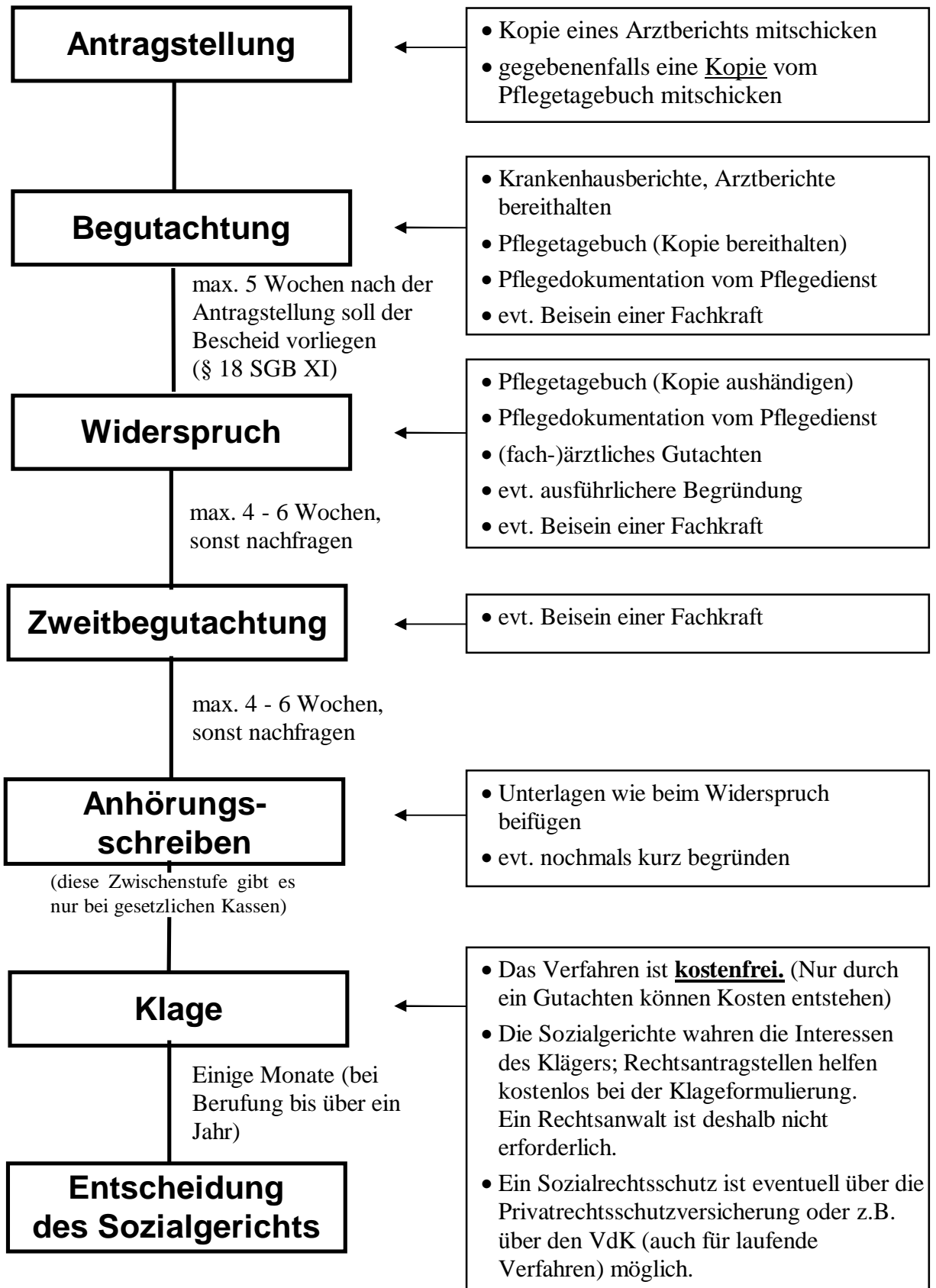
Nach der Prüfung im Ausschuss kann die Pflegekasse Ihren Widerspruch entweder anerkennen oder sie sendet Ihnen dann den eigentlichen Ablehnungsbescheid zu.

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

<sup>1)</sup> 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.

## Abläufe bei der Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung

### wichtige Unterlagen:



## 15. 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 veranlasstes 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. 60 €) einen Sozialrechtsschutz an, der sofort in Kraft tritt. Teilweise ist ein Sozialrechtsschutz auch bei einer allgemeinen Rechtsschutzversicherung mit enthalten.

## 16. Leistungen der Pflegeversicherung

Leistungen der Pflegeversicherung können wahlweise in unterschiedlicher Form gewährt werden.

### Monatliche Leistungen:

	<b>Geldleistung</b>	<b>Sachleistung zur häuslichen Pflege und Tages-/Nachtpflege</b>	<b>Daueraufenthalt im Pflegeheim</b>
<i>Pflegestufe 1</i>	235 €	450 €	1023 €
<i>Pflegestufe 2</i>	440 €	1100 €	1279 €
<i>Pflegestufe 3</i>	700 €	1550 €	1550 €

**Sachleistungsbeträge** werden ausschließlich für den Einsatz anerkannter Pflegedienste und Pflegeeinrichtungen gewährt. Der Leistungsbetrag wird direkt an die Einrichtung überwiesen. Die **Geldleistung** steht demgegenüber dem Pflegebedürftigen frei zur Verfügung. Er kann den Betrag z.B. an Angehörige weitergeben.

Hinweis: Kreuzen Sie im Antrag an die Pflegekasse das Feld „**Kombinationsleistung**“ an, wenn Sie sowohl Geldleistung als auch Sachleistung beziehen wollen. Das folgende Rechenbeispiel zeigt, wie eine Kombinationsleistung aussehen kann:

## Rechenbeispiel:

Anerkannt wurde Pflegestufe 2

<u>Entstehende Kosten pro Monat:</u>	<u>Leistungen der Pflegeversicherung:</u>
Pflegedienst 275 € (nur abrechenbare Sachkostenanteile)	Sachleistung 275 € (das sind ca. 25% von 1100 €) + anteiliges Pflegegeld 330 € (das sind 75% von 440 €)

Sach- und Geldleistung werden anteilig erstattet. Werden wie im Rechenbeispiel 25% vom Sachleistungshöchstbetrag verbraucht, so können als Geldleistung nur noch 75% (100% - 25%) vom Geldleistungshöchstbetrag ausbezahlt werden.

## Höhere Leistungen bei Tagespflegenutzung

Übernimmt die Pflegekasse die Kosten für die Betreuung in einer Tagespflege, bleiben weiterhin die volle Sachleistung für einen Pflegedienst oder das ganze Pflegegeld zur Verfügung, solange die Tagespflege nicht mehr als 50% des Sachleistungsbetrags beansprucht. Auf diese Weise können sich die Leistungen um das Eineinhalbfache erhöhen. Erst wenn die Tagespflege über 50% der Leistungen beansprucht, vermindern sich die anderen Leistungsanteile entsprechend wie die folgende Übersicht zeigt:

Sachleistung für Tages- oder Nachtpflege	Geldleistung oder Sachleistung für häusliche Pflege
10%	100% (voll erhalten)
20%	100% (voll erhalten)
30%	100% (voll erhalten)
40%	100% (voll erhalten)
50%	100% (voll erhalten)

Sachleistung für Tages- oder Nachtpflege	Geldleistung oder Sachleistung für häusliche Pflege
60%	90% (insges. 150%)
70%	80% (insges. 150%)
80%	70% (insges. 150%)
90%	60% (insges. 150%)
100%	50% (insges. 150%)

## Rechenbeispiele:

(bei Pflegestufe 2):

Leistungsart	Betrag	Anteil vom Höchstbetrag
Sachleistung für Tagespflege	330 €	= 30%
Geldleistung (Pflegegeld)	440 €	= 100%

(bei Pflegestufe 2):

Leistungsart	Betrag	Anteil vom Höchstbetrag
Sachleistung für Tagespflege	770 €	= 70%
Sachleistung für häusliche Pflege	880 €	= 80%

## Gemeinsamer Sachleistungsbezug durch mehrere Pflegebedürftige

Mehrere Pflegebedürftige, die in einer Wohngemeinschaft zusammenleben (auch Ehepaare), können ihre Sachleistungen für häusliche Pflege zusammenlegen und gemeinsam nutzen

(poolen). Sie können damit nicht nur die Pflege und hauswirtschaftliche Hilfe finanzieren, wie es beim individuellen Leistungsbezug möglich ist, sondern zudem auch Kosten für die Betreuung. Der Gesetzgeber will dadurch insbesondere die gemeinsame Betreuung und Pflege von Menschen in Pflegewohngemeinschaften erleichtern. Solche Wohngemeinschaften sind keine Pflegeheime, sondern größere Wohnungen, in die mehrere Pflegebedürftige gemeinsam einziehen, eine Betreuungsperson engagieren und Pflege durch einen Pflegedienst oder auch Einzelpflegekräfte erhalten.

### **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. einige Zeit nicht zuhause sind. In Pflegeheimen gibt es meist einzelne Kurzzeitpflegeplätze, die von wechselnden Gästen belegt werden. Für Kurzzeitpflege können pro Jahr bei allen Pflegestufen **1550 €** beansprucht werden. Übernommen werden von der Pflegeversicherung allerdings nur die Pflegekosten. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung (etwa 30 € am Tag) müssen in jedem Fall selbst bezahlt werden.

Die Leistungen für Kurzzeitpflege als auch für die nachfolgend beschriebene Verhinderungspflege können jeweils für 28 Tage im Jahr in Anspruch genommen werden. Beide Leistungen müssen nicht an einem Stück im Jahr in Anspruch genommen werden, sondern können über beliebig viele Tage verteilt werden.

### **Verhinderungspflege (oder Ersatzpflege) § 39**

**Zusätzlich** zur Leistung für Kurzzeitpflege werden pro Jahr nochmals **1550 €** für Kosten gewährt, die entstehen, wenn die üblicherweise pflegende Person (z.B. der Angehörige) für eine bestimmte Zeit durch eine andere Person oder einem Pflegedienst ersetzt wird. Als Gründe für die „Verhinderung“ der üblicherweise pflegenden Person werden Krankheit, Urlaub, ein zeitweiser Entlastungsbedarf des Angehörigen oder auch andere Gründe anerkannt. Wird die Ersatz- oder Verhinderungspflege durch eine Person geleistet, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grad verwandt (Kinder, Enkel, Geschwister, Eltern, Großeltern) oder verschwägert ist, kann nur ein nachweisbarer Aufwand wie Fahrtkosten oder ein Verdienstausschuss bezuschusst werden (zusätzlich eine Pauschale in Höhe des täglichen Pflegegelds). Bei anderen Personen (z.B. Nachbarn, Bekannte) wird von einer „erwerbsmäßigen Pflege“ ausgegangen. Deshalb kann bei ihnen auch ein gezahltes Stundenentgelt oder eine Tagespauschale über die Verhinderungspflegeleistung bezuschusst werden.

An Tagen, für die Verhinderungspflegeleistungen beansprucht werden und die Pflegevertretung mindestens acht Stunden im Einsatz ist, ruht der Anspruch auf Pflegegeld (außer am ersten und letzten Tag der Verhinderungspflege). Das monatliche Pflegegeld wird dann um ca. ein Dreißigstel für jeden dieser Tage gekürzt.

Um Leistungen für Verhinderungspflege in Anspruch nehmen zu können, muss bereits ein halbes Jahr lang gepflegt worden sein. Ein Antrag kann auch rückwirkend gestellt werden.

Leistungen zur Verhinderungspflege werden auch erstattet, wenn die Verhinderungspflege **stundenweise** (unter 8 Stunden am Tag) erbracht wird (z.B. auch durch einen Helferkreis oder eine Betreuungsgruppe). Vorteilhaft ist, dass dann weder der Anspruch auf Pflegegeld ruht, noch die Tage auf die Höchstanspruchsdauer von 28 Tagen im Jahr angerechnet werden.

(Die Regelung ist durch das gemeinsame Rundschreiben der Spitzenverbände der

Pflegekassen zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des PflegeVG vom 15.07.2008 festgelegt.)

Die Verhinderungspflegeleistung kann auch für einen **weiteren Kurzzeitpflegeaufenthalt** in einem Pflegeheim eingesetzt werden. Damit können Kurzzeitpflegeaufenthalte praktisch mit bis zu 2 x 1550 € also insgesamt 3100 € im Jahr bezuschusst werden.

### **Laufende Verbrauchsmittel**

Für sogenannte „laufende Verbrauchsmittel“ wie Desinfektionsmittel, Einmalhandschuhe oder ähnliches kann die Pflegekasse bei gegebenem Bedarf bis zu 31 € monatlich gewähren.

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

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

### **Technische Hilfsmittel zur Pflege**

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 Handlauf in der Wohnung, ein Lifter 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.

Technische Hilfsmittel, die nicht zur Pflege, sondern zur Behandlung einer Erkrankung erforderlich sind, werden von der Krankenkasse nach Verordnung durch den Arzt finanziert.

### **Wohnungsanpassung**

Für notwendige Umbaumaßnahmen in der Wohnung kann die Pflegekasse ebenfalls einen Zuschuss von 2550 € pro Maßnahme gewähren. Es wird jedoch eine angemessene Eigenbeteiligung erwartet, die von den Einkommensverhältnissen abhängig ist. Zu notwendigen Umbaumaßnahmen kann z.B. die Verbreiterung von Türen, Beseitigung von Schwellen oder der Einbau einer bodengleichen Dusche gehören. Die Umbaumaßnahme wird bei der Pflegekasse beantragt.

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, Besteuerung**

Für pflegende Angehörige, die mindestens 14 Stunden in der Woche pflegen und nicht mehr als 30 Stunden in der Woche erwerbstätig sind, werden Beiträge in die Rentenversicherung gezahlt. Die Beiträge können zwischen 120 und 380 € monatlich liegen. Sie hängen von der Pflegestufe und dem Pflegeaufwand ab. Maßgeblich für die anerkannte Pflegezeit sind die vom Gutachter anerkannten Zeiten, die die Pflegeperson für **Pflege und hauswirtschaftliche Versorgung** wöchentlich aufbringt.

Ebenso sind pflegende Angehörige kostenlos in der gesetzlichen Unfallversicherung versichert. Sowohl die Renten- als auch die Unfallversicherung muss unter Umständen gesondert bei der Pflegekasse des Pflegebedürftigen beantragt werden.

Leistungen aus der Pflegeversicherung sind für den Pflegebedürftigen grundsätzlich steuerfrei. 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.

### **Härtefallregelung**

Liegt ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vor, können durch eine Anerkennung als Härtefall Leistungen beansprucht werden, die über die in Pflegestufe 3 gewährten hinausgehen. Für die Anerkennung als Härtefall muss mindestens eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt sein:

- Entweder muss pro Tag ein pflegerischer Hilfebedarf von mindestens sechs Stunden anerkannt werden, wovon mindestens dreimal in der Nacht eine Pflegeverrichtung notwendig sein muss.
- Oder wenigstens eine Pflegeverrichtung in der Nacht und eine am Tag kann nur von zwei Pflegepersonen gemeinsam (zeitgleich) erbracht werden. Eine der Pflegepersonen muss eine professionelle Pflegekraft von einem Pflegedienst sein.

Bei der Härtefallregelung werden ausschließlich Sachleistungen gewährt. Bis zu 1918 € werden monatlich in der häuslichen Pflege oder im Pflegeheim erstattet. In Pflegeheimen werden Härtefälle nur anerkannt, wenn der Pflegebedürftige in einer Spezialstation mit besonders hohen Pflegekosten betreut wird.

## **17. Leistungen bei hohem allgemeinem Betreuungsaufwand (§ 45a/b)**

Durch diese Leistungen soll Menschen, die einen hohen Bedarf an **allgemeiner Betreuung und Beaufsichtigung** haben, zusätzliche Unterstützung ermöglicht werden. Die Leistung kann schon vor Erreichen der Pflegestufe 1 erhalten werden, wenn bestimmte Fähigkeitseinschränkungen gegeben sind. (Es muss allerdings zumindest ein geringer grundpflegerischer und hauswirtschaftlicher Hilfebedarf vorhanden sein. Dazu genügt jedoch z.B., dass einmal in der Woche Hilfe beim Baden erforderlich ist, der Demenzkranke immer wieder zum Trinken animiert werden muss oder die Kleidung zum Anziehen hergerichtet werden muss. Zudem muss eine Unterstützung beim Kochen oder Wäsche Waschen notwendig sein.)

Vor allem Demenzkranke, aber auch Menschen mit geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen, die noch zu Hause leben, sollen durch die Regelung unterstützt werden. Die Leistungen in Höhe von 100 € monatlich (Grundbetrag) oder 200 € monatlich (erhöhter Betrag) stehen nicht zur freien Verfügung, sondern können nur für bestimmte Hilfeleistungen eingesetzt werden.

Ob bei einem Menschen Fähigkeitseinschränkungen vorhanden sind, die zu einem hohen Betreuungsbedarf führen, wird vom Medizinischen Dienst (MDK) eingeschätzt, der auch die Einschätzung für die Pflegeeinstufung vornimmt. Die zusätzliche Beurteilung muss automatisch bei der Begutachtung zur Pflegestufe mit erfolgen. Die Leistung kann aber auch unabhängig von der Pflegestufe beantragt werden (bei der Pflegekasse anrufen).

Die Tabelle auf der folgenden Seite zeigt, bei welchen Fähigkeitseinschränkungen sich ein Anspruch auf die Leistung ergibt.

## Begutachtungskriterien für Leistungen nach § 45 a/b:

**Grundbetrag (100 € monatlich):** mindestens zwei Fähigkeitseinschränkungen müssen gegeben sein, davon eine aus dem Bereich 1. – 9. **Erhöhter Betrag (200 € monatlich):** zusätzlich muss ein Kriterium aus 1. – 5. oder 9 oder 11 (*kursiv*) zutreffen.

Bereich 1. – 9.	Bereich 10. – 13.
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches („Weglauftendenz“),</i></li> <li>2. <i>Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen,</i></li> <li>3. <i>Unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen,</i></li> <li>4. <i>Tätlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation,</i></li> <li>5. <i>In Zusammenhang mit speziellen Situationen unangebrachtes Verhalten,</i></li> <li>6. Unfähigkeit, die eigenen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen,</li> <li>7. Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung,</li> <li><b>8. Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigung des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben,</b></li> <li>9. <i>Störung des Tag- und Nacht-Rhythmus,</i></li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>10. Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren,</b></li> <li>11. <i>Verkennen von Alltagssituationen und unangemessenes Reagieren in Alltagssituationen,</i></li> <li>12. Ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten,</li> <li>13. Zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagtheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit auf Grund einer therapieresistenten Depression.</li> </ol>

Für die meisten Demenzkranken treffen bereits sehr früh die Einschränkungen in Punkt 8. und 10. zu (in der Tabelle fett gedruckt). Damit müssten die meisten Demenzkranken selbst vor Anerkennung der Pflegestufe 1 den Grundbetrag von 100 € monatlich erhalten, wenn zugleich ein geringer pflegerischer und hauswirtschaftlicher Hilfebedarf vorhanden ist.

**Auch immobile und bettlägerige demenzkranke Menschen haben Anspruch auf diese Leistungen.** Bei Demenzkranken im fortgeschrittenen Krankheitsstadium treffen die Einschränkungen in Punkt 6., 8. und 10. immer zu. Somit haben sie in jedem Fall Anspruch auf den Grundbetrag von 100 € monatlich.

### Wofür kann die Leistung verwendet werden?

Der Betrag kann zweckgebunden für folgende Ausgaben eingesetzt werden:

- Ungedeckte Kosten bei der Nutzung von **Tagespflege-, Nachtpflege- oder Kurzzeitpflegeangeboten;**
- Kosten für die **allgemeinen Betreuung und Anleitung durch Pflegedienste** (Achtung: Kosten für grundpflegerische oder hauswirtschaftliche Leistungen werden nicht übernommen, da sie zum Leistungsumfang der Pflegeversicherung gehören.)
- Kosten für sonstige **regionale Betreuungs- und Entlastungsangebote**, die „nach Landesrecht“ anerkannt sind.

Mit regionalen Betreuungs- und Entlastungsangeboten sind vor allem „niedrigschwellige“ Betreuungsangebote gemeint wie **Betreuungsgruppen für Demenzkranke, Helferkreise**

**oder Familienentlastende Dienste.** Da die Leistungen nur für Angebote eingesetzt werden können, die „nach Landesrecht“ anerkannt sind, sollten Sie sich vorab bei einem Angebot, dass Sie nutzen möchten, erkundigen, ob die Kosten dafür nach § 45b mit der Pflegekasse abgerechnet werden können. Sicherheitshalber können Sie sich auch noch direkt 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 selbst übernehmen und die Belege dann einreichen.

Werden die Leistungen in einem Jahr nicht ausgeschöpft, **kann der verbleibende Betrag in das erste Halbjahr des folgenden Jahres übertragen werden.**

### **Kostenloser Beratungsbesuch:**

Wenn ein Anspruch auf Leistungen nach § 45b besteht, aber noch keine Pflegestufe anerkannt wurde, können Sie trotzdem halbjährlich einen kostenlosen Beratungsbesuch durch einen Pflegedienst Ihrer Wahl oder eine andere von der Pflegekasse anerkannte pflegefachliche Beratungsmöglichkeit in Anspruch nehmen.

### **Widerspruch ist möglich:**

Wird von der Pflegekasse keine Anspruchsberechtigung oder nur die Grundstufe anerkannt, können Sie dagegen wie bei der Pflegeeinstufung Widerspruch einlegen und gegebenenfalls auch beim Sozialgericht Klage erheben. (Die Schritte sind identisch wie bei der Pflegeeinstufung)

## **18. Freistellung von der Arbeit (Pflegezeitgesetz)**

Angehörige, die pflegen, haben **für die Dauer von bis zu 6 Monaten einen Anspruch auf unbezahlte, aber sozialversicherte Freistellung von der Arbeit mit Kündigungsschutz.**

Die Freistellung kann entweder

- **kurzfristig für maximal 10 Tage ohne Vorankündigung** in akuten Notsituationen in Anspruch genommen werden (so genannte „Kurzzeitige Arbeitsverhinderung“). Es genügt, eine ärztliche Bescheinigung dazu nachzureichen (Pflegestufe muss nicht gegeben sein).
- oder als **längerfristige Freistellung** spätestens 10 Tage vorher beantragt werden (so genannte „Pflegezeit“). Der Anspruch besteht nur gegenüber Arbeitgebern mit in der Regel mehr als 15 Beschäftigten. Eine Pflegestufe muss bereits gegeben sein. Ein pflegender Angehöriger muss keine Mindestpflegezeit leisten oder nachweisen.

Nahe Angehörige im Sinne dieses Gesetzes sind:

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

## **19. Anspruch auf Pflegeberatung und Einrichtung von Pflegestützpunkten**

Pflegebedürftige sowie Menschen, die zunächst nur einen Antrag auf Pflegeversicherungsleistungen gestellt haben und bei denen ein Hilfe- und Beratungsbedarf

erkennbar ist, haben seit 1.1.2009 Anspruch auf unentgeltliche individuelle Beratung und Hilfestellung durch einen Pflegeberater (§ 7a). Die Beratung findet auf Wunsch auch zuhause statt. Die Pflegeberater sollen den Hilfebedarf erfassen und über mögliche Sozialleistungen sowie für 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 ein individueller Unterstützungsplan erstellt und dessen Durchführung begleitet werden.

Neben dem Angebot der Pflegeberatung sind die Kassen zudem verpflichtet jedem, der einen Antrag auf Pflegeversicherungsleistungen stellt, unmittelbar nach Eingang des Antrags eine Leistungs- und Preisvergleichsliste zu den zugelassenen Pflegeeinrichtungen (Heime und Pflegedienste) im Einzugsgebiet zu übermitteln. Versicherte mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (Demenzranke) sind zudem insbesondere über anerkannte niedrigschwellige Betreuungsangebote (z.B. Betreuungsgruppen oder Helferkreise), zu unterrichten und zu beraten (§ 7).

Die Pflege- und Krankenkassen richten außerdem zusammen mit den Kommunen und Hilfeanbietern sogenannte „Pflegestützpunkte“ ein. Dort sollen Pflegeberater gemeinsam mit Mitarbeitern von Sozialämtern und allen, die in einem Wohngebiet mit der pflegerischen Unterstützung von Menschen zu tun haben, eng zusammenarbeiten (§ 92c). Die Einrichtung von Pflegestützpunkten ist jedoch Sache der einzelnen Bundesländer. Daher gibt es regional unterschiedliche Regelungen und es ist teilweise noch nicht klar, wo und in welcher Zahl Pflegestützpunkte entstehen werden.

Pflegeberater sind meist bei den Pflegekassen angestellt. Da das Angebot der Pflegeberatung je nach Bundesland als auch von Kasse zu Kasse sehr unterschiedlich umgesetzt wird, ist mit Qualitätsunterschieden in der Beratung zu rechnen. Rückmeldungen aus der Praxis weisen auf solche Qualitätsunterschiede hin. Zudem wird in Einzelfällen deutlich, dass die Beratung nicht immer unabhängig von den Interessen der Pflegekassen erfolgt, sofern die Berater unmittelbar Angestellte der Pflegekassen sind. Informieren Sie sich daher am besten bei einer regionalen Alzheimer Gesellschaft über Erfahrungen mit der Pflegeberatung vor Ort. Die Alzheimer Gesellschaften können Ihnen gegebenenfalls geeignete alternative Beratungsangebote nennen.

## 20. Weiterführende Literatur

### **Leitfaden zur Pflegeversicherung** (6,- €)

Bezugsadressen

Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg  
Tel. 0711 248496-60, [www.alzheimer-bw.de](http://www.alzheimer-bw.de)  
o. Deutsche Alzheimer Gesellschaft, Berlin  
Tel. 0180 3171017, [www.deutsche-alzheimer.de](http://www.deutsche-alzheimer.de)

### **Begutachtungsrichtlinien**

Bezugsadresse:

Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V., Lützowstr. 53, 45141 Essen (1,45 € in Briefmarken beilegen!) oder im Internet [http://www.mds-ev.de/Dokumente\\_Formulare\\_Pflege.htm](http://www.mds-ev.de/Dokumente_Formulare_Pflege.htm)

### **Broschüre zur Pflegeversicherung**

Herausgeber / Bezugsadresse:  
Bundesministerium für Gesundheit  
Telefon 01888 4410 (**kostenlose  
Zusendung**)

Die Broschüre kann auch über die Internetseite [www.bmgs.bund.de](http://www.bmgs.bund.de) heruntergeladen werden (Link: „Publikationen“ – „Pflege“)

**Den Gesetzestext zur Pflegeversicherung** finden Sie im Internet unter:

[http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_11/](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/)

**Bürgertelefon zur Pflegeversicherung des Bundesgesundheitsministeriums:**  
Tel. 01805-996603 (12 C/Min.)

## **Welche Kosten müssen Sie bei einem Pflegeheimaufenthalt selbst übernehmen?**

### Beispiel

	Pflegestufe 0	Pflegestufe 1	Pflegestufe 2	Pflegestufe 3
Kostensatz des Pflegeheims	2.000 €	2.700 €	3.100 €	3.600 €
Leistungen der Pflegeversicherung	0,00 €	1.023 €	1.279 €	1.550 €
<b>verbleibender Kostenanteil</b>	<b>2.000 €</b>	<b>1.677 €</b>	<b>1.821 €</b>	<b>2.150 €</b>

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

Die verbleibenden Kosten, die Sie nach Abzug der Pflegeversicherungsleistungen selbst übernehmen müssen, sind je nach Pflegestufe unterschiedlich. Am höchsten ist der verbleibende Eigenanteil in Pflegestufe 0 und 3, am niedrigsten in Pflegestufe 1.

Häufig reichen die Rente und das eigene Vermögen auf Dauer nicht aus, um die Kosten zu erstatten. Dann übernimmt das Sozialamt die übrigen Kosten und überlässt dem Pflegebedürftigen darüber hinaus einen monatlichen Barbetrag in Höhe von 90 Euro für persönliche Ausgaben.

Ein zuhause 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 pflegebedürftigen 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.