

Nr. 1

Regelungen der Pflegeversicherung

Antragstellung - Begutachtung - Widerspruch - Leistungen

Stand: April 2023
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: Pflegetagebuch	17
8. Einlegen eines Widerspruchs	17
9. Höherstufungsantrag und Neuantrag	18
10. Anhörungsschreiben vor Ablehnung eines Widerspruchs 1)	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)	26
15. Freistellung von der Arbeit (Pflegezeitgesetz und Familienpflegezeitgesetz). 27	
16. Anspruch auf Pflegeberatung und Pflegestützpunkte	29
17. Leistungen bei dauerhaftem Wohnen 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. 1 Regelungen der Pflegeversicherung (Antrag, Begutachtung, Widerspruch, Leistung) / 4,- €

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

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

(plus Versand 4 €)



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 formal 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 oder die Gutachter für die Verspätung verantwortlich sind).

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 seit 2017 geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriff können Menschen bereits Leistungen erhalten, wenn sie in einem der folgenden Lebensbereiche aus gesundheitlichen Gründen oder wegen einer Behinderung 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.

Bis Ende 2016 kam es darauf an, wieviel Minuten am Tag jemand einen Hilfebedarf bei der täglichen Körperpflege hatte. Nun spielt die Zeit, die für die Hilfe benötigt wird, keine Rolle mehr. Das seit 2017 geltende Einschätzungsverfahren, in dem es nur noch um den Selbständigkeitsgrad geht und den Hilfebedarf an sich, führt zu einer guten Übereinstimmung der Einschätzungen verschiedener Gutachter. Jedoch können Gutachter auch zu Fehleinschätzungen kommen, wenn sie z.B. die noch vorhandenen Fähigkeiten und damit die Selbständigkeit eines Menschen im Alltag zu hoch einschätzen. Um dies gegebenenfalls zu erkennen, dann Widerspruch gegen die Einschätzung einzulegen und den Widerspruch gut zu begründen, soll dieser Ratgeber helfen.

Der Selbständigkeitsgrad einer Person wird nach dem neuen Begutachtungsverfahren anhand von insgesamt 65 Einzelfragen (oder „Kriterien“) eingeschätzt. Die Fragen teilen sich in jeweils 6-16 Fragen zu den sechs Lebensbereiche auf, die im vorigen Kapitel genannt wurden. So gibt es für die Lebensbereiche „Mobilität“ und „Gestaltung des Alltagslebens“ z.B. je 6 Einzelfragen bzw. Kriterien und für den Lebensbereich „Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen“ insgesamt 16 Kriterien. Bei jedem der Kriterien muss der Gutachter eine Einschätzung zum Selbständigkeitsgrad der antragstellenden Person in Bezug auf die angesprochene Fähigkeit vornehmen. So muss er z.B. für die Fähigkeit „Treppensteigen“ im Lebensbereich „Mobilität“ eine Einschätzung abgeben und für die „Örtliche Orientierungsfähigkeit“ eine Einschätzung im Lebensbereich „geistige und kommunikative Fähigkeiten“. Er muss so bei allen 65 Kriterien eine Einschätzung zum Selbständigkeitsgrad 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 Hilfestellung bei einer bestimmten Verrichtung benötigt wird.

Aus den Einschätzungen zu den 65 Kriterien wird dann am Ende der Selbständigkeitsgrad der betroffenen Person insgesamt ermittelt. Hierzu wird aus den 65 Einzeleinschätzungen in mehreren teils komplizierten Berechnungsschritten nach vorgegebenen Berechnungsregeln ein Gesamtpunktwert ermittelt, der zwischen 0 Punkten und 100 Punkten liegt. Je höher die Punktzahl liegt umso geringer ist der Grad der Selbständigkeit bzw. umso größer ist der Hilfebedarf bzw. der Grad der Pflegebedürftigkeit.

Der Gesamtpunktwert kommt am Ende durch folgende Berechnungsregel zustande: Durch die jeweils 6-16 Einschätzungen zu jedem der sechs Lebensbereiche ergibt sich zunächst für jeden der Lebensbereiche 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.

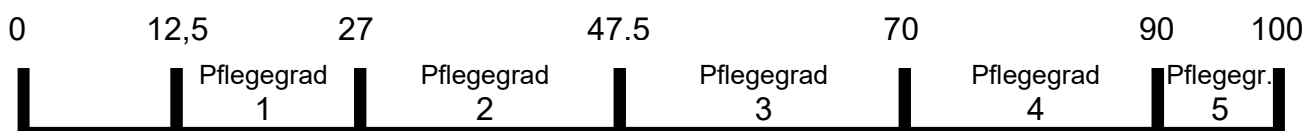
Da jeder der sechs Lebensbereiche mit unterschiedlichem Gewicht (Gewichtung) in die Gesamteinschätzung und die Gesamtpunktzahl eingeht, können die Punkte nicht einfach zu einer Summe zusammengezählt werden. Sie werden stattdessen entsprechend ihrer prozentualen Gewichtung (siehe auch Kap. 2) zunächst 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.

Die Gewichtung ist z.B. bei dem Lebensbereich 4 (Selbstversorgung) mit 40 % am höchsten. Daher erhält dieser Bereich den Gewichtungsfaktor 10. Das heißt, die Punktzahl zwischen 0 und 4 für den Selbständigkeitsgrad in diesem Lebensbereich muss am Ende mit 10 multipliziert werden. Ergibt sich bei einer hohen Beeinträchtigung in diesem Bereich z.B. ein Beeinträchtigungsgrad von 4 Punkten (Höchstwert), dann ergeben sich daraus am Ende $4 \times 10 = 40$ Punkte für diesen Lebensbereich. Der Gewichtungsfaktor beim Lebensbereich 1 (Mobilität) mit einer Gewichtung von 10 % beträgt entsprechend nur ein Viertel vom Faktor 10 zuvor, also = 2,5. Bei z.B. 4 Punkten in dem Lebensbereich ergeben sich dann $4 \times 2,5 = 10$ Punkte. Der Faktor in den Lebensbereichen 2, 3 und 6 beträgt bei 15 % Gewichtung 3,75 und der Faktor beim Lebensbereich 5 beträgt bei 20 % Gewichtung 5. Zählt man am Ende die gewichteten Werte aller Lebensbereiche zusammen, erhält man den Gesamtpunktwert bzw. die gewichtete Gesamteinschätzung. Und diese liegt dann zwischen 0-100 Punkten. Allerdings gibt es 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 z. B. bei der Begutachtung bei allen sechs Lebensbereichen jeweils 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 $10 + 15 + 40 + 20 + 15 = 100$.

Aufgrund des errechneten Gesamtwertes kann dann der Pflegegrad bestimmt werden. Dieser ergibt sich nach dem folgenden Schema:



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 angekündigt werden. Dabei sollte ein Zeitfenster von maximal zwei Stunden mitgeteilt werden, (z. B. „der Gutachter kommt 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 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 und den Hilfebedarf in den sechs Lebensbereichen (siehe Kapitel 2). Er wird aufgrund dessen nur einen Teil der 65 Einzelkriterien zur Begutachtung direkt ansprechen bzw. den Selbstständigkeitsgrad dazu erfragen.

Zu Beginn der Begutachtung wird auch danach gefragt, welche Personen an der Pflege und Betreuung 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 erfragt 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 tätige Personen Rentenversicherungsbeiträge zahlt, wenn sie mindestens 10 Stunden pro Woche und an mindestens zwei Tagen in der Woche tätig sind (siehe Kap. 13 und Übersicht in Kap. 19).

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. Angehörigen ist oft zu wenig bewusst wie umfangreich sie helfen müssen, da sie es gewohnt sind und selbstverständlich tun.
- Füllen Sie daher, wenn möglich den Einschätzungsbogen im folgenden Kapitel aus oder erstellen Sie ein Pflegetagebuch (siehe übernächstes Kapitel). Manche Hilfeleistungen, die nötig sind, werden Ihnen erst klar, wenn Sie sich die unterschiedlichen Aktivitäten im Alltag richtig bewusst machen. Der Einschätzungsbogen oder ein Pflegetagebuch 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 teilweise auf Ihre Hilfe angewiesen.
- Beantworten Sie Fragen des Gutachters möglichst klar. Vermeiden Sie zu ausführliche Erklärungen und Schilderungen.
- Verharmlosen oder beschönigen Sie nichts, sondern schildern Sie den Unterstützungsbedarf und auftretende Probleme 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 Sie gegebenenfalls schon vorab 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 gefährden. Sie können ihren Angehörigen einige Minuten alleine lassen oder eine zweite Person leistet ihm Gesellschaft während Sie in einem anderen Raum mit dem Gutachter sprechen. Oder Sie vereinbaren das zusätzliche Gespräch während Sie den Gutachter hinausbegleiten. Der Gutachter kann Ihnen auch ein Telefonat am folgenden Tag anbieten. Falls der Gutachter nicht auf Ihren Wunsch eingeht, handelt er eindeutig gegen die Vorgaben. Sie können ihm dies im Widerspruch zur Last legen. Das Gutachten ist dadurch angreifbar und unvollständig.

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 Ihr Angehöriger im normalen Alltag hat.

- Versuchen Sie 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 in Besitz von Krankenhausberichten, die sie 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 den betreffenden Aktivitäten auf Ihre Unterstützung 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. Mit Hilfe dieser Liste können Sie sich auf den Besuch des Gutachters besonders gut vorbereiten. Überlegen Sie sich, bei welchen der beschriebenen Aktivitäten Ihr Angehöriger auf Hilfe in Form von Anleitung, Beaufsichtigung oder praktischer Unterstützung angewiesen ist. Wenn Ihnen das zu aufwendig erscheint, können Sie auch ohne diese Vorbereitung die Begutachtung auf sich zukommen lassen. Die Gutachter müssen von sich aus Fragen stellen, die für die Pflegeeinstufung wichtig sind.

Die Tabelle ermöglicht es durch Ankreuzen der Felder den Umfang der nötigen Hilfeleistung selbst einzuschätzen. Damit nehmen Sie eine 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. Möchten Sie die Einschätzungen noch etwas genauer vornehmen, finden Sie im Downloadbereich der Fachberatung Demenz den „Einschätzungsbogen Pflegeeinstufung“ (www.alzheimerberatung-stuttgart.de). Er enthält die gleiche Tabelle wie auf den folgenden Seiten, jedoch mit zusätzlichen Hinweisen zu den Kriterien und jeder Einstufungskategorie. Diese Vorlage ist insbesondere auch für Widersprüche sehr wertvoll.

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, müssen Sie keinen Widerspruch gegen die Einstufung einlegen. Der Unterschied zwischen Ihrer Einschätzung und der des Gutachters ist dann nicht so groß, dass daraus ein höherer Pflegegrad resultiert.

Sie finden **Pflegegrad-Rechner im Internet**, wenn Sie bei einer Suchmaschine „Pflegegrad Rechner“ oder „Ermittlung Pflegegrad“ eingeben. Einen sehr praktischen Pflegegrad-Rechner stellt der VdK zur Verfügung. In einer pdf-Datei können Sie alle Einstufungen vornehmen. Ihre Einstufungen mitsamt dem automatisch errechneten Ergebnis können Sie sowohl auf dem PC speichern als auch ausdrucken. Dies ist z.B. auch eine ideale Möglichkeit um einen Widerspruch zu begründen. Den Link finden Sie ebenfalls bei www.alzheimerberatung-stuttgart.de (Downloadbereich Pflegeversicherung). Dort finden Sie auch eine von der Fachberatung erstellte Exceltabelle zur Pflegegrad-Ermittlung. Die Berechnung des Pflegegrads von Hand ist zwar grundsätzlich auch möglich, aber wegen der teils komplizierten Berechnungsschritte sehr aufwändig.

Hinweis: Der folgende Einschätzungsbogen orientiert sich an den Begutachtungs-Richtlinien zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit vom 15.4.2016 (leicht überarbeitet in der Version vom 22.3.21). Die vollständigen Richtlinien sind im Internet bei www.mds-ev.de zu finden oder können telefonisch 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. Aufwendige Motivation, umfassende Anleitung oder ständige Beaufsichtigung sind während der Aktivität erforderlich. Oder ein erheblicher Teil der Handlung muss übernommen werden. Bei der Beaufsichtigung ist eine ständige und unmittelbare Eingreifbereitschaft 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)	<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)
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 einer üblich hohen Sitzgelegenheit (ca. 45 cm hoch) aufstehen und sich auf eine andere umsetzen				
1.4 Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs sich mindestens 8 Meter ebenerdig fortbewegen				
1.5 Treppensteigen Überwinden von Treppen zwischen zwei Etagen in aufrechter Position				
1.6 Besondere Bedarfskonstellation: Gebrauchsunfähigkeit beider Arme und beider Beine	Vollständiger Verlust der Greif-, Steh- und Gehfunktionen die nicht durch Hilfsmittel kompensiert werden kann: 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, auch erkennen (z.B. einen Gegenstand richtig erkennen). 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 Alltag folgerichtig und geeignet Entscheidungen im Alltag 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 sich bei stark belastenden Empfindungen in Bezug auf Grundbedürfnisse sprachlich oder nichtsprachlich mitteilen können (Hunger; Durst, bei 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 (z.B. psychische Erkrankungen oder Demenzerkrankungen) sind und die immer wieder auftreten. Nur relevant, wenn sie auf Dauer (nicht nur vorübergehend) 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. Anzugeben ist, wie häufig Anlass für personelle Unterstützung zur Beruhigung und gegebenenfalls wieder ins Bett bringen und beruhigen. Schlafstörungen wie Einschlafschwierigkeiten am Abend oder Wachphasen während der Nacht sind nicht zu werten. Hilfe bei Toilettengängen oder Pflegemaßnahmen nachts sind bei 6.2 „Ruhe und Schlafen“ zu bewerten.	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 Tötlich 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 wiederkehrende Ängste, die bedrohlich erlebt werden, ohne Möglichkeit der Bewältigung oder Überwindung. Sie führen zu hohem Leidensdruck und Beeinträchtigungen im Alltag. (Trost und aktives Eingehen ist erforderlich; bloße Anwesenheit genügt nicht).	nie	Max. 1x / Woche	mehrmals / Woche	täglich
3.11 Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage kaum Interesse an der Umgebung, kaum Eigeninitiative, wirkt oder fühlt sich hoffnungslos, gefühlsleer, niedergeschlagen, verzweifelt oder apathisch. Aufwendige Motivation ist nötig. 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				

	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)
4.4 Duschen und Baden (mit Haare waschen, auch Beine u. Füße waschen, ein- u. aussteigen, abtrocknen, föhnen) auch Sicherheit berücksichtigen, notwendige Überwachung				
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. (ggfs. mit Löffel oder Gabel); zum Mund Führen, ggfs. Abbeißen, Kauen und Schlucken; <u>Erkennen der Notwendigkeit ausreichender Nahrungsaufnahme; empfohlene oder gewohnte Menge tatsächlich essen</u> (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 Strohhalm oder Spezialbecher mit Trinkaufsatz; <u>Erkennen der Notwendigkeit ausreichender Flüssigkeitsaufnahme; empfohlene oder gewohnte Menge tatsächlich trinken</u>				
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,). (Nicht anzugeben sind Leistungen, die durch Ärzte, Praxispersonal oder Therapeuten erbracht werden.)

	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; verschiedener Ort der Gabe, z.B. Mund, Ohren, Augen = mehrere Verrichtungen)	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 oder Kälte- und Wärmeanwendungen <u>ärztlich angeordnete</u> Salben, Cremes, ..., Kälte- und Wärmeanwendungen	selbständig / entfällt	monatlich ____ mal	wöchentlich ____ mal	täglich ____ mal
5.6 Messung und Deutung von Körperzuständen <u>ärztlich angeordnetes</u> Messen von z. B. Blutdruck, Puls, Blutzucker, Temperatur, Körpergewicht, Flüssigkeitshaushalt (Routinemessungen, die nicht gezielt auf eine Erkrankung gerichtet sind, werden nicht berücksichtigt.)	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), Orthesen, Epithesen, Brille, Hörgerät, kieferorthopädische Apparaturen oder Kompressionsstrümpfen (inkl. deren Reinigung). (Reinigung allein genügt nicht).	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 Körperöffnungen (z. B. künstlicher Darmausgang, PEG, suprapubischer Blasenkatheter), auch reinigen, desinfizieren.	selbständig / entfällt	monatlich ____ mal	wöchentlich ____ mal	täglich ____ mal

5.10 Regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden nicht: Gabe von Abführmittel (gehört zu 5.1.)	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, <u>ergotherapeutische Übungen zur geistigen Aktivierung</u> . 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 therapeutischen 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 und 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 planen und bewusst gestalten. Gezielt Alltagsaktivitäten wie Baden, Essen, Schlafen gehen, Fernsehen, Spazieren <u>vorausplanen</u> . (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 Vornehmen 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 dies planen können, Zeitabläufe dazu einschätzen usw.				
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. <u>Dazu gehört auch, sich per Telefon, Brief oder E-Mail verabreden zu können.</u>				

7. Alternative zur Vorbereitung: Pflegetagebuch

Wer sich nicht mit dem umfangreichen Einschätzungsbogen im vorigen Kapitel befassen möchte, kann auch ein Pflegetagebuch zur Vorbereitung schreiben.

Schreiben Sie hierzu jegliche Unterstützung, die Sie Ihrem Angehörigen geben, auf mit Ausnahme hauswirtschaftlicher Tätigkeiten wie Kochen, Putzen usw. Orientieren Sie sich an den sechs Lebensbereichen, die in Kapitel 2 erwähnt sind oder an den 65 Einzelkriterien auf den vorangehenden Seiten. Beachten Sie, 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 Frühstücken 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 manchmal nicht aus, damit sich der Gutachter ein ausreichendes Bild über den Selbständigkeitsgrad bzw. den Hilfebedarf des Kranken im Alltag machen kann. Legen Sie in jedem Fall Widerspruch ein, wenn Sie begründete Zweifel am Ergebnis der Begutachtung haben. Widerspruch einzulegen ist ein grundlegendes Recht jedes Versicherten, das zu keinerlei Nachteilen führt. Begründete Widersprüche sind oft erfolgreich.

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 PC nutzen können oder Ihnen die Vorgehensweise zu aufwendig ist, vergleichen Sie einfach die Einschätzungen des Gutachters im Gutachten bei den 65 Einzelkriterien mit Ihren eigenen Einschätzungen. Stellen Sie erhebliche Unterschiede fest (niedrigere Einschätzungen des Gutachters), 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, wenn z.B. die Widerspruchsbegründung zu keiner höheren Einstufung führen würde.

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.

Anstatt Widerspruch gegen eine vermutlich zu niedrige Pflegeeinstufung einzulegen kann man auch etwa Zeit verstreichen lassen (z.B. ein halbes Jahr) und dann einen Höherstufungsantrag stellen. Ein Höherstufungsantrag muss wie ein Neuantrag oder Erstantrag 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. Bei einem Höherstufungsantrag kann, anders als beim Widerspruchsverfahren, derselbe Gutachter wie bei der vorhergehenden Begutachtung beauftragt werden. Wenn der Pflegegrad offensichtlich zu niedrig eingeschätzt wurde, sollte man es grundsätzlich bevorzugen Widerspruch einzulegen und diesen stichhaltig begründen. Um einen Widerspruch zu begründen erhalten Sie Unterstützung von vielen Beratungsstellen oder z.B. auch vom Pflegedienst oder einer Tagespflege.

Wurde Widerspruch eingelegt, kann grundsätzlich unabhängig davon auch wenig später ein Höherstufungsantrag gestellt werden. Es gibt keine Wartezeit bis ein Höherstufungsantrag gestellt werden kann. Entscheidend ist, dass der Pflegebedarf bzw. die Beeinträchtigungen höher sind als es im vorangegangenen Gutachten festgestellt wurde.

10. Anhörungsschreiben vor Ablehnung eines Widerspruchs ¹⁾

Beabsichtigt die Pflegekasse, Ihren Widerspruch abzulehnen, weil das Zweitgutachten zu keiner höheren Einschätzung des Pflegegrads kommt, erhalten Sie zuvor ein sogenanntes Anhörungsschreiben. Damit wird Ihnen nochmals Gelegenheit gegeben, weitere Gründe für Ihren Widerspruch anzugeben oder auf Fehler und Fehleinschätzungen der Zweitbegutachtung hinzuweisen (Sie erhalten auch eine Kopie des Zweitgutachtens zugesandt).

Reagieren Sie nicht auf das Anhörungsschreiben, geht die Pflegekasse davon aus, dass Sie die Entscheidung aufgrund des Zweitgutachtens annehmen und Ihren Widerspruch zurückziehen. Sie können jedoch weiterhin an Ihrem Widerspruch festhalten. Wenn Sie das tun, werden die gesamten Unterlagen einschließlich Ihrer weiteren Begründungen und Angaben in einem sogenannten

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.

Widerspruchsausschuss der Pflegekasse nochmals geprüft. Im Widerspruchsausschuss sind neben Mitarbeitenden der Pflegekasse auch Interessensvertreter von Pflegebedürftigen. Allerdings führt die Prüfung im Ausschuss meist zu keiner veränderten Bewertung. Manchmal beauftragt die Kasse noch zuvor einen eigenen Mitarbeiter, sich ein ergänzendes Bild von der häuslichen Situation zu machen. Dies kann eher zu einer veränderten Einschätzung führen.

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

Der Ablehnungsbescheid muss eine ausführliche Begründung enthalten, auf deren Grundlage Sie eine Rechtsklage gegen die Entscheidung zu erheben können. Manche Kassen stellen Sie bereits bei der Entscheidung zum Festhalten am Widerspruch vor die Frage ob Sie Klage erheben wollen. Antworten Sie dann, dass Sie am Widerspruch festhalten und es erwägen Klage zu erheben.

11. Erheben einer Klage beim Sozialgericht

Mit dem im vorigen Kapitel erwähnten „rechtsmittelfähigen Ablehnungsbescheid“ 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.

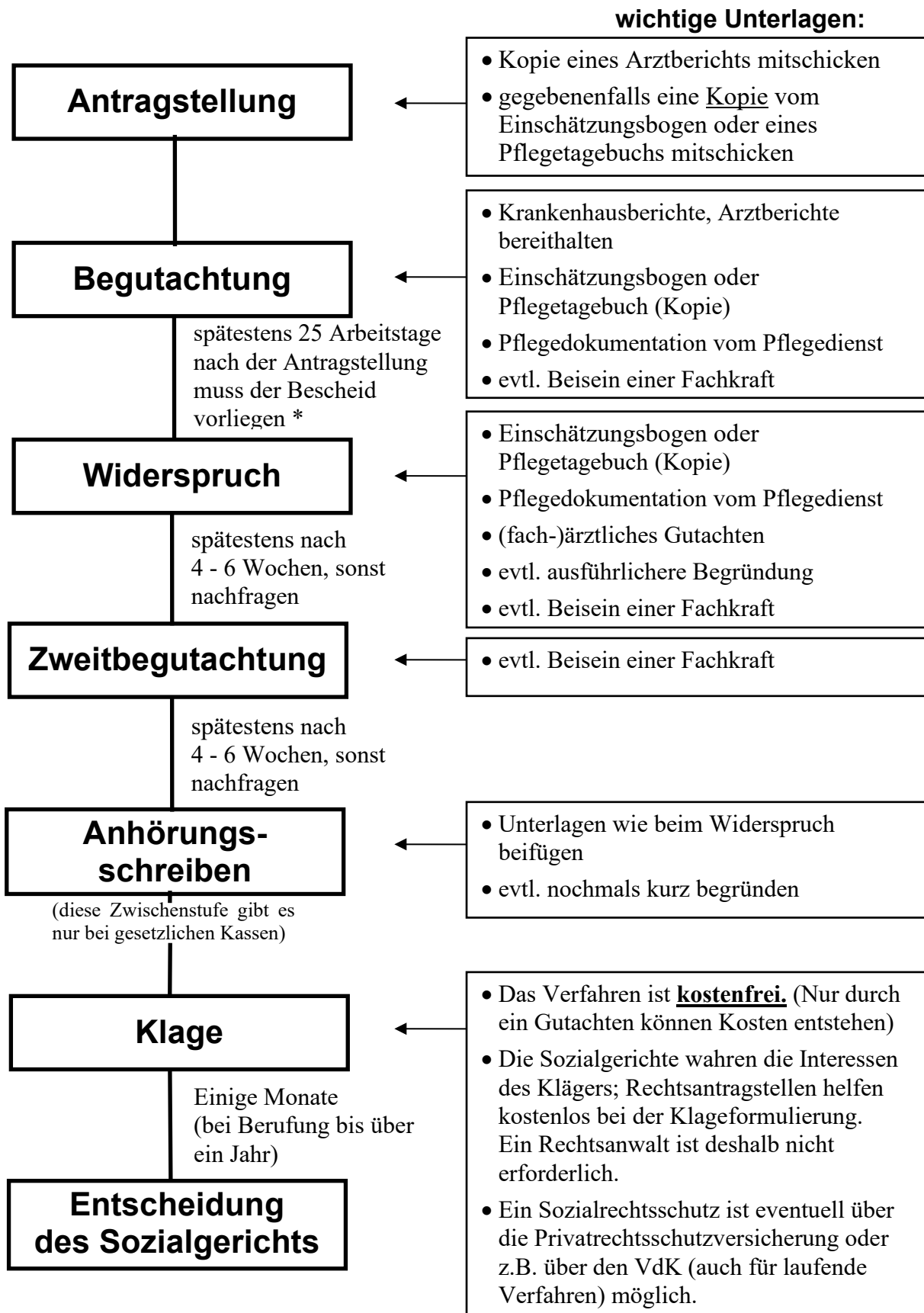
12. Zusätzliche Empfehlungen im Gutachten

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 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 (ein Antrag kann bereits vom Gutachter auf den Weg gebracht werden. Rehabilitation kann auch der Verminderung von Krankheitsauswirkungen dienen. Ein spezielles Konzept für Demenzkranke im frühen bis mittleren Krankheitsstadium zusammen mit ihren Angehörigen gibt es im Alzheimer Therapiezentrum Bad Aibling)
- 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.)

Abläufe bei der Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung



* Bei Begutachtung im Krankenhaus 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, die Unterstützung leisten. 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 nur 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)}		724 €	1.363 €	1.693 €	2.095 €
(§ 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 außer Haus 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.

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

Leistungen der Pflegeversicherung können auch rückwirkend eingefordert werden und noch bis zu 12 Monate nach dem Tod des Versicherten.

Jährliche Leistungen der Pflegeversicherung im häuslichen Bereich

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2-5
(§ 39) Verhinderungspflegeleistung	---	1.612 €¹⁾
(§ 42) Kurzzeitpflegeleistung	---	1.774 €²⁾

¹⁾ Kann durch Übertragen von bis zu 806 € der Kurzzeitpflegeleistung auf 2.418 € erhöht werden.

²⁾ Kann durch Übertragen von bis zu 100 % der Verhinderungspflegeleistung bis zu 3.386 € 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

13.1 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.	

13.2 Gemeinsamer Sachleistungsbezug mehrerer Pflegebedürftiger (§§ 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 Pflegegrad 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.

13.3 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 bei Pflegegrad 2-5 pro Jahr **1.774 €** beansprucht werden. Durch eine mögliche Übertragung nicht benötigter Verhinderungspflegeleistungen (folgender Abschnitt) kann die Kurzzeitpflegeleistung sogar um weitere 1.612 € auf bis zu **3.386 €** erhöht werden. Der Übertragungswunsch sollte der Kasse mitgeteilt werden.

Übernommen wird von der Pflegeversicherung allerdings nur der Anteil für die Pflegekosten (ca. 50-130 € am Tag je nach Pflegegrad und Heim). Die weiteren Kosten (ca. 50-60 € 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. Die sich dadurch ergebende Verringerung des monatlichen Pflegegelds lässt sich einfach ausrechnen, indem man für jeden Tag der Kurzzeitpflege (außer am ersten und letzten Tag) 1/60 vom monatlichen Pflegegeld abzieht.

Übergangspflege im Krankenhaus (§ 39e SGB V): Ist unmittelbar nach einem Krankenhausaufenthalt ein Kurzzeitpflegeplatz, Unterstützung durch einen Pflegedienst oder eine Reha nötig und kann dies nicht organisiert werden, kann ein Patient bis zu 10 Tage im Krankenhaus weiter betreut werden. Hierdurch sollen Notsituationen vermieden werden, wenn eine Entlassung notwendig ist, aber die weitere Versorgung nicht gesichert werden kann.

13.4 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 (z.B. immer wieder einige Stunden, aber auch 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 806 € 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 gleichsetzen. Die Aussage eines Angehörigen oder die Bescheinigung eines Arztes muss genügen. „Pflege“ in diesem Sinn kann auch ein hauswirtschaftlicher Unterstützungsbedarf sein.

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 bei der Betreuung und Pflege verhindert ist. Als Gründe werden z.B. Krankheit oder Urlaub anerkannt. Es genügt aber ebenso, wenn Sie im Antrag lediglich angeben „private Termine und Erledigungen“ oder auch „zeitweiser Entlastungsbedarf“. Arbeitszeiten während 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, ist eine Vergütung für die eingesetzte Zeit pro Jahr auf die Höhe des eineinhalbfachen monatlichen Pflegegeldanspruchs begrenzt (bei Pflegegrad 2 beispielsweise auf $1,5 \times 316 = 474$ € im Jahr. Zusätzlich kann jedoch noch ein nachgewiesener Kostenaufwand wie zum Beispiel Fahrkosten (20 Cent/km) oder ein Verdienstausfall im Rahmen der verfügbaren Leistungen erstattet werden. Alle Aufwendungen müssen belegt werden.

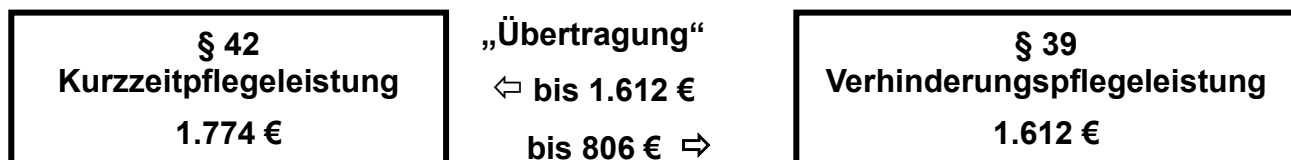
Bei anderen Personen (z. B. Nachbarn, Bekannte) gibt es die Begrenzung nicht. Die Kosten für ein Stundenentgelt oder eine Tagespauschale können bis zur Höhe von 1.612 € (bzw. 2.418 €) zurückerstattet werden. (Unterschiedene Quittung der Pflegevertretung mit Datum und Dauer der Vertretung einreichen). Das Entgelt kann pro Monat bis zur entsprechenden Höhe des monatlichen Pflegegeldes steuerfrei entgegengenommen werden, wenn die Unterstützung nicht erwerbsmäßig geleistet wurde.

Ist die Pflegeperson (pflegender Angehöriger) weniger als 8 Stunden verhindert und wird in der Zeit vertreten, spricht man auch von **stundenweiser Verhinderungspflege**. Dies hat den Vorteil, dass dann das monatliche Pflegegeld nicht anteilig gekürzt wird und zudem keine Anrechnung auf die Höchstanspruchsdauer von 42 Tagen Verhinderungspflege im Jahr erfolgt. (Gemeinsames Rundschreiben der Spitzenverbände der Pflegekassen zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des PflegeVG, www.gkv-spitzenverband.de). Aufgrund dessen können z.B. auch die Kosten für eine wöchentliche Unterstützung durch einen Helferkreis oder eine Betreuungsgruppe auf diese Weise erstattet werden

Bei Verhinderung von 8 Stunden oder mehr an einem Tag vermindert sich die Höchstanspruchsdauer von 42 Tagen im Jahr um einen Tag. Bei Verhinderungspflege über mehr als zwei Tage am Stück wird zudem das Pflegegeld für jeden dazwischenliegenden Tag um ein Sechzigstel des monatlichen Anspruchs gekürzt (Gewährung von nur 50% des Pflegegelds).

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:



13.5 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!**

13.6 (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. Ab 2022 können Pflegekräfte eines Pflegedienstes eine schriftliche Empfehlung für Hilfsmittel ausstellen. Hierdurch soll sich eine Bedarfsprüfung und Begutachtung erübrigen und der Antrag schneller genehmigt werden. Anträge müssen von der Kasse innerhalb von drei Wochen bearbeitet werden (wenn eine Begutachtung veranlasst wird, innerhalb von fünf Wochen).

13.7 Finanzierung von Hilfsmitteln und anderen Maßnahmen durch die Krankenkasse

Viele **Hilfsmittel** können auch durch Verordnung des Arztes über die Krankenkasse finanziert werden, wenn sie in Zusammenhang mit der Behandlung einer Krankheit stehen. Die Krankenkasse übernimmt ab Pflegegrad 4 und bei Einschränkungen der Mobilität auch bei Pflegegrad 3 notwendige **Taxifahrten zum Arzt**, wenn der Arzt dies vorab verordnet (Zuzahlung 5-10 €). Auch die tägliche **Gabe von Medikamenten** durch einen Pflegedienst kann vom Arzt verordnet werden, wenn Angehörige es nicht übernehmen können und Demenzkranke es vergessen würden.

13.8 Wohnungsanpassung (§ 40)

Für notwendige Umbaumaßnahmen in der Wohnung kann die Pflegekasse bis zu 4.000 € der Kosten übernehmen. Der Antrag dazu sollte rechtzeitig vor dem Umbau gestellt werden. Der Antrag muss von der Kasse innerhalb von drei Wochen bearbeitet werden (wenn eine Begutachtung veranlasst wird, innerhalb von fünf Wochen). 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 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.

13.9 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. 120 und 600 € monatlich liegen. Sie hängen von dem Pflegegrad und der Art der Pflegeversicherungsleistung ab (Pflegegeld, Kombinationsleistung oder Sachleistung). Seit 2023 können auch betreuende Angehörige, die bereits Altersrente beziehen, die Beiträge erhalten und damit ihre Rente gleichermaßen aufbessern. Dazu müssen sie nur vorübergehend eine Teilrente im Umfang von 99,99 % beantragen, die ihre Rente nur um ca. 10-30 Cent pro Monat verringert. Schon nach einem Jahr Betreuung erhöht sich ihre Rente um 10-25 € monatlich (siehe Tabelle letzte Seite).

Auch Beiträge zur Arbeitslosenversicherung werden von der Pflegeversicherung übernommen, wenn der Angehörige z.B. Arbeitslosengeld bezieht oder bis vor Beginn der Pflege Tätigkeit 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 bzw. unentgeltlich 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 die Tätigkeit nicht im Rahmen einer Erwerbstätigkeit übernehmen. Auch beim Arbeitslosengeld und bei Sozialhilfeleistungen wird erhaltenes Pflegegeld nicht als Einkommen gewertet.

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 oder anerkannte Betreuungsdienste** (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. Auch die Kosten anerkannter **Serviceagenturen für haushaltsnahe Dienstleistungen** sowie von **Pflegebegleiter-Initiativen** und **Alltagsbegleitern** können übernommen werden. Pflegebegleiter sind freiwillige Helfer, die pflegenden Angehörigen durch Gespräche und Kontakt Unterstützung anbieten. Alltagsbegleiter unterstützen Pflegebedürftige durch Begleitung und Unterstützung im täglichen Leben.

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.

14.1 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. Die Pflegekasse wandelt die Leistungen automatisch um, wenn die eingereichten Rechnungen für anerkannte Unterstützungsangebote die verfügbaren Entlastungsleistungen überschreiten. Allerdings ist dies nur möglich, wenn die Sachleistungen nach § 36 nicht bereits vollständig für die Kosten eines Pflegedienstes benötigt werden. Durch eine Umwandlung und damit die Nutzung von Sachleistungsansprüchen wird der Pflegegeldanspruch anteilig verringert (siehe auch 13.1). Jedoch ist der Gewinn an zusätzlichen finanziellen Leistungen etwa doppelt so hoch wie die Verringerung des Pflegegelds.

15. Freistellung von der Arbeit (Pflegezeitgesetz und Familienpflegezeitgesetz)

Arbeitnehmer, die einen nahen Angehörigen pflegen, haben **Anspruch auf eine sozialversicherte kurzfristige (bis zu 10 Tage) wie auch längerfristige Freistellung von der Arbeit (bis zu 6 Monate) mit Kündigungsschutz.**

Die „**Kurzzeitige Arbeitsverhinderung**“ kann für **maximal 10 (zusammenhängende) Tage ohne Vorankündigung** in akuten Notsituationen in Anspruch genommen werden. 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). Falls noch kein Pflegegrad anerkannt ist, muss der Arzt auch bescheinigen, dass er eine künftige Pflegegradeinstufung annimmt. Eine „akute Krisensituation“ entsteht auch, 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 („**Pflegezeit**“) muss spätestens 10 Tage vorher beantragt werden. 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. Während der Freistellung kann der Angehörige Leistungen der Verhinderungspflege beanspruchen (13.4). 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.

15.1 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.

15.4 Zinsloses Darlehen 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 Wohlfahrtsverbänden 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 dauerhaftem Wohnen 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 ohne weitere Prüfung gewährt.

Die Kosten, die für einen Aufenthalt im Pflegeheim selbst getragen werden müssen, sind bei Pflegegrad 2-5 immer gleich. Die Kosten sind allerdings von Pflegeheim zu Pflegeheim verschieden. Dies hängt von verschiedenen Faktoren ab, insbesondere von den Preisverhandlungen zwischen der Einrichtung, den Pflegekassen und dem Sozialhilfeträger, die jährlich neu geführt werden.

Beim Umzug von einer stationären Pflegeeinrichtung in eine andere darf die bisherige Einrichtung nur Kosten bis zum Tag des Wechsels in Rechnung stellen (BGH-Urteil vom 04.10.2018 – III ZR 292/17). Ähnlich verhält es sich bei einem Auszug aus dem Pflegeheim.

Im Pflegeheim haben alle Bewohner neben dem Anspruch auf Pflege einen zusätzlichen 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	3.425 €	3.970 €	4.426 €	4.975 €	5.205 €
Leistungen der Pflegeversicherung	125 €	770 €	1.262 €	1.775 €	2.005 €
verbleibender Kostenanteil	3.300 € *	3.200 €	3.200 €	3.200 €	3.200 €

Das Beispiel bezieht sich auf ein Stuttgarter Heim mit durchschnittlichen Kostensätzen.

Einzelne Heime können derzeit um bis zu 300 € höher oder niedriger liegen.

In Bereichen für demenzkranke Menschen mit mehr Pflegekräften können die Kosten sogar um ca. 800 € höher sein.

* 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 keinen Aufenthalt in einer Pflegeeinrichtung.

(siehe Kap. 17.1)	Im 1. Jahr	Im 2. Jahr	Im 3. Jahr	ab dem 4. Jahr
Pflegebedingter Eigenanteil	1.800 €	1.800 €	1.800 €	1.800 €
Leistungszuschlag	90 € (5 %)	450 € (25 %)	810 € (45 %)	1.260 € (70 %)
verbleibende Kosten	3.200 €	3.200 €	3.200 €	3.200 €
verbleibende Kosten abzüglich Zuschlag	3.120 €	2.750 €	2.390 €	1.940 €

17.1 Zusätzliche finanzielle Leistungen für einen Pflegeheimaufenthalt (§43c)

Seit 2022 gibt es zusätzliche Leistungen der Pflegeversicherung für einen Pflegeheimaufenthalt. Je nach Dauer des Aufenthalts übernimmt die Pflegeversicherung bei Pflegegrad 2-5 einen zusätzlichen Anteil der monatlichen Kosten. Die Kosten für stationäre Pflege sind aufgeteilt in Anteile für pflegebedingte Kosten (Betreuung und Pflege), für Unterkunft, für Verpflegung und für Investitionen (Bau, Renovierung usw.). Die pflegebedingten Kosten abzüglich der Pflegeversicherungsleistungen (die für diesen Kostenanteil vorgesehen sind) ergeben die selbst zu tragende pflegebedingten Kosten oder den sogenannten „pflegebedingten Eigenanteil“. Dieser Kostenanteil ist in Pflegegrad 2-5 in einer Einrichtung immer gleich hoch (einrichtungseinheitlicher pflegebedingter Eigenanteil). Im Beispiel oben beträgt dieser Kostenanteil bei Pflegegrad 2-5 monatlich etwa 1.800 €. Zu genau diesem Kostenanteil gibt es ab 2022 einen Leistungszuschlag. Der beträgt im ersten Jahr eines Heimaufenthalts 5 % (im Beispiel oben 80 €), im zweiten Jahr 25 % (400 €), im dritten 45 % (720 €) und ab dem vierten Jahr 70 % (1.120 €). Durch diese zusätzlichen Leistungen, die die Pflegekasse wie die anderen Leistungen direkt an die Einrichtung zahlt, vermindern sich für die Bewohner die selbst zu tragenden Kosten um diese zusätzlichen Leistungen. Im Beispiel oben werden den Bewohnern ab dem vierten Jahr des Aufenthalts statt monatlich 2.900 € nur noch $2.900 - 1.120 = 1.780$ € in Rechnung gestellt. Sind die monatlichen Gesamtkosten in einem Heim höher als im Beispiel, erhöhen sich auch die Zuschläge entsprechend.

Obwohl diese zusätzlichen Leistungen eine deutliche finanzielle Entlastung darstellen, ist zu berücksichtigen, dass die Kosten in Pflegeeinrichtungen in den letzten Jahren unter anderem durch die Lohnentwicklungen und bereits laufend gestiegen sind und auch weiterhin steigen werden. Die Leistungszuschläge werden daher voraussichtlich ab 2025 durch die Kostensteigerungen ausgeglichen sein. Daher ist eine grundlegende Reform der Pflegeversicherung notwendig.

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 ca. 157 Euro für persönliche Ausgaben und Kleidung.

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 Betrag aus der eigenen Rente und der Rente des Partners zu (Eigenbedarf), womit er seinen eigenen Lebensunterhalt weiterhin bestreiten kann. Auch die selbst bewohnte Eigentumswohnung oder das selbst bewohnte Haus (in angemessener Größe) muss nicht verkauft werden, um die Heimkosten des Ehepartners zu finanzieren (Schonvermögen). Erst im Erbfall stellt das Sozialamt Rückforderungen maximal bis zur Höhe des Werts des Wohneigentums. Zum Schonvermögen gehören zudem 20.000 € Sparvermögen bei Ehepaaren. 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).

Die leiblichen Kinder der pflegebedürftigen Person können zu Unterhaltsleistungen für den Elternteil herangezogen werden, wenn ihr jährliches Bruttoeinkommen über 100.000 € liegt. Ausschlaggebend ist in der Regel nur das laufende Einkommen, nicht ihr Vermögen. Zahlungen für eigene unterhaltspflichtige Kinder, Miete, Lebensversicherungen und Schuldentilgungen werden zudem berücksichtigt.

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

18. Weiterführende Broschüren, Richtlinien und Bürgertelefon

Leitfaden zur Pflegeversicherung (7,50 €)

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>

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:

[https://www.sozialgesetzbuch-](https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxi/1.html)

[sgb.de/sgbxi/1.html](https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxi/1.html) oder

https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/

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.) ↑ <i>nur anteilig möglich</i>	–	316	545	728	901	monatlich
§ 36	Sachleistung für häusliche Pflege, hauswirtsch. Hilfe, Betreuung (bis 40% für Angebote nach § 45a nutzbar) ↓	–	724 €	1.363 €	1.693 €	2.095 €	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) ↓	–	1.774 € (+1.612)	1.774 € (+1.612)	1.774 € (+1.612)	1.774 € (+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
§ 38a	Zuschlag in ambulant betreuten Wohngemeinschaften	214	214	214	214	214	monatlich
§ 44	Höherer Rentenanspruch für pflegende Angehörige ³⁾	–	7 - 10	11 - 16	18 - 25	25 - 36	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 120-600 € Rentenbeiträge für pflegende Angehörige eingezahlt. Dadurch erhöht sich der Rentenanspruch je nach Dauer der Betreuung der pflegebedürftigen Person. (Regelungen siehe Kapitel 13.9. und ausführlich in einem Informationstext der Fachberatung Demenz zum Download bei www.alzheimerberatung-stuttgart.de)

Unter Umständen werden auch 45 € Arbeitslosenversicherung gezahlt (Kap. 13.9).