

Hilfe beim Helfen

Modul 5. Pflegeversicherung und Entlastungsmöglichkeiten

Konstanze Pilgrim, Helga Schneider-Schelke

Inhalt

Ziel

Struktur der Seminareinheit

Hinweise für die Dozenten/innen

Inhalt der Seminareinheit

Die Pflegeversicherung und ihre Bedeutung für Angehörige, BetreuerInnen und Menschen mit Demenzerkrankungen

Grundsätzliches

Zu klärende Fragen im Zusammenhang mit gesetzlichen Regelungen

Wann sollten Sie einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung für Ihren demenzkranken Angehörigen stellen?

Zeitkorridore

Welche Hilfe bietet die Pflegeversicherung?

Was müssen Sie tun, um diese Hilfen in Anspruch nehmen zu können?

Wie können Sie sich auf den Besuch des Medizinischen Dienstes vorbereiten?

Was können Sie tun, wenn der Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung abgelehnt wurde?

Zusätzliche Leistungen für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

Entlastungsangebote

Weitere Leistungen der Pflegeversicherung

Hilfe zur Pflege

Abschluss

Aus dem Ordner »5_Materialien« kann als Abschluss eine kurze Entspannungsübung verwendet werden

Im Ordner »6_Handouts« befinden sich für dieses Modul

- Kopien der Präsentationsfolien

Hilfe beim Helfen

Modul 5. Pflegeversicherung und Entlastungsmöglichkeiten

Konstanze Pilgrim, Helga Schneider-Schelte

■ Ziel

Das Ziel dieser Seminareinheit soll sein, den TeilnehmerInnen die wesentlichen Inhalte der Pflegeversicherung zu vermitteln und ihnen zu ermöglichen, diese für sich zu nutzen.

■ Struktur der Seminareinheit

Die Pflegeversicherung

- | | |
|--|------------|
| • Voraussetzungen | 20 Minuten |
| • Fallbesprechung | 10 Minuten |
| • Zeitkorridore, Hilfen | 10 Minuten |
| • MDK-Besuch, Gruppenarbeit, Widerspruch | 20 Minuten |
| • zusätzliche Leistungen | 15 Minuten |
| • Entlastungsangebote | 30 Minuten |
| • weitere Leistungen | 10 Minuten |

■ Hinweise für die Dozenten/innen

- Gerade in diesem »trockenen« Themenkomplex ist eine lebendige Gestaltung wichtig. Versuchen Sie immer, eigene Beispiele einzubringen und im Dialog mit der Gruppe zu bleiben.
- Gehen Sie flexibel mit dem Themenbereich um. Wenn sich aus einem Punkt ein Gruppengespräch entwickelt und damit mehr Zeit benötigt wird als vorgesehen, kürzen Sie an anderer Stelle oder lassen sogar etwas ganz weg.
- Geben Sie die verkleinerten Ausdrucke der Folien aus dem Bereich der Pflegeversicherung vor der Gruppeneinheit an die TeilnehmerInnen, damit diese mitlesen können.
- Lesen Sie die Folien nicht vom Overhead-Projektor ab, sondern lassen Sie Zeit zum Selbstlesen. Fragen Sie im Anschluss nach, ob die Inhalte verstanden wurden.
- Im Skript finden Sie einige Informationen, die über die Folien hinausgehen. Hier können Sie gut eigene Beispiele einbauen oder auch Erfahrungen aus der Gruppe mit einfließen lassen.

■ Inhalte der Seminareinheit

■ Die Pflegeversicherung

Ü: Wer von den Kranken erhält bereits Leistungen aus der Pflegeversicherung?

Folien-Handouts austeilen.

Die Pflegeversicherung als fünfte Säule der sozialen Absicherung in Deutschland mindert seit 1994 bzw. 1996 die Risiken bzw. Folgen der Pflegebedürftigkeit, insbesondere im Alter. Im Sozialgesetzbuch (SGB) XI werden der Begriff der Pflegebedürftigkeit, die Leistungsvoraussetzungen, die verschiedenen Leistungen und weiteres geregelt. Zum 1.7.2008 tritt das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz in Kraft. Es bringt eine Erhöhung der Leistungen mit sich, sowohl für Pflegebedürftige, die zu Hause leben, als auch für die, die im Pflegeheim wohnen. Auch für demenzkranke Pflegebedürftige werden die Leistungen verbessert. Damit können Demenzkranke, die zu Hause leben und einen Pflegebedarf unterhalb der Pflegestufe 1 haben, Leistungen der Pflegeversicherung erhalten. Weitere wichtige Neuerungen sind die gesetzliche Festschreibung des Anspruchs auf individuelle und umfassende Pflegeberatung sowie der Anspruch auf eine unbezahlte Freistellung von der Arbeit bis zu sechs Monaten ("Pflegezeit").

(Vortrag, 20 Minuten)

Zu klärende Fragen im Zusammenhang mit gesetzlichen Regelungen

Hilfe beim Helfen

Modul 5. Pflegeversicherung und Entlastungsmöglichkeiten

Konstanze Pilgrim, Helga Schneider-Schelke

1. Welcher Personenkreis kann von den Leistungen der Pflegeversicherung profitieren?

→ Folie 5.1: Voraussetzungen für Leistungen aus der Pflegekasse

Nach § 20 der Pflegeversicherung (SGB XI) sind alle Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung automatisch pflegeversichert. Wer privat krankenversichert ist, muss sich auch privat pflegeversichern. Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften Anspruch auf Beihilfe haben, müssen sich anteilig bei einer beihilfekonformen Versicherung pflegeversichern. Hierzu zählen auch Mitglieder der Postbeamtenkrankenkasse sowie der Krankenversorgung der Bundesbahn.

§ 14 Abs. 1 der Pflegeversicherung regelt, wer als pflegebedürftig anzusehen ist: "Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15) der Hilfe bedürfen". Was unter den »gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen« zu verstehen ist, wird später genauer erläutert. Von Bedeutung ist noch der Zeitraum, den das Gesetz umreißt. Nur wenn absehbar ist, dass es sich nicht um einen akuten Zustand handelt, der sich nach kurzer Zeit wieder bessert, spricht man von Pflegebedürftigkeit.

2. Wie unterscheiden sich die einzelnen Stufen der Pflegebedürftigkeit?

→ Folie 5.2: Stufen der Pflegebedürftigkeit

Da der Hilfebedarf individuell unterschiedlich ist, unterscheidet die Pflegeversicherung auch hinsichtlich unterschiedlicher Stufen von Pflegebedürftigkeit.

- Pflegestufe 1: Hier muss mindestens einmal täglich Hilfebedarf bei mindestens zwei Verrichtungen bestehen. Außerdem muss der wöchentliche Pflegeaufwand für alle erforder-

Voraussetzungen für Leistungen aus der Pflegekasse

5.1

• **§ 20, Abs. 1, SGB XI: Versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung sind die versicherungspflichtigen Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung**

Die private Pflegeversicherung ist grundsätzlich bei dem privaten Versicherungsunternehmen abzuschließen, bei dem auch der Krankenversicherungsvertrag besteht.

Die private Pflegeversicherung muss Leistungen vorsehen, die denen der sozialen Pflegeversicherung gleichwertig sind (vgl. § 110 SGB XI).

• **§ 14, Abs. 1, SGB XI: Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.**

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. / Janssen-Cilag GmbH

Folie 5.1

lichen Leistungen der Grundpflege (d. h. aus den Bereichen Körperpflege, Ernährung und Mobilität) im Tagesdurchschnitt mehr als 45 Minuten betragen. Zusätzlich muss bei der hauswirtschaftlichen Versorgung mehrmals wöchentlich Hilfe nötig sein und ein durchschnittlicher Hilfebedarf von 45 Minuten täglich bestehen.

- Pflegestufe 2: Die Hilfestellung muss hier im Bereich der Grundpflege mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten nötig sein und im Tagesdurchschnitt mindestens zwei Stunden betragen. Im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung sollte der tägliche Bedarf mindestens 1 Stunde betragen.
- Pflegestufe 3: Hier muss ein Hilfebedarf in der Grundpflege rund um die Uhr, also auch nachts, von mindestens 4 Stunden bestehen. Im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung reicht dagegen wieder 1 Stunde täglich aus.

Stufen der Pflegebedürftigkeit

5.2

	Pflegestufe 1	Pflegestufe 2	Pflegestufe 3
Hilfebedarf aus den Bereichen Körperpflege, Mobilität, Ernährung	mehr als 45 Minuten täglich	mindestens 2 Stunden täglich	mindestens 4 Stunden täglich und nächtlicher Pflegebedarf
Hilfebedarf aus dem Bereich hauswirtschaftliche Versorgung	mehrmals pro Woche, durchschnittlich 45 Minuten täglich	mehrmals pro Woche, durchschnittlich 1 Stunde täglich	mehrmals pro Woche, durchschnittlich 1 Stunde täglich
Gesamt	mindestens 1,5 Stunden	mindestens 3 Stunden	mindestens 5 Stunden

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. / Janssen-Cilag GmbH

Folie 5.2

Hilfe beim Helfen

Modul 5. Pflegeversicherung und Entlastungsmöglichkeiten

Konstanze Pilgrim, Helga Schneider-Schelte

3. Was ist unter den gewöhnlichen und regelmäßigen Verrichtungen des täglichen Lebens zu verstehen?

→ Folie 5.3: Verrichtungen des täglichen Lebens

Laut § 14 Abs. 4 SGB XI werden bei den Verrichtungen des täglichen Lebens vier verschiedene Bereiche unterschieden. Der erste Bereich ist die Körperpflege. Hierzu zählen alle Tätigkeiten wie das Waschen, Baden, Duschen, Zahnpflege, Kämmen, Rasieren, Darm- und Blasenentleerung.

Der zweite Bereich ist die Ernährung. Dieser umfasst nicht das Kochen, sondern nur die mundgerechte Zubereitung, also das Schneiden oder Pürieren der Nahrung, sowie das Verabreichen der Nahrung (auch die Verabreichung von Sondenkost).

Der dritte Bereich ist die Mobilität. Gemeint ist hier das Aufstehen und Zubettgehen, das An- und Auskleiden. Außerdem gehören dazu Gehen, Stehen und Treppensteigen sowie das Verlassen und Aufsuchen der Wohnung.

Im vierten Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung geht es um das Einkaufen, Kochen, Säubern, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung und das Beheizen der Wohnung (z.B. bei Kohle- oder Ölöfen).

Welche Tätigkeiten im Einzelnen dazu zählen, sollen folgende Folien verdeutlichen.

→ Folie 5.4: Beispiele anerkannter Einzeltätigkeiten bei Pflegeverrichtungen (1)

→ Folie 5.5: Beispiele anerkannter Einzeltätigkeiten bei Pflegeverrichtungen (2)

→ Folie 5.6: Beispiele anerkannter Einzeltätigkeiten bei Pflegeverrichtungen (3)

Verrichtungen des täglichen Lebens

5.3

- **Körperpflege:** Waschen, Baden, Duschen, Zahnpflege, Kämmen, Rasieren, Darm- und Blasenentleerung
- **Ernährung:** mundgerechte Nahrungszubereitung und -verabreichung
- **Mobilität:** Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppen steigen, Verlassen und Aufsuchen der Wohnung, Begleitung ins Bad, beim Auskleiden und in die Wanne steigen helfen, aus der Wanne helfen, abtrocknen und anziehen, vom Bad in ein anderes Zimmer geleiten
(Hinweis: nur im Zusammenhang mit den gesetzlich definierten Verrichtungen, z.B. werden Spaziergänge nicht berücksichtigt)
- **Hauswirtschaftliche Versorgung:** Kochen, Säubern, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung, Beheizen der Wohnung

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. / Janssen-Cilag GmbH

Folie 5.3

Beispiele anerkannter Einzeltätigkeiten bei Pflegeverrichtungen (1)

5.4

Körperpflege (z.B. Baden, Duschen, Waschen)

- Badzubehör bereitlegen
- Badewasser herrichten
- Aufforderung zum Waschen
- Anleitung, Aufsicht und Unterstützung beim Waschen des ganzen Körpers unter der Dusche, in der Wanne oder am Waschbecken

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. / Janssen-Cilag GmbH

Folie 5.4

Beispiele anerkannter Einzeltätigkeiten bei Pflegeverrichtungen (2)

5.5

Ernährung

- belegte Brote zubereiten, in Stücke schneiden
- Anregung und Aufforderung zum Essen
- Vorgabe von Portionen
- Kontrolle der Temperatur
- Hilfe bei Zwischenmahlzeiten
- wiederholte Aufforderung zum Trinken und Anreichen von Getränken über den ganzen Tag

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. / Janssen-Cilag GmbH

Folie 5.5

Beispiele anerkannter Einzeltätigkeiten bei Pflegeverrichtungen (3)

5.6

Mobilität (z.B. An- und Auskleiden)

- Aufforderung
- Aussuchen passender Kleidung, aus dem Schrank nehmen und herrichten
- Beaufsichtigung, Anleitung und Unterstützung beim An- und Ausziehen

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. / Janssen-Cilag GmbH

Folie 5.6

Hilfe beim Helfen

Modul 5. Pflegeversicherung und Entlastungsmöglichkeiten

Konstanze Pilgrim, Helga Schneider-Schelte

4. Wann sollten Sie einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung für Ihren demenzkranken Angehörigen stellen?

Ü: Kleingruppenarbeit (je 4 TeilnehmerInnen, 10 Minuten) zu Fallbeispiel Herr Müller (s. Anhang: Sie können den Fall nach Belieben ausschmücken oder einen eigenen wählen)

Der Fall ist nur ein Beispiel. Es geht darum, den Gruppenmitgliedern deutlich zu machen, dass die Pflegeversicherung im Bereich der körperlichen Pflege greift. Wenn der Pflegebedarf unterhalb der Voraussetzungen für Pflegestufe 1 liegt, die Person aber einen "erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf" hat (dazu zählen Demenzkranke) haben sie einen Anspruch auf einen Betreuungsbetrag von 100 € bzw. 200 € pro Monat.

Frage: Welche Leistungen der Pflegeversicherung könnte Herr M. erwarten?

Zusammentragen der Gruppenergebnisse im Plenum, Sammeln der relevanten Fakten entweder auf einer Tafel oder einem Flip-Chart. Gemeinsame Diskussion.

Antwort: Wenn Herr Müller im Bereich der Körperpflege Probleme bekommt, also z.B. nicht mehr weiß, dass und wie er sich waschen muss und deshalb zumindest auf Ermunterung angewiesen ist, kommt eine Einstufung in Frage. Denn auch Ermunterung und Beaufsichtigung sind anerkannte Hilfestellungen. Aktuell liegt die Zeit jedoch unterhalb der Voraussetzungen für die Pflegestufe 1. Durch seine Demenzerkrankung gehört Herr Müller jedoch zu dem Personenkreis der Menschen "mit eingeschränkter Alltagskompetenz". Er hat damit Anspruch auf einen Betreuungsbetrag von 100 € pro Monat bzw. wenn der MDK eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz feststellt, kann der Betrag auf 200 € pro Monat erhöht werden.

Zeitkorridore

Für die Einstufung in eine Pflegestufe ist vor allem von Bedeutung, wie viel Zeit in den vier genannten Bereichen benötigt wird. Um diese zu berechnen, ist es hilfreich zu wissen, welche Tätigkeiten in welchem zeitlichen Umfang anerkannt werden. Als Beispiel sei hier genannt, dass die Tätigkeiten Treppensteigen oder Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung (Bereich Mobilität) nur in Verbindung mit einem Arzt- oder Therapeutenbesuch zählen, den der hilfsbedürftige Mensch nicht mehr alleine bewältigen kann. Dies gilt nicht, wenn er zum Spazieren gehen begleitet wird. Auch Gehen und Stehen zählen als Tätigkeiten nur in Verbindung mit einer Verrichtung, also z.B. auf die Toilette gehen bzw. geführt werden oder Stehen mit Hilfestellung zum Umsetzen vom Bett auf den Nachtstuhl usw.

→ Folie 5.7: Zeitkorridore

Zeitkorridore		5.7
Körperpflege, z.B.		
Ganzkörperwäsche		20–25 Minuten
Baden		20–25 Minuten
Zahnpflege		5 Minuten
Rasieren		5–10 Minuten
Kämmen		1–3 Minuten
• Ernährung, z.B.		
Mundgerechtes Zubereiten des Essens		2–3 Minuten
Nahrungsaufnahme (3 Hauptmahlzeiten)		je 15–20 Minuten
• Mobilität, z.B.		
– Aufstehen/Zubettgehen		1–2 Minuten
– Ankleiden		8–10 Minuten
• Hauswirtschaftliche Versorgung:		keine Zeitvorgaben

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. / Janssen-Cilag GmbH

Folie 5.7

Eine ungefähre Kenntnis der Zeitkorridore ist sinnvoll und erleichtert die eigenen Berechnungen.

Erfahrungsgemäß müssen Probleme aus dem Bereich Körperpflege vorliegen, um eine Einstufung in die Pflegeversicherung zu erhalten, d. h.

- der Demenzkranke kann sich nicht mehr selbst waschen, zieht seine Kleidung nicht in der richtigen Reihenfolge an und/oder findet die Toilette nicht mehr alleine

Hilfe beim Helfen

Modul 5. Pflegeversicherung und Entlastungsmöglichkeiten

Konstanze Pilgrim, Helga Schneider-Schelte

- der Demenzkranke verfügt zwar noch über die körperliche Fähigkeit des »Sich-Waschen-Könnens«, aber der Sinn, die Reihenfolge und die komplexen Tätigkeitsabschnitte werden nicht mehr durchschaut und können damit alleine nicht mehr durchgeführt werden (aktivierende Pflege).

Die Hilfestellung der pflegenden Angehörigen erfolgt dann eher durch Beaufsichtigung und Anleitung als durch teilweise oder volle Übernahme der Verrichtung. Hier können mit der Begründung, dass aktivierend gepflegt wird (Erhalt noch vorhandener Fähigkeiten), sogar die Zeitkorridore überschritten werden.

➔ Folie 5.8: Unterschiedliche Hilfeformen (1)

➔ Folie 5.9: Unterschiedliche Hilfeformen (2)

Prinzipiell bereitet der Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung am wenigsten Probleme. Die Zeit, die durchschnittlich täglich für diesen Bereich aufzuwenden ist, wird in der Regel vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen problemlos anerkannt, ohne dass diese detailliert aufgeschlüsselt werden muss.

Um Klarheit darüber zu erhalten, ob ein Antrag auf Einstufung sinnvoll ist, sollte man sich überlegen, in welchen der ersten drei Bereiche man dem Kranken welche Art der Hilfestellung bietet und wie viel Zeit täglich dafür aufgewendet werden muss.

➔ Folie 5.10: Erschwernis- und Erleichterungsfaktoren

Bei den Verrichtungen, in denen die Zeitkorridore überschritten werden, sollte überprüft werden, ob hier Erschwernisfaktoren zum Tragen kommen.

Für die Einstufung in Pflegestufe 1 muss die Summe mindestens 45 Minuten betragen.

5. Welche Hilfe bietet die Pflegeversicherung?

➔ Folie 5.11: Leistungen der Pflegeversicherung: Geldleistung

Unterschiedliche Hilfeformen (1)

5.8

- **Beaufsichtigung**
Die Pflegeperson achtet auf die Sicherheit der/des Pflegebedürftigen (z.B. beim Rasieren, damit er sich nicht schneidet).
- **Anleitung**
Die motorische Fähigkeit ist noch gegeben, die Verrichtung kann aber ohne Hilfe nicht zu Ende geführt werden (z.B. die körperliche Fähigkeit sich zu waschen besteht noch, aber die einzelnen Handlungsabläufe können selbst nicht mehr vollzogen werden).

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. / Janssen-Cilag GmbH

Folie 5.8

Unterschiedliche Hilfeformen (2)

5.9

- **Unterstützung (aktivierende Pflege)**
Versuch, noch vorhandene Fähigkeiten zu erhalten und zu fördern, verlorengangene wiederzuerlangen und nicht vorhandene zu entwickeln
- **Teilunterstützung**
- **Übernahme**
Die Pflegeperson übernimmt den Teil der Verrichtungen, den die/der Pflegebedürftige nicht mehr selbst ausführen kann.

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. / Janssen-Cilag GmbH

Folie 5.9

Erschwernis- und Erleichterungsfaktoren

5.10

- | | |
|---|--|
| <p>Erschwernisfaktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Körpergewicht > 80 kg • Einschränkungen in der Beweglichkeit/steife Gelenke • Halbseitenlähmung beider Arme oder Beine • unkontrollierte Bewegungen • Fehlstellung von Extremitäten • eingeschränkte Belastbarkeit infolge schwerer Herzerkrankung • Abwehrverhalten mit Behinderung der Übernahme • stark eingeschränkte Sinneswahrnehmung • pflegebehindernde räumliche Verhältnisse | <p>Erleichternde Faktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Körpergewicht < 40 kg • pflegeerleichternde räumliche Verhältnisse • Hilfsmitelesatz |
|---|--|

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. / Janssen-Cilag GmbH

Folie 5.10

Leistungen der Pflegeversicherung (1)

5.11

ambulant: Geldleistung

	ab 1.7.2008	ab 1.1.2010	ab 1.1.2012
Stufe 1	215,- €	225,- €	235,- €
Stufe 2	420,- €	430,- €	440,- €
Stufe 3	675,- €	685,- €	700,- €

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. / Janssen-Cilag GmbH

Folie 5.11

Hilfe beim Helfen

Modul 5. Pflegeversicherung und Entlastungsmöglichkeiten

Konstanze Pilgrim, Helga Schneider-Schelte

→ Folie 5.12: Leistungen der Pflegeversicherung: Sachleistung (ambulanter Dienst/Tagespflege)

→ Folie 5.13: Leistungen der Pflegeversicherung: Stationäre Pflege

Die Pflegeversicherung lässt die Wahlmöglichkeit, sich selbst eine Privatperson zu suchen bzw. die Pflege als Angehörige selbst zu übernehmen und dafür Geldleistungen zu beantragen oder aber Sachleistungen zu beantragen. Im ersten Fall muss allerdings gewährleistet sein, dass die erforderliche Grundpflege, also die Verrichtungen aus den ersten drei Bereichen (Körperpflege, Mobilität und Ernährung) und die hauswirtschaftliche Versorgung sichergestellt ist. Diese Geldleistungen sind für den Pflegebedürftigen steuerfrei. Sie werden, sofern sie an Angehörige oder ehrenamtlich Pflegende ausgezahlt werden, auch nicht auf das Arbeitslosengeld oder die Arbeitslosenhilfe angerechnet.

Im Fall der Sachleistungen können Pflege und Versorgung auch an einen Dienst oder eine Einrichtung delegiert werden. Dann erhält das Geld nicht der Pflegebedürftige, sondern ein ambulanter Pflegedienst rechnet direkt mit der Pflegekasse ab. Der Gegenwert der Sachleistungen ist höher als das Pflegegeld.

Als weitere Möglichkeit kommt auch die Kombination von Geld- und Sachleistungen in Frage. Werden in der Pflegestufe 1 beispielsweise 210,- € (= die Hälfte von 420,- € Sachleistungen in Stufe 1) für ambulante Dienste verbraucht, könnten bei beantragter Kombination von Geld- und Sachleistung noch 107,50 € Pflegegeld (= die Hälfte von 215,- €) ausgezahlt werden.

6. Was müssen Sie tun, um diese Hilfen in Anspruch nehmen zu können?

Der Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung muss immer bei der jeweiligen Pflegekasse des Pflegebedürftigen gestellt werden. Es reicht ein Anruf oder ein formloser schriftlicher Antrag, damit Ihnen die

5.12

Leistungen der Pflegeversicherung (2)			
Ambulant: Sachleistung (ambulanter Dienst / Tagespflege)			
	ab 1.7.2008	ab 1.1.2010	ab 1.1.2012
Stufe 1	420 €	440,- €	450,- €
Stufe 2	980,- €	1.040,- €	1.100,- €
Stufe 3	1.470,- €	1.510,- €	1.550,- €

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. / Janssen-Cilag GmbH

Folie 5.12

5.13

Leistungen der Pflegeversicherung (3)			
Stationär (Pflegeheim)			
	ab 1.7.2008	ab 1.1.2010	ab 1.1.2012
Stufe 1	1.023,- €	1.023,- €	1.023,- €
Stufe 2	1.279,- €	1.279,- €	1.279,- €
Stufe 3	1.470,- €	1.510,- €	1.550,- €

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. / Janssen-Cilag GmbH

Folie 5.13

Formblätter zugesandt werden. Diese sind in der Regel sehr einfach auszufüllen. Die Leistungen gelten immer ab dem Tag der Antragstellung, d. h. wenn eine Einstufung erfolgt und Pflegegeld beantragt wurde, wird rückwirkend ab dem Monat gezahlt, in dem der Antrag formlos oder telefonisch gestellt wurde. Den Antrag muss der Pflegebedürftige selbst stellen. Die meisten Kassen erkennen auch die Unterschrift des pflegenden Angehörigen an, falls der demenzkranke Mensch nicht mehr selbst unterschreiben kann. Ist dies nicht der Fall, müssen Angehörige eine entsprechende Vollmacht vorweisen oder rechtliche Betreuer im Sinne des Betreuungsrechts sein.

Zur Ein- oder Höherstufung beauftragt die Krankenkasse den MDK, den Medizinischen Dienst der Krankenkassen, mit der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit. Dieser kündigt seinen Besuch schriftlich an.

Hilfe beim Helfen

Modul 5. Pflegeversicherung und Entlastungsmöglichkeiten

Konstanze Pilgrim, Helga Schneider-Schelte

Spätestens fünf Wochen, nachdem der Antrag bei der Kasse eingegangen ist, soll dem Antragsteller die Entscheidung über die Pflegeeinstufung mitgeteilt werden. Befindet sich der Pflegebedürftige in einem Krankenhaus oder in einer Rehabilitationseinrichtung und ist zur Sicherstellung der Weiterbetreuung eine Begutachtung bereits in der Einrichtung notwendig, muss diese spätestens eine Woche nach Eingang des Antrags erfolgen (§ 18 Abs. 3).

7. Wie können Sie sich auf den Besuch des medizinischen Dienstes vorbereiten?

Frage an die gesamte Gruppe und offener Erfahrungsaustausch. Nach 10 Minuten die wichtigsten Ergebnisse auf Tafel oder Flip-Chart sammeln und dabei die Probleme benennen.

Antwort:

➔ Folie 5.14: Vorbereitung auf den Besuch des Medizinischen Dienstes

Es ist sinnvoll, sich auf diesen Besuch gut vorzubereiten. Dies ist einmal in der Form möglich, dass man seinen Pflegealltag gut durchdenkt und am besten ein Pflegetagebuch führt. Einige Kassen haben für ihre Mitglieder selbst derartige Tagebücher, ansonsten ist ein sehr guter Leitfaden mit vielen Informationen über die Pflegeversicherung über die Deutsche Alzheimer Gesellschaft zu beziehen (4,50 €). Der Vorteil des Tagebuchführens liegt darin, dass diese bereits Spalten für die einzelnen anerkannten Verrichtungen beinhalten und so die Gefahr weniger groß ist, etwas zu vergessen. Außerdem macht man sich damit selbst einmal bewusst, wie viele Verrichtungen man eigentlich den ganzen Tag über leistet.

Die Pflegeversicherung ist sehr verrichtungsorientiert und an der körperlichen Pflege ausgerichtet. Deshalb ist es wichtig, den Beweis zu erbringen, dass die Probleme der Erkrankten sich in diese Bereiche hinein auswirken. Dabei kann das Tagebuch eine Hilfe sein.

Da Menschen mit Demenz gerade vor Fremden häufig den Eindruck erwecken, sie seien gesund, bzw. weil das Befinden nicht jeden Tag gleich ist, ist es nötig, möglichst schrift-

Vorbereitung auf den Besuch des Medizinischen Dienstes

5.14

- Führen eines Pflegetagebuchs
- Ärztliche Unterlagen besorgen, die Auskunft geben über die Demenzerkrankung
- eine Vertrauensperson zum Begutachtungstermin hinzubitten
- Informationen über die Fachkenntnisse der begutachtenden Person einholen

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. / Janssen-Cilag GmbH

Folie 5.14

liche Aussagen von Fachleuten zu erhalten, die deutlich machen, dass eine Demenz vorliegt.

Ein Schritt der Vorbereitung sollte also darin liegen, sich entweder Unterlagen vom Hausarzt und dem behandelnden Neurologen kopieren zu lassen, die Aussagen sowohl über die Pflegebedürftigkeit als auch über die vorliegende Demenz machen, oder aber extra zu diesem Zweck ein Gutachten erstellen zu lassen. In letzterem Fall können allerdings Kosten entstehen.

Eine andere, ergänzende Möglichkeit liegt darin, zu dem Termin des MDK-Besuches eine Vertrauensperson einzuladen. Dies können auch Mitarbeiter/innen der Alzheimer Gesellschaften vor Ort sein oder Verwandte oder Freunde.

Außerdem sollte man sich bereits vorher erkundigen, ob der/die Mitarbeiter/in des MDK aus der Pflege kommt oder Arzt/Ärztin ist. Bei Ärzten/innen ist es wichtig, die Fachrichtung zu wissen. Denn einen Narkosearzt wird man genauer auf die Probleme in der Pflege eines/einer Demenzkranken hinweisen müssen als eine/n Gerontopsychiater/in (Facharzt für psychische Probleme alter Menschen). Außerdem lässt sich im Falle einer Ablehnung bei einem Widerspruch mit der fehlenden Fachkenntnis der/des Gutachters/in argumentieren.

Für den Hausbesuch selbst sollten alle Medikamente, die der Kranke einnehmen muss, bereitgelegt werden.

Außerdem sollte man die/den Gutachter/in bereits zu Beginn um ein Gespräch unter vier

Hilfe beim Helfen

Modul 5. Pflegeversicherung und Entlastungsmöglichkeiten

Konstanze Pilgrim, Helga Schneider-Schelte

Augen bitten. Im Anschluss an die Begutachtung können dann die wesentlichen Pflegeprobleme benannt werden. So vermeidet man die Selbstwertkränkung für die/den Erkrankten, wenn vor ihr/ihm über seine Defizite gesprochen wird.

8. Was können Sie tun, wenn der Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung abgelehnt wird?

Nachfrage, ob es diesbezüglich bereits Erfahrungen in der Gruppe gibt. Wenn ja, kurz berichten lassen.

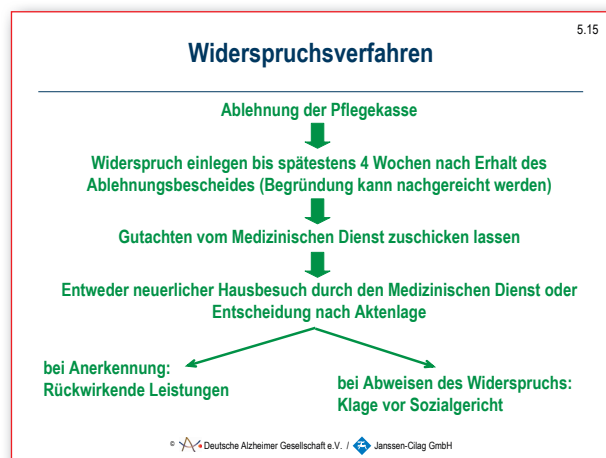
→ Folie 5.15: Widerspruchsverfahren

Ein Ablehnungsbescheid bedeutet noch nicht das Ende der Möglichkeiten. Rein formal hat man nun vier Wochen Zeit, einen Widerspruch einzulegen. Widerspruch ist möglich, wenn zu wenig Zeit berechnet wurde, der/die Gutachter/in zu wenig auf die Aussagen der Pflegeperson einging, zu wenig Kenntnisse von Demenzerkrankungen und ihren Auswirkungen hat, den Aussagen des/der Erkrankten offensichtlich mehr Glauben schenkt als denen der Pflegeperson, manche Verrichtungen überhaupt nicht angesprochen wurden.

Der Widerspruch muss gut begründet werden. Dafür ist es nötig, sich das Gutachten des/der MDK-MitarbeiterIn, der/die zur Begutachtung gekommen ist, schicken zu lassen. Dieses Gutachten sollte dann Punkt für Punkt genauestens überprüft und die fehlerhaften Angaben berichtigt werden. Dabei sollte besonders darauf geachtet werden, die Verrichtungen und die Zeit, die dafür jeweils angerechnet wurde, genau zu überprüfen. Denn häufig lässt sich gerade über die Ermittlung höherer Zeitwerte eine Ein- oder Höherstufung begründen. Hilfreich ist auch ein fachärztliches Attest, das die Demenz, das Stadium und die Auswirkung der Krankheit auf die Pflegesituation beschreibt.

Es kann in diesem Zusammenhang auch Sinn machen, sich Hilfe bei einer Beratungsstelle, einer Alzheimer Gesellschaft oder dem ambulanten Dienst zu holen, der sowieso bereits in die Versorgung involviert ist.

Nun überprüft der MDK entweder an Hand der Aktenlage oder auch durch einen erneu-



Folie 5.15

ten Hausbesuch, ob tatsächlich beim ersten Mal etwas übersehen oder zu wenig gewürdigt wurde. Wenn ja, wird dem Antrag nun stattgegeben, und zwar wiederum rückwirkend.

Wenn er allerdings zu dem Ergebnis kommt, dass zum Zeitpunkt der ersten Begutachtung die Pflegebedürftigkeit noch nicht vorlag, sondern erst jetzt, bei der zweiten Begutachtung, erhält der Pflegebedürftige auch erst Leistungen ab diesem Zeitpunkt.

Wenn der Widerspruch zurückgewiesen wird, besteht grundsätzlich die Möglichkeit einer Klage vor dem Sozialgericht. Diese Klage ist für den Kläger kostenfrei, und er benötigt auch keinen Anwalt. Dennoch ist es sinnvoll, sich vorher ausreichend beraten zu lassen und die Hilfe eines Rechtsbeistandes zu haben. Hier ist der VdK (Verband der Kriegs- und Wehrdienstopfer, Behinderten und Rentner, Tel. 0228/820930) ein geeigneter Partner. Er unterstützt derartige Klagen kompetent. Man muss allerdings als Mitglied beitreten, um diese Hilfe zu erhalten.

Geben Sie folgende weitergehende Informationen nur dann, wenn dafür Bedarf besteht. Ansonsten ist es hilfreich, auf bestehende Beratungsangebote zu verweisen.

Widerspruch und Begründung werden dann dem/der ersten Gutachter/in überstellt. Erkennt diese/r den Widerspruch nicht an, muss ein zweites Gutachten durch einen anderen Gutachter des MDK erstellt werden. Dieser muss leider nicht zwingend einen Hausbesuch machen, sondern kann auch nach Aktenlage entscheiden.

Hilfe beim Helfen

Modul 5. Pflegeversicherung und Entlastungsmöglichkeiten

Konstanze Pilgrim, Helga Schneider-Schelte

Wird der Widerspruch abgewiesen, folgt ein Ablehnungsbescheid. Dann besteht noch die Möglichkeit, den Widerspruch vor einen Widerspruchsausschuss der Pflegekasse zu bringen. Dazu muss der Widerspruch schriftlich aufrechterhalten werden und auf der Begründung bestanden oder diese sogar noch ausgebaut werden.

Wenn auch das nichts hilft, bleibt nur der Weg der Klage vor dem Sozialgericht.

Wird der Widerspruch anerkannt, werden die beantragten Leistungen rückwirkend gewährt.

Ein halbes Jahr nach dem Antrag auf Ein- bzw. Höherstufung ist ein neuerlicher Antrag möglich. In Fällen, in denen der MDK die Situation nicht allzu falsch eingeschätzt hat, kann es manchmal besser sein, diese Frist verstreichen zu lassen und es erneut zu versuchen, als vor Gericht zu ziehen.

9. Zusätzliche Leistungen für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz – auch vor Anerkennung einer Pflegestufe (§ 45 a/b SGB XI)

→ Folie 5.16: Leistungen für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

Seit dem 1.7.2008 erhalten auch Demenzkranke und andere psychisch beeinträchtigte Menschen, die noch keine Pflegestufe zuerkannt bekommen, aber denen die Gutachter einen Pflegebedarf unterhalb der Pflegestufe 1 und einen hohen allgemeinen Betreuungsbedarf bescheinigen, diese Leistungen.

Die Anspruchsberechtigten nach § 45 a werden in zwei Gruppen unterteilt: eine Gruppe mit im Verhältnis geringerem allgemeinem Betreuungsbedarf, die den so genannten Grundbetrag in Höhe von 100 € monatlich erhält, und eine Gruppe mit einem im Verhältnis höheren allgemeinen Betreuungsbedarf, die den so genannten erhöhten Betrag von 200 € monatlich erhält.

Wer ist anspruchsberechtigt?

→ Folie 5.17: Wer ist anspruchsberechtigt?

Leistungen für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

5.16

- Ist nicht gebunden an die Anerkennung einer Pflegestufe
- Pflegebedürftige erhalten 100 € (= Grundbetrag) bzw. 200 € (= erhöhter Bedarf) pro Monat
- Um Leistungen zu erhalten, muss ein Antrag bei der Pflegekasse gestellt werden
- Wird der Betrag nicht ausgeschöpft, kann der verbleibende Betrag bis 30.6. des folgenden Jahres übertragen werden

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. / Janssen-Cilag GmbH

Folie 5.16

Wer ist anspruchsberechtigt?

5.17

Pflegebedürftige mit eingeschränkter Alltagskompetenz, die nicht dauerhaft in einer stationären Pflegeeinrichtung leben. (demenzkranken Menschen erfüllen in der Regel mindestens 2 der insgesamt 13 Kriterien)

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. / Janssen-Cilag GmbH

Folie 5.17

Anspruchsberechtigt sind demenzkranke Menschen,

1. wenn in der Regel mindestens zwei Kriterien der insgesamt 13 aufgestellten Kriterien erfüllt sind, in der Regel sind dies:
 - a. Störungen der höheren Hirnfunktionen, die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben
 - b. Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren und
2. die nicht dauerhaft in einer stationären Pflegeeinrichtung leben

Der vollständige Kriterienkatalog umfasst 13 Kriterien. Für den Grundbetrag (100 € monatlich) müssen mindestens zwei Kriterien erfüllt sein, wobei ein Kriterium aus dem Bereich 1–9 stammen muss (Folie bei Bedarf auflegen).

Hilfe beim Helfen

Modul 5. Pflegeversicherung und Entlastungsmöglichkeiten

Konstanze Pilgrim, Helga Schneider-Schelte

→ Folie 5.18: Kriterien zur Feststellung für den MDK

1. Unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches („Weglauftendenz“)
2. Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen
3. Unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potentiell gefährdenden Substanzen
4. Tötlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation
5. In Zusammenhang mit speziellen Situationen unangebrachtes Verhalten
6. Unfähigkeit, die eigenen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen
7. Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung
8. **Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigung des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben**
9. Störung des Tag- und Nacht-Rhythmus
10. **Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren**
11. Verkennen von Alltagssituationen und unangemessenes Reagieren in Alltagssituationen
12. Ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten
13. Zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagtheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit auf Grund einer therapieresistenten Depression

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

5.18

Kriterien zur Feststellung für den MDK

Bereiche 1. – 9.	Bereiche 10. – 13.
<ol style="list-style-type: none">1. Unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches („Weglauftendenz“)2. Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen3. Unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen4. Tötlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation5. In Zusammenhang mit speziellen Situationen unangebrachtes Verhalten6. Unfähigkeit, die eigenen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen7. Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung8. Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigung des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben9. Störung des Tag- / Nachtrhythmus	<ol style="list-style-type: none">10. Unfähigkeit, den eigenen Tagesablauf zu planen und zu strukturieren11. Verkennen von Alltagssituationen und unangemessenes Reagieren in Alltagssituationen12. Ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten13. Zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagtheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit auf Grund einer therapieresistenten Depression.

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. / Janssen-Cilag GmbH

Folie 5.18

Für den erhöhten Betrag (200 € monatlich) muss ein weiteres Kriterium entweder aus 1. – 5. oder 9. oder 11. hinzukommen

Wofür können die Leistungen verwendet werden?

→ Folie 5.19: Wofür können diese Leistungen verwendet werden?

5.19

Wofür können die Leistungen verwendet werden?

- **anerkannte regionale Betreuungs- und Entlastungsangebote (z.B. Helferinnenkreise, Betreuungsgruppen)**
- **Tagespflege, Nachtpflege, Kurzzeitpflege**
- **Allgemeine Betreuung und Anleitung durch Pflegedienste**

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. / Janssen-Cilag GmbH

Folie 5.19

Der Betrag kann zweckgebunden eingesetzt werden für:

- Anerkannte regionale Betreuungs- und Entlastungsangebote. Dazu zählen Betreuungsgruppen für die Demenzkranken sowie die Möglichkeit zur stundenweisen häuslichen Entlastung durch geschulte LaienhelferInnen (sog. HelferInnenkreise). Angehörigen und Erkrankten fällt es häufig schwer, Hilfe anzunehmen. Diese „nieder-

Hilfe beim Helfen

Modul 5. Pflegeversicherung und Entlastungsmöglichkeiten

Konstanze Pilgrim, Helga Schneider-Schelte

schwelligen“ Angebote können jedoch ein guter Einstieg sein, die Erkrankten erst einmal nur einige Stunden von “Fremden” betreuen zu lassen.)

- Tagespflege-, Nachtpflege oder Kurzzeitpflege
- Allgemeine Betreuung und Anleitung durch Pflegedienste

Die Liste der anerkannten regionalen Betreuungs- und Entlastungsangebote kann entweder bei der Pflegekasse oder beim Sozialministerium des jeweiligen Bundeslandes angefordert werden.

Die Kosten für die in Anspruch genommenen Angebote werden nach Vorlage von Belegen oder Rechnungen bis zu einer Höhe von 1.200 €/bzw. 2.400 € pro Kalenderjahr erstattet. Nicht ausgeschöpfte Leistungen des Vorjahrs können in das Folgejahr übernommen werden, müssen jedoch bis Mitte des Jahres ausgegeben werden.

Versicherte, die noch keine Pflegestufe haben, aber bereits Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf nach § 45 b erhalten, haben zudem Anspruch auf einen kostenlosen halbjährlichen Beratungseinsatz durch einen Pflegedienst.

■ Überblick über die verschiedenen Entlastungsangebote

Es sollten Informationen über die in der Region verfügbaren Angebote vermittelt werden (ggf. Flyer mitbringen und die Handouts für Notizen austeilen).

Die Einrichtungen sollten kurz benannt (evtl. erklärt) werden, evtl. ergeben sich Nachfragen oder Diskussionsbedarf. Zum Beispiel könnte ermittelt werden, wer schon Erfahrung mit einer der genannten Einrichtungen hat.

Dabei sollte die verbreitet vorhandene Problematik angesprochen werden, dass vorhandene Angebote nicht immer auf die speziellen Bedürfnisse Demenzkranker ausgerichtet sind bzw. es trotz vorhandener Entlastungsangebote nach wie vor an geeigneten Angeboten für die spezielle Gruppe der Demenzkranken mangelt.

→ Folie 5.20: Leistungen im ambulanten Bereich (1)

5.20

Entlastung im ambulanten Bereich (1)

- Regionale Betreuungs- und Entlastungsangebote - z.B. Helferinnenkreis, Betreuungsgruppen
- Ambulanter Pflegedienst
 - Pflege (Grund- und Behandlungspflege)
 - Hauswirtschaftliche Versorgung
 - Pflegeberatung, Pflegekurse (SGB XI, § 45)
 - Pflegeeinsätze (SGB XI, § 37, Abs. 3)

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. / Janssen-Cilag GmbH

Folie 5.20

Bei den flächendeckend vorhandenen **ambulanten Diensten** liegt zumeist der Schwerpunkt ihrer Versorgungsleistungen im Bereich der körperlichen Unterstützungsmaßnahmen. Sie übernehmen die Grundpflege, das Baden, können einmal pro Woche oder jeden Tag kommen. Eine Absprache mit den Pflegediensten, dass möglichst immer die gleichen Pfleger/Pflegerinnen kommen (Bezugspflege), ist sehr hilfreich.

→ Folie 5.21: Leistungen im ambulanten Bereich (2)

5.21

Entlastung im ambulanten Bereich (2)

- Tagespflege
 - 1 bis 5 Tage in der Woche Aufnahme von Tagesgästen
 - Fahrdienst (Hol- und Bringdienst)
 - Evtl. Grund- und Behandlungspflege
 - Beschäftigungsangebote

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. / Janssen-Cilag GmbH

Folie 5.21

Einrichtungen der **Tagespflege** sind bislang im ländlichen Raum häufig noch zu wenig vorhanden. Im Mittelpunkt sollte die Förderung und der Erhalt von Fähigkeiten liegen. Besonders

Hilfe beim Helfen

Modul 5. Pflegeversicherung und Entlastungsmöglichkeiten

Konstanze Pilgrim, Helga Schneider-Schelte

für Menschen mit Demenz kann der Besuch einer Tagespflegeeinrichtung sehr förderlich sein. Voraussetzung ist allerdings, dass speziell geschulte MitarbeiterInnen vorhanden sind, die ihre Angebote an den Bedürfnissen der Demenzkranken ausrichten. In den ersten Tagen können Unsicherheiten und Ängste auftreten. Wichtig ist es, erst einmal einen Probetag zu vereinbaren und sich als Angehöriger selbst ein Bild davon zu machen, ob der Betroffene zufrieden ist. Meistens sieht man dann die Kranken in Aktion, d.h. beim Mitsingen, Erzählen oder Spielen. Die Erfahrung zeigt, dass etwa drei bis sechs Besuche nötig sind, um Wohlbefinden herzustellen.

In der Regel kostet ein Tagespflegeplatz zwischen 30,- und 100,- € (meist nach Pflegestufen gestaffelt). Davon müssen meist zwischen 10,- und 25,- € selbst bezahlt werden für Essen und/oder Fahrtkostenbeteiligung.

Bei der Nutzung von Tagespflege ergeben sich wesentliche Leistungsverbesserungen.

→ Folie 5.22: Leistungsverbesserungen bei der Tagespflege

Das Pflegegeld oder die Sachleistung für einen Pflegedienst bleiben in voller Höhe erhalten (= 100 %), solange für die Tagespflege max. 50 % des möglichen Sachleistungsbetrags gebraucht werden. Wenn der gesamte Sachleistungsbetrag für die Tagespflege (100 %) gebraucht wird, werden immer noch 50 % des Pflegegeldes oder 50 % der Sachleistung für einen Pflegedienst bezahlt. Dies bedeutet, dass sich bei Nutzung der Tagespflege der Satz bis zum 1,5 fachen erhöhen kann.

Rechenbeispiele:

Pflegestufe 1

(215 € Geldleistung / 420 € Sachleistung)

– Werden für Tages- bzw. Nachtpflege 420,- € (= 100 %) ausgegeben, bleiben noch 50 % für Geldleistung (= 107,50 €) bzw. 50 % für Sachleistung (210 €)

– Werden für die Tages- bzw. Nachtpflege 210 € (= 50 %) ausgegeben, bleiben 100 % Geldleistung (=215 €) bzw. 100 % Sachleistung (= 420 €) erhalten.

Leistungsverbesserungen bei der Tagespflege

5.22

Sachleistung für Tages- oder Nachtpflege	Geldleistung oder Sachleistung
100 %	50 %
90 %	60 %
80 %	70 %
70 %	80 %
60 %	90 %
50 %	100 %
40 %	100 %
30 %	100 %
20 %	100 %
10 %	100 %

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. / Janssen-Cilag GmbH

Folie 5.22

Entsprechend gilt dies für die Pflegestufen 2 und 3:

Pflegestufe 2

(420 € Geldleistung / 980 € Sachleistung)

- Werden für die Tages- bzw. Nachtpflege 294 € (= 70 %) ausgegeben, bleiben 80 % für die Geldleistung (336 €) bzw. 80 % Sachleistung (784 €)
- Werden für die Tages- bzw. Nachtpflege nur 196 € (= 20 %) ausgegeben, bleiben 100 % für Geld- bzw. Sachleistung erhalten.

→ Folie 5.23: Leistungen im ambulanten Bereich (3)

Entlastung im ambulanten Bereich (3)

5.23

- **Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI):**
pro Jahr 1.470,- € bzw. 4 Wochen Ersatzpflege
- **Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI):**
pro Jahr 1.470,- €
vorübergehende Aufnahme im stationären Bereich (einige Tage bis mehrere Wochen) = Tag- und Nachtversorgung
- **Ambulant betreute Wohngemeinschaften**

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. / Janssen-Cilag GmbH

Folie 5.23

Verhinderungspflege ermöglicht auch dann die Kranken zu Hause zu betreuen, wenn pflegende Angehörige selbst erkranken oder andersweitig verhindert sind. Im § 39 SGB XI ist die Verhinderungspflege geregelt: Wer

Hilfe beim Helfen

Modul 5. Pflegeversicherung und Entlastungsmöglichkeiten

Konstanze Pilgrim, Helga Schneider-Schelte

zum Zweck der Erholung, wegen Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert ist, kann eine Ersatzpflege für längstens vier Wochen in Anspruch nehmen. Die Aufwendungen dürfen dabei derzeit maximal 1.470,- € betragen (erhöht sich bis zu 1.550,- € in 2012). Voraussetzung ist, dass vorher **sechs** Monate in der häuslichen Umgebung gepflegt wurde. Das Interessante bei dieser Hilfe ist, dass sie auch in Form von ambulanter Versorgung zu Hause wahrgenommen werden kann. Es ist also möglich, eine Pflegekraft, die gewerblich Verhinderungspflege macht (normalerweise machen dies z.B. ambulante Pflegedienste), nach Hause kommen zu lassen. Für die Zeit, für die die Kasse Verhinderungspflege gewährt, gibt es dann kein Pflegegeld, wenn 8 Stunden Verhinderungspflege täglich erreicht bzw. überschritten werden.

Neben einem Pflegedienst können auch andere Personen Verhinderungspflege leisten. Personen, die mit der pflegebedürftigen Person ersten oder zweiten Grades verwandt oder verschwägert sind (z.B. Eltern, Kinder, Großeltern, Enkelkinder, Geschwister oder auch Stiefeltern, Stiefkinder, Schwiegereltern und Schwiegerkinder) bzw. mit ihr in häuslicher Gemeinschaft zusammenleben, erhalten kein Geld aus der Verhinderungspflege.

Es ist außerdem möglich, Verhinderungspflege auch stundenweise in Anspruch zu nehmen. Dazu können sog. HelferInnen engagiert werden. Diese werden von den regionalen Alzheimer Gesellschaften oder auch von ambulanten Diensten zum Umgang mit demenzkranken Menschen geschult und sind zur stundenweisen Entlastung der Angehörigen gedacht. In diesem Fall wird das Pflegegeld auch weiterhin vollständig ausgezahlt. Eine weitere Möglichkeit ist, mittels der Verhinderungspflege auch den Besuch von Betreuungsgruppen oder auch von Tagespflegeeinrichtungen zu finanzieren. Auch hierbei handelt es sich um (stundenweise) Ersatzpflege.

Die **Kurzzeitpflege** ist häufig an vollstationären Pflegeeinrichtungen angebunden, manchmal aber auch eigenständig. Da Menschen mit Demenz Schwierigkeiten haben, sich in einer fremden Umgebung zurechtzufinden, ist es wichtig darauf zu achten, dass das Personal Erfahrung im Umgang mit Demenzkranken hat.

§ 42 SGB XI regelt den Anspruch auf Kurzzeitpflege. Wenn häusliche Pflege in der Übergangszeit im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt oder in Krisensituationen (z.B. weil die pflegende Ehefrau selbst ins Krankenhaus muss oder krank wird) nicht möglich ist, kann für die Dauer von vier Wochen bzw. bis zur Höhe von 1.470,- € die Kurzzeitpflege in Anspruch genommen werden. Im Gegensatz zur Verhinderungspflege (§ 39) gibt es hier nicht die Voraussetzung, sechs Monate gepflegt haben zu müssen. Kurzzeitpflege findet immer entweder in Pflegeheimen oder in speziellen Einrichtungen statt. Es handelt sich also um einen kurzzeitigen stationären Aufenthalt. Die Kosten liegen bei ca. 60,- bis 80,- € pro Tag. Ein Teil dieser Kosten, ca. 10,- bis 13,- €, muss vom Pflegebedürftigen selbst bezahlt werden (die sog. Hotelkosten für Essen etc.).

An manchen Orten existieren **Wohngemeinschaften** für Demenzkranke, in denen in der Regel 6 bis 8 Personen in ganz normalen Mieträumen zusammenleben und von einem Pflegedienst rund um die Uhr ambulant betreut werden.

Erfahrungen in der Arbeit für und mit Angehörigen von Demenzkranken zeigen, dass Angehörige sich oftmals nicht leicht tun, ihre Kranken in Stunden- oder Tagesbetreuung zu geben. Für viele ist dies ein mühsamer und auch schmerzhafter Lernprozess, in dem u. a. die Erfahrung »Ich bin ersetzbar« ausgehalten werden muss.

Ü: Austausch über die Erfahrungen, die Angehörige mit diesen Angeboten gemacht haben. Was war hilfreich? Was hindert daran, diese Angebote anzunehmen?

Hilfe beim Helfen

Modul 5. Pflegeversicherung und Entlastungsmöglichkeiten

Konstanze Pilgrim, Helga Schneider-Schelte

■ Weitere Leistungen

→ Folie 5.24: Weitere Leistungen der Pflegeversicherung

§ 40 SGB XI sieht die Gewährung von **Pflegehilfsmitteln und technischen Hilfen** vor. Dafür sind 31,- € pro Monat vorgesehen.

Unter Pflegehilfsmitteln werden zum Verbrauch bestimmte Hilfen verstanden, also z.B. Desinfektionsmittel, Einmalhandschuhe, Mundschutz, Krankenunterlagen, bestimmte Salben. Technische Hilfen sind z.B. Hausnotrufsysteme, Pflegebetten, Roll- und Nachstühle, Badelifter etc. Gerade letztere werden in der Regel von den Kassen leihweise überlassen. Falls sie nicht leihweise überlassen werden, muss pro Hilfsmittel eine Eigenleistung von 10 %, höchstens jedoch 26,- € selbst getragen werden.

Windeln werden in der Regel vom Arzt verordnet und damit von der Krankenkasse bezahlt. Auch bei Rollstühlen kann dies der Fall sein.

Über diese Hilfsmittel hinaus sieht der Absatz 4 dieses Paragraphen unter bestimmten Voraussetzungen auch Zuschüsse für Maßnahmen zur **Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes** vor. Die Obergrenze pro Maßnahme liegt allerdings bei 2.557,- €. Denkbar sind hier beispielsweise Türverbreiterungen, Schwellenenfernungen, Umbau des Bades, aber auch der Umzug in eine Wohnung im Erdgeschoss.

Im § 43 SGB XI ist die **vollstationäre Pflege** geregelt. Darauf haben Pflegebedürftige dann Anspruch, wenn häusliche und teilstationäre Pflege nicht mehr in Frage kommen. Die Pflegeversicherung übernimmt hierfür die Kosten in der Pflegestufe 1 in Höhe von 1.023,- €, in der Stufe 2 in Höhe von 1.279,- € und in der Pflegestufe 3 in Höhe von 1.470,- €. Darüber hinaus gibt es noch Härtefälle bei außergewöhnlich hoher und intensiver Pflege, die das Maß der Pflegestufe 3 weit übersteigen. Für sie werden die Kosten in Höhe von 1.750,- € (1.825 € ab 1.1.2010 und 1.918 € ab 1.1.2012) übernommen.

Weitere Leistungen der Pflegeversicherung

5.24

- § 40 SGB XI: Pflegehilfsmittel und technische Hilfen (z.B. Einmalhandschuhe, Krankenunterlagen) max. 31,- € / Monat
- § 40, Absatz 4 SGB XI: Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes bis zu der Obergrenze von 2.557,- € / Maßnahme
- § 43 SGB XI: vollstationäre Pflege abhängig von Pflegestufe
- § 44 SGB XI: Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen
- § 45 SGB XI: Pflegekurse /Pflegerberatung
- Pflegezeit für Beschäftigte

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. / Janssen-Cilag GmbH

Folie 5.24

Pflegezeit für Beschäftigte

Angehörige, die pflegen, haben für die Dauer von bis zu sechs Monaten einen Anspruch auf unbezahlte, aber sozialversicherte Freistellung von der Arbeit mit Kündigungsschutz (bei Betrieben mit mehr als 15 Beschäftigten).

Wenn jemand unerwartet pflegebedürftig wird, haben die Beschäftigten einen Anspruch auf **kurzzeitige Freistellung** für bis zu 10 Arbeitstage. Damit kann in einer akut auftretenden Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege organisiert oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sichergestellt werden (sog. Kurzzeitige Arbeitsverhinderung). Auch in dieser Zeit ist der frei gestellte Arbeitnehmer sozialversichert.

§ 44 SGB XI sieht für die pflegenden Angehörigen **Leistungen zur sozialen Sicherung** der Pflegeperson vor. Diese beinhalten für Angehörige, die mindestens 14 Stunden in der Woche pflegen, aber nicht mehr als 30 Stunden in der Woche arbeiten, Beiträge in die Rentenversicherung vor. Diese liegen zwischen knapp 100,- € und ca. 330,- €, je nach Pflegestufe und Pflegeaufwand. Um diese Leistungen zu erhalten, muss bei der Pflegekasse ein Antrag gestellt werden.

Außerdem sind pflegende Angehörige automatisch in der gesetzlichen **Unfallversicherung** versichert. Diese greift aber nur dann, wenn der Unfall im Zusammenhang mit der Pflgetätigkeit steht.

Hilfe beim Helfen

Modul 5. Pflegeversicherung und Entlastungsmöglichkeiten

Konstanze Pilgrim, Helga Schneider-Schelte

Eine weitere Leistung der Pflegeversicherung sind die in § 45 SGB XI festgelegten **Pflegekurse**. Die Pflegekassen sollen für Angehörige und ehrenamtlich Pflegende Schulungskurse anbieten, die die Pflege erleichtern und die mit ihr verbundenen Belastungen mindern.

Zudem haben Angehörige Anspruch auf umfassende **Pflegeberatung**. Ab 1. Januar 2009 ist dieser individuelle Anspruch auf Pflegeberatung gesetzlich verankert. Dann sollen wohnortnah Beratungsmöglichkeiten, z.B. in Pflegestützpunkten, vorgehalten werden, bei denen pflegende Angehörige umfassend beraten werden. Pflegeberater erstellen gemeinsam mit dem Pflegebedürftigen und allen anderen an der Pflege Beteiligten einen individuellen Versorgungsplan (Fallmanagement).

■ Hilfe zur Pflege

↳ Folie 5.25: Sozialversicherung:
Hilfe zur Pflege

Nicht pflegeversicherte Personen bzw. Menschen, die ein sehr geringes Einkommen und Vermögen besitzen, haben entweder selbst oder durch ihre Angehörigen die Möglichkeit, Leistungen beim Sozialamt (Hilfe zur Pflege) zu beantragen, die denen der Pflegeversicherung gleichkommen (§§ 61 ff. SGB XII).

Sozialversicherung: Hilfe zur Pflege

5.25

- §§ 61 ff. SGB XII:
Leistungen für nicht pflegeversicherte Personen bzw. einkommensschwache Menschen mit geringem Vermögen, bei denen die Pflegeversicherung (noch) nicht greift

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. / Janssen-Cilag GmbH

Folie 5.25