



Das Wichtigste 8 Die Pflegeversicherung

Die Pflegeversicherung sichert seit 1994 einen Teil der Risiken bzw. Folgen der Pflegebedürftigkeit ab. Das Pflegeversicherungsgesetz (Sozialgesetzbuch XI - SGB XI) regelt, was Pflegebedürftigkeit im Sinne des Gesetzes heißt und unter welchen Voraussetzungen Leistungen gewährt werden. Die Definition der Pflegebedürftigkeit orientiert sich nach diesem Gesetz in erster Linie an körperlichem Pflegebedarf, sodass Menschen mit Demenzerkrankungen benachteiligt werden. Durch das seit 1. Januar 2015 geltende Pflegestärkungsgesetz 1 wurden die Leistungen erhöht und flexibilisiert. Eine grundlegende Reform, mit der auch ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt wird, soll voraussichtlich 2017 in Kraft treten.

Überblick

Wer Leistungen der Pflegeversicherung erhalten will, muss zunächst einen Antrag bei der zuständigen Pflegekasse stellen. Diese beauftragt einen Gutachter, der bei einem Hausbesuch feststellen soll, ob Pflegebedürftigkeit im Sinne des Gesetzes vorliegt. Der Gutachter gibt eine Empfehlung für die Einstufung in eine Pflegestufe. Davon abhängig ist die Höhe der Leistungen, die für die Versorgung zur Verfügung stehen. Je nach Bedarf können Pflegebedürftige aus verschiedenen Leistungsarten auswählen: Pflegegeld, das frei verwenden

det werden kann, um die Pflege privat sicherzustellen; Sachleistungen für die Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst oder eine Tagesspflgeeinrichtung; Leistungen für die Versorgung in einem Pflegeheim sowie weitere Leistungen, die im Folgenden beschrieben werden.

Wer ist pflegebedürftig im Sinne des Gesetzes?

Pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind Personen, die „wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Be-

hinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate in erheblichem oder höherem Maß der Hilfe bedürfen.“ (§ 14 SGB XI)

Die genannten „Verrichtungen“ betreffen die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung:

Körperpflege: Waschen, Duschen, Baden, Zahnpflege, Kämmen, Rasieren, Darm- und Blasenentleerung.

Ernährung: Mundgerechtes Zubereiten oder Aufnahme der Nahrung. ▶

Pflegestufen und Zeitbedarf

Pflegestufen	Zeitbedarf insgesamt	davon im Bereich Körperpflege, Ernährung, Mobilität
So genannte Pflegestufe 0*	nicht festgelegt	geringer Hilfebedarf bei Grundpflege und Hauswirtschaft
Pflegestufe 1	90 Minuten	mindestens 45 Minuten
Pflegestufe 2	3 Stunden (mindestens 3x täglich zu verschiedenen Tageszeiten)	mindestens 2 Stunden
Pflegestufe 3	5 Stunden (rund um die Uhr, auch nachts)	mindestens 4 Stunden
Härtefall	7 Stunden	auch nachts von 2 Personen oder länger als 2 Stunden

* anerkannter „erheblicher allgemeiner Betreuungsbedarf“ (§ 45a SGB XI)

Mobilität: Selbstständiges Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen, Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung (nur im Zusammenhang mit notwendigen Erledigungen wie Arztbesuchen).

Hauswirtschaftliche Versorgung: Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln/Waschen der Wäsche oder das Beheizen der Wohnung.

Die Hilfe besteht in der

- Unterstützung oder
- vollständigen Übernahme der Verpflichtungen im Ablauf des täglichen Lebens.

Hilfebedarf kann auch bei der

- Beaufsichtigung oder
- Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verpflichtungen bestehen.

Eine allgemeine Beaufsichtigung, die über die genannten Verrichtungen (auch zur Vermeidung von Eigen- und Fremdgefährdung) hinausgeht, wird für Demenzzranke, die zu Hause leben, bei der Feststellung einer Pflegestufe nicht berücksichtigt.

Zu Hause lebende Pflegebedürftige mit von der Pflegekasse anerkanntem „erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf“ (§ 45a SGB XI) – dazu zählen in der Regel Demenzzranke – haben aller-

dings Anspruch auf bestimmte Leistungen, wenn sie zumindest einen geringen Hilfebedarf bei der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung haben (z. B. einmal in der Woche Hilfe beim Baden oder das Herrichten der Kleidung zum Anziehen sowie Unterstützung beim Kochen oder Wäschewaschen). Genauere Informationen über die Voraussetzungen zur Anerkennung des „erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarfs“ finden Sie auf Seite 3 dieses Infoblattes.

Antragstellung und Begutachtung

Um Leistungen der Pflegeversicherung zu erhalten, muss der Betreffende oder dessen rechtlicher Vertreter einen Antrag bei der Pflegekasse stellen (Leistungsbeginn ist der Tag der Antragstellung; zuständig ist die Pflegekasse, die zur Krankenkasse des Versicherten gehört). Die Pflegekasse beauftragt einen Gutachter, einen Hausbesuch zur Einstufung des Pflegebedürftigen vorzunehmen. Der Gutachter kündigt den Termin des Hausbesuchs schriftlich an. Zur Vorbereitung ist es sinnvoll, ein Pfl egetagebuch zu führen, in dem die täglich aufgebrauchte Pflegezeit dokumentiert wird. Auf besondere Erschwernisse in der Pflegesituation, wie „Abwehrverhalten“ bei der Grundpflege, sollte ausdrücklich hingewiesen werden.

Bei dem Einstufungsbesuch müssen auch die pflegenden Angehörigen befragt werden. Diese können zu ihrer Unterstützung eine Vertrauensperson (auch z. B. von einer Alzheimer-Gesellschaft oder einem ambulanten Pflegedienst) hinzuziehen. Die Pflegebedürftigen erhalten den Bescheid über das Ergebnis der Einstufung von der Pflegekasse und auf Wunsch das Gutachten.

Wenn der Bescheid der Pflegekasse falsch oder ungünstig erscheint, kann dagegen Widerspruch eingelegt werden. Der Widerspruch muss innerhalb der im Bescheid angegebenen Frist eingelegt werden, kann aber zunächst formlos und ohne detaillierte Begründung erfolgen. Wenn noch nicht geschehen, sollte das Gutachten angefordert werden. Anhand des Gutachtens kann minutengenau unter Auflistung der tatsächlich erbrachten Pflegeleistung der Widerspruch begründet werden.

Wird der Widerspruch abgelehnt, ist eine Klage vor dem Sozialgericht möglich.

Leistungen

a) Leistungen monatlich

Pflegebedürftige erhalten aus der Pflegeversicherung monatliche Leistungen entweder als Pflegegeld, das zur freien Verfügung steht, oder als Pflegesachleistungen, die über Vertragspartner der Pflegekassen, z. B. ambulante

Monatliche Geld- und Sachleistungen der Pflegeversicherung (in Euro)

	ohne Pflegestufe		Pflegestufe 1		Pflegestufe 2		Pflegestufe 3		Härtefall	
	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-
Betreuungsleistungen	104/ 208	-	104/ 208	104	104/ 208	104	104/ 208	104	104/ 208	104
Pflegegeld (ambulant)	123	-	316	244	545	458	728	728	-	-
Sachleistung (ambulant)	231	-	689	468	1.298	1.144	1.612	1.612	1.995	1.995
Tages- oder Nachtpflege	231	-	689	468	1.298	1.144	1.612	1.612	-	-
Stationäre Pflege	-	-	1.064	1.064	1.330	1.330	1.612	1.612	1.995	1.995

Legende:

⊕ mit Anerkennung nach § 45a SGB XI

⊖ ohne anerkannten Betreuungsbedarf

Pflegedienste oder Tagespflegeeinrichtungen, abgerechnet werden können. Pflegegeld und -sachleistungen können auch kombiniert und jeweils anteilig in Anspruch genommen werden. Besonders gefördert wird der Besuch von Tages- (oder Nacht-)Pflegeeinrichtungen. Zu Hause lebende Demenzkranke, bei denen ein „erheblicher allgemeiner Betreuungsbedarf“ (s. nächster Abschnitt) anerkannt wurde, haben Anspruch auf Sachleistungen für die Tagespflege.

Sie haben außerdem Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen von 104 € bzw. 208 € pro Monat. Dieser Betrag ist zweckgebunden für bestimmte Angebote zur Entlastung der Angehörigen (keine Barauszahlung). Dazu zählen z. B. Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege oder anerkannte niedrighschwellige Angebote zur Betreuung (Helferkreise, Betreuungsgruppen) oder zur Entlastung im Haushalt. Sofern sie nicht ausgeschöpft sind, können bis zu 40 % der Pflegesachleistungen ebenfalls für niedrighschwellige Entlastungsangebote eingesetzt werden.

Auch für die stationäre Pflege im Heim werden monatliche Leistungen zur Verfügung gestellt.

b) Leistungen jährlich

Pflegebedürftigen ab der sogenannten Pflegestufe 0 stehen für einen Kurzzeitpflegeaufenthalt (meist in einem Pflegeheim) Leistungen bis 1.612 € pro Kalenderjahr zu. Für die Verhinderungspflege (Pflege im häuslichen oder im stationären Bereich) wird bei Verhinderung der Hauptpflegeperson ebenfalls eine Leistung von bis zu 1.612 € pro Jahr gewährt. Wird eine der Leistungen nur teilweise in Anspruch genommen, kann bis zur Hälfte der Leistungen für Kurzzeitpflege (806 €) für Verhinderungspflege genutzt werden und die gesamte Verhinderungspflegeleistung (1.612 €) für Kurzzeitpflege.

c) Weitere Leistungen

Pflegebedürftige haben Anspruch auf technische Hilfsmittel zur Erleichterung der Pflege. Für pflegebedingte Verbesserungen des Wohnumfeldes können Zuschüsse bis zu 4.000 € gezahlt werden. Weiterhin übernehmen die Pflege-

kassen bei Vorliegen einer Pflegestufe die Kosten für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (z. B. Einmalhandschuhe) bis zu 40 € pro Monat. Der Anspruch auf diese Leistungen besteht bereits bei Anerkennung des Betreuungsbedarfs nach § 45a SGB XI.

In bestimmten Zeitabständen erfolgen (kostenlose) Pflegeberatungsbesuche durch ambulante Pflegedienste oder neutrale Beratungsstellen.

Der Aufbau selbst organisierter ambulant betreuter Wohngemeinschaften wird besonders gefördert. Unter bestimmten Voraussetzungen erhalten Pflegebedürftige in Pflegestufe 1 – 3 sowie Demenzkranke mit einem anerkannten Betreuungsbedarf nach § 45 a SGB XI, die in einer solchen WG leben, monatlich 205 € zusätzlich. Als Starthilfe zum Aufbau von WGs werden pro pflegebedürftiger Person 2.500 € zur Verfügung gestellt (insgesamt maximal 10.000 € pro WG).

Die Pflegekassen können zur sozialen Absicherung z. B. Sozialversicherungsbeiträge für pflegende Angehörige übernehmen und diese in die gesetzliche Unfallversicherung einschließen. Zur besseren Vereinbarkeit von Pflege und Beruf gibt es für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer Möglichkeiten zur unbezahlten, aber sozialversicherungspflichtigen Freistellung für bis zu sechs Monate nach dem Pflegezeitgesetz oder zur Reduzierung der Arbeitszeit mit einem gewissen finanziellen Ausgleich für bis zu zwei Jahre nach dem Familienpflegezeitgesetz. Im Akutfall wird für bis zu 10 Tage pro Jahr Pflegeunterstützungsgeld als Lohnersatzleistung gezahlt.

Erheblicher allgemeiner Betreuungsbedarf nach § 45a SGB XI („Pflegestufe 0“)

Voraussetzung für die o.g. zusätzlichen Leistungen ist die Anerkennung des „erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarfs“, wobei für die zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen ein Grundbetrag (104 €) und ein erhöhter Betrag (208 €) unterschieden werden.

Anspruchsberechtigt sind demenzkranke Menschen,

1. wenn mindestens zwei der nachfolgenden Kriterien erfüllt sind, und
2. wenn sie nicht dauerhaft in einer stationären Pflegeeinrichtung leben.

Der Kriterienkatalog, den die Gutachter bei der Beurteilung zugrunde legen, umfasst insgesamt 13 Kriterien.

Für den Grundbetrag müssen mindestens **zwei der Kriterien** erfüllt sein, wobei eines aus dem Bereich 1 – 9 stammen muss:

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

Für die meisten Demenzkranken treffen bereits sehr früh die Einschränkungen in Punkt 8. und 10. zu. Sofern zusätzlich zumindest eine geringe Unterstützung im pflegerischen oder hauswirtschaftlichen Bereich notwendig ist, besteht also oft schon frühzeitig Anspruch auf die zusätzlichen Leistungen.

Um den erhöhten Betrag der Betreuungsleistungen zu bekommen, muss **ein weiteres Kriterium der Punkte 1 bis 5 oder 9 oder 11** erfüllt sein.

Wichtige Hinweise

Bei der Antragstellung sollte bereits auf das Vorliegen einer Demenz hingewiesen werden, ein entsprechendes ärztliches Attest, das bei der Begutachtung vorgelegt wird, kann hilfreich sein.

Der Gutachter kann zusätzlich um ein Gespräch unter vier Augen ohne Beisein des Kranken gebeten werden, um offen über die Defizite des Erkrankten sprechen zu können, ohne diesen dadurch zu kränken.

In Vorbereitung des Hausbesuches durch den Gutachter sollten sich pflegende Angehörige beim Führen des Pflegetagebuches insbesondere über den zeitlichen Aufwand für die Anleitung und Beaufsichtigung von Verrichtungen in den Bereichen Körperpflege, Ernährung und Mobilität vergewissern. Dabei sollten sowohl die zeitliche Dauer als auch die Häufigkeit der Anleitung (bzw. des Erinnerns der Erkrankten daran, eine bestimmte Handlung auszuführen) erfasst werden.

Beratung und Information

Die Bestimmungen der Pflegeversicherung und die Beantragung von Leistungen sind zum Teil recht kompliziert. Deshalb ist zu empfehlen, sich ausführlich zu informieren oder eine Beratung aufzusuchen.

In den meisten Bundesländern gibt es Pflegestützpunkte, die Pflegebedürftige zu Beginn und im Verlauf der Pflegebedürftigkeit bei der Organisation der Pflege und ihrer optimalen Umsetzung unterstützen sollen. Wo keine Pflegestützpunkte vorhanden sind, bieten Pflegekassen und regionale Alzheimer-Gesellschaften Beratung an.

Ausführliche Informationen sowie die Vorlage für ein Pflegetagebuch (auch als Download von der Internetseite der DAIZG) enthält der von der Deutschen Alzheimer Gesellschaft herausgegebene „Leitfaden zur Pflegeversicherung“ (16. Auflage Februar 2015, 6€).

Mit Hilfe des Pflegeleistungs-Helfers des Bundesgesundheitsministeriums kann man sich im Internet die individuellen Leistungsansprüche zusammenstellen lassen:
www.bundesgesundheitsministerium.de/pflege/pflegeleistungs-helfer.html.

Weitere Informationen zum Pflegestärkungsgesetz und der geplanten Reform finden Sie unter:
www.bundesgesundheitsministerium.de/pflege/pflegestaerkungsgesetze.html

Verantwortlich für dieses Informationsblatt ist die Geschäftsstelle der Deutschen Alzheimer Gesellschaft.

1/2015

Das Wichtigste – Informationsblätter

- 1 Die Epidemiologie der Demenz
- 2 Die neurobiologischen Grundlagen der Alzheimer-Krankheit
- 3 Die Diagnose der Alzheimer-Krankheit und anderer Demenzerkrankungen
- 4 Die Genetik der Alzheimer-Krankheit
- 5 Die medikamentöse Behandlung der Demenz
- 6 Die nichtmedikamentöse Behandlung der Demenz
- 7 Die Entlastung pflegender Angehöriger
- 8 Die Pflegeversicherung
- 9 Das Betreuungsrecht
- 10 Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung
- 11 Frontotemporale Demenz
- 12 Klinische Forschung
- 13 Ambulant betreute Wohngemeinschaften für Demenzkranke
- 14 Die Lewy-Körperchen-Demenz
- 15 Allein leben mit Demenz
- 16 Demenz bei geistiger Behinderung



**Deutsche Alzheimer
Gesellschaft e.V.
Selbsthilfe Demenz**
Friedrichstr. 236
10969 Berlin

Tel.: 030/259 37 95-0
Fax: 030/259 37 95-29

Alzheimer-Telefon: 01803/17 10 17
9 Cent pro Minute (aus dem deutschen Festnetz)

Alzheimer-Telefon (Festnetz):
030/259 37 95-14

Mo-Do 9-18 Uhr
Fr 9-15 Uhr

E-Mail:
info@deutsche-alzheimer.de

Internet:
www.deutsche-alzheimer.de

Spendenkonto:
Bank für Sozialwirtschaft Berlin
BLZ 100 205 00
Konto 3377800
IBAN: DE32 1002 0500 0003 3778 00
BIC: BFSWDE33BER