

Nr. 1

Regelungen der Pflegeversicherung

Antragstellung - Begutachtung - Widerspruch - Leistungen

Stand: Januar 2024
Verfasser: Günther Schwarz

1. Wie wird der Antrag auf Leistungen gestellt?	3
2. Ab wann können Pflegeversicherungsleistungen beansprucht werden?	3
4. Vorbereitung auf die Begutachtung	5
5. Tipps für das Gespräch mit dem Gutachter:	6
6. Einschätzungsbogen zur Vorbereitung auf die Begutachtung	7
7. Alternative zur Vorbereitung: Pflegetagebuch	17
8. Einlegen eines Widerspruchs	17
9. Höherstufungsantrag und Neuantrag	18
10. Anhörungsschreiben vor Ablehnung eines Widerspruchs	18
11. Erheben einer Klage beim Sozialgericht.....	19
12. Zusätzliche Empfehlungen im Gutachten.....	19
13. Leistungen der Pflegeversicherung im häuslichen Bereich.....	21
14. Entlastungsbetrag (§ 45b)	26
15. Freistellung von der Arbeit (Pflegezeitgesetz und Familienpflegezeitgesetz). 27	
16. Anspruch auf Pflegeberatung und Pflegestützpunkte	28
17. Anspruch auf Leistungs- und Abrechnungsübersichten (letzte 18 Monate) und Einsichtsrecht in Pflege-Dokumentationen	29
18. Leistungen für digitale Pflegeanwendungen (DiPA, § 40a)	29
19. Leistungen bei dauerhaftem Wohnen im Pflegeheim (§ 43)	29
20. Weiterführende Broschüren, Richtlinien und Bürgertelefon	31
21. Pflegeversicherungsleistungen im Überblick	32

Weitere Ratgeber gibt es zu folgenden Themen:

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

Nr. 1 Regelungen der Pflegeversicherung (Antrag, Begutachtung, Widerspruch, Leistung) / 4,- €

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

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

(plus Versand 4 €)



Evangelische Gesellschaft Stuttgart e. V., Fachberatung Demenz

Büchsenstr. 34/36, 70174 Stuttgart E-Mail: guenther.schwarz@eva-stuttgart.de

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

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



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

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

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

Der Bescheid über die Leistungen muss spätestens 25 Arbeitstage (in der Regel fünf Wochen) nach der Antragstellung zugestellt werden. (Andernfalls muss die Kasse dem Pflegebedürftigen 70 € pro Woche Verspätungsgebühr ausbezahlen, wenn sie oder die Gutachter für die Verspätung verantwortlich ist).

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

Leistungen aus der Pflegeversicherung können nicht erst dann beansprucht werden, wenn Hilfe bei der Körperpflege benötigt wird. Nach dem seit 2017 geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriff können Menschen bereits Leistungen erhalten, wenn sie regelmäßig Unterstützung im täglichen Leben brauchen, auch schon bei leichten geistigen Beeinträchtigungen wie sie aufgrund einer Demenzerkrankung auftreten. In einen Pflegegrad der Stufe 1-5 wird kann man eingestuft werden, wenn man in einem der folgenden Lebensbereiche aus gesundheitlichen Gründen oder wegen einer Behinderung in seiner Selbständigkeit beeinträchtigt ist. Der Hilfebedarf muss dauerhaft (mindestens über 6 Monate) und in der Regel mindestens einmal pro Woche vorhanden sein. Die Hilfe kann auch in Form einer notwendiger Anleitung oder Beaufsichtigung erforderlich sein.

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

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

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

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

3. Anerkennung eines Pflegegrades

Leistungen aus der Pflegeversicherung stehen zur Verfügung, wenn eine Einstufung mindestens in Pflegegrad 1 erfolgt. Insgesamt gibt es fünf Pflegegrade. Bei Pflegegrad 5 ist die Selbständigkeit am stärksten eingeschränkt. Es stehen daher dann auch die umfangreichsten Leistungen zur Verfügung.

Vor 2017 wurde die Pflegeeinstufung aufgrund der notwendigen zeitlichen Inanspruchnahme (Zeitbedarf) für die Unterstützung ermittelt. Beim jetzigen Einschätzungsverfahren geht es nur noch um den Selbständigkeitsgrad einer Person. Es ist nicht mehr relevant wie viel Zeit die Hilfe in Anspruch nimmt. Ermittelt wird, wie umfangreich jemand in den sechs Lebensbereichen auf der vorigen Seite auf Hilfe angewiesen ist. Das wird anhand einer vorgegebenen Liste von Aktivitäten oder Fähigkeiten aus diesen Lebensbereichen ermittelt. Eingeschätzt wird, ob jemand die spezifische Aktivität noch ganz selbständig durchführen kann, ein wenig oder viel Hilfe dabei benötigt oder dabei vollständig auf Unterstützung angewiesen ist. Die Liste enthält 65 Einzelaktivitäten (oder Fähigkeiten), die bei der Begutachtung beurteilt werden müssen. Obwohl Gutachter bei dieser Einschätzung in der Regel zu einer hohen Übereinstimmung und zu verlässlichen Ergebnissen kommen, kann es auch zu Fehleinschätzungen kommen. Gerade bei demenzkranken Menschen können die noch vorhandenen Fähigkeiten leicht überschätzt werden oder der Hilfebedarf wird in einzelnen Bereichen übersehen. Dieser Ratgeber hilft solche Fehleinschätzungen zu erkennen. Hierdurch kann ein gut begründeter Widerspruch gegen die Einschätzung im Gutachten eingelegt werden. Dies führt in der Regel zu einer Korrektur der Einschätzung und gegebenenfalls zu einem höheren Pflegegrad. Damit stehen dann mehr Pflegeleistungen zur Verfügung. Der Ratgeber ermöglicht auch, sich gut auf die Begutachtung vorzubereiten.

Die Liste der Einschätzungen ist mit 65 Einzeleinschätzungen (auch „Kriterien“ genannt) umfangreich. Die Einschätzungen stammen aus den sechs Lebensbereichen (6-16 Einschätzungen je Lebensbereich). Die Gutachter müssen alle 65 Einzeleinschätzungen bei jeder Begutachtung individuell vornehmen. So muss z.B. aus dem Lebensbereich „Mobilität“ für die Fähigkeit „Treppensteigen“ eine Einschätzung vorgenommen werden. Meist geschieht die Einschätzung in vier Abstufungen. Diese sind: „selbständig“, „überwiegend selbständig“, „überwiegend unselbständig“ oder „unselbständig“. Bei den „geistigen und kommunikativen Fähigkeiten“ gibt es beispielsweise eine Einschätzung zur „Örtlichen Orientierungsfähigkeit“. Die Einschätzung ist dabei abgestuft in „Fähigkeit vorhanden“, „größtenteils vorhanden“, „in geringem Maß vorhanden“ oder „Fähigkeit nicht vorhanden“. Bei manchen Fragen geht es auch darum, wie oft am Tag oder in der Woche eine Hilfestellung bei einer bestimmten Aktivität benötigt wird.

Aus den 65 Einzeleinschätzungen wird dann am Ende der Selbständigkeitsgrad insgesamt berechnet. Hierzu werden die Einschätzungen in mehreren teils komplizierten Berechnungsschritten ein Gesamtpunktwert umgerechnet. Dieser liegt dann zwischen 0 Punkten und 100 Punkten. Je höher die Punktzahl ist, umso geringer ist der Grad der Selbständigkeit bzw. umso größer ist der Hilfebedarf und der Grad der Pflegebedürftigkeit.

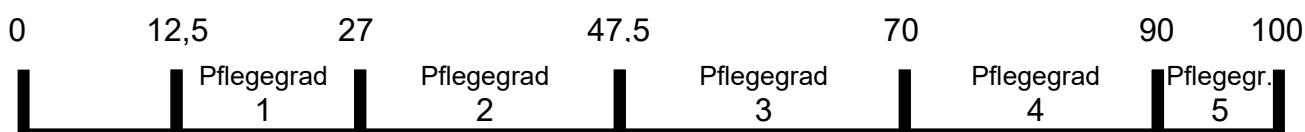
Genauere Erklärung der Berechnungsschritte für Interessierte: Aus den jeweils 6-16 Einschätzungen zu jedem der sechs Lebensbereiche wird zunächst für jeden Lebensbereiche ein Punktwert zwischen 0-4 Punkte ermittelt. 0 Punkte bedeutet, dass jemand in dem betreffenden Lebensbereich vollkommen selbständig ist, also keine Beeinträchtigung und keinen Hilfebedarf hat. 4 Punkte entspricht andererseits der höchsten Beeinträchtigung der Selbständigkeit in diesem Lebensbereich. Aus der Begutachtung ergibt sich somit am Ende zunächst für jeden der sechs Lebensbereiche eine Einschätzung des Selbständigkeitsgrades zwischen 0 und 4 Punkten.

Da der Selbständigkeitsgrad in jedem der sechs Lebensbereiche unterschiedlich stark (mit unterschiedlicher Gewichtung) in die Gesamteinschätzung eingeht, muss hierzu ein weiterer Berechnungsschritt erfolgen. Hierzu wird die jeweilige Punktzahl (0-4) mit einem Gewichtungsfaktor multipliziert. Der Gewichtungsfaktor entspricht einem Viertel der

prozentualen Gewichtung des Lebensbereichs (siehe Seite 3). Dementsprechend beträgt er im Lebensbereich 1 (Mobilität) bei der Gewichtung von 10 % dann 10 geteilt durch 4 = 2,5. Im Lebensbereich 4 (Selbstversorgung) beträgt er bei der Gewichtung von 40 % dementsprechend 40 geteilt durch 4 = 10. Die gewichtete Punktzahl zu jedem Lebensbereich wird am Ende nur noch zusammengezählt und ergibt dann einen Wert zwischen 0 und 100 Punkte. Eine Besonderheit gibt es dabei noch. Bei den Lebensbereichen 2 (geistige und kommunikative Fähigkeiten) und 3 (Verhaltensweisen und psychische Problemlagen) fließt nur die jeweils größere Punktzahl (stärkere Beeinträchtigung) in die Berechnung und Gesamtbewertung ein.

	Beispielberechnung	Punkt- wert	Gewich- tung	Gewicht.- Faktor	Punkte
1	Mobilität	1	10 %	2,5	2,5
2	Geistige und kommunikative Fähigkeiten	3	15 %	3,75	11,25
3	Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	1	15 %	3,75	--
4	Selbstversorgung (Körperpflege)	2	40 %	10	20
5	Medizinische und therapeutische Selbstversorgung	2	20 %	5	10
6	Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	3	15 %	3,75	11,25
Gesamtwert:					55

Aufgrund des errechneten **Gesamtwertes** kann dann der **Pflegegrad** bestimmt werden. Dieser ergibt sich innerhalb folgender Grenzen:



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

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

4. Vorbereitung auf die Begutachtung

Nach der Antragstellung **muss der Termin für die Begutachtung rechtzeitig schriftlich angekündigt** werden. Dabei sollte ein **Zeitfenster von maximal zwei Stunden** mitgeteilt werden, (z. B. „der Gutachter kommt zwischen 8-10 Uhr“). Ebenso müssen die ungefähre Dauer der Begutachtung (etwa eine Stunde) und der Name und die berufliche Qualifikation des Gutachters mitgeteilt werden. In der Regel haben Gutachter eine medizinische oder pflegerische Ausbildung.

Wenn der angekündigte Termin ungelegen ist, können Sie einen anderen Termin vereinbaren oder um einen **Alternativtermin** bitten ¹. Bereits bei der Antragstellung können Sie angeben, mit wem der Termin abgestimmt werden soll. Dies kann z. B. ein Angehöriger, eine Beratungsstelle oder ein Pflegedienst sein. Wenn Sie Bevollmächtigter oder gesetzlicher Betreuer Ihres demenzkranken Angehörigen sind, muss der Termin in jedem Fall mit Ihnen abgestimmt werden. (Sie können sich über Vollmachten und gesetzliche Betreuungen im Ratgeber Nr. 2 informieren).

¹ Wird um eine Verschiebung des Termins gebeten, ist die Pflegekasse nicht mehr an die gesetzliche Vorgabe gebunden innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Antragstellung einen Bescheid zur Einstufung zu erstellen (§ 18c SGB XI). Die Frist verlängert sich dann um mindestens 17 Tage plus den Zeitraum bis zum nächstmöglichen (Wunsch-)Termin.

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

Der Gutachter muss sich über die Demenzerkrankung ihres Angehörigen, deren bisherigen Verlauf und die unterschiedlichen Auswirkungen der Erkrankung im Alltag informieren. Auch über andere Erkrankungen und Behinderungen muss er sich ein Bild machen. Das aktuelle Stadium der Demenzerkrankung gibt einem erfahrenen Gutachter bereits viele Hinweise auf die Einschränkungen der Selbständigkeit und den Hilfebedarf in den sechs Lebensbereichen (siehe Kapitel 2). Er wird aufgrund dessen nur einen Teil der 65 Einzeleinschätzungen direkt ansprechen und den Selbständigkeitsgrad dazu erfragen.

Zu Beginn der Begutachtung wird auch danach gefragt, **welche Personen an der Pflege und Betreuung beteiligt sind**. Bei Angehörigen und anderen ehrenamtlich tätigen Personen wird nach den Namen und falls bekannt nach der Anschrift gefragt. Bei diesen Personen wird auch erfragt wieviel Stunden pro Woche sie etwa tätig sind und an wieviel Tagen pro Woche. Dies hat damit zu tun, dass **die Pflegekasse für Angehörige und ehrenamtlich tätige Personen Rentenversicherungsbeiträge einzahlt**, wenn sie mindestens 10 Stunden pro Woche und an mindestens zwei Tagen in der Woche tätig sind (siehe Kap. 13 und Übersicht in Kap. 21). Die unmittelbare Betreuung im Alltag mit kleinen Hilfeleistungen und Anleitung wird bereits zeitlich als „Pflege“ berücksichtigt.

5. Tipps für das Gespräch mit dem Gutachter:

- Bemühen Sie sich, dem Gutachter in der begrenzten Zeit für die Begutachtung (etwa 40 bis 60 Minuten) die Informationen zu vermitteln, die für die Pflegeeinstufung wichtig sind (Hilfebedarf Ihres Angehörigen im Alltag in den sechs Lebensbereichen aus Kapitel 2).
- Denken Sie daran, dass Ihr Angehöriger auch einen Hilfebedarf hat, wenn Sie ihn bei einer Aktivität anleiten oder beaufsichtigen müssen. Auch wenn Sie z. B. die Kleidung morgens herrichten müssen, da ihr Angehöriger sie nicht alleine aus dem Schrank nehmen kann, ist dies ein Hilfebedarf. Und auch, wenn Sie ihren Angehörigen zu Aktivitäten ermuntern und motivieren müssen, ist dies eine notwendige Unterstützung. Angehörigen ist oft zu wenig bewusst wie umfangreich sie helfen müssen, da sie es gewohnt sind und selbstverständlich tun.
- Füllen Sie daher, wenn möglich den Einschätzungsbogen im folgenden Kapitel aus oder erstellen Sie ein Pfl egetagebuch (siehe übernächstes Kapitel). Manche Hilfeleistungen, die nötig sind, werden Ihnen erst klar, wenn Sie sich die unterschiedlichen Aktivitäten im Alltag richtig bewusst machen. Der Einschätzungsbogen oder ein Pfl egetagebuch helfen Ihnen dabei. Wenn Sie unsicher sind ob ihr Angehöriger bestimmte Hilfen, die sie ihm geben, wirklich benötigt, probieren Sie es im Alltag aus. Benötigt Ihr Angehöriger zwar nicht jedes Mal Ihre Unterstützung, aber doch immer wieder, ist er teilweise auf Ihre Hilfe angewiesen.
- Beantworten Sie Fragen des Gutachters möglichst klar. Vermeiden Sie zu ausführliche Erklärungen und Schilderungen.
- Verharmlosen oder beschönigen Sie nichts, sondern schildern Sie den Unterstützungsbedarf und auftretende Probleme wahrheitsgemäß. Richten Sie den Kranken zu dem Termin nicht fein her. Der Gutachter sollte Sie und den Kranken in einer normalen Alltagssituation vorfinden.
- Bitten Sie gegebenenfalls schon vorab um ein zusätzliches gesondertes Gespräch mit dem Gutachter, wenn Sie im Beisein des Kranken nicht über alles sprechen möchten. Der Gutachter soll auf diese Bitte laut Begutachtungsrichtlinien und Gesetz eingehen (§ 18a Absatz 9 SGB XI). Die Zustimmung des Versicherten zur Anwesenheit eines Angehörigen oder während der

Begutachtung oder für ein gesondertes Gespräch ist nur erforderlich, wenn kein Bevollmächtigter oder gesetzlicher Betreuer dem zustimmen kann.

Es ist verständlich, dass Sie ihren Angehörigen nicht durch die offene Schilderung seiner Einschränkungen und Krankheitssymptome bloßstellen oder verärgern wollen. Es kann sehr kränkend für den demenzkranken Angehörigen sein, der sich kompetenter einschätzt und kein schlechtes Bild von sich vermitteln möchte. Zudem kann das Vertrauen zwischen Ihnen und ihrem Angehörigen ernsthaft gestört werden. Manche demenzkranke Menschen reagieren zudem mit tiefer Resignation, wenn ihre Beeinträchtigungen offengelegt und anderen mitgeteilt werden. Der Gutachter muss dafür Verständnis haben und einen würdevollen Umgang ermöglichen. Falls ein getrenntes Gespräch nicht ermöglicht wird und die Einstufung zu niedrig ausfällt, sprechen Sie im Widerspruch auf jeden Fall an, dass es Ihnen während der Begutachtung nicht möglich war, Ihre realistischen Einschätzungen der Beeinträchtigungen darzustellen.

Ihre Bitte um ein gesondertes Gespräch können Sie vorab telefonisch dem MDK mitteilen oder auch z.B. beim Hereinlassen des Gutachters an der Haustüre. Vielleicht kann eine zweite Person ihrem Angehörigen Gesellschaft leisten, während Sie in einem anderen Raum mit dem Gutachter sprechen. Sie können auch ein nachträgliches Telefonat vereinbaren oder Sie stellen Ihre Sichtweise schriftlich dar. Angaben, die Sie als betreuender und unterstützender Angehöriger machen, müssen berücksichtigt werden. Zudem müssen die Gutachter abweichende Darstellungen der Pflegeperson (des Angehörigen) im Gutachten dokumentieren (Richtlinien 4.5).

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

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

6. Einschätzungsbogen zur Vorbereitung auf die Begutachtung

In der folgenden Tabelle sind alle 65 Einzeleinschätzungen des Selbständigkeitsgrads aufgelistet. Damit können Sie sich auf den Besuch des Gutachters besonders gut vorbereiten. Überlegen Sie sich, bei welchen der beschriebenen Aktivitäten Ihr Angehöriger auf Hilfe in Form von Anleitung, Beaufsichtigung oder praktischer Unterstützung angewiesen ist. Wenn es Ihnen zu aufwendig ist, lassen Sie die Begutachtung ohne diese Vorbereitung auf sich zukommen. Die Gutachter müssen von sich aus Fragen stellen, die für die Pflegeeinstufung wichtig sind.

Mit dem Einschätzungsbogen nehmen Sie eine fast identische Einschätzung vor wie der Gutachter. Sie können ihm eine Kopie ihrer Einschätzungen aushändigen. Er ist verpflichtet, solche Aufzeichnungen mit einzubeziehen. Einen noch etwas ausführlicheren Einschätzungsbogen und in größerer Schrift finden

Sie im Downloadbereich der Fachberatung Demenz („Einschätzungsbogen Pflegeeinstufung“; www.alzheimerberatung-stuttgart.de).

Mit dem Bogen können Sie Ihre Einschätzungen mit denen des Gutachters vergleichen. Das Gutachten wird mit dem Einstufungsbescheid zugesandt (die Kasse ist dazu verpflichtet). Falls Sie feststellen, dass der Gutachter bei einem Teil der Einschätzungen den Hilfebedarf deutlich geringer eingeschätzt hat als Sie, sollten Sie Widerspruch gegen die Einstufung einlegen. Dem Widerspruch legen Sie als Begründung Ihren Einschätzungsbogen bei. (Lesen Sie zum Widerspruch Kapitel 8).

Sie können mit Hilfe des Bogens auch den Pflegegrad bestimmen. Hierzu geben Sie Ihre Einschätzungen in einen sogenannten Pflegegrad-Rechner ein. Dort wird automatisch nach den offiziellen Berechnungsregeln der Pflegegrad ermittelt. Einen sehr praktischen Pflegegrad-Rechner stellt der VdK zur Verfügung. In einer pdf-Datei können Sie alle Einstufungen vornehmen. Das Ergebnis mitsamt Ihren Einstufungen können Sie sowohl auf dem PC speichern als auch ausdrucken. Das ist eine ideale Möglichkeit um einen Widerspruch zu begründen. Sie senden einfach den Ausdruck als Begründung an die Pflegekasse mit einem kurzen Anschreiben. Den Link zum Rechner finden Sie bei www.alzheimerberatung-stuttgart.de (Downloadbereich Pflegeversicherung). Die Berechnung des Pflegegrads von Hand ist zwar grundsätzlich auch möglich, aber wegen der teils komplizierten Berechnungsschritte sehr kompliziert.

Hinweis: Der folgende Einschätzungsbogen orientiert sich an den Begutachtungs-Richtlinien zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit vom 29.9.2023 (Download/Bezugsquelle siehe Kapitel 18).

Hinweise zum Ankreuzen

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

- **Selbständig (ohne Hilfe möglich):** kann die Aktivität in der Regel selbständig ohne fremde Hilfe durchführen. Gegebenenfalls ist die Nutzung von Hilfsmitteln erforderlich oder die Durchführung ist erschwert oder verlangsamt. (Z. B. Gehen ist zwar mühsam, aber mit Unterarmgehstütze oder Rollator möglich)
- **überwiegend selbständig (etwas Hilfe nötig):** kann die Aktivität größtenteils selbständig durchführen. Punktuelle Hilfe durch eine andere Person ist erforderlich (Zurechtlegen, Aufforderungen, Entscheidungshilfe, Teilweise Beaufsichtigung, Anwesenheit aus Sicherheitsgründen wie Sturzgefahr).
- **überwiegend unselbständig (viel Hilfe nötig):** kann die Aktivität nur zum geringen Teil selbständig durchführen. Aufwendige Motivation, umfassende Anleitung oder ständige Beaufsichtigung sind während der Aktivität erforderlich. Oder ein erheblicher Teil der Handlung muss übernommen werden. Bei der Beaufsichtigung ist eine ständige und unmittelbare Eingreifbereitschaft erforderlich (z. B. treten zwischendurch Probleme auf, die Aktivität wird zwischendurch immer wieder abgebrochen/vergessen, beim Ankleiden werden Kleidungsstücke verwechseln oder bei der Körperpflege wichtige Teilschritte vergessen).
- **Unselbständig (kann (fast) nicht mithelfen):** kann die Aktivität in der Regel nicht selbständig durchführen bzw. steuern. Es ist höchstens eine minimale Beteiligung an der Aktivität möglich.

„Selbständig (ohne Hilfe möglich)“ ist in folgenden Fällen anzukreuzen:

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

1. Mobilität

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

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

	ohne Hilfe möglich (völlig selbständig)	etwas Hilfe nötig (bei <u>unter</u> 50 % der Aktivität)	viel Hilfe nötig (bei <u>über</u> 50 % der Aktivität)	Kann (fast) nicht mithelfen (völlig unselbständig)
1.1 Positionswechsel im Bett Sich im Bett drehen und aufrichten	Ganz allein (ggf. mit Aufrichthilfe, andere Hilfsmittel)	Braucht kleine punktuelle Hilfen (Hand reichen oder z. B. Bettgalgen)	Kann wenig mithelfen (viel Hilfe nötig)	Kann (fast) nicht mithelfen
1.2 Halten einer stabilen Sitzposition Sich auf Bett, Stuhl oder Sessel aufrecht halten	Ganz allein möglich	Für kurze Zeit möglich (z. B. während des Essens)	Trotz Rücken- und Seitenstütze immer wieder Hilfe nötig	Keine Bewegungskontrolle von Rumpf und Kopf. (Lagerung nur in Liegesessel / Bett möglich)
1.3 Umsetzen: Von einer üblich hohen Sitzgelegenheit (ca. 45 cm hoch) aufstehen und sich auf eine andere umsetzen	Ganz allein möglich	Mit leichter Hilfe aus eigener Kraft möglich	(erheblicher) Kraftaufwand der Pflegeperson nötig (wenig Mithilfe möglich)	Muss gehoben oder getragen werden (keine Mithilfe)
1.4 Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs: sich mindestens 8 Meter ebenerdig fortbewegen	Ganz allein (ggf. mit Rollator, Rollstuhl, ...)	Nur Hilfe (Rollator, Rollstuhl) bringen. Oder: Beobachtung oder Unterhaken notwendig (Sicherheit)	Nur wenige Schritte möglich; Stützen, Festhalten nötig; nur Robben oder Krabbeln möglich.	Muss getragen oder vollständig im Rollstuhl geschoben werden.
1.5 Treppensteigen Überwinden von Treppen zwischen zwei Etagen in aufrechter Position	In aufrechter Position alleine	Begleitung wegen Sturzrisiko nötig	Stützen oder festhalten nötig	Muss getragen werden (oder Treppenlift)
1.6 Besondere Bedarfskonstellation: Gebrauchs-unfähigkeit beider Arme und beider Beine	Vollständiger Verlust der Greif-, Steh- und Gehfunktionen die nicht durch Hilfsmittel kompensiert werden kann: Bei dieser besonderen Bedarfskonstellation wird unabhängig von allen anderen Einschätzungen Pflegegrad 5 zuerkannt!			

2. Kognitive (geistige) und kommunikative Fähigkeiten

hier geht es um geistige Fähigkeiten wie Erinnern, Denken, verstehen und beurteilen, auch erkennen (z.B. einen Gegenstand richtig erkennen). Die motorischen Fähigkeiten, eine Handlung umzusetzen, sind nicht relevant. Die Einschätzung wird nach „Fähigkeit vorhanden“ bis „nicht vorhanden“ vorgenommen.

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

	Fähigkeit vorhanden (unbeeinträchtigt)	größtenteils vorhanden (komplexe Anforderungen schwierig)	in geringem Maße vorhanden (bei geringen Anforderungen möglich)	Fähigkeit nicht vorhanden
2.1 Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld: Menschen wiedererkennen, zu denen regelmäßig direkter Kontakt besteht	Erkennt Personen aus näherem Umfeld (Name und Beziehungsverhältnis)	Immer wieder Probleme, bekannte Personen wiederzuerkennen, richtig zuzuordnen	Werden nur selten erkannt oder Fähigkeit schwankt stark	Werden nie oder selten erkannt
2.2 Örtliche Orientierung sich in Umgebung zurechtfinden, Aufenthaltsort kennen	Kennt Stadt und Stockwerk, verirrt sich nicht in Wohnung, findet sich in näherem Umfeld zurecht.	Findet sich in Wohnraum zurecht, jedoch nicht außerhalb der Wohnung	Findet sich auch in gewohnter Wohnumgebung nicht immer zurecht. Wohnräume werden teils nicht erkannt.	Regelmäßig Orientierungshilfe in eigener Wohnumgebung nötig
2.3 Zeitliche Orientierung Frage nach der Jahreszeit, dem Jahr, dem Wochentag, dem Monat oder dem Tagesabschnitte richtig beantworten	Keine Beeinträchtigung	Meist zeitlich orientiert	Meist nur in Ansätzen orientiert (z. B. auch mit Uhr meist nicht möglich die Tageszeit zu bestimmen)	Keine zeitliche Orientierung
2.4 Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen an kurz zurückliegende Ereignisse (vorige Stunden) und länger zurückliegende (Geburtsjahr und -ort, Heirat, Beruf, ...)	Auskunft über kurz Zurückliegendes möglich	Probleme bei kurz zurückliegenden Ereignissen, aber kaum bei Ereignissen aus Lebensgeschichte	Kurz Zurückliegendes wird häufig vergessen, Wichtiges aus Lebensgeschichte noch präsent	Kann sich nicht oder selten an Ereignisse aus Lebensgeschichte erinnern

	Fähigkeit vorhanden (unbeeinträchtigt)	größtenteils vorhanden (komplexe Anforderungen schwierig)	in geringem Maße vorhanden (bei geringen Anforderungen möglich)	Fähigkeit nicht vorhanden
2.5 Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen zielgerichtet gewohnte Alltagshandlungen mit Teilschritten steuern (z. B. komplettes Ankleiden, Kaffeekochen oder Tischdecken.)	Kann in richtiger Reihenfolge zielgerichtet steuern	Verliert manchmal den Handlungsfaden, braucht zwischendurch Impulse, Erinnerungen	Verwechselt regelmäßig Reihenfolge von Handlungsschritten oder vergisst notwendige Teilschritte	Keine Umsetzung möglich
2.6 Treffen von Entscheidungen im Alltag folgerichtig und geeignet Entscheidungen im Alltag treffen (z. B. bezüglich wettergemäßer Kleidung, Einkäufe, Freunde anrufen, Freizeitbeschäftigung nachgehen)	Kann folgerichtig auch in unbekanntem Situationen entscheiden (z. B. Unbekannter klingelt an Haustüre)	Entscheidungen bei Alltagsroutinen und gewohnten Aktivitäten möglich. Probleme in unbekanntem Situationen	Entscheidungen oft nicht angemessen (z. B. leichte Kleidung im Winter) oder nur mit Anleitung möglich.	Entscheidungen auch mit Unterstützung nicht mehr oder nur selten angemessen möglich
2.7 Verstehen von Sachverhalten und Informationen: Sachverhalte des Alltagslebens verstehen und Informationen richtig einordnen (z. B. Informationen zum Tagesgeschehen aus Fernsehen, Tageszeitung aufnehmen und verstehen)	Ohne nennenswerte Probleme möglich	Bei einfachen Sachverhalten möglich, bei komplizierten schwierig	Kann auch einfache Informationen nur durch wiederholte Erklärung verstehen. Oder: stark schwankendes Verstehen	Keine Anzeichen für das Verstehen von Informationen vorhanden
2.8 Erkennen von Risiken und Gefahren Gefahren wie Strom- und Feuerquellen, Barrieren und Hindernisse auf dem Fußboden, Glätte, verkehrsreiche Straßen	Kann ohne weiteres erkennen	Kann Gefahren meist nur in vertrauter (Wohn)-Umgebung erkennen, nicht z. B. im Straßenverkehr	Kann auch häufig begegneten Gefahren in Wohnumgebung nicht erkennen	Kann so gut wie nie erkennen
2.9 Mitteilen von elementaren Bedürfnissen sich bei stark belastenden Empfindungen in Bezug auf Grundbedürfnisse sprachlich oder nichtsprachlich mitteilen können (Hunger; Durst, bei Schmerzen oder Frieren)	Kann vorhandene Bedürfnisse von sich aus eindeutig äußern oder benennen (unzureichendes Durstgefühl wird bei 4.9 „Trinken“ bewertet)	Kann auf Nachfrage Bedürfnisse äußern und sind dann klar zuordnen. Oder: äußert sie nur teilweise von sich aus.	Sind nur aus nichtsprachlichen Reaktionen ableitbar (Mimik, Gestik). Auf Nachfrage auch oft nicht möglich klare Reaktion zu zeigen.	Außert Bedürfnisse nicht oder nur sehr selten, auch nicht nichtsprachlich. Kann auf Nachfrage nicht zustimmen oder ablehnen.
2.10 Verstehen von Aufforderungen Aufforderungen bezüglich alltäglicher Grundbedürfnisse verstehen (z. B. Essen, Trinken, sich kleiden, sich beschäftigen)	Versteht Aufforderungen und Bitten ohne weiteres	Versteht einfache Aufforderungen wie „Setz dich bitte an den Tisch“, Zieh dir die Jacke über“.	Versteht Aufforderungen meist nicht (außer wenn wiederholt geäußert). Oder: Verstehen schwankt stark	Kann Aufforderungen und Anleitung kaum oder nicht verstehen
2.11 Beteiligen an einem Gespräch einem Gespräch folgen und sich sinngerecht einbringen	Kommt in Gesprächen, auch in Kleingruppen, gut zurecht. Beteiligt sich sinngerecht.	In Einzelgespräch keine Probleme, in Gruppen meist überfordert. Verliert den Faden, ggf. Wortfindungsstörung. Auf langsames deutliches Sprechen und Wiederholen angewiesen.	Kann auch im Einzelgespräch kaum folgen. Fragen mit wenigen Worten können mit Ja oder Nein beantwortet werden.	Nur einfache Mitteilungen möglich

3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

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

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

Hilfe (auch Anleitung, Beaufsichtigung) ist nötig:	nie	maximal 1x wöchentlich	mehrmals wöchentlich	täglich
3.1 Motorische Verhaltensauffälligkeiten (scheinbar) zielloses Umhergehen in der Wohnung oder der Einrichtung, ohne Begleitung desorientiert die Wohnung oder Einrichtung verlassen oder im Heim in fremde Zimmer gehen, allgemeine Rastlosigkeit (z. B. ständig Aufstehen und Hinsetzen oder Hin- und Herrutschen auf dem Sitzplatz oder im Bett)	nie	Max. 1x / Woche	mehrmals / Woche	täglich
3.2 Nächtliche Unruhe nächtliches Umherirren oder nächtliche Unruhephasen. Anzugeben ist, wie häufig Anlass für personelle Unterstützung zur Beruhigung und gegebenenfalls wieder ins Bett bringen und beruhigen. Schlafstörungen wie Einschlafschwierigkeiten am Abend oder Wachphasen während der Nacht sind nicht zu werten. Hilfe bei Toilettengängen oder Pflegemaßnahmen nachts sind bei 6.2 „Ruhe und Schlafen“ zu bewerten.	nie	Max. 1x / Woche	mehrmals / Woche	täglich
3.3 Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten z. B. sich durch Gegenstände verletzen, ungenießbare Substanzen essen oder trinken, sich selbst schlagen, sich mit Fingernägeln oder Zähnen verletzen	nie	Max. 1x / Woche	mehrmals / Woche	täglich
3.4 Beschädigen von Gegenständen aggressive, auf Gegenstände gerichtete Handlungen	nie	Max. 1x / Woche	mehrmals / Woche	täglich
3.5 Tötlich aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen z. B. nach Personen schlagen oder treten, andere mit Zähnen oder Fingernägeln verletzen, andere stoßen oder wegdrängen oder Verletzungsversuche mit Gegenständen	nie	Max. 1x / Woche	mehrmals / Woche	täglich
3.6 Verbale Aggression Beschimpfungen oder Bedrohungen	nie	Max. 1x / Woche	mehrmals / Woche	täglich
3.7 Andere auffällige Lautäußerungen (pflegerelevante vokale Auffälligkeiten) z. B. Lautes Rufen, Schreien, Klagen ohne nachvollziehbaren Grund, vor sich hin schimpfen, fluchen, seltsame Laute von sich geben, ständiges Wiederholen von Sätzen und Fragen	nie	Max. 1x / Woche	mehrmals / Woche	täglich
3.8 Abwehr unterstützender Maßnahmen z. B. bei der Körperpflege, die unwillkürliche Verweigerung der Nahrungsaufnahme, der Medikamenteneinnahme oder anderer notwendiger Verrichtungen sowie die unwillkürliche Manipulation an Vorrichtungen wie z. B. an Kathetern, Infusionen oder Sondenernährung	nie	Max. 1x / Woche	mehrmals / Woche	täglich

Hilfe (auch Anleitung, Beaufsichtigung) ist nötig:	nie	maximal 1x wöchentlich	mehrmals wöchentlich	täglich
3.9 Wahnvorstellungen (realitätsferne Vorstellungen) z. B. die Vorstellung, mit Verstorbenen oder imaginären Personen in Kontakt zu stehen oder die Vorstellung, verfolgt, bedroht oder bestohlen zu werden	nie	Max. 1x / Woche	mehrmals / Woche	täglich
3.10 Ängste starke wiederkehrende Ängste, die bedrohlich erlebt werden, ohne Möglichkeit der Bewältigung oder Überwindung. Sie führen zu hohem Leidensdruck und Beeinträchtigungen im Alltag. (Trost und aktives Eingehen ist erforderlich; bloße Anwesenheit genügt nicht).	nie	Max. 1x / Woche	mehrmals / Woche	täglich
3.11 Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage kaum Interesse an der Umgebung, kaum Eigeninitiative, wirkt oder fühlt sich hoffnungslos, gefühlsleer, niedergeschlagen, verzweifelt oder apathisch. Aufwendige Motivation ist nötig. Nicht: lediglich fehlende Eigeninitiative bzw. Inaktivität aufgrund geistiger Einschränkungen bei Demenz	nie	Max. 1x / Woche	mehrmals / Woche	täglich
3.12 Sozial unangemessenes Verhaltensweisen z. B. distanzloses Verhalten, auffälliges Einfordern von Aufmerksamkeit, unangemessene körperliche oder verbale sexuelle Annäherungsversuche.	nie	Max. 1x / Woche	mehrmals / Woche	täglich
3.13 Sonstige unangemessene Handlungen mit Hilfebedarf z.B. Nesteln an der Kleidung, ständiges Wiederholen von Handlungen (z.B. Klopfen, Stampfen), Verstecken oder Horten von Gegenständen, Verunreinigen der Wohnung mit Kot (Stuhlgang), Urinieren in der Wohnung.	nie	Max. 1x / Woche	mehrmals / Woche	täglich

4. Selbstversorgung (Körperpflege, Ernährung und Toilettengang)

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

	ohne Hilfe möglich (völlig selbständig)	etwas Hilfe nötig (bei unter 50 % der Aktivität)	viel Hilfe nötig (bei über 50 % der Aktivität)	Kann (fast) nicht mithelfen (völlig unselbständig)
4.1 Waschen des vorderen Oberkörpers Hände, Gesicht, Arme, Achselhöhlen und Brustbereich waschen und abtrocknen)	selbständig	mit kleinen Hilfen oder Anwesenheit zweiter Person	viel Anleitung oder Hilfe	minimale / keine Beteiligung
4.2 Körperpflege im Bereich des Kopfes Kämmen, Zahnpflege, Prothesenreinigung, Rasieren	selbständig	mit kleinen Hilfen oder Anwesenheit zweiter Person	viel Anleitung oder Hilfe	minimale / keine Beteiligung
4.3 Waschen des Intimbereichs Den Intimbereich waschen und abtrocknen	selbständig	mit kleinen Hilfen oder Anwesenheit zweiter Person	viel Anleitung oder Hilfe (z. B. nur vordere Intimbereich selbständig möglich)	minimale / keine Beteiligung

	ohne Hilfe möglich (völlig selbständig)	<u>etwas</u> Hilfe nötig (bei <u>unter</u> 50 % der Aktivität)	<u>viel</u> Hilfe nötig (bei <u>über</u> 50 % der Aktivität)	Kann (fast) nicht mithelfen (völlig unselbständig)
4.4 Duschen und Baden (mit Haare waschen, auch Beine u. Füße waschen, ein- u. aussteigen, abtrocknen, föhnen) auch Sicherheit berücksichtigen, notwendige Überwachung	selbständig	mit kleinen Hilfen oder Anwesenheit zweiter Person	viel Anleitung oder Hilfe	minimale / keine Beteiligung
4.5 An- und Auskleiden des Oberkörpers Bereitliegende Kleidung, z. B. Unterhemd, Hemd, Pullover, Jacke, BH, Schlafanzug-oberteil oder Nachthemd, an- und ausziehen	selbständig	mit kleinen Hilfen oder Anwesenheit zweiter Person	viel Anleitung oder Hilfe	minimale / keine Beteiligung
4.6 An- und Auskleiden des Unterkörpers Bereitliegende Kleidung, z. B. Unterwäsche, Hose, Rock, Strümpfe, Schuhe, an- und ausziehen	selbständig	mit kleinen Hilfen oder Anwesenheit zweiter Person	viel Anleitung oder Hilfe	minimale / keine Beteiligung
4.7 Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken Zerteilen von Nahrung in mundgerechte Stücke und Eingießen von Getränken	selbständig	mit kleinen Hilfen (z. B. beim Flaschen öffnen, harte Speisen schneiden) oder Anwesenheit zweiter Person	viel Anleitung oder Hilfe (z. B. zerschneidet, aber nicht mundgerecht; kann nicht Getränke eingießen)	minimale / keine Beteiligung
4.8 Essen (dreifach gewichtet!) Bereit gestellte, ggf. (ggfs. mit Löffel oder Gabel); zum Mund Führen, ggfs. Abbeißen, Kauen und Schlucken; <u>Erkennen der Notwendigkeit ausreichender Nahrungsaufnahme; empfohlene oder gewohnte Menge tatsächlich essen</u> (ggf. auch notwendige Anleitung langsam zu essen, nicht zu schlingen kann dazu gehören)	selbständig	mit kleinen Hilfen (z. B. zwischendurch auffordern weiter zu essen) oder Anwesenheit zweiter Person	viel Anleitung und Hilfe (z. B. aufwendig motivieren und auffordern nötig)	minimale / keine Beteiligung oder kann Nahrung nicht schlucken
4.9 Trinken (doppelt gewichtet!) Bereitstehende Getränke aufnehmen, ggf. mit Gegenständen wie Strohalm oder Spezialbecher mit Trinkaufsatz; <u>Erkennen der Notwendigkeit ausreichender Flüssigkeitsaufnahme; empfohlene oder gewohnte Menge tatsächlich trinken</u>	selbständig	mit kleinen Hilfen (z. B. Trinkgefäß kann genommen werden, aber Aufforderung nötig) oder Anwesenheit zweiter Person	viel Anleitung und Hilfe (z. B. Gefäß muss in Hand gegeben werden oder zu jedem Schluck muss aufgefordert werden)	minimale / keine Beteiligung oder kann Nahrung nicht schlucken
4.10 Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls (doppelt gewichtet!) Gehen zur Toilette, Hinsetzen und Aufstehen, Sitzen bleiben, Intimhygiene und Richten der Kleidung; auch bewerten, wenn Inkontinenzhilfen genutzt werden	selbständig	mit kleinen Hilfen oder Anwesenheit zweiter Person	viel Anleitung und Hilfe	minimale / keine Beteiligung
4.11 Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz Inkontinenzhilfen (z. B. Höschen) und Stomasysteme sachgerecht selbständig verwenden, wechseln und entsorgen, Urinbeutel entleeren	selbständig (oder entfällt)	mit kleinen Hilfen (z. B. beim Entsorgen) oder Anwesenheit zweiter Person	viel Anleitung und Hilfe (kann z. B. nur Einlage entfernen)	minimale / keine Beteiligung
4.12 Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz Inkontinenzhilfen (z. B. Höschen) und Stomasysteme sachgerecht selbständig verwenden, wechseln und entsorgen	selbständig (oder entfällt)	mit kleinen Hilfen oder Anwesenheit zweiter Person	viel Anleitung und Hilfe	minimale / keine Beteiligung

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

5. Umgang mit krankheits- / therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

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

	Selbständig (oder entfällt)	Hilfe nötig: Wie oft monatlich?	Hilfe nötig: wie oft wöchentlich?	Hilfe nötig: wie oft täglich?
5.1 Medikation Einnehmen oder Richten von Medikamenten, Augen- oder Ohrentropfen, Zäpfchen, ... (notwendiges Richten und Geben = eine Verrichtung; verschiedener Ort der Gabe, z.B. Mund, Ohren, Augen = mehrere Verrichtungen)	selbständig / entfällt	monatlich ____ mal	wöchentlich ____ mal	täglich ____ mal
5.2 Injektionen z. B. Insulin spritzen	selbständig / entfällt	monatlich ____ mal	wöchentlich ____ mal	täglich ____ mal
5.3 Versorgung intravenöser Zugänge (z. B. Port)	selbständig / entfällt	monatlich ____ mal	wöchentlich ____ mal	täglich ____ mal
5.4 Absaugen oder Sauerstoffgabe	selbständig / entfällt	monatlich ____ mal	wöchentlich ____ mal	täglich ____ mal
5.5 Einreibungen oder Kälte- und Wärmeanwendungen <u>ärztlich angeordnete</u> Salben, Cremes, ..., Kälte- und Wärmeanwendungen	selbständig / entfällt	monatlich ____ mal	wöchentlich ____ mal	täglich ____ mal
5.6 Messung und Deutung von Körperzuständen <u>ärztlich angeordnetes</u> Messen von z. B. Blutdruck, Puls, Blutzucker, Temperatur, Körpergewicht, Flüssigkeitshaushalt (Routinemessungen, die nicht gezielt auf eine Erkrankung gerichtet sind, werden nicht berücksichtigt.)	selbständig / entfällt	monatlich ____ mal	wöchentlich ____ mal	täglich ____ mal
5.7 Körpernahe Hilfsmittel z. B. das An- und Ablegen von Prothesen (nicht Zahnprothesen, siehe dazu 4.2), Orthesen, Epithesen, Brille, Hörgerät, kieferorthopädische Apparaturen oder Kompressionsstrümpfen (inkl. deren Reinigung). (Reinigung allein genügt nicht).	selbständig / entfällt	monatlich ____ mal	wöchentlich ____ mal	täglich ____ mal
5.8 Verbandwechsel und Wundversorgung bei chronischen Wunden	selbständig / entfällt	monatlich ____ mal	wöchentlich ____ mal	täglich ____ mal
5.9 Versorgung mit Stoma Pflege künstlicher Körperöffnungen (z. B. künstlicher Darmausgang, PEG, suprapubischer Blasenkatheter), auch reinigen, desinfizieren.	selbständig / entfällt	monatlich ____ mal	wöchentlich ____ mal	täglich ____ mal

5.10 Regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden nicht: Gabe von Abführmittel (gehört zu 5.1.)	selbständig / entfällt	monatlich ____ mal	wöchentlich ____ mal	täglich ____ mal
5.11 Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung Anweisungen durch einen Arzt oder im Rahmen einer verordneten Therapie zu „Eigenübungsprogrammen“, die dauerhaft und regelmäßig durchgeführt werden sollen (z. B. krankengymnastische Übungen, Atemübungen, logopädische Übungen, <u>ergotherapeutische Übungen zur geistigen Aktivierung</u> . Ein Behandlungsplan oder eine schriftliche Empfehlung oder Anleitung des Arztes oder Therapeuten ist hilfreich)	selbständig / entfällt	monatlich ____ mal	wöchentlich ____ mal	täglich ____ mal
5.12 Zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung z. B. Hämodialyse oder Beatmung	selbständig / entfällt	monatlich ____ mal	wöchentlich ____ mal	Wenn täglich, hier nur ankreuzen
5.13 Arztbesuche regelmäßige Besuche bei niedergelassenem Hausarzt und/oder Facharzt, wenn Begleitung nötig	selbständig / entfällt	monatlich ____ mal	wöchentlich ____ mal	täglich ____ mal
5.14 Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (bis zu 3 Stunden) über 6 Monate nötiger regelmäßiger Besuch von Therapeuten / Kliniken / Zentren zu ambulanter Behandlung, wenn Begleitung nötig (inkl. Fahrtzeit bis 3 Std.)	selbständig / entfällt	monatlich ____ mal	wöchentlich ____ mal	täglich ____ mal
5.15 Zeitlich ausgedehnter Besuch medizinischer oder therapeutischen Einrichtungen (länger als 3 Std.) über 6 Monate nötiger regelmäßiger Besuch von Therapeuten / Kliniken / Zentren zu ambulanter Behandlung, wenn Begleitung nötig (inkl. Fahrtzeit über 3 Std.)	selbständig / entfällt	monatlich ____ mal	wöchentlich ____ mal	Täglich entfällt
	Selbständig (oder entfällt)	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
5.16 Einhalten einer Diät und anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften (z. B. vorgeschriebene Art, Menge und Aufnahmezeitpunkt von Lebensmitteln oder Flüssigkeitszufuhr bzw. Trinkmenge)		Erinnern und anleiten nötig, direktes Eingreifen höchstens einmal am Tag	Meist Anleitung und Beauf- sichtigung nötig, mehrmals täglich auch direktes Eingreifen	Immer Anleitung und Beaufsichtigung und Eingreifen nötig

Hinweis zur Berücksichtigung eines hauswirtschaftlichen Hilfebedarfs und zu außerhäuslichen Aktivitäten:

Bei der Begutachtung werden auch die Fähigkeiten zur eigenen Haushaltsführung und für bürokratische Angelegenheiten erfragt. Weiterhin werden auch Fähigkeiten zu außerhäuslichen Aktivitäten erfragt. Dazu gehört die Fortbewegung im näheren Umfeld oder der Besuch kultureller Veranstaltungen. Fähigkeitseinschränkungen bei diesen Aktivitäten haben jedoch keinen Einfluss auf die Bestimmung des Pflegegrads. Der Gutachter soll daraus lediglich Empfehlungen für die Versorgung und Unterstützung geben.

6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

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

	ohne Hilfe möglich (völlig selbständig)	<u>etwas</u> Hilfe nötig (bei <u>unter</u> 50 % der Aktivität)	<u>viel</u> Hilfe nötig (bei <u>über</u> 50 % der Aktivität)	Kann (fast) nicht mithelfen (völlig unselbständig)
6.1 Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen Den Tagesablauf nach individuellen Gewohnheiten und Vorlieben planen und bewusst gestalten. Gezielt Alltagsaktivitäten wie Baden, Essen, Schlafen gehen, Fernsehen, Spazieren <u>vorausplanen</u> . (Strukturiertes Denken und zeitliche Orientierung nötig).	Ohne Hilfe möglich	Vorausplanung überwiegend selbständig möglich. Bei ungewohnten Veränderungen Hilfe nötig (z. B. Erinnerungshilfen)	Hilfe bei Planung des Alltags nötig, laufend Aufforderungen und Erinnerungen nötig	Mitwirkung an Planung oder Einhaltung der Tagesstrukturierung nicht oder nur minimal möglich
6.2 Ruhen und Schlafen Nach individuellen Gewohnheiten einen Tag-Nacht-Rhythmus einhalten und für ausreichende Ruhe- und Schlafphasen sorgen. Notwendigkeit von Ruhephasen erkennen, Nachtruhe einhalten können, selbständig ins Bett gehen können	Ohne Hilfe möglich	Aufhelfen aus dem Bett oder zum Hinlegen nötig. Oder: Zeitliche Orientierungshilfe nötig (Hinweis zum Schlafen gehen, morgens wecken). Hilfebedarf nur wöchentlich, nicht täglich.	Fast jede Nacht Einschlafprobleme oder nächtliche Unruhe. Aufwendige Einschlafrituale, beruhigendes Eingehen nötig. Oder: Hilfe für Toiletten-gang oder Lage-rungswechsel fast jede Nacht nötig.	Kein oder gestörter Schlaf-Wach-Rhythmus. Oder: mindestens dreimal in der Nacht Hilfe nötig.
6.3 Sich beschäftigen Verfügbare Zeit nutzen, um Aktivitäten durchzuführen, die den eigenen Vorlieben und Interessen entsprechen. Entsprechend der eigenen geistigen und körperlichen Fähigkeiten und Bedürfnisse geeignete Aktivitäten der Freizeitbeschäftigung auswählen und praktisch durchführen (z. B. Handarbeiten, Basteln, Zeitschriften lesen, Fernsehen)	Ohne Hilfe möglich	Kleine Hilfen oder Anregungen nötig (z. B. Vorbereiten, unmittelbar zurechtlegen, Erinnern, Motivieren, bei Entscheidung helfen)	Beteiligung bei umfassender Anleitung, Begleitung oder Unterstützung möglich	Nur minimale oder keine Beteiligung möglich, (keine Eigeninitiative, kann Anleitung nicht umsetzen)
6.4 Vorhaben von in die Zukunft gerichteten Planungen Längere Zeitabschnitte überschauend über den Tag hinaus planen. Z.B. Vorstellungen zum Ablauf und zu Wünschen eines anstehenden Geburtstages haben und dies planen können, Zeitabläufe dazu einschätzen usw.	Ohne Hilfe möglich	Muss an selbst geplante Vorhaben erinnert werden, um sie dann umzusetzen.	kann von sich aus nicht planen, aber bei Vorschlägen entscheiden. Muss dann an Vorhaben erinnert werden, evt. auch motiviert werden.	Verfügt nicht über Zeitvorstellungen für Planungen über den Tag hinaus. Kann bei Vorschlägen nicht entscheiden.
6.5 Interaktion mit Personen im direkten Kontakt Im direkten Kontakt mit Angehörigen, Pflegepersonen, Mitbewohnern oder Besuchern umgehen, Kontakt aufnehmen, auf Ansprache reagieren.	Ohne Hilfe möglich	Kontakt mit bekannten Personen erfolgt selbständig, bei Kontakt mit Fremden ist Unterstützung erforderlich, ggfs. auch bei Sprach- oder Hörproblemen	Erfolgt kaum in Eigeninitiative. Muss angesprochen oder motiviert werden, reagiert aber verbal oder deutlich erkennbar durch Blickkontakt, Mimik, Gestik, ggfs. auch viel Unterstützung bei Sprach- oder Hörproblemen.	Reagiert nicht auf Ansprache, kaum auf Berührung oder Lächeln
6.6 Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes / Bestehende Kontakte zu Freunden, Bekannten, Nachbarn aufrechterhalten, beenden oder zeitweise ablehnen. <u>Dazu gehört auch, sich per Telefon, Brief oder E-Mail verabreden zu können.</u>	Ohne Hilfe möglich	Kann mit kleinen Erinnerungstütschen und Hilfen Verabredungen planen (z. B. Telefonnummer wird von Pflegeperson gewählt)	Kontaktgestaltung überwiegend nur durch Initiative und Hilfe von anderen möglich. Wirkt aber dann dabei mit.	Nimmt keinen Kontakt außerhalb direkten Umfeldes auf, reagiert nicht auf diesbezügliche Anregungen.

7. Alternative zur Vorbereitung: Pflegetagebuch

Statt den Einschätzungsbogen anzukreuzen können Sie über ein bis drei Tage hinweg die Unterstützung, die Sie Ihrem Angehörigen geben, in Stichworten aufschreiben (mit Ausnahme hauswirtschaftlicher Tätigkeiten wie Kochen, Putzen usw.). Orientieren Sie sich dabei an den sechs Lebensbereichen, die in Kapitel 2 erwähnt sind oder an den 65 Einzeleinschätzungen auf den vorigen Seiten. Beachten Sie, dass auch eine notwendige Beaufsichtigung oder Anleitung eine Hilfeleistung ist. Händigen Sie dem Gutachter eine Kopie Ihres Pflegetagebuchs aus.

Beispiel für die Eintragung in ein Pflegetagebuch:

Aufstehen, Toilettengang, Umziehen, Körperpflege:

bin ihm beim Aufstehen behilflich, begleite auf die Toilette und anschließend ins Bad. Muss viel anleiten und ansprechen. Helfen auf einen Stuhl zu setzen und den Schlafanzug auszuziehen. Richte Waschtensilien her; gebe sie der Reihe nach und muss dabei anleiten. Begleite ins Schlafzimmer, richte Tageskleidung her; beaufsichtige beim Anziehen und leite an, da Reihenfolge verwechselt.

Frühstücken (Essen): *Beim Frühstücken immer wieder motivieren. Verwechselt manchmal das Besteck und hört auf zu essen, wenn ich nicht im Zimmer bin.*

Zeitungslesen: *lese Überschriften oder kleine Artikel aus der Zeitung vor. Wenn ich nachfrage merke ich, dass es nur bruchstückhaft verstanden wird. ...*

8. Einlegen eines Widerspruchs

Es kommt vor, dass Einstufungen zu niedrig ausfallen. Die relativ kurze Zeit, in der die Begutachtung durchgeführt wird, reicht manchmal nicht aus, damit sich der Gutachter ein ausreichendes Bild über den Selbständigkeitsgrad bzw. den Hilfebedarf des Kranken im Alltag machen kann. Legen Sie in jedem Fall Widerspruch ein, wenn Sie begründete Zweifel am Ergebnis der Begutachtung haben. Widerspruch einzulegen ist ein grundlegendes Recht jedes Versicherten, das zu keinerlei Nachteilen führt. Begründete Widersprüche sind oft erfolgreich.

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

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

Wenn Sie vor dem Einlegen eines Widerspruchs überprüfen möchten, ob aufgrund Ihrer eigenen Einschätzung des Hilfebedarfs die Chance auf Anerkennung eines höheren Pflegegrades besteht, können Sie den Einschätzungsbogen aus Kapitel 6 ankreuzen und Ihre Einschätzungen in einen Pflegegrad-Rechner übertragen (siehe 3. Absatz in Kapitel 6). Wenn Sie dazu keinen PC nutzen können oder Ihnen die Vorgehensweise zu aufwendig ist, vergleichen Sie einfach die Einschätzungen des Gutachters im Gutachten bei den 65 Einzeleinschätzungen mit Ihren eigenen Einschätzungen. Stellen Sie erhebliche Unterschiede fest (niedrigere Einschätzungen des Gutachters), sollten Sie Widerspruch einlegen.

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

Wird ein Widerspruch ohne weiteren Hausbesuch abgelehnt (Entscheidung nach Aktenlage), sollte dies nicht hingenommen werden. Ein solches Vorgehen ist nur in Ausnahmefällen erlaubt, wenn z.B. die Widerspruchsbegründung eindeutig zu keiner höheren Einstufung führen würde. Verwenden Sie

daher zur Widerspruchsbegründung am besten den Einschätzungsbogen aus Kapitel 6 und nicht einen Bogen, den die Pflegekasse eventuell mitsendet.

Weitere unterstützende Unterlagen für einen Widerspruch:

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

9. Höherstufungsantrag und Neuantrag

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

Anstatt Widerspruch gegen eine vermutlich zu niedrige Pflegeeinstufung einzulegen, kann man auch etwa Zeit verstreichen lassen (z.B. ein halbes Jahr) und dann einen Höherstufungsantrag stellen. Ein Höherstufungsantrag muss wie ein Neuantrag oder Erstantrag behandelt werden. Das heißt, der Gutachter muss in der Regel eine neue Begutachtung vor Ort (zu Hause oder im Pflegeheim) durchführen. Er kann den Antrag nur nach Aktenlage ablehnen, wenn die im Antrag geschilderte Erhöhung des Hilfebedarfs offensichtlich keinen höheren Pflegegrad begründet. Bei einem Höherstufungsantrag kann, anders als beim Widerspruchsverfahren, derselbe Gutachter wie bei der vorhergehenden Begutachtung beauftragt werden.

Wurde der Pflegegrad offensichtlich zu niedrig eingeschätzt, sollte man besser Widerspruch einlegen und diesen stichhaltig begründen. Um einen Widerspruch zu begründen erhalten Sie auch Unterstützung von Beratungsstellen oder eventuell auch vom Pflegedienst oder einer Tagespflege.

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

Bei einem Höherstufungsantrag (oder einer vom MDK initiierten Wiederholungsbegutachtung) kann auch ein **Telefoninterview** anstatt eines Hausbesuchs vom Medizinischen Dienst vorgeschlagen werden (BRi Kap. 6.1.2 und § 142a SGB XI). Die Begutachtung durch ein strukturiertes Telefoninterview ist jedoch nur möglich, wenn die versicherte Person oder deren rechtlicher Vertreter (Bevollmächtigter, gesetzlicher Betreuer) dem zustimmt. Ein Telefoninterview kann den Vorteil haben, dass eine Stresssituation für den demenzkranken Angehörigen durch den Besuch des Gutachters vermieden wird. Zu klären ist gegebenenfalls, ob der Gutachter am Telefon mit der demenzkranken Person sprechen möchte und ob dies weniger belastend ist als ein Besuch. Bei alleinlebenden demenzkranken Menschen muss der Medizinische Dienst schon im Vorfeld kritisch prüfen, ob eine telefonische Begutachtung vorgeschlagen werden kann.

10. Anhörungsschreiben vor Ablehnung eines Widerspruchs ²

Beabsichtigt die Pflegekasse, Ihren Widerspruch abzulehnen, weil das Zweitgutachten zu keiner höheren Einschätzung des Pflegegrads kommt, erhalten Sie zuvor ein sogenanntes Anhörungsschreiben. Damit wird Ihnen nochmals Gelegenheit gegeben, weitere Gründe für Ihren

² Bei privaten Kassen gibt es den Zwischenschritt eines Anhörungsschreiben und der Prüfung in einem Widerspruchsausschuss nicht (keine Bindung an das Verwaltungsrecht). Eine ablehnende Entscheidung erfolgt gleich nach der Zweitbegutachtung.

Widerspruch anzugeben oder auf Fehler und Fehleinschätzungen der Zweitbegutachtung hinzuweisen (Sie erhalten auch eine Kopie des Zweitgutachtens zugesandt).

Reagieren Sie nicht auf das Anhörungsschreiben, geht die Pflegekasse davon aus, dass Sie die Entscheidung aufgrund des Zweitgutachtens annehmen und Ihren Widerspruch zurückziehen. Sie können jedoch weiterhin an Ihrem Widerspruch festhalten. Wenn Sie das tun, werden die gesamten Unterlagen einschließlich Ihrer weiteren Begründungen und Angaben in einem sogenannten Widerspruchsausschuss der Pflegekasse nochmals geprüft. Im Widerspruchsausschuss sind neben Mitarbeitenden der Pflegekasse auch Interessensvertreter von Pflegebedürftigen. Allerdings führt die Prüfung im Ausschuss meist zu keiner veränderten Bewertung. Manchmal beauftragt die Kasse noch zuvor einen eigenen Mitarbeiter, sich ergänzend ein Bild von der häuslichen Situation zu machen. Dies kann eher zu einer veränderten Einschätzung führen.

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

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

11. Erheben einer Klage beim Sozialgericht

Mit dem im vorigen Kapitel erwähnten „rechtsmittelfähigen Ablehnungsbescheid“ können Sie sich an eine Rechtsantragsstelle beim Sozialgericht wenden. Die Rechtsantragstellen beraten kostenlos zum Ablauf und zur Vorgehensweise bei Sozialgerichtsverfahren und helfen Ihnen, eine Klage zu formulieren.

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

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

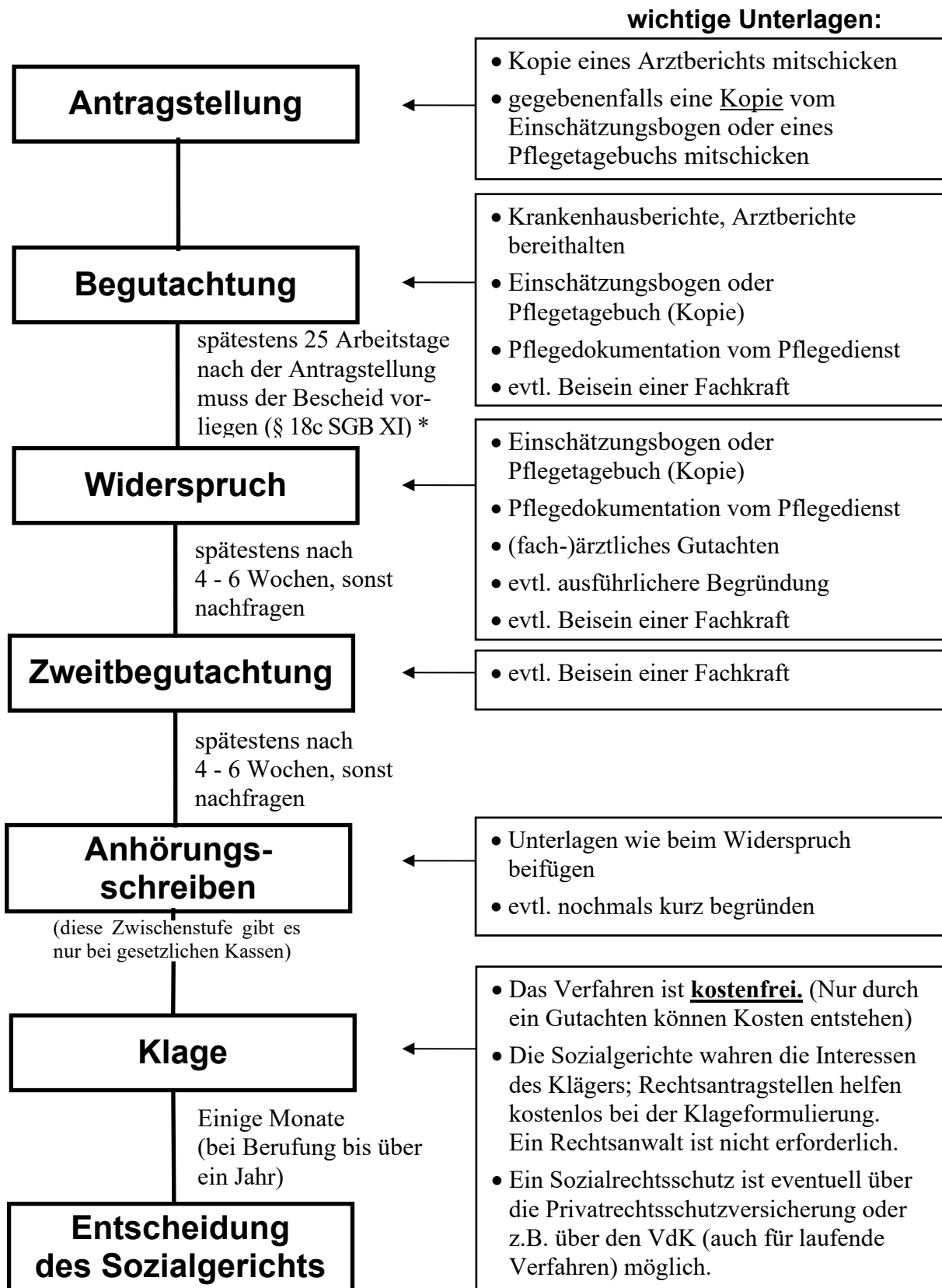
Darüber hinaus gibt es spezielle Sozialrechtsschutzversicherungen, die eine kostenlose Rechtsberatung und Vertretung vor Gericht anbieten. Der VdK bietet beispielsweise für Mitglieder (Mitgliedsbeitrag 72 € im Jahr) ohne Wartezeit eine kostenfreie Beratung an. Bei Vertretung vor Gericht oder Erstellung einer Widerspruchsbegründung fallen zusätzliche Gebühren an. Teilweise ist ein Sozialrechtsschutz auch bei einer allgemeinen Rechtsschutzversicherung mit enthalten.

12. Zusätzliche Empfehlungen im Gutachten

Gegebenenfalls soll der Gutachter konkrete Vorschläge machen oder eine weiterführende Beratung anregen.

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (ein Antrag kann bereits vom Gutachter auf den Weg gebracht werden. Rehabilitation kann auch der Verminderung von Krankheitsauswirkungen dienen, z.B. im Alzheimer Therapiezentrum Bad Aibling gemeinsam mit einem Angehörigen);
- Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel (z.B. Badewannenlifter, Rollstuhl, Pflegebett; der Gutachter soll mit Zustimmung des Versicherten gegebenenfalls sofort einen Antrag stellen, der direkt an die Kasse geleitet wird);
- Therapien wie Ergotherapie, Krankengymnastik usw. (sogenannte Heilmittel);
- Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (z.B. Umbau der Dusche, Treppenlift, ...);
- Schulungen/Beratung/Anleitung;
- Präventive (vorbeugende) Maßnahmen.

Abläufe bei der Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung



* Bei Begutachtung im Krankenhaus nach 5 Arbeitstagen. Wird ein Begutachtungstermin auf eigenen Wunsch verschoben, verlängert sich die Frist von 25 (oder 5) Arbeitstagen um 17 Arbeitstage plus den Zeitraum zwischen dem angekündigtem Termin und dem nächst möglichen (Wunsch-)Termin. Insgesamt beträgt die gesamte Frist dann mindestens 42 Arbeitstage bzw. ca. 8 Wochen.

13. Leistungen der Pflegeversicherung im häuslichen Bereich

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

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

Monatliche Leistungen der Pflegeversicherung im häuslichen Bereich

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
(§ 37) Pflegegeld ¹⁾		332 €	573 €	765 €	947 €
(§ 36) Sachleistungen zur häuslichen Pflege ^{1) 2)}		761 €	1.432 €	1.778 €	2.200 €
(§ 41) Sachleistungen zur Tagespflege ³⁾		689 €	1.298 €	1.612 €	1.995 €
(§ 45b) Entlastungsbetrag ⁴⁾	125 € ⁵⁾	125 €	125 €	125 €	125 €
(§ 40) Pflegehilfsmittel zum Verbrauch ⁶⁾	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €
(§ 44) Monatlich mehr Rente für pflegende Angehörige ⁷⁾		ca. 7-10 €	ca. 11-16 €	ca. 18-26 €	ca. 26-36 €

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

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

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

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

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

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

7) Die Beträge entsprechen der sich ergebenden Erhöhung der monatlichen Rente nach einem Jahr Pflege eines Angehörigen. Die Pflegeversicherung zahlt dafür Rentenversicherungsbeiträge zwischen etwa 120 bis 630 € im Monat in die Rentenversicherung des pflegenden Angehörigen ein.

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

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

Jährliche Leistungen der Pflegeversicherung im häuslichen Bereich

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2-5
(§ 39) Verhinderungspflegeleistung	---	1.612 € (bis 2.418 €) ¹⁾
(§ 42) Kurzzeitpflegeleistung	---	1.774 € (bis 3.386 €) ²⁾

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

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

Bedarfsorientierte Leistungen der Pflegeversicherung im häuslichen Bereich

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

13.1 Kombinationsleistung, Sachleistung, Pflegegeld

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

Rechenbeispiel (anerkannt wurde Pflegegrad 5):

<u>Entstehende Kosten pro Monat:</u> Pflegedienst 880,00 € (nur abrechenbare Sachkostenanteile)	<u>Leistungen der Pflegeversicherung:</u> Sachleistung häusliche Pflege 880,00 € (das sind 40 % von 2.200 €) + anteiliges Pflegegeld 568,20 € (das sind 80 % von 947 €)
Werden 20 % vom Sachleistungshöchstbetrag verbraucht, können noch 80 % (100 % - 20 %) vom Pflegegeldhöchstbetrag ausbezahlt werden. Sachleistung und Pflegegeld werden anteilig erstattet.	

13.2 Gemeinsamer Sachleistungsbezug mehrerer Pflegebedürftiger (§§ 38a und 45e)

Mehrere Pflegebedürftige, die in einer Wohngemeinschaft zusammenleben (auch Ehepaare), können ihre Sachleistungen für häusliche Pflege zusammenlegen und gemeinsam nutzen (§ 36 (4)). Zudem erhalten Pflegebedürftige in Pflegegrad 1-5, die in ambulant betreuten Wohngruppen leben, zusätzlich zu ihren sonstigen Leistungen monatlich 214 €, wenn in der Wohngruppe mindestens drei Pflegebedürftige leben und eine Person im Auftrag der Gruppe tätig ist, die organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten verrichtet oder hauswirtschaftliche Unterstützung zu leistet (§ 38a).

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

13.3 Kurzzeitpflege (§ 42)

Kurzzeitpflege ist ein vorübergehender Aufenthalt eines Pflegebedürftigen in einer stationären Pflegeeinrichtung für Tage oder Wochen zur Entlastung der pflegenden Angehörigen oder wenn sie z. B. krank oder in Urlaub sind. In Pflegeheimen gibt es meist einzelne Kurzzeitpflegeplätze, die von wechselnden Gästen belegt werden. Für Kurzzeitpflege können bei Pflegegrad 2-5 pro Jahr 1.774 € beansprucht werden. Durch eine Übertragung nicht benötigter Verhinderungspflegeleistungen (folgender Abschnitt) kann die Kurzzeitpflegeleistung sogar um weitere 1.612 € auf bis zu 3.386 € erhöht werden. Der Übertragungswunsch sollte der Kasse mitgeteilt werden. Übernommen wird von der Pflegeversicherung allerdings nur der Anteil für die Pflegekosten (ca. 80-140 € am Tag je nach Pflegegrad). Die weiteren Kosten (ca. 45 € täglich für Unterkunft, Verpflegung und Investitionen) müssen selbst übernommen werden. Sie können aber im Rahmen des Entlastungsbetrags (§ 45b) zurückerstattet werden (siehe Kapitel 13).

Die Leistungen für Kurzzeitpflege können für bis zu 56 Tage (8 Wochen) im Jahr in Anspruch genommen werden. Sie müssen nicht an einem Stück in Anspruch genommen werden, sondern können über beliebig viele Tage im Jahr verteilt werden. Während der Kurzzeitpflege wird nur 50% des zuvor erhaltenen Pflegegelds weiterbezahlt. (monatliche Verringerung = 1/60 vom monatlichen Pflegegeld für jeden Kurzzeitpflegetag, außer dem ersten und dem letzten).

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

Kurzzeitpflege während einer Vorsorgekur oder Rehabilitationsmaßnahme für pflegende Angehörige (ab 1.7.2024): Die Reha-Kliniken können die Pflege und Betreuung der pflegebedürftigen Person in der Klinik ermöglichen. Ist das nicht möglich, kann auch eine Kurzzeitpflege in einem Pflegeheim genutzt werden. Erstattet werden alle Kosten einschließlich Unterkunft und Verpflegung wie auch Anfahrts- und Rückfahrtkosten bei Bedarf. Die Kurzzeitpflegeleistung (§ 42) bleibt unangetastet. Pflegegeld wird in der Zeit nicht gezahlt.

13.4 Verhinderungspflege (oder Ersatzpflege) § 39

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

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

Um Verhinderungspflegeleistungen erhalten zu können, muss einen Antrag gestellt werden. Er kann auch rückwirkend gestellt werden. Der pflegende Angehörige muss im Antrag einen Grund angeben, weshalb er bei der Betreuung und Pflege verhindert ist. Als Gründe werden z.B. Krankheit oder Urlaub anerkannt. Es genügt aber ebenso, wenn Sie im Antrag lediglich angeben

„private Termine und Erledigungen“ oder auch „zeitweiser Entlastungsbedarf“. Arbeitszeiten und Berufstätigkeit werden eventuell nicht als Verhinderungsgründe anerkannt.

Wird die Verhinderungspflege durch eine Person geleistet, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grad verwandt ist (Kinder, Enkel, Geschwister, Eltern, Großeltern) oder verschwägert ist oder mit ihm in der Wohnung lebt, ist eine Vergütung für die eingesetzte Zeit pro Jahr auf die Höhe des eineinhalbfachen monatlichen Pflegegeldanspruchs begrenzt (bei Pflegegrad 2 beispielsweise auf $1,5 \times 332 = 498$ € im Jahr. Zusätzlich kann jedoch noch ein nachgewiesener Kostenaufwand wie zum Beispiel Fahrkosten (20 Cent/km) oder ein Verdienstaufschlag im Rahmen der verfügbaren Leistungen erstattet werden. Alle Aufwendungen müssen belegt werden.

Bei anderen Personen (z. B. Nachbarn, Bekannte) gibt es die Begrenzung nicht. Die Kosten für ein Stundenentgelt oder eine Tagespauschale können bis zur Höhe von 1.612 € (bzw. 2.418 €) erstattet werden. (Unterschriebene Quittung der Pflegevertretung mit Datum und Dauer der Vertretung einreichen). Das Entgelt kann pro Monat bis zur entsprechenden Höhe des monatlichen Pflegegeldes steuerfrei entgegengenommen werden, wenn die Unterstützung nicht erwerbsmäßig geleistet wurde. (siehe auch www.minijob-zentrale.de: „Für Haushalte“ – „Pflege von Angehörigen“)

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

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

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

Übertragungsmöglichkeiten zwischen Leistungen nach § 39 und § 42:

§ 42 Kurzzeitpflegeleistung 1.774 €	„Übertragung“ ⇐ bis 1.612 € bis 806 € ⇒	§ 39 Verhinderungspflegeleistung 1.612 €
----------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------

13.5 Pflegehilfsmittel zum Verbrauch (§ 40)

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

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

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

13.6 (Technische) Hilfsmittel zur Pflege (§ 40)

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

Hierdurch kann der Antrag schneller genehmigt werden. Anträge müssen von der Kasse innerhalb von drei Wochen bearbeitet werden (bei veranlasster Begutachtung, innerhalb von fünf Wochen).

13.7 Finanzierung von Hilfsmitteln und anderen Maßnahmen durch die Krankenkasse

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

13.8 Wohnungsanpassung (§ 40)

Für notwendige Umbaumaßnahmen in der Wohnung kann die Pflegekasse bis zu 4.000 € der Kosten übernehmen. Der Antrag dazu sollte rechtzeitig vor dem Umbau gestellt werden. Der Antrag muss von der Kasse innerhalb von drei Wochen bearbeitet werden (wenn eine Begutachtung veranlasst wird, innerhalb von fünf Wochen). Zu notwendigen Umbaumaßnahmen kann z.B. die Verbreiterung von Türen, Beseitigung von Schwellen oder der Einbau einer bodengleichen Dusche gehören. Meist wird die Leistung nur einmalig genehmigt, außer der Pflegebedarf verändert sich so stark, dass weitere Maßnahmen notwendig sind.

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

13.9 Renten- und Unfallversicherung (§ 44), „Pflegerperson“ (§ 19), Versteuerung

Für Personen (insbesondere **Angehörige**), die **mindestens 10 Stunden in der Woche und an mindestens zwei Tagen pro Woche einen oder mehrere Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2 ehrenamtlich bei der Pflege, der hauswirtschaftlichen Versorgung oder Betreuung unterstützen („Pflegerpersonen“ nach § 19), werden Beiträge in die Rentenversicherung gezahlt** (§ 166 Abs. 2 SGB VI). **Voraussetzung ist zusätzlich, dass die Angehörigen oder „nicht erwerbsmäßig Pflegenden“ nicht mehr als 30 Stunden in der Woche berufstätig (erwerbstätig) sind.** Sie können zudem eine Aufwandsentschädigung bis zur Höhe des monatlichen Pflegegelds als Anerkennung erhalten (das begründet keine Erwerbstätigkeit). Die Beiträge zur Rentenversicherung können zwischen ca. 120 und 630 € monatlich liegen. Sie hängen vom Pflegegrad und dem Pflegeleistungsbezug ab (Pflegegeld, Kombinationsleistung oder Sachleistung). Auch Angehörige, die eine Altersrente beziehen, können die Beiträge erhalten und damit ihre Rente erhöhen. Dazu müssen sie vorübergehend eine Teilrente im Umfang von 99,99 % beantragen, die ihre Rente um ca. 10-30 Cent pro Monat verringert. Schon nach einem Jahr Betreuung erhöht sich ihre Rente dann um ca. 10-35 € monatlich (siehe Tabelle letzte Seite).

Auch Beiträge zur Arbeitslosenversicherung werden von der Pflegeversicherung übernommen, wenn der Angehörige z.B. Arbeitslosengeld bezieht oder bis vor Beginn der Pflegetätigkeit Beiträge zur Arbeitslosenversicherung einzahlte, dann aber nicht mehr.

Ebenso sind **„Pflegerpersonen“ nach § 19 (siehe oben)**, also Angehörige und Ehrenamtliche, die mindestens 10 Stunden wöchentlich jemanden ab Pflegegrad 2 betreuen, **in der gesetzlichen Unfallversicherung versichert** (<https://www.dguv.de> Suche nach „Häusliche Pflegerpersonen“).

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

Leistungen aus der Pflegeversicherung sind für den Pflegebedürftigen grundsätzlich steuerfrei und gelten nicht als Einnahmen. Auch Angehörige, Freunde oder Nachbarn, denen das Pflegegeld für geleistete Unterstützung gegeben wird, müssen diese Einnahme nicht versteuern, sofern sie die Tätigkeit nicht im Rahmen einer Erwerbstätigkeit übernehmen. Auch beim Arbeitslosengeld und bei Sozialhilfeleistungen wird erhaltenes Pflegegeld nicht als Einkommen gewertet.

14. Entlastungsbetrag (§ 45b)

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

Wofür kann die Leistung verwendet werden?

Der Geldbetrag kann zweckgebunden für folgende Ausgaben eingesetzt werden:

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

Mit nach Landesrecht anerkannte „Angebote zur Unterstützung im Alltag“ sind vor allem **Betreuungsgruppen für Demenzzranke, Helferkreise zur stundenweisen Betreuung zu Hause oder Familientastende Dienste** gemeint. Auch die Kosten anerkannter **Serviceagenturen für haushaltsnahe Dienstleistungen** sowie von **Alltagsbegleitern** können übernommen werden. Alltagsbegleiter unterstützen Pflegebedürftige durch Begleitung und Unterstützung im täglichen Leben. Da der Entlastungsbetrag nur für anerkannte Angebote einsetzbar ist, erkundigen Sie sich gegebenenfalls bei Angeboten nach deren Anerkennung.

Wie werden die Leistungen erstattet?

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

Ansammeln der Leistungen und Übertrag auf das Folgejahr möglich:

Wird der Leistungsbetrag von 125 € in einem Monat nicht ausgeschöpft, geht er nicht verloren. Nicht ausgeschöpfte Leistungen können das Jahr über angesammelt (angespart) werden. Im Dezember können so bis zu 1.500 € zur Verfügung stehen, wenn im Jahr nichts verbraucht wurden. Am Jahresende wird der ungenutzte Leistungsbetrag sogar ins nächste Jahr übertragen und kann dann noch bis zum 30.6. des folgenden Jahres genutzt werden. Erst dann verfällt er. Für den Leistungserhalt ist der Monat entscheidend, in dem die Hilfe erbracht wurde. Daher können auch rückwirkend Leistungen abgerechnet werden (z. B. für das Vorjahr).

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

Für nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag können zusätzlich zum Entlastungsbetrag nach § 45b bis zu 40 % der Sachleistungen für häusliche Pflege (§ 36) eingesetzt bzw. „umgewandelt“ werden. Der Umwandlungswunsch muss lediglich auf der eingereichten Rechnung kenntlich oder in einem Begleitschreiben mitgeteilt werden. Die Rechnung kann sich auch auf einen zurückliegenden Zeitraum beziehen. Auch für eine Abrechnung, die nur zu einem Teilbetrag über den Entlastungsbetrag nach § 45b erstattet werden konnte, ist nachträglich noch eine Erstattung des Restbetrags im Rahmen der Umwandlung möglich. Der Umwandlungswunsch kann auch generell für alle kommenden Rechnungen festgelegt werden. Die Umwandlung ist nur möglich, wenn die Sachleistungen nach § 36 nicht bereits für die Kosten eines Pflegedienstes ausgeschöpft wurden, die vorrangig abgerechnet werden. **Wichtig:** Durch eine Umwandlung des Sachleistungsanspruchs nach § 36 wird der Pflegegeldanspruch anteilig verringert (siehe 13.1). Jedoch ist der Gewinn an finanziellen Leistungen etwa doppelt so hoch wie die Verringerung des Pflegegelds und daher lohnenswert.

15. Freistellung von der Arbeit (Pflegezeitgesetz und Familienpflegezeitgesetz)

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

Die „**Kurzzeitige Arbeitsverhinderung**“ kann für maximal 10 (zusammenhängende) Tage ohne Vorankündigung maximal einmal im Kalenderjahr in einer akuten Notsituation in Anspruch genommen werden. Es genügt, eine ärztliche Bescheinigung unverzüglich nachzureichen, in der eine „unvorhersehbare akut aufgetretene Pflegesituation“, also eine akute Krisensituation bestätigt wird (Musterformular bei www.wege-zur-pflege.de). Falls noch kein Pflegegrad anerkannt ist, muss der Arzt auch bescheinigen, dass er eine künftige Pflegegradeinstufung annimmt. Eine „akute Krisensituation“ entsteht auch, wenn sich der Gesundheitszustand des Angehörigen plötzlich stark verschlechtert hat und aufgrund dessen die Pflege und Betreuung kurzfristig neu organisiert werden muss oder der Arbeitnehmer für einige Tage die Betreuung des Angehörigen übernehmen muss. Die 10 Tage der Arbeitsverhinderung können sich auch mehrere Angehörige für die gleiche Notsituation aufteilen.

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

Eine **längerfristige vollständige oder teilweise Freistellung** von der Arbeit von bis zu sechs Monaten („**Pflegezeit**“) muss spätestens 10 Tage vorher beantragt werden. Der Anspruch besteht nur gegenüber Arbeitgebern mit in der Regel mehr als 15 Beschäftigten. Ein Pflegegrad muss bereits anerkannt worden sein. Ein Angehöriger muss keine Mindestpflegezeit leisten oder nachweisen, um anspruchsberechtigt zu sein. Während der Freistellung kann der Angehörige Leistungen der Verhinderungspflege beanspruchen (Kap. 13.4). Die beantragte Freistellung endet vorzeitig, wenn die Pflege zu Hause nicht mehr zumutbar ist (z. B. Wechsel ins Pflegeheim) oder wenn der Angehörige nicht mehr pflegebedürftig oder verstorben ist (vier Wochen nach dem Ereignis). Ansonsten ist eine vorzeitige Beendigung nur mit Zustimmung des Arbeitgebers möglich. Eine Verlängerung einer Pflegezeit, die für weniger als sechs Monate beantragt wurde, ist ohne Zustimmung des Arbeitgebers möglich, wenn z.B. ein vorgesehener Wechsel der Pflegeperson aus unvermeidbaren Gründen nicht möglich ist (z.B. bei Krankheit der Pflegeperson). Bei einer teilweisen Freistellung muss der Arbeitgeber den Wünschen des Arbeitnehmers nach Umfang und Verteilung entsprechen, außer es stehen dringende betriebliche Gründe entgegen. Für die soziale Absicherung während der Pflegezeit müssen gegebenenfalls zusätzliche Anträge gestellt werden. Besonders bei vollständiger Freistellung ist darauf zu achten, dass Versicherungen wie die Krankenversicherung ohne Unterbrechung weitergeführt werden.

Die Freistellung kann von mehreren Angehörigen jeweils in voller Länge genutzt werden.

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

Nahe Angehörigesind nach diesem Gesetz:

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

Weder die kurzzeitige Arbeitsverhinderung noch die längere Freistellung von der Arbeit kann gestückelt werden, also in mehrere auseinanderliegende Zeitabschnitte aufgeteilt werden.

15.1 Familienpflegezeit nach dem Familienpflegezeitgesetz (FPfZG)

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

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

Auch für Familienpflegezeit muss bereits ein Pflegegrad anerkannt sein und die pflegebedürftige Person muss ein naher Angehöriger entsprechend der Bestimmungen im vorigen Abschnitt sein. Pflegezeit und Familienpflegezeit können nahtlos hintereinander genutzt werden, aber nur zusammen bis insgesamt 24 Monate.

15.4 Zinsloses Darlehen bei „Pflegezeit“ und „Familienpflegezeit“

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

Auf folgender Internetseite gibt es einen Online-Rechner zur Berechnung des Darlehens im Einzelfall: www.wege-zur-pflege.de/familienpflegezeit/rechner.html

16. Anspruch auf Pflegeberatung und Pflegestützpunkte

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

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

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

Die Pflege- und Krankenkassen haben neben den eigenen Beratungsangeboten zusammen mit den Kommunen und Wohlfahrtsverbänden sogenannte „**Pflegestützpunkte**“ eingerichtet. Dort sind zumeist von den Kassen unabhängige Berater tätig, die zudem mit Unterstützungsangeboten und Institutionen vor Ort in regelmäßigem Kontakt stehen. Pflegestützpunkte sind organisatorisch oft

bei Landkreisen und Kommunen angesiedelt, manchmal auch bei einem Wohlfahrtsverband. Pflegestützpunkte bieten meist eine unabhängige und qualifizierte Beratung an.

Neben dem Angebot der Pflegeberatung sind die Kassen zudem verpflichtet jedem, der einen Antrag auf Pflegeversicherungsleistungen stellt, unverzüglich eine Leistungs- und Preisvergleichsliste zu den zugelassenen Pflegeeinrichtungen (Heime und Pflegedienste) sowie zu den Angeboten zur Unterstützung im Alltag (§ 45a, Kap. 14) im Einzugsgebiet zuzusenden (z. B. Betreuungsgruppen oder Helferkreise).

17. Anspruch auf Leistungs- und Abrechnungsübersichten (letzte 18 Monate) und Einsichtsrecht in Pflege-Dokumentationen

Nach § 108 (SGB XI) haben Versicherte bei der Pflegekasse **Anspruch auf Zusendung (Übermittlung) einer verständlichen Übersicht zu den in den zurückliegenden 18 Monaten eingereichten Abrechnungen und noch vorhandenen Pflegeversicherungsleistungen**. Auch eine regelmäßige Zusendung alle sechs Monate kann verlangt werden. Zudem müssen die Pflegekassen auf Anfrage Auskunft geben und verständlich machen, was genau z. B. ein Pflegedienst an Leistungen abgerechnet hat. Ebenso müssen auf Wunsch eingereichte Abrechnungsunterlagen z.B. vom Pflegedienst (Kopien) übermittelt werden und gegebenenfalls verständlich gemacht werden.

Vergleichbar mit dem Recht auf Einsicht in die eigene Patientenakte gibt es auch das **Recht die Pflegedokumentation einzusehen** (Pflegedienst, Pflegeheim). Bevollmächtigten Angehörigen und gesetzlichen Betreuern muss eine Einsicht gewährt werden. Kopien können, müssen aber nicht ausgehändigt werden. Eventuell muss man Textteile selbst kopieren oder abfotografieren.

<https://www.biva.de/pflege-im-heim/typische-probleme/einsicht-in-die-pflegedokumentation/>

18. Leistungen für digitale Pflegeanwendungen (DiPA, § 40a)

Digitale Pflegeanwendungen sind Apps (Computerprogramme) oder gebührenpflichtige Internetportale, die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen mindern sollen oder einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit entgegenwirken. Dies kann z.B. ein Programm auf einfach zu bedienenden Computer-Tablets sein, das von Ergotherapeuten entwickelte Anregungen zur Aktivierung durch Spiele, Fotos, Filme usw. enthält. Gebühren dafür werden bis zu 50 € monatlich erstattet. Die Anwendungen müssen vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte genehmigt werden (erste Genehmigungen ca. ab Mitte 2024) und sind dann dort in einer veröffentlichten Liste zu finden.

19. Leistungen bei dauerhaftem Wohnen im Pflegeheim (§ 43)

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

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

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

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

Im Pflegeheim haben alle Bewohner zusätzlich Anspruch auf die Betreuung durch eine **zusätzliche Betreuungskraft (§ 43b)**. Für jeweils 20 Bewohner kann das Heim eine Vollzeitkraft dafür einstellen. Erkundigen Sie sich nach dieser Betreuungsmöglichkeit für Ihren Angehörigen.

Kosten und Leistungen bei einem Pflegeheimaufenthalt (*Beispiel*)

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Kostensatz des Pflegeheims	3.645 €	4.270 €	4.726 €	5.275 €	5.505 €
Leistungen der Pflegeversicherung	125 €	770 €	1.262 €	1.775 €	2.005 €
verbleibender Kostenanteil	3.520 € *	3.500 €	3.500 €	3.500 €	3.500 €

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

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

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

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

(siehe Kap. 17.1)	Im 1. Jahr	Im 2. Jahr	Im 3. Jahr	ab dem 4. Jahr
Pflegebedingter Eigenanteil	2.000 €	2.000 €	2.000 €	2.000 €
Leistungszuschlag	300 € (15 %)	600 € (30 %)	1.000 € (50 %)	1.500 € (75 %)
verbleibende Kosten bisher	3.500 €	3.500 €	3.500 €	3.500 €
verbleibende Kosten abzüglich Zuschlag	3.200 €	2.900 €	2.500 €	2.000 €

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

Je nach Dauer des Aufenthalts übernimmt die Pflegeversicherung bei Pflegegrad 2-5 einen zusätzlichen Anteil der monatlichen Kosten. Die Kosten für stationäre Pflege sind aufgeteilt in Anteile für pflegebedingte Kosten (Betreuung und Pflege), für Unterkunft, für Verpflegung und für Investitionen (Bau, Renovierung usw.). Die pflegebedingten Kosten abzüglich der Pflegeversicherungsleistungen (die für diesen Kostenanteil vorgesehen sind) ergeben die selbst zu tragende pflegebedingten Kosten oder den sogenannten „pflegebedingten Eigenanteil“. Dieser Kostenanteil ist in Pflegegrad 2-5 in einer Einrichtung immer gleich hoch (einrichtungseinheitlicher pflegebedingter Eigenanteil). Im Beispiel oben beträgt dieser Kostenanteil bei Pflegegrad 2-5 monatlich etwa 2.000 €. Zu genau diesem Kostenanteil gibt es einen Leistungszuschlag. Der beträgt im ersten Jahr eines Heimaufenthalts 15 % (im Beispiel oben 300 €), im zweiten Jahr 30 % (600 €), im dritten 50 % (1.000 €) und ab dem vierten Jahr 75 % (1.500 €). Durch diese zusätzlichen Leistungen, die die Pflegekasse wie die anderen Leistungen direkt an die Einrichtung zahlt, vermindern sich für die Bewohner die selbst zu tragenden Kosten um diese zusätzlichen Leistungen. Im Beispiel oben werden den Bewohnern ab dem vierten Jahr des Aufenthalts statt monatlich 3.500 € nur noch $3.500 - 1.500 = 2.000$ € in Rechnung gestellt. Sind die monatlichen Gesamtkosten in einem Heim höher als im Beispiel, erhöhen sich auch die Zuschläge entsprechend.

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

Häufig reichen die Rente und das eigene Vermögen auf Dauer nicht aus, um die Kosten zu erstatten. Dann werden die übrigen Kosten im Rahmen der „**Hilfe zur Pflege**“ (§ 61) des Sozialhilfegesetzes nach Antrag beim Sozialamt übernommen. Der Heimbewohner erhält darüber hinaus einen monatlichen Barbetrag in Höhe von ca. 180 Euro für persönliche Ausgaben und Kleidung.

Ein zu Hause lebender Ehepartner muss seinen Lebensstandard zwar einschränken, wenn sich das Sozialamt an den Heimkosten für den anderen Partner beteiligt. Jedoch steht ihm ein Betrag aus der eigenen Rente und der Rente des Partners zu (Eigenbedarf), womit er seinen eigenen Lebensunterhalt weiterhin bestreiten kann. Auch die selbst bewohnte Eigentumswohnung oder das selbst bewohnte Haus (in angemessener Größe) muss nicht verkauft werden, um die Heimkosten des Ehepartners zu finanzieren (Schonvermögen). Erst im Erbfall stellt das Sozialamt Rückforderungen maximal bis zur Höhe des Werts des Wohneigentums. Zum Schonvermögen gehören zudem 20.000 € Sparvermögen bei Ehepaaren. Nachweisbare Schenkungen des Pflegebedürftigen z. B. an Kinder müssen jedoch rückgängig gemacht werden und für die Heimkosten eingesetzt werden, bevor sich das Sozialamt an den Kosten beteiligt (außer die Schenkungen liegt bereits mehr als 10 Jahre zurück).

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

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

20. Weiterführende Broschüren, Richtlinien und Bürgertelefon

Leitfaden zur Pflegeversicherung (7,50 €)

Bezugsadressen

Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg
Tel. 0711 248496-60, www.alzheimer-bw.de
o. Deutsche Alzheimer Gesellschaft, Berlin
Tel. 0180 3171017, www.deutsche-alzheimer.de

Begutachtungsrichtlinien (2,50 €)

Bezugsadresse:

HK-Versand für MDS, Steinkirchen 12 ½
85617 Assling, Tel.:
08092-2324306, Fax: 08092-2325143
E-Mail: hkversand@mds-ev.com

Als Download: <https://md-bund.de/> _

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

finden Sie im Internet unter:

www.gkv-spitzenverband.de (Rubrik:
„Pflegeversicherung“ - „Richtlinien, Vereinbarungen,
Formulare“ - „Empfehlungen zum Leistungsrecht“)

Ratgeber Pflege – Alles, was Sie zur Pflege wissen müssen

Herausgeber / Bezugsadresse:

Bundesministerium für Gesundheit
Telefon 030 18 272 2721 (**kostenlose
Zusendung**)

Die Broschüre kann auch über die
Internetseite

www.bundesgesundheitsministerium.de
heruntergeladen werden (Rubrik:
„Publikationen“ – „Pflege“)

Gesetzestext zur Pflegeversicherung

finden Sie im Internet unter:

<https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxi/> oder
https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/

**Bürgertelefon zur Pflegeversicherung des Bundesgesundheitsministeriums:
Tel. 030 / 340 60 66 – 02 (Verlässliche Auskünfte zu Regelungen der Pflegeversicherung)**

21. Pflegeversicherungsleistungen im Überblick

In der Tabelle sind nur die Leistungen beim Wohnen zu Hause angegeben (in Euro). Die Leistungen bei stationärer Pflege (im Pflegeheim) finden Sie in Kapitel 19.

SGB XI		Pflege-grad 1	Pflege-grad 2	Pflege-grad 3	Pflege-grad 4	Pflege-grad 5	
§ 37	Pflegegeld (reduziert sich anteilig bei Nutzung von § 36 s.u.) ↑ <i>nur anteilig möglich</i>	–	332	573	765	947	monatlich
§ 36	Sachleistung für häusliche Pflege, hauswirtsch. Hilfe, Betreuung (bis 40% für Angebote nach § 45a nutzbar) ↓	–	761	1.432	1.778	2.200	monatlich
§ 41	Sachleistung für Tagespflege	–	689	1.298	1.612	1.995	monatlich
§ 39	Verhinderungspflegeleistung (+ 806 € von Kurzzeitpflege übertragbar) ↑ <i>Übertragungen möglich</i>	–	1.612 (+ 806)	1.612 (+ 806)	1.612 (+ 806)	1.612 (+ 806)	jährlich
§ 42	Kurzzeitpflegeleistung (+1.612 € von Verhinderungspflege übertragbar) ↓	–	1.774 (+1.612)	1.774 (+1.612)	1.774 (+1.612)	1.774 (+1.612)	jährlich
§ 45b	Entlastungsbetrag	125	125	125	125	125	Monatlich (Anhäufung möglich bis 30.6. im Folgejahr)
§ 40	Wohnanpassung (z.B. Haltegriffe, Badumbau, Treppenlift)	4.000	4.000	4.000	4.000	4.000	Einmalig (mehrfach nach erheblicher Bedarfsänderung)
§ 40	Pflegehilfsmittel ¹⁾	ja	ja	ja	ja	ja	Höhe nach Bedarf und Genehmigung
§ 40	Pflegehilfsmittel zum Verbrauch ²⁾	40	40	40	40	40	nach Genehmigung
§ 38a	Zuschlag in ambulant betreuten Wohngemeinschaften	214	214	214	214	214	monatlich
§ 44	Höherer Rentenanspruch für pflegende Angehörige ³⁾	–	7 - 10	11 - 16	18 - 26	26 - 36	Monatlich mehr Rente nach 1 Jahr Pflege

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

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

3) Monatlich werden 120-630 € Rentenbeiträge für pflegende Angehörige eingezahlt. Dadurch erhöht sich der Rentenanspruch je nach Dauer der Betreuung der pflegebedürftigen Person. (Regelungen siehe Kapitel 13.9. und ausführlich in einem Informationstext der Fachberatung Demenz zum Download bei www.alzheimerberatung-stuttgart.de)

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