

Pfarrerinnen- und Pfarrerverein in der EKHN e. V.
Melsunger Str. 8a
60389 Frankfurt am Main
Tel.: 069 / 471820
E-Mail: info@pfarrverein-ekhn.de

Solidarfonds
Melsunger Str. 8a
60389 Frankfurt am Main
Tel.: 069 / 94762057
E-Mail: solidarfonds@pfarrverein-ekhn.de

Beihilfestelle der EKHN
Paulusplatz 1
64285 Darmstadt
Leiterin: Katrin Vollhardt
Tel. 06151 / 405 322
E-Mail: katrin.vollhardt@ekhn-kv.de

MDK – Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
www.mdk-hessen.de

Medicproof – Der medizinische Dienst der Privaten
www.medicproof.de
E-Mail: info@medicproof.de, Tel. 0221 / 88844-0

Was tun, wenn man Pflege braucht?

Solidarfonds
und
Pfarrerinnen- und Pfarrerverein
in der EKHN e. V.

10. Schlussbetrachtung und Fazit

Es war das Anliegen der Verfasser, eine kurze und übersichtliche Broschüre als Handlungsempfehlung zu erstellen. Während der Bearbeitung hat sich dieser Anspruch als nur bedingt umsetzbar erwiesen. Daher möchten wir zum Abschluss Mut machen und helfen, eine Übersicht über die beiden wichtigsten Punkte zu geben:

1. Sorgen Sie vor:

- Rechtliche Vorsorge ist die unabdingbare Voraussetzung für eine gelungene Pflegesituation.
- Eine frühzeitige Inanspruchnahme von Diensten und Hilfen ermöglicht mehr Autonomie.
- Knüpfen Sie ein Netz verlässlicher Strukturen professioneller, semiprofessioneller und privater Partner zu den Zeiten, zu denen Sie das noch selbst können.

2. Lassen Sie sich beraten und begleiten:

Schier undurchdringliche Leistungsstrukturen, bürokratische Hürden, überfordernde Situationen, Zeitdruck, Finanzierungsfragen, psychologische Momente – kaum einer schafft dies alleine. Suchen Sie sich verlässliche, fachkompetente, unabhängige Partner, die nicht nur einmalig, sondern dauerhaft zur Verfügung stehen. Insbesondere beihilfeberechtigten Pfarrerinnen und Pfarrern steht auch die Leiterin der Beihilfestelle der EKHN in Darmstadt, Katrin Vollhardt, gerne beratend zur Seite.

Diese Broschüre basiert auf jahrelanger Beratungstätigkeit und den Schlussfolgerungen aus eigenen familiären Erlebnissen. Sie erhebt nicht den Anspruch auf Vollständigkeit und juristische Belastbarkeit. Wir bitten ebenso um Beachtung, dass sich im Pflegebereich ständig sehr viel ändert.

Inhaltsverzeichnis

Was tun, wenn man Pflege braucht?	S. 2
Pflege – ein Tabuthema	
Die beste Lösung finden	
1. Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung	S. 4
2. Beratung	S. 7
3. Antragstellung	S. 8
Faustregeln zur Pflegestufe	
4. Leistungen der Pflegeversicherung	S. 10
Leistungen bei ambulanter Pflege	S. 11
Leistungen bei stationärer Pflege	S. 12
Leistungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (Demenzkranken)	S. 12
Leistungen der Tagespflege	S. 13
Leistungen der Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege	S. 13
5. Kosten der Pflege	S. 14
6. Welches „Pflege-Setting“ ist das Richtige?	S. 15
Häusliche Pflege	S. 16
Pflege durch eine selbst beschaffte Haushaltshilfe	S. 16
Stationäre Pflege	S. 17
Betreutes Wohnen	S. 18
7. Ärztliche und medizinische Versorgung bei Pflegebedürftigkeit	S. 19
Hausarzt	S. 19
Behandlungspflege	S. 20
Facharzt	S. 20
Therapie	S. 21
Geriatric	S. 22
8. Demenz	S. 23
9. Leistungen des Solidarfonds	S. 27
10. Schlussbetrachtung und Fazit	S. 28
Wichtige Adressen – Rückseite der Broschüre	

Was tun, wenn man Pflege braucht?

Manchmal kann es sehr schnell gehen. Nach einem Unfall, einer schweren Operation, einem Sturz oder einem Schlaganfall wird oft schnell klar, dass ein Angehöriger Pflege benötigt, vielfach auf Dauer. Pflegebedürftigkeit kann von einem Tag auf den anderen das Leben radikal verändern. Man sollte gut darauf vorbereitet sein.

Pflegebedürftigkeit kann auch ein schleichender Prozess sein. Der Alltag wird beschwerlicher, Wohnung und Kleidung werden zunehmend vernachlässigt, das Verhalten verändert sich, zeitliche und örtliche Orientierung sind gestört. All dies können Anzeichen für eine zunehmende Hilfsbedürftigkeit sein.

Pflege – ein Tabuthema

Betroffene schämen sich oft, Überforderung einzugestehen und fremde Hilfe anzunehmen. Wer gesteht sich schon gerne ein, dass Fähigkeiten, die man als Kleinkind gelernt hat, auf einmal nicht mehr selbstverständlich sind? Wer will schon gerne anderen zur Last fallen? Viele lassen erst dann Hilfe zu, wenn es gar nicht anders geht. Das Bedürfnis nach Autonomie ist ein Leitmotiv, das einerseits viel Energie freisetzt, aber andererseits verhindert, sich frühzeitig um ein funktionierendes Hilfesystem zu kümmern. Dabei lohnt es sich, rechtzeitig und offen mit dem Thema Pflege umzugehen, denn es ist paradox: Die Erfahrung zeigt, dass diejenigen, die gelernt haben, Hilfe anzunehmen, auch bei Pflegebedürftigkeit noch weitgehend selbstbestimmt bleiben. Wer völlig unvorbereitet getroffen wird, muss oft mit einer Lösung vorliebnehmen, die gar nicht den eigenen Vorstellungen entspricht.

6. Menschen, die Demenzkranke pflegen, brauchen mehr denn je Unterstützung, Verständnis und Seelsorge!

7. Menschen mit Demenz können lernen! Auch wenn kognitive Einschränkungen vieles nicht mehr zulassen, das Erfahrungslernen steht weiterhin zur Verfügung. Insofern kann und soll man ausprobieren, was gut ist und nicht nur darauf beharren, den Status quo zu „verwalten“.

Mit dem Pflegestärkungsgesetz stehen seit Anfang 2015 auch Leistungen zur Betreuung von Demenzkranken zur Verfügung (**Pflegestufe 0** = Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, aber ohne Pflegebedarf). Es ist damit zu rechnen, dass Entlastungsangebote wie Tagespflege, Betreuungsgruppen und Einzelbetreuung sich in nächster Zeit noch stärker entwickeln werden.

Unter „Demenz-Bundesgesundheitsministerium“ finden Sie im Internet zum obigen Thema den Artikel „Leben mit Demenz“ v. 15.07.2015.

9. Leistungen des Solidarfonds

Seit einigen Jahren sieht sich der Solidarfonds des Pfarrerrinnen- und Pfarrervereins in der EKHN e. V. zunehmend mit der Bitte um Unterstützung im Pflegefall konfrontiert und hat daraufhin mit der Einführung der folgenden Leistungen reagiert (s. Richtlinien des Solidarfonds, § 7, Abs. 1i):

Zu ärztlich verordneten und dem Grundsatz nach beihilfefähigen Pflegehilfsmitteln leistet der Solidarfonds 50% der durch die Beihilfe und Pflegeversicherung nicht gedeckten Kosten, höchstens jedoch 1.000,- Euro pro Jahr. Bei Kurzzeitpflege leistet der Solidarfonds pauschal 20,- Euro pro Tag. Das Tagegeld wird für die Dauer der Kurzzeitpflege, aber maximal für 28 Tage pro Kalenderjahr gewährt.

die Krankheit ist ebenso wichtig wie der Schritt, die Krankheit annehmen zu können, sofern man das vermag. Die Krankheit ist nicht heilbar, aber therapierbar. Körperliche und geistige Bewegung wirken positiv darauf ein.

2. Die gleiche Anpassungsleistung – und vielleicht noch mehr – wird dem Umfeld des Betroffenen abverlangt. Angehörige verstehen oft „die Welt nicht mehr“ und sind somit ebenso verwirrt wie die Betroffenen selbst. Wenn z. B. eine Demenzerkrankte in der Person, die sie pflegt, nicht mehr ihre Tochter, sondern ihre Mutter sieht, stellt das die Situation völlig auf den Kopf und lässt die Betroffenen ratlos und nicht selten überfordert zurück.

3. Ein „verstehender Umgang“, der den Betroffenen in der Realität lässt, die er wahrnimmt, ist hilfreicher, als der ständige Versuch, einen Demenzkranken von den „Fakten“ zu überzeugen. Dabei muss man auch nicht lügen: Die Frage des Demenzkranken, wann denn seine Mutter komme, muss man nicht beantworten: Man kann versuchen, dem Bedürfnis nach Sicherheit, das aus dieser Frage auch sprechen kann, gerecht zu werden.

4. Wenn Demenzkranke sich „daneben benehmen“ hilft es auch, sich vor Augen zu halten, für wen dies nun eigentlich schlimm ist: Für den Kranken, für mich oder nur für die Restaurantbesucher, die sich Blicke zuwerfen. Demenzkranke haben oft etwas „entwaffnend Ehrliches“ an sich, was die Angehörigen dann zu Äußerungen wie „Mutter, so kenne ich Dich ja gar nicht!“ hinreißt. Oft treten auch Fähigkeiten oder Charakterzüge – positive wie negative – zutage, die eine starke Entfremdung der vermeintlich vertrauten Person zur Folge haben.

5. Demenz ist eine Krankheit, bei der man es nicht wirklich richtig machen kann, aber auch nichts falsch. Wer es schafft, sich eine gewisse Lockerheit, am besten gepaart mit viel Humor, zuzulegen, kommt oft besser damit zurecht.

Die beste Lösung finden

Auch wenn die Situation oftmals überfordernd ist und dazu womöglich schnelle Entscheidungen verlangt werden: Zuerst sollte geklärt werden, wie viel Hilfe der Pflegebedürftige braucht und welche die bestmögliche Lösung für alle Betroffenen ist. Die meisten Menschen möchten im Pflegefall zu Hause von Angehörigen gepflegt werden. Aber das lässt sich nicht immer verwirklichen. Oft brechen auch alte Konflikte und Verletzungen auf, wenn Pflegefragen in der Familie geklärt werden müssen.

Diese Broschüre soll eine Art Lotse sein, wie man sich möglichst zielgerichtet der Lösung anstehender Fragen in einem Pflegefall nähert.

Markus Förner, Leiter des Hufeland-Hauses, Frankfurt am Main
Hans Gustav Treplin, Pfarrer i.R., Bad Homburg

Werner Böck, Pfarrer
und Vorsitzender des Verwaltungsrats des Solidarfonds
und Sabine Gaßmann, Geschäftsstelle des Pfarrerinnen-
und Pfarrervereins (Pkt. 9 und Endredaktion)

Frankfurt / Bad Homburg, August 2015

1. Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung

Da eine Pflegesituation in jeder Lebensphase eintreten kann, sollte ein jeder schriftlich frühzeitig festlegen, was er sich wünscht, wenn er seinen Willen nicht mehr wirksam erklären kann. Die wichtigste und zugleich komplizierteste Frage ist der Umgang mit lebensverlängernden oder -erhaltenden Maßnahmen.

Ein häufiges Missverständnis besteht in der Annahme, dass Angehörige, insbesondere Kinder, Eltern oder Ehepartner „im Falle eines Falles“ für den Betroffenen entscheiden dürften. Das ist keineswegs so. Deshalb sollte eine Vorsorgevollmacht Pflicht für jedermann sein, unabhängig von Alter, Krankheit oder Familienstand.

Mit einer Vorsorgevollmacht bevollmächtigt der Vollmachtgeber eine Person seines uneingeschränkten Vertrauens, für ihn in allen wichtigen Fragen zu entscheiden, wenn er selbst nicht mehr entscheidungsfähig ist. Die Vorsorgevollmacht sollte auch eine Betreuungsverfügung enthalten. Damit wird festgelegt, wer vom Vormundschaftsgericht als Betreuer eingesetzt werden soll, wenn dies unvermeidlich ist.

Wer einer Person uneingeschränktes Vertrauen schenken kann, kann diese auch mit einer Generalvollmacht ausstatten. Dies führt dazu, dass der Vollmachtnehmer schon direkt nach Erhalt anstelle des Vollmachtgebers tätig werden kann und es verhindert, dass im Akutfall erst der Vorsorgefall festgestellt werden muss. Vordrucke mit rechtssicheren Formulierungen können beim Bundesjustizministerium heruntergeladen werden (www.bmjv.de).

8. Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigungen Des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen führen
9. Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus
10. Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren
11. Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen
12. Ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten
13. Häufig auftretende Niedergeschlagenheit, Verzagtheit, Hilflosig- oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression.

Die Alltagskompetenz ist erheblich eingeschränkt, wenn der Gutachter des Medizinischen Dienstes beim Pflegebedürftigen wenigstens in zwei Bereichen, davon mindestens einmal aus einem der Bereiche 1 bis 9, dauerhafte und regelmäßige Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen feststellt (§ 45a SGB XI).

Einige Leitgedanken zum Thema „Demenz“

Das Thema Demenz ist so umfangreich und fördert so vielfältige Situationen zutage, dass auch hier eine eindimensionale „Gebrauchsanleitung“ völlig fehl am Platz wäre. Daher beschränken wir uns auf ein paar Grundüberlegungen:

1. Wie jede Krankheit verläuft auch Demenz in verschiedenen Stadien, die nicht in gleicher Reihenfolge und einheitlicher Dauer verlaufen müssen. Jedes Stadium erfordert eine andere Anpassungsleistung vom Betroffenen: Eine aktive Auseinandersetzung und Kampfansage gegen

- Suchtmittelabhängigkeit und Entzug (Das in Krankenhäusern oft beobachtete „Durchgangssyndrom“ kann auch eine Folge eines „kalten“ Entzugs von Medikamenten oder Alkohol sein.)
- Daneben gibt es im Alter nicht selten auch Psychosen. Schon so manche „Verwirrtheit“ entpuppte sich als Wahnvorstellung.

Wie bei anderen Krankheiten auch sollte eine gezielte Diagnostik am Anfang jeder Behandlung stehen, um danach entsprechend zu therapieren. Und wie bei anderen Krankheiten auch spielt die Diagnose wiederum keine Rolle bei der Frage von Leistungen, die die Pflegeversicherung bietet. Für den Leistungsbezug ist ausschließlich von Bedeutung, wie sich Demenz, Depression etc. im Alltag auswirken, also wie eingeschränkt die sogenannte Alltagskompetenz ist.

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

1. Unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauftendenz)
2. Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen
3. Unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen
4. Tätlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation
5. Im situativem Kontext inadäquates Verhalten
6. Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen
7. Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung

WICHTIG:

- Eine Vollmacht ist Ausdruck des freien Willens gem. Art. 2 GG. Sie muss aus freien Stücken erstellt werden. Eine Vollmacht kann in Frage gestellt werden, wenn der freie Wille des Betroffenen nicht mehr zweifelsfrei vorliegt; dies ist ein weiteres Argument dafür, sich wirklich frühzeitig darum zu kümmern.
- Eine Vorsorgevollmacht muss NICHT unbedingt beglaubigt oder notariell bestätigt sein. Dies ist nur erforderlich, wenn Wohneigentum vorhanden ist. Sonst genügt die einfache Unterschrift. Der Vollmachtgeber sollte die Vollmacht aber in regelmäßigen Abständen (z.B. jährlich) schriftlich bestätigen.
- Vollmachten können auch gegen eine geringe Gebühr vom Ortsgericht beglaubigt werden.
- Das Original sollte entweder der Vollmachtnehmer aufbewahren (der dann sofort tätig werden kann) oder es sollte an einem Ort aufbewahrt werden, an dem es jederzeit verfügbar ist (also nicht in einem Bankschließfach). Es empfiehlt sich auch, ein Kärtchen beim Personalausweis zu tragen, auf dem steht, dass eine Vollmacht existiert und wo sich diese befindet, z. B.:

Ich, Hans Müller, Pfr. i. R., geb. am _____ habe

- eine Vorsorgevollmacht
- eine Patientenverfügung erstellt.

Diese befindet sich _____

oder

Ich, Hans Müller, Pfr. i. R., geb. am _____ habe

- eine Vorsorgevollmacht
- eine Patientenverfügung erstellt.

Der Vollmachtnehmer ist Herr / Frau

Die Vollmacht liegt bei ihm / ihr im Original.

Eine Patientenverfügung hingegen drückt die individuelle Haltung zu wichtigen, vor allem ethischen, Fragen des Lebens aus. Damit sie möglichst wenig in Frage gestellt wird, sollte bei der Patientenverfügung erkennbar sein, dass man sich bei der Erstellung persönlich mit den Fragen auseinandergesetzt hat. Meist geht es um die eigene Haltung zu komplexen medizinischen Fragen. Einfache Formeln wie „keine Schläuche!“ genügen nicht, um die gesamte Bandbreite lebensverlängernder Maßnahmen abzubilden. Insofern ist eine Beratung durch einen Arzt in jedem Fall sinnvoll. Daher sollte die Patientenverfügung

- mit der Hand geschrieben sein und
- nach Möglichkeit von einem Arzt des Vertrauens mit unterschrieben sein (oder zumindest den Passus enthalten, dass sie mit einem Arzt besprochen wurde).

Auch die Patientenverfügung muss nicht (notariell) beglaubigt sein und sollte regelmäßig überprüft werden. Sie kann mit anderen, z.B. mit einem Vollmachtnehmer, durchgesprochen sein. Auch sollte man dies dokumentieren.

Patientenverfügung: WAS soll mit mir geschehen, wenn ich nicht selbst entscheiden kann?

Vorsorgevollmacht: WER ist dann dafür zuständig, meinen Willen durchzusetzen?

8. Demenz

Demenz gehört zu den häufigsten Erkrankungen im Alter und umschreibt einen Abbau des Gedächtnisses sowie geistiger, emotionaler und sozialer Fähigkeiten. Das Ausmaß an Hilfe und Pflege erhöht sich mit dem Fortschreiten der Erkrankung. Alltägliche Tätigkeiten wie Körperreinigung, Anziehen, Essen, Gehen oder Toilettennutzung werden für die Betroffenen zunehmend schwieriger oder gar nicht mehr zu bewältigen.

Daneben kann es Erkrankten immer schwerer fallen, ihre Anliegen, Wünsche und Beschwerden zu äußern. Auch können Orientierungsstörungen und Verhaltensänderungen auftreten, die eine ständige Betreuung und Beaufsichtigung erfordern. Wenn sich zudem Aggressionen entwickeln, stellt dies die Angehörigen vor große seelische und auch körperliche Herausforderungen.

Wichtig: Demenz ist nur eine von mehreren gerontopsychiatrischen Erkrankungen (= Psychische Krankheiten im Alter). Leider wird sie nicht immer richtig diagnostiziert (z.B. durch eine Computertomographie). Bei Verhaltensauffälligkeiten im Alter muss man immer auch an folgende, mögliche Ursachen denken:

- Neben- und Wechselwirkungen von Medikamenten jeglicher Art, vor allem aber von Herz-Kreislauf-Medikamenten, Blutdruckmedikamenten, Schlaf-, Schmerz- oder Beruhigungsmitteln. Alte Menschen reagieren manchmal „paradox“ auf Medikamente, d.h. ein Beruhigungsmedikament kann das Gegenteil bewirken. Ein Betablocker kann aber auch Verwirrheitszustände auslösen.
- Depression (Es wird vermutet, dass Traumata bei der Entstehung psychischer Krankheiten eine Rolle spielen; auch hormonelle Veränderungen können Depressionen auslösen.)

Psychotherapie

Es gibt keine Regelung, dass eine Psychotherapie nur für Menschen bis zu einem gewissen Lebensalter zur Verfügung steht. Im Gegenteil: Im Falle traumatisierender Erlebnisse kann Psychotherapie helfen, diese auch im fortgeschrittenen Alter adäquat zu verarbeiten; es besteht sogar die Vermutung, dass es einen Zusammenhang zwischen Trauma und Demenz gibt.

Dennoch ergeben sich oft Einschränkungen praktischer Art: Alte Menschen sind oft aufgrund eingeschränkter Kognition oder Gedächtnisfähigkeit nur bedingt therapiefähig. Und außerdem gibt es kaum Therapeuten, die auf die Bedürfnisse alter/pflegebedürftiger Menschen eingehen können.

Geriatric

Geriatric, die Lehre von den Alterskrankheiten, ist eine Fachdisziplin, die in Hessen nahezu ausschließlich im Krankenhaus verortet ist.

Kernanliegen der Geriatric ist dabei die Wiederherstellung von Selbständigkeit im Alter. Typische geriatriche Krankheitsbilder sind Arteriosklerose und ihre Folgen (Herzinfarkt, Schlaganfall), Demenz, Depression, Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes), Operationen (z.B. Hüftgelenkoperation nach einem Sturzereignis) und nicht zuletzt die Behandlung alter Menschen mit mehreren Erkrankungen.

Eine stationäre Behandlung oder eine Behandlung in einer geriatriche Tagesklinik ist meist auf einen festen Zeitrahmen begrenzt. Zu den Behandlungsprinzipien gehört die Zusammenarbeit in einem geriatriche Team, bestehend aus Ärzten, Pflegern und Therapeuten.

2. Beratung

Egal, ob Pflegebedürftigkeit akut oder schleichend eintritt - sie verändert für die Betroffenen, aber auch für das Umfeld, viel, manchmal alles: Lebensentwürfe müssen geändert werden, Aufgaben und Rollen müssen oft neu verteilt werden, Finanzen, aber auch das Wohnumfeld können erheblich in Mitleidenschaft gezogen werden. Viel Bedarf an Beratung!

Doch wer kann eine unabhängige Beratung anbieten? Seit dem Jahr 2008 besteht für Pflegebedürftige ein gesetzlicher Anspruch auf kostenlose und unabhängige Beratung durch Pflegestützpunkte, die von den Kommunen in Sozialämtern oder im Sozialrathaus vorgehalten werden. Ebenso bieten ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen Beratung an, z.B. Diakoniestationen, ambulante Pflegedienste oder auch Sozialdienste im Krankenhaus, wobei bei letzteren auch Eigeninteressen eine Rolle spielen können.

Viele diakonische Einrichtungen – stationär und ambulant – sehen eine umfassende Beratung als Teil ihres diakonischen Verständnisses. Warum sollte man dies nicht in Anspruch nehmen?

Bei Konflikten innerhalb der Familie bei der Suche nach einer angemessenen Pflege ist manchmal auch die Hilfe einer Familienmediation empfehlenswert.

Die bei der Beratung wichtigste Frage ist sicherlich: Wo soll Pflege stattfinden und wer soll sie leisten?

Für die Beantwortung dieser zentralen Frage finden Sie wichtige Hinweise in Kapitel 6 dieser Broschüre. Die Beantwortung dieser Frage sollte als Erstes erfolgen, unabhängig von der Frage nach Leistungen (s. Kapitel 4) und Kosten (s. Kapitel 5).

3. Antragsstellung

Hat man den Eindruck, dass Pflegebedürftigkeit vorliegt, so beantragt man die Feststellung dieser Pflegebedürftigkeit bei seiner Pflegekasse (bei gesetzlich Versicherten) oder bei seiner Pflegeversicherung (bei privat Versicherten). Träger ist in der Regel die jeweilige Krankenkasse bzw. -versicherung. Ein Pflegeantrag kann formlos erfolgen. Jede Mitteilung an die Pflegekasse mit dem Wunsch nach Leistungserbringung wird als Antrag auf die gesetzlich geregelten Pflegeleistungen gewertet. Dies kann auch telefonisch geschehen. In den meisten Fällen senden die Pflegekassen daraufhin ein Formular an den Antragsteller. Die Pflegebedürftigkeit wird dann durch den **MDK** (Medizinischer Dienst der Krankenkassen) bzw. durch **Medicproof** (Medizinischer Dienst der Privaten) festgestellt. Die Begutachtung ist kostenlos, und viele Begutachter nehmen ihre Aufgabe ernst, gleichzeitig auch zu beraten.

Beim Ausfüllen des Formulars und bei der Begutachtung durch die Medizinischen Dienste zur Frage der Einstufung muss sehr sorgfältig vorgegangen werden. Auf keinen Fall sollte der Pflegebedürftige damit allein gelassen werden, da dann zu oft ein zu positiver Eindruck beim Gutachter entsteht und eine Anerkennung damit gefährdet wird. Diakonie-stationen oder ambulante Pflegedienste können hierfür hinzugezogen werden.

Die pflegebedürftige Person erhält nach der Begutachtung binnen fünf Wochen einen Einstufungsbescheid der Pflegekasse/-versicherung. Erst auf diesen Bescheid hin und wenn eine Einstufung in eine Pflegestufe vorliegt, kann die pflegebedürftige Person konkrete Leistungen zur Pflege beantragen. Vor der Einstufung in eine Pflegestufe (auch Pflegestufe 0) zahlt die Pflegekasse/-versicherung keine Pflegeaufwendungen. Die Leistungen werden (meist rückwirkend) ab dem Feststellungsdatum gezahlt, das aus dem Einstufungsbescheid hervorgeht.

Fachärzte sind häufig auf Apparate angewiesen, ohne die sie nicht tätig werden können. Hier eine Liste wichtiger, in Frage kommender Fachärzte; Fachärzte, die auch Haus- oder Heimbesuche durchführen (oder durchführen sollten), sind mit (*) gekennzeichnet:

<u>Augenheilkunde</u>	Gutes Sehen erhöht nicht nur die Lebensqualität, sondern mindert auch das Sturzrisiko wenn z.B. chronische Wunden vorliegen
<u>Chirurgie</u>	
<u>Gynäkologie (*) /</u>	
<u>Urologie (*)</u>	oft wichtig im Zusammenhang mit Inkontinenz zur Behandlung von Stoffwechselerkrankungen
<u>Innere Medizin</u>	
<u>Neurologie</u>	z.B. bei Behandlung von Lähmungen, Abbauprozessen im Gehirn
<u>Orthopädie</u>	Mobilität und Schmerzfreiheit sind ein Stück Lebensqualität
<u>Psychiatrie / Geronto-</u>	
<u>psychiatrie (*)</u>	wichtig bei Demenz oder Depression
<u>Zahnmedizin (*)</u>	Zahnprobleme können zu Mangelernährung, aber auch zu schweren Entzündungen innerer Organe führen (z.B. Herzinnenhaut)

Therapie

Zum Erhalt, zur Förderung und zur Wiederherstellung von Fähigkeiten gibt es verschiedene Therapieformen.

Die wichtigsten sind:

<u>Physiotherapie</u>	Förderung der Bewegungsfähigkeit
<u>Ergotherapie</u>	das (Wieder-)Erlernen alltagspraktischer Fähigkeiten
<u>Logopädie</u>	Förderung des Kauens, Schluckens, Sprechens, Therapie wird auch vom Arzt verordnet.

Ein guter Hausarzt findet mit Betroffenen und dessen Umfeld eine gute Balance zwischen zwei Extremen: dem Anspruch, trotz Alter und Pflegebedürftigkeit nicht auf eine umfassende Behandlung verzichten zu müssen und dem Anspruch, jemanden aufgrund einer eingeschränkten Prognose nicht um jeden Preis mit aller Konsequenz zu behandeln.

Behandlungspflege

Der Hausarzt kann bestimmte medizinische Leistungen auch an Pflege(fach)kräfte delegieren, die dann von einem Pflegedienst oder einer stationären Einrichtung durchgeführt werden. Diese Leistungen im Zusammenhang mit Diagnostik und Therapie nennt man „Häusliche Krankenpflege“ oder „Behandlungspflege“; sie müssen vom Haus- oder auch vom Facharzt verordnet werden. Die Kosten werden (auf Antrag und nach Genehmigung) von der Krankenkasse übernommen. Zur häuslichen Krankenpflege gehören vor allem:

- das Richten und Verabreichen von Medikamenten
- das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen
- das Verabreichen von Injektionen (z.B. Insulin, Heparin)
- die Versorgung von Wunden und Dekubiti
- die Versorgung von suprapubischen Kathetern
- das Messen von Blutzucker und Blutdruck
- das Verabreichen von Infusionen
- Katheterisierung der Harnblase
- Stomabehandlung

Facharzt

Eine fachärztliche Versorgung ist auch bei Pflegebedürftigkeit wichtig, damit Grunderkrankungen, die evtl. sogar zur Pflegebedürftigkeit geführt haben, gut behandelt sind, und weitere Krankheiten und Folgeerkrankungen verhindert werden.

Ein – ggf. formloser – Antrag zur erneuten Begutachtung ist angebracht, wenn sich der Pflegebedarf und speziell der zeitliche Pflegeaufwand erhöht haben. Dann besteht die Möglichkeit, dass sich auch die Pflegestufe des Pflegebedürftigen erhöht und Anspruch auf verbesserte Leistungen aller Art besteht. Eine solche Höherstufung setzt allerdings immer eine erneute Begutachtung voraus.

Jeder Versicherte hat Anspruch darauf, das Gutachten zu erhalten. Spätestens, wenn Pflegeleistungen ganz oder teilweise abgelehnt worden sind und die Gründe dafür nicht nachvollziehbar sind, sollte eine fachkundige Person hinzugezogen werden, die unter Umständen hilft, einen Widerspruch zu formulieren.

Faustregeln zur Pflegestufe:

- Um die Pflegestufe I zu erhalten, müssen täglich 45 Minuten Pflege erforderlich sein.
- Bei der Feststellung der Pflegestufe II müssen täglich 120 Minuten Pflege erforderlich sein.
- Bei der Feststellung der Pflegestufe III müssen täglich 240 Minuten Pflege erforderlich sein, auch nachts.
- **ACHTUNG:** Zur Pflege wird die Anleitung, Beratung, Übernahme oder Teilübernahme im Bereich der Körperpflege, der Mobilität und der Ernährung gezählt, nicht der Bedarf an Betreuung und Beaufsichtigung.
- Der Aufwand kann je nach Pflegesituation (z.B. Treppen sind zu überwinden, Türen sind zu schmal, eine pflegende Angehörige lebt nicht im Haushalt) variieren und muss bei der Begutachtung berücksichtigt werden.
- Ein Hilfebedarf muss für mindestens sechs Monate bestehen.

4. Leistungen der Pflegeversicherung

Die Pflegeversicherung ist, anders als die Krankenversicherung, eine „Teilversicherung“. Ein unter Umständen erheblicher Anteil der entstehenden Kosten muss privat erbracht werden. Wenn die Kosten das eigene Einkommen und Vermögen überschreiten, tritt die Sozialhilfe ein. Auch hier zählt: Der Sozialhilfeträger zahlt erst ab Antragstellung (nicht rückwirkend).

Über die Frage, inwieweit andere Angehörige zur Leistung bei Pflegebedürftigkeit herangezogen werden können, wird in der Öffentlichkeit oft sehr dramatisierend berichtet. Da die Berechnungen sehr kompliziert sind, soll hier der Verweis genügen, dass die Sozialhilfeträger zur Aufklärung und Beratung verpflichtet sind.

Die Leistungen der Pflegeversicherung lassen sich in folgende Bereiche einteilen

- Grundpflege, also Hilfe bei der
 - Körperpflege
 - Ernährung
 - Mobilität
- Hauswirtschaft
- (soziale) Betreuung

Diese Leistungen können bezogen werden als

- Sachleistung, d.h. eine zugelassene Pflegeeinrichtung, z.B. ein ambulanter Pflegedienst erbringt die Leistung und rechnet mit der Pflegekasse ab oder als
- Geldleistung, d.h. der pflegebedürftige Versicherte erhält einen monatlichen Geldbetrag, mit dem er den Aufwand pflegender Angehöriger abgelden kann oder als
- Kombinationsleistung, d.h. eine Kombination aus Sach- und Geldleistung.

Auf folgende Punkte sollte man vor Einzug achten:

1. Was ist Bestandteil des Vertrags und was nicht? Welche Leistungen bezahle ich schon ab Einzug?
2. Was bietet mir der Träger (als Regelleistung oder als Zusatzleistung), wenn ich Hilfe brauche?
3. Wozu verpflichtet sich der Anbieter, wenn ich Hilfe benötige? Kann ich dann auf ihn zählen?
4. Welche Kündigungsmöglichkeiten ergeben sich bei Pflegebedürftigkeit? (Pflegebedürftigkeit sollte kein Kündigungsgrund für den Träger sein!)
5. Ist die Wohnung barrierefrei? Was ermöglicht mir das Wohnumfeld, wenn ich in meiner Mobilität eingeschränkt bin?
6. Welche Wahlmöglichkeiten habe ich, wenn Hilfe nötig ist? (Muss ich den hauseigenen Pflegedienst nehmen?)

Für „Betreutes Wohnen“ in Wohngruppen leisten Pflegeversicherung und Beihilfe insgesamt 205 Euro im Monat (gilt für Pflegestufe 0-III). Unter www.vz-nrw.de/betreuteswohnen finden Sie Informationen der Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen zum Thema.

7. Ärztliche und medizinische Versorgung bei Pflegebedürftigkeit

Hausarzt

Im deutschen Gesundheitssystem ist der Hausarzt die Schlüsselfigur. Nicht nur für die Diagnostik und Behandlung, sondern auch für die Verordnung von Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln sowie die Koordination von Leistungen rund um den pflegebedürftigen Menschen. Ein Hausarzt sollte neben seiner ärztlichen Kompetenz auch auf die besonderen Bedürfnisse von Pflegebedürftigen eingehen. Dazu gehört u.a. die Bereitschaft zu Haus- oder Heimbisuchen, die Bereitschaft, an dem oft erhöhten Aufwand an Therapie, aber auch an Bescheinigungen, mitzuwirken.

Bei der Suche nach einem geeigneten Heimplatz stellt sich auch die Frage, ob die Nähe zum bisherigen Wohnumfeld oder zum Wohnumfeld der Angehörigen zu berücksichtigen ist, um Besuche von Verwandten und Bekannten zu erleichtern.

Neben der professionellen Pflege sind auch die Angebote des Heims für die körperliche und geistige Aktivierung sowie die soziale Betreuung ein wichtiges Kriterium. Eine Heimunterbringung ist auf jeden Fall dann angebracht, wenn eine Pflege zu Haus nur zu Lasten der Angehörigen möglich ist. Die Frage nach den Kosten der Heimunterbringung sollte erst nachrangig eine Rolle spielen.

Betreutes Wohnen

Um ein selbständiges Leben im Alter möglichst lange führen zu können, wählen viele für ihr Alter das „Betreute Wohnen“ in einer Wohnanlage. Diese Wohnform wird von denen bevorzugt, die keinen ausgeprägten Hilfe-, Betreuungs- und/oder Pflegebedarf haben, aber in einer Wohnanlage in einer barrierefreien Wohnung leben möchten, die eine Reihe von Grundleistungen bietet, wie im Bereich der Sicherheit, allgemeiner Betreuung und niedrigschwelliger Unterstützungsleistungen.

Hierzu gibt es landesweit ein großes und sehr unterschiedliches Angebot. Neben Ein-Zimmer-Appartements stehen auch Mehrzimmer-Appartements zur Auswahl. Abgesehen von der Wohnungsgröße ist entscheidend, welche zur freien Wahl bestehenden Betreuungsangebote der Träger der Wohnanlage bereithält. Die Palette dieser Angebote ist sehr breit gefächert von alleiniger Verwaltung und Beratung bis hin zum Angebot von Wohnungsreinigung, Wäschedienste, Mahlzeiten und angeschlossener Pflegeabteilung.

Der Bezug der Leistung als Sach-, Geld- oder Kombinationsleistung wird von den Medizinischen Diensten festgestellt und im Einstufungsbescheid festgeschrieben. Die Art der Leistung ist somit nicht monatlich änderbar.

Nicht weniger wichtig sind aber auch diese Leistungen:

- Kostenlose Beratung durch Pflegekasse, Pflegedienste, Pflegestützpunkt
- Schulung und Anleitung für pflegende Angehörige
- Kostenlose Begutachtung (durch den MDK oder Medicproof)
- Kostenübernahme von bzw. Zuschüsse zu technischen Hilfen (z.B. Badewannen-Lifter, Rollator)
- Kostenzuschuss zu Hilfsmitteln (z.B. Inkontinenzmittel, Einmalhandschuhe, Pflegeverbrauchsmaterial)
- Zuschüsse zur Wohnraumanpassung (Baumaßnahmen, die einen Verbleib in der Wohnung ermöglichen)

Leistungen bei ambulanter Pflege (Angaben gemäß den zurzeit geltenden Beträgen)

Für professionelle Pflege und Hauswirtschaft, z.B. durch eine Diakoniestation, wird monatlich eine sogenannte Sachleistung gezahlt. Diese beträgt für **Pflegestufe I**: 468,00 €, für **Pflegestufe II**: 1.144,00 € und für **Pflegestufe III**: 1.612,00 €

Kosten für die sogenannte Behandlungspflege, d.h. der ärztlichen Behandlung, die auch von Pflegefachkräften erbracht werden können, sind davon unabhängig und werden von der Krankenkasse übernommen.

Bei der Pflege durch Angehörige wird die Tätigkeit des Pflegenden als ehrenamtliche Tätigkeit angesehen. Als Aufwandsentschädigung hierfür wird pro Monat ein Pflegegeld gewährt je nach Einstufung:
Pflegestufe I: 244,- €, **Pflegestufe II**: 458,- €, **Pflegestufe III**: 728,- €

Voraussetzung ist der Nachweis einer häuslichen Pflegeperson, die die Pflege durchführt. Das Pflegegeld wird auch gezahlt, wenn die Pflege durch eine ausländische Kraft übernommen wird.

Dazu kommen noch Leistungen für Betreuung; die Höhe ist abhängig vom Vorliegen einer „eingeschränkten Alltagskompetenz“, Leistungen werden unter Umständen auch gewährt, wenn keine Pflegebedürftigkeit vorliegt (sogenannte Pflegestufe „0“).

Leistungen bei stationärer Pflege

Die monatlichen Pflegehöchstbeträge betragen zurzeit:

Pflegestufe I : 1.064,00 €, Pflegestufe II: 1.330,00 €

Pflegestufe III: 1.612,00 €, im Härtefall: 1.995,00 €

Die Pflegekasse (bei gesetzlich Versicherten) bzw. die Pflegeversicherung/Beihilfe (bei Beihilfeberechtigten) erstattet zunächst nur die reinen Pflege- und Betreuungsleistungen im Rahmen der Pflegehöchstbeträge. Verbleibt danach ein Restbetrag, wird dieser bis zur Höhe von insgesamt 1.600,- Euro in Pflegestufe I, von insgesamt 2.200 Euro in Pflegestufe II, von insgesamt 2.800 Euro in Pflegestufe III und von insgesamt 3.300 Euro in Härtefällen als Beihilfe gezahlt. Leistungen für Unterkunft und Verpflegung sowie das Entgelt für Investitionen werden ggf. darüber hinaus als Beihilfeleistung übernommen, nachdem der rechtlich vorgegebene Eigenanteil in Abzug gebracht wurde. (s. hierzu auch Kapitel 5 „Kosten der Pflege“).

Leistungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (Demenzranke)

Ebenso wie für Pflegebedürftige gibt es für Demenzranke die Pflegestufen 0 - III. Die monatlichen Pflegesätze in den Pflegestufen I bis III für Pflegesachleistungen, Pflegegeld und stationäre Pflege sind bei Demenzkranken erhöht. Bitte lesen Sie zum Thema „Demenz“ auch Kapitel 8 ab Seite 23.

Haushaltshilfen bieten den Vorteil, dass sie eine bezahlbare Pflege zu Hause ermöglichen und eine individuelle, lückenlose Betreuung versprechen. Insbesondere bei schwer Pflegebedürftigen sollte man aber auch nicht vergessen, dass Haushaltshilfen zumeist eben auch nur Laien sind, es oft Sprachbarrieren gibt, die gerade bei der Betreuung von Menschen mit Demenz zu Problemen führen und es keine Qualitätsstandards der Pflege und Betreuung gibt. Haushaltshilfen sollten entweder selbst beschäftigt werden oder bei einer Agentur angestellt sein. Schwarzarbeit wird auch in diesem Bereich verfolgt.

Wie auch immer man selbst zum Einsatz von Haushaltshilfen steht: Bei allen Vorüberlegungen sollte man in jedem Fall berücksichtigen, dass

- räumliche Voraussetzungen gegeben sein müssen mit zumindest einem eigenen Zimmer,
- die Frage der Verpflegung geregelt sein muss,
- der Zugang zu Telefon, Fernseher oder Internet sowie eine geregelte Freizeit ermöglicht werden sollte und
- ein regelmäßiger Wechsel der Hilfskräfte (meist nach 6 oder 12 Wochen) eingeplant und organisiert werden muss.

Beim Einsatz ausgebildeter ausländischer Pflegekräfte sollte man auch bedenken, dass diese aus ihrem Land abgeworben werden und für die dortige Gesundheitsversorgung nicht zur Verfügung stehen.

Stationäre Pflege

Der Umzug in ein Pflegeheim bedeutet einen tiefen Einschnitt in das Leben des Betroffenen wie auch der Angehörigen. Wenn keine Möglichkeiten der häuslichen Pflege vorhanden sind, bleibt oft keine andere Lösung als die Heimunterbringung.

5. Kosten der Pflege

Mit der Erteilung einer Pflegestufe wird ein Teil der Pflegekosten von der Pflegekasse übernommen. Je nach Art der Pflege muss der Betroffene einen unterschiedlich hohen Anteil der Kosten selber tragen. Sollte der Pflegebedürftige den Eigenanteil nicht tragen können und kein Vermögen besitzen, kann dieser „Hilfe zur Pflege“ bei der Sozialhilfe beantragen. In bestimmten Fällen können auch Kinder mit zur Finanzierung herangezogen werden.

Gesetzlich krankenversicherte Beihilfeberechtigte erhalten zu Pflegeaufwendungen einen Beihilfe-Bemessungssatz von 50%. Privat versicherte Beihilfeberechtigte im aktiven Dienst erhalten ebenfalls 50%, Versorgungsempfänger und deren berücksichtigungsfähige Ehegatten erhalten 70%, pflegebedürftige berücksichtigungsfähige Kinder 80%. Den restlichen Prozentsatz zahlt die Pflegekasse/-versicherung. Der Pflege-Bemessungssatz gilt übrigens unabhängig vom persönlichen Bemessungssatz für Krankheitskosten.

Zu beachten ist: Der monatliche Pflegehöchstbetrag der Pflegestufen 0-III wird zwischen Pflegekasse/-versicherung und Beihilfe aufgeteilt.

Beispiel (Versorgungsempfänger/in): Bei Pflegestufe I leisten Pflegekasse/-versicherung und Beihilfe bei stationärer Pflege monatlich zusammen 1.064 Euro; dabei trägt die Pflegeversicherung 30% von 1.064 Euro und die Beihilfe 70% von 1.064 Euro. Die Kosten einer stationären Pflegeunterbringung bei Stufe I betragen im Hufeland-Haus zurzeit monatlich 3.084,59 Euro. Es ist von der Situation des Pflegebedürftigen (gesetzlich versichert/ privat versichert/ beihilfeberechtigt) abhängig, wie hoch der Eigenanteil bei stationärer Pflege letztendlich ausfällt (s. auch Kapitel 4, S. 12).

Zu diesem komplexen Thema hat die Beihilfestelle der EKHN daher ein Pflege-Merkblatt herausgegeben. Sie finden dieses auf unserer Homepage unter „Downloads“ oder können die Beihilfestelle direkt kontaktieren (s. Ansprechpartnerin auf der Rückseite).

6. Welches „Pflege-Setting“ ist das Richtige?

	Häusliche Pflege durch Angehörige und / oder Pflegedienst	Stationäre Pflege
Vorteile / Chancen	<ul style="list-style-type: none"> • Eine vertraute Umgebung wirkt meist förderlich bei eingeschränkter Orientierung und fördert die Genesung nach schwerer Krankheit. • In schweren Zeiten zusammenzuhalten und füreinander da zu sein ist für viele Teil des Familienverständnisses oder eines Eheversprechens. Viele setzen dies mit einer Verpflichtung gleich, den Partner oder Angehörigen zu pflegen. • Der Betroffene ist zu Hause mehr Herr des Geschehens und muss nicht um seine Autonomie fürchten. • Ambulante Pflege ist meist kostengünstiger. • Entlastung kann z.B. durch ambulante Pflege und Betreuung oder Tagespflege erfolgen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Eine stationäre Einrichtung ist per se barrierefrei und ermöglicht oft mehr Mobilität als zu Hause. • Kontakte zu Mitbewohnern und Teilnahme am gesellschaftlichen Leben sind in einer Pflegeeinrichtung leichter gegeben. • Eine Pflegeeinrichtung übernimmt neben Pflege und Betreuung auch die Organisation der medizinischen Versorgung, der Speiserversorgung, der Hilfsmittelversorgung, der Wäscheversorgung und der Hausreinigung. • Angehörige kommen zu Besuch, nicht zum Arbeiten. • Gesundheitliche Krisensituationen können stationär oft ohne Krankenhausaufenthalt bewältigt werden.
Nachteile / Risiken	<ul style="list-style-type: none"> • Pflege kann für Angehörige schnell zum „24-Stunden-Einsatz“ werden. • Ist die Wohnung nicht barrierefrei, kann häusliche Pflege auch bedeuten, die Wohnung auf Dauer nicht verlassen zu können. Soziale Kompetenzen gehen oft verloren. • Ist eine Hilfsmittelversorgung (z.B. Pflegebett, Badewannenlifter) notwendig, kann sich das Erscheinungsbild einer Wohnung radikal ändern und Einrichtungen für Mitbewohner unbenutzbar machen. • Eine labile gesundheitliche Situation kann schneller zu einem Krankenhausaufenthalt führen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Stationäre Pflege ist meist kostenintensiver. • Trotz aller Bemühungen haben Pflegeeinrichtungen eine „institutionelle Kultur“: Selbstbestimmung der Bewohner ist eingeschränkt. • Stationäre Einrichtungen sind „Zweckgemeinschaften“, - nicht immer ist man mit der Auswahl von Personal und Mitbewohnern zufrieden .

Eine zentrale Frage bei Pflegebedürftigkeit ist: Wo soll Pflege stattfinden und wer soll sie leisten? Sicherlich ist es der Wunsch der meisten Menschen, im häuslichen Umfeld zu bleiben. Doch nicht immer ist dies förderlich. In den vorherigen Abschnitten wurde bereits das Für und Wider verschiedener Versorgungsformen angeschnitten. Dabei spielen die Höhe der Leistungen (Kapitel 4) und die Kosten (Kapitel 5) eine nicht unerhebliche Rolle. Vorstehende Tabelle kann bei der Beantwortung der grundsätzlichen Frage der Betreuungsform helfen.

Im folgenden Abschnitt sollen weitere Aspekte und Sonderformen angesprochen werden.

Häusliche Pflege

Bei einer Pflege zu Haus durch Angehörige oder fremde Pflegekräfte muss überlegt werden, ob die Wohnung alters- und barrierefrei ist und das Bad mit einem Rollstuhl zugänglich ist. Eventuell muss auch ein Treppenlift eingebaut werden.

Zur Herrichtung einer Wohnung gibt es eine kostenlose Beratung und auch finanzielle Unterstützung bis zu 4.000,00 € im Rahmen der Wohnraumanpassung. Auch hierfür ist eine vorherige Einstufung des zu Pflegenden Voraussetzung.

Pflege durch eine selbst beschaffte Haushaltshilfe

In den letzten Jahren hat sich ein eigener Markt für Pflegekräfte aus Osteuropa entwickelt. Das Thema ist nicht ganz ohne Brisanz, da die Haushaltshilfen, wie sie offiziell heißen, eigentlich keine Pflege, sondern nur Hauswirtschaft und Betreuung leisten dürfen. Dennoch: Nicht zuletzt aufgrund des großen Bedarfs gehen die Behörden nicht gegen Haushalte vor. Angesichts der Einführung des Mindestlohns könnte dieses Thema jedoch neue Nahrung erhalten.

Leistungen der Tagespflege

Leider immer noch wenig bekannt ist das Angebot der Tagespflege: Sie ermöglicht, zu Hause wohnen zu bleiben, und dennoch an einem oder mehreren Tagen der Woche Entlastung für die pflegenden Angehörigen zu erhalten. Zur Tagespflege gehört auch ein Fahrdienst, der die Gäste holt und bringt. Die Leistungshöhe für Tagespflege entspricht der Leistung bei ambulanter Pflege.

Leistungen der Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege

Eine Kurzzeitpflege in einem Heim ist angebracht, wenn die Pflege zu Hause für eine gewisse Zeit nicht möglich ist. Für 4 Wochen im Jahr kann ein Pflegebedürftiger in einem Heim Kurzzeitpflege in Anspruch nehmen, maximal 1.612,00 € werden hierfür von der Pflegekasse (bei Beihilfeberechtigten von Pflegeversicherung und Beihilfe) übernommen. Eine Kurzzeitpflege kann z.B. im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt sinnvoll sein, wenn der Patient noch nicht wiederhergestellt ist.

Bei der Verhinderungspflege ist es ähnlich geregelt: Bei Verhinderung der Pflegeperson (durch Urlaub, Krankheit) stellt die Pflegekasse einen Ersatz (entweder im häuslichen oder im stationären Rahmen) in Höhe von 1.612,00 € für maximal 6 Wochen zur Verfügung. Bei Inanspruchnahme von Kurzzeit- bzw. Verhinderungspflege wird das Pflegegeld gekürzt. Auskunft darüber kann die Pflegekasse geben.

Im Lauf der letzten Jahre hat sich eine große Vielfalt an Leistungsansprüchen und Verrechnungsmöglichkeiten entwickelt, die nicht immer leicht zu durchschauen sind. Einen aktuellen Überblick bietet das Bundesgesundheitsministerium auf seiner Homepage: www.bmg.bund.de/themen/pflege/leistungen/leistungen-der-pflegeversicherung