

Ein Engagement der **betapharm**

# Pflege



**beta Care**

*Wissenssystem für Krankheit & Soziales*

**Liebe Leserin, lieber Leser,**

betapharm setzt sich seit Jahren aktiv für eine verbesserte Versorgungsqualität im Gesundheitswesen ein. Aus diesem Engagement hat sich betaCare – das Wissenssystem für Krankheit & Soziales – entwickelt. Mit betaListe, betanet, betafon und vielen weiteren Medien bietet es Antworten auf alle sozialen Fragen rund um eine Krankheit.

Der vorliegende Ratgeber „Pflege“ informiert umfassend zu Themen wie Pflegeleistungen, Pflegeeinstufung, häusliche oder stationäre Pflege.

Der fachliche Inhalt wird vom gemeinnützigen beta Institut für angewandtes Gesundheitsmanagement erarbeitet. betapharm stellt dieses Wissen zur Verfügung.

Weitere Fragen rund um das Thema Pflege beantworten die Expertinnen des beta Instituts am betafon.  
Telefon 01805 2382366 (14 Ct./Min.)

Für Fachkräfte im Gesundheitswesen:  
Mo-Do 9-18 Uhr und Fr 9-16 Uhr

Für Patienten und Angehörige:  
Mo-Do 16-18 Uhr

Mehr Informationen zu betaCare finden Sie unter [www.betaCare.de](http://www.betaCare.de)



Mit herzlichen Grüßen

  
Dr. Wolfgang Niedermaier  
Geschäftsführer betapharm

  
Horst Erhardt  
Geschäftsführer beta Institut

# Inhaltsverzeichnis

<b>Allgemeines zur Pflegeversicherung – SGB XI</b>	<b>3</b>
Pflegereform	3
Voraussetzungen	3
Versicherungspflicht	3
Pflegekassen	4
Pflegestützpunkte	4
<b>Leistungen der Pflegeversicherung im Überblick</b>	<b>5</b>
Beginn der Leistungen	5
<b>Antrag, Begutachtung, Einstufung</b>	<b>6</b>
Der Pflegeantrag Schritt für Schritt	6
Begutachtungsfristen	6
Pflegebedürftigkeit	8
Prüfung der Pflegebedürftigkeit	9
Begutachtung dementer, geistig behinderter oder psychisch kranker Menschen	10
Pflegetagebuch	10
Pflegestufen	11
<b>Leistungen der häuslichen Pflege</b>	<b>15</b>
Pflegegeld – Pflege durch Angehörige	15
Pfllegesachleistung – Pflegedienste	18
Kombinationsleistung	22
Ersatzpflege	24
Erheblicher Betreuungsaufwand	25
Pflegehilfsmittel	27
<b>Teilstationäre und stationäre Pflege</b>	<b>31</b>
Tages- und Nachtpflege	31
Tages- oder Nachtpflege plus häusliche Pflege	32
Kurzzeitpflege	33
Vollstationäre Pflege	34
Einrichtungen der Behindertenhilfe	36
<b>Leistungen für Pflegepersonen</b>	<b>38</b>
Soziale Sicherung für Pflegepersonen	38
Pflegezeit	39
Pflegekurse	40
<b>Sozialhilfe: Hilfe zur Pflege</b>	<b>42</b>
Häusliche Pflege	43
Pflegegeld	43
Pflegekraft	44

# Inhaltsverzeichnis

<b>Altenhilfe</b>	45
<b>Unterhaltspflicht</b>	46
<b>Wohnen im Alter und bei Pflegebedürftigkeit</b>	48
Sturzprophylaxe	48
Seniorengerechtes Bauen und Wohnen	50
Wohnformen im Alter	51
Konzept und Träger	53
Service und Pflege	54
Wohnumfeldverbesserung	54
Hausnotrufsysteme	56
<b>Anhang</b>	58
Muster Pflagetagebuch	58
Tabelle „Pflegeaufwand gesunder Kinder“	60
Erläuterungen zur Feststellung des regelmäßigen Hilfebedarfs	61
<b>Literatur</b>	65
<b>Adressen</b>	66
<b>Impressum</b>	68

## Hinweise:

Zur besseren Lesbarkeit

- wird im Text häufig die männliche Form verwendet.  
Gemeint sind grundsätzlich weibliche und männliche Personen.
- wird vereinfacht von „Angehörigen“ gesprochen.  
Gemeint sind alle pflegenden Familienangehörigen, Freunde, Nachbarn oder andere nicht als Pflegekraft ausgebildeten Pflegepersonen.

# Allgemeines zur Pflegeversicherung – SGB XI

Seit 1995 gibt es die Pflegeversicherung. Sie übernimmt Leistungen für die häusliche und teilstationäre Pflege, seit 1996 auch die Leistungen der vollstationären Pflege im Heim. Rechtsgrundlage der Pflegeversicherung ist das Sozialgesetzbuch XI. Zum 1.7.2008 trat die Pflegereform in Kraft.

Die gesetzliche Pflegeversicherung tritt ein für die pflegerische Versorgung von Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Erkrankung oder Behinderung in Bezug auf die „gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens“ für mindestens 6 Monate in erheblichem Umfang Hilfe brauchen (Details siehe S. 8).

Zum 1.7.2008 trat das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (Pflegereform) in Kraft. Neu sind z.B. die Pflegezeit für berufstätige Angehörige, die Pflegeberatung, die Pflegestützpunkte und regelmäßige Prüfungen der Pflegeheime. Erhöht werden die meisten Leistungen der Pflegeversicherung, aber auch der Beitragssatz. Alle Änderungen der Pflegereform wurden in diesem Ratgeber eingearbeitet.

Damit die Pflegeversicherung Leistungen übernimmt, müssen zwei Voraussetzungen erfüllt sein:

- Pflegebedürftigkeit und
- Vorversicherungszeit.

Seit 1.7.2008 erhält nur noch derjenige Sofortleistungen, der nachweisen kann, dass er innerhalb der letzten 10 Jahre vor der Antragstellung mindestens 2 Jahre in der Pflegeversicherung versichert war.

Familienversicherte Kinder erfüllen die Vorversicherungszeit, wenn ein Elternteil sie erfüllt.

In den Schutz der Pflegeversicherung sind alle einbezogen, die auch in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. Dies gilt auch für Familienversicherte. Zuständig sind die (bei den Krankenkassen errichteten) Pflegekassen.

## Pflegereform

## Voraussetzungen

## Vorversicherungszeit

## Versicherungspflicht

## Freiwillige Versicherung

**Grundsatz:** Freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung sind in der Pflegeversicherung versicherungspflichtig (§ 20 Abs. 3 SGB XI).

**Ausnahme:** Wer freiwillig krankenversichert ist und nicht Mitglied der zugehörigen gesetzlichen Pflegekasse werden möchte, muss bei der Pflegekasse einen Befreiungsantrag stellen und einen gleichwertigen privaten Versicherungsschutz nachweisen. Das muss innerhalb von 3 Monaten nach Beginn der freiwilligen Versicherung geschehen. Der Befreiungsantrag ist nicht widerrufbar, außer der freiwillig Versicherte wird aufgrund veränderter Voraussetzungen wieder zum Pflichtversicherten (§ 22 SGB XI).

## Pflegekassen

**Die Pflegekassen sind die Träger der Pflegeversicherung.**

Bei den Pflegekassen sind alle Pflegeleistungen zu beantragen. Sie sind bei den Krankenkassen eingerichtet. Es gilt der Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“, d. h.: Wer in der gesetzlichen Krankenkasse pflichtversichert ist, ist automatisch Mitglied der angegliederten Pflegekasse.

## Pflegestützpunkte

**Ab 1.1.2009 besteht ein Rechtsanspruch auf Pflegeberatung. Die Beratung wird von Pflegestützpunkten oder – wenn nicht vorhanden – von der Pflegekasse geleistet.**

Pflegestützpunkte sind zentrale Anlaufstellen für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen. Sie koordinieren und vermitteln Hilfeleistungen und örtliche Angebote. Die Pflegeberater in den Stützpunkten beraten, informieren und helfen rund um das Thema Pflege und nehmen sich der individuellen Situation des Ratsuchenden an. Ob ein Pflegestützpunkt eingerichtet wird, entscheidet das Bundesland.

Gibt es keinen Pflegestützpunkt, wenden sich Ratsuchende an den Pflegeberater bei der Pflegekasse.

# Leistungen der Pflegeversicherung im Überblick

Bei den Leistungen der Pflegeversicherung wird unterschieden zwischen häuslicher, teilstationärer und stationärer Pflege.

Folgende Leistungen werden gewährt, wenn die Voraussetzungen erfüllt sind:

- **Häusliche Pflege**
  - Pflegegeld, wenn die Pflege nur von (einem) Angehörigen übernommen wird.
  - Pflegesachleistung, wenn die Pflege nur von einem ambulanten Pflegedienst übernommen wird.
  - Kombinationsleistung, wenn die Pflege sowohl von (einem) Angehörigen als auch von einem ambulanten Pflegedienst übernommen wird.
  - Ersatzpflege/Verhinderungspflege, wenn zu Hause vorübergehend eine andere als die übliche Person die Pflege übernimmt.
  - Pflegehilfsmittel, dazu zählen auch technische Hilfen und Wohnumfeldverbesserungen.
- **Teilstationäre Pflege** in Form von Tages- oder Nachtpflege, d. h.: tageszeitweise stationäre Pflege neben der häuslichen Pflege.
- **Kurzzeitpflege**, wenn statt der häuslichen vorübergehend eine vollstationäre Pflege notwendig ist.
- **Vollstationäre Pflege** im Pflegeheim.

Wann die Leistungen der Pflegekasse beginnen, hängt vom Datum der Antragstellung und vom Beginn der Pflegebedürftigkeit ab.

Die Pflegekasse leistet:

- ab dem Datum der Antragstellung, wenn der Versicherte an diesem Tag seit weniger als einem Monat pflegebedürftig ist.
- ab dem Ersten des Monats der Antragstellung, wenn der Versicherte am Tag der Antragstellung schon länger als einen Monat pflegebedürftig ist.
- ab dem tatsächlichen Eintritt der Pflegebedürftigkeit, wenn der Antrag bereits gestellt wird, wenn die Pflegebedürftigkeit noch nicht vorliegt.

**Beginn der Leistungen**

# Antrag, Begutachtung, Einstufung

## Der Pflegeantrag Schritt für Schritt

- **Antrag anfordern.**  
Alle Pflegeleistungen müssen bei der Pflegekasse beantragt werden. Das Antragsformular kann per Telefon bei der Pflegekasse bestellt werden. Der Antragsteller muss die Vorversicherungszeit erfüllen (in den 10 Jahren vor Antragstellung mindestens 2 Jahre pflegeversichert).
- **Antrag ausfüllen, unterschreiben, absenden.**  
Dabei helfen Pflegeberater in den Pflegestützpunkten, Pflegedienste, ggf. Betreuer, Senioreneinrichtungen.
- **Die Pflegekasse beauftragt den MDK mit der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit.**  
Details zur Pflegebedürftigkeit siehe S. 8.
- **Der MDK kündigt seinen Besuch beim Patienten an.**
- **Pflegetagebuch führen.**  
Die Pflegepersonen dokumentieren ihre Pflegeleistungen. Details siehe S. 10.
- **Besuch des MDK (Begutachtungstermin).**  
Der MDK prüft bei seinem Besuch die Pflegebedürftigkeit des Patienten. Details siehe S. 9.
- **Entscheidung und Bescheid der Pflegekasse.**  
Die Pflegekasse entscheidet auf der Basis des MDK-Gutachtens. Gegen den Bescheid kann innerhalb von 4 Wochen schriftlich Widerspruch eingelegt werden.

## Begutachtungsfristen

**Über einen Antrag zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit muss die Pflegekasse innerhalb einer bestimmten Frist entscheiden. Die Frist ist abhängig vom Aufenthaltsort des Antragstellers und von der Beantragung von Pflegezeit. Sie beträgt**

- 5 Wochen, wenn sich der Antragsteller zu Hause befindet.
- 2 Wochen, wenn sich der Antragsteller zu Hause befindet und ein Angehöriger Pflegezeit beantragt hat.
- 1 Woche, wenn sich der Antragsteller im Krankenhaus, in einer stationären Reha-Einrichtung oder in einem Hospiz befindet oder wenn er eine ambulante Palliativversorgung erhält.

Falls in der Zeit zwischen Antragstellung und Genehmigung eine Pflegeperson notwendig ist, muss diese zunächst vom Pflegebedürftigen selbst bezahlt werden. Wird der Antrag genehmigt, übernimmt die Pflegekasse die Kosten im Nachhinein ab dem Datum der Antragstellung und bis zur Höhe der genehmigten Sachleistungen. Deshalb ist es wichtig, alle Belege aufzubewahren.

Wenn das Geld für die vorübergehenden Kosten vor der Genehmigung nicht vorhanden ist, kann beim Sozialamt ein Antrag auf „Hilfe zur Pflege“ gestellt werden. Liegen die Voraussetzungen vor, geht das Sozialamt in Vorleistung und rechnet dann bei Bewilligung des Pflegeantrags direkt mit der Pflegekasse ab.

### **Folgende Tipps helfen bei der Antragstellung:**

- Wenn absehbar ist, dass neben einem Angehörigen noch ein ambulanter Pflegedienst hinzugezogen werden muss, sollte am besten von Anfang an eine Kombination von Pflegegeld (Angehöriger pflegt) und Pflegesachleistung (Pflegefachkraft pflegt) beantragt werden.
- Nicht nur die Grunderkrankung, sondern auch alle zusätzlichen Beeinträchtigungen, z. B. Sehfehler, sowie Begleiterscheinungen angeben. Dabei nichts herunterspielen.
- Kliniken und Ärzte anführen, die am besten über die angeführten Gesundheitsstörungen informiert sind.
- Antragstellung mit dem behandelnden Arzt absprechen. In dessen Befundberichten müssen die einzelnen Auswirkungen der Erkrankung (z. B. die Höhe der körperlichen Belastbarkeit) detailliert dargestellt werden. Diese Kriterien, nicht allein die Diagnose, entscheiden über die Pflegestufe.
- Vorhandene ärztliche Unterlagen gleich bei Antragstellung mit einreichen, z. B. Krankenhausentlassungsbericht, Kurbericht, Bescheinigung des Hausarztes, Gutachten, Atteste.
- Die Mitteilung eines Arztes oder Pflegeheims bezüglich einer Pflegebedürftigkeit gilt nur dann als Antrag, wenn sie auch eindeutig als „Antrag“ bezeichnet ist. Voraussetzung ist die Zustimmung des Pflegebedürftigen oder gegebenenfalls dessen gesetzlichen Betreuers. Pflegebedürftige, Angehörige oder Bevollmächtigte sollten im Zweifelsfall bei der Pflegekasse nachfragen, ob die Information durch Arzt oder Pflegeheim auch tatsächlich als Antrag interpretiert wurde.



### **Praxistipps**

## Pflegebedürftigkeit

### Definition „pflegebedürftig“

Pflegebedürftig ist, wer wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen **Krankheit oder Behinderung** für die **gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens** auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, in erheblichem oder höherem Maße der **Hilfe** bedarf.

Die Schwere der Pflegebedürftigkeit wird in Pflegestufen eingeteilt. Für eine vorübergehende Pflegebedürftigkeit unter 6 Monaten kommt unter Umständen die Krankenversicherung auf. Die entsprechende Leistung der Krankenkasse heißt „Häusliche Krankenpflege“.

### Krankheiten oder Behinderungen

#### Krankheiten oder Behinderungen sind:

- Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat
- Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane
- Funktionsstörungen des zentralen Nervensystems, wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen

### Gewöhnliche und wiederkehrende Verrichtungen

#### Gewöhnliche und wiederkehrende Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens sind:

- **Körperpflege:**  
Waschen, Duschen, Baden, Zahnpflege, Kämmen, Rasieren, Darm- oder Blasenentleerung
- **Ernährung:**  
mundgerechte Zubereitung oder Aufnahme der Nahrung
- **Mobilität:**  
selbstständiges Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung
- **Hauswirtschaftliche Versorgung:**  
Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung, Heizen

### Hilfe

#### Hilfe bedeutet:

- **Anleitung und/oder Beaufsichtigung**  
Anleitung und Beaufsichtigung haben zum Ziel, dass die täglichen Verrichtungen in sinnvoller Weise vom Pflegebedürftigen selbst durchgeführt werden.

**Anleitung** bedeutet, dass die Pflegeperson bei einer konkreten Verrichtung den Ablauf der einzelnen Handlungsschritte oder den ganzen Handlungsablauf lenken oder demonstrieren muss (Beispiel: Die Pflegeperson muss beim Waschen den Ablauf der einzelnen Handlungsabschnitte lenken oder demonstrieren).

Bei der **Beaufsichtigung** steht zum einen die Sicherheit beim konkreten Handlungsablauf der Verrichtung (Eigen- oder Fremdgefährdung) im Vordergrund (z. B. beim Rasieren, wenn durch unsachgemäße Benutzung des Rasierapparates eine Selbstgefährdung gegeben ist), zum anderen die Kontrolle darüber, ob die betreffenden Verrichtungen in der erforderlichen Art und Weise durchgeführt werden.

Eine allgemeine Beaufsichtigung, die über die Sicherung der Verrichtungen (auch zur Vermeidung von Eigen- und Fremdgefährdung bei diesen) hinausgeht, bleibt für die Pflegebedürftigkeit unberücksichtigt.

- **Unterstützung**

Unterstützung bedeutet, dass der Pflegebedürftige grundsätzlich zur selbstständigen Erledigung einer Verrichtung in der Lage ist, jedoch zur Vorbereitung, Durchführung oder Nachbereitung ergänzende Hilfeleistungen der Pflegeperson benötigt (Beispiel: Infolge einer teilweisen Lähmung muss die Hand des rechten Armes zum Kämmen von einer anderen Person geführt werden).

- **Übernahme**

**Teilweise Übernahme** bedeutet, dass eine Hilfe bei einer teilweise selbstständig erledigten Verrichtung benötigt wird.

**Vollständige Übernahme** bedeutet, dass die Pflegeperson die Verrichtung notwendigerweise selbst ausführt, da der Pflegebedürftige diese nicht selbst ausführen kann.

Das Maß für die Pflegebedürftigkeit sind die Pflegestufen (siehe S. 11).

**Die Pflegekasse beauftragt den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit der Prüfung der Pflegebedürftigkeit.**

**Prüfung der Pflegebedürftigkeit**

MDK ist die Abkürzung für „Medizinischer Dienst der Krankenversicherung“. Er arbeitet als neutraler und unabhängiger Beratungs- und Begutachtungsdienst für alle Krankenkassen und Pflegekassen und wird bei medizinischen Fragen zu Rate gezogen.

*MDK*



Wer hilft weiter?

Adressen der MDKs der einzelnen Bundesländer finden Sie im Internet unter [www.mdk.de](http://www.mdk.de).

### Begutachtungstermin

Der MDK nimmt beim Pflegebedürftigen einen Begutachtungstermin wahr. Er erfasst dabei den Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung, legt in einem Gutachten fest, welche Hilfe in welchem Umfang erforderlich ist, und stellt einen Pflegeplan auf.

Sinnvoll ist es, dass der Pflegende vor dem Begutachtungstermin ein Pfl egetagebuch (siehe unten) über die Pfl egetätigkeiten führt und dieses bei der Begutachtung vorlegt.

### Richtlinien

Die Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI sind für das gesamte Bundesgebiet einheitlich und für alle Pflegekassen sowie den Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen verbindlich. Diese Begutachtungsrichtlinien können im Internet unter [www.mds-ev.de/index2.html](http://www.mds-ev.de/index2.html) heruntergeladen oder beim MDS-Fachgebiet Pflege, 45116 Essen, Telefon 0201 8327-0 (DIN-A5-Kuvert mit 1,45 € frankiert und adressiert beilegen) schriftlich angefordert werden.

### Begutachtung dementer, geistig behinderter oder psychisch kranker Menschen

**Schwierig ist die Begutachtung dementer, geistig behinderter und psychisch kranker Menschen, weil die Patienten in der Regel alle für die Pflegeeinstufung relevanten Tätigkeiten selbstständig übernehmen könnten, sie jedoch dafür regelmäßig motiviert, angeleitet und unterstützt werden müssen.**

Oft erfordert die Anleitung zu den Verrichtungen der Körperpflege, Nahrungsaufnahme, Mobilität und hauswirtschaftlichen Versorgung mehr Zeit, als wenn diese von einer Fachkraft übernommen werden würden. Deshalb sind in diesen Fällen zusätzliche Zeitbedarfe vorgesehen, die als Mehraufwand auf die vorgegebenen Zeitkorridore angerechnet werden können. Angehörige oder Pflegepersonen sollten den MDK-Gutachter darauf hinweisen, wie viel zusätzliche Zeit hier benötigt wird.

Für diesen Personenkreis gibt es zusätzliche Leistungen nach dem Pflegeleistungsergänzungsgesetz (siehe S. 25).

### Pfl egetagebuch

**Stellt ein Patient einen Antrag auf Pflegeleistungen, so ist es sehr empfehlenswert, dass Angehörige ein bis zwei Wochen vor dem Begutachtungstermin des MDK ein sogenanntes Pfl egetagebuch führen.**

In das Pfl egetagebuch tragen alle an der Pflege beteiligten Personen ihre Pflegezeiten und Pfl egetätigkeiten ein. Dabei wird minutengenau festgehalten, wie viel Zeit die einzelnen Tätigkeiten im Rahmen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung einnehmen. So bekommen der Pfl egende und v. a. der MDK einen Überblick über den gesamten Hilfebedarf und Zeitaufwand der tatsächlichen täglichen Pflege.

Das Pfl egetagebuch ist in Spalten angelegt. Hinter jede pflegende Tätigkeit kann der Zeitaufwand in Minuten und die Art der Hilfe (Anleitung, Beaufsichtigung, Unterstützung, teilweise oder volle Übernahme) angegeben werden.

Bei der Begutachtung sollte das ausgefüllte Pfl egetagebuch zusammen mit allen medizinischen Unterlagen dem MDK vorgelegt werden. Dieser sieht dann nicht nur eine „Momentaufnahme“, sondern den ständigen Hilfebedarf. Eine Musterseite eines Pfl egetagebuchs finden Sie im Anhang (S. 58).

**Die Pflegestufe (§ 15 SGB XI) ergibt sich aus der Schwere der Pflegebedürftigkeit und bedingt die Höhe der Leistungen der Pflegekasse. Es gibt die Pflegestufen I bis III sowie Sonderregelungen für besonders pflegeaufwendige Patienten (Härtefall) und für die Pflegeeinstufung von Kindern.**

Die Pflegestufe wird von der Pflegekasse auf der Basis des Gutachtens des MDK festgelegt und kann auf bis zu 3 Jahre befristet werden.

Hilfebedarf besteht einmal täglich für wenigstens zwei Verrichtungen aus den Bereichen Körperpflege, Ernährung oder Mobilität und zusätzlich mehrfach in der Woche bei der hauswirtschaftlichen Versorgung.

Der Zeitaufwand eines pflegenden Angehörigen beträgt für die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung wöchentlich im Tagesdurchschnitt **mindestens 90 Minuten**. Davon müssen auf die Grundpflege mindestens 46 Minuten entfallen.

Leistungen Pflegestufe I	€
Pflegegeld monatlich	215,-
Pflegesachleistungen monatlich	420,-
Kombinationsleistung	anteilig
Teilstationäre Tages- oder Nachtpflege monatlich	420,-
Stationäre Kurzzeitpflege (längstens 4 Wochen/Jahr)	1.470,-
Vollstationäre Pflege monatlich	1.023,-
Ersatzpflege, Verhinderungspflege durch Fachkräfte und nicht verwandte Laienhelfer	1.470,-
Ersatzpflege, Verhinderungspflege durch verwandte Laienhelfer	215,-

## Pflegestufen

*Pflegestufe I – erheblich Pflegebedürftige*

*Pflegestufe II – schwerst  
Pflegebedürftige*

Hilfebedarf besteht mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten für Verrichtungen aus den Bereichen Körperpflege, Ernährung oder Mobilität und zusätzlich mehrfach in der Woche bei der hauswirtschaftlichen Versorgung.

Der Zeitaufwand eines pflegenden Angehörigen beträgt für die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung wöchentlich im Tagesdurchschnitt **mindestens 3 Stunden**. Davon müssen auf die Grundpflege mindestens 2 Stunden entfallen.

<b>Leistungen Pflegestufe II</b>	<b>€</b>
Pflegegeld monatlich	420,-
Pflegesachleistungen monatlich	980,-
Kombinationsleistung	anteilig
Teilstationäre Tages- oder Nachtpflege monatlich	980,-
Stationäre Kurzzeitpflege (längstens 4 Wochen/Jahr)	1.470,-
Vollstationäre Pflege monatlich	1.279,-
Ersatzpflege, Verhinderungspflege durch Fachkräfte und nicht verwandte Laienhelfer	1.470,-
Ersatzpflege, Verhinderungspflege durch verwandte Laienhelfer	420,-

*Pflegestufe III –  
Schwerstpflegebedürftige*

Hilfebedarf besteht täglich rund um die Uhr, auch nachts, bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität und zusätzlich mehrfach in der Woche bei der hauswirtschaftlichen Versorgung.

Der Zeitaufwand eines pflegenden Angehörigen für die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung beträgt wöchentlich im Tagesdurchschnitt **mindestens 5 Stunden**. Davon müssen auf die Grundpflege mindestens 4 Stunden entfallen.

<b>Leistungen Pflegestufe III</b>	<b>€</b>
Pflegegeld monatlich	675,-
Pflegesachleistungen monatlich	1.470,-
Kombinationsleistung	anteilig
Teilstationäre Tages- oder Nachtpflege monatlich	1.470,-
Stationäre Kurzzeitpflege (längstens 4 Wochen/Jahr)	1.470,-
Vollstationäre Pflege monatlich	1.470,-
Ersatzpflege, Verhinderungspflege durch Fachkräfte und nicht verwandte Laienhelfer	1.470,-
Ersatzpflege, Verhinderungspflege durch verwandte Laienhelfer	675,-

Um über den Pflegebedarf der Antragstellenden zu entscheiden, ist der Zeitaufwand eines der wichtigsten Kriterien. Für die verschiedenen Pflgetätigkeiten werden sogenannte Zeitkorridore berücksichtigt.

Es gibt Kriterien, die bei der Begutachtung durch den MDK als Erschwernis- oder Erleichterungsfaktoren anerkannt werden können. Diese wirken sich auf den Zeitaufwand aus, der bei der Pflegeeinstufung zugrunde gelegt wird.

**Erschwernisfaktoren können sein:**

- Körpergewicht des Pflegebedürftigen über 80 kg.
- Therapieresistente Schmerzen, Kontrakturen, Spastik, Lähmungen, Fehlstellungen oder Einschränkung der Beweglichkeit beim Pflegebedürftigen.
- Eingeschränkte Belastbarkeit aufgrund von Herzerkrankungen mit Atemnot, Zyanosen und Ödemen.
- Abwehrverhalten des Pflegebedürftigen durch geistige Behinderung oder psychische Erkrankung (z. B. Demenz).
- Starke Einschränkungen beim Hören oder Sehen.
- Pflegebehindernde räumliche Gegebenheiten.
- Unerlässlicher Einsatz zeitaufwendiger Hilfsmittel wie Decken- und Wandlifter.
- Verrichtungsbezogene, krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen, die aus medizinisch-pflegerischen Gründen regelmäßig und auf Dauer
  - untrennbarer Bestandteil der Hilfe bei den Verrichtungen der Grundpflege sind **oder**
  - objektiv notwendig im unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit diesen Verrichtungen der Grundpflege vorgenommen werden müssen.

**Erleichternde Faktoren können sein:**

- Ein Körpergewicht unter 40 kg.
- Pflegeerleichternde räumliche Gegebenheiten.
- Ein erleichternder Hilfsmiteleinatz.

Ein Härtefall liegt bei Erforderlichkeit eines außergewöhnlich hohen und intensiven Pflegeaufwands vor, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt.

Für die Regelung von Härtefällen haben die Spitzenverbände der Pflegekassen sogenannte Härtefall-Richtlinien erlassen, die bei den Pflegekassen angefordert werden können.

<b>Leistungen Härtefall</b>	<b>€</b>
Pflegesachleistungen im Härtefall monatlich	1.918,-
Vollstationäre Pflege im Härtefall monatlich	1.750,-

## Pflegestufe eines Kindes

Für die Beurteilung der Pflegestufe eines Kindes ist entscheidend, wie viel zusätzliche Hilfe das Kind gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind benötigt bzw. wie hoch der zeitliche Mehraufwand ist. Der Höchstbedarf an Hilfe für gesunde Kinder wurde detailliert festgelegt.

**Hier ein vereinfachter Überblick über den täglichen Pflegeaufwand eines gesunden Kindes (detaillierte Tabelle im Anhang, S. 60):**

Alter des Kindes	Säugling 0–1 Jahr	Kleinkind 1–3 Jahre	Kindergarten 3–6 Jahre	
<b>Körperpflege</b> (Waschen, Duschen/Baden, Zahnpflege, Kämmen, Darm-, Blasenentleerung)	61–62	66–81	76–32	Min./Tag
<b>Ernährung</b> (mundgerechte Zubereitung, Nahrungsaufnahme)	145–125	108–48	28–10	Min./Tag
<b>Mobilität</b> (Aufstehen/Zubettgehen, An-/Auskleiden, Gehen, Stehen, Verlassen/Wiederaufsuchen der Wohnung)	32–38	44–40	34–10	Min./Tag
<b>Gesamtsumme</b>	<b>238–218</b>	<b>218–138</b>	<b>138–52</b>	<b>Min./Tag</b>

Benötigt eine Mutter beispielsweise 4 Stunden länger als die hier angegebenen Zeiten, ist eine Einordnung des Kindes als „schwer pflegebedürftig“ in Pflegestufe II wahrscheinlich.

### Praxistipp

Reicht der Pflegebedarf für die Pflegestufe I nicht aus, erhält der Hilfebedürftige prinzipiell keine Leistungen der Pflegeversicherung (Ausnahme bei Menschen mit erhöhtem Betreuungsbedarf: Sie können eine sogenannte Pflegestufe 0 und damit Leistungen nach dem Pflegeleistungsgesetz erhalten, siehe S. 25). Unter Umständen erhält er dann aber finanzielle Hilfen vom Sozialamt. An den vom MDK festgestellten Pflegebedarf ist das Sozialamt gebunden. Die hilfebedürftige Person sollte dann beim zuständigen Sozialamt einen Antrag auf „Hilfe zur Pflege“ stellen (Details siehe S. 42). Die Pflegekasse stuft den Pflegebedürftigen nach Erhalt des MDK-Gutachtens in eine Pflegestufe ein. Der Bescheid mit der Entscheidung der Pflegekasse geht dem Antragsteller zu.

### Höherstufung

Eine Höherstufung der Pflegestufe ist immer dann möglich, wenn sich der Pflegeaufwand erhöht. Dazu ist ein Antrag bei der Pflegekasse zu stellen und ein erneutes Feststellungsverfahren über den MDK nötig, das auch als Wiederholungsgutachten bezeichnet wird.

Als Wiederholungsgutachten gilt auch die Begutachtung im Auftrag der Pflegekasse, wenn diese z. B. den Hinweis erhält, dass die häusliche Pflege nicht mehr in ausreichender Weise gewährleistet ist.

# Leistungen der häuslichen Pflege

**Zur häuslichen Pflege der Pflegeversicherung zählen:**

- Pflegegeld
- Pflegesachleistung
- Kombinationsleistung
- Ersatzpflege (Verhinderungspflege)
- Pflegehilfsmittel

**Pflegegeld (§ 37 SGB XI) bekommt ein Pflegebedürftiger, um eine selbst beschaffte Pflegeperson zu bezahlen. Es stellt die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung durch eine Person in geeigneter Weise sicher.**

Pflegepersonen sind meist Angehörige, aber auch ehrenamtliche Pflegepersonen, erwerbsmäßige Pflegekräfte oder eine vom Pflegebedürftigen angestellte Pflegeperson.

Pflegegeld ist kein Einkommen des Pflegebedürftigen. Wenn der Pflegebedürftige das Pflegegeld an die Pflegeperson weiterleitet, gilt dies ebenfalls nicht als Einkommen, außer die Pflegeperson wird im Rahmen eines Arbeits- oder Beschäftigungsverhältnisses für den Pflegebedürftigen tätig.

**Unter folgenden Voraussetzungen kann der Pflegebedürftige Pflegegeld in Anspruch nehmen:**

- Keine Entschädigungsleistungen der gesetzlichen Unfallversicherung.
- Pflege im häuslichen Bereich, d. h. im eigenen Haushalt, in einem anderen Haushalt, in dem der Pflegebedürftige aufgenommen wurde, oder in einem Altenwohnheim oder Altenheim (auf jeden Fall nicht in einem Pflegeheim).
- Prinzipiell müssen die Vorversicherungszeit erfüllt, die Pflegebedürftigkeit festgestellt und das Pflegegeld bei der Pflegekasse beantragt werden.

**Die Pflegekasse bezahlt für eine selbst beschaffte Pflegekraft Pflegegeld in folgender Höhe:**

Pflegestufe I → 215,- € monatlich

Pflegestufe II → 420,- € monatlich

Pflegestufe III → 675,- € monatlich

Pflegegeld wird immer im Voraus am Ersten eines Monats für den laufenden Monat gezahlt.

## Pflegegeld – Pflege durch Angehörige

### Voraussetzungen

### Höhe

## Besonderheiten

### Folgende Besonderheiten sind beim Pflegegeld zu beachten:

- Tritt die Pflegebedürftigkeit erst im Laufe eines Monats ein, wird das Pflegegeld anteilig nach Tagen gezahlt. Gleiches gilt, wenn der Pflegebedürftige vorübergehend nicht in seiner häuslichen Umgebung gepflegt wird.

#### Beispiel:

Ein Pflegebedürftiger geht für 6 Tage in die Kurzzeitpflege. Bei häuslicher Pflege an 24 Kalendertagen beträgt das Pflegegeld in Pflegestufe II 420,- € : 30 Kalendertage (gilt für alle Monate) x 24 = 336,- €.

- Das Pflegegeld ist steuerfrei.
- Bei vollstationärer Krankenhausbehandlung, bei häuslicher Krankenpflege mit Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung oder bei stationärer medizinischer Rehabilitationsmaßnahme wird das Pflegegeld bis zu 4 Wochen weiterbezahlt (§ 34 Abs. 2 SGB XI).
- Wird der Pflegebedürftige in einem Pflegeheim untergebracht (§ 71 Abs. 2 SGB XI), erhält er kein Pflegegeld.
- Stirbt ein Pflegebedürftiger, wird das Pflegegeld für den Restmonat nicht zurückgefordert.

## Verhältnis zu anderen Leistungen der Pflegeversicherung

**Pflegesachleistung** und **Pflegegeld** schließen sich in der Regel aus. Möglich ist allerdings eine Kombinationsleistung (siehe S. 22) aus beiden.

Neben dem Pflegegeld kann in jedem Fall der Bezug von Pflegehilfsmitteln (siehe S. 27) beansprucht werden.

Neben Pflegegeld kann die Pflegekasse auch Leistungen der Tages- oder Nachtpflege übernehmen. Details siehe S. 32.

## Auslandsaufenthalt

### Pflegegeld kann auch während eines Auslandsaufenthalts bezogen werden:

- Bei Wohnsitz oder längerem Aufenthalt in Ländern der EU bzw. des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) wird das Pflegegeld unbefristet weiterbezahlt.
- In allen anderen Ländern ruht der Anspruch auf Pflegeleistungen für die Dauer des Auslandsaufenthalts. Lediglich bei vorübergehendem Aufenthalt im Ausland von maximal 6 Wochen pro Kalenderjahr wird das Pflegegeld weitergezahlt.

Voraussetzung in beiden Fällen ist, dass der Pflegebedürftige trotz des Auslandsaufenthalts bzw. -wohnsitzes weiterhin in Deutschland pflegeversichert bleibt.

**Pflegebedürftige, die ausschließlich Pflegegeld beziehen, sind verpflichtet, einen Beratungseinsatz durch eine Pflegefachkraft in Anspruch zu nehmen:**

- Bei Pflegestufe I und II: mindestens 1 x halbjährlich
- Bei Pflegestufe III: mindestens 1 x vierteljährlich

Die Heranziehung dieser Pflegefachkraft dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfeleistung und Beratung der Pflegepersonen. Den Beratungseinsatz bezahlt die Pflegekasse. Die Vergütung eines Einsatzes beträgt bis zu 26,- € in den Pflegestufen I und II und bis zu 31,- € in der Pflegestufe III.

Der Pflegebedürftige ist **verpflichtet**, halb- bzw. vierteljährlich ohne Aufforderung einen Pflegedienst für einen Beratungseinsatz zu beauftragen. Dieser informiert im Anschluss an den Beratungseinsatz mit Einverständnis des Pflegebedürftigen die Pflegekasse schriftlich, ob die häusliche Pflege noch ausreichend gesichert ist. Wird der Beratungseinsatz nicht regelmäßig durchgeführt oder erteilt der Pflegebedürftige nicht seine Zustimmung zur Mitteilung an die Pflegekasse, wird das Pflegegeld gekürzt bzw. im Wiederholungsfall vollständig entzogen.

**Praxistipp**



Seit 2005 ist es möglich, Menschen aus Osteuropa legal in Haushalten mit Pflegebedürftigen in Deutschland zu beschäftigen. Die ausländische **Haushaltshilfe** wird von der örtlichen Agentur für Arbeit vermittelt.

*Beschäftigung ausländischer Haushaltshilfen*

**Voraussetzungen in Bezug auf die Haushaltshilfe:**

- Die Beschäftigung muss auf hauswirtschaftliche Tätigkeiten beschränkt sein.
- Die wöchentliche Arbeitszeit muss der tariflichen oder üblichen Vollzeitstundenzahl entsprechen (38,5 Stunden/Woche).
- Das Gehalt muss konkret angegeben werden und den tariflichen oder ortsüblichen Bedingungen entsprechen.
- Der Arbeitgeber hat für eine angemessene Unterkunft Sorge zu tragen.

**Voraussetzungen beim Pflegebedürftigen:**

- Nachweis der Eingruppierung in eine Pflegestufe oder deren Beantragung bzw. des Merkzeichens BI (Blind) im Schwerbehindertenausweis.

Die Zustimmung der Agentur für Arbeit kann für bis zu 3 Jahre erteilt werden. Die Haushaltshilfen unterliegen der deutschen Sozialversicherungspflicht.

## Beschäftigung ausländischer Pflegekräfte



Wer hilft weiter?

Ausländische **Pflegekräfte** dürfen in Deutschland nur beschäftigt werden, wenn sie nachweisen können, dass ihre Ausbildung dem deutschen Standard entspricht. Der Einsatz ausländischer Pflegekräfte muss zuvor von der Bundesagentur für Arbeit genehmigt werden. Zudem müssen weitere Voraussetzungen erfüllt werden, u. a. dass Gehalt und Stundenzahl den tariflichen oder üblichen Bedingungen entsprechen.

Zur Beschäftigung von ausländischen Haushaltshilfen und Pflegekräften informiert die Zentrale Auslands- und Fachvermittlung (ZAV) der Bundesagentur für Arbeit.

## Pflegesachleistung – Pflegedienste

### Voraussetzungen

„Pflegesachleistung“ (§ 36 SGB XI) heißt, dass **professionelle Pflegekräfte die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung übernehmen.**

Die Pflegefachkräfte sind entweder bei einem zugelassenen ambulanten Pflegedienst angestellt, oder sie haben als Einzelpersonen einen Versorgungsvertrag mit der Pflegekasse abgeschlossen.

**Unter folgenden Voraussetzungen kann der Pflegebedürftige Pflegesachleistung in Anspruch nehmen:**

- Keine häusliche Krankenpflege in Form von Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung der gesetzlichen Krankenversicherung **und**
- Pflege im häuslichen Bereich, d. h. im eigenen Haushalt, in einem anderen Haushalt, in dem der Pflegebedürftige aufgenommen wurde, oder in einem Altenwohnheim oder Altenheim **und**
- prinzipiell müssen die Vorversicherungszeit erfüllt, die Pflegebedürftigkeit festgestellt und die Pflegesachleistung bei der Pflegekasse beantragt werden.

Pflegesachleistungen sind ausgeschlossen, wenn es sich bei der Einrichtung, in der der Pflegebedürftige betreut wird, um ein Pflegeheim (stationäre Einrichtung nach § 71 Abs. 2 SGB XI) handelt, denn in einem Pflegeheim wird vollstationäre Pflege erbracht (Details siehe S. 34).

### Höhe

**Die professionelle Pflegekraft erhält bei:**

**Pflegestufe I** → 420,- € monatlich

**Pflegestufe II** → 980,- € monatlich

**Pflegestufe III** → 1.470,- € monatlich

**Härtefällen der Pflegestufe III** → 1.918,- € monatlich

Pflegesachleistung und Pflegegeld schließen sich normalerweise aus. Möglich ist allerdings eine Kombinationsleistung (siehe S. 22) aus beiden.

Neben der Pflegesachleistung kann in jedem Fall der Bezug von Pflegehilfsmitteln (siehe S. 27) beansprucht werden.

Neben der Pflegesachleistung kann die Pflegekasse auch Leistungen der Tages- oder Nachtpflege übernehmen. Details siehe S. 32.

*Verhältnis  
zu anderen Leistungen  
der Pflegeversicherung*

Mehrere Pflegebedürftige, die in einem Haus oder einer Wohnung zusammenleben (Senioren-WG), können Pflege- und Betreuungsleistungen sowie hauswirtschaftliche Versorgung gemeinsam als Sachleistung in Anspruch nehmen. Das Zusammenlegen der Pflegesachleistungsansprüche mehrerer Pflegebedürftiger nennt man „Poolen“. Die Zeitersparnis, die die Pflegekraft durch den gemeinsamen Haushalt hat, kommt den Pflegebedürftigen zugute.

*Gemeinsamer Pflegepool*

Bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt von maximal 6 Wochen pro Kalenderjahr kann eine professionelle Pflegekraft nur dann in Anspruch genommen werden, wenn diese Pflegekraft auch ansonsten die Pflege erbringt und den Pflegebedürftigen während des Auslandsaufenthalts begleitet.

*Auslandsaufenthalt*

Ambulante Pflegedienste übernehmen die pflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung von pflegebedürftigen Menschen in deren Wohnung.

*Ambulante Pflegedienste*

Die Pflegekassen haben ein Verzeichnis aller Pflegedienste und Einzelpersonen, mit denen sie einen Versorgungsvertrag abgeschlossen haben. Sie geben den Pflegebedürftigen auf Anfrage Auskunft, welche Pflegedienste und Einzelpersonen Pflegesachleistungen anbieten. Die Pflegekassen verfügen zudem über eine Preisliste der einzelnen Pflegeleistungen.

Pflegedienste und Einzelpersonen, die mit Pflegekassen keinen Vertrag geschlossen haben, können trotzdem gegen Privatrechnung an den Pflegebedürftigen Pflegesachleistungen erbringen. Der Pflegebedürftige hat gegenüber der Pflegekasse einen Anspruch auf Erstattung von 80 % des jeweiligen Höchstbetrags. Das Sozialamt darf die Differenz nicht bezahlen. Der Pflegedienst ist verpflichtet, auf diese Tatsachen hinzuweisen.

Tätig sind einerseits private ambulante Pflegedienste, andererseits Pflegedienste, die den großen Wohlfahrtsverbänden (z. B. Caritas, Diakonie, Rotes Kreuz, Arbeiterwohlfahrt, Paritätischer Wohlfahrtsverband, Zentralverband der Juden) angeschlossen sind. Viele ambulante Pflegedienste haben mit den Pflegekassen einen Versorgungsvertrag abgeschlossen und sich dadurch verpflichtet, die von den Kassen vorgegebenen Qualitätsstandards in der ambulanten Pflege zu erbringen.

## Qualitätsstandards

### **Pflegedienste mit Versorgungsvertrag sind bundesweit zu folgenden Qualitätsstandards verpflichtet:**

- Außer der Grundpflege muss auch die hauswirtschaftliche Versorgung gewährleistet sein.
- In erster Linie sind qualifizierte Kräfte einzusetzen. Angelerntes Personal darf nur nach gründlicher Einweisung und unter ständiger Überprüfung durch eine Pflegefachkraft tätig werden.
- Die Pflegekräfte sind verpflichtet, sich ständig fort- und weiterzubilden, um immer auf dem neuesten medizinisch-pflegerischen Stand zu sein.
- 24-stündige Erreichbarkeit muss gewährleistet sein.
- Pflegeleistungen an Wochenenden und Feiertagen dürfen nicht höher berechnet werden. Nachteinsätze (22–6 Uhr) dürfen extra berechnet werden.
- Beim Erstbesuch müssen der persönliche Hilfebedarf des Pflegebedürftigen und dessen Wünsche erfragt und aufbauend darauf mit ihm und seinen Angehörigen ein Pflegeplan erstellt werden.
- Auf der Grundlage des persönlichen Pflegeplans muss dem Pflegebedürftigen ein Kostenplan vorgelegt werden.
- Führung einer jederzeit einsehbaren Pflegedokumentation mit laufendem Nachweis aller erbrachten Leistungen.
- Information des Pflegebedürftigen und seiner Angehörigen über zusätzliche Angebote, z. B. Kurzzeitpflege oder Tages- und Nachtpflege.

## Kosten

Ist die zu pflegende Person in eine Pflegestufe eingeordnet, rechnet der Pflegedienst seine Einsätze bis zum Höchstsatz der jeweiligen Pflegestufe direkt mit der Pflegekasse ab.

Pflegeleistungen, die darüber hinausgehen, werden dem Pflegebedürftigen vom Pflegedienst privat berechnet. Der gesamte Umfang der Pflegeleistungen, die Aufteilung zwischen externen Pflegern und Angehörigen sowie insbesondere zusätzlich privat zu bezahlende Pflegeleistungen sollten vorher mit dem Pflegedienst besprochen und im Pflegevertrag festgehalten werden.

## Leistungskomplexe

Die Pflegedienste erbringen und berechnen ihre Leistungen in den meisten Bundesländern anhand sogenannter Leistungskomplexe.

Leistungskomplexe beschreiben die einzelnen Tätigkeiten der ambulanten Pflegedienste und deren Vergütung. Es gibt Leistungskomplexe für die Grundpflege (z. B. Hilfestellung beim An- und Ausziehen, beim Waschen, Duschen, Essen) und Leistungskomplexe in der hauswirtschaftlichen Versorgung (z. B. Wäsche waschen, Einkaufen, Wohnung putzen).

Der Pflegebedürftige wählt im Rahmen seines Hilfebedarfs die Leistungen aus, die ein ambulanter Pflegedienst für ihn erbringen soll. Der Pflegedienst erstellt für die regelmäßig zu erbringenden Leistungen eine Kostenübersicht, aus der die Aufwendungen der Pflegekasse und die des Pflegebedürftigen hervorgehen.

Alle durchgeführten Leistungen werden monatlich in einem Leistungsnachweis vom Patienten unterschrieben und dann vom Pflegedienst direkt mit der Pflegekasse abgerechnet.

Will der Pflegebedürftige später weitere Leistungen in Anspruch nehmen, ist er über die zusätzlichen Kosten zu informieren.

Es ist auf jeden Fall ratsam, sich von mehreren Pflegediensten Kostenvoranschläge über die gewünschten Pflegeleistungen einzuholen und zu vergleichen.

Leistungskomplexe gibt es nicht in allen Bundesländern und sie sind von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich. Pflegekassen und ambulante Pflegedienste informieren über die jeweils gültigen Leistungskomplexe.

Die Vereinbarung über die erwünschte Unterstützung durch den Pflegedienst wird in einem Pflegevertrag festgehalten, aus dem auch die Kosten für die häusliche Pflege hervorgehen. Dieser Pflegevertrag kann jederzeit geändert werden, wenn sich herausstellt, dass der Pflegedienst zusätzliche oder weniger Leistungen erbringen soll.

#### **Beim Abschluss eines Pflegevertrags ist auf folgende Punkte zu achten:**

- Genaue Beschreibung des Leistungsumfangs und der finanziellen Aufwendungen.
- Ausdrückliche Benennung der privat zu erbringenden finanziellen Leistungen des Pflegebedürftigen bzw. deutliche Ausweisung der verbleibenden Restkosten, die nach Abzug der gesetzlichen Pflegekassenleistungen privat bezahlt werden müssen.
- Falls der beauftragte Pflegedienst aus personellen oder zeitlichen Gründen die Pflege kurzfristig auf einen anderen Dienst überträgt, sollte die Haftung für die Qualität der Leistung beim beauftragten Pflegedienst bleiben.



#### **Praxistipp**



#### **Wer hilft weiter?**

#### *Pflegevertrag*



#### **Praxistipps**

- Jederzeit Einsicht in die Leistungsnachweise (Pflegedokumentation und detaillierte Abrechnung) durch den Pflegebedürftigen bzw. die von ihm beauftragten Personen.
- Detaillierte Abrechnung einmal im Monat.
- Ausschluss finanzieller Vorleistungen durch den Pflegebedürftigen an den Pflegedienst.
- So weit als möglich Eingehen auf die speziellen Wünsche des Pflegebedürftigen durch den Pflegedienst.
- Bei Kündigung durch den Pflegebedürftigen Festlegung einer minimalen Frist von 7 Tagen bis zum Monatsende zwischen Pflegebedürftigem und Pflegedienst.
- Bei Kündigung durch den Pflegedienst empfiehlt sich eine Frist von 6 Wochen.
- Vereinbarung eines sofortigen Kündigungsrechts bei Vorliegen wichtiger Gründe für beide Seiten.
- Schriftliche Festlegung aller Zusatzvereinbarungen mit beidseitiger Unterschrift.
- Vereinbarungen über rückwirkende Preiserhöhungen sind unzulässig.
- Genaue Definition des Begriffs „kurzfristig“ bei Vereinbarungen über die Kostenübernahme bei „kurzfristiger“ Absage des Pflegeeinsatzes durch den Pflegebedürftigen.
- Vereinbarungen über die „Beschädigung von Pflegehilfsmitteln“ dürfen nur im Fall von grober Fahrlässigkeit oder vorsätzlicher Beschädigung zu Lasten des Pflegebedürftigen gehen.
- Der Pflegedienst darf ohne Rückfrage beim Pflegebedürftigen oder seinem Vertreter keine Mitteilung an das Sozialamt in Bezug auf eine evtl. weitere Kostenübernahme machen.

Wer hilft weiter?



Adressen von ambulanten Pflegediensten erhalten Sie von den Pflegekassen, den Pflegeberatern in den Pflegestützpunkten und den Wohlfahrtsverbänden.

Unabhängige Pflegedienste finden Sie in den „Gelben Seiten“.

### Kombinationsleistung

**Unter Kombinationsleistung ist zu verstehen, dass die Pflege eines Patienten zum Teil von einer nicht professionellen Pflegeperson (z. B. Angehöriger) und zum Teil von einer professionellen Pflegekraft (z. B. ambulanter Pflegedienst) erbracht wird.**

Die Kombinationsleistung (§ 38 SGB XI) kombiniert somit Pflegesachleistung mit Pflegegeld. Sie wird unter Umständen auch vom Sozialamt im Rahmen der „Hilfe zur Pflege“ übernommen.

Wird die Pflegesachleistung nicht in voller Höhe in Anspruch genommen, kann gleichzeitig ein entsprechend gemindertes, anteiliges Pflegegeld beansprucht werden. Das Pflegegeld wird um den Prozentsatz gemindert, den der Pflegebedürftige in Form von Sachleistungen in Anspruch genommen hat.

### **Berechnungsbeispiel**

Bei Pflegestufe II besteht ein voller Anspruch auf Pflegesachleistung in Höhe von 980,- €.

Davon nimmt der Pflegebedürftige 75 % = 735,- € in Anspruch.

Er hat daher noch einen Anspruch auf Pflegegeld in Höhe von 25 %.

Der volle Anspruch auf Pflegegeld der Pflegestufe II beträgt 420,- €.

25 % von 420,- € ergeben ein Pflegegeld von 105,- €, über das der Pflegebedürftige verfügen kann.

An die einmal gewählte prozentuale Kombination von Geld- und Sachleistung ist der Pflegebedürftige 6 Monate lang gebunden, um unvertretbaren Verwaltungsaufwand bei den Pflegekassen zu vermeiden.

Jedoch kann diese Entscheidung ausnahmsweise vorzeitig geändert werden, wenn eine wesentliche Veränderung der Verhältnisse eingetreten ist, z. B. wenn die häusliche Pflege nur durch eine höhere Anzahl von Pflegeeinsätzen durch den ambulanten Pflegedienst sichergestellt werden kann.

Wenn sich nachträglich herausstellt, dass weniger Sachleistungen als geplant geleistet wurden, wird im Nachhinein auch ein erhöhtes anteiliges Pflegegeld bezahlt.

### **Unter folgenden Voraussetzungen kann man die Kombinationsleistung in Anspruch nehmen:**

- Keine Häusliche Krankenpflege in Form von Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung der gesetzlichen Krankenversicherung.
- Prinzipiell müssen die Vorversicherungszeit erfüllt, die Pflegebedürftigkeit festgestellt und die Kombinationsleistung bei der Pflegekasse beantragt werden.

Bei Kombinationsleistung wird in den ersten 4 Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung, einer häuslichen Krankenpflege mit Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung oder einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme das anteilige Pflegegeld weiterbezahlt.

## Ersatzpflege

**Ersatzpflege (§ 39 SGB XI), auch Verhinderungspflege genannt, ist die Pflege durch eine andere als die normalerweise tätige Pflegeperson, wenn diese zur häuslichen Pflege des Pflegebedürftigen wegen Erholungsurlaub, Krankheit oder anderen Gründen verhindert ist.**

**Ersatzpflege wird auch anerkannt, wenn z. B.**

- die Wohnung des Pflegebedürftigen renoviert werden muss.
- alle Familienmitglieder bei der Ernte eingebunden sind (Landwirtschaft).
- die Zeit überbrückt werden muss, bis ein Heimplatz gefunden ist.
- es sich um Kurzzeitpflege oder Sterbebegleitung in einem Hospiz handelt.

## Voraussetzungen

**Folgende Voraussetzungen gelten bei der Ersatzpflege:**

- Wenn die Ersatzpflege erstmalig in Anspruch genommen wird, muss die Pflegeperson den Pflegebedürftigen bereits mindestens 6 Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt haben. Den Beginn der Pflege in häuslicher Umgebung setzen die meisten Pflegekassen mit der Einstufung in eine Pflegestufe gleich.
- Wenn die Ersatzpflege ein weiteres Mal beansprucht wird, ist keine Vorauspflege von 6 Monaten erforderlich.
- Prinzipiell müssen die Vorversicherungszeit erfüllt, die Pflegebedürftigkeit festgestellt und die Ersatzpflege beantragt werden.

## Dauer und Kosten

**Die Pflegekasse übernimmt die Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für maximal 4 Wochen im Jahr (sogenannte Urlaubsvertretung).**

- Die Kosten für eine Ersatzpflegekraft dürfen dabei 1.470,- € im Kalenderjahr nicht überschreiten.
- Handelt es sich bei der Ersatzpflegekraft um eine Person, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert ist oder in häuslicher Gemeinschaft mit ihm lebt, dürfen die Kosten den Betrag des jeweiligen Pflegegelds, also 215,- € (Pflegestufe I), 420,- € (Stufe II), 675,- € (Stufe III), nicht überschreiten.

Als Verwandte gelten Eltern, Kinder, Großeltern, Enkelkinder, Geschwister.

Als Verschwägte gelten Stiefeltern, Stiefkinder, Stiefenkelkinder (Enkelkinder des Ehepartners), Schwiegereltern, Schwiegerkinder, Großeltern des Ehepartners, Schwager/Schwägerin.

- Soweit diesen verwandten bzw. verschwägerten Personen notwendige Aufwendungen entstehen, z. B. Fahrtkosten oder Verdienstausschlag, können diese Kosten auf Nachweis von der Pflegekasse bis zu maximal 1.470,- € übernommen werden.

- Wird die Verhinderungs- bzw. Ersatzpflege in einer stationären Einrichtung (z. B. Wohnheim für Behinderte, Kurzzeitpflege oder Pflegeheim) erbracht, übernimmt die Pflegekasse die pflegebedingten Kosten bis zu einer Höhe von 1.470,- € im Kalenderjahr.
- Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung (sogenannte Hotelkosten) sind vom Pflegebedürftigen selbst zu tragen.

Leistet das Sozialamt „Hilfe zur Pflege“ (siehe S. 42), übernimmt es unter Umständen die Kosten der Ersatzpflege.

*Kostenübernahme Sozialamt*

### **Kurzzeitpflege**

Sind die Voraussetzungen erfüllt, kann neben der Ersatzpflege im selben Jahr auch die Kurzzeitpflege beansprucht werden.

### **Behinderung**

Die Leistungen des Familienentlastenden Dienstes (FED), der bei Familien mit behinderten pflegebedürftigen Kindern diese stundenweise betreut, um den restlichen Familienangehörigen Aktivitäten ohne das behinderte Kind zu ermöglichen, können bei einer Einstufung durch die Pflegekasse über die Ersatzpflege abgerechnet werden. Auch für behinderte Erwachsene gilt diese Möglichkeit. Ab einer Betreuung von über 8 Stunden täglich wird in der Regel das Pflegegeld um einen Tag gekürzt. Allerdings handhaben das die Pflegekassen unterschiedlich.

**Praxistipps**



**Das Pflegeleistungsergänzungsgesetz (§ 45a, b, c SGB XI) ermöglicht zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in häuslicher Pflege, bei denen neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Betreuung vorliegt.**

**Erheblicher Betreuungsaufwand**

Seit 1.7. 2008 können auch Personen mit Pflegestufe 0 Anspruch auf einen Betreuungsbetrag haben. Pflegestufe 0 bedeutet, dass ein Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung vorliegt, dieser aber nicht für eine Einstufung in Pflegestufe I reicht.

### **Dies betrifft Pflegebedürftige mit**

- demenzbedingten Fähigkeitsstörungen,
- geistigen Behinderungen oder
- psychischen Erkrankungen.

## Voraussetzungen

**Für die Bewertung, ob die Einschränkung der Alltagskompetenz auf Dauer erheblich ist, sind folgende Schädigungen und Fähigkeitsstörungen maßgebend:**

1. unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereichs (Weglauftendenz)
2. Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen
3. unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen
4. tätlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation
5. im situativen Kontext inadäquates Verhalten
6. Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen
7. Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung
8. Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben
9. Störung des Tag-Nacht-Rhythmus
10. Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren
11. Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen
12. ausgeprägt labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten
13. zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagttheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression

Die Alltagskompetenz ist erheblich eingeschränkt, wenn der Gutachter des MDK beim Pflegebedürftigen wenigstens in zwei Bereichen, davon mindestens einmal aus den Bereichen 1 bis 9, dauerhafte und regelmäßige Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen feststellt.

Die Gutachter des MDK prüfen bei jedem Hausbesuch in Zusammenhang mit der Pflegeeinstufung automatisch auch die Anspruchsvoraussetzungen für Leistungen nach dem Pflegeleistungsergänzungsgesetz.

## Höhe

Pflegebedürftige, die diese Voraussetzungen erfüllen, können neben den Leistungen der ambulanten und teilstationären Pflege zusätzliche Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen und erhalten zu deren Finanzierung einen zusätzlichen Betreuungsbetrag. Personen mit einem geringen Betreuungsaufwand erhalten einen Grundbetrag von 100,- € monatlich/1.200,- € jährlich.

Personen mit einem höheren Betreuungsaufwand erhalten einen erhöhten Betrag von bis zu 200,- €/2.400,- €. Die Höhe wird von der Pflegekasse individuell festgesetzt und dem Versicherten mitgeteilt.

Wurde der Betreuungsbetrag im Verlauf eines Kalenderjahres nicht aufgebraucht, kann er in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.

**Der Betrag ist zweckgebunden einzusetzen für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen. Er dient der Erstattung von Aufwendungen, die den Pflegebedürftigen entstehen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen**

- anerkannter niedrigschwelliger Betreuungsangebote (z. B. Gruppen für Demenzkranke),
- der Kurzzeitpflege (siehe S. 33),
- der zugelassenen Pflegedienste, sofern es sich um besondere Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung und nicht um Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung handelt, oder
- der Tages- oder Nachtpflege (siehe S. 31).

### **Antrag**

Die Pflegebedürftigen erhalten die zusätzlichen finanziellen Mittel auf Antrag von der zuständigen Pflegekasse gegen Vorlage entsprechender Belege über entstandene Eigenbelastungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme dieser Betreuungsleistungen.

### **Beratungseinsatz**

Bei Pflegestufe 0 kann – auf freiwilliger Basis – auch ein Beratungseinsatz durch eine Pflegefachkraft (siehe S. 17) angefordert werden.

### **Betreuungsangebote**

Die Pflegeberater in den Pflegestützpunkten (falls nicht vorhanden die Pflegekassen) geben Auskunft darüber, wo es vor Ort Betreuungsmöglichkeiten gibt.

**Die Pflegekasse übernimmt die Kosten für bestimmte Pflegehilfsmittel (§ 40 SGB XI), die die häusliche Pflege erleichtern, Beschwerden lindern oder dem Pflegebedürftigen eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen.**

### **Es gibt**

- Pflegehilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind, und
- technische Hilfen.

Zweckgebundene  
Verwendung

Praxistipps

Pflegehilfsmittel

Sie können in der Regel neben den anderen Leistungen der häuslichen Pflege gewährt werden. Auch Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfelds zählen hierzu (siehe S. 54). Prinzipiell müssen die Vorversicherungszeit erfüllt und die Pflegebedürftigkeit festgestellt sein.

Nicht zu den Pflegehilfsmitteln gehören Mittel des täglichen Lebensbedarfs, die allgemeine Verwendung finden und üblicherweise von mehreren Personen benutzt werden oder in einem Haushalt vorhanden sind.

Die Pflegekasse zahlt Pflegehilfsmittel nachrangig gegenüber anderen Hilfsmitteln, die bei Krankheit und Behinderung von den Krankenkassen, den Berufsgenossenschaften oder den Rentenversicherungsträgern geleistet werden.

Das heißt: War beispielsweise bislang die Krankenkasse für einzelne Hilfsmittel zuständig, bleibt sie dies auch weiterhin, unabhängig davon, ob zur krankheitsbedingten Behinderung auch Pflegebedürftigkeit im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes hinzukommt.

### *Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel*

**Zu den Pflegehilfsmitteln, die zum Verbrauch bestimmt sind (Produktgruppe 54 im Hilfsmittelverzeichnis), zählen:**

- saugende Bettschutzeinlagen zum einmaligen Gebrauch,
- Schutzbekleidung,
- Desinfektionsmittel.

Diese Pflegehilfsmittel werden direkt von einem zugelassenen Leistungserbringer (gegenwärtig sind dies Sanitätshäuser und Apotheken) bezogen. Adressen dieser Vertragspartner erhält man von der Pflegekasse.

Die Pflegekasse übernimmt Kosten dieser Sachleistung bis zu 31,- € im Monat. Nur in begründeten Fällen sind Ausnahmen möglich. Der Versicherte muss den Betrag, der 31,- € monatlich übersteigt, beim Leistungserbringer bezahlen.

### *Technische Hilfen*

**Technische Hilfen sind Pflegehilfsmittel**

- **zur Erleichterung der Pflege** (Produktgruppe 50), dazu zählen: Pflegebetten und Zubehör, Pflegebett-Tische, Pflegeliegestühle.
- **zur Körperpflege/Hygiene** (Produktgruppe 51), dazu zählen: Waschsysteme, Duschwagen, Bettpfannen, Urinflaschen.
- **zur selbstständigen Lebensführung** (Produktgruppe 52), dazu zählen: Hausnotrufsysteme (siehe S. 56).
- **zur Linderung von Beschwerden** (Produktgruppe 53), dazu zählen: Lagerungsrollen und -halbrollen.

Diese Pflegehilfsmittel werden von der Pflegekasse in erster Linie leihweise überlassen. Die Pflegekassen können die Bewilligung technischer Hilfsmittel davon abhängig machen, dass sich die Pflegebedürftigen die Hilfsmittel anpassen oder in deren Gebrauch ausbilden lassen.

#### **Der Anspruch auf Versorgung mit technischen Hilfen umfasst:**

- die Erstausrüstung
- die erforderlichen Änderungen, z. B. aufgrund technischer Entwicklung
- die erforderlichen Instandsetzungen, soweit technisch möglich und wirtschaftlich
- die erforderliche Ersatzbeschaffung, soweit die Beschädigung der Erstausrüstung durch den Pflegebedürftigen nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig herbeigeführt wurde

#### *Umfang*

Die Versorgung erfolgt in der Regel durch Vertragspartner der Pflegekasse. Bezieht der Versicherte aufgrund eines berechtigten Interesses Pflegehilfsmittel bei einem anderen Leistungserbringer, der nicht Vertragspartner der Pflegekasse ist, muss der Versicherte die Mehrkosten selbst tragen. Um dies zu vermeiden, sollte sich der Versicherte vorab die Vertragspartner der Pflegekasse benennen lassen.

#### *Kostenübernahme*

#### **Bei der Kostenübernahme ist zu unterscheiden zwischen Pflegehilfsmitteln, für die ein Festbetrag (s. u.) besteht, und Pflegehilfsmitteln ohne Festbetrag.**

- **Pflegehilfsmittel mit Festbetrag**  
Die Kassen übernehmen die Kosten bis zur Höhe des Festbetrags (s. u.).
- **Pflegehilfsmittel ohne Festbetrag beim Vertragspartner**  
Die Kassen übernehmen die Kosten maximal bis zur Höhe des vertraglich vereinbarten Preises.
- **Pflegehilfsmittel ohne Festbetrag bei Leistungserbringern, die nicht Vertragspartner der Pflegekasse sind**  
Die Kassen erstatten nur Kosten in Höhe des niedrigsten Preises einer vergleichbaren Leistung des Vertragspartners.

Der Festbetrag ist der Betrag, bis zu dem die Pflegekasse die Kosten erstattet.

Wird ein Pflegehilfsmittel ausgewählt, das über dem Festbetrag liegt, muss der Versicherte den Differenzbetrag (Eigenanteil) selbst übernehmen. Die Zuzahlung richtet sich nur nach der Höhe des Festbetrags. In der Regel wird der Patient also dann Eigenanteil plus Zuzahlung leisten.

#### *Festbeträge*

## Zuzahlungen

### **Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, müssen für technische Hilfen folgende Zuzahlung leisten:**

- 10 % der Kosten des Hilfsmittels
- maximal 25,- € je Hilfsmittel

Bei leihweiser Überlassung von technischen Pflegehilfsmitteln entfällt die Zuzahlung, es kann jedoch eine Leihgebühr anfallen.

**Befreit von der Zuzahlung** sind Personen, die die Belastungsgrenze überschreiten. Quittungen über Zuzahlungen zu Pflegehilfsmitteln sollten auf jeden Fall aufbewahrt werden, denn diese Ausgaben werden bei der Ermittlung einer möglichen Zuzahlungsbefreiung berücksichtigt. Die Belastungsgrenze liegt in der Regel bei 2 %, bei chronisch Kranken bei 1 % des jährlichen Bruttoeinkommens, muss aber in jedem Fall individuell errechnet werden.

## Praxistipps



### **Antrag**

Der Antrag für die Kostenübernahme eines Pflegehilfsmittels kann ohne ärztliche Verordnung bei der Pflegekasse gestellt werden. Diese stellt eine Bestätigung über die Notwendigkeit der Pflegehilfsmittel aus. Unter Vorlage dieser Bestätigung erhält der Versicherte vom zugelassenen Leistungserbringer die benötigten Pflegehilfsmittel. Der Leistungserbringer verrechnet direkt mit der Pflegekasse.

### **Pflegehilfsmittelverzeichnis**

Ein sogenanntes Pflegehilfsmittelverzeichnis gibt Auskunft darüber, welche Pflegehilfsmittel bzw. technischen Hilfen vergütet bzw. leihweise überlassen werden können.

### **Es ist erhältlich**

- bei den Pflegekassen
- zum Teil in Sanitätshäusern
- beim Bundesverband Medizintechnologie (siehe Adressen S. 66)

# Teilstationäre und stationäre Pflege

Die Tagespflege und die Nachtpflege (§ 41 SGB XI) sind teilstationäre Leistungen der Pflegeversicherung, d. h.:  
Der Pflegebedürftige wird teilweise in einer Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege, teilweise zu Hause gepflegt.

Tagespflegeeinrichtungen betreuen pflegebedürftige Menschen, die aufgrund körperlicher, geistiger oder seelischer Beeinträchtigungen nicht in der Lage sind, allein in ihrer Wohnung zu leben, und tagsüber der Unterstützung bedürfen, ansonsten aber von ihren Familien oder anderen Personen zu Hause gepflegt werden.

Nachtpflegeeinrichtungen betreuen pflegebedürftige Menschen, die Hilfestellungen beim Zubettgehen, beim Aufstehen und bei Maßnahmen der Körperpflege benötigen.

Nachtpflegeeinrichtungen werden oft von dementen Personen genutzt, die einen gestörten Tag-Nacht-Rhythmus haben. Wenn diese nachts in einer Nachtpflege untergebracht sind, können die Angehörigen durchschlafen und sich tagsüber wieder um ihre dementen Angehörigen kümmern.

Manche Pflegeeinrichtungen bieten auch Wochenendpflege an. Dieses Angebot ist aber nicht überall verfügbar.

**Nicht zu den Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege gehören:**

- Krankenhäuser
- Stationäre Einrichtungen, in denen die
  - medizinische Vorsorge oder Rehabilitation,
  - berufliche oder soziale Eingliederung,
  - schulische Ausbildung oder
  - Erziehung Kranker oder Behinderterim Vordergrund des Zwecks der Einrichtung stehen (§ 71 Abs. 4 SGB XI). Hierzu zählen insbesondere die Einrichtungen der Behindertenhilfe wie Werkstätten für Behinderte und Fördergruppen.

**Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:**

- Teilstationäre Tages- oder Nachtpflege kommt immer dann in Betracht, wenn die häusliche Pflege nicht ausreichend sichergestellt werden kann.
- Prinzipiell müssen die Vorversicherungszeit erfüllt, die Pflegebedürftigkeit festgestellt und die teilstationäre Pflege bei der Pflegekasse beantragt sein.

## Tages- und Nachtpflege

### Tagespflege

### Nachtpflege

### Wochenendpflege

### Voraussetzungen

### Umfang

Zu den Leistungen der Tages- oder Nachtpflege, die die Pflegeversicherung übernimmt, zählen insbesondere:

- Pflegebedingte Aufwendungen
- Aufwendungen der sozialen Betreuung
- Notwendige Leistungen der medizinischen Behandlungspflege
- Die notwendige Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege und zurück

Kosten für Unterkunft und Verpflegung (die sogenannten „Hotelkosten“) sind vom Pflegebedürftigen in der Regel selbst zu tragen. Die Pflege- und Betreuungskosten werden direkt zwischen der Einrichtung und der Pflegekasse abgerechnet.

### Höhe

Die Sätze für die Tages- oder Nachtpflege entsprechen den Pflegesachleistungen.

**Die Pflegekasse zahlt je nach Pflegestufe:**

Pflegestufe I → 420,- € monatlich

Pflegestufe II → 980,- € monatlich

Pflegestufe III → 1.470,- € monatlich

### Tages- oder Nachtpflege plus häusliche Pflege

Zusätzlich zur Tages- oder Nachtpflege gibt es bis zu 50 % Pflegegeld oder Pflegesachleistung. So kann ein höchstmöglicher Gesamtanspruch von 150 % entstehen.

Umgekehrt können zusätzlich zum Pflegegeld oder zur Pflegesachleistung bis zu 50 % Tages- und Nachtpflege in Anspruch genommen werden.

Insgesamt gibt es nie mehr als 150 % Gesamtleistung und immer nur maximal 100 % einer Leistung.

Tages- oder Nachtpflege (%)		Pflegegeld oder Pflegesachleistung (%)
100	→	10
100	→	20
100	→	30
100	→	40
100	→	50
90	→	60
80	→	70
70	→	80
60	→	90
50	→	100
40	→	100
30	→	100
20	→	100
10	→	100

### **Berechnungsbeispiel**

Die Kosten der Tagespflege eines Pflegebedürftigen der Pflegestufe II belaufen sich auf 784,- €.

Dies sind 80 % des Maximalbetrags für Tages- und Nachtpflege in dieser Pflegestufe.

Der Pflegebedürftige kann daher noch 70 % des Pflegegelds (= 420,- €) beantragen.

Er bekommt also zusätzlich Pflegegeld in Höhe von 294,- €.

Adressen von Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen bekommt man von der Pflegekasse und von den für Senioren zuständigen Ansprechpartnern der Stadt oder Gemeinde.

### **Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) wird von der Pflegekasse immer dann übernommen, wenn**

- vorübergehend weder häusliche Pflege noch teilstationäre Pflege möglich ist. Anspruch auf die Unterbringung eines Pflegebedürftigen in einer Kurzzeitpflege besteht, wenn für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung oder in sonstigen Krisensituationen eine vorübergehende häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist.
- Prinzipiell müssen die Vorversicherungszeit erfüllt, die Pflegebedürftigkeit festgestellt und die Pflegeleistung bei der Pflegekasse beantragt werden.

### **Die Pflegekasse übernimmt**

- die pflegebedingten Aufwendungen
- die Aufwendungen der sozialen Betreuung
- die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege

Kurzzeitpflege wird bis zu einem Gesamtbetrag von 1.470,- € im Jahr bezahlt, ohne Differenzierung nach der Pflegestufe, einheitlich für alle Pflegebedürftigen.

### **Eigenanteil**

Es ist vom Versicherten ein täglicher Eigenanteil zu leisten. Dieser setzt sich aus den Kosten für Unterkunft, Verpflegung (sogenannte „Hotelkosten“) und den sogenannten Investitionskosten zusammen.

Ist der Pflegebedürftige nicht in der Lage, diesen Eigenanteil zu bezahlen, kann ein Antrag auf Kostenübernahme beim Sozialamt gestellt werden (siehe auch Unterhaltungspflicht auf S. 46).



### **Kurzzeitpflege**

*Voraussetzungen*

*Umfang*

*Höhe*

**Dauer** Die Pflegekasse übernimmt diese Kosten bis zu maximal 4 Wochen im Jahr.

**Kinder** Seit 1.7.2008 können pflegebedürftige Kinder unter 18 Jahren zur Kurzzeitpflege auch in einer Behinderteneinrichtung oder einer anderen kindgerechten Einrichtung untergebracht werden (bisher war nur Pflegeheim möglich).

**Verhältnis zu anderen Leistungen der Pflegeversicherung** Die Kurzzeitpflege ist eine Pflege in einer vollstationären Pflegeeinrichtung, so dass während des dortigen Aufenthalts keine weiteren Leistungen der häuslichen Pflege gewährt werden.

### Praxistipp



Sind die Voraussetzungen erfüllt, kann neben der Kurzzeitpflege im selben Jahr auch die Ersatzpflege beansprucht werden, um pflegenden Angehörigen die Möglichkeit der Erholung oder eines Urlaubs zu geben.

## Vollstationäre Pflege

### Voraussetzungen

**Vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI) ist die Pflege in einem speziellen Pflegeheim.**

Vollstationäre Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung findet immer dann statt, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich sind oder wegen der Besonderheit des Einzelfalls nicht in Betracht kommen. Festgelegt wird dies von den Pflegekassen in Zusammenarbeit mit dem MDK.

#### **Derartige Besonderheiten liegen zum Beispiel vor bei:**

- Fehlen einer Pflegeperson
- Überforderung der Pflegeperson
- Verwahrlosung des Pflegebedürftigen
- Eigen- oder Fremdgefährdungstendenz des Pflegebedürftigen

Prinzipiell müssen die Vorversicherungszeit erfüllt, die Pflegebedürftigkeit festgestellt und die vollstationäre Pflege bei der Pflegekasse beantragt werden.

Vollstationäre Pflege wird in vollstationären Pflegeeinrichtungen (sogenannten Pflegeheimen) erbracht.

#### **Hierunter fallen nicht:**

- Krankenhäuser
- Einrichtungen, deren vorrangiger Zweck
  - die medizinische Vorsorge oder Rehabilitation,
  - die berufliche oder soziale Eingliederung,
  - die schulische Ausbildung **oder**
  - die Erziehung Kranker oder Behinderter ist.

### Die Pflegekasse übernimmt pauschal

- die pflegebedingten Aufwendungen
- die Aufwendungen der sozialen Betreuung
- die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege

Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung (die sogenannten „Hotelkosten“) muss der Pflegebedürftige selbst tragen. Wenn er für diese Kosten nicht aufkommen kann, leistet unter Umständen das Sozialamt. Es prüft aber, ob Angehörige, insbesondere die Kinder, unterhaltspflichtig sind (siehe S. 46).

### Umfang

### Für die vollstationäre Pflege übernimmt die Pflegekasse:

Pflegestufe I	→ 1.023,- € monatlich
Pflegestufe II	→ 1.279,- € monatlich
Pflegestufe III	→ 1.470,- € monatlich
Härtefälle der Pflegestufe III	→ 1.750,- € monatlich

### Höhe

**Wählt der Pflegebedürftige die vollstationäre Pflege, obwohl dies nach den Feststellungen der Pflegekasse nicht erforderlich ist, erhält der Pflegebedürftige zu den pflegebedingten Aufwendungen lediglich einen Zuschuss in Höhe der Pflegesachleistung, also**

Pflegestufe I	→ 420,- € monatlich
Pflegestufe II	→ 980,- € monatlich
Pflegestufe III	→ 1.470,- € monatlich

### Besonderheit

Leistungen der häuslichen und der vollstationären Pflege schließen sich gegenseitig aus.

### Ausnahme

Wenn Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen und daneben zum Beispiel an Wochenenden im häuslichen Bereich gepflegt werden, besteht anteilig auch Anspruch auf die Leistungen der häuslichen Pflege.

### Verhältnis zu anderen Leistungen der Pflegeversicherung

### • Suche nach einem Pflegeheimplatz

Das Bundesfamilienministerium gibt einen kostenlosen Leitfaden heraus, der bei der Suche nach einem Pflegeheimplatz hilft: „Auf der Suche nach einem Heim“. Der Leitfaden war zum Redaktionsschluss vergriffen, wird aber auf der Internetseite des Ministeriums als Download angeboten:  
[www.bmfsfj.bund.de](http://www.bmfsfj.bund.de) > Unsere Politikbereiche Ältere Menschen > Hilfe und Pflege, unten Informationen und Publikationen zum Thema „Heim“.

### Praxistipps



- **Qualitätssicherung**

Zukünftig müssen Pflegeheime die Ergebnisse von Qualitätsprüfungen (z. B. durch den MDK) gut sichtbar in ihrer Einrichtung aushängen.

Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sollen die Ergebnisse im Interent in Pflegestützpunkten und in den Einrichtungen einsehen und vergleichen können.

### *Rollstuhlversorgung im Pflegeheim*

Die Rollstuhlversorgung im Pflegeheim gestaltet sich oft sehr schwierig, weil sich hier Zuständigkeiten von Krankenkasse und Pflegeheim überschneiden.

Krankenkassen sind verpflichtet, Patienten mit Hilfsmitteln zu versorgen, unabhängig davon, ob sie zu Hause oder im Pflegeheim leben. Diese Regelung erfährt nur dort eine Einschränkung, wo die Versorgungspflicht der Krankenkasse endet und die Pflicht des Heimträgers bei vollstationärer Pflege einsetzt. Wird der Rollstuhl zur Erleichterung der Pflege gebraucht, muss das Heim den Rollstuhl bereithalten. Dient er dem Behinderungsausgleich, hat die jeweilige Krankenkasse den Patienten mit einem ihm gerechten Hilfsmittel wie einem Rollstuhl zu versorgen.

Diese Unterscheidung ist in der Praxis oft nur schwer möglich und im Einzelfall wird der gerichtliche Weg nicht zu vermeiden sein, wenn der Pflegebedürftige mit einem eigenen, für ihn geeigneten Rollstuhl versorgt werden soll.



### **Einrichtungen der Behindertenhilfe**

**Die Pflegekasse bezahlt auch einen Zuschuss für die vollstationäre Pflege von pflegebedürftigen behinderten Menschen (§ 43 a SGB XI).**

**Zweck der vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe ist:**

- die berufliche oder soziale Eingliederung Behinderter
- die schulische Ausbildung Behinderter
- die Erziehung Behinderter

**Zu den vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe zählen:**

- Wohnheime für Behinderte
- Förderschulen mit angeschlossenem Internat
- Einrichtungen, die Behinderte mit unterschiedlichem Betreuungs- und Pflegeaufwand vollstationär fördern

Für Behinderte in teilstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe (z. B. Werkstätten für Behinderte) werden **keine** Leistungen der Pflegeversicherung erbracht und es wird kein Zuschuss von der Pflegeversicherung gezahlt.

Die Pflegeversicherung zahlt pauschal 10% des Heimentgelts der vollstationären Pflegeeinrichtung, maximal jedoch 256,- € monatlich.

*Höhe*

Andere Leistungen der Pflegeversicherung werden während des Aufenthalts in einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe in der Regel nicht gewährt werden.

*Verhältnis zu anderen Leistungen der Pflegeversicherung*

### **Ausnahme**

Wenn häusliche Pflege und vollstationäre Pflegeleistungen in Einrichtungen der Behindertenhilfe kombiniert sind, dann zahlt die Pflegeversicherung den pauschalen Betrag der vollstationären Pflegeleistung (10% des Heimentgelts bzw. maximal 256,- €) und das Pflegegeld für die tatsächlichen Pflgetage im häuslichen Bereich der Familie.

Dabei zählen Teiltage (z. B. häusliche Pflege ab Freitagabend) als volle Tage. Die Höhe des Pflegegelds richtet sich nach der jeweiligen Pflegestufe. Bei der Ermittlung der zu Hause verbrachten Pflgetage ist der Kalendermonat immer mit 30 Tagen anzusetzen. Das sich ergebende anteilige Pflegegeld darf zusammen mit der Leistung bei vollstationärer Pflege folgende Beträge nicht übersteigen: Pflegestufe I: 420,- € monatlich, Pflegestufe II: 980,- €, Pflegestufe III: 1.470,- € (entspricht Pflegesachleistung).

### **Berechnungsbeispiel für die häusliche Pflege an 12 Tagen bei Pflegestufe I:**

Pflegegeld 215,- € : 30 x 12 Tage = 86,- €

Leistung vollstationär/Behinderteneinrichtung:  
256,- € (maximal)

Ergibt zusammen 342,- €

Da dieser Gesamtbetrag von 342,- € unter dem Sachleistungs-Höchstbetrag von 420,- € liegt, werden die 86,- € Pflegegeld (s. o.) ausgezahlt.

# Leistungen für Pflegepersonen

## Soziale Sicherung für Pflegepersonen

Pflegepersonen werden in der Regel von der Pflegeversicherung sozial abgesichert (§ 44 SGB XI).

### Definition „Pflegeperson“

- 1 Person, die nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen mindestens 14 Stunden wöchentlich in seiner häuslichen Umgebung pflegt (§ 19 SGB XI).
- 2 Die Pflegeperson darf wegen der Pflege nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig sein (§ 3 SGB VI).

### Unfallversicherung

Bei Vorliegen der unter 1 genannten Voraussetzung steht die Pflegeperson unter dem Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung. Es besteht aber keine Meldepflicht, d. h. der Versicherungsschutz ist nicht von einem vorherigen Antrag oder einer Anmeldung abhängig.

Kommt es zu einem Arbeitsunfall im Zusammenhang mit der Pflege, dann muss dies bei der zuständigen Unfallkasse gemeldet werden. Diese kann bei der zuständigen Pflegekasse erfragt werden oder findet sich im Internet unter [www.unfallkassen.de](http://www.unfallkassen.de).

### Rentenversicherung

Bei Vorliegen der unter 1 und 2 genannten Voraussetzungen zahlt die Pflegeversicherung der Pflegeperson darüber hinaus Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung, deren Höhe sich nach der Pflegestufe des Pflegebedürftigen richtet. Die Pflegeperson muss allerdings zunächst einen Antrag auf Versicherungspflicht (nach § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI) bei der Pflegekasse stellen. Diese ist erst aufgrund eines solchen Antrags zur Zahlung der Beiträge verpflichtet. Die Pflegekasse meldet die Rentenversicherungspflicht beim zuständigen Rentenversicherungsträger und führt die Beiträge ab.

### Besonderheit

Diese Leistungen zur sozialen Sicherung werden auch weiterbezahlt für die Dauer der häuslichen Krankenpflege, bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt des Versicherten oder bei Erholungsurlaub der Pflegeperson von bis zu 6 Wochen im Kalenderjahr sowie in den ersten 4 Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation.

### Sozialhilfe

Pflegepersonen, die im Rahmen der Hilfe zur Pflege Aufwendersersatz erhalten, bekommen die Beiträge zur Rentenversicherung unter Umständen vom Sozialamt (siehe S. 44).

Die Krankenversicherung muss durch die Pflegeperson selbst geregelt werden. Eine soziale Absicherung der Pflegeperson ähnlich wie bei der Unfall- und Rentenversicherung gibt es in Bezug auf die Krankenversicherung nicht. Eine Ausnahme kann es bei Pflegepersonen in der Pflegezeit (s. u.) geben.

*Krankenversicherung*

Seit 1.2.2006 können sich pflegende Angehörige auf Antrag freiwillig in der Arbeitslosenversicherung versichern.

*Arbeitslosenversicherung*

### **Voraussetzungen**

- Innerhalb der letzten 24 Monate vor der Pflege des Angehörigen bestand ein Versicherungspflichtverhältnis von mindestens 12 Monaten **oder** es wurden Entgeltersatzleistungen von der Agentur für Arbeit wie z. B. Arbeitslosengeld oder Übergangsgeld bezogen **und**
- mindestens einen Monat vor der Pflege bestand noch ein Versicherungspflichtverhältnis.

### **Antrag**

Der Antrag auf freiwillige Arbeitslosenversicherung ist grundsätzlich innerhalb eines Monats nach Beginn der Pfl egetätigkeit bei der örtlichen Agentur für Arbeit zu stellen.

### **Beitrag**

Abweichend vom normalen Arbeitslosenversicherungsbeitrag, der sich nach dem Einkommen richtet, zahlen Pflegepersonen pauschal 8,20 €/6,93 € (West/Ost).

Ansprechpartner ist die örtlich zuständige Agentur für Arbeit.



**Seit 1.7. 2008 gibt es für berufstätige pflegende Angehörige einen Anspruch auf Freistellung von der Arbeit, um einen nahen Angehörigen zu pflegen. Die Pflegezeit kann für maximal 6 Monate beantragt werden. In dieser Zeit ist die Pflegeperson ohne Gehalt von der Arbeit freigestellt. Auch eine teilweise Freistellung in Form von Reduzierung bzw. Verteilung der Arbeitszeit ist möglich.**

*Pflegezeit*

Eine Sonderform ist die kurzzeitige Freistellung für bis zu 10 Arbeitstage. Diese sogenannte „kurzzeitige Arbeitsverhinderung“ kann bei einer unerwarteten Pflegesituation in Anspruch genommen werden. In dieser Zeit kann z. B. die Pflege des Angehörigen organisiert werden. Die Dauer der Arbeitsverhinderung muss dem Arbeitgeber unverzüglich mitgeteilt werden. Er kann auch eine ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit der Arbeitsverhinderung verlangen.

*Kurzzeitige  
Arbeitsverhinderung*

### Voraussetzungen

- Ein Rechtsanspruch auf Pflegezeit besteht erst ab einer Betriebsgröße von 15 Beschäftigten. Der Arbeitgeber muss bei einer teilweisen Freistellung den Wünschen des Arbeitnehmers entsprechen, außer es gibt betriebliche Gründe, die dem entgegenstehen.
- Die Freistellung muss 10 Tage vor Pflegebeginn schriftlich beim Arbeitgeber angekündigt werden. Gleichzeitig muss der Zeitraum der Pflegezeit oder der Umfang der teilweisen Freistellung festgelegt werden.
- Dem Arbeitgeber muss eine Bescheinigung des MDK oder der Pflegekasse über die Pflegebedürftigkeit des Angehörigen vorgelegt werden.

### Kündigungsschutz

Während der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung und der Pflegezeit besteht Kündigungsschutz.

### Sozialversicherung

Während der Pflegezeit werden die Beiträge der Unfall-, Renten- und Arbeitslosenversicherung der Pflegeperson von der Pflegeversicherung übernommen (siehe S. 38), aber nicht die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung.

Ist eine beitragsfreie Familienversicherung der Pflegeperson nicht möglich, gibt es die Möglichkeit der freiwilligen Krankenversicherung. Auf Antrag bezuschusst die Pflegeversicherung die Mindestbeiträge zur Krankenversicherung.

### Pflegekurse

**Die Pflegebedürftigkeit eines Angehörigen entsteht oft unerwartet. Wer keine Erfahrung mit Pflege hat, ist damit schnell überfordert.**

Um pflegende Angehörige und ehrenamtliche Pflegekräfte zu unterstützen, sie zu stärken sowie pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen für die Pflegekräfte und den Pflegebedürftigen zu mindern, bieten die Pflegekassen Pflegekurse an (§ 45 SGB XI). Die Schulungen vermitteln Fertigkeiten für die eigenständige Durchführung der Pflege und können auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen stattfinden.

Oft werden diese Kurse (im Auftrag der Pflegekasse) von ambulanten Pflegediensten, Sozialstationen oder anderen Pflegeeinrichtungen angeboten. Die Teilnahme ist kostenlos.

Angehörigen, die langfristig (voraussichtlich auf Jahre) pflegen werden, ist dringend eine spezielle Rückenschule für Pflegende zu empfehlen, da kleine Fehler und Fehlbelastungen über Jahre zu schweren Rückenleiden führen können, die eine weitere häusliche Pflege unmöglich machen. Ein hilfreiches Konzept bietet hier die Kinästhetik, die allerdings nur in professionellen Lehrgängen erlernt werden kann. Sie erleichtert die Pflegearbeit und bezieht noch erhaltene Fähigkeiten des Pflegebedürftigen so weit wie möglich ein. Der Transfer vom Bett in den Rollstuhl wird z.B. so in Etappen gestaltet, dass er schmerzfrei für den Patienten und rückschonend für die Pflegeperson ist.



### Praxistipp

## Sozialhilfe: Hilfe zur Pflege

Das Sozialamt übernimmt bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen in der Regel dieselben Leistungen wie die Pflegekasse, allerdings immer erst, wenn die vorrangig zuständige Pflegekasse nicht leistet.

### Die „Hilfe zur Pflege“ leistet das Sozialamt vor allem

- für nicht pflegeversicherte Personen.
- bei kostenintensiver (Schwerst-)Pflege, soweit die nach oben hin begrenzten Leistungen der Pflegeversicherung nicht ausreichen.
- für die Finanzierung der nicht von der Pflegekasse übernommenen Kosten für Unterkunft und Verpflegung bei der Pflege in Heimen oder anderen gleichartigen Einrichtungen (sogenannte „Hotelkosten“) inklusive einem Barbetrag zur persönlichen Verfügung des Hilfesuchenden (Taschengeld).
- unter Umständen für Pflegebedürftige unterhalb der Pflegestufe I, wenn der Zeitaufwand für die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung unter 90 Minuten täglich liegt.

### Umfang

#### Die Hilfe zur Pflege umfasst

- Häusliche Pflege
  - Pflegesachleistungen
  - Pflegegeld
  - Kombinationsleistung
  - Pflegehilfsmittel
  - Ersatz-/Verhinderungspflege
- Teilstationäre Pflege
- Kurzzeitpflege
- Vollstationäre Pflege

### Voraussetzungen

#### Unter folgenden Voraussetzungen übernimmt das Sozialamt die Hilfe zur Pflege:

- Pflegebedürftigkeit, welche die Pflegekasse festgestellt hat und an die das Sozialamt gebunden ist.
- Einkommensgrenzen
  - Pflegebedürftige dürfen bestimmte Einkommensgrenzen nicht überschreiten. Die individuelle Berechnung macht das Sozialamt.
  - Bei Schwerstpflegebedürftigen der Pflegestufe III ist darüber hinaus auch der Einsatz von mindestens 60% des Einkommens über der Einkommensgrenze nicht zuzumuten. Das bedeutet, dass von dem Betrag, der über der Einkommensgrenze liegt, maximal 40% angerechnet werden dürfen.

## **Die Häusliche Pflege im Rahmen der Sozialhilfe umfasst die pflegerische Behandlung im häuslichen Umfeld.**

Nur wenn die vorrangige Pflegekasse nicht leistet, tritt das Sozialamt nachrangig ein und übernimmt in der Regel dieselben Leistungen wie die Pflegekasse: Pflegegeld, Pflegesachleistung, Kombinationsleistung und Pflegehilfsmittel.

Das Sozialamt soll durch Beratung und Aufklärung darauf hinwirken, dass die Pflege einschließlich der hauswirtschaftlichen Versorgung durch Personen übernommen wird, die dem Pflegebedürftigen nahestehen, z.B. Eltern, Kinder, Ehegatten, Lebenspartner, Freunde, oder dass sie auf dem Wege der Nachbarschaftshilfe geleistet wird.

Ein Rechtsanspruch auf Heranziehung einer professionellen Pflegekraft besteht erst dann, wenn dies neben oder anstelle der Pflege durch Verwandte, Freunde oder Nachbarn erforderlich ist (§ 65 SGB XII). Dies sollte ein Arzt, eine Sozialstation oder der MDK bestätigen.

In einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung erhalten Pflegebedürftige keine Hilfe zur häuslichen Pflege vom Sozialamt.

## **Pflegegeld (§ 64 SGB XII) bekommt ein Pflegebedürftiger, um eine selbst beschaffte Pflegeperson zu bezahlen.**

Aber nur, wenn die vorrangige Pflegekasse nicht oder nicht in vollem Umfang leistet, tritt das Sozialamt nachrangig ein. Die Bestimmungen der Pflegeversicherung zu Voraussetzungen, Höhe etc. gelten sinngemäß (siehe S. 15).

### **Auf das Pflegegeld der Sozialhilfe werden zum Beispiel angerechnet:**

- Blindengeld oder gleichartige Geldleistungen, wie z.B. Landesblindengeld in einer Höhe von 70 %
- Pflegegelder der Pflegeversicherung in vollem Umfang

### **Das Pflegegeld der Sozialhilfe wird unter bestimmten Voraussetzungen gekürzt:**

- Werden die angemessenen Kosten für eine Pflegeperson neben dem Pflegegeld gewährt, kann das Pflegegeld um bis zu zwei Drittel gekürzt werden.
- Bei teilstationärer Betreuung (Tages- oder Nachtpflege) des Pflegebedürftigen kann das Pflegegeld angemessen gekürzt werden.

## Häusliche Pflege

## Pflegegeld

### Anrechnung

### Kürzung

## Pflegekraft

Kann die häusliche Pflege nicht durch Familienangehörige oder andere, dem Pflegebedürftigen nahestehende Personen bewältigt werden, kann das Sozialamt die angemessenen Kosten für eine erforderliche Pflegekraft übernehmen (§ 65 SGB XII).

Falls der Pflegebedürftige noch nicht in eine Pflegestufe eingestuft ist, kann das Sozialamt die Kosten der Pflegekraft ganz oder teilweise übernehmen, wenn dadurch ein Heim- oder Klinikaufenthalt verhindert wird.

## Aufwendungen der Pflegekraft

**Zu den Aufwendungen der Pflegekraft zählen zum Beispiel:**

- Fahrtkosten der Pflegeperson
- Mehraufwand für Verpflegung wegen Trennung vom eigenen Haushalt oder wegen doppelter Haushaltsführung
- Kosten für die Reinigung und Wiederbeschaffung von Kleidung, die bei der Durchführung der Pflege getragen wird
- Kosten für die Unterbringung der Kinder der Pflegekraft während der Pflegezeiten
- Verdienstausschluss der Pflegekraft wegen unbezahlten Urlaubs

## Alterssicherung

Eine besondere Art der Aufwandsentschädigung ist die Übernahme einer angemessenen Alterssicherung der Pflegekraft. Hierzu zählen im Wesentlichen Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung der Pflegekraft.

Die Alterssicherung der Pflegekraft steht in der Regel im Ermessen des Sozialamts. Erhält der Pflegebedürftige allerdings Pflegegeld vom Sozialamt, besteht ein Rechtsanspruch auf die Alterssicherung.

Voraussetzung in beiden Fällen ist, dass die Alterssicherung der Pflegekraft anderweitig nicht sichergestellt werden kann (Nachrangigkeit).

## Ersatzpflege

Auch die Kosten der zeitweiligen Entlastung der Pflegekraft durch eine Ersatzpflegekraft sowie die Kosten bei Heranziehung einer erforderlichen besonderen Pflegefachkraft werden in angemessenem Umfang vom Sozialamt übernommen. Die „Angemessenheit“ der Kostenübernahme wird durch das zuständige Sozialamt gesondert geregelt.

# Altenhilfe

**Die Altenhilfe (§ 71 SGB XII) soll dazu beitragen, altersbedingte Schwierigkeiten zu verhüten, zu überwinden oder zu mildern.**

Alte Menschen sollen die Möglichkeit erhalten, am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen. Die Altenhilfe zählt im Rahmen der Sozialhilfe zur „Hilfe in anderen Lebenslagen“.

Die Altenhilfe wird in der Regel Personen gewährt, die das 65. Lebensjahr vollendet haben.

Die Altenhilfe in Form von Beratung und Unterstützung soll ohne Rücksicht auf Einkommen und Vermögen gewährt werden.

Alle sonstigen Sach- und Geldleistungen im Rahmen der Altenhilfe werden nur gewährt, wenn das Einkommen des alten Menschen bestimmte Einkommensgrenzen nicht überschreitet. Die individuelle Berechnung macht das Sozialamt.

## Voraussetzungen

### Die Altenhilfe umfasst z. B.:

- Leistungen zu einer Betätigung und zum gesellschaftlichen Engagement, soweit gewünscht.
- Leistungen bei der Beschaffung und Erhaltung einer Wohnung, die den Bedürfnissen des alten Menschen entspricht.  
Hierzu zählt auch die altersgerechte Ausstattung der Wohnung, z. B. rutschfester Bodenbelag, Verbesserung der sanitären Einrichtungen, Einbau leicht zu bedienender Heizungsanlagen.
- Beratung und Unterstützung in allen Fragen der Aufnahme in ein Heim, z. B. bei der Beschaffung eines geeigneten Heimplatzes.
- Beratung und Unterstützung in allen Fragen der Inanspruchnahme altersgerechter Dienste, z. B. Abhol- und Bringdienste, Mahlzeitendienste.
- Leistungen zum Besuch von Veranstaltungen oder Einrichtungen, die der Geselligkeit, der Unterhaltung, der Bildung oder den kulturellen Bedürfnissen alter Menschen dienen, z. B. Sonderveranstaltungen, Seniorenvergünstigungen etc.
- Leistungen, die alten Menschen die Verbindung mit ihnen nahestehenden Personen ermöglichen, z. B. Reisebeihilfen, Telefonanschlüsse und Grundgebührenübernahme.

## Umfang

## Unterhaltspflicht

**Übernimmt das Sozialamt Leistungen für Hilfebedürftige, überprüft es, ob deren Angehörige unterhaltspflichtig sind, d.h.: Ob diese ihn anstelle des Sozialamts finanziell unterstützen müssen bzw. können.**

### *Unterhaltspflicht von Kindern gegenüber Eltern im Heim*

Wenn die Kosten eines Alten- oder Pflegeheimes weder durch das eigene Vermögen noch durch die Pflegekasse abgedeckt werden können, leistet das Sozialamt. Dabei prüft es jedoch, ob Verwandte ersten Grades den Hilfeempfängern gegenüber unterhaltspflichtig sind.

Kommt das Sozialamt zu dem Ergebnis, dass Kinder aufgrund ihrer finanziellen Verhältnisse leistungsfähig sind, verlangt es von diesen die Erstattung der an die Eltern gezahlten Sozialhilfe. Hierbei handelt es sich oft um die sogenannten „Hotelkosten“ im Heim, also die Kosten, die für Unterkunft und Verpflegung anfallen und die von der Pflegekasse nicht abgedeckt werden.

### *Selbstbehalt der Kinder*

Die Kinder müssen jedoch nicht ihr gesamtes Einkommen für den Unterhalt ihrer Eltern einsetzen.

**Die Sozialämter orientieren sich beim Selbstbehalt an der „Düsseldorfer Tabelle“:**

- Der Selbstbehalt beträgt monatlich 1.400,- €
  - plus die Hälfte des darüber hinausgehenden Einkommens
  - plus ca. 1.050,- € für den mit dem Unterhaltspflichtigen zusammenlebenden Ehepartner.

Diese Angaben sind Richtwerte; in verschiedenen Bundesländern finden sich hiervon abweichende Regelungen.

### *Grundsatzurteil BGH*

Nach dem Grundsatzurteil des Bundesgerichtshofs vom 23.10.2002 (XII ZR 266/99) muss den Unterhaltspflichtigen jedoch ein höherer Selbstbehalt bleiben. Spürbare und dauerhafte Einschränkungen ihres Lebensstils brauchen sie nicht hinzunehmen. Allerdings müssen sie dem Sozialamt nachweisen, dass sie kein „ausschweifendes Luxusleben“ führen. Und es muss genügend Geld bleiben, mit dem sie ihre eigene angemessene Altersvorsorge sichern können.

Welcher konkrete Betrag den unterhaltspflichtigen Kindern verbleiben muss, lässt der Bundesgerichtshof offen. Das sind Einzelfallentscheidungen des Sozialamts. Das Amt darf aber bei der Ermittlung des Selbsthalts nicht mehr schematisch (nach Tabelle) vorgehen.

Nach einem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 7.6.2005 (1BvR 1508/96) wird dem Kindesunterhalt gegenüber dem Elternunterhalt vorrangiges Gewicht verliehen. Die Belastung erwachsener Kinder durch die Pflicht zur Zahlung von Elternunterhalt soll unter Berücksichtigung ihrer eigenen (finanziellen) Lebenssituation in Grenzen gehalten werden.

Bei einkommensstarken Familien ist es möglich, dass z.B. eine Tochter zu den Unterhaltskosten ihrer im Alten- oder Pflegeheim lebenden Eltern herangezogen werden kann, auch wenn sie selbst kein hohes Einkommen hat, allerdings ihr Ehegatte über ein hohes Einkommen verfügt. Grund dafür ist der Unterhaltsanspruch der Frau gegenüber ihrem gut verdienenden Mann. Unter Umständen muss sie sich mit einem Teil des ihr zustehenden Unterhalts oder ihres Einkommens an den Heimkosten beteiligen.

Dabei hat jedoch ein angemessener Familienunterhalt (jeweils einzelfallspezifisch) Vorrang. Dieser Familienunterhalt orientiert sich u. a. auch an der Zahl der Kinder im Haushalt.

Leistet das Sozialamt bei volljährigen behinderten oder pflegebedürftigen Kindern Eingliederungshilfe oder Hilfe zur Pflege, dann zahlen deren Eltern einen pauschalen Unterhaltsbeitrag von maximal 26,- € monatlich, ohne Überprüfung des Einkommens und Vermögens der Eltern.

Leistet das Sozialamt bei volljährigen behinderten oder pflegebedürftigen Kindern Hilfe zum Lebensunterhalt, dann zahlen deren Eltern einen pauschalen Unterhaltsbeitrag von maximal 20,- € monatlich, ohne Überprüfung des Einkommens und Vermögens der Eltern.

Treffen beide Pauschalen zusammen, wird insgesamt ein monatlicher Pauschalbetrag von maximal 46,- € von den Eltern verlangt (§ 94 SGB XII).

Die Eltern müssen o. g. pauschale Unterhaltsbeiträge nicht zahlen, wenn sie selbst Hilfe zum Lebensunterhalt bekommen oder diese Unterhaltsbeitragszahlung eine unzumutbare Härte für sie bedeuten würde.

Individuelle Auskünfte erteilt das Sozialamt.

*Unterhaltspflicht für Schwiegereltern*

*Unterhaltspflicht von Eltern gegenüber behinderten oder pflegebedürftigen volljährigen Kindern im Heim*



# Wohnen im Alter und bei Pflegebedürftigkeit

Die meisten Menschen möchten so lange und so unabhängig wie möglich in den eigenen vier Wänden leben.

Drei Faktoren können dies jedoch erschweren, unmöglich machen oder unattraktiv erscheinen lassen:

- Abnehmende Mobilität mit den Abstufungen Gehwagen, Rollstuhl, Bettlägerigkeit.
- Hilfebedarf, oft beginnend im Haushalt, bis hin zur Pflegebedürftigkeit.
- Einsamkeit infolge von Krankheit, finanziellen Problemen oder Tod von Freunden und Verwandten.

## Sturzprophylaxe

Stürze sind eine erhebliche Gefahr für die Gesundheit im Alter. Sind schon einmal Verletzungen und Brüche durch Stürze entstanden, wächst die Angst vor einem weiteren Sturz. Dies kann zu starker Verunsicherung führen. Der Unfallvorgang ereignet sich immer nach demselben Prinzip: Auslöser sind Stolpern oder Ausrutschen, es folgt ein Balanceverlust und dann der Sturz.

## Sturzrisikofaktoren

Das Sturzrisiko erhöht sich deutlich durch folgende Risikofaktoren:

- Kraft- und Balanceprobleme
- Veränderte Körperhaltung und Schrittstellung
- Sehbeeinträchtigung
- Alkoholisierungszustände
- Medizinische Gefahren, wie Medikamentenwirkungen z. B. bei Einnahme von Diuretika, Abführmitteln, starken Schmerzmitteln, Muskelrelaxantien
- Schwindelanfälle
- Äußere Gegebenheiten z. B. Stolperfallen, Bodenunebenheiten.

Um das Sturzrisiko zu minimieren, sollten Betroffene jedoch auf keinen Fall – aus Angst vor einem Sturz – das Sitzen bevorzugen. Dadurch erreicht man genau das Gegenteil, die Betroffenen werden immer schwächer und unsicherer. Sinnvoll sind dagegen kräftigende und balancefördernde Übungen.

### **Zur Einschätzung der Sturzgefahr gibt es verschiedene Tests.**

- Der **Chair-Rising-Test** gibt Auskunft über die Muskelleistung der Beine.  
Aufgabe des Patienten: Innerhalb von höchstens 11 Sekunden fünfmal von einem Stuhl aufstehen, ohne die Arme zu Hilfe zu nehmen. Schafft er dies nicht, gilt er als sturzgefährdet.
- **„Timed Up & Go“-Test nach Podsiadlo.**  
Aufgabe des Patienten: Aus einem Stuhl ohne Armlehnen aufstehen und 3 Meter geradeaus gehen, sich umdrehen, zurückgehen und wieder hinsetzen. Hierbei darf er auch die Gehhilfen einsetzen, die er sonst benutzt. Schafft der Patient die Übung in 10 Sekunden, ist dies unproblematisch. Benötigt er über 30 Sekunden, ist von einer erhöhten Sturzgefahr auszugehen.
- **Mobilitätstest nach Tinetti.**  
Durch mehrere Übungen werden verschiedene Kriterien überprüft. Stand und Balance werden durch Aufstehen, die ersten Sekunden des Stehens, mit offenen und geschlossenen Augen, das Drehen auf der Stelle, leichte Stöße gegen Brust oder Schultern und anschließendes Hinsetzen beurteilt.  
Beim Aufstehen wird darauf geachtet, ob der Proband es mit einem oder mehreren Versuchen, mit Unterstützung von Hilfsmitteln und selbstständig schafft. Benötigt er Hilfe beim Stehen, können die Füße geschlossen sein. Für das Gehen wird das Gangbild analysiert wie z. B. das Anlaufen, Schrittlänge, -höhe und -symmetrie, Wegabweichungen.  
Es können maximal 28 Punkte erreicht werden, unter 20 Punkten besteht ein deutlich erhöhtes Sturzrisiko.
- Zusätzlich gibt es zur Überprüfung der Gleichgewichtsfunktion den **Stehversuch nach Romberg** und den **Tretversuch nach Unterberger/Fukuda**.

Ärzte können Tests zum Sturzrisiko abrechnen (EBM GOÄ-Ziffer 03341, hausärztlich-geriatrisches Basisassessment). Bei allen Tests muss selbstverständlich immer die Sicherheit des Patienten gewährleistet sein.

### **Folgende Empfehlungen helfen, Stürze zu vermeiden:**

- Risikofaktoren erkennen.
- Regelmäßige ärztliche Untersuchungen durchführen lassen.
- Auf Medikamentennebenwirkungen reagieren.
- Regelmäßig das Seh- und Hörvermögen überprüfen lassen.
- Hilfsmittel einsetzen. Bei Verwendung von Gehhilfen Türschwellen entfernen lassen.
- Durch Sport und Funktionstraining Stürzen vorbeugen.
- Rutschige Bodenbeläge wie Fliesen oder Parkett vermeiden.
- Beim Wischen keine Pfützen oder nassen Stellen hinterlassen.

- Auf Teppiche und Läufer verzichten oder diese rutschfest fixieren. Am sichersten ist Auslegeware, da diese weder rutschen kann noch zu glatt ist.
  - Rutschfeste und stolperfreie Matten im Badezimmer auslegen.
  - Rutschfeste Matten in Dusche und Badewanne verwenden.
  - Handgriffe anbringen.
  - Treppen mit entsprechenden Belägen rutschfest machen und beidseitig griffsichere Handläufe anbringen.
  - Stufenkanten und Türschwellen mit Rampen versehen und farbig markieren.
  - Keine Gegenstände (Stolperfallen) liegen lassen, lose Kabel befestigen.
  - Wohnung gut beleuchten, zusätzlich Nachtlichter anbringen.
  - Trittsichere Schuhe mit festem Halt und niedrigen Absätzen tragen.
  - Zur Frakturprophylaxe z. B. Hüftprotektoren verwenden.
- Für den Notfall kann ein Hausnotrufgerät (siehe S. 56) angeschafft werden.

## Seniorenrechtliches Bauen und Wohnen

### Viele Wohnungen/Häuser sind nicht altengerecht ausgestattet. Die häufigsten Problemfelder sind:

- Unfallgefahr durch Stolperfallen, Stufen, mangelnde Beleuchtung, rutschige Bodenbeläge, fehlende Möglichkeiten zum Festhalten.
- Barrieren für Rollstühle wie Schwellen, Stufen, Treppen, schmale Türen, niedrige Tische (nicht unterfahrbar) sowie Unzugänglichkeit (von Schränken, Arbeitsflächen, Waschgelegenheiten, Toilette).

Für barrierefreies (und damit altengerechtes) Bauen gibt es die DIN 18025 Teil 1 und 2, die jedem Planer und Architekten bekannt ist. Um vorhandenen Wohnraum auf Schwachstellen zu überprüfen, können Sie im Internet eine „Checkliste altengerechtes Wohnen“ herunterladen:  
[www.betanet.de/download/altengerechtes-wohnen.pdf](http://www.betanet.de/download/altengerechtes-wohnen.pdf).

Wer hilft weiter?



Beratung bieten Wohnberatungsstellen, diese finden sich in fast jeder größeren Stadt.

Der – immer noch häufigste – Verlauf ist der, dass ein Patient nicht mehr in der bisherigen Wohnung leben oder gepflegt werden kann und dann ins Altenheim „muss“. Oft ist der Zeitdruck (manchmal auch mangelnde Information) dafür verantwortlich, dass andere Wohn- und Pflegealternativen nicht in Erwägung gezogen werden können. Wer sich jedoch rechtzeitig informiert, hat heute viele Möglichkeiten, das Wohnen im Alter zu gestalten.

**Prinzipiell gibt es vier Möglichkeiten:**

- **Einzelwohnung**  
eigene, bisherige Wohnung und Unterstützung von außen.
- **Betreutes Wohnen**  
eigene Wohnung mit organisierten Hilfsangeboten.
- **Senioren-Wohngemeinschaft**  
eigenes Zimmer, gemeinschaftliche Nutzung von Bad, Küche und Wohnzimmer.
- **Pflegeheim, Altenheim.**

**Wer in der bisherigen Wohnung weiterleben will, kann unter bestimmten Voraussetzungen auf folgende Hilfen zugreifen:**

- In erster Linie wird die ambulante Versorgung in der eigenen Wohnung über die Pflegeversicherung gesichert
  - durch die häusliche Pflege (siehe S. 15),
  - Pflegehilfsmittel (siehe S. 27) und
  - die Förderung von hilfreichen Wohnumbauten (siehe S. 54).
- Ambulante Pflegedienste (siehe S. 18).
- Mahlzeitendienste: „Essen auf Rädern“.
- Altenhilfe (siehe S. 45).

Diese Hilfen werden in der Regel über den behandelnden Hausarzt oder in Eigeninitiative organisiert. Die Kosten werden, abhängig vom Kostenträger, entweder ganz übernommen oder müssen selbst bezahlt werden.

**Betreutes Wohnen**, auch bekannt unter „Seniorenwohnen“, „Wohnen mit Service“ oder „Wohnen plus“, ist eine Wohnform für ältere Menschen in einer senioren- bzw. behindertengerechten Wohnanlage, die ein selbstständiges Leben in der eigenen Wohnung verbunden mit Hilfe und Betreuung bei Bedarf verspricht. Die verschiedenen Angebote folgen dem Motto: „So selbstständig wie möglich, so viel Hilfe wie nötig“.

Die Bewohner bestimmen ihren Lebensrhythmus individuell. Ihnen stehen aber qualifizierte Hilfeleistungen zur Verfügung, die bei Bedarf abgerufen werden können.

*Einzelwohnung*

*Betreutes Wohnen*

Viele Einrichtungen für betreutes Wohnen bieten sowohl Eigentumswohnungen als auch Mietwohnungen. Häufig handelt es sich um neu errichtete Wohnanlagen, betreutes Wohnen wird jedoch auch im Rahmen von Mehrgenerationen-Projekten, Altbausanierungen oder luxuriösen Senioren-Residenzen angeboten.

### **Ausstattung**

#### **Wohnungen im betreuten Wohnen sollten**

- altersgerecht und barrierefrei ausgestattet sein.
- über eine Notrufanlage verfügen, über die Tag und Nacht Fachkräfte erreichbar sind (siehe S. 56).
- zentral gelegen oder mit öffentlichen Verkehrsmitteln leicht zu erreichen sein. Neben einem Gemeinschaftsraum für Feiern und Veranstaltungen haben sie einen Beratungsraum für die soziale Beratung. Die regelmäßig erreichbare bzw. anwesende Ansprechperson bietet Informationen, Hilfestellungen und Vermittlung zu vielfältigen sozialen Leistungen.
- den Bewohnern individuelle Dienstleistungen wie Mahlzeitendienst, Wohnungsreinigung oder Reinigung der Wäsche anbieten.

Manche Anlagen des betreuten Wohnens für Senioren verfügen auch über attraktive Begegnungsstätten wie z. B. Café, Lesezimmer oder Sauna für die Bewohner.



### **Praxistipp**

Zurzeit existieren keine Gesetze, Verordnungen oder Richtlinien, die einheitliche Qualitätsstandards vorschreiben bzw. den Begriff „Betreutes Wohnen“ definieren und schützen. Deshalb werden viele unterschiedliche Konzepte für betreutes Wohnen angeboten. Es gibt weder ein festgelegtes Mindestmaß an Betreuung und Beratung noch vorgegebene Standards bei der baulichen Beschaffenheit der Wohnung oder der Ausstattung. Die Kosten richten sich nach dem Serviceangebot der jeweiligen Wohnanlage sowie den baulichen Standards und fallen deshalb sehr unterschiedlich aus.

Es empfiehlt sich deshalb, Angebote verschiedener Anbieter einzuholen und miteinander zu vergleichen. Wichtig ist dabei, die individuellen Verträge mit allen Anhängen und Preislisten sowie auch das Kleingedruckte gewissenhaft durchzulesen.

Zu beachten ist auch, was mit dem Bewohner im Fall der Pflegebedürftigkeit passiert. Oft ist bei einer schweren und dauerhaften Pflegebedürftigkeit der Umzug in ein Pflegeheim erforderlich. Für diesen Fall sollte eine aktive Unterstützung durch den Betreuungsträger sowie eine kurzfristige Kündigung der Wohnung möglich sein.

In Wohngemeinschaften und Wohngruppen gruppieren sich die individuellen Einzelzimmer um die Gemeinschaftsräume wie Küche, Bad, Wohn- und/oder Esszimmer. Diese Form des gemeinsamen Wohnens wird bisher oft privat organisiert und erfordert von den Beteiligten viel Planung, Initiative und Abstimmungsaufwand. Aber es gibt zunehmend Modellprojekte von gewerblichen, kommunalen und/oder gemeinnützigen Trägern, bei denen im optimalen Fall die Immobilien-, die Service- und die Pflegekompetenz Hand in Hand arbeiten.

*Wohngemeinschaften  
und Wohngruppen*

Eine Sonderform sind Wohngruppen für demenziell erkrankte Menschen. In diesen betreuten Wohngruppen wohnen Pfleger und andere Betreuer mit in der Wohnung oder sind rund um die Uhr vor Ort.

*Wohngruppen für Menschen  
mit Demenz*

Was umgangssprachlich als Alten- oder Pflegeheim bezeichnet wird, heißt sozialrechtlich „Vollstationäre Pflege“. Hier wird der pflegebedürftige Mensch komplett versorgt und gepflegt (Details siehe S. 34).

*Altenheim, Pflegeheim*

**Die Übergänge zwischen allen Wohnformen sind fließend und es gibt immer mehr Träger, die verschiedene Wohnformen auf einem Gelände oder in einem Wohnkomplex anbieten.**

**Konzept und Träger**

Auch die Trägerschaft spiegelt mittlerweile oft wider, dass sich in diesem Bereich viel bewegt. Meist sind es Kommunen, kommunale Wohnbauunternehmen oder große Wohlfahrtsorganisationen, die Projekte entwickeln. Aber auch private Bauherren haben hier einen Markt entdeckt und kooperieren zum Teil mit Pflegediensten oder sozialen Einrichtungen. Für diese Kooperationen werden zum Teil eigenständige Unternehmen gegründet.

**Ob Interessent, (potenzieller) Mitarbeiter oder möglicher Partner, man sollte immer hinterfragen,**

- wer als Geldgeber und/oder Träger dahinter steht,
- auf welchem Konzept das Projekt basiert und
- ob die Umsetzung in die Praxis dem Konzept(-papier) entspricht.

Zudem gibt es vor allem für Wohn- und Hausgemeinschaften viele Privatinitiativen. Wichtig bei der Neugründung einer Wohngemeinschaft (WG) oder beim Einstieg in eine bestehende WG ist, sich über die verschiedenen Möglichkeiten beraten zu lassen und wichtige Dinge schriftlich zu fixieren. Auch hier sollten Finanzierung, Konzept und praktischer Alltag klar geregelt sein. Eine zentrale Frage ist beispielsweise, wann sich die Bewohner gegenseitig helfen und wann professionelle Dienste eingeschaltet werden.

## Service und Pflege

Die Serviceangebote sowie deren Anbindung an die jeweilige Einrichtung sind ebenso vielfältig wie die Konzepte und Träger.

Das wichtigste Angebot ist der Pflegedienst: Er kann direkt in einem Haus vor Ort sein, ist womöglich sogar Träger oder ist „nur“ vertraglich eingebunden. Weitere Zusatzangebote sind z.B. Mahlzeitendienst, Haushaltshilfe, Massage, Krankengymnastik, Fußpflege, Schwimmbad, Sauna, Wellness-Oase, Arzt im Haus, Fahrdienste, Sozialberatung, Rechtsbeistand, Besuchsdienste, Vorleser, Gesellschafter, Kreativkurse, Veranstaltungen (Konzerte, Lesungen, Ausstellungen, Theater), Café und Bibliothek.

Vieles von diesen Angeboten gibt es heute auch in gut geführten Altenheimen, zum Teil sind die Angebote auch offen für externe Besucher, was wiederum die Integration und Kommunikation fördert.

Wer hilft weiter?



Welche Form auch immer Menschen für sich in Betracht ziehen, unerlässlich ist die persönliche Information vor Ort. Möglich ist dies über Infoabende, Tage der offenen Tür oder Probewohnen.

Adressen über Einrichtungen vor Ort kann man erfragen bei Seniorenämtern, Pflegediensten, Sozialstationen und Seniorengruppen. Während sich die Adressen der Pflegeheime sehr einfach recherchieren lassen, ist bei besonderen Wohnprojekten die regelmäßige Zeitungslektüre und das Herumhören unter älteren Menschen oft der bessere Weg.

## Wohnumfeldverbesserung

Maßnahmen zur Verbesserung und Anpassung des Wohnumfelds (§ 40 Abs. 4 SGB XI) eines Pflegebedürftigen erleichtern oder ermöglichen die Pflege oder die selbstständige Lebensführung zu Hause. Die Zuschüsse leistet die Pflegekasse, sie zählen zu den Pflegehilfsmitteln.

### Voraussetzungen

**Voraussetzung für die Gewährung eines Zuschusses ist:**

- dass die vorgesehenen Maßnahmen die häusliche Pflege ermöglichen oder erheblich erleichtern oder dass eine möglichst selbstständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt, also die Abhängigkeit von der Pflegekraft verringert wird.
- Prinzipiell müssen die Vorversicherungszeit erfüllt, die Pflegebedürftigkeit festgestellt und die Maßnahmen bei der Pflegekasse beantragt werden.

In manchen Fällen schaltet die Pflegekasse den MDK zur Begutachtung der häuslichen Pflegesituation ein. Dieser stellt vor Ort fest, ob entsprechende Mängel für die Pflegesituation und Sicherheitsrisiken vorliegen und ob die Wohnraumanpassung einen Umzug in ein Heim verhindern hilft.

Die Entscheidung, ob und gegebenenfalls in welcher Höhe ein Zuschuss zur Verbesserung des Wohnumfelds gewährt wird, liegt im Ermessen der Pflegekasse.

Es muss sich um Maßnahmen in der Wohnung des Pflegebedürftigen handeln oder um Maßnahmen in dem Haushalt, in dem der Pflegebedürftige aufgenommen ist und gepflegt werden soll.

#### **Beispiele:**

- Einbau einer Dusche
- Anbringen von Handläufen
- Einbau und Anbringung von Treppenliften
- Türverbreiterungen
- Installation von Wasseranschlüssen
- Ein- und Umbau von Mobiliar entsprechend den individuellen Bedürfnissen der Pflegesituation

#### **Zu den Kosten zählen auch**

- statische Gutachten,
- Antragsgebühren,
- Kosten der Bauüberwachung,
- nachgewiesene Fahrtkosten **und**
- Verdienstausschlag von am Bau mithelfenden Angehörigen und Bekannten.

Die Pflegekasse übernimmt maximal 2.557,- € je Maßnahme.

*Höhe*

Es werden alle baulichen Veränderungen, die das Wohnumfeld des Pflegebedürftigen verbessern, zusammen als „eine (=1) Maßnahme“ betrachtet. Ändert sich die Pflegesituation, können weitere Maßnahmen beantragt werden.

#### **Selbstbeteiligung/Eigenanteil des Pflegebedürftigen:**

- 10% der Kosten der Maßnahme,
- höchstens jedoch 50% seiner monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt



## Praxistipps

### Antrag

Bevor der Versicherte eine Wohnumfeldanpassung durchführen lässt, die von der Pflegekasse finanziert werden soll, ist ein Antrag zu stellen. Es kann sein, dass die Pflegekasse mehrere Kostenvoranschläge verlangt, bis sie einen Zuschuss genehmigt.

### Eingliederungshilfe

Reichen die Leistungen der Wohnumfeldverbesserung für die notwendigen Umbaumaßnahmen nicht aus, können Leistungen auch im Rahmen der Eingliederungshilfe über das örtliche Sozialamt beantragt werden. Dabei dürfen allerdings bestimmte Einkommensgrenzen nicht überschritten werden. Die individuelle Berechnung macht das Sozialamt.



## Wer hilft weiter?

Viele Städte und Gemeinden haben Beratungsstellen für Wohnraumanpassung und barrierefreies Wohnen. Meistens sind diese Stellen der Behinderten- oder Seniorenberatung angeschlossen. In manchen Fällen kommen die Berater auch in die Wohnung des Pflegebedürftigen, um gemeinsam zu sehen, welche Veränderung sinnvoll und durchführbar ist.

## Hausnotrufsysteme

**Hausnotrufsysteme ermöglichen insbesondere älteren und allein lebenden Menschen, bei Hilflosigkeit, z. B. nach einem Sturz, und Notfällen schnell Hilfe anfordern zu können.**

### Funktionsweise

Das Hausnotrufgerät besteht aus einer Basisstation und einem Funksender (= Funkfinger oder Handsender), den der gefährdete Mensch immer bei sich trägt. Ein Telefon fungiert als Basisstation, in das die Rufnummer der Hausnotrufzentrale einprogrammiert wird. Im Notfall löst ein Knopfdruck auf den Funksender bei der Notrufzentrale einen Notruf aus und eine Sprechverbindung wird sofort und automatisch hergestellt. Der Mitarbeiter in der Hausnotrufzentrale kann erfragen, um welche Art von Notfall es sich handelt, und die notwendigen Hilfen veranlassen, die vorher in einem Hilfeplan vereinbart wurden. So können z. B. zunächst Verwandte oder Nachbarn verständigt werden oder je nach Situation sofort der Notarzt oder Rettungsdienst. Hausnotrufanbieter bieten in der Regel auch eine gesicherte Schlüssel hinterlegung mit an, damit die Wohnung im Notfall leicht zugänglich ist.

### Zusatzfunktionen

Auf Wunsch verabreden viele Hausnotrufzentralen mit den Teilnehmern zu festgesetzten Zeiten ein „Alles-in-Ordnung-Signal“. Wenn dieses ausbleibt, fragen die Mitarbeiter nach, ob etwas passiert ist.

Die meisten Hausnotrufgeräte funktionieren auch im weiteren Umfeld der Basisstation, beispielsweise im Keller oder im Garten.

Einige Hausnotrufgeräte ermöglichen Zusatzinstallationen: Ein Handsender ermöglicht die Annahme eines Telefonanrufs vom Sessel aus. Ein Lautsprecher kann für schwerhörige Menschen auf die optimale Lautstärke programmiert werden. Einbruch- und Feuermelder können an das Hausnotrufgerät angeschlossen werden. Patienten können sich an die pünktliche Medikamenteneinnahme erinnern lassen.

Ein Hausnotrufsystem kostet eine einmalige Anschlussgebühr sowie monatliche Mietgebühren. Da die Preise der einzelnen Hausnotrufanbieter unterschiedlich hoch ausfallen, empfiehlt sich im Vorfeld ein Kostenvergleich.

*Kosten*

Liegt eine Pflegeeinstufung vor, gewährt die Pflegekasse auf Antrag und nach Prüfung durch den Medizinischen Dienst einen Zuschuss für die Anschlussgebühr in der Regel in Höhe von maximal 10,49 € und maximal 18,36 € für die monatlichen Gebühren. Die restlichen Kosten muss der Pflegebedürftige selbst tragen.

*Zuschüsse*

Bei niedrigem Einkommen kann auch das Sozialamt bezuschussen.

Anbieter von Hausnotrufsystemen sind in der Regel Wohlfahrtsverbände: Rotes Kreuz, Arbeiter-Samariter-Bund, Johanniter, Malteser Hilfsdienst, Caritas, Arbeiterwohlfahrt, Volkssolidarität. Meist vermitteln auch Pflegeberater in den Pflegestützpunkten und ambulante Pflegedienste Anbieter vor Ort.



## Anhang

### Muster-Pflegetagebuch

Das Pflegetagebuch wird geführt für:

---

Name, Vorname

---

geboren am

---

Anschrift (Straße, Postleitzahl, Ort)

---

Name und Anschrift des gesetzlichen Vertreters/Bevollmächtigten/Betreuers

---

Name der Person, die das Pflegetagebuch führt

---

Unterschrift Pflegebedürftige(r),  
gesetzlicher Vertreter, Bevollmächtigter

---

Unterschrift Tagebuchführer/in

# Pflegetagebuch

Pflegetag (Datum): \_\_\_\_\_

Erforderliche Hilfe bei:	Zeitaufwand in Minuten				Art der Hilfe		
	morgens	mittags	abends	nachts 22-6 Uhr	Anleitung oder Beaufsichtigung	mit Unterstützung	teilweise oder volle Übernahme
<b>Körperpflege</b>							
<b>Waschen:</b> Ganzkörperwäsche							
Teilwäsche							
Duschen							
Baden							
<b>Zahnpflege</b>							
<b>Kämmen</b>							
<b>Rasieren</b>							
<b>Darm- und Blasenentleerung</b>							
Wasserlassen							
Stuhlgang							
Richten der Kleidung							
Wechseln von Inkontinenz- einlagen/Windeln							
Wechseln/Entleeren des Urin- beutels/Stomabeutels							
<b>Ernährung</b>							
Mundgerechte Nahrungs- zubereitung							
Aufnahme der Nahrung							
<b>Mobilität</b>							
Aufstehen, Zu-Bett-Gehen							
Umlagern							
Ankleiden							
Auskleiden							
Gehen, Bewegen im Haus							
Stehen							
Treppensteigen							
Verlassen, Wiederaufsuchen der Wohnung							
<b>Hauswirtschaftliche Versorgung</b>							
Einkaufen							
Kochen							
Wohnung reinigen							
Spülen							
Wechseln, Waschen der Wäsche/Kleidung							
Beheizen der Wohnung							

# Pflegeaufwand eines gesunden Kindes in Minuten pro Tag

	Säugling		Kleinkind			Kindergarten			Grundschule			
Alter des Kindes	0-1/2 J	1/2-1 J	1-1 1/2 J	1 1/2-2 J	2-3 J	3-4 J	4-5 J	5-6 J	6-7 J	7-8 J	8-9	9-10 J
<b>Körperpflege</b>												
Waschen = Teilwäschen + H/G	10	10	12	12	10	10	8	6	4	2	-	-
Duschen, Baden = GK	15	18	18	18	15	15	12	12	10	6	4	2
Zahnpflege	0	2	5	6	12	12	9	6	3	3	-	-
Kämmen	1	2	3	3	4	4	3	3	2	-	-	-
Darm-/Blasenentleerung	35	30	28	32	40	35	15	5	3	-	-	-
<b>Summe Körperpflege</b>	<b>61</b>	<b>62</b>	<b>66</b>	<b>71</b>	<b>81</b>	<b>76</b>	<b>47</b>	<b>32</b>	<b>22</b>	<b>11</b>	<b>4</b>	<b>2</b>
<b>Ernährung</b>												
mundgerechte Zubereitung	5	5	8	8	8	8	6	4	3	2	2	-
Nahrungsaufnahme	140	120	100	80	40	20	15	6	-	-	-	-
<b>Summe Ernährung</b>	<b>145</b>	<b>125</b>	<b>108</b>	<b>88</b>	<b>48</b>	<b>28</b>	<b>21</b>	<b>10</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
<b>Mobilität</b>												
Aufstehen, Zubettgehen	10	10	12	15	15	15	10	5	5	4	2	2
An-, Auskleiden	10	16	20	20	15	15	10	5	5	4	2	2
Gehen	10	10	10	12	8	4	-	-	-	-	-	-
Stehen = Transfer	2	2	2	2	2	-	-	-	-	-	-	-
Verlassen, Wiederaufsuchen der Wohnung	Regelmäßige Arzt- oder Therapeutenbesuche fallen bei einem gesunden Kind nicht an											
<b>Summe Mobilität</b>	<b>32</b>	<b>38</b>	<b>44</b>	<b>49</b>	<b>40</b>	<b>34</b>	<b>20</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
<b>Gesamtsumme</b>	<b>238-225</b>	<b>225-218</b>	<b>218-208</b>	<b>208-169</b>	<b>169-138</b>	<b>138-88</b>	<b>88-52</b>	<b>52-35</b>	<b>35-21</b>	<b>21-10</b>	<b>10-6</b>	<b>6-0</b>
Treppensteigen	4	4	4	8	6	4	-	-	-	-	-	-
<b>Gesamtsumme</b>	<b>242-229</b>	<b>229-222</b>	<b>222-216</b>	<b>216-175</b>	<b>175-142</b>	<b>142-88</b>	<b>88-52</b>	<b>52-35</b>	<b>35-21</b>	<b>21-10</b>	<b>10-6</b>	<b>6-0</b>

Maßgebend für die Anerkennung von Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu einer Pflegestufe ist ausschließlich der auf Dauer erforderliche Hilfebedarf für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung.

Darunter fallen folgende Tätigkeiten:

### Körperpflege

#### Waschen – Duschen/Baden

Hierunter fällt das Waschen des Körpers, entweder unter der Dusche, in der Badewanne, am Waschbecken oder auch im Bett. Zum Waschvorgang gehören die erforderlichen Vorbereitungen (z. B. das Zurechtlegen der erforderlichen Utensilien wie Seife/Handtuch, das Einlassen des Badewassers sowie das Bedienen der Armaturen), der Waschvorgang selbst sowie das Abtrocknen und Eincremen des Körpers.

#### Zahnpflege

Zur Zahnpflege zählt die Vorbereitung (z. B. das Öffnen und Schließen der Zahnpastatube einschließlich der Dosierung der Zahnpasta und das Füllen des Wasserglases), der Putzvorgang einschließlich der Mundpflege sowie die Reinigung von Zahnersatz.

#### Kämmen

Dies umfasst das Kämmen und Bürsten der Haare entsprechend der individuellen Frisur. Das Legen von Frisuren (z. B. Dauerwelle) oder das Haarwaschen oder -schneiden können nicht berücksichtigt werden. Eine Ausnahme kann dann vorliegen, wenn durch Erkrankungen oder durch deren Folgen regelmäßige Haarwäsche erforderlich ist. Trägt der Pflegebedürftige ein Toupet oder eine Perücke, so gehört zum Hilfebedarf das Kämmen und Aufsetzen des Haarteils.

#### Rasieren

Rasieren beinhaltet wahlweise die Trocken- oder Nassrasur einschließlich der notwendigen Hautpflege. Bei Frauen wird hier die Gesichtspflege – mit Ausnahme des Schminkens – berücksichtigt.

#### Darm- und Blasenentleerung

Hierzu gehören die Kontrolle des Harn- und Stuhlgangs, die Reinigung und Versorgung von künstlich geschaffenen Ausgängen sowie die notwendigen Handgriffe bei dem Hygienevorgang, das Richten der Kleidung vor und nach dem Gang zur Toilette, die Intimhygiene wie das Säubern nach dem Wasser-

lassen und dem Stuhlgang sowie das Entleeren und Säubern eines Toilettenstuhls bzw. eines Steckbeckens. Ebenso zählen das An- und Ablegen bzw. Wechseln von Inkontinenzartikeln dazu.

## **Ernährung**

### **Mundgerechte Nahrungszubereitung**

Hierzu zählen die Tätigkeiten, die zur unmittelbaren Vorbereitung dienen, wie die portionsgerechte Vorgabe, das Zerkleinern der zubereiteten Nahrungsmittel, z. B. das mundgerechte Zubereiten bereits belegter Brote, ebenso die notwendige Kontrolle der richtigen Essenstemperatur. Hierzu zählen nicht das Kochen oder das Eindecken des Tisches. Die Zubereitung von Diäten ist beim „Kochen“ zu berücksichtigen.

### **Nahrungsaufnahme**

Hierunter fällt die Nahrungsaufnahme in jeder Form (fest, flüssig) sowie eine ggf. erforderliche Sondenernährung und die Verwendung bzw. der Umgang mit dem Essbesteck oder anderen geeigneten Geräten, um die Nahrung zum Mund zu führen, zu kauen und zu schlucken.

## **Mobilität**

### **Aufstehen, Zubettgehen**

Das selbstständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen umfasst die eigenständige Entscheidung, zeitgerecht das Bett aufzusuchen bzw. zu verlassen. Hierunter fällt auch der Zeitaufwand für das Lagern von Pflegebedürftigen.

### **An- und Auskleiden**

Das An- und Auskleiden beinhaltet neben notwendigen Handgriffen (z. B. das Öffnen und Schließen von Verschlüssen, das Auf- und Zuknöpfen sowie das An- und Ausziehen von Kleidungsstücken/Schuhen) die Auswahl der Kleidungsstücke entsprechend Jahreszeit und Witterung, die Entnahme der Kleidung aus ihrem normalen Aufbewahrungsort (z. B. Kommode oder Schrank) sowie die Überprüfung der Kleidung. Hierunter fällt auch das Anlegen von Prothesen oder Hilfsmitteln.

### **Gehen, Stehen und Treppensteigen**

Das Gehen, Stehen und Treppensteigen ist nur dann maßgebend, wenn es im Zusammenhang mit den genannten Verrichtungen der Körperpflege und der Ernährung erforderlich wird.

Unter Gehen ist hier das Bewegen innerhalb der Wohnung (z. B. zum Waschen/Duschen/Baden oder zur Toilettennutzung) zu verstehen. Bei Rollstuhlfahrern fällt hierunter der Hilfebedarf,

der durch die Benutzung eines Rollstuhls erforderlich wird. Zum Stehen gehört nicht nur, diese Körperhaltung zu erreichen (Aufstehen), sondern diese auch über einen längeren Zeitraum zu bewahren. Das Treppensteigen beinhaltet das notwendige Überwinden von Stufen innerhalb der Wohnung. Das Gehen und Treppensteigen im Zusammenhang mit der hauswirtschaftlichen Versorgung ist als Hilfebedarf bei der Hauswirtschaft zu berücksichtigen.

### **Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung**

Das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung ist maßgebend, wenn es im Zusammenhang mit Verrichtungen erforderlich wird, die für die Aufrechterhaltung der Lebensführung zu Hause unumgänglich sind und das persönliche Erscheinen des Pflegebedürftigen notwendig machen.

Hierzu zählen das Aufsuchen von Ärzten, Apotheken und Behörden und die Inanspruchnahme ärztlich veranlasster Therapien. Die Aufenthaltszeiten (z. B. Wartezeiten beim Arzt) bleiben unberücksichtigt. Das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung im Zusammenhang mit Freizeitaktivitäten (z. B. Spaziergänge, Besuche von kulturellen Veranstaltungen) sowie das Aufsuchen von Kindergärten, Schulen, Arbeitsplätzen oder Behindertenwerkstätten bleiben ebenfalls unberücksichtigt.

## **Hauswirtschaftliche Versorgung**

Verrichtungen der hauswirtschaftlichen Versorgung finden nur insoweit Berücksichtigung, wie sie sich auf die Versorgung des Pflegebedürftigen selbst beziehen. Die Versorgung möglicher weiterer Familienangehöriger bleibt unberücksichtigt.

### **Einkaufen**

Das Einkaufen beinhaltet auch das Planen und Informieren bei der Beschaffung von Lebens-, Reinigungs- und Körperpflegemitteln, den Überblick, welche Lebensmittel wo eingekauft werden müssen unter Berücksichtigung der Jahreszeit und Menge, die Kenntnis des Wertes des Geldes (preisbewusst) und die Kenntnis der Genieß- und Haltbarkeit von Lebensmitteln sowie deren richtige Lagerung.

### **Kochen**

Zum Kochen gehört das Vor- und Zubereiten der Bestandteile der Mahlzeiten sowie das Aufstellen eines Speiseplans für die richtige Ernährung unter Berücksichtigung des Alters und der Lebensumstände. Hierzu zählen auch die Bedienung der technischen Geräte sowie die Einschätzung der Mengenverhältnisse und Garzeiten unter Beachtung der Hygieneregeln.

### **Reinigen der Wohnung**

Hierzu gehören das Reinigen von Fußböden, Möbeln, Fenstern und Haushaltsgeräten im allgemein üblichen Lebensbereich des Pflegebedürftigen sowie die Kenntnis von Reinigungsmitteln und -geräten ebenso wie das Bettenmachen.

### **Spülen**

Je nach Gegebenheiten des Haushalts fällt hierunter das Hand- bzw. maschinelle Spülen.

### **Wechseln und Waschen der Wäsche/Kleidung**

Hierzu gehören das Einteilen und Sortieren der Textilien, das Waschen, Aufhängen, Bügeln, Ausbessern und Einsortieren der Kleidung in den Schrank sowie das Bettenbeziehen.

### **Beheizen**

Das Beheizen umfasst auch die Beschaffung und Entsorgung von Heizmaterial.

# Literatur

Wilhelm und Bernhard Schmidbauer:

## **Soziale Pflegeversicherung SGB XI**

2005, Leitfadenverlag Sudholt. Das Recht der sozialen Pflegeversicherung mit allen seit der Einführung dieses Versicherungszweigs erfolgten Änderungen und Ergänzungen  
ISBN 978-3-543-77050-0

Thomas Klie: **Pflegeversicherung**

7., Neubearb., erw. Ausg. 2005, Vincentz.

Einführung, Lexikon, Gesetzestext SGB XI mit Begründung und Rundschreiben der Pflegekassen, Nebengesetze, Materialien,  
ISBN 978-3-87870-125-5

Randolf Sengler und Julia Zinsmeister:

## **Mein Recht bei Pflegebedürftigkeit.**

### **Praxisleitfaden zur Pflegeversicherung**

3. Aufl. 2006, DTV-Beck Juristischer Verlag,  
ISBN 978-3-406-52284-0

## **Broschüren „Pflegeversicherung“ und „Pflegen Zuhause“**

Hrsg. vom Bundesministerium für Gesundheit

Download unter [www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de) > Publikationen > Pflege

## **Begutachtungsrichtlinien zur Pflegeeinstufung**

Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V.

45116 Essen, Telefon 0201 83270

(DIN A5-Kuvert mit 1,45 € frankiert und adressiert beilegen)

## **Ratgeber „Das Pflegegutachten“**

Bundesverband Verbraucherzentrale e. V.

Markgrafenstraße 66, 10969 Berlin, Telefon 030 25800-0

## **Leitfaden „Auf der Suche nach einem Heim“**

Hrsg. vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Derzeit vergriffen. Download unter [www.bmfsfj.bund.de](http://www.bmfsfj.bund.de) >

Unsere Politikbereiche Ältere Menschen > Hilfe und Pflege, unten Informationen und Publikationen zum Thema „Heim“.

## Adressen

### **betafon – Expertenrat für Sozialfragen im Gesundheitswesen**

Telefon 01805 2382366 (14 Ct./Min.)

### **für Fachkräfte im Gesundheitswesen:**

Mo–Do 9–18 Uhr und Fr 9–16 Uhr

### **für Patienten und Angehörige:**

Mo–Do 16–18 Uhr

### **[www.betanet.de](http://www.betanet.de)**

Suchmaschine für Sozialfragen im Gesundheitswesen

### **Bürgertelefon zur Pflegeversicherung**

Bundesministerium für Gesundheit

Telefon 01805 996603

### **Verband der privaten Krankenversicherung e.V.**

#### **Infomaterial zur privaten Pflegeversicherung**

Bayenthalgürtel 26, 50968 Köln

Telefon 0221 9987-0

E-Mail: [info@pkv.de](mailto:info@pkv.de)

[www.pkv.de](http://www.pkv.de)

### **Bundesverband Medizintechnologie e.V.**

#### **Informationen zu Pflegehilfsmitteln**

Reinhardtstr. 29 b, 10117 Berlin

Telefon 030 246255-0

E-Mail: [info@bvmed.de](mailto:info@bvmed.de)

[www.bvmed.de](http://www.bvmed.de)

### **Zentrale Auslands- und Fachvermittlung (ZAV) der Bundesagentur für Arbeit**

Informationen zur Beschäftigung von ausländischen

Haushaltshilfen und Pflegekräften

Villemombler Straße 76, 53123 Bonn

Telefon 0228 713-0

E-Mail: [ZAV@arbeitsagentur.de](mailto:ZAV@arbeitsagentur.de)

### **Handeln statt Misshandeln (HsM)**

#### **Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter e.V.**

Goetheallee 51, 53225 Bonn

Notruftelefon 0228 696868: Mo 10–17 Uhr, Di–Fr 10–12 Uhr

Infotelefon 0228 636322: Mo–Fr 10–12 Uhr

E-Mail: [info@hsm-bonn.de](mailto:info@hsm-bonn.de)

[www.hsm-bonn.de](http://www.hsm-bonn.de)

**Pflegeselbsthilfeverband e. V.**  
**Initiative für menschenwürdige Pflege**  
Am Ginsterhahn 16, 53562 St. Katharinen  
Telefon 02644 3686  
E-Mail: [info@pflege-shv.de](mailto:info@pflege-shv.de)  
[www.pflege-shv.de](http://www.pflege-shv.de)

**Bundesinteressenvertretung und Selbsthilfeverband  
der Nutzerinnen und Nutzer von Wohn- und  
Betreuungsangeboten im Alter und bei Behinderung  
(BIVA) e. V.**

Vorgebirgsstr. 1, 53913 Swisttal  
Telefon 02254 7045  
E-Mail: [info@biva.de](mailto:info@biva.de)  
[www.biva.de](http://www.biva.de)

**INTENSIVkinder zuhause e. V.**  
Sunnisheim-Ring 69, 74889 Sinsheim  
Telefon 07261 977856  
E-Mail: [info@intensivkinder.de](mailto:info@intensivkinder.de)  
[www.intensivkinder.de](http://www.intensivkinder.de)

**Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V.**  
**Selbsthilfe Demenz**  
Friedrichstr. 236, 10969 Berlin  
Telefon 030 2593795-0  
**Alzheimer-Telefon 01803 171017**  
(Beratung für pflegende Angehörige)  
E-Mail [info@deutsche-alzheimer.de](mailto:info@deutsche-alzheimer.de)  
[www.deutsche-alzheimer.de](http://www.deutsche-alzheimer.de)

**Senioren- und Pflegeberatungsstellen**  
In vielen Kommunen gibt es Senioren- und Pflege-  
beratungsstellen. Die Adressen sind bei den  
Gemeinden/Städten zu erfragen.

## **Impressum**

### **Herausgeber**

betapharm Arzneimittel GmbH  
Kobelweg 95, 86156 Augsburg  
Telefon 0821 748810, Telefax 0821 74881420

### **Redaktion**

beta Institut gemeinnützige GmbH  
Institut für angewandtes Gesundheitsmanagement,  
Entwicklung und Forschung in der Sozialmedizin  
Kobelweg 95, 86156 Augsburg

### **Text**

Sabine Bayer  
Manfred Hägele  
Sandra Kolb  
Andrea Nagl  
Sabine Peter  
Barbara Angerstein

### **Korrektorat**

Gabriele Mader

### **Grafik und Layout**

Manuela Mahl

6. überarbeitete und aktualisierte Auflage Juni 2008

Autoren und Herausgeber übernehmen keine Haftung für  
die Angaben in dieser Broschüre.

betaListe



[www.betanet.de](http://www.betanet.de)



Ratgeber



E-Learning-CD

# betaCare

Wissenssystem für Krankheit & Soziales

Was steht mir zu? Wer hilft mir weiter?  
Wie muss ich vorgehen?

Das betaCare-Wissenssystem unterstützt Sie bei der sozialen Beratung Ihrer Patienten: Mit betaListe, betafon, betanet und vielen weiteren Medien. betaCare bietet Ihnen hilfreiche Informationen zu Themen wie Pflege, Zuzahlung, Patientenvorsorge oder Selbsthilfegruppen.

Der fachliche Inhalt wird vom gemeinnützigen beta Institut für angewandtes Gesundheitsmanagement erarbeitet. Dies ist unser Beitrag für eine verbesserte Patientenversorgung.

Weitere Informationen finden Sie unter [www.betaCare.de](http://www.betaCare.de)

Ihr telefonischer Expertenrat



betafon  
01805 2382360  
(14 Ct./Min.)

# betaCare

Wissenssystem für Krankheit & Soziales