www.meinepflegeversicherung.com

E-Book
Ratgeber

Pflegeversicherung

1 Private Pflegeversicherung ... 4

1.1 Pflegezusatzversicherung ... 4
1.2 Pflegetagegeldversicherung / Pflegetagegeld ... 5
1.3 Pflegerentenversicherung / Pflegerente ... 6
1.4 Pflegekostenversicherung ... 6
1.5 Pflegeversicherung Vergleich ... 7

2 Grundlagen der Pflegevorsorge ... 8

2.1 Gesetzliche Grundlage: SGB XI ... 9
2.2 Gesetzliche Pflegeversicherung ... 9
2.3 Definition Pflegebedürftigkeit ... 10
2.4 Grundpflege ... 11
2.5 Altenpflege ... 11
2.6 Behandlungspflege ... 12
2.7 Pflegeversicherung Beitragssatz ... 12
2.8 Pflegekasse ... 13
2.9 Pflegereform 2011 ... 13
2.10 Grundsicherung im Alter ... 14

3 Leistungen der Pflegeversicherung ... 15

3.1 Pflegegeld ... 15
3.2 Pflegesachleistung ... 16
3.3 Hilfsmittel / Pflegehilfsmittel ... 16
3.4 Hilfsmittelkatalog ... 17
3.5 Inkontinenz Hilfsmittel ... 17
3.6 Gehhilfen ... 18
3.7 Verhinderungspflege ... 18
3.8 Kurzzeitpflege ... 19
3.9 Tagespflege und Nachtpflege ... 19
3.10 Zusätzliche Betreuungsleistungen ... 20
3.11 Demenzkranke ... 21
3.12 Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen ... 22
3.13 Pflegeheim ... 22

4 Pflegestufen ... 23

4.1 Körperpflege, Ernährung, Mobilität, hauswirtschaftliche Versorgung ... 24
4.2 Pflegestufe 0 ... 24
4.3 Pflegestufe 1 ... 25
4.4 Pflegestufe 2 ... 25
4.5 Pflegestufe 3 ... 25

4.6 Härtefall / Härtefallregelung ... 26

5 Leistungen der Pflegeversicherung beantragen ... 26

5.1 Pflegeberatung ... 27
5.2 Pflegestützpunkt ... 27
5.3 Pflegestufe beantragen / Antrag auf Pflegestufe ... 28
5.4 Pflegetagebuch ... 28
5.5 Begutachtung durch den MDK ... 29
5.6 Entscheidung, Einstufung, Rechtsmittel ... 30

6 Häusliche Pflege / Pflege zu Hause ... 31

6.1 Ambulante Pflege ... 31
6.2 Teilstationäre Pflege ... 31
6.3 Ambulanter Pflegedienst ... 32
6.4 Pflegeplanung ... 32
6.5 Pflegende Angehörige / Pflege von Angehörigen ... 33
6.6 Pflegezeit ... 33
6.7 Pflegekurse ... 34
6.8 Pflegekräfte ... 35

7 Elternunterhalt ... 36

8 Fazit: Ohne private Vorsorge geht es nicht ... 36

1 Private Pflegeversicherung

Die Versorgung eines pflegebedürftigen Menschen verursacht in der Regel Kosten, die nicht vollständig aus dem privaten Vermögen oder eventuellem Elternunterhalt bestritten werden können. Auch die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung können diese Kostenbelastung höchstens abmildern, auf keinen Fall aber vollständig kompensieren. So übersteigen die Kosten für die ganztägige Unterbringung eines Pflegebedürftigen in einem Pflegeheim die für die Pflegestufe 3 vorgesehenen Kosten etwa um das Doppelte. Deshalb sollte die gesetzliche Pflegeversicherung stets mit privaten Vorsorgemaßnahmen ergänzt werden.

Die private Pflegeversicherung unterteilt sich dabei in zwei Bereiche. Die klassische private Pflegeversicherung ist eine Pflichtversicherung für alle Kunden einer privaten Krankenversicherung, die keine Beiträge an die gesetzliche Pflegeversicherung zahlen. Zusätzlich haben auch gesetzlich Pflegeversicherte die Möglichkeit, die Pflegeleistungen im Ernstfall durch eine private Vorsorge zu ergänzen. Dieses Modell wird als private Pflegezusatzversicherung bezeichnet.

1.1 Pflegezusatzversicherung

Die Beiträge für die private Pflegeversicherung sind in der Regel deutlich teurer als die Beiträge für die gesetzliche Pflegeversicherung, allerdings profitieren privat Versicherte im Pflegefall auch von wesentlich höheren Leistungen. Damit gesetzlich pflegeversicherte Menschen im Vergleich zu privat Versicherten nicht zu "Versicherten zweiter Klasse" werden, bieten viele Versicherungsunternehmen auch für diese Zielgruppe die Möglichkeit, die gesetzliche Pflegeversicherung durch private Vorsorge zu ergänzen. Dies wird als private Pflegezusatzversicherung bezeichnet.

Eine solche private Zusatzversicherung ist aufgrund der Tatsache, dass die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung heute in den meisten Fällen nicht mehr ausreichen, um eine bedarfsgerechte Pflege zu finanzieren, dringend anzuraten. Auch die Politik hat diesen Umstand erkannt und will die Bürger zu mehr privaten Vorsorgemaßnahmen animieren. In diesem Zusammenhang wird unter dem Schlagwort "Pflege-Riester" derzeit ein Modell diskutiert, das private Pflegezusatzversicherungen mit einem Betrag von 5 Euro im Monat, also 60 Euro im Jahr, unterstützt. Unabhängig davon, ob eine staatliche Unterstützung letztendlich gewährt wird oder nicht, sollten Sie sich frühzeitig mit den Möglichkeiten der privaten Pflegezusatzversicherung auseinandersetzen. Die private Pflegeversicherung fängt im Pflegefall einen Großteil der anfallenden Kosten ab und schützt Sie sowie Ihre Angehörigen vor erheblichen finanziellen Belastungen.

Private Pflegeversicherung wird als Pflegezusatzversicherung in drei verschiedenen Modellen angeboten. Es handelt sich hierbei um die Pflegetagegeldversicherung, die Pflegerentenversicherung sowie die Pflegekostenversicherung.

1.2 Pflegetagegeldversicherung / Pflegetagegeld

Die sogenannte Pflegetagegeldversicherung zahlt für jeden Pflegetag einen zuvor vereinbarten, festen Geldbetrag, das Pflegetagegeld aus. Der Vorteil dieser Art der privaten Pflegezusatzversicherung besteht darin, dass das Pflegetag unabhängig von der Höhe des tatsächlichen Bedarfs gezahlt wird. Gerade in den Pflegestufen 1 und 2 übersteigt das Pflegegeld die tatsächlich anfallenden Kosten der Pflege. Um seinen Anspruch auf Pflegetagegeld anzumelden, muss der Pflegebedürftige nur einen Nachweis über seine Pflegebedürftigkeit erbringen.

Um die Bürger zu stärkerer privater Vorsorge zu animieren, unterstützt der Staat Pflegetagegeldversicherungen ab dem 1. Januar 2013 mit 5 Euro im Monat. Pflegetagegeldversicherungen sind daher eine besonders beliebte und effektive Form für die Ergänzung der gesetzlichen durch die private Pflegeversicherung. Um von der staatlichen Unterstützung profitieren zu können, muss die Pflegetagegeldversicherung jedoch einige Voraussetzungen erfüllen. Erstens müssen die privaten Beiträge einen monatlichen Betrag von 10 Euro überschreiten. Zweitens muss die Höhe des im Pflegefall gezahlten Pflegetagegeldes mindestens 600 Euro im Monat betragen, wenn der Versicherte unter die höchste Pflegestufe 3 fällt.

Den Versicherungsunternehmen ist es verboten, Antragsteller wegen bereits vorhandener gesundheitlicher Probleme oder sonstigen Risiken abzulehnen. Auch Risikozuschläge dürfen bei diesen Personengruppen nicht auf die Versicherungsbeiträge aufgeschlagen werden. Damit soll gewährleistet werden, dass alle Bürger die Möglichkeit erhalten, eine private Pflegeversicherung in Form der Pflegetagegeldversicherung abzuschließen. Den Versicherungsunternehmen ist es jedoch erlaubt, die Versicherungsbeiträge an das Alter des Antragstellers anzupassen. So zahlen ältere Versicherte grundsätzlich höhere Beiträge. Bis vor einiger Zeit war es ebenfalls gängig, unterschiedliche Tarife für Frauen und Männer anzubieten. Nach einer Entscheidung des Europäischen Gerichtshofs wurde diese Regelung jedoch abgeschafft.

In der Praxis wird die private Pflegeversicherung als Pflegetagegeldversicherung in zwei Modellen angeboten. Die Versicherungsnehmer haben dabei die Wahl zwischen statischen und flexiblen Tarifen. Bei den statischen Tarifen wird das in Pflegestufe 3 gezahlte Pflegetagegeld individuell festgelegt. Das Pflegetagegeld für die darunter liegenden Pflegestufen reduziert sich dann auf einen bestimmten Bruchteil dieser Summe. In der Regel beträgt dieser Anteil dann 30% der für Pflegestufe 3 festgelegten Summe in Pflegestufe 1 und 60% in Pflegestufe 2. Mit einem flexiblen Tarif kann der Versicherte auch die

Pflegetagegeldsätze in den Pflegestufen 1 und 2 frei gestalten. Das hat den Vorteil, dass Sie sich hierbei etwa für Pflegestufe 1 und 2 umfassend absichern können. Zudem bieten flexible Tarifmodelle die Möglichkeit, auch Pflegetagegeld für die Pflegestufe 0, etwa für den Fall einer Demenzerkrankung, abzusichern.

1.3 Pflegerentenversicherung / Pflegerente

Eine weitere Form der privaten Pflegezusatzversicherung stellt die sogenannte Pflegerentenversicherung dar. Diese zahlt im Bedarfsfall eine monatliche Rente an den Pflegebedürftigen aus. Die Höhe dieser Rente kann den individuellen Bedürfnissen angepasst werden. Hierbei empfiehlt es sich, vor dem Abschluss einer solchen Versicherung genau zu berechnen, wie hoch der eigene Bedarf für die Lebenserhaltung ist. Im Zweifel sollten deshalb auch höhere Beiträge in Kauf genommen werden, um bei bestehendem Pflegebedarf auch eine möglichst hohe Rente beziehen zu können. Dabei sollten Sie beachten, dass der persönliche Bedarf für die Lebenserhaltung im Pflegefall oft höher ist, als zu jungen und gesunden Zeiten.

Die Pflegerentenversicherung wird von allen Versicherungsunternehmen angeboten, die eine private Pflegeversicherung im Programm haben. Die Versicherungstarife und die Höhe der möglichen Rente variieren dabei deutlich je nach Versicherer und gewähltem Modell. Vor dem Abschluss einer solchen Versicherung sollten Sie sich deshalb ausführlich über die verschiedenen Angebote auf dem Markt informieren und im Zweifelfall die Dienste einer unabhängigen Versicherungsberatung in Anspruch nehmen.

1.4 Pflegekostenversicherung

Private Pflegeversicherungen werden zudem als Pflegekostenversicherung angeboten. Dieses Versicherungsmodell übernimmt im Pflegefall die Kosten für die Differenz zwischen den anfallenden Kosten und den Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung. Je nach Anbieter und gewähltem Tarif werden diese Kosten teilweise oder vollständig erstattet. Die Höhe der Tarife und Leistungen im Pflegefall richtet sich dabei vor allem nach dem Eintrittsalter und Geschlecht des Versicherten. Frauen haben grundsätzlich ein größeres Risiko, pflegebedürftig zu werden, da sie durchschnittlich ein höheres Alter erreichen. Deshalb mussten Frauen bis vor einiger Zeit höhere Beiträge als Männer zahlen, um auf eine in der Höhe vergleichbare Erstattung der Pflegekosten zu kommen. Diese Regelung wurde jedoch mit den neuen Unisex-Tarifen abgeschafft, so dass Frauen und Männer jetzt denselben Beitrag bezahlen.

Die Pflegekostenversicherung mindert im Pflegefall nicht nur die finanzielle Belastung für den Pflegebedürftigen, sondern schützt auch dessen Angehörige vor der Inanspruchnahme auf Elterngeld. Wer sich durch eine private Pflegeversicherung möglichst umfassend

absichern will, kann die Pflegekostenversicherung mit den anderen Modellen der privaten Pflegezusatzversicherung, also Pflegetagegeld und Pflegerente, kombinieren.

1.5 Pflegeversicherung Vergleich

Auf dem Markt gibt es mittlerweile viele Angebote, mit denen sich die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung im Ernstfall ersetzen oder ergänzen lassen. Um die geeignete private Pflegeversicherung zu finden, sollten Sie zunächst ihren eigenen Bedarf ermitteln. Hierbei sollte insbesondere bedacht werden, wie viel Geld Sie für den eigenen Lebensunterhalt benötigen. Die gesetzliche Pflegeversicherung reduziert zwar die Belastungen durch Pflegekosten, bietet den Betroffenen jedoch keine Unterstützung in den anderen Lebensbereichen.

Die private Pflegeversicherung stellt deshalb eine sehr vernünftige und zu empfehlende Investition in die Absicherung der eigenen Zukunft dar. Bei der Wahl des richtigen Anbieters und Tarifes sollten Sie selbstverständlich die verschiedenen Angebote miteinander vergleichen. Allerdings sollte bei der Entscheidung nicht nur die Höhe der Tarife eine Rolle spielen. Im Regelfall bieten höhere Tarife auch eine umfassendere Absicherung im Pflegefall. Beziehen Sie beim Vergleich deshalb auch die Leistungen der verschiedenen Modelle in die Abwägung mit ein.

Welche private Pflegeversicherung für Sie das beste Verhältnis von Preis und Leistung bietet, kann nicht pauschal beantwortet werden. Manche Modelle sind gezielt auf ein junges, andere auf ein älteres Beitrittsalter angepasst. Auch das Geschlecht spielt bei der Wahl des richtigen Angebotes eine entscheidende Rolle. Frauen werden statistisch gesehen älter als Männer, werden deshalb auch häufiger zum Pflegefall, worauf die meisten Versicherer früher mit höheren Beiträgen reagierten. Diese Regelung wurde jedoch vom Europäischen Gerichtshof untersagt. Auch wenn Sie bereits gesundheitlich vorbelastet sind, gibt es erhebliche Unterschiede zwischen den Anbietern. So stellen einige Versicherer vor dem Abschluss des Vertrags detaillierte Gesundheitsfragen. Menschen mit einem schlechten Gesundheitszustand müssen dann wesentlich höhere Beiträge zahlen oder werden sogar ganz abgelehnt. Andere Anbieter nehmen diese Antragsteller dagegen auch ohne vorherige Gesundheitsfragen auf.

Die Angebote der verschiedenen Versicherer lassen sich häufig im Internet miteinander vergleichen. Besonders übersichtlich ist dies mit den Vergleichsportalen möglich. Hier machen Sie Angaben zu Ihrem Alter und Geschlecht und bekommen dann eine Übersicht der verschiedenen Angebote angezeigt, die Ihren persönlichen Bedürfnissen am besten gerecht werden. Hier werden Ihnen auch die Kosten, die auf Sie zukommen, übersichtlich und transparent dargestellt. Zudem haben Sie die Möglichkeit, sich von Versicherungsmaklern beraten zu lassen. Dabei empfiehlt es sich jedoch, die Dienste eines unabhängigen Maklers in Anspruch zu nehmen. Dieser kann Ihnen aus allen Angeboten den passenden Tarif

vorschlagen, ohne an das Portfolio eines bestimmten Versicherungsunternehmens gebunden zu sein.

2 Grundlagen der Pflegevorsorge

Es gehört zum allgemeinen Lebensrisiko jedes Menschen, dass er völlig unabhängig vom Alter, etwa durch eine schwere Krankheit oder einen Unfall, zum Pflegefall wird. Diese Situationen sind nicht nur ein harter Schicksalsschlag für die unmittelbar Betroffenen, sondern oft auch für die Angehörigen. Denn im Regelfall ist die Pflege eines Menschen mit hohen emotionalen und vor allem finanziellen Belastungen verbunden. Gerade wenn der Fall eine Pflege durch professionell geschultes Personal oder eine vollständige Anpassung des Wohnraumes erfordert, übersteigen die hierbei anfallenden Kosten schnell die Grenzen der Leistungsfähigkeit von Privatpersonen.

Artikel 20 des Grundgesetzes verpflichtet den Staat mit dem Sozialstaatsprinzip dazu, solidarische Hilfe für seine Bürger zu leisten, diese also vor den größten Risiken des Lebens sinnvoll abzusichern. In der Praxis kommt Deutschland diesem Auftrag mit dem Institut der Sozialversicherung nach. Da zu den allgemeinen Lebensrisiken vor allem Krankheit, Unfälle, Arbeitslosigkeit, Altersarmut und Pflegebedürftigkeit zählen, unterteilt sich die deutsche Sozialversicherung dementsprechend in die fünf Bereiche der gesetzlichen Kranken-, Unfall-, Arbeitslosen-, Renten- sowie Pflegeversicherung.

Die Pflegeversicherung stellt dabei den jüngsten Teil der allgemeinen Sozialversicherung dar. Sie wurde im Jahre 1995 eingeführt und im elften Buch des Sozialgesetzbuches, kurz SGB XI, geregelt. In § 1 Absatz 4 des SGB XI findet sich dann auch die Aufgabenbeschreibung der Pflegeversicherung: "Die Pflegeversicherung hat die Aufgabe, Pflegebedürftigen Hilfe zu leisten, die wegen der Schwere der Pflegebedürftigkeit auf solidarische Unterstützung angewiesen sind." Diese "Hilfe" wird in der Regel durch finanzielle Leistungen an Pflegebedürftige und die Übernahme von Kosten, etwa des Gehaltes privater Pfleger, geleistet.

Zusätzlich zur gesetzlichen Pflegeversicherung gibt es noch die Möglichkeit der privaten Pflegeversicherung, zu deren Abschluss alle Kunden einer privaten Krankenversicherung verpflichtet sind. Auch eine Kombination von gesetzlicher Pflegeversicherung und privaten Absicherungen für den Pflegefall ist möglich und sogar sehr zu empfehlen.

Mit dem Thema Pflegeversicherung kommen viele Menschen erst dann in Berührung, wenn sie selbst Unterstützung bei der Bewältigung der eigenen Pflegebedürftigkeit oder für die Pflege eines nahen Angehörigen benötigen. Es macht jedoch Sinn, sich bereits frühzeitig mit den Inhalten der Pflegeversicherung auseinanderzusetzen, damit Sie der Bürokratie und den rechtlichen Problemen im Ernstfall nicht völlig hilflos gegenüberstehen.

Es sollte auch bedacht werden, dass ein Pflegefall in der Familie stets eine hohe Belastung für die Angehörigen mit sich bringt. Wer jedoch rechtzeitig vorsorgt und die gesetzliche Pflegeversicherung bereits in jungen Jahren mit einer privaten Vorsorge ergänzt, erspart sich selbst und seiner Familie im absoluten Ernstfall viele finanzielle und emotionale Probleme. Es empfiehlt sich daher, sich zumindest einen groben Überblick über die rechtlichen Voraussetzungen und Leistungen der Pflegeversicherung zu verschaffen, um hier bei Bedarf privat nachbessern zu können.

Wenn Sie oder ein Angehöriger selbst von der Pflegebedürftigkeit betroffen sind, stärkt es Ihre Position gegenüber der Pflegekasse enorm, wenn Sie Ihre Rechte und Ansprüche genau kennen und im Ernstfall auch ohne eine teure Rechtsberatung durchsetzen können. Auch wenn die gesetzlichen Vorschriften auf den ersten Blick kompliziert und abschreckend wirken können, sollten Sie sich deshalb zumindest mit den Grundsätzen der Pflegeversicherung vertraut machen.

2.1 Gesetzliche Grundlage: SGB XI

Die rechtlichen Voraussetzungen und Bedingungen der Pflegeversicherung sind im SGB XI, also dem elften Buch des Sozialgesetzbuches, geregelt. In seinen zwölf Kapiteln, die alle wiederum in einzelne Abschnitte und Paragraphen unterteilt sind, wird unter anderem festgelegt, welcher Personenkreis Ansprüche an die Pflegeversicherung stellen kann und welche Leistungen in welcher Höhe zur Verfügung gestellt werden. Die häufigsten Fragen, die sich Betroffene zum Thema Pflegeversicherung stellen, werden also hier beantwortet.

Zusätzlich zu den Regelungen des SGB XII gibt es noch andere Rechtsvorschriften, die das Thema Pflegeversicherung für bestimmte Personengruppen behandeln. Hier sind vor allem das Bundesversorgungsgesetz (BVG) sowie die im SGB VII geregelte gesetzliche Unfallversicherung zu nennen, da diese Bestimmungen Vorrang vor der gesetzlichen Pflegeversicherung haben. Wenn die Pflegebedürftigkeit also durch eine Kriegsverletzung oder einen Unfall verursacht wird, müssen zunächst Leistungen nach diesen Gesetzen in Anspruch genommen werden.

2.2 Gesetzliche Pflegeversicherung

Mit dem Angebot der gesetzlichen Pflegeversicherung kommt der Staat dem Sozialstaatsprinzip nach. Um seine Bürger umfassend vor den Risiken der Pflegebedürftigkeit absichern zu können, müssen diese natürlich ausnahmslos in der gesetzlichen Pflegeversicherung versichert sein. § 1 Absatz 2 des SGB XI bestimmt deshalb, dass alle Mitglieder einer gesetzlichen Krankenversicherung auch gleichzeitig durch die Pflegeversicherung geschützt sind. Zudem sind die Kunden privater Krankenversicherungen dazu verpflichtet, zusätzlich zur Krankenversicherung eine private Pflegeversicherung

abzuschließen. Dies führt dazu, dass alle deutschen Bürger entweder in der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung versichert sind.

Besonders wichtig ist das in § 2 SGB XI festgelegte Prinzip der Selbstbestimmung. Hiernach soll die Pflegeversicherung dem Zweck dienen, die körperlichen und geistigen Kräfte des Pflegebedürftigen so gut wie möglich zu erhalten oder wiederherzustellen, damit diesen ein selbstbestimmtes und menschenwürdiges Leben ermöglicht wird. Hier wird bereits deutlich, dass die Pflegeversicherung zwar auch aber längst nicht nur medizinische Fürsorge umfasst, sondern sich beispielsweise auch auf Hilfen für die Finanzierung einer behindertengerechten Wohnungseinrichtung oder anderer Dinge erstreckt, die für ein selbstbestimmtes Leben unerlässlich sind.

Das Prinzip der Selbstbestimmung beinhaltet auch das Recht des Pflegebedürftigen beziehungsweise seines gesetzlichen Vertreters, frei zwischen Leistungen und Einrichtungen verschiedener Träger zu wählen. Dabei soll die Pflege des Betroffenen soweit möglich nach seinen Wünschen gestaltet werden, wobei insbesondere der Wunsch nach geschlechtergetrennter Pflege und kulturellen oder religiösen Besonderheiten zu berücksichtigen ist.

Die gesetzliche Pflegeversicherung hat also nicht nur die Aufgabe, eine angemessene medizinische Versorgung des Pflegebedürftigen sicherzustellen, sondern soll diesen dabei unterstützen, trotz seiner Hilfsbedürftigkeit ein freies und menschenwürdiges Leben zu führen.

2.3 Definition Pflegebedürftigkeit

In § 14 SGB XI gibt das Gesetz die Antwort auf die Frage, welche Personen pflegebedürftig und damit im Rahmen der Pflegeversicherung anspruchsberechtigt sind. Demnach sind Personen dann anspruchsberechtigt, wenn sie "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." Hieraus ergeben sich also mehrere Voraussetzungen, die für die Anerkennung einer Pflegebedürftigkeit vorliegen müssen.

Zunächst muss eine körperliche, geistige oder seelische Krankheit dauerhaft vorliegen. Das Erfordernis der Dauer von mindestens sechs Monaten schließt also akute und vorübergehende Beeinträchtigungen wie etwa Knochenbrüche, die bei angemessener Behandlung selbst heilen, aus.

Weiterhin muss die Beeinträchtigung dazu führen, dass die Person die typischen Aufgaben des täglichen Lebens ganz oder teilweise nicht mehr selbstständig bewältigen kann. Diese typischen Aufgaben werden in § 14 Absatz 4 SGB XI definiert. Im Einzelnen handelt es sich

dabei um die körperliche Hygiene, Nahrungsaufnahme, Mobilität und die hauswirtschaftliche Versorgung, also Einkäufe und Arbeiten im Haushalt.

Wichtigste Voraussetzung ist die Hilfsbedürftigkeit. Je nach Schwere der Beeinträchtigung benötigt ein pflegebedürftiger Mensch Hilfe in unterschiedlicher Intensität. Diese Intensität wird in der Pflegeversicherung in verschiedenen Pflegestufen von 1 bis 3 gemessen, wobei Stufe 1 die geringste und Stufe 3 die schwerste Pflegebedürftigkeit darstellt. Um als pflegebedürftig zu gelten, muss zumindest die Pflegestufe 1 erreicht werden. Das bedeutet, dass die Pflege des Betroffenen im Bereich der Körperpflege, Mobilität oder Ernährung mindestens einmal täglich für mindestens zwei Verrichtungen nötig wird. Zusätzlich muss eine Hilfsbedürftigkeit im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung mehrmals in der Woche nötig werden. Insgesamt muss für eine Anerkennung der Pflegestufe 1 ein täglicher Pflegebedarf von mindestens 90 Minuten bestehen, wovon 45 Minuten auf die Grundpflege entfallen müssen. Wer diese Grundvoraussetzungen der Pflegestufe 1 erfüllt, gilt also grundsätzlich als pflegebedürftig.

2.4 Grundpflege

Maßgeblich für das Festlegen der Pflegestufe ist die sogenannte Grundpflege. Diese betrifft die Bereiche körperliche Pflege, Ernährung und Mobilität. Die haushaltswirtschaftliche Versorgung fällt demnach nicht in den Bereich der Grundpflege.

Zur körperlichen Pflege gehören Tätigkeiten wie das Waschen, Rasieren, Kämmen oder die Zahnpflege. In den Bereich der Ernährung fallen das Kochen sowie die Nahrungsaufnahme. Die Mobilität beinhaltet nicht nur die offensichtlich mit Mobilität verbundenen Tätigkeiten wie das Gehen oder Treppensteigen, sondern beginnt bereits mit der Fähigkeit, sich selbstständig aus- und anzukleiden oder zu Bett zu gehen und wieder aufzustehen. Ein Mensch ist auch dann in seiner Mobilität beeinträchtigt, wenn er die Wohnung zwar selbstständig verlassen, nicht aber zu ihr zurückfinden kann, etwa weil er sich nicht mehr in der Umgebung orientieren kann. Von den 90 Minuten Pflege, die in der Pflegestufe 1 nötig sind, müssen also mindestens 45 Minuten auf die Hilfe bei Aufgaben in diesem Bereich der Grundpflege entfallen.

2.5 Altenpflege

Grundsätzlich sollen die Leistungen der Pflegeversicherung der Pflege des Betroffenen in den eigenen vier Wänden dienen, deshalb schreibt § 3 SGB XI den Vorrang der häuslichen Pflege fest. Gerade bei älteren Menschen, die bei der selbstständigen Bewältigung der täglichen Aufgaben überfordert sind, kann jedoch die Pflege in einer stationären Einrichtung wie einem Alten- oder Pflegeheim nötig werden. Das SGB XI übernimmt in diesem Fall einen Teil der Unterbringungs- und Behandlungskosten. Es gelten verschiedene Höchstsätze, die wiederum von der Pflegestufe abhängen.

So gilt in der Pflegestufe I ein Höchstbetrag von 1023 Euro monatlich, Pflegebedürftige der Pflegestufe II werden mit bis zu 1279 Euro unterstützt. In der höchsten Pflegestufe III beträgt die Unterstützung 1550 Euro. In Härtefällen kann die monatliche Unterstützung auf bis zu 1918 Euro erhöht werden. Diese Leistungen stellen für die Betroffenen zwar eine erhebliche finanzielle Entlastung dar, reichen in der Regel jedoch nicht aus, um die Kosten für eine stationäre Alterspflege vollständig zu decken. Deshalb sollten frühzeitig private Maßnahmen zur sinnvollen Altersvorsorge getroffen werden.

2.6 Behandlungspflege

Wenn pflegebedürftige Menschen eine medizinische Versorgung benötigen, ein Arzt- oder Krankenhausbesuch aufgrund der eingeschränkten jedoch nicht möglich ist, wird die Versorgung auf ärztliche Anordnung und von geschultem Personal beim Betroffenen zuhause vorgenommen. Man spricht dann von Behandlungspflege. Dabei kann es sich beispielsweise um die Verabreichung von Medikamenten oder Injektionen handeln oder um nötige Verbandswechsel.

Im Gegensatz zur sogenannten direkten Pflege, also der Unterstützung der pflegebedürftigen Person bei den alltäglichen Aufgaben, wird die Behandlungspflege nicht von der Pflegeversicherung, sondern von der Krankenversicherung übernommen.

2.7 Pflegeversicherung Beitragssatz

Die gesetzliche Pflegeversicherung wird von den Beiträgen der Versicherten finanziert. Einen Teil der Beiträge trägt der Versicherte selbst, den anderen Teil sein Arbeitgeber. Der selbst zu tragende Beitragssatz liegt dabei bei 0,975 % des Einkommens, während der Arbeitgeber einen Anteil in gleicher Höhe an die Pflegeversicherung abführt. Bei freiwillig Versicherten, also zum Beispiel Freiberuflern muss der ansonsten vom Arbeitgeber zu zahlende Anteil ebenfalls selbst getragen werden, es ergibt sich dann also ein Beitragssatz von insgesamt 1,95 % des Einkommens. Für Rentner gilt das Gleiche. Kinderlose Personen zahlen zusätzlich zum normalen Beitragssatz einen Zuschlag von 0,25 %.

Für die Berechnung des Beitragssatzes wird das Einkommen bis zu einer gewissen Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt. Diese Grenze wird jährlich überprüft und an die Reallöhne angepasst, bewegt sich jedoch stets in der Nähe von 3.800 Euro monatlich. Ein angestellter Beitragszahler mit Kindern, dessen Einkommen die Beitragsbemessungsgrenze übersteigt, zahlt demnach einen Höchstsatz von 37,05 Euro monatlich. Für Freiberufler und Rentner, bei denen der vom Arbeitgeber getragene Beitragsteil wegfällt, ergibt sich ein Beitrag von etwa 74,10 Euro.

Familienmitglieder von Beitragszahlern sind grundsätzlich kostenlos familienversichert. Bei Kindern besteht die kostenlose Familienversicherung bis zur Vollendung des 18.

Lebensjahres, wird jedoch bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres verlängert, wenn das Kind keiner Erwerbstätigkeit nachgeht. Studenten und Auszubildende sind grundsätzlich bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres familienversichert.

2.8 Pflegekasse

Die Pflegeversicherung wird in Deutschland von den Pflegekassen getragen. Sie sind also das Gegenstück zu den Krankenkassen in der Krankenversicherung. Zwar sind die Pflegekassen eng mit den Krankenkassen verbunden, sie stellen jedoch eigenständige Behörden und Körperschaften des öffentlichen Rechts dar.

Die Pflegekassen sind also Ihr Ansprechpartner, wenn Sie Fragen zur Pflegeversicherung haben. Zu den Aufgaben der Pflegekasse gehört die Erbringung von Leistungen der Pflegeversicherung, also aller finanziellen, sachlichen und dienstlichen Zuwendungen für die Versicherten. Damit das Sozialversicherungssystem auf lange Zeit stabil und liquide bleibt, sind die Pflegekassen dem Prinzip der Effektivität und Wirtschaftlichkeit verpflichtet, sie müssen also Sorge dafür tragen, dass die angebotenen Leistungen einerseits möglichst wirkungsvoll und andererseits durch das zur Verfügung stehende Budget gedeckt sind.

Die Pflegekassen organisieren auch Schulungen für Fachkräfte, die zur Pflege der Versicherungsnehmer eingesetzt werden. Sie übernehmen die Rentenversicherungsbeiträge nicht erwerbstätiger Personen und führen ein ausführliches Mitgliederverzeichnis. Mithilfe dieser Daten werden Statistiken erstellt, die eine Optimierung der Pflegeversicherung ermöglichen sollen.

Weiterhin sind die Pflegekassen dafür verantwortlich, dass es nach Möglichkeit gar nicht erst zum Eintritt einer Pflegebedürftigkeit kommt. Hierfür bieten sie Präventivmaßnahmen für alte, kranke oder ansonsten stark gefährdete Menschen an. Insbesondere dienen die Pflegekassen jedoch auch als Berater und Ansprechpartner der Versicherten und sorgen dafür, dass im gesamten Bundesgebiet eine lückenlose Versorgungsstruktur für die Pflege bedürftiger Menschen vorhanden ist.

2.9 Pflegereform 2011

In regelmäßigen Abständen wird die Pflegeversicherung von der Politik einer kritischen Prüfung unterzogen. Es werden gesellschaftliche Entwicklungen und ihre Auswirkungen auf die Pflegeversicherung sowie allgemeine Fehler und Probleme des Sozialversicherungssystems diskutiert und, soweit nötig, verbessert. Die Pflegereform von 2011 sollte vor allem die Stellung demenzkranker Menschen in der Pflegeversicherung verbessern. Denn die Pflegeversicherung mit ihren starren Kriterien zur Pflegebedürftigkeit und der Einteilung in drei Pflegestufen sorgte dafür, dass von der Demenz betroffene Versicherte oft nicht berücksichtigt wurden.

Demenzkranke Menschen bedürfen zwar ebenfalls einer sehr intensiven Pflege, da sie jedoch oft noch körperlich in der Lage sind, sich selbst zu pflegen und kaum Einschränkungen in ihrer Mobilität haben, fielen sie zuvor oft durch das Raster und erhielten nur sehr geringe Beihilfen. Das soll sich durch die Reform nun ändern. Zwar führt Demenz in den meisten Fällen noch immer nicht zur Einordnung in eine der Pflegestufen, die Leistungen für Demenzkranke wurden jedoch deutlich erhöht.

Darüber hinaus soll die Reform der gesellschaftlichen Entwicklung begegnen, in der immer weniger Beitragszahler für immer mehr pflegebedürftige Menschen aufkommen müssen. Dies soll einerseits durch eine Erhöhung des Beitragssatzes von derzeit 1,95% auf 2,05% erreicht werden. Andererseits sollen die Bürger mit staatlicher Förderung dazu animiert werden, privat für die Pflegeversicherung vorzusorgen. Hierfür wird sowohl über eine direkte staatliche Förderung als auch über steuerliche Erleichterungen diskutiert. Unabhängig von der Ausgestaltung der staatlich geförderten privaten Pflegevorsorge soll diese jedoch ein jährliches Gesamtvolumen von 100 Millionen Euro erreichen.

2.10 Grundsicherung im Alter

Pflegebedürftige Personen sind in der Regel auch nicht mehr in der Lage, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen und damit ein Einkommen zu erzielen, was die Schwierigkeiten bei der Finanzierung der Pflege noch weiter verstärkt. Hier kommt die Grundsicherung im Alter ins Spiel. Diese Sozialleistung bietet Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben und dauerhaft erwerbsgemindert sind, eine finanzielle Beihilfe. Diese Beihilfeleistung soll vor allem der Altersarmut vorbeugen.

Eine dauerhafte Erwerbsminderung ist gegeben, wenn die betreffende Person nicht länger als drei Stunden am Tag einer Erwerbstätigkeit nachgehen kann. Die Grundsicherung im Alter kann neben den Leistungen der Pflegeversicherung bezogen werden. Sie wird jedoch nur dann gewährt, wenn der Antragsteller die Grundsicherung nicht selbst, beispielsweise aus dem eigenen Vermögen bestreiten kann.

Die Grundsicherung dient nur zur Sicherung des absoluten Existenzminimums, kann gerade bei pflegebedürftigen Personen jedoch um einen sogenannten Mehrbedarf erhöht werden, mit dem die zur Pflege benötigten Anschaffungen und Ausnahmen gedeckt werden. Zusätzlich werden die Beiträge für die gesetzliche Pflegeversicherung von der Grundsicherung übernommen.

3 Leistungen der Pflegeversicherung

Ziel der Leistungen der Pflegeversicherung an pflegebedürftige Personen ist die Erhaltung und Wiederherstellung der geistigen und körperlichen Fähigkeiten. Zu diesem Zweck sieht das SGB XI in § 28 mehrere verschiedene Leistungsarten vor.

Prinzipiell wird dabei zwischen Sachleistungen, Pflegegeld, also finanzieller Hilfe, Pflegekursen für Angehörige oder ehrenamtliche Pfleger und sonstigen Leistungen unterschieden. Die Pflegekassen müssen ihr Angebot an Leistungen stets an den derzeit geltenden medizinischen und pflegetechnischen Standards und Erkenntnissen ausrichten.

Besonders wichtig ist auch der Anspruch auf Beratung über das Angebot der Pflegemaßnahmen. Dieser Anspruch steht nach § 7a SGB XI allen pflegeversicherten gegenüber der Pflegekasse beziehungsweise der gewählten privaten Pflegeversicherung zu.

3.1 Pflegegeld

Die Pflege eines pflegebedürftigen Menschen soll diesen soweit möglich ein freies und selbstbestimmtes Leben im gewohnten sozialen Umfeld ermöglichen. Wunsch vieler Menschen, die Pflegeleistungen in Anspruch nehmen müssen sowie ihrer Angehörigen ist es deshalb oft, während der Dauer der Pflege zuhause wohnen zu können. Diesem Wunsch trägt das SGB XI mit dem Vorrang der häuslichen Pflege in § 3 SGB XI Rechnung.

Findet die Pflege beim Pflegebedürftigen zu Hause statt, wird diese normalerweise durch eine ausgebildete Pflegekraft als Sachleistung vorgenommen. Es besteht jedoch auch die Möglichkeit, dass diese Pflegeleistung durch einen Angehörigen oder eine ehrenamtliche Pflegekraft erbracht wird. In diesen Fällen zahlt die Pflegeversicherung zur Unterstützung sogenanntes Pflegegeld, dessen Höhe von der Pflegestufe des Pflegebedürftigen abhängt.

In der niedrigsten Pflegestufe 1 beträgt das Pflegegeld 235 Euro monatlich, Pflegebedürftige der Stufe 2 erhalten 445 Euro. Menschen, die in die Pflegestufe 3 fallen, werden mit einem monatlichen Pflegegeld von 700 Euro unterstützt.

Pflegebedürftige, die in den eigenen vier Wänden von Angehörigen oder ehrenamtlichen Pflegekräften versorgt werden, werden in regelmäßigen Abständen von ausgebildeten Pflegern eines Pflegedienstes besucht. Der Pflegebedürftige hat dabei freie Auswahl unter den verschiedenen ambulanten Pflegediensten. Ziel dieser Besuche ist nicht etwa die Kontrolle und Überwachung der ehrenamtlich tätigen Pfleger, sondern die Qualitätssicherung der Pflege. Die Pflegedienste unterstützen die häuslichen Pflegekräfte dabei mit Beratung, Hinweisen zur richtigen Pflege und dienen vor allem als Ansprechpartner für Probleme.

Diese Qualitätssicherungsbesuche finden bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe 1 und 2 halbjährlich statt, ab Pflegestufe 3 werden die Besuche alle drei Monate vorgenommen. Weigert sich der Pflegebedürftige, diese Besuche stattfinden zu lassen, kann die Pflegekasse das Pflegegeld zunächst kürzen und später sogar ganz aussetzen.

Neben den Besuchen des ambulanten Pflegedienstes zur Qualitätssicherung der Pflege bieten die Pflegeversicherungen ihren Mitgliedern auch die Möglichkeit, ihre Kenntnisse in kostenlosen Pflegekursen zu erweitern. Gerade Angehörige, die sich für die häusliche Pflege eines nahen Verwandten entschieden haben, sollten diese Angebote nutzen, um der pflegebedürftigen Person eine möglichst gute Versorgung bieten zu können.

3.2 Pflegesachleistung

Neben dem Pflegegeld leistet die Pflegeversicherung auch Hilfe durch sogenannte Pflegesachleistungen. Es liegt zwar nahe, hierunter vor allem gegenständliche Dinge wie etwa Gehhilfen oder medizinische Artikel zu verstehen, gemeint sind aber lediglich Dienstleistungen professioneller Pflegeeinrichtungen. Wenn die Pflege also nicht ehrenamtlich übernommen und kein Pflegegeld gezahlt wird, werden geschulte und professionelle Pfleger eingesetzt. Die Kosten für eine solche Pflege übersteigen die Kosten für eine ehrenamtliche Pflege natürlich deutlich, deshalb werden Pflegesachleistungen auch deutlich stärker unterstützt als ehrenamtliche Pflege. Dabei zahlt die Pflegeversicherung direkt an die gewählte Pflegeeinrichtung. Man kann die Pflegesachleistung also als Gegenteil des Pflegegeldes bezeichnen.

Empfänger von Pflegesachleistungen, die diesen Anspruch nicht vollständig ausreizen, können mit der sogenannten Kombilösung zusätzlich zu den Pflegesachleistungen noch Pflegegeld erhalten. Das wird vor allem dann relevant, wenn tagsüber eine ehrenamtliche Pflege mit Pflegegeld, nachts jedoch eine professionelle Pflege als Sachleistung stattfinden soll. Es ist jedoch zu beachten, dass für Pflegegeld und Pflegesachleistungen Höchstbeträge gelten. Wenn die Kosten der Pflege diesen Höchstbetrag übersteigen, muss die Differenz vom Pflegebedürftigen selbst getragen werden, gegebenenfalls können hier Ansprüche auf Sozialhilfe genutzt werden.

3.3 Hilfsmittel / Pflegehilfsmittel

Die Pflege eines bedürftigen Menschen macht je nach Fall den Einsatz unterschiedlicher Hilfsmittel wie medizinisch-technischer Geräte oder Verbrauchsgegenständen, etwa Einweghandschuhe oder Verbände, nötig. Gerade die technischen Hilfsmittel können unter Umständen sehr teuer sein und werden gerade für Menschen, die zuhause gepflegt werden oft zur finanziellen Belastung. Das SGB XI sieht deshalb eine Unterstützung dieser Menschen bei der Anschaffung der Hilfsmittel vor und überlässt technische Hilfsmittel leihweise. Der Pflegebedürftige muss dabei einen Eigenanteil von 10% selbst tragen, der 25 Euro jedoch

nicht übersteigen darf. Bei Verbrauchsgegenständen wie Verbänden oder Einweghandschuhen werden die Kosten von der Pflegeversicherung bis zu einem Betrag von 31 Euro im Monat übernommen.

Bei der Anschaffung bestimmter technischer Hilfsmittel muss eine anerkannte Pflegeeinrichtung gegenüber der Pflegeversicherung bestätigen, dass die Anschaffung des Hilfsmittels tatsächlich nötig ist. Wenn die Pflege nicht zu Hause, sondern in einer stationären Einrichtung, also etwa einem Alters- oder Pflegeheim, stattfindet, werden sämtliche Hilfsmittel kostenfrei von der Einrichtung gestellt.

3.4 Hilfsmittelkatalog

Die gesetzliche Pflegeversicherung muss die Kosten nur für die Hilfsmittel übernehmen, die im Hilfsmittelkatalog, beziehungsweise dem Hilfsmittelverzeichnis der gesetzlichen Krankenversicherung aufgeführt sind. Ziel des Hilfsmittelkatalogs ist die Schaffung von Transparenz für die Pflegekassen und ihre Versicherten. Neben einer Auflistung der verschiedenen Hilfsmittel enthält der Hilfsmittelkatalog Indikationen, also Voraussetzungen, die für eine Anschaffung des bestimmten Hilfsmittels vorliegen müssen.

Die Hilfsmittel, die für die Pflege bedürftiger Menschen zugelassen sind, werden in den Nummern 50 bis 54 sowie Nummer 98 des Hilfsmittelverzeichnisses der gesetzlichen Krankenkassen aufgeführt. Zudem sind die Hilfsmittel nach ihrem Einsatzbereich geordnet, also danach, ob es sich um Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege, zur Körperpflege und Hygiene, zur selbstständigen Lebensführung und Mobilität, zur Linderung von Beschwerden oder um zum Verbrauch bestimmte Pflegemittel handelt. Der Hilfsmittelkatalog kann kostenlos im Internet eingesehen werden oder wird den Versicherten auf Anfrage bei der Pflegekasse auf anderem Wege zugänglich gemacht.

3.5 Inkontinenz Hilfsmittel

Bei pflegebedürftigen Menschen kommt es sehr häufig zu Inkontinenz, vor allem Demenzkranke sind stark davon betroffen. Um diesen Menschen die würdevolle Teilnahme am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen, gibt es viele Hilfsmittel, die bei deren Pflege eingesetzt werden können. Die Kosten dieser Hilfsmittel werden bei ärztlicher Verschreibung teilweise von den Krankenkassen übernommen.

Besonders bekannt und effektiv sind dabei die sogenannten aufsaugenden Produkte, also Einlagen, Binden und Windeln. Diese Produkte werden in unterschiedlichen Ausführungen und Stärken und für jede Art der Inkontinenz angeboten. Beim Einsatz von Inkontinenz Hilfsmitteln, vor allem bei Windeln, ist es wichtig, dass sie dem Pflegebedürftigen passen und beim Tragen keine Schmerzen oder Probleme verursachen. Es sollte deshalb vor der Anwendung ein Arzt aufgesucht werden.

Da Inkontinenz zu starken Hautirritationen bis hin zu Entzündungen führen kann, gehören auch Produkte zur Hautpflege und -reinigung zu den Inkontinenz Hilfsmitteln. Diese werden meist als Creme, Salbe oder Gel vertrieben und sollen Entzündungen und unangenehmen Gerüchen vorbeugen. Bei der Pflege eines inkontinenten Menschen sollte auch Windelbeutel verwendet werden, in denen die Hilfsmittel nach Gebrauch luftdicht verschlossen und geruchsneutral gelagert werden können.

3.6 Gehhilfen

Gehbehinderte Menschen leiden unter ihrer Einschränkung vor allem deshalb so stark, weil es ihnen überhaupt nicht mehr oder nur noch teilweise möglich ist, am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen. Auch Geschäfte des alltäglichen Lebens, etwa Einkäufe, Arztbesuche oder Spaziergänge werden für Menschen mit einer Gehbehinderung zum großen Problem.

Mittlerweile gibt es jedoch ein großes Angebot an Gehhilfen, die diesen Menschen ihre Mobilität zurückgeben und das Leben erheblich erleichtern. Die bekannteste Gehhilfe ist dabei wohl die sogenannte Unterarmstütze, im Volksmund auch "Krücke" genannt. Sie kommt vor allem bei leichten Gehbehinderungen zum Einsatz. Für ältere Menschen, denen auch diese Unterarmstütze kein beschwerdefreies Gehen mehr ermöglicht, gibt es Rollatoren, also feste Stützen mit Rädern, die der Patient beim Gehen vor sich herschiebt.

Gehhilfen eignen sich jedoch nicht nur für Menschen mit einer bereits vorhandenen Gehbehinderung. Vor allem ältere Menschen sollten einer späteren Behinderung frühzeitig vorbeugen und ihren Gang bei einem Orthopäden untersuchen lassen. Oft können Stellungs- und Haltungsfehler nämlich bereits durch den Einsatz von Schuheinlagen oder einfachen Gehstöcken korrigiert werden.

Beim Einsatz von Gehhilfen muss stets darauf geachtet werden, dass die Gehhilfe individuell an den Patienten angepasst ist. Falsch angepasste Gehhilfen verfehlen nicht nur ihre medizinische Wirkung, sie können die Gehbehinderung sogar verschlimmern. Da es zu den wesentlichen Zielsetzungen der Krankenversicherungen gehört, Menschen die selbstbestimmte Teilnahme am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen, werden Gehhilfen, deren Notwendigkeit von einem Arzt festgestellt wurde, auch von den Krankenkassen finanziert. Die gesetzliche Pflegekasse übernimmt dagegen die Kosten für Maßnahmen, die der pflegegerechten Verbesserung des Wohnumfeldes dienen.

3.7 Verhinderungspflege

Findet die Pflege bei der pflegebedürftigen Person zu Hause statt, kann es natürlich vorkommen, dass die Pflegekraft wegen Krankheit, Urlaub oder sonstigen Anlässen verhindert ist. Um in dieser Zeit weiterhin eine bedarfsgerechte Pflege zu ermöglichen, kann die Pflegekraft für die Dauer der Verhinderung durch eine andere Person, deren Kosten von

der Pflegeversicherung übernommen werden, ersetzt werden. Die Voraussetzungen und der Umfang dieser Verhinderungspflege sind in § 39 SGB XI geregelt.

Grundvoraussetzung ist zunächst, dass die verhinderte Pflegeperson bereits mindestens 6 Monate lang für die häusliche Pflege der bedürftigen Person tätig war. Weiterhin darf die Verhinderungspflege einen Zeitraum von vier Wochen im Kalenderjahr nicht überschreiten. Die Höhe der von der Pflegeversicherung erstatteten Kosten hängt davon ab, ob die Verhinderungspflege durch eine professionelle oder eine mit dem Pflegebedürftigen verwandte Person erbracht werden soll. Bei externen Pflegepersonen werden die Kosten der Verhinderungspflege bis zu einem Betrag von 1550 Euro im Jahr übernommen. Für Personen, die mit der pflegebedürftigen Person bis zum zweiten Grad verwandt sind, gelten dagegen die Höchstbeträge des Pflegegeldes. Eine Ausnahme hiervon besteht jedoch dann, wenn die verwandte Pflegeperson erwerbstätige Pflege leistet, es sich also um eine geschulte Pflegekraft handelt. In diesem Fall gilt auch für verwandte Pflegepersonen der Höchstsatz von 1550 Euro im Kalenderjahr.

3.8 Kurzzeitpflege

Wenn häusliche Pflege für den Pflegebedürftigen stattfinden soll, diese aber noch nicht möglich ist, etwa weil noch keine geeignete Pflegekraft gefunden wurde, besteht die Möglichkeit einer Kurzzeitpflege in einer stationären Einrichtung. Ähnlich wie für die Verhinderungspflege sieht die gesetzliche Pflegeversicherung hierfür einen Zeitraum von maximal vier Wochen vor.

Die Kurzzeitpflege ist nach § 42 Absatz 1 SGB XI in zwei Fällen möglich: Als Übergangslösung, wenn die stationäre Pflege durch häusliche Pflege ersetzt werden soll oder in anderen Krisensituationen, in denen eine häusliche Pflege oder eine teilstationäre Tagespflege beziehungsweise Nachtpflege nicht möglich oder ausreichend ist. In diesen Fällen übernimmt die gesetzliche Pflegeversicherung die Kosten für Pflege, soziale Betreuung sowie medizinische Behandlungen bis zu einem Höchstbetrag von 1550 Euro. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung müssen vom Pflegebedürftigen jedoch selbst getragen werden.

In begründeten Einzelfällen ist Kurzzeitpflege auch für pflegebedürftige Kinder bis zur Vollendung des achtzehnten Lebensjahres in behindertengerechten Einrichtungen möglich, wenn die Unterbringung in einer gewöhnlichen Pflegeeinrichtung nicht angemessen wäre.

3.9 Tagespflege und Nachtpflege

Neben der häuslichen Pflege in den eigenen vier Wänden der pflegebedürftigen Person sieht die gesetzliche Pflegeversicherung in § 41 SGB XI die Möglichkeit sogenannter teilstationärer Pflege vor. Diese soll die häusliche Pflege zu bestimmten Tages- oder Nachtzeiten ergänzen und findet in einer stationären Einrichtung, etwa einem Tagespflegeheim statt. Die

gesetzliche Pflegeversicherung übernimmt dabei den Transport der pflegebedürftigen in die Einrichtung und zurück nach Hause. Die Kosten für die teilstationäre Betreuung als Tagespflege oder Nachtpflege werden bis zu gewissen Höchstbeträgen übernommen, die von der einschlägigen Pflegestufe abhängen.

So beteiligt sich die gesetzliche Pflegeversicherung für pflegebedürftige Personen mit Pflegestufe 1 etwa mit derzeit 450 Euro im Monat an den Kosten der teilstationären Tagespflege oder Nachtpflege. Pflegebedürftige der Pflegestufe 2 werden mit 1100 Euro unterstützt, während in Pflegestufe 3 1550 Euro monatlich zur Verfügung gestellt werden.

Zu beachten ist, dass die teilstationäre Tagespflege oder Nachtpflege den Bezug anderer Leistungen nicht ausschließt. Stattdessen sieht § 41 Absatz 2 SGB XI ausdrücklich die Möglichkeit vor, die Beilhilfen für Tagespflege und Nachtpflege mit Pflegesachleistungen oder Pflegegeld zu kombinieren. Soweit die Leistungen für Tagespflege und Nachtpflege einen Anteil von 50% des Höchstbetrages für Pflegesachleistungen nicht übersteigen, findet auch keine Minderung dieser Leistung statt. Erst wenn die Kosten 50% der Pflegesachleistungshöchstbeträge für die jeweilige Pflegestufe übersteigen, wird die Pflegesachleistung um den entsprechenden Prozentsatz reduziert.

Das klingt sehr kompliziert, lässt sich aber an einem einfachen Beispiel veranschaulichen: Der Anspruch auf Pflegesachleistungen in Pflegestufe 2 ist auf einen Höchstbetrag von 1100 Euro begrenzt. Nimmt der Empfänger von Pflegesachleistungen nun zusätzlich Tagespflege und Nachtpflege in Anspruch, kann diese mit höchstens 50% dieses Höchstbetrages, also 550 Euro monatlich, finanziert werden, ohne dass eine Minderung der Pflegesachleistung stattfindet. Beträgt die Unterstützung für die teilstationäre Pflege dagegen zum Beispiel 60% des Höchstbetrages für Pflegesachleistungen, wird dieser Höchstbetrag um 10% reduziert.

3.10 Zusätzliche Betreuungsleistungen

Ergänzend zu den Leistungen in Form von Pflegesachleistungen oder Pflegegeld sowie der Unterstützung für Tagespflege und Nachtpflege können pflegebedürftige Menschen die gesetzliche Pflegeversicherung auch auf sogenannte zusätzliche Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen. Wichtig ist, dass dieser Anspruch nicht nur für Bedürftige besteht, die in einer der Pflegestufen eingeteilt sind. Vielmehr können auch Menschen, die in ihrer Alltagskompetenz zwar eingeschränkt sind und Unterstützung bei Grundpflege oder hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen, jedoch nicht die Schwelle der Pflegestufe 1 erreichen, zusätzliche Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen. Umgangssprachlich wird hierbei von Pflegestufe 0 gesprochen. Dies betrifft vor allem Demenzkranke und Menschen mit einer sonstigen geistigen Einschränkung.

Die zusätzlichen Betreuungsleistungen können als Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege oder Pflege durch einen ambulanten Dienst in Anspruch genommen werden. Die Höhe der zusätzlichen Betreuungsleistungen beträgt mindestens 100 und höchstens 200 Euro.

3.11 Demenzkranke

Die Pflege demenzkranker Menschen stellt ihre Angehörigen sehr oft vor extreme Probleme. Gerade die Krankheit Demenz erfordert eine sehr intensive Pflege und oftmals eine Betreuung rund um die Uhr. Auch Demenzpatienten sind in ihrer Fähigkeit, ihr Leben selbst zu gestalten, oft stark eingeschränkt. Dennoch war die gesetzliche Pflegeversicherung lange Zeit nicht auf die Versorgung dieser Menschen eingestellt. Da für die Einordnung in eine Pflegestufe mehrere Voraussetzungen vorliegen müssen, unter anderem körperliche Defizite, und Demenzpatienten diese körperlichen Einschränkungen oft nicht aufweisen, sah die gesetzliche Pflegeversicherung hierfür auch keine Leistungen vor.

Um diese ungewünschte Regelungslücke zu schließen, wurde die Pflegestufe 0 eingeführt. Hierunter fallen auch Menschen wie Demenzkranke mit einer erheblich beeinträchtigten Alltagskompetenz, die nicht die Voraussetzungen für Pflegestufe 1 erfüllen.

Um Leistungen für die Pflegestufe 0 zu erhalten, muss zunächst ein Antrag auf Einordnung in eine Pflegestufe gestellt werden. Kommt der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) bei seiner Begutachtung zu dem Ergebnis, dass eine Einordnung in Pflegestufe 1 zwar nicht möglich ist, eine geminderte Alltagskompetenz aber dennoch vorliegt, kann der Pflegebedürftige Leistungen für die Pflegestufe 0 beantragen. Besonders interessant für Angehörige, die demenzkranke Familienmitglieder selbst pflegen, ist dabei der Anspruch auf halbjährliche Beratungsbesuche eines ambulanten Pflegedienstes. Dieser dient den ehrenamtlichen Pflegern dazu, wertvolle Hinweise und Anleitungen für die Pflege zu erhalten.

Falls die Unterbringung des Demenzkranken in einer stationären Pflegeeinrichtung nötig ist, stellt der MDK auch eine sogenannte Heimbedürftigkeitsbescheinigung aus, die von vielen Pflegeeinrichtungen als Voraussetzung für die Aufnahme verlangt wird. Zeitgleich mit der Einführung der Pflegestufe 0 wurden übrigens die Angebote für die stationäre Betreuung demenzkranker Menschen verbessert. In speziellen Pflegeheimen werden nun Pfleger eingesetzt, die speziell für die Pflege Demenzkranker geschult sind. Diese Pflegeheime für Demenz bieten je nach Einrichtung Tagespflege, Nachtpflege oder eine vollständige Unterbringung an. Die gesetzliche Pflegeversicherung unterstützt die Pflege in diesen Einrichtungen bis zu bestimmten Höchstbeträgen, die Unterbringungskosten müssen jedoch vom Pflegebedürftigen selbst getragen werden.

3.12 Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

Die gesetzliche Pflegeversicherung soll pflegebedürftige Menschen bei der Führung eines möglichst selbstbestimmten Lebens Unterstützung. Hierzu gehört natürlich auch das Leben in der eigenen Wohnung, das so lange wie möglich gewährleistet werden soll. Gerade für ältere und gehbehinderte Menschen bestehen in normalen Wohnungen jedoch jeder Menge Hindernisse wie Treppen, zu schmale Türen oder eine nicht behindertengerechte Einrichtung. Da ein Umzug mit großen Strapazen für den Pflegebedürftigen ist, legt die gesetzliche Pflegeversicherung die Priorität auf eine Anpassung der bisherigen Wohnung an dessen Bedürfnisse. Deshalb werden Maßnahmen, die das Wohnumfeld des Pflegebedürftigen verbessern, mit finanziellen Zuschüssen gefördert.

Diese Maßnahmen können beispielsweise in der Installation eines Treppenliftes, behindertengerechten Badeinrichtungen, niedrigeren Möbeln, dem Austausch von Türgriffen oder der Verbreiterung von Türrahmen bestehen. Voraussetzung dafür ist, dass ein Pflegedienst die Notwendigkeit dieser Maßnahmen bestätigt. Wurde diese Notwendigkeit bestätigt, zahlt die gesetzliche Pflegeversicherung einen finanziellen Zuschuss von maximal 2557 Euro pro Maßnahme. Der Pflegebedürftige trägt dabei eine Selbstbeteiligung von 10%, die Selbstbeteiligung darf einen Anteil von 50% am Monatseinkommen jedoch nicht übersteigen. Bei erwerbslosen Pflegebedürftigen trägt die gesetzliche Pflegeversicherung die Kosten der Maßnahme vollständig.

Manchmal ist es trotz der Unterstützung durch die gesetzliche Pflegeversicherung nicht möglich, die Wohnung des Pflegebedürftigen so zu gestalten, dass diesem ein barrierefreies und selbstbestimmtes Leben ermöglicht wird. In solchen Fällen bezuschusst die gesetzliche Pflegeversicherung den Umzug in eine behindertengerechte Wohnung. Sollten an der neuen Wohnung noch weitere wohnumfeldverbessernde Maßnahmen nötig sein, werden diese ebenfalls unterstützt. Allerdings gilt auch hier der Höchstbetrag von 2557 Euro.

3.13 Pflegeheim

In § 3 des SGB XI wird der Vorrang der häuslichen Pflege festgeschrieben. Der Pflegebedürftige soll nach Möglichkeit nicht aus seinem sozialen Umfeld gerissen werden und ein möglichst selbständiges Leben in der eigenen Wohnung führen können. In einigen Fällen ist es jedoch schlichtweg nicht mehr möglich, die Pflege beim Bedürftigen zuhause vorzunehmen. Gerade wenn der Gesundheitszustand des Pflegebedürftigen besondere medizinische Behandlungen erfordert oder die Wohnung auch mit wohnumfeldverbessernden Maßnahmen nicht auf seine Ansprüche angepasst werden kann, kommt deshalb eine stationäre Pflege in einem Pflegeheim in Betracht.

Die Unterbringung in einem Pflegeheim ist jedoch oft sehr teuer. Deshalb muss bedacht werden, dass die gesetzliche Pflegeversicherung zwar die Kosten für die soziale Betreuung

und pflegerischen Maßnahmen übernimmt, Unterbringung und Verpflegungen müssen jedoch vom Pflegebedürftigen aus eigenen Mitteln getragen werden. Wenn das Vermögen oder Einkommen hierfür nicht ausreicht, muss gegebenenfalls auf Sozialhilfe zurückgegriffen werden. Auch die Kosten einer eventuell nötigen medizinischen Behandlung fallen ab dem 1.1.2008 nicht mehr unter die gesetzliche Pflegeversicherung, sondern werden von der Krankenversicherung getragen.

Für die soziale Betreuung und die pflegerischen Maßnahmen übernimmt die gesetzliche Pflegeversicherung jedoch die Kosten bis zu bestimmten Höchstbeträgen, die von der Pflegestufe abhängen. In der Pflegestufe 1 werden bis zu 1023 Euro monatlich übernommen, Pflegebedürftige in der Pflegestufe 2 erhalten eine monatliche Unterstützung von 1279 Euro. In der höchsten Pflegestufe 3 beträgt der maximale Zuschuss 1432 Euro, der in Härtefällen auf bis zu 1688 Euro erhöht werden kann.

Wenn die Pflege zuhause stattfinden soll und vorübergehend nicht möglich ist, besteht die Möglichkeit der Kurzzeitpflege in einer stationären Einrichtung. Diese darf einen Zeitraum von vier Wochen jedoch nicht überschreiten. Auch bei der Kurzzeitpflege übernimmt die gesetzliche Pflegeversicherung nur die Kosten für die soziale und pflegerische Versorgung, die Unterkunfts- und Verpflegungskosten fallen dem Pflegebedürftigen zur Last.

4 Pflegestufen

Um Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen zu können, muss der Antragsteller als pflegebedürftig gelten. Hierfür sind die Pflegestufen 1 bis 3 maßgeblich. Die Pflegebedürftigkeit ist wiederum gegeben, wenn die notwendige Pflege mindestens die Voraussetzung der Pflegestufe 1 erfüllt. Weiterhin hängt auch die Höhe der Leistungen von der jeweiligen Pflegestufe ab, deren Voraussetzungen in § 15 SGB XI geregelt sind.

Die Einordnung in eine Pflegestufe wird auf Antrag bei der Pflegekasse vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen, kurz MDK, vorgenommen. In der Regel besucht ein Gutachter den Antragsteller in der eigenen Wohnung und legt in einem Gutachten die Pflegebedürftigkeit fest. Grundvoraussetzung für die Erteilung einer Pflegestufe ist dabei die Beeinträchtigung der sogenannten Alltagskompetenz, also der Fähigkeit des Antragsstellers, die Aufgaben des täglichen Lebens selbstständig zu erfüllen und am sozialen Leben teilnehmen zu können.

Zusätzlich zur Eingeschränkten Alltagskompetenz müssen je nach Pflegestufe weitere Defizite gegeben sein. Hierbei wird zwischen den Bereichen Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftliche Versorgung unterschieden. Die Einordnung in eine Pflegestufe kann auf Antrag jederzeit überprüft und gegebenenfalls angepasst werden. Das ist vor allem dann wichtig, wenn sich der Zustand des Pflegebedürftigen erheblich verschlechtert oder verbessert. Um die Entscheidung der Einordnung in eine bestimmte

Pflegestufe anzugreifen, steht dem Pflegebedürftigen oder seinem gesetzlichen Vertreter die Möglichkeit des Widerspruchs zur Verfügung.

4.1 Körperpflege, Ernährung, Mobilität, hauswirtschaftliche Versorgung

Die vier Elemente Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftliche Versorgung stellen im Bereich der Pflegeversicherung die Bereiche dar, die für die Führung eines selbstbestimmten Lebens maßgeblich sind. Ist der Antragstelle in mehreren dieser Bereiche in einem bestimmten Ausmaß beeinträchtigt, liegt eine Pflegebedürftigkeit vor. Die ersten drei Bereiche Körperpflege, Ernährung und Mobilität bilden die sogenannte Grundpflege. Zur Körperpflege gehören alltägliche Maßnahmen der Körperhygiene wie Zahnreinigung, Waschen des Körpers sowie selbstständiges Kämmen. Die Ernährung umfasst einerseits das Zubereiten von Mahlzeiten und andererseits deren Verzehr mit Besteck. Mit Mobilität wird die Fähigkeit des Menschen bezeichnet, selbstständig aus dem Bett aufzustehen und sich schlafen zu legen, beschwerdefrei zu gehen und ohne Komplikationen die Wohnung zu verlassen und wieder in diese zurückzukehren.

Von der Grundpflege ausgenommen ist die hauswirtschaftliche Versorgung. Diese bezeichnet nicht nur das selbstständige Einkaufen von Lebensmitteln und Haushaltsgegenständen, sondern auch die Fähigkeit zu Arztbesuchen oder sonstigen notwendigen Erledigungen. Die einzelnen Pflegestufen werden danach unterschieden, wie viel Zeit die Pflege in den Bereichen der Grundpflege einerseits und der hauswirtschaftlichen Versorgung andererseits erfordert.

4.2 Pflegestufe 0

Die Pflegestufe 0 ist im SGB XI nicht ausdrücklich vorgesehen. Grundsätzlich gelten nur solche Menschen als pflegebedürftig, die mindestens die Voraussetzungen der Pflegestufe 1 erfüllen. Dies führte in der Vergangenheit jedoch dazu, dass viele hilfsbedürftige Menschen, insbesondere Demenzkranke, kaum oder nur sehr wenige Ansprüche auf Pflegeleistungen hatten.

Bei Menschen, die an Demenz oder anderen geistigen Beeinträchtigungen leiden, ist in der Regel eine hohe Hilfsbedürftigkeit gegeben. Vor allem die hauswirtschaftliche Versorgung kann von diesen Menschen nicht mehr selbstständig bewältigt werden. Im Bereich der Grundpflege, also bei Körperpflege, Ernährung und Mobilität, weisen sie jedoch oft nicht genügend Defizite auf, um in Pflegestufe 1 eingeordnet zu werden und damit als pflegebedürftig zu gelten. Um auch diesen Menschen eine Pflegeversorgung zu ermöglichen, sieht die gesetzliche Pflegeversicherung die sogenannten zusätzlichen Betreuungsleistungen vor, die nicht von einer Pflegestufe abhängig sind. In der Praxis spricht man deshalb oft von der Pflegestufe 0.

Um einen Anspruch auf solche Leistungen zu haben, muss zunächst eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen, den MDK, erfolgen. In diesem Gutachten muss festgestellt werden, dass der Betroffene zwar nicht die Voraussetzungen einer der drei Pflegestufen erfüllt, in seiner Alltagskompetenz aber dennoch stark eingeschränkt und deshalb eine Pflege erforderlich ist. Da Pflegebedürftige der Pflegestufe 0 oft keine professionelle Pflege oder ständige medizinische Versorgung erfordern, wird die Pflege dieser Menschen häufig ehrenamtlich von Angehörigen übernommen. Diesen steht alle sechs Monate die Möglichkeit eines sogenannten Beratungsbesuchs zur Verfügung. Bei diesem Hausbesuch eines ambulanten Pflegedienstes erhält der ehrenamtliche Pfleger Hilfestellung und Unterrichtung in den Grundlagen einer bedarfsgerechten Pflege.

4.3 Pflegestufe 1

Die Pflegestufe 1 stellt die niedrigste der in § 15 SGB XI vorgesehenen Pflegestufen, und damit die Grundvoraussetzung der Pflegebedürftigkeit für die gesetzliche Pflegeversicherung dar. Damit eine Einordnung in die Pflegestufe 1 stattfindet, muss die tägliche Dauer der notwendigen Pflege mindestens 90 Minuten betragen. Von diesen 90 Minuten müssen mindestens 45 Minuten auf die Grundpflege, also Maßnahmen der Körperpflege, Ernährung und Mobilität, erfolgen.

Mit der Erfüllung dieser Voraussetzungen gilt der Antragsteller als pflegebedürftig und hat Anspruch auf die Leistungen der Pflegeversicherung.

4.4 Pflegestufe 2

Benötigt eine pflegebedürftige Person mehr als 180 Minuten Hilfe am Tag, wird sie in Pflegestufe 2 eingeteilt, wenn von diesen 180 Minuten mindestens 120 Minuten auf die Hilfe in den Bereichen Körperpflege, Ernährung und Mobilität, also die Grundpflege, entfallen. Für die Hilfe im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung können bei insgesamt 180 Minuten der Pflege also höchstens 60 Minuten berücksichtigt werden.

4.5 Pflegestufe 3

Die Pflegestufe 3 ist die höchste Pflegestufe und berechtigt damit zur Inanspruchnahme der höchsten Leistungssätze. Entsprechend hoch sind die Voraussetzungen für eine Einteilung in diese Pflegestufe. Die tägliche Pflege muss mindestens 300 Minuten erfordern. Davon müssen mindestens 240 Minuten für die Grundpflege beansprucht werden. Im Gegensatz zu den anderen Pflegestufen spielt auch die Tageszeit, zu der die Pflege benötigt wird, eine entscheidende Rolle. Für eine Einteilung in die Pflegestufe 3 muss die Pflege nämlich auch nachts, also im Zeitraum zwischen 22 Uhr und 6 Uhr nötig sein.

4.6 Härtefall / Härtefallregelung

Bei der Einteilung der pflegebedürftigen Personen in Pflegestufen und der Ausgestaltung der Leistungen, die diesen Menschen zur Verfügung gestellt werden, geht die gesetzliche Pflichtversicherung von durchschnittlichen Werten aus. Es handelt sich also um Generalregelungen, die möglichst vielen Fällen gerecht werden sollen. In der Realität kommt es aber immer wieder zu Fällen, die eine intensivere Versorgung erfordern, als der Durchschnitt.

Gerade bei schwerbehinderten und sehr alten Personen kann es also zu Härtefällen kommen, denen die für die einzelnen Pflegestufen vorgesehenen Leistungen nicht gerecht werden können. Problematisch wird das insbesondere dann, wenn die Hilfsbedürftigkeit den Versorgungsaufwand übersteigt, der in der höchsten Pflegestufe 3 vorgesehen ist. Das kommt bei pflegebedürftigen Menschen in stationären Pflegeheimen sehr häufig vor. Natürlich muss auch für solche Fälle eine angemessene und menschenwürdige Versorgung sichergestellt werden.

Deshalb können pflegebedürftige Personen, deren Hilfsbedürftigkeit die Grenzen der Pflegestufe 3 übersteigt, einen Härtefallantrag stellen. Die gesetzliche Pflegeversicherung kann dann einen Härtefall feststellen und die entsprechenden Höchstbeträge erhöhen. Zu beachten ist hierbei, dass ein Härtefall zwar für Pflegesachleistungen, also die Pflege durch einen ambulanten Dienst oder durch geschultes Personal in einem Pflegeheim anerkannt werden kann, das Pflegegeld für Angehörige oder ehrenamtliche Pfleger kann jedoch nicht über den Höchstbetrag der Pflegestufe 3 erhöht werden. Härtefälle erfordern also stets auch die professionelle Pflege als Sachleistung, das Pflegegeld kann dagegen höchstens bis zum Maximalbetrag der Pflegestufe 3 zusätzlich in einer Kombilösung bezogen werden.

5 Leistungen der Pflegeversicherung beantragen

Bei der Pflegeversicherung handelt es sich um eine Pflichtversicherung, jeder Erwerbstätige zahlt also automatisch Beiträge an die Pflegekasse. Dementsprechend besteht für jeden Bürger, der zum Pflegefall wird, ein Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung. Diese Leistungen werden jedoch nicht automatisch gewährt, § 33 SGB XI schreibt vor, dass zunächst ein Antrag auf die entsprechende Leistung bei der Pflegekasse gestellt wird. Die Leistungen werden dabei in der Regel auch erst ab der Antragstellung bewilligt, also nicht rückwirkend zur Verfügung gestellt. Der Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung sollte deshalb möglichst frühzeitig gestellt werden.

Die Pflegekassen bieten für alle gängigen Anträge Vordrucke und Anleitungen zur Antragstellung. Darüber hinaus besteht für jeden Pflegeversicherten ein Antrag auf

Pflegeberatung, der auch eine Beratung zu Fragen des Pflegerechts umfasst. Dies wird besonders dann wichtig, wenn es um die richtige Antragstellung oder Rechtsmittel gegen eine Entscheidung der Pflegekasse geht.

5.1 Pflegeberatung

Damit pflegebedürftige Personen und deren Angehörige den Pflegekassen und ihrer Bürokratie nicht hilflos ausgeliefert sind, hat jeder Pflegeversicherte den Anspruch auf eine Pflegeberatung. Auf das Bestehen dieses Anspruches müssen die Pflegekassen jeden Antragsteller explizit hinweisen. In der Praxis sieht das so aus, dass kurz nach Antragstellung eine ausführliche Beratung stattfindet. In dieser Beratung werden die Antragsteller von speziell geschulten Mitarbeitern der Pflegekurse über die wichtigsten Gesichtspunkte der Pflegeversicherung sowie der Pflege bedürftiger Menschen informiert. Auch rechtliche Aspekte zur Antragstellung und möglichen Rechtsmitteln werden hier angesprochen. Sie werden auch darauf hingewiesen, wo sich der nächste Pflegestützpunkt sowie die ambulanten Pflegedienste in ihrer Nähe befinden und bekommen einen Ansprechpartner genannt, an den sie sich mit weiteren Fragen wenden können.

Diese Beratungen finden in der Regel in den Räumen des örtlichen Pflegestützpunktes statt, können jedoch auch während eines Hausbesuches beim Antragsteller vorgenommen werden, was vor allem für Pflegebedürftige interessant ist, die in ihrer Mobilität stark eingeschränkt sind. Alternativ zur Beratung durch Mitarbeiter des Pflegestützpunktes kann auch ein sogenannter Beratungsgutschein ausgestellt werden. Dieser berechtigt dazu, die Pflegeberatung einer externen Stelle, etwa eines ambulanten Pflegedienstes in Anspruch zu nehmen. Die Kosten für diese externe Beratung trägt ebenfalls die gesetzliche Pflegeversicherung.

5.2 Pflegestützpunkt

Pflegestützpunkte sind von zentraler Bedeutung für die Versorgung pflegebedürftiger Menschen. Sie stellen die Außenposten der zentralen Pflegekasse dar und befinden sich in jeder Stadt. Die Pflegestützpunkte in Deutschland bilden also ein effektives Netz, durch das die Betreuung der einzelnen Pflegebedürftigen sichergestellt werden soll. Im Pflegestützpunkt arbeiten Sachbearbeiter, die speziell für den Umgang mit Menschen geschult sind, die der Pflege bedürfen. Sie können deshalb besonders gut auf die individuellen Besonderheiten und Bedürfnisse der einzelnen Fälle eingehen. Deshalb eignen sie sich besonders gut als Anlaufstelle für Menschen, die Fragen zur Pflege haben. Die Mitarbeiter der Pflegestützpunkte statten auch Hausbesuche bei den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen ab.

Zu den Aufgaben des Pflegestützpunktes gehört es insbesondere, die Pflegebedürftigen persönlich zu betreuen. Sie stellen die Augen und Ohren der Pflegekasse direkt vor Ort dar.

Der Pflegekasse wird es dadurch erleichtert, Entscheidungen über die Pflege der einzelnen Fälle gerecht und fair zu treffen.

5.3 Pflegestufe beantragen / Antrag auf Pflegestufe

Der Antrag auf Einordnung des Pflegebedürftigen in eine Pflegestufe ist der erste Schritt und grundlegende Voraussetzung für den Bezug von Pflegeleistungen. Gerade Angehörige von pflegebedürftigen Personen, die diese bisher alleine zuhause gepflegt haben, geraten oft an einen Punkt, ab dem sie den Herausforderungen der Pflege und Fürsorge für einen Menschen nicht mehr alleine gerecht werden können. Auch finanziell kann eine Pflegebedürftigkeit zur großen Last werden. Um solche Probleme gar nicht erst entstehen zu lassen, sollte ein Antrag auf Erteilung einer Pflegestufe spätestens dann erfolgen, wenn davon auszugehen ist, dass die Voraussetzungen der Pflegestufe 1 vorliegen. Dies erfordert eine tägliche Hilfsbedürftigkeit von mindestens 90 Minuten, von denen nicht weniger als 45 Minuten der sogenannten Grundpflege zuzuordnen sind. Hierunter versteht man Hilfeleistungen in den Bereichen Mobilität, körperliche Pflege und Ernährung.

Doch auch wenn diese Voraussetzungen nicht erfüllt werden, kann sich ein Antrag auf Erteilung einer Pflegestufe lohnen. So stehen unter dem umgangssprachlichen Begriff Pflegestufe 0 auch solchen Personen Leistungen zu, die nicht unter die Pflegestufen 1-3 fallen. Voraussetzung für sämtliche Leistungen ist jedoch auch hier, dass zumindest ein Antrag auf Pflegestufe gestellt wird. Der Antrag auf Pflegestufe kann formlos bei der Pflegekasse oder gegenüber dem örtlichen Pflegestützpunkt gestellt werden, lediglich Name und Adresse des Pflegebedürftigen sowie die Bitte um eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen müssen enthalten sein. Diese Begutachtung findet in der Regel beim Pflegebedürftigen zu Hause statt.

5.4 Pflegetagebuch

Das sogenannte Pflegetagebuch spielt vor allem bei der häuslichen Pflege eines hilfsbedürftigen Menschen durch Angehörige eine wichtige Rolle. Hierin werden alle Tätigkeiten festgehalten, die während der Pflege erforderlich werden. Dies dient nicht nur dem Überblick der Pflegeperson und lässt Verbesserungen oder Verschlechterungen des Zustandes des Pflegebedürftigen leichter erkennen, das Pflegetagebuch hat auch konkrete Bedeutung für die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, da der Gutachter die Aufzeichnungen im Pflegetagebuch seiner Entscheidung zugrunde legt.

In der Praxis kommt es oft vor, dass im Pflegetagebuch nicht alle anfallenden Tätigkeiten festgehalten werden. Dies geschieht oft aus Scham, wenn die Pflege intime Lebensbereiche des Pflegebedürftigen, beispielsweise Toilettengänge, betrifft. Zu bedenken ist aber, dass das Pflegetagebuch letztendlich nur dann ein aussagekräftiges Bild der Pflegebedürftigkeit geben kann, wenn auch solche vermeintlich unangenehmen Verrichtungen aufgeführt

werden. Die Gutachter des MDK sind im Umgang mit pflegebedürftigen Menschen geschult und wissen, dass solche Tätigkeiten kein Anlass für Ekel oder Scham sind. Je ausführlicher das Pflegetagebuch geführt wird, desto besser profitiert der Pflegebedürftige letztendlich auch von den Leistungen der Pflegeversicherung.

Es besteht keine Verpflichtung zur Führung eines Pflegetagebuches. Da dieses aber entscheidend für die angemessene Entscheidung über die Hilfsbedürftigkeit ist, wird die Führung eines solchen Tagebuches dringend empfohlen. Neben den anfallenden Hilfstätigkeiten sollte dieses auch die jeweiligen Uhrzeiten genau aufführen, denn bei der Einteilung des Pflegebedürftigen in eine Pflegestufe kommt es vor allem auf die genaue Dauer der benötigten Hilfeleistungen an. Für eine Zuordnung zur Pflegedauer spielen sogar nicht nur die absolute Dauer der Hilfsleistungen am Tag, sondern auch die Uhrzeit, zu der diese stattfinden, eine entscheidende Rolle. Ein gewisser Anteil der Pflege muss in der Pflegestufe nachts, also im Zeitraum zwischen 22 und 6 Uhr geleistet werden.

Vordrucke und Anleitungen zum Führen eines Pflegetagebuches werden von den Pflegekassen beziehungsweise Pflegestützpunkten zur Verfügung gestellt. Obwohl das Pflegetagebuch gerade bei der häuslichen Pflege eine entscheidende Rolle spielt, wird es auch von den Mitarbeitern stationärer Einrichtungen für die Pflege der Bewohner geführt. In diesen Fällen ist die Führung des Tagebuchs sogar verpflichtend.

5.5 Begutachtung durch den MDK

Für die Einteilung in eine Pflegestufe ist der MDK, also der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, zuständig. In der Regel findet die Begutachtung bei der pflegebedürftigen Person zuhause statt, wenn diese sich in häuslicher Pflege befindet. Der Gutachter kann sich bei diesem Besuch ein Bild vom Zustand des Antragstellers machen. Um den Gutachter bei seiner Einschätzung zu unterstützen, empfiehlt es sich dringend, ein Pflegetagebuch zu führen, mindestens für einen Zeitraum von zwei bis drei Wochen vor der Begutachtung.

Kommt der Mitarbeiter des MDK zu dem Schluss, dass mindestens die Voraussetzungen der Pflegestufe 1 erfüllt sind, hat der Pflegebedürftige von diesem Zeitpunkt an Anspruch auf Leistungen der entsprechenden Pflegestufen. Neben der Einteilung in eine Pflegestufe ist der MDK auch für die Beurteilung von Härtefällen zuständig. Falls ein Härtefall anerkannt wird, hat der Antragsteller Anspruch auf Leistungen, deren Höhe die Pflegestufe 3 übersteigt.

Auch wenn offensichtlich ist, dass die Hilfsbedürftigkeit nicht das für Pflegestufe 1 erforderliche Ausmaß erfüllt, muss eine Begutachtung durch den MDK erfolgen, wenn Leistungen nach der sogenannten Pflegestufe 0 in Anspruch genommen werden sollen. Dies betrifft vor allem Demenzkranke oder auf sonstige Weise geistig behinderte Menschen, die oft keine körperlichen Defizite haben aber dennoch der Hilfe bedürfen. Darüber hinaus ist

eine Begutachtung durch den MDK auch dann erforderlich, wenn sich der Zustand der pflegebedürftigen Person ändert und die Einteilung in eine andere Pflegestufe erforderlich ist.

5.6 Entscheidung, Einstufung, Rechtsmittel

Die Entscheidung über die Zuweisung einer bestimmten Pflegestufe trifft die Pflegekasse. Grundlage der Entscheidung ist dabei stets das Gutachten des MDK. In diesem Gutachten werden der tägliche Hilfsbedarf sowie der allgemeine Zustand des Pflegebedürftigen beschrieben sowie eine bestimmte Pflegestufe empfohlen. Für Pflegebedürftige und deren Angehörige oder Betreuer ist es wichtig zu wissen, dass diese Entscheidung der Pflegekasse nicht in jedem Fall hingenommen und akzeptiert werden muss. Gerade wenn die erteilte Pflegestufe dem pflegerischen Aufwand, der für den Bedürftigen geleistet werden muss, nicht gerecht wird, sollte überlegt werden, gegen diese Entscheidung vorzugehen.

Juristisch gesehen stellt die Entscheidung über die Pflegestufe einen Verwaltungsakt dar. Dieser kann mit einem Widerspruch angegriffen werden, dessen Voraussetzungen in §§ 78 SGG festgehalten sind. Mit dem Widerspruch wird ein sogenanntes Vorverfahren eingeleitet, in dem die Pflegekasse die Argumente des Antragstellers noch einmal anhören und ihre Entscheidung gegebenenfalls korrigieren kann. Dieses Vorverfahren muss auf jeden Fall durchgeführt werden, bevor gegen die betreffende Entscheidung vor Gericht geklagt wird.

Der Widerspruch hat aufschiebende Wirkung. Wenn die Pflegekasse also beispielsweise eine Entscheidung trifft, mit der eine bestimmte Leistung beendet wird, bleibt der Anspruch so lange bestehen, bis das Widerspruchsverfahren sowie eine eventuell hieran anschließende Klage vor dem Sozialgericht beendet sind. Allerdings hat die Behörde die Möglichkeit, diese Leistung dann unter einem Rückerstattungsvorbehalt bis zur Entscheidung zu gewähren. Das bedeutet für den Pflegebedürftigen konkret, dass die Leistung eventuell zurückgezahlt werden muss, wenn Widerspruchsverfahren und Klage keinen Erfolg haben.

Wenn der Widerspruch gegen eine Entscheidung über die Pflegestufe eingelegt wird, findet eine erneute Begutachtung durch den MDK statt. Auf Grundlage dieser neuen Begutachtung fällt die Pflegekasse dann eine neue Entscheidung über die zu erteilende Pflegestufe. Zu beachten ist jedoch, dass ein Widerspruch auch zu einer sogenannten Verschlechterung im Verfahren führen kann. Wird beispielsweise die Einteilung in Pflegestufe 2 mit einem Widerspruch angegriffen, kann die Pflegekasse nach erneuter Begutachtung durch den MDK auch eine Einordnung in Pflegestufe 1 vornehmen. Es empfiehlt sich deshalb, vor einem Widerspruch juristischen Rat einzuholen. Dieser wird nicht nur von Anwälten erteilt, die sich auf Sozialrecht spezialisiert haben, die Pflegestützpunkte bieten zudem auch eigene Rechtsberatung an.

6 Häusliche Pflege / Pflege zu Hause

In § 3 SGB XI wird festgelegt, dass die häusliche Pflege stets Vorrang vor der Pflege in einer stationären Einrichtung hat. Mit anderen Worten, solange eine Pflege in den eigenen vier Wänden möglich ist, soll diese auch aufrecht gehalten werden. Mit dieser Regel soll vermieden werden, dass Pflegebedürftige aus ihrer Wohnung und dem sozialen Umfeld gerissen werden. Stattdessen sollen die Pflegemaßnahmen dem Betroffenen ein möglichst freies und würdiges Leben in der eigenen Wohnung ermöglichen.

Pflegebedürftige haben im Rahmen der häuslichen Pflege vor allem Anspruch auf Pflegegeld oder Pflegesachleistungen. Mit Pflegegeld werden pflegende Familienangehörige oder ehrenamtliche Pfleger unterstützt. Pflegesachleistungen dagegen haben trotz des Namens gar nichts mit Sachen zu tun, stattdessen wird so die Übernahme der Kosten von externen Pflegekräften, etwa der ambulanten Pflegedienste, durch die Pflegekasse bezeichnet.

6.1 Ambulante Pflege

Unter ambulanter Pflege versteht man die klassische häusliche Pflege. Diese wird in der Regel durch Familienangehörige oder ehrenamtliche Pfleger vorgenommen, die dafür Anspruch auf Pflegegeld haben. Die Höhe des Pflegegeldes hängt davon ab, in welche der drei Pflegestufen der Pflegebedürftige eingeteilt ist. Wenn keine Pflegepersonen aus dem Umfeld des Betroffenen und keine ehrenamtlichen Pfleger zur Verfügung stehen, wird die häusliche Pflege von einem ambulanten Pflegedienst vorgenommen. Die Kosten dafür trägt die gesetzliche Krankenversicherung, was als Pflegesachleistung bezeichnet wird.

Pflegegeld und Pflegesachleistungen können durch die sogenannte Kombilösung auch nebeneinander gewährt werden. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn der Pflegebedürftige grundsätzlich von einem Familienangehörigen gepflegt wird, dieser aber nicht ganztägig zur Verfügung steht. Dass können ergänzend die Angebote eines ambulanten Pflegedienstes als Pflegesachleistung in Anspruch genommen werden.

Der Pflegebedürftige hat ebenfalls Anspruch auf Unterstützung bei der Finanzierung von Maßnahmen, die der pflegegerechten Verbesserung seiner Wohnung dienen. So beteiligt sich die Pflegeversicherung bis zu gewissen Höchstbeträgen etwa an Maßnahmen wie der Installation eines Treppenlifts. Allerdings muss der Antragsteller hier stets einen gewissen Teil der Kosten als Selbstbeteiligung tragen. Bei mittellosen Pflegebedürftigen wird diese Selbstbeteiligung meist von der Sozialhilfe abgedeckt.

6.2 Teilstationäre Pflege

In einigen Fällen kann der Pflegebedürftige zwar grundsätzlich zuhause gepflegt werden, benötigt jedoch zu bestimmten Zeiten die Unterbringung in einer Pflegeeinrichtung. Dies

nennt man teilstationäre Pflege. Die teilstationäre Pflege ist meist als Tages- oder Nachtpflege ausgestaltet. Die gesetzliche Krankenversicherung übernimmt hierbei nicht nur die Kosten der Pflegeleistungen in der jeweiligen Einrichtung bis zu bestimmten Höchstbeträgen, sondern kommt auch für den regelmäßigen Transport der pflegebedürftigen Person in die Einrichtung und zurück nach Hause auf.

Die Höchstbeträge, bis zu denen die gesetzliche Krankenversicherung sich an den Kosten beteiligt, sind wiederum abhängig von der jeweiligen Pflegestufe. Grundsätzlich können die Kosten der teilstationären Pflege auch zusätzlich zur Gewährung von Pflegegeld oder Pflegesachleistungen übernommen werden. Man spricht dann von einer Kombilösung. Da § 3 SGB XI den Vorrang der häuslichen Pflege vorschreibt, wird die teilstationäre Pflege nur dann unterstützt, wenn eine häusliche Pflege zu bestimmten Tageszeiten tatsächlich nicht möglich ist. Umgekehrt hat die teilstationäre Pflege Vorrang vor der vollstationären Pflege.

6.3 Ambulanter Pflegedienst

Ambulante Pflegedienste sind Anbieter, die auf die häusliche Pflege hilfsbedürftiger Menschen angewiesen sind. Diese werden meist von kirchlichen Organisationen, dem Roten Kreuz oder anderen, privaten Dienstleistern organisiert. Sie verfügen über speziell für die Pflege ausgebildete Mitarbeiter, die den Pflegebedürftigen bei sich zuhause pflegen. Grundsätzlich ist die Pflege dabei auf einige Stunden am Tag begrenzt, in schweren Fällen können Mitarbeiter der ambulanten Pflegedienste jedoch auch eine Betreuung rund um die Uhr leisten, bei der die Pflegeperson beim Pflegebedürftigen einzieht.

Die Kosten der Pflege durch einen ambulanten Pflegedienst werden von der Pflegeversicherung bis zu Höchstbeträgen übernommen, die von der Pflegestufe abhängen. Diese Unterstützung wird auch Pflegesachleistung genannt. Neben der direkten Pflege bieten die ambulanten Pflegedienste in der Regel auch andere Dienstleistungen an. Beispielsweise führen sie Pflegekurse durch, um pflegende Familienangehörige oder ehrenamtliche Pfleger bei ihren Hilfsleistungen zu unterstützen. Ambulante Pflegedienste gibt es in jeder Stadt, die Pflegestützpunkte versorgen pflegebedürftige Personen und deren Angehörige auf Anfrage gerne mit den Adressen und Kontaktinformationen der örtlichen ambulanten Pflegedienste.

6.4 Pflegeplanung

Mit der Pflege eines hilfsbedürftigen Menschen soll erreicht werden, dass dieser trotz seiner Hilfsbedürftigkeit ein möglichst würdiges Leben führen kann. Im Idealfall soll die Hilfsbedürftigkeit durch pflegerische Maßnahmen auch ganz oder teilweise reduziert werden. Damit dies gelingt, ist eine sorgfältige Pflegeplanung stets unverzichtbare Voraussetzung für die Pflege. In der Regel wird die Planung von Pflegefachkräften vorgenommen, die speziell darauf geschult sind, den Pflegebedarf zu erkennen und

entsprechende Maßnahmen durchzuführen. Bei der häuslichen Pflege sind das oft die ambulanten Pflegedienste, bei stationärer Pflege die Pfleger in der jeweiligen Einrichtung.

Zur Erstellung eines Pflegeplanes wird zunächst eine gründliche Bestandsaufnahme über den Zustand der pflegebedürftigen Person durchgeführt. Dann werden sogenannte Pflegeziele aufgestellt. Darunter versteht man die einzelnen Schritte, die den Pflegebedarf nach und nach reduzieren sollen. Diese Pflegeziele können also etwa in einer Gewichtszunahme oder Abnahme bestehen oder in einer Verbesserung der Mobilität. Schließlich werden die Maßnahmen eingeleitet, die zur Erfüllung dieser Schritte nötig sind.

Da der Erstellung eines Pflegeplanes neueste wissenschaftliche Erkenntnisse und Methoden zugrunde liegen, ist es für pflegende Angehörige und ehrenamtliche Pfleger meist nicht möglich, diese Planung selbst vorzunehmen. Deshalb sollten auch bei der Pflege durch Verwandte zumindest zu Beginn die ambulanten Pflegedienste in Anspruch genommen werden, die den Pflegebedarf wesentlich besser einschätzen und die geeigneten Pflegeschritte empfehlen können.

6.5 Pflegende Angehörige / Pflege von Angehörigen

Im Rahmen der normalen häuslichen Pflege wird diese meist von Angehörigen des Pflegebedürftigen vorgenommen. Die Pflege eines nahen Verwandten stellt diese Menschen oft vor große emotionale und finanzielle Probleme. Meist sind sie nicht für die Pflege ausgebildet. Die finanziellen Probleme sollen deshalb durch das Pflegegeld erleichtert werden, auf das pflegende Angehörige einen Anspruch haben. Auch wenn zu bestimmten Tageszeiten oder in konkreten Lebensbereichen eine professionelle Pflege notwendig sein sollte, kann diese als Kombilösung mit der Pflege durch einen Familienangehörigen ergänzt werden.

Zudem bieten die Pflegestützpunkte und ambulanten Pflegedienste Pflegekurse für diese Menschen an. Diese vermitteln nicht nur die für die Pflege notwendigen Fähigkeiten und Informationen, in Gruppengesprächen können sich pflegende Verwandte untereinander austauschen und auf diese Weise auch mit den emotionalen Schwierigkeiten der Pflege einer geliebten Person besser umgehen. Die ambulanten Pflegedienste unterstützen die Angehörigen zudem bei der Erstellung und Einhaltung der Pflegeplanung, die eine optimale und bedarfsgerechte Pflege gewährleisten soll.

6.6 Pflegezeit

Auch wenn Angehörige von pflegebedürftigen Personen grundsätzlich bereit zur Pflege sind, stellt sich in der Praxis oft das Problem, dass eine bedarfsgerechte Pflege parallel zur eigenen Erwerbstätigkeit schlichtweg nicht möglich ist. Um auch berufstätigen Personen die Pflege eines nahen Angehörigen zu ermöglichen, sieht das Pflegezeitgesetz einen Anspruch der

Pflegeperson gegen den eigenen Arbeitgeber vor, für eine bestimmte Dauer von der Arbeit ganz oder teilweise freigestellt zu werden. Zu unterscheiden ist dabei zwischen einer kurzfristigen sowie einer langfristigen Freistellung. Die langfristige Freistellung wird dabei als die eigentliche Pflegezeit bezeichnet.

Eine kurzfristige Freistellung von bis zu zehn Tagen ist dann möglich, wenn akuter Pflegebedarf eines nahen Verwandten besteht. Akuter Pflegebedarf wird dann angenommen, wenn der Verwandte erstmalig pflegebedürftig wurde und die angehörige Pflegeperson Zeit benötigt, um eine angemessene Pflege in die Wege zu leiten. Unter nahe Verwandte fallen Eltern und Großeltern, Schwiegereltern, Lebenspartner und Kinder, einschließlich der Enkelkinder, sowie Geschwister. Für den Anspruch auf kurzfristige Pflegezeit ist es unwichtig, welche Größe der Betrieb des Arbeitgebers hat. Dieser kann vom Arbeitnehmer ein Attest verlangen, der die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen belegt.

In Fällen, die eine langfristige Pflege erfordern, hat der Arbeitnehmer einen Anspruch auf Freistellung bis zu sechs Monaten, die sogenannte Pflegezeit. Im Gegensatz zur kurzfristigen Freistellung von bis zu 10 Tagen besteht dieser Anspruch jedoch nur gegen Betriebe mit mindestens 16 Beschäftigten, wobei Teilzeitstellen und Auszubildende mitgerechnet werden. Zu beachten ist, dass der Arbeitnehmer bei kurzfristiger oder langfristiger Freistellung für diesen Zeitraum auch seinen Anspruch auf den Arbeitslohn verliert. Die Pflegezeit dient nur als Schutz vor einer Kündigung durch den Arbeitgeber, ersetzt jedoch nicht das Gehalt. Deshalb haben pflegende Angehörige einen Anspruch auf Pflegegeld gegen die gesetzliche Pflegeversicherung, der ihnen dabei helfen soll, ihren Lebensunterhalt für die Dauer der Pflegezeit auch ohne Einkommen zu bestreiten.

6.7 Pflegekurse

Die Pflege eines Angehörigen ist für die pflegenden Personen oft mit vielen Fragen und Problemen verbunden, schließlich sind diese im Gegensatz zu den professionellen Pflegekräften der ambulanten Pflegedienste in der Regel nicht speziell für die Pflege ausgebildet. Deshalb bieten die Pflegestützpunkte und ambulanten Pflegedienste sogenannte Pflegekurse an. In diesen Kursen wird den Personen, die sich zur Pflege eines Angehörigen bereit erklärt haben, das wichtigste Wissen rund um die Pflege vermittelt. Dazu gehören etwa Tipps zum Waschen, Essen anreichen und der sonstigen Erledigung von Pflegemaßnahmen. Aber auch Hinweise zu rechtlichen Fragen, die sich pflegebereite Angehörige stellen, werden oft schon in diesen Pflegekursen angesprochen.

Zudem haben die Pflegekurse den Vorteil, dass die Angehörigen hier bereits auf Personen treffen, die sich in der gleichen oder einer ähnlichen Situation befinden. Hierdurch entsteht die Möglichkeit, im Gespräch mit den anderen Teilnehmern nicht nur wertvolle Tipps zur

Pflege zu erhalten, sondern sich auch über den Umgang mit dem emotionalen Stress der Pflege einer nahen Person auszutauschen.

Die Kosten für diese Pflegekurse trägt die gesetzliche Pflegeversicherung. Meist erhalten die Angehörigen bereits nach der Antragstellung einen Gutschein für einen Pflegekurs. Zusätzlich zur Beratung in den kostenlosen Pflegekursen haben die Angehörigen einen Anspruch auf Beratungsbesuche durch einen ambulanten Pflegedienst. Diese sollen in regelmäßigen Abständen sicherstellen, dass der Pflegebedürftige eine bedarfsgerechte Pflege erhält. Diese Beratungsbesuche sind jedoch nicht als Kontrolle oder Überprüfung der Pflege durch den Angehörigen zu verstehen. Vielmehr sollen sie den Angehörigen hilfreiche Hinweise und Hilfestellungen bieten, durch die sich die Pflege weiter verbessern lässt.

6.8 Pflegekräfte

Auch wenn der Pflegebedürftige von einem Angehörigen zuhause gepflegt wird, kann es je nach der Schwere der Hilfsbedürftigkeit nötig sein, professionelle Pflegekräfte hinzuzuziehen. Diese werden in der Regel von den ambulanten Pflegediensten zur Verfügung gestellt. Die professionellen Pflegekräfte sind gut ausgebildet und verfügen über das Wissen und die Fähigkeiten, die zur Pflege unbedingt nötig sind.

Die Kosten für diese Pflegekräfte werden von der Pflegeversicherung bis zu gewissen Höchstbeträgen übernommen. Man spricht hierbei von Pflegesachleistungen. Pflegesachleistungen sind also das Gegenstück zum Pflegegeld für den pflegenden Angehörigen. Die gesetzliche Pflegeversicherung ermöglicht auch eine Kombilösung. Hierbei kann das Pflegegeld für den pflegenden Angehörigen mit Pflegesachleistungen für die Pflegekräfte ergänzt werden. Dies ist besonders dann sinnvoll, wenn der Pflegebedürftige eine ganztägige Betreuung erfordert, die pflegende Angehörige jedoch nur einige Stunden am Tag Zeit hat, etwa weil er tagsüber arbeitet. Die Pflegekräfte ersetzen nicht nur den Angehörigen, wenn dieser verhindert ist, sie stehen ihm auch mit Ratschlägen und Hinweisen zur Pflege zur Seite.

Neben den Pflegekräften der örtlichen mobilen Pflegedienste können auch ehrenamtliche Pflegekräfte oder Pflegepersonen aus dem Ausland eingesetzt und durch Pflegesachleistungen finanziert werden. Die Inanspruchnahme einer ehrenamtlichen oder ausländischen Pflegekraft eignet sich vor allem für Pflegebedürftige, die auch nachts in den eigenen vier Wänden betreut werden sollen. Eine solche Situation macht es oft nötig, dass die Pflegekraft in die Wohnung des Pflegebedürftigen einzieht, um diesen rund um die Uhr versorgen zu können. Diese Art der Betreuung wird nur von wenigen ambulanten Pflegediensten angeboten. In solchen Fällen kann es sich deshalb lohnen, Pflegekräfte aus dem Ausland oder ehrenamtliche Pfleger einzusetzen.

7 Elternunterhalt

Die Pflegeversicherung beteiligt sich an den für die Pflege anfallenden Kosten nur bis zu gewissen Höchstbeträgen, es handelt sich also nicht um eine Vollversicherung. Gerade bei stark pflegebedürftigen Personen, die auf teilstationäre Pflege oder die ganztägige Unterbringung in einer Pflegeeinrichtung angewiesen sind, können die tatsächlichen Kosten diese Höchstbeträge deutlich übersteigen. Für die Differenz muss dann grundsätzlich der Pflegebedürftige mit seinem eigenen Vermögen aufkommen. In der Realität verfügt die überwiegende Mehrheit dieser Menschen jedoch nicht über ausreichende finanzielle Mittel. Die Kosten werden dann von der Sozialhilfe aufgefangen, die das Geld dann ihrerseits von den nahen Verwandten, meist den Kindern, zurückverlangt.

Wenn Kinder für die Pflegekosten ihrer Eltern aufkommen müssen, bezeichnet man dies als Elternunterhalt. Zum Elternunterhalt sind nur die Kinder verpflichtet, die ihrerseits leistungsfähig sind. Der Begriff der Leistungsfähigkeit ist jedoch nicht klar definiert. Mittlerweile hat sich aber die sogenannte Düsseldorfer Tabelle als Berechnungsgrundlage für die Leistungsfähigkeit etabliert. Die Düsseldorfer Tabelle wird heute von vielen Gerichten verwendet, um die Leistungsfähigkeit der Kinder festzustellen.

Bei der Berechnung der Leistungsfähigkeit für den Elternunterhalt nach der Düsseldorfer Tabelle wird vom Nettoeinkommen des Kindes zunächst ein Eigenbedarf von etwa 1600 Euro abgezogen. Auch laufende Kosten wie Kreditraten, Zahlungen für die eigene Altersvorsorge und eventuell erhöhte Mietkosten werden bei der Bestimmung des zur Verfügung stehenden Einkommens nicht berücksichtigt. Eine Leistungsfähigkeit besteht im Endeffekt nur dann, wenn nach all diesen Abzügen noch ein Einkommen zur Verfügung steht. Der Elternunterhalt beträgt dann 50% dieses Betrages. Verfügt ein Kind nach diesen Abzügen also beispielsweise über ein restliches Monatseinkommen von 200 Euro, dann muss es 100 Euro Elternunterhalt leisten.

Diese Berechnung des Elternunterhaltes soll die Kinder des Pflegebedürftigen davor schützen, selbst nicht mehr für den eigenen Lebensunterhalt aufkommen zu können. Da es in der Praxis dennoch immer wieder zu strittigen Entscheidungen rund um den Elternunterhalt kommt, sollten sich Betroffene juristisch beraten lassen.

8 Fazit: Ohne private Vorsorge geht es nicht

In jungen Jahren fällt es schwer, an die eigene Altersvorsorge zu denken. Viele Menschen wiegen sich auch in trügerischer Sicherheit, immerhin werden monatlich Beiträge an die gesetzliche Pflegeversicherung bezahlt, die ja gerade das Risiko der eigenen Pflegebedürftigkeit im Alter abfangen soll. Zu beachten ist jedoch, dass die gesetzliche

Pflegeversicherung keine Vollversicherung ist. Diese soll nur den absolut notwendigen Mindestbedarf absichern und übernimmt die tatsächlichen Pflegekosten daher nur bis zu gewissen Höchstbeträgen. Gerade bei Personen, die stark pflegebedürftig sind, reicht diese Grundsicherung jedoch oft nicht aus, um eine bedarfsgerechte und angemessene Pflege zu gewährleisten.

Um bei Pflegebedarf nicht zum Sozialfall zu werden, ist eine private Pflegeversicherung daher unbedingt notwendig. Auch gesetzlich Versicherte können durch die privaten Pflegezusatzversicherungen eine umfassende Absicherung selbst für schwersten Pflegebedarf erreichen. Die Beiträge für diese private Pflegeversicherung mögen auf den ersten Blick recht hoch erscheinen, sie machen aber nur einen Bruchteil der Belastung aus, der auf eine pflegebedürftige Person ohne zusätzliche Absicherung zukommen kann. Wer frühzeitig in die private Absicherung investiert, profitiert zudem von staatlichen Beihilfen für die private Pflegeversicherung.

Die hohen Kosten, die bei der Pflege anfallen können, belasten nicht nur die pflegebedürftige Person selbst. Auch für Angehörige kann die Pflege eines Verwandten zu finanziellen Problemen führen, etwa wenn sie auf Elternunterhalt in Anspruch genommen werden. Ersparen Sie sich selbst und Ihrer Familie also diese Risiken im Ernstfall, indem Sie sich frühzeitig über die private Pflegeversicherung informieren und in eine private Pflegevorsorge investieren, die Ihren Bedürfnissen wirklich gerecht wird. Kombiniert mit den Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung bieten sowohl die vollständige private Pflegeversicherung für Privatversicherte sowie die Modelle der privaten Pflegezusatzversicherung im Pflegefall eine enorme Erleichterung für Pflegeversicherte und deren Angehörige.

Bildquelle: bigstockphoto.com / lisafx