

Hilfen für Krebspatienten im Fall der Pflegebedürftigkeit

Broschürenreihe: Den Alltag trotz Krebs bewältigen



Norbert Bauschert
Kerstin Paradies
Sven Weise



Fiktive Patientenbeispiele:

Monika B., Hermann L., Petra K. und Michael G. – das sind fiktive Patientenbeispiele, die in dieser Broschüre helfen, die komplizierten Zusammenhänge im Spannungsfeld, ihrer medizinischen Versorgung, pflegerischen Maßnahmen, der Kostenübernahme durch die Kranken- oder Pflegekassen und der weiteren Absicherung durch das Sozialsystem zu verdeutlichen. Die Namen und Geschichten sind frei erfunden, können sich so oder ähnlich aber durchaus in der Realität zutragen.



Monika B.



Hermann L.

Autoren:

Norbert Bauschert, Fachanwalt für Familien- und Sozialrecht, Köln

Kerstin Paradies, Vorstandssprecherin KOK – Arbeitsgemeinschaft in der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) e.V., Hamburg

Sven Weise, Geschäftsführer Landeskrebsgesellschaft Sachsen-Anhalt e.V., Halle

Redaktionelle Bearbeitung:

Dr. Ine Schmale, Verum (uG) – Fachredaktion, Westerbürg

Beratung:

Evelin Scheffler, Leiterin Kirchliche Sozialstation, Diez

Entwicklung/Gestaltung:

© WORTREICH – Gesellschaft für individuelle Kommunikation mbH, Limburg

Broschürenreihe: „Den Alltag trotz Krebs bewältigen“

Bisher erschienen:

- Hilfen für Arbeitnehmer in der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung
- Hilfen für Krebspatienten im Rentenalter zum Umgang mit Krankenkassen, Ämtern, Versicherungen und Behörden
- Selbständig und krebskrank? Hilfen zum Umgang mit Krankenversicherungen und Behörden
- Hilfen für Krebspatienten bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz

1. Auflage, 2014

Pflege – eine notwendige Unterstützung zur Krankheitsbewältigung

Das Thema „Pflege“ ist sehr individuell und sensibel zu betrachten. Jeder Mensch ist eine eigene Persönlichkeit und jede Lebenssituation ist verschieden. Darum kann auch diese Broschüre nur einen Überblick geben über ein Feld, in dem es wahrscheinlich noch mehr Ausnahmen als Verordnungen gibt. Wichtig ist, dass Pflege zu beantragen ist, und dies so früh wie möglich, was Thema dieser Broschüre ist.

Die Pflege ist aufgrund der demografischen Entwicklung bereits ein Problem, welches sich in Zukunft noch verschärfen wird. Die Politik versucht seit Jahren, die Pflegeversicherung den wachsenden Anforderungen anzupassen. Dennoch obliegt es dem, der pflegebedürftig wird oder ist, die individuellen Probleme mit Angehörigen oder Freunden in den Begriff zu bekommen. Leider sind Paragraphen, Richtlinien oder Verordnungen

so kompliziert formuliert, dass die dem Betroffenen rechtlich zustehende Unterstützung kaum auszumachen ist.

Nutzen Sie die Möglichkeiten, die Ihnen von Kranken- und Pflegekassen geboten werden, um im Rahmen der neu entstandenen Situation auch weiterhin Ihr Leben selbst zu bestimmen und mit Unterstützung anderer zu gestalten.

Diese Broschüre versteht sich daher als kleiner Leitfaden, der dabei helfen soll, die bestehenden Verordnungen und Möglichkeiten für eine Pflege besser zu verstehen und Wege aufzuzeigen. Die Pflegebedürftigkeit ist keine Frage des Alters. Eine Krankheit verändert das Leben, aber man findet Unterstützung bei der Bewältigung. ■

Pflege – Begriffserklärung

7

- Begriffserklärungen: Pflegeversicherung, Pflegekasse, die zwei Formen der Pflege, Pflegebedürftige, Pflegepersonen und Sachleistungen
- Die häusliche Krankenpflege
 - Sicherung der ärztlichen Behandlung – Behandlungspflege
 - Krankenhausvermeidungspflege und Sicherungspflege
 - Häusliche Krankenpflege nach der Entlassung aus dem Krankenhaus



19 – Pflegestufen

Grundlagen der Pflege

12

- Was ist die Pflegekasse und für wen kommt sie auf?
- Beantragung von Pflegeleistungen von der Pflegekasse
- Pflegeberaterinnen und Pflegeberater
- Wie werden die Pflegestufen eingeteilt?
 - Pflegestufe I – Erhebliche Pflegebedürftigkeit
 - Pflegestufe II – Schwerpflegebedürftigkeit
 - Pflegestufe III – Schwerstpflegebedürftigkeit
 - Leistungsentscheidung und Leistungsbescheid
 - Widerspruch
- Pflegeplanung – Fähigkeiten, Probleme, Ziele und Maßnahmen
 - Informationssammlung
 - Pflegeprobleme und Fähigkeiten/Ressourcen
 - Pflegeziele
 - Pflegemaßnahmen
 - Wichtige Überlegungen zur Planung einer Pflege
- Pflegehilfsmittel

Ambulante Pflege

28

- Ambulante Pflege – Pflege in den eigenen vier Wänden
 - Grundpflege
 - Hauswirtschaftliche Versorgung



31 – Sachleistung und Pflegegeld

- Kurzzeitpflege
- Pflegegeld und Sachleistung
- Gemeinsames Leben in Pflege-Wohngemeinschaften
- Einzelpflegekräfte und spezielle Hilfen, Essen auf Rädern

Teil-/Vollstationäre Pflege 36

- Teilstationäre Versorgung – Tages- und Nachtpflege
- Vollstationäre Versorgung – Unterbringung in Pflegeheimen

– Heimunterbringung

- Sonderfall – Pflege von pflegebedürftigen krebskranken Kindern

Für pflegende Angehörige 40

- Pflegezeit
- Soziale Absicherung
- Steuerfreibetrag
- Familienpflegezeit
- Urlaub oder Krankheit der Pflegeperson
- Kurzzeitige Arbeitsverhinderung

Unterstützende Pflegeleistungen 45

- Chance für ein selbstbestimmtes Leben – Persönliches Budget
- Hilfe zur Pflege

Grundsicherung 47

- Rettungsanker, wenn Unterstützung nottut
- Wann wird auf Einkommen und Vermögen des Hilfebedürftigen zurückgegriffen?
- Wann werden Kinder zur Kasse gebeten?

Palliativtherapie 51

- Lebensqualität ist das Ziel
- Für den Fall der Fälle: Ein gutes Hospiz finden
- Was wird sein, wenn das Lebensende naht?
- Patientenverfügung – früh schon den eigenen Willen kundtun
- Was bringt ein „Betreuer“?
- Vorsorgevollmacht

Ansprechpartner Landeskrebsgesellschaften 58

Anhang

60

- Ansprechpartner Landeskrebsgesellschaften
- Weiterführende Informationen
 - Zum Thema Krebs
 - Zum Thema Versorgung
 - Rechtsanwaltssuche
- Stichwortverzeichnis
- Fachbegriffe – verständlich gemacht
- Auswahl wichtiger Links



47 – Grundsicherung



54 – Betreuer

Begriffserklärungen: Pflegeversicherung, Pflegekasse, die zwei Formen der Pflege, Pflegebedürftige, Pflegepersonen und Sachleistungen

Die soziale Pflegeversicherung (PV) besteht seit 1995 als Pflichtversicherung. Träger, also diejenigen, die die Leistungen für die Betroffenen zu erbringen haben, sind die **Pflegekassen**. Die Pflegekassen wurden bei den gesetzlichen Krankenkassen eingerichtet.

Wird von der Pflege gesprochen, sollten zwei Formen auseinandergehalten werden:

- A. Die **häusliche Krankenpflege** betrifft einen Patienten, der in medizinischer Behandlung ist und sich während dieser Zeit nicht selbst versorgen kann. Der Kostenträger für die häusliche Krankenpflege ist die Krankenkasse.
- B. Für die Pflege bei Pflegebedürftigkeit werden die Betroffenen in eine **Pflegestufe** eingeordnet. Voraussetzung ist, dass die Pflege nicht in absehbarer Zeit nach medizinischer Behandlung abgeschlossen werden kann. Diese „reine“ Form der Pflege

ohne medizinische Behandlung wird von der Pflegekasse übernommen und sichert die Pflegebedürftigkeit ab.

Achtung! Wenn von häuslicher Pflege die Rede ist, so ist die ambulante Pflege, die von der Pflegekasse unterstützt wird, gemeint, nicht etwa die häusliche Krankenpflege. Eine weitere Begriffsverwirrung ist möglich bei Pflegebedürftigen und Pflegepersonen: Pflegebedürftig sind die Personen, die eine Pflege benötigen, und Pflegepersonen sind diejenigen, die die Pflege bei einer anderen Person durchführen.

Wird die Pflege von einem ambulanten Pflegedienst übernommen, so spricht man in der Pflege von einer **Sachleistung**, im Gegensatz zur Pflege durch Angehörige, für die **Pflegegeld** bereitgestellt wird.

Geräte und Sachmittel werden dagegen als **Pflegehilfsmittel** bezeichnet. ■

Die häusliche Krankenpflege



Monika B.:

Monika B. steht trotz eines Diabetes und Arthrose in den Fußgelenken noch mitten im Leben. Seit dem Tod ihres Mannes lebt sie alleine, hat aber viele Bekannte durch ihre Hobbys: Sie singt im Kirchenchor und besucht regelmäßig einen Strickkreis. Veränderungen an der Brustwarze nimmt sie erst nicht ernst. Als sie dann doch beschließt, zum Arzt zu gehen, steht die Diagnose schnell fest: Brustkrebs. Der Knoten wird im Krankenhaus operativ entfernt und mit ihm mehrere Lymphknoten. Eine adjuvante (unterstützende) Chemotherapie, um mögliche zurückgebliebene Tumorzellen zu beseitigen, soll ambulant durchgeführt werden. Monika B. möchte schnell wieder in ihr gewohntes Umfeld zurück. Ein ihr wichtiges Konzert rückt näher, aber noch müssen Verbände gewechselt werden und durch die Lymphknotenentfernung fällt ihr das Heben des rechten Armes sehr schwer.



Im Krankenhaus ist man mit der Entlassung einverstanden, aber es wird eine häusliche Krankenpflege für drei Tage verordnet und ein ambulanter Pflegedienst beauftragt. Monika B. spricht sich mit ihrem Hausarzt ab, der die häusliche Krankenpflege zumindest für weitere zwei Wochen verordnet. ■

Sicherung der ärztlichen Behandlung – Behandlungspflege

Monika B. soll mit Hilfe der **häuslichen Krankenpflege** ihren Krankenhausaufenthalt verkürzen. Diese Leistung übernimmt die Krankenkasse und sie muss von einem Arzt verordnet werden, weil sie Bestandteil des ärztlichen Behandlungsplans ist. Dies ist nur ein Beispiel für häusliche Krankenpflege.

Grundsätzlich hat diese Leistung der Krankenkasse zum Ziel,

- den Betroffenen in seiner häuslichen Umgebung, sozusagen in seinen „eigenen vier Wänden“, zu versorgen.
- die bestehende Gesundheit und Lebenssituation durch „**aktivierende**“ **Pflege** (siehe Anhang) zu erhalten und zu verbessern.
- Aufenthalte in Heimen oder im Krankenhaus zu vermeiden oder zu verkürzen.

Sie bedeutet, dass ein Patient von einer ausgebildeten Fachkraft zu Hause gepflegt wird und umfasst die **Grundpflege** (Körperpflege, Ernährung, Mobilität), die **Behandlungspflege** (alle Maßnahmen der ärztli-

chen Behandlung, wie zum Beispiel Verbandswechsel) und die **hauswirtschaftliche Versorgung** in dem Umfang, wie es erforderlich ist.

Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht, wenn der Krebspatient über einen eigenen Haushalt verfügt, der jedoch auch in Form des „betreuten Wohnens“ möglich ist. Voraussetzung hierfür ist, dass dem Versicherten eine eigenständige Lebens- und Wirtschaftsführung möglich ist. Die häusliche Krankenpflege kann auch in Anspruch genommen werden, wenn der Krebspatient zum Beispiel am Wochenende aus einer vollstationären Einrichtung (Krankenhaus, Rehabilitationseinrichtung, Hospiz, Pflegeheim, Behindertenheim) nach Hause zurückkehrt.

Wichtig: *In einer vollstationären Einrichtung kann dem Patienten die Behandlungspflege zur Absicherung der ärztlichen Behandlung für den Fall zuteil werden, wenn auf Dauer ein hoher Bedarf an medizinischer Pflege erforderlich ist. Dieser Anspruch kann nicht für Einrichtungen mit integrierter teilstationärer Pflege oder Kurzzeitpflege geltend gemacht werden.* ■

Krankenhausvermeidungspflege und Sicherungspflege

Bei der häuslichen Krankenpflege wird zur leichteren Einordnung bzw. zur Festlegung des Leistungsbedarfs zwischen:

- **Krankenhausvermeidungspflege** (sie wird nochmals unterteilt in Krankenhausersatzpflege und häusliche Krankenpflege zur Vermeidung oder Verkürzung einer Krankenhausbehandlung) und
- **Sicherungspflege** unterschieden.

Auf die **Krankenhausersatzpflege** besteht ein Anspruch, wenn die Krankenhausbehandlung zwar erforderlich, aber nicht ausführbar ist, zum Beispiel weil im Krankenhaus nicht genügend Betten zur Verfügung stehen. Hier ist die häusliche Krankenpflege also als Rechtsgrundlage für eine „notdürftige“, nur für eine Übergangszeit akzeptable Versorgung zu verstehen.

Die **häusliche Krankenpflege zur Vermeidung oder Verkürzung einer Krankenhausbehandlung**,

wie sie bei Monika B. verordnet wurde, soll es dem Krebspatienten ermöglichen, frühzeitig in den häuslichen Bereich zurückzukehren oder diesen gar nicht erst zu verlassen. Dies wird angeboten, wenn eine Krankenhausbehandlung aus medizinischer Sicht nicht zweifelsfrei angezeigt ist und eine ambulante Behandlung auch vertretbar erscheint.

Die Sicherungspflege dient der Unterstützung einer ambulanten ärztlichen Behandlung. Die Verordnung von Grundpflege oder hauswirtschaftlicher Versorgung ist nur im Zusammenhang mit der Behandlungspflege möglich, abhängig von den Satzungen der Krankenkassen. Der Patient bezieht keine Leistungen von der Pflegekasse.

Zuzahlung: Versicherte ab dem 18. Lebensjahr zahlen 10 % der Kosten pro Tag für längstens 28 Tage im Kalenderjahr. ■

Häusliche Krankenpflege nach der Entlassung aus dem Krankenhaus

Wird der Patient aus dem Krankenhaus entlassen, so kann von einem Vertragsarzt (zum Beispiel dem Hausarzt) oder dem Krankenhausarzt eine **häusliche Krankenpflege** durch einen ambulanten Pflegedienst für längstens drei Tage verordnet (wohlge­merkt: verordnet auf Rezept) werden. Damit soll ein nahtloser Übergang vom Krankenhausaufenthalt zur ambulanten Versorgung gewährleistet werden, in dem sich das dortige Fachpersonal im Rahmen eines Entlassungsmanagements während des Krankenaufenthalts um den pflegebedürftigen Patienten kümmert.

Ist die häusliche Krankenpflege angeraten, um einen Krankenhausaufenthalt zu vermeiden oder zu verkürzen, so übernimmt die gesetzliche Krankenkasse ebenfalls die Kosten für einen Zeitraum von bis zu vier Wochen, in begründeten Ausnahmefällen länger.

Übrigens: *Keinen Anspruch auf häusliche Krankenpflege haben Patienten in Einrichtungen wie zum Beispiel in Heimen mit betreutem Wohnen, in denen schon ein Anspruch auf Behandlungspflege besteht. Die Ausnahme: Eine Verordnung der medizinischen Behandlungspflege in Pflegeheimen ist dann möglich, wenn für voraussichtlich mindestens sechs Monate ein besonders hoher Pflegebedarf festgestellt wird, wobei die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegekraft erforderlich ist.*

Monika B.:

Monika B. wird von ihren Freunden im Krankenhaus abgeholt und nach Hause gebracht. Kurze Zeit später kommt auch der beauftragte Pflegedienst und bespricht mit ihr die notwendige Hilfe im Tagesablauf und die Vorgaben des Arztes. Der Pflegedienst beginnt morgens, hilft ihr beim Waschen und Anziehen und wechselt die Verbände. Einmal in der Woche wird das Saugen der Wohnung und das Waschen und Aufhängen der Wäsche vereinbart. Die Nachbarn sind mit Monika B. gut befreundet und erklären sich bereit, abends beim Auskleiden zu helfen, sich um die Einkäufe zu kümmern und die trockene Wäsche abzuhängen. Es ist ja alles nur für eine kurze Zeit.

Fazit: Konsultieren Sie Ihren behandelnden Arzt, ob:

- die aktuelle Behandlung, die weitergeführt werden soll, mit pflegerischen Maßnahmen unterstützt werden muss, oder
- nach der Akutbehandlung eine Pflegebedürftigkeit droht.

Sie können damit frühzeitig alles Notwendige für die entsprechende Pflege einleiten. ■



Was ist die Pflegekasse und für wen kommt sie auf?

Hermann L.:

Hermann L. ist 61 Jahre alt, lebt getrennt von seiner Frau und arbeitet als Schreiner in einer Möbelfabrik. Er leidet schon eine Weile an Rückenschmerzen und erhält vom Orthopäden Massagen, Physiotherapie und Schmerzmittel. Als sich die Schmerzen vehement verstärken, werden im Röntgenbild Knochenmetastasen festgestellt. Die Suche nach dem Primärtumor endet mit der Diagnose „fortgeschrittenes Prostatakarzinom“ – der Tumor ist groß und hat bereits gestreut. In einer Operation wird die Prostata entfernt. Die Knochenmetastasen der Wirbelsäule werden bestrahlt, aber es kam bereits zu Wirbelbrüchen und die porösen Hüftknochen veranlassen den behandelnden Arzt dazu, einen Rollstuhl zu verordnen. Der Rollstuhl wird aufgrund der ärztlichen Verordnung von der Krankenkasse bezahlt. Es wird Hermann L. klar, dass



er sich nicht mehr alleine versorgen kann und dass er auch nie wieder seiner Arbeit nachgehen wird. Nach langen schmerzlichen Gesprächen mit seiner Tochter stellt er einen Antrag bei der Pflegekasse.

Die Pflegekasse bietet Menschen eine Absicherung gegen die Folgen der **Pflegebedürftigkeit**. Diese hat der Gesetzgeber klar definiert: Als pflegebedürftig gelten Versicherte, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Erkrankung oder Behinderung in erheblichem Maß Hilfe bei den Verrichtungen des täglichen Lebens brauchen. Die Erkrankung muss dauerhaft sein, das heißt für voraussichtlich mindestens sechs Monate bestehen. Außerdem muss der Versicherte eine Vorversicherungszeit von zwei Jahren

innerhalb der letzten zehn Jahre vor Antragstellung nachweisen und einen Antrag auf Leistungen gestellt haben. Auf die Antragstellung wird in dem nächsten Kapitel eingegangen.

Mit dem Antrag wird von der Pflegekasse geprüft, ob dem Versicherten mit einer **medizinischen Rehabilitation** geholfen werden kann, die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu vermindern oder eine Verschlimmerung abzuwenden, so dass möglicherweise vor den

Pflegeleistungen erst Rehabilitationsmaßnahmen eingesetzt werden.

Übrigens: *Das Gesetz schreibt eine Reihenfolge der einzusetzen- den Maßnahmen vor. Die Prävention und Rehabilitation werden nach Vorgaben des Sozialgesetzbuches (siehe Anhang) den Pflege- leistungen vorgezogen und die ambulante Pflege hat Vorrang vor teilstationären und vollstationären Pflegeleistungen.*

Die **Pflegeversicherung** ist keine Vollversicherung, sondern sichert das finanzielle Risiko der Pflegebedürf- tigkeit ab, damit dem Pflegebedürftigen ein selbst be- stimmtes Leben ermöglicht wird. Sie besteht also aus unterstützenden Hilfeleistungen.

Die Höhe der Leistungen ist vom Grad der Hilfebedürf- tigkeit abhängig. Dieser wird vom **Medizinischen Dienst der Krankenversicherung** festgestellt.

Wer als Privatversicherter eine **private Pflegezusatz- versicherung** abgeschlossen hat, kann auch daraus im Pflegefall Leistungen beziehen, wobei in den Ver- tragsunterlagen zu entnehmen ist, ob zum Beispiel eine **Pflegetagegeld-, Pflegekosten- und/oder Pflege- rentenversicherung** vertraglich vereinbart wurde.

Wichtig! *Die Pflegebedürftigkeit bezieht sich nur auf bestimmte Verrichtungen im täglichen Leben, nicht auf einen gesamten pfl- gerischen Bedarf!* ■

Beantragung von Pflegeleistungen bei der Pflegekasse



Hermann L.:

Hermann L. möchte gerne zu Hause wohnen bleiben. Seine Tochter sucht während seiner Behandlung im Krankenhaus einen Pflegestützpunkt auf und erkundigt sich nach Finanzierungsmöglichkeiten eines Wohnungsumbaus. Es wird zumindest eine Rampe zur Eingangstür und ein behindertengerechtes Bad gebraucht. Es vergehen drei Tage zwischen Antragsstellung und einer Antwort mit der Bitte um Kontaktaufnahme mit einem Mitarbeiter des medizinischen Dienstes. Es wird ihr eine finanzielle Unterstützung zugesagt.

Wer aufgrund der Erkrankung Leistungen der Pflegekasse in Anspruch nehmen muss oder will, hat einen Antrag zu stellen. Dieser Antrag wird bei der Pflegekasse eingereicht, die der Krankenkasse angeschlossen ist und bei der der Krebspatient versichert ist. Familienangehörige, Nachbarn oder Bekannte können die Antragstellung übernehmen, wenn sie dazu bevollmächtigt worden sind. Sobald der Antrag gestellt ist, beauftragt die Pflegekasse den **Medizinischen Dienst der Krankenversicherung** (siehe Kasten auf Seite 15 und Anhang) oder einen unabhängigen Gutachter mit der **Feststellung der Pflegebedürftigkeit**.

Wichtig! Ohne Antrag keine Leistung! Warten Sie nicht darauf, ob es nicht auch ohne Hilfe geht oder ob Ihre Angehörigen die Situation meistern können. Die Pflege wird nicht vom Arzt verordnet – sicherlich in den meisten Fällen empfohlen.

Die gesetzlich vorgegebene **Bearbeitungsfrist für Anträge auf Pflegeleistung** beträgt fünf Wochen. Über die Entscheidung hat die Pflegekasse einen schriftlichen Bescheid zu erteilen.

Ausnahmen der 5-Wochen-Frist:

- Es gelten nur zwei Wochen Bearbeitungsfrist, wenn sich der Krebspatient ohne palliative Versorgung zu Hause befindet und dem Arbeitgeber die Inanspruchnahme von Pflegezeit angekündigt oder mit dem Arbeitgeber eine Familienpflegezeit vereinbart wurde.
- Damit die weitere Versorgung sichergestellt ist oder in dem Fall, dass der Patient dem Arbeitgeber die Inanspruchnahme der Pflegezeit angekündigt hat, ist innerhalb einer Woche das Gutachten zu erstellen,
 - wenn sich der Antragsteller in einer stationären Einrichtung aufhält (Krankenhaus, Rehabilitationseinrichtung, Hospiz) oder
 - wenn der Betroffene ambulant-palliativ versorgt wird.

Übrigens: Erteilt die Pflegekasse den schriftlichen Bescheid über den Antrag nicht innerhalb der Bearbeitungsfrist, hat die Pflegekasse nach Fristablauf für jede angefangene Woche 70 Euro zu zahlen. Dies gilt nicht, wenn die Pflegekasse an der Verzögerung keine Schuld trägt oder wenn der Antragsteller in stationärer Pflege ist und ihm bereits eine erhebliche Pflegebedürftigkeit anerkannt wurde.

Es gibt Beratungsmöglichkeiten und -verpflichtungen von Seiten der Pflegekasse, die dem Antragsteller unmittelbar nach Eingang eines erstmaligen Antrags anzubieten sind. Dieses Beratungsangebot kann durch Vermittlung einer Kontaktperson geschehen, die spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Antragsein-

gang einen konkreten Beratungstermin anbietet, oder die Pflegekasse stellt einen Beratungsgutschein aus, in dem unabhängige Beratungsstellen benannt sind, bei denen ebenfalls innerhalb der 2-Wochen-Frist eine Beratung erfolgen kann.

Übrigens: Wurden vor der ersten Antragstellung schon Leistungen von einem Pflegedienst erbracht, so werden diese rückwirkend nicht von der Pflegekasse erstattet. Wenn aber eine höhere Pflegestufe festgestellt wird, so werden die höheren Leistungen durch die Pflegekasse rückwirkend ab dem Zeitpunkt gewährt, an dem die höhere Pflegestufe festgestellt wurde. Befristet bewilligte Leistungen müssen bei Bedarf neu beantragt werden. ■

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK)

Der **Medizinische Dienst der Krankenversicherung** (MDK) ist der sozialmedizinische Beratungs- und Begutachtungsdienst der gesetzlichen Kranken- und Pflegekasse. Der MDK überprüft im Auftrag der Pflegekassen, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welche Stufe der Pflegebedürftigkeit vorliegt. Im Rahmen des Gutachtens werden die Einschränkungen des Versicherten bei den Verrichtungen der **Grundpflege** (Körperpflege, Ernährung, Mobilität) festgestellt. Außerdem ermittelt der MDK Art, Umfang

und voraussichtliche Dauer der Pflegebedürftigkeit. Es können auch **unabhängige Gutachter** eingesetzt werden. Bestellt die Pflegekasse einen unabhängigen Gutachter, so sind dem Antragsteller drei Gutachter zur Auswahl zu benennen.

Übrigens: Bei Versicherten der **Knappschaft** wird das Gutachten vom **Sozialmedizinischen Dienst** (SMD) erstellt. Bei privat Versicherten erfolgt die Begutachtung durch das Unternehmen **MEDICPROOF GmbH** (www.medicproof.de, info@medicproof.de, Tel.: 0221/88844-0).

Pflegeberaterinnen und Pflegeberater

Versicherte, die Leistungen der Pflegekasse oder der privaten Versicherung erhalten oder einen Antrag auf diese Leistungen gestellt haben, dürfen seit 2009 eine **Pflegeberatung** beanspruchen. Was damit erreicht werden soll, ist das Zusammenwirken aller Beteiligten (Betroffene, Angehörige, Arzt, Pflegekasse), um die vollstationäre Versorgung zu vermeiden.

Die **Pflegeberaterinnen und Pflegeberater** sind Mitarbeiter der Pflegekassen und kennen sich mit dem **Sozial- und Sozialversicherungsrecht** (siehe Anhang) sowie dem vorhandenen Leistungsangebot in der jeweiligen Pflegesituation aus, da sie entsprechend ausgebildet sind und damit die fachliche Kompetenz besitzen.

Pflegebedürftige, die **Pflegegeld** (siehe Anhang) bekommen, müssen eine Beratung durch Berater in Anspruch nehmen. Patienten in den Pflegestufen I und II erhalten eine halbjährliche und in der Pflegestufe III eine vierteljährliche Beratung. Diese Beratung dient zur **Sicherung der Pflegequalität** und wird von zugelassenen Pflegediensten, unabhängigen Beratungsstellen und Pflegeberatern der Pflegekassen durchgeführt. Es steht bei diesen Besuchen – und das ist wichtig – die Beratung und nicht die Kontrolle im Vordergrund. Deren Kosten übernimmt die **Pflegekasse**.

Informationen zum Thema Pflege finden sich auch bei den **Pflegestützpunkten** (zu erfragen bei den Pflegekassen) sowie **Service- und Beratungsstellen der Bundesländer**. Das Bürgertelefon des **Bundesministeriums für Gesundheit** gibt unter der Rufnummer 030/340 60 66 02 Auskunft.

Für privat Versicherte wird die Pflegeberatung durch das Unternehmen „**COMPASS Private Pflegeberatung**“ durchgeführt (gebührenfreie Servicenummer 0800/1018800, www.compass-pflegeberatung.de, info@compass-pflegeberatung.de).

Pflegestützpunkte werden von den Kranken- und Pflegekassen auf Initiative eines Bundeslandes eingerichtet und bieten Beratung und Unterstützung. Hier erhalten Hilfesuchende wichtige Informationen, Antragsformulare und konkrete Hilfestellung. Diese Stellen beantworten auch mögliche Fragen der Pflegebedürftigen oder ihrer Angehörigen zum Beispiel zu Zuschüssen zum **behindertengerechten Umbau** einer Wohnung, zu ehrenamtlichen Angeboten aus der Kommune oder zur Suche nach einem geeigneten Pflegeheim. Im Pflegestützpunkt soll – wenn gewünscht – das gesamte Leistungsspektrum für Pflegebedürftige koordiniert werden. ■

Wie werden die Pflegestufen eingeteilt?

Hermann L.:

Hermann L. ist wieder zu Hause. Er hatte bereits im Krankenhaus Besuch vom Medizinischen Dienst bekommen, um seine Pflegebedürftigkeit zu prüfen. Die Tochter war bei dem Gespräch anwesend. Der medizinische Dienst stellte fest, dass beim morgendlichen und abendlichen Waschen sowie dem An- bzw. Ausziehen Hilfe benötigt wird. Außerdem muss eingekauft und das Haus sauber gehalten werden. Hermann L. kann sich dank der Umbaumaßnahmen

alleine im und um das Haus bewegen, sein Essen zubereiten und den Abwasch machen. Er wird in die **Pflegestufe I** eingestuft. Die Tochter ist 39 Jahre alt und selbständige Buchhalterin. Sie geht morgens und abends für eine halbe Stunde bei ihrem Vater vorbei und erledigt einmal in der Woche den Hausputz und die Wäsche. Sie nimmt weniger Aufträge an und erhält von Hermann L. als Ausgleich das **Pflegegeld** von 235 Euro pro Monat.



Der **Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK)** oder ein **unabhängiger Gutachter**, der von der Pflegekasse bestimmt wird, stellt also den Grad der Pflegebedürftigkeit fest. Die Prüfung hierzu findet bei dem Pflegebedürftigen zu Hause, im Krankenhaus oder im Pflegeheim statt, je nachdem, wo sich der Pflegebedürftige derzeit hauptsächlich aufhält.

Der Medizinische Dienst fordert bei den behandelnden Ärzten den Befund der Erkrankung an. Dazu muss der Versicherte den Arzt von seiner Schweigepflicht entbinden. Im Anschluss an den Besuch bei dem Pflegebedürftigen erstellt der Medizinische Dienst ein Gutachten, woraufhin die Pflegekasse über die Pflegebedürftigkeit entscheidet und die **Pflegestufe** festlegt. Es gelten bundesweit einheitliche **Begutachtungs-Richtlinien** (www.mds-ev.de) (siehe Anhang).

Es kann dem MDK für die Beurteilung hilfreich sein, wenn seit Beginn einer Pflege Betroffene und Angehörige ein **Pflegetagebuch** führen, in dem festgehalten wird, wie viel Zeit Hilfe für bestimmte Verrichtungen, wie zum Beispiel Waschen, Anziehen, Essen, benötigt wird. Denn in einem Tagebuch lassen sich die Zeiten für die einzelnen Tätigkeiten genauer dokumentieren und darlegen als in dem persönlichen Gespräch mit dem MDK, in dem der pflegebedürftige Krebspatient vielleicht oder zwangsläufig wegen der selbst empfundenen „Prüfsituation“ aufgeregt ist. Folglich stehen Details „so aus dem Kopf“ nicht immer exakt parat, wodurch möglicherweise das Ergebnis der Begutachtung negativ beeinflusst wird.

Es ist ebenfalls dringend empfehlenswert, dass die Pflegeperson bei der Begutachtung anwesend ist.

Grundlagen der Pflege

Weiterhin sollten der Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonen versuchen einzuschätzen, ob die Pflege längerfristig durch Angehörige oder andere Pflegepersonen durchgeführt werden kann, oder ob ergänzend oder ausschließlich ein ambulanter Pflegedienst eingeschaltet wird.

Übrigens: Für den Fall, dass eine **vollstationäre Pflege** unmittelbar an die stationäre Krankenhausbehandlung anschließt, muss noch im Krankenhaus eine Begutachtung spätestens innerhalb einer Woche stattfinden.

Der **Grad der Pflegebedürftigkeit** richtet sich nach bestimmten Verrichtungen im täglichen Leben, die zur **Grundpflege** oder der „**hauswirtschaftlichen Versorgung**“, der Versorgung zu Hause, gehören – sie werden getrennt beurteilt – und für die ein bestimmter Mindestzeitaufwand für den Familienangehörigen oder die nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson notwendig ist. Für die Häufigkeit des Pflegebedarfs und des zeitlichen Mindestpflegeaufwandes sind drei Pflegestufen vorgesehen, die im Rahmen der Begutachtung festgelegt werden. ■

Grundpflege

Die Leistungen der **Grundpflege** (siehe Anhang) – wie es das Sozialgesetzbuch und die Begutachtungsrichtlinien vorgeben – umfassen pflegerische Hilfen aus den Bereichen Körperpflege, Ernährung und Mobilität.

Übersetzt heißt das, es sind Hilfen beispielsweise beim Waschen, Duschen, Kämmen, bei der Nahrungsaufnahme (keine Zubereitung!) und beim Zubettgehen, An- und Auskleiden. ■

Hauswirtschaftliche Versorgung

Genau wie die Grundpflege dient die **hauswirtschaftliche Versorgung** zur Unterstützung der Tätigkeiten oder Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens, auch mit dem Ziel, dass der Betroffene sie später zum

Teil oder komplett selber ausüben kann. Die hauswirtschaftliche Versorgung (siehe Anhang) übernimmt zum Beispiel das Kochen, Einkaufen, Spülen oder das Reinigen der Wohnung. ■

Pflegestufe I – Erhebliche Pflegebedürftigkeit

Eine **erhebliche Pflegebedürftigkeit** liegt vor, wenn mindestens einmal pro Tag Hilfe bei mindestens zwei Verrichtungen aus den Bereichen Körperpflege, Ernährung und/oder Mobilität benötigt werden. Außerdem muss eine Hilfe für die **hauswirtschaftliche Versorgung** mehrmals in der Woche erforderlich sein. Insgesamt muss der wöchentliche Zeitaufwand im Tagesdurchschnitt 90 Minuten betragen. Davon müssen 45 Minuten auf die **Grundpflege**, also Körperpflege, Ernährung und Mobilität, entfallen.

Seit dem 01.01.2014 werden folgende Leistungen erbracht:

- 235 Euro **Pflegegeld** bzw.
- 450 Euro als **Sachleistung**,
- 1.550 Euro Pflegevertretung (**Ersatzpflege**, **Verhinderungspflege**) durch Pflegedienst,
- 235 Euro Pflegevertretung (Ersatzpflege, Verhinderungspflege) durch nahe Angehörige ■

Pflegestufe II – Schwerpflegebedürftigkeit

Eine **Schwerpflegebedürftigkeit** liegt vor, wenn mindestens dreimal pro Tag zu unterschiedlichen Zeiten Hilfe bei der Grundpflege benötigt wird. Es muss, wie auch in der Pflegestufe I, eine Hilfe für die hauswirtschaftliche Versorgung mehrmals in der Woche erforderlich sein. Insgesamt muss der wöchentliche Zeitaufwand im Tagesdurchschnitt mindestens drei Stunden betragen. Davon müssen zwei Stunden auf die Grundpflege entfallen.

In dieser Pflegestufe werden folgende Leistungen erbracht (Stand 2014):

- 440 Euro Pflegegeld bzw.
- 1.100 Euro als Sachleistung
- 1.550 Euro für Pflegevertretung (Ersatzpflege, Verhinderungspflege) durch Pflegedienst
- 440 Euro für Pflegevertretung (Ersatzpflege, Verhinderungspflege) durch nahe Angehörige ■

Pflegestufe III – Schwerstpflegebedürftigkeit



Eine **Schwerstpflegebedürftigkeit** liegt vor, wenn der Hilfebedarf bei der **Grundpflege** rund um die Uhr anfallen kann. Wieder muss eine Hilfe für die **hauswirtschaftliche Versorgung** mehrmals in der Woche erforderlich sein. Insgesamt hat der wöchentliche Zeitaufwand im Tagesdurchschnitt mindestens fünf Stunden zu betragen. Davon müssen vier Stunden auf die Grundpflege entfallen. Ist für die Grundpflege eine Hilfe über mindestens sechs Stunden täglich erforderlich, davon mindestens dreimal zur Nachtzeit, oder kann die Grundpflege auch nachts nur von mehreren

Pflegekräften zeitgleich erbracht werden, so handelt es sich um den sogenannten **Härtefall**. Zusätzlich muss ständige Hilfe zur hauswirtschaftlichen Versorgung erforderlich sein.

Zur Auszahlung kommen (Stand 2014):

- 700 Euro Pflegegeld bzw.
- 1.550 Euro (in Härtefällen 1.918 Euro) als Sachleistung
- 1.550 Euro für Pflegevertretung (Ersatzpflege, Verhinderungspflege) durch Pflegedienst
- 700 Euro für Pflegevertretung (Ersatzpflege, Verhinderungspflege) durch nahe Angehörige.

Übrigens: Seit dem 1. Juli 2008 können auch Versicherte mit erheblichen Einschränkungen, die aber keinen Anspruch auf die Pflegestufe I haben, einen Betreuungsbetrag in Höhe von 100 oder 200 Euro pro Monat erhalten. Man spricht von der Pflegestufe 0.

Der Begriff „**Sachleistung**“ assoziiert möglicherweise etwas, was es nicht ist. Unter diesem Begriff sind die Dienstleistungen eines ambulant tätigen Pflegedienstes zu verstehen, die von der Pflegekasse bezahlt werden. ■

Leistungsentscheidung und Leistungsbescheid

Die Entscheidung der Pflegekasse, ob eine Pflegebedürftigkeit vorliegt und in welcher Stufe, soll für den Versicherten nachvollziehbar sein, weshalb dem Betroffenen die Übermittlung des Gutachtens zusteht. Spätestens mit dem Bescheid von der Pflegekasse kann es – wie schon beschrieben – passieren, dass der Antragsteller eine gesonderte **Rehabilitationsmaßnahme** erhalten soll. Das bedeutet, der **Medizinische Dienst** ist der Ansicht, die Situation des Patienten lasse sich durch eine Rehabilitationsmaßnahme (siehe Anhang) verbessern und eventuell die Pflegebedürftigkeit abwehren. Die Pflegekasse muss darauf-

hin mit Einwilligung des Patienten den behandelnden Arzt sowie den zuständigen **Rehabilitationsträger** darüber in Kenntnis setzen. Diese Mitteilung löst hierauf ein Antragsverfahren auf Leistungen zur **medizinischen Rehabilitation** (siehe Anhang) aus. Sozialdienste oder -stationen unterstützen den Patienten bei dem Antragsverfahren.

Übrigens: *Durch den Kostenträger ist umgehend eine Rehabilitationsleistung zu erbringen. Passiert dies nicht, zahlt die Pflegekasse vorläufige Leistungen.* ■

Widerspruch

Gegen den Bescheid der Pflegekasse kann der Versicherte **Widerspruch** erheben. Gründe wären zum Beispiel, dass die bewilligte Pflegestufe dem tatsächlichen Pflegeaufwand nicht entspricht oder dass eine beantragte Leistung zu Unrecht abgelehnt wurde. In dem Widerspruchsverfahren fordert die Pflegekasse den Versicherten häufig dazu auf, ein **Pflegetagebuch** zu führen, um die Dauer der täglich anfallenden Verrichtungen festzuhalten. Wie schon erwähnt, empfiehlt sich, das Tagebuch schon vor der Begutachtung zu führen. Darüber hinaus können der Versicherte und

Angehörige des Versicherten zum Pflegeaufwand befragt werden.

Wird dem Widerspruch nicht stattgegeben, bleibt die Möglichkeit, eine Klage vor dem Sozialgericht zu erheben. Im Rahmen des Gerichtsverfahrens kann ein neutraler Sachverständiger mit der Erstellung eines Gutachtens zur Pflegebedürftigkeit beauftragt werden.

Übrigens: *Der Widerspruch ist schriftlich innerhalb eines Monats ab dem Zugang des Bescheids einzulegen.* ■

Pflegeplanung – Fähigkeiten, Probleme, Ziele und Maßnahmen

Viele Betroffene und deren Angehörige wissen nicht, wenn der Fall der Pflegebedürftigkeit eintritt,

- was zu tun ist,
- in welcher Reihenfolge und
- welche Leistungen dem Betroffenen zustehen.

Aus diesem Grunde spielt eine Planung aller einzuleitenden Schritte eine wichtige Rolle. Sie wird sogar als Arbeitsmethode vorgeschrieben (festgeschrieben im Krankenpflegegesetz), um den Prozess der Pflege nachvollziehbar, die pflegerischen Maßnahmen systematisch durchführbar und nachprüfbar zu machen. Der individuelle Pflegeplan fungiert damit auch als Dokumentation zur Überprüfung des Pflegeerfolgs.

Die **Pflegeplanung** wird in Zusammenarbeit mit Mitarbeitern des **Pflegestützpunkts** oder **Pflegebera-**

tern erarbeitet und soll helfen, Probleme zu erkennen, Ziele festzulegen und Maßnahmen zur Erhaltung oder Verbesserung der Fähigkeiten des Patienten zu treffen.

Eine Pflegeplanung gliedert sich in vier Teile:

- **Informationssammlung**,
- Probleme und **Ressourcen**,
- **Pflegeziele** und
- **Pflegemaßnahmen**.

Diese Begriffe werden auf der nächsten Seite erläutert.

Nach einem festgelegten Zeitraum von drei bis sechs Monaten, je nach Pflegebedürftigkeit, wird der Plan dahingehend überprüft, inwieweit die Ziele erreicht wurden oder welche Gründe vorliegen, weswegen das Ziel vielleicht nicht erreicht wurde. Die Pflegeplanung wird dann der aktuellen Situation angepasst. ■

Informationssammlung

Bei der **Informationssammlung** handelt es sich einerseits um die Sammlung von objektiven, also sachlichen und unvoreingenommenen Informationen, wie Adressdaten, ärztlichen Unterlagen, krankheitsbezogenen Hinweisen aus der Vorgeschichte, Hinweisen auf Einschränkungen (wie Wahrnehmung oder Bewegung).

Subjektive, also vom Pflegebedürftigen oder Angehörigen persönlich empfundene Daten werden er-

gänzend erhoben. Der Betroffene, aber auch seine Angehörigen, teilen mit, wie sie die Gesundheit und Krankheit erleben („ich habe Angst“), welche persönlichen Eindrücke sie haben oder welche Medikamente nicht gewirkt haben. Eine Erfassung der Lebensgewohnheiten sowie von Hobbys, Vorlieben und Abneigungen ist notwendig, um sie im Genesungsprozess oder bei der Unterstützung in einem oder mehreren Lebensbereichen zu berücksichtigen. ■

Pflegeprobleme und Fähigkeiten/Ressourcen

In die Pflegeplanung gehören nur Probleme, die aus Sicht der Pflege relevant sind, nicht aber medizinische Probleme. Ein Pflegeproblem besteht dann, wenn Beeinträchtigungen die Selbständigkeit des Patienten einschränken und nicht eigenständig kompensiert werden können, man sich selber also nicht helfen kann. Als sogenannte **Ressourcen** werden die Fähig-

keiten des Patienten aufgeführt: Welche Tätigkeiten kann der Patient selbst noch erledigen? Liegen mögliche Risikofaktoren vor? Wobei braucht der Betroffene Unterstützung? Ressourcen helfen dem Patienten, eine größtmögliche Selbständigkeit zu erhalten bzw. zu erreichen. Sie beeinflussen den Genesungsprozess und steigern gegebenenfalls auch das Selbstwertgefühl. ■

Pflegeziele

Mit einem **Pflegeziel** wird festgelegt, welche Maßnahmen in welchen Schritten in und zu welcher Zeit zum Pflegeerfolg führen sollen. Hierbei formulieren Betroffener und Pflegepersonen gemeinsam Ziele:

- **Nahziele**, die kleinere Schritte darstellen, sollen den Betroffenen in der Summe zu dem pflegerischen gemeinsamen Erfolg führen
- **Fernziele** sind die sogenannten „großen“ Ziele, die nach Durchführung des gesamten Pflegeprozesses erreicht werden sollen.

- die Erhaltung des jeweiligen physischen und psychischen Zustands oder einer Fähigkeit (**Erhaltungsziel**),
- eine Verbesserung dieses Zustands (**Rehabilitationsziel**) oder aber
- die Bewältigung der veränderten Lebensbedingungen (**Bewältigungsziel**).

Ein Pflegeziel beschreibt also immer ein zu erzielendes Ergebnis und nicht Dinge, die vermieden werden sollen. ■

Pflegemaßnahmen

Die Auswahl der **Pflegemaßnahmen** bezieht sich immer auf das jeweilige Pflegeproblem und die entsprechend festgelegten Ziele unter Berücksichtigung der individuell bestehenden Fähigkeiten. Mit den Pflegemaßnahmen wird ganz spezifisch niedergeschrieben, mit welchen Maßnahmen das angepeilte Ziel erreicht werden soll und – was ganz wichtig ist – sie sind von jedem Pflegemitarbeiter verbindlich einzuhalten.

Arten von Pflegemaßnahmen:

- Sie können vollständig „kompensatorisch“ (ausgleichend) sein, das heißt, dass die Pflegeperson zum Beispiel den Pflegebedürftigen komplett wäscht.
- Sie können teilweise „kompensatorisch“, das bedeutet, der Pflegebedürftige kann beispielsweise Körperteile wie Gesicht und Oberkörper selbständig waschen.
- Und sie können unterstützend sein, womit zum Beispiel der Patient angeleitet wird, wie er beim An- und Ausziehen vorgehen kann.

Sollte in einem Beratungsgespräch festgestellt werden, dass zum Beispiel die häusliche Pflege nicht hinreichend sichergestellt ist, verliert der Pflegebedürftige den Anspruch auf das **Pflegegeld**. Das kommt allerdings in der Praxis selten vor. In diesen seltenen Fällen muss dann entweder die Pflege von einem ambulan-

ten Pflegedienst übernommen werden oder die Pflege muss teil- oder vollstationär erfolgen. Diese Kosten würde die Pflegekasse dann wieder tragen.

Was nicht so bedeutend für den Patienten direkt ist, aber die Qualität der Maßnahmendurchführung beeinflusst, ist, wie die Pflegemaßnahmen zu formulieren sind. Es soll zu erkennen sein, wie die Maßnahmen genau zu erfolgen haben: Wer macht was, wann, wie und wie oft. Der detaillierte Maßnahmenplan ist daher Aufgabe der **Pflegeberatung**. ■



Handlungsleitfaden zur Planung einer Pflege

- Zuerst wird die Kranken- oder Pflegekasse oder ein **Pflegestützpunkt** kontaktiert und dort ein Antrag auf Leistungen der **Pflegeversicherung** gestellt. Dies kann, wie im Fall von Hermann L. auch ein Familienangehöriger, Nachbar oder guter Bekannter übernehmen, wenn er dazu bevollmächtigt ist.
- Die Pflegekasse muss direkt nach Eingang des Antrags eine Vergleichsliste der Leistungen und Vergütungen von zugelassenen Pflegeeinrichtungen schicken. Es ist auch eine Beratung über günstigere anerkannte Betreuungsangebote möglich.
- Bei Monika B. kam der Pflegeberater zu ihr nach Hause. Es kann aber auch ein **Beratungsgut-schein** ausgestellt werden, in der eine unabhängige Beratungsstelle benannt ist oder es kann ein Pflegestützpunkt besucht werden. Nähere Auskunft über die regionalen Möglichkeiten geben die Pflegekassen.
- Sobald Leistungen bei der Pflegeversicherung beantragt wurden, beauftragt die Pflegekassen den **Medizinischen Dienst der Krankenversicherung** oder andere Gutachter zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit.
- Das Führen eines **Pflegetagebuchs** ist hilfreich bei der Einschätzung der Zeit, für die Hilfe bei verschiedenen Verrichtungen gebraucht wird.
- Die Pflegeperson sollte bei der Begutachtung durch den MDK oder durch unabhängige Gutachter unbedingt anwesend sein.
- Hermann L. und seine Tochter haben intensiv darüber nachgedacht, ob die Pflege längerfristig von ihr durchgeführt werden kann oder ob nicht ergänzend oder ausschließlich auf die Hilfe eines Pflegedienstes zurückgegriffen werden soll. Es ist für das spätere langfristige Funktionieren der Pflege wichtig, die Situation so realistisch wie möglich einzuschätzen.
- Ist eine Pflege zu Hause nicht möglich, so kann man sich über stationäre Pflegeeinrichtungen beraten lassen oder selber informieren.
- **Pflegeberater** der Pflegekassen und Mitarbeiter der Pflegestützpunkte stehen für alle Fragen zur Verfügung. Weitere Informationen gibt das Bürgertelefon des **Bundesministeriums für Gesundheit** (siehe Anhang). ■

Pflegehilfsmittel

Pflegehilfsmittel sind Geräte und Sachmittel, die für die häusliche Pflege notwendig sind oder sie erleichtern oder dem Pflegebedürftigen eine selbständige Lebensführung ermöglichen. Ein Anspruch auf Pflegehilfsmittel besteht unabhängig von der Pflegestufe, was bedeutet, dass die Pflegebedürftigkeit festgestellt sein muss. Die Pflegekasse unterscheidet zwischen technischen Pflegehilfsmitteln, wie zum Beispiel Pflegebetten, Lagerungshilfen oder einem Notrufsystem, und Verbrauchsprodukten, wie zum Beispiel Einmalhandschuhen oder Betteinlagen.

Die Kosten für solche Pflegehilfsmittel werden von der Pflegekasse übernommen, wenn keine Leistungsverpflichtung seitens der Krankenkasse besteht (Verordnung eines orthopädischen Schuhs durch den Arzt). In einem **Pflegehilfsmittelverzeichnis** sind die Pflegehilfsmittel aufgeführt, die von der Pflegekasse zur Verfügung gestellt oder leihweise überlassen werden (https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de/hmvAnzeigen_input.action). Werden Pflegehilfen, wie zum Beispiel ein Rollstuhl oder eine Gehhilfe, vom Arzt verordnet, so kommen die Krankenkassen dafür auf.

Zu den Kosten für die technischen Pflegehilfen muss der Pflegebedürftige einen **Eigenanteil** von 10 %, aber maximal 25 Euro zuzahlen. Wird ein Pflegehilfsmittel leihweise überlassen, wie dies häufig bei größeren technischen Pflegehilfsmitteln der Fall ist, so

entfällt die **Zuzahlung**. Für Verbrauchsprodukte (beispielsweise Einmalhandschuhe) werden bis zu 31 Euro pro Monat (Stand 2014) von der Pflegekasse erstattet, müssen aber vor dem Kauf beantragt werden.

Wichtig: Bei Pflegestufen I und II lehnen Pflegekassen schon mal Hilfsmittel ab. Empfehlenswert ist sofortiger Widerspruch, eine detaillierte Begründung verlangen und gegebenenfalls den MDK einschalten. ■



Ambulante Pflege – Pflege in den eigenen vier Wänden

Monika B.:



Monika B. zeigt einen guten Krankheitsverlauf. Innerhalb der zwei Wochen, die sie zu Hause versorgt wird, heilen ihre Wunden gut ab. Aber ihr Arm macht ihr weiterhin Schwierigkeiten. Sie hat Angst vor der Zukunft, denn sie kann doch nicht immer ihre Nachbarn bemühen. Und was soll sie machen, wenn die in Urlaub sind. Die Arthrose in den Fußgelenken zwingt sie oft dazu, mit Krücken zu laufen, aber dann schmerzt ihr rechter Arm noch mehr. Auch das Anziehen klappt alleine nicht mehr und aus Angst vor einem Sturz verzichtet sie auf das Bad. In ein Altenheim möchte sie dennoch auf keinen Fall. Sie stellt einen Antrag bei der Pflegekasse und wird vom **medizinischen Dienst** in die **Pflegestufe I** eingestuft. Ein ambulanter Pflegedienst kommt täglich zweimal vorbei und wird als Sachleistung von der Pflegekasse bezahlt.

Wenn der Pflegebedürftige sein Leben in der gewohnten Umgebung weiterführen möchte, unterstützt die Pflegekasse ihn mit der Zahlung ambulanter Pflegekräfte oder auch der pflegenden Angehörigen. Zu Hause ist es für den Betroffenen unter Umständen

hilfreich, die Wohnung seinen besonderen Belangen anzupassen. Dafür können unterstützend Zuschüsse zur Wohnungsanpassung gewährt werden. Übernommen werden auch Kosten für Pflegehilfsmittel.

Pflegebedürftige haben die Wahl, **Sachleistungen**, so wird die Hilfe von Pflegediensten bezeichnet, oder ein **Pflegegeld** in Anspruch zu nehmen. Auch eine Kombination der beiden Leistungen ist möglich. Über die Verwendung des Pflegegeldes entscheidet der Pflegebedürftigen frei, zum Beispiel unterstützt er damit pflegende Angehörige finanziell. Die Höhe der Leistungen ist den Pflegestufen angepasst.

Geht ein pflegender Angehöriger in den Urlaub oder wird er krank, so übernimmt die Pflegekasse die Kosten einer **Ersatzpflege** für maximal vier Wochen pro Kalenderjahr. Diese Ersatzpflege wird **Verhinderungspflege** genannt.

Zur Überbrückung von Krisensituationen oder in der Übergangszeit nach der stationären Behandlung steht dem Betroffenen ebenfalls bis zu vier Wochen pro Kalenderjahr eine **vollstationäre Kurzzeitpflege** zu (siehe Kapitel „Urlaub und Krankheit der Pflegeperson“). ■

Grundpflege

Durch die Pflege sollen, wie schon bei der Einteilung der Pflegestufen, folgende Bereiche abgedeckt werden (siehe auch Einteilung in Pflegestufen):

- **Bereich der Körperpflege:** Hilfe beim Waschen, Duschen, Baden, bei der Zahnpflege, beim Kämmen, Rasieren sowie beim Blasen- und Darmentleeren
- **Bereich der Ernährung:** Hilfe bei der mundgerechten Zubereitung und Nahrungsaufnahme
- **Bereich Mobilität:** Hilfe beim Aufstehen und Zubett-Gehen, Umlagern, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen, Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung/Pflegeeinrichtung ■



Welche Leistungen werden von der Pflegekasse erbracht?

Die wichtigsten Leistungen für die häusliche Pflege sind:

- **Pflegegeldzahlungen** für selbst organisierte Pflegepersonen – monatliche Geldleistungen für private und privat organisierte häusliche Pflege, beispielsweise durch Angehörige
- **Pflegesachleistung** durch einen ambulanten Pflegedienst – ein vom Pflegebedürftigen ausgesuchter ambulanter Pflegedienst kommt zur Pflege ins Haus
- Kombinationsleistungen aus den beiden vorgenannten Möglichkeiten
- **Teilstationäre Pflege – Tages- oder Nachtpflege**

Die wichtigste Leistung für die Unterbringung in einem Pflegeheim ist die Dauerpflege oder vollstationäre Versorgung. Ab dem 1. Januar 2013 wurden die bisherigen Beträge der Pflegestufen I und II aufgestockt.

Hauswirtschaftliche Versorgung

- *Einkaufen:* Planen und Informieren in Bezug auf die Beschaffung von Lebens-, Reinigungs- und Körperpflegemitteln. Überblick über fehlende Lebensmittel unter Berücksichtigung der Jahreszeit, der Menge, eventueller Diäten, des Geldwertes und der Haltbarkeit sowie der Lagerung.
 - *Kochen:* Zubereitung der Nahrung inklusive Erstellung eines Speiseplans unter Berücksichtigung von Alter und Lebensumständen, Bedienung der technischen Geräte, Einschätzung der Mengenverhältnisse und Garzeiten sowie Beachtung der Hygieneregeln.
 - *Reinigen der Wohnung:* Reinigen von Fußböden, Möbeln, Fenstern und Haushaltsgeräten im Lebensbereich des Pflegebedürftigen.
 - *Spülen:* Je nach den Gegebenheiten des Haushalts manuelles bzw. maschinelles Spülen.
 - *Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung:* Einteilen und Sortieren der Textilien, Waschen, Aufhängen, Bügeln, Ausbessern, Einsortieren der Kleidung in den Schrank sowie Beziehen der Betten.
- Seit dem 1. Januar 2013 bieten ambulante Pflegedienste neben der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung auch gezielte Betreuungsleistungen, wie beispielsweise Spazieren gehen oder Vorlesen an.
- Übrigens:** Ist der pflegende Angehörige berufstätig, so kann eine **Pflegezeit** oder **Familienpflegezeit** von der Pflegekasse unterstützt werden (siehe Seite 42).
- Wichtig!** Die Leistungen der Pflegekasse decken nur einen geringen Teil der Kosten im Pflegefall ab. Den Rest müssen Pflegebedürftige aus ihrer Rente oder ihrem Vermögen zuzahlen. Reicht das nicht aus, springen die **Sozialhilfeträger** ein. ■

Sachleistung und Pflegegeld

Petra K.:

Petra K. ist 57 Jahre alt, als bei ihr die Diagnose Darmkrebs gestellt wird. Sie ist verheiratet und hat drei Kinder, die alle weiter entfernt ein Leben aufgebaut haben. Bei der Operation werden ihr große Teile vom Darm entfernt und sie erhält einen künstlichen Darmausgang. Auch einzelne Lungenmetastasen wurden entfernt und ihre Leistungsfähigkeit ist stark zurückgesetzt. Der Ehemann von Petra K. ist berufstätig und verlässt morgens bereits um 6 Uhr

das Haus. Petra K. wird in Pflegestufe I eingestuft und lässt sich morgens von einem ambulanten Pflegedienst beim Aufstehen und Waschen helfen. Dafür zahlt die Pflegekasse 300 Euro an den Pflegedienst. Damit wurden 67 % des Höchstbetrags für die Sachleistung in Anspruch genommen und es besteht ein Anspruch auf 33 % des Pflegegeldes, in diesem Fall also 77,55 Euro pro Monat.

Unter dem Begriff der „**Sachleistung**“ versteht man in der Pflege die Hilfe von Pflegediensten, die direkt von der Pflegekasse bezahlt werden. Im Gegensatz dazu steht das „**Pflegegeld**“, welches dem Pflegebedürftigen als Geldwert zur Verfügung gestellt wird. Der Pflegebedürftige soll selbst darüber entscheiden, wie und von wem er gepflegt werden möchte, also ob er eine Sachleistung oder das Pflegegeld in Anspruch nimmt.

Voraussetzung für den Bezug von Pflegegeld ist natürlich, dass die häusliche Pflege zum Beispiel durch



Ambulante Pflege

Angehörige oder andere ehrenamtliche Pflegepersonen sichergestellt ist. Das Pflegegeld wird dem Pflegebedürftigen überwiesen, der dann darüber verfügen kann und es in der Regel an die ihn versorgende Person als Anerkennung weiter gibt. Häufig wird eine Kombination von Sachleistung und Pflegegeld wahrgenommen. Die Kosten der Sachleistung werden in dem Fall vom Pflegegeld anteilig abgezogen, das heißt wenn beispielsweise 40 % der möglichen Sachleistungen in Anspruch genommen werden, so werden noch 60 % des Pflegegeldes ausgezahlt.

Übrigens: Seit dem 1. Januar 2013 können sich Pflegebedürftige und ihre Angehörigen auch für ein bestimmtes Zeitvolumen für die Pflege entscheiden. Zusammen mit den Pflegediensten wird festgelegt, welche Leistungen in diesem Zeitkontingent erbracht werden.

Das Pflegegeld ist nach dem Schweregrad der Pflegebedürftigkeit gestaffelt und beträgt (Stand 2014):

- 235 Euro (Pflegestufe I),
- 440 Euro (Pflegestufe II) beziehungsweise
- 700 Euro (Pflegestufe III) pro Monat.

Die ambulanten Sachleistungen für die Inanspruchnahme eines Pflegedienstes betragen monatlich (Stand 2014):

- bis zu 450 Euro (Pflegestufe I),
 - bis zu 1.100 Euro (Pflegestufe II) und
 - 1.550 Euro (Pflegestufe III).
- In Härtefällen kann bis zu 1.918 Euro gezahlt werden.

Übrigens: Sollten durch den Pflegedienst höhere Kosten entstehen als von der Pflegekasse bezahlt wird, lassen sich die Mehrkosten als „haushaltsnahe Dienstleistung“ steuerlich absetzen. ■

Kurzzeitpflege

Für die Bewältigung von Krisensituation oder Übergangsweise im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt oder im Falle von Urlaub der Pflegeperson sind viele Krebspatienten für eine begrenzte Zeit auf vollstationäre Pflege, zum Beispiel in einem Pflegeheim, angewiesen. Für diese sogenannte **Kurzzeitpflege** in entsprechenden stationären Einrichtungen wird kein finanzieller Unterschied zwischen den Pflegestufen gemacht.

Unabhängig von der Einstufung beträgt die Leistung bis zu 1.550 Euro im Jahr für bis zu vier Wochen pro Kalenderjahr. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sind selber zu tragen.

Zu berücksichtigen ist, dass eine Kurzzeitpflege gegenüber einer **teilstationären Pflege** nachrangig einge-

setzt wird. Es kann also möglicherweise von der Pflegekasse durch den **MDK** geprüft werden, ob eine teilstationäre Pflege zur Abdeckung des Pflegebedarfs ausreicht.

Zudem wird während der Kurzzeitpflege für bis zu vier Wochen pro Kalenderjahr die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes weitergezahlt.

Übrigens: *Um einem pflegenden Angehörigen die eigene Teilnahme an einer Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme zu erleichtern, kann die Kurzzeitpflege auch in stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen stattfinden, die keine Zulassung zur pflegerischen Versorgung haben, wenn der pflegende Angehörige in derselben Einrichtung oder einer Einrichtung in der Nähe untergebracht ist.* ■

Verbesserungen des Wohnumfelds

Hermann L. hatte mit seiner Tochter nach seiner Entlassung aus dem Krankenhaus alles soweit geregelt, dass seine Versorgung sicher gestellt war. Nur machten ihm einige „Hindernisse“ im Haus Probleme, weshalb er Umbaupläne in Angriff nehmen wollte, die jedoch nicht so leicht zu finanzieren waren. Seine Tochter fragte aus diesem Grunde unter Vorlage von Kostenplänen im **Pflegestützpunkt** nach, ob Zuschüsse für derartige Umbaumaßnahmen zur Verbesserung der Mobilität von der Pflegekasse bewilligt werden.

Bauliche Veränderungen, zum Beispiel Einbau von Rampen als Stufenersatz oder Anbringen von Handläufen, werden bis zu einer Obergrenze von 2.557 Euro je Maßnahme von der Pflegekasse übernommen (Stand 2014). Davon muss der Betroffene einen Eigenanteil von 10 % der Gesamtkosten tragen. Nicht übersteigen darf der Eigenanteil dabei 50 % seiner monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt.

Die Einnahmen von Ehegatten oder anderer im Haushalt wohnender Verwandter bleiben unberücksichtigt!

Übrigens: *Verschiedene Umbaumaßnahmen, die jedoch gleichzeitig abgewickelt werden, gelten als ein einheitlicher Umbau und werden nur einmal bezuschusst. Es sei denn, dass zwischenzeitlich sich die Pflegebedürftigkeit verändert hat.*

Stellt sich heraus, dass **Umbaumaßnahmen** in dem angestammten Wohnumfeld überhaupt nicht ausreichen und ein Wechsel in eine den Anforderungen des Pflegebedürftigen entsprechende Wohnung absolut notwendig ist, wird dies bezuschusst, wie – man beachte – auch weitere **Aufwendungen zur Wohnumfeldverbesserung**. Insgesamt dürfen beide Maßnahmen in der Kombination den Höchstbetrag von 2.557 Euro nicht übersteigen.

Wichtig! *Die Notwendigkeit solcher Verbesserungsmaßnahmen hat ein Pflegedienst zu bestätigen.* ■

Gemeinsames Leben in Pflege-Wohngemeinschaften

Wenn mehrere Pflegebedürftige in einer Wohngemeinschaft leben, wie zum Beispiel beim ambulant betreutem Wohnen oder in Senioren-Wohngemeinschaften, so kann das Geld zusammengelegt werden. Man spricht dann von „**gepoolten**“ Leistungen. Im Prinzip ist ein Poolen der Leistungen auch für Pflegebedürftige möglich, die im gleichen Wohnviertel wohnen.

Das „Poolen“ von Leistungen hat den Vorteil, dass durch die Versorgung mehrerer Pflegebedürftiger in einer Einrichtung meistens Zeit und Kosten eingespart werden können, die dann für andere Betreuungsleistungen, wie beispielsweise Spazieren gehen, zur Verfügung steht. Der einzelne Pflegebedürftige entscheidet für sich, ob er sich an einem „Pool“ beteiligt. ■

Einzelpflegekräfte und spezielle Hilfen, Essen auf Rädern

Einzelpflegekräfte sind anerkannte Pflegekräfte, die sich selbstständig gemacht haben und eigenständig alleine arbeiten. Soweit keine konkreten Gründe gegen die häusliche Pflege durch eine Einzelperson vorliegen, müssen Pflegekassen vertragliche Vereinbarungen mit geeigneten Pflegekräften eingehen. In einem Pflegevertrag zwischen Pflegebedürftigem und Einzelpflegekraft werden Art, Inhalt und Umfang der Leistungen festgelegt. Die Abrechnung erfolgt dann direkt zwischen der zugelassenen Einzelpflegekraft und der Pflegekasse.

Von verschiedenen privaten Organisationen wird die **Vermittlung von Pflegekräften** vor allem aus Osteuropa angeboten, die gegen entsprechende Bezah-

lung die Betreuung, wenn gewünscht auch rund um die Uhr, übernehmen. Informationen gibt es im Internet, bei Sozialstationen sowie beim Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (www.bpa.de). Die Kosten werden in dem Fall vom Pflegebedürftigen selbst, auch mit Hilfe des Pflegegeldes, gezahlt.

Unter dem Begriff „**Essen auf Rädern**“ sind Menübring-Dienste bekannt, die Mahlzeiten nach Hause bringen. Bei den Mahlzeiten kann von portionsgerechten Mahlzeiten zum Einfrieren und Aufwärmen in der Mikrowelle bis zur täglichen fertigen Mahlzeit alles verabredet werden. Dieser Service wird von Privat Anbietern, aber auch von sozialen Einrichtungen, Wohlfahrtsverbänden und Hilfsorganisationen angeboten. ■

Teilstationäre Versorgung – Tages- und Nachtpflege



Michael G.:

Michael G. erkrankt mit 48 Jahren an Lungenkrebs. Er ist verheiratet und hat zwei Kinder, die beide noch in der Ausbildung sind. Der Tumor kann nicht operiert werden, aber die neuen zielgerichteten Medikamente helfen ihm. Die Ärzte sprechen von einer Stabilisierung der Erkrankung. Dennoch ist seine Lungenkapazität sehr zurückgesetzt, so dass er ständig ein Sauerstoffgerät mit sich tragen muss und jede Aktivität schwer fällt. Seine Frau arbeitet als Teilzeitkraft im Einzelhandel. In der ersten schweren Zeit nimmt sie eine Famili-

liepflegeauszeit. An dem Zustand von Michael G. ändert sich nichts. Der Tumor wächst nicht, aber die Lungenfunktion verbessert sich auch nicht. Michael G. wird in Pflegestufe II eingestuft. Da er nicht alleine zu Hause sein kann, wird Michael G. drei Tage in der Woche teilstationär in einer Tagespflegeeinrichtung betreut. Die Pflegekasse bezahlt dafür 50 % der möglichen Leistung. Es bleibt ein 100 %iger Anspruch auf die 1.100 Euro Pflegegeld.

Für den Fall, die häusliche Pflege lässt sich nicht ausreichend sicherstellen, kann eine **teilstationäre Pflege** gewährt werden. Teilstationär bedeutet, dass die Betreuung zeitweise von einer Pflegeeinrichtung übernommen wird. So ein Fall wäre zum Beispiel, wenn die pflegenden Angehörigen tagsüber berufstätig sind.

Die Pflegekasse übernimmt die Pflegekosten, die Kosten für die soziale Betreuung sowie die **Hol- und Bring-Dienste** der Einrichtungen. Nicht übernommen werden die Kosten für die Verpflegung, da es sich hier nicht um Pflegekosten handelt.

Die Pflegekasse zahlt für die **teilstationäre Tages- und Nachtpflege** monatlich abhängig von der **Pflegestufe** (Stand 2014) bis zu 450 Euro (Pflegestufe I), bis zu 1.100 Euro (Pflegestufe II) beziehungsweise bis zu 1.550 Euro (Pflegestufe III).

Es ist auch eine Kombination von Leistungen der Tages- und Nachtpflege mit ambulanten Pflegesachleistungen und/oder dem Pflegegeld möglich. Der höchstmögliche Gesamtanspruch besteht bei einer solchen Kombination aus dem 1,5-fachen des jeweils geltenden Pflegesachleistungsbetrags (siehe Pflegestufen). ■

Vollstationäre Versorgung – Unterbringung in Pflegeheimen

Macht die Erkrankung und die damit verbundene Pflegeanforderung eine häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder kommt sie wegen der individuellen Situation nicht in Betracht, kann die Pflegekasse die Notwendigkeit einer **vollstationären Pflege** vom **MDK** prüfen lassen. Bei Pflegebedürftigen mit der Pflegestufe III ist eine solche Überprüfung nicht erforderlich, weil hier die Notwendigkeit einer vollstationären Pflege vorausgesetzt wird.

Bei vollstationärer Versorgung übernimmt die Pflegekasse einen Pauschalbetrag (Stand 2014) in Abhängigkeit von der jeweiligen **Pflegestufe** von 1.023 Euro (Pflegestufe I), 1.279 Euro (Pflegestufe II) oder 1.550 Euro (Pflegestufe III). In Härtefällen beträgt die pauschale Sachleistung 1.918 Euro. Die Sachleistung ist für den Pflegeaufwand, die medizinische Behandlungspflege und die soziale Betreuung im Heim bestimmt. Kosten für die Unterbringung, Verpflegung, Investitionen und eventuell anfallende Kosten für besondere Komfortleistungen muss der Pflegebedürftige selbst tragen. Auch pflegebedingte Kosten, die über die

von der Pflegekasse bezahlte Pauschale hinausgehen, müssen vom Pflegebedürftigen selbst bezahlt werden.

Einen Überblick über zugelassene Pflegeheime mit Leistungs- und Preisvergleichslisten wird von den Pflegekassen kostenfrei zur Verfügung gestellt. Sicherlich stellt sich die Frage, wenn das Einkommen auch unter Einbeziehungen der unterhaltspflichtigen Angehörigen zur Deckung der stationären Pflegekosten nicht ausreicht, wie lassen sich diese finanzieren? In einem solchen Fall bietet die „**Hilfe zur Pflege**“ (siehe Seite 46), die bei dem zuständigen **Sozialhilfeträger** beantragt wird, eine gewisse Unterstützung.

Übrigens: *Der von der Pflegekasse zu zahlende Betrag darf 75 % des tatsächlichen **Heimentgeltes** nicht übersteigen. Unter Heimentgelt fallen der Pflegesatz, die Unterkunfts- und Verpflegungskosten und gesondert berechenbare Investitionskosten.*

Wichtig: *Achten Sie bei der vollstationären Pflege darauf, frühzeitig die Zuständigkeit von Pflegeeinrichtung oder Krankenkasse für die Bereitstellung der notwendigen Hilfsmittel zu klären.* ■

Heimunterbringung

Grundsätzlich gibt es drei Arten der *Heimunterbringung*:

- in einem *Altenwohnheim*,
- einem *Altenheim* oder
- einem *Pflegeheim*.

In Altenwohnheimen erfolgt die Unterbringung der relativ eigenständigen Bewohner in kleinen Wohnungen mit eigener Küche, bei denen aber auch die Möglichkeit besteht, Mahlzeiten in Gesellschaft anderer Mitbewohner einzunehmen.

In Altenheimen wird älteren Menschen, die ihren Haushalt nicht mehr eigenständig führen können, pflegerische Betreuung und hauswirtschaftliche Unterstützung gegeben. Dort werden die Bewohner in der Regel in Einzel- oder Doppelzimmern untergebracht und erhalten eine umfassende pflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung und Betreuung. Die meisten Einrichtungen bieten heutzutage alle drei Formen der Unterbringung an.

Um die medizinische Versorgung in Pflegeheimen sicherzustellen, sind die Pflegeheime verpflichtet, den Pflegekassen mitzuteilen, wie die haus-, fach- und zahnärztliche Versorgung sowie die Arzneimittelversorgung organisiert ist. Die Frage der medizinischen Versorgung ist ein wichtiges Kriterium bei der Entscheidung für ein Pflegeheim. Ein Pflegeheim kann auch einen Arzt anstellen, wenn die ärztliche Versorgung nicht von niedergelassenen Ärzten in der Umgebung sichergestellt werden kann. Die Kosten für die Anstellung eines Arztes dürfen aber nicht in die Pflegesätze einfließen.

*Übrigens: Der Krebspatient hat auch als Bewohner eines Pflegeheims das Recht der **freien Arztwahl!***

Kann der Pflegebedürftige die Kosten der stationären Versorgung nicht mehr selbst tragen, so werden vom *Grundsicherungsträger* – im Alter ist das die *Sozialhilfe* – Leistungen zur Hilfe der Pflege und zum Lebensunterhalt erbracht. ■

Sonderfall – Pflege von pflegebedürftigen krebskranken Kindern

Bei Kindern wird die Prüfung der Pflegebedürftigkeit durch besonders geschulte Gutachter des MDK durchgeführt. Das hilfebedürftige Kind wird mit einem gesunden Kind des gleichen Alters verglichen. Maßgebend für die Beurteilung des Hilfsbedarfs zum Beispiel bei einem Kleinkind ist nicht der natürliche altersbedingte Pflegeaufwand, sondern nur der darüber hinausgehende Hilfebedarf.

Die **Kurzzeitpflege** von pflegebedürftigen Kindern und Jugendlichen kann auch in geeigneten Einrichtungen stattfinden, die nicht durch einen Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen zur Kurzzeitpflege zugelassen sind. Das soll die Möglichkeit geben, pflegebedürftige Kinder und Jugendliche in Einrichtungen zu versorgen, die auf ihre besonderen Bedürfnisse ausgerichtet sind. Die Altersgrenze pflegebedürftiger Kinder, Jugendlicher und junger Erwachsener beträgt 25 Jahre, danach werden sie den Erwachsenen zugerechnet. ■



Pflegezeit

Pflegezeit ist der Anspruch pflegender Angehöriger auf unbezahlte und sozialversicherte Freistellung von der Arbeit für eine Dauer von bis zu sechs Monaten. Liegt bei dem betroffenen kranken Menschen mindestens **Pflegestufe I** vor, kann er in häuslicher Umgebung von einem ihm „nahen“ Angehörigen gepflegt werden. Nahe Angehörige sind Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen Gemeinschaft, Großeltern, Eltern, Geschwister, Kinder, Adoptiv- und Pflegekinder, Enkelkinder sowie die Schwiegereltern und Schwiegerkinder.

Nun gibt es eine Reihe zu beachtender gesetzlicher Vorgaben zur Gewährung von Pflegezeit:

- Einen solchen Anspruch kann man nur einem Arbeitgeber gegenüber mit in der Regel mehr als 15 Beschäftigten geltend machen.
- Desweiteren muss eine Pflegezeit dem Arbeitgeber spätestens zehn Tage, bevor sie begonnen wird, schriftlich angekündigt werden und es ist mitzuteilen, für welchen Zeitraum und in welchem Umfang Pflegezeit in Anspruch genommen werden soll. Wird eine teilweise Freistellung gewählt, verlangt der Arbeitgeber eine Aufstellung darüber, wie die Arbeitszeiten gewünscht sind. Für diesen Fall ist mit dem Arbeitgeber eine schriftliche Vereinbarung über die Verringerung und die Verteilung der Arbeitszeit zu treffen, wobei der Arbeitgeber den Wunsch nach teilweiser Freistellung nur aus dringenden betrieblichen Gründen ablehnen kann.
- Die Pflegezeit lässt sich nur mit Zustimmung des Arbeitgebers vorzeitig beenden. Ausnahme: Die Pflegezeit endet vor Ablauf des in Anspruch genommenen Zeitraums mit einer Übergangsfrist von vier Wochen, wenn die gepflegte Person verstirbt, in eine stationäre Pflegeeinrichtung aufgenommen werden muss oder die häusliche Pflege des nahen Angehörigen aus anderen Gründen unmöglich oder unzumutbar wird.
- Grundsätzlich muss die Pflegebedürftigkeit des Betroffenen dem Arbeitgeber durch eine Bescheinigung der Pflegekasse oder des **Medizinischen Dienstes** der Krankenversicherung nachgewiesen werden. ■

Soziale Absicherung

Der Kranken- und Pflegekassenschutz bleibt aufgrund einer bestehenden Familienversicherung während der Pflegezeit erhalten. Sollte keine Familienversicherung möglich sein, muss man sich freiwillig in der Krankenversicherung weiterversichern und dafür in der Regel den Mindestbeitrag zahlen. Damit ist man automatisch pflegeversichert. Während der Pflegezeit ist dann der Angehörige rentenversichert, wenn er mindestens 14 Stunden in der Woche pflegerisch tätig ist.

Übrigens: *Pflegepersonen sind in der gesetzlichen Unfallversicherung versichert. Dabei sind alle Tätigkeiten im Bereich der Körperpflege und, soweit diese überwiegend der pflegebedürftigen Person zugutekommen, auch alle Tätigkeiten im Bereich Ernährung, Mobilität und Hauswirtschaft versichert sowie die Wege von und zur Pflegestelle. Der Unfallversicherungsschutz gilt ebenso für Pflegepersonen, die mehr als 30 Wochenstunden erwerbstätig sind.* ■

Steuerfreibetrag

Einen pauschalen **Steuerfreibetrag** von jährlich 924 Euro kann die Pflegeperson für die Pflege von Familienangehörigen, die entweder in **Pflegestufe III** eingestuft sind oder bei denen das Merkmal „H“ (hilflos) im **Schwerbehindertenausweis** (siehe Anhang) eingetragen ist, geltend machen, sofern sie dafür keine Einnahmen erhalten hat. Dies gilt unabhängig von den

Leistungen der Pflegekasse für die zu betreuende Person.

Höhere Aufwendungen lassen sich anstelle des Pauschalbetrags als außergewöhnliche Belastung unter Anrechnung der zumutbaren Belastung geltend machen. ■

Familienpflegezeit

Seit dem 1. Januar 2012 besteht die Möglichkeit, zur Pflege eines nahen Angehörigen die Wochenarbeitszeit für einen Zeitraum von maximal 24 Monaten auf

bis zu 15 Stunden zu reduzieren. Wird von einer solchen Möglichkeit Gebrauch gemacht, müssen Arbeitgeber und Beschäftigter eine Vereinbarung darüber abschließen. In dieser sogenannten **Familienpflegezeit**, auf die man keinen Rechtsanspruch hat, besteht Kündigungsschutz und das Gehalt wird als Gehaltsvorschuss um die Hälfte des reduzierten Arbeitsentgelts aufgestockt. Nach Ende der Familienpflegezeit wird in der Nachpflegezeit solange das reduzierte Gehalt weiter gezahlt, bis der Gehaltsvorschuss ausgeglichen ist. Für die Gehaltsaufstockung in der Familienpflegezeit kann der Arbeitgeber ein zinsloses Bundesdarlehen erhalten. Das Ausfallrisiko, das durch Tod oder Erwerbsunfähigkeit der Pflegeperson entstehen kann, ist durch eine vom Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben zertifizierte Familienpflegezeitversicherung abzudecken. ■



Urlaub oder Krankheit der Pflegeperson

Macht die angehörige Pflegeperson Urlaub oder ist sie durch Krankheit vorübergehend verhindert, übernimmt die Pflegekasse die Kosten einer Ersatzperson für längstens vier Wochen je Kalenderjahr, die sogenannte **Verhinderungspflege**. Ein Anspruch auf Verhinderungspflege besteht jedoch erst, nachdem die Pflegeperson den Pflegebedürftigen mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat. Wird die Verhinderungspflege von einer erwerbsmäßig tätigen Person oder einem ambulanten Pflegedienst übernommen, beläuft sich die Leistung auf bis zu 1.550 Euro je Kalenderjahr (Stand 2014).

Bei **Ersatzpflege** durch entferntere Verwandte, die nicht mit dem Pflegebedürftigen bis zum 2. Grade verwandt oder verschwägert sind oder im gleichen Haushalt wohnt, wird der Leistungsbetrag auf die Höhe des **Pflegegelds** in der jeweiligen Pflegestufe begrenzt.

Wenn in diesem Fall tatsächlich höhere notwendige Aufwendungen der Pflegeperson (zum Beispiel Fahrtkosten oder Verdienstaufschlag) nachgewiesen werden, kann die Leistung auf bis zu insgesamt 1.550 Euro aufgestockt werden. Insgesamt dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse den Betrag von 1.550 Euro jedoch nicht übersteigen.

Für den Fall, dass die Pflegeperson weniger als acht Stunden verhindert ist, spricht man von einer „**stundenweisen Verhinderungspflege**“, bei der das Pflegegeld nicht gekürzt wird und der Zeitraum nicht auf die Höchstdauer von 28 Tagen anzurechnen ist.

Seit 30. Oktober 2012 wird während der Verhinderungspflege bis zu vier Wochen je Kalenderjahr die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes weitergezahlt. ■

Kurzzeitige Arbeitsverhinderung

Bei unerwartetem Eintritt einer besonderen Pflegesituation besteht das Anrecht, bis zu zehn Arbeitstage der Arbeit fernzubleiben, um für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder die pflegerische Versorgung in dieser Zeit selbst zu übernehmen.

Auf Verlangen des Arbeitgebers ist ihm – solange keine Begutachtung durch den **Medizinischen Dienst** der Krankenversicherung (MDK) vorliegt – eine ärztliche Bescheinigung über die voraussichtliche Pflegebedürftigkeit des betroffenen Angehörigen und die Notwendigkeit der Arbeitsbefreiung vorzulegen.

Die **kurzzeitige Freistellung** können alle Beschäftigten in Anspruch nehmen, und zwar unabhängig von der Anzahl der beim Arbeitgeber Beschäftigten.

Zudem bleibt die Absicherung in der Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung bestehen.

Zur Fortzahlung der Vergütung ist der Arbeitgeber dann verpflichtet, wenn sich eine solche Verpflichtung aus arbeitsrechtlichen Vorschriften oder aufgrund individualvertraglicher Absprachen, Betriebsvereinbarungen oder Tarifverträgen ergibt. Empfehlenswert ist es, sich im Unternehmen darüber zu erkundigen. ■

Chance für ein selbstbestimmtes Leben

Menschen mit einer Behinderung oder mit einer chronischen Krankheit haben seit 2008 einen Rechtsanspruch – festgeschrieben im Sozialgesetzbuch als „**Persönliches Budget**“ – auf Leistungen zur „**Teilhabe**“ (notwendige Sozialleistungen wie zum Beispiel medizinische Rehabilitation). Diesem Anspruch kann in Form von Dienst- oder Sachleistungen Genüge getan werden. Es soll die Betroffenen – dazu gehören auch Krebspatienten mit gesundheitlich bedingten Einschränkungen – in die Lage versetzen, die Hilfsleistungen, die sie benötigen, unmittelbar als Direktzahler „einzukaufen“.

Mit dem Persönlichen Budget können Menschen mit Behinderungen somit selbst entscheiden, welche Hilfen sie wann, wie und durch wen in Anspruch nehmen und erhalten somit ein höheres Maß an Selbstbestimmung. Budgetfähig sind dabei Leistungen zur **medizinischen Rehabilitation**, Leistungen zur **Teilhabe am Arbeitsleben** und Leistungen zur **Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft** (siehe Anhang). Der Anspruch auf Leistungen in Form des Persönlichen Budgets besteht in jedem Fall unabhängig davon, wie schwer die Behinderung ist.

Es empfiehlt sich, die Frage Persönliches Budget und Pflege, welche Leistungen aus diesem Budget für ei-

nen pflegebedürftigen Krebspatienten möglich und welche Schritte zu unternehmen sind, mit **Pflegeberatern** oder direkt mit der Pflegekasse zu besprechen.

Das Persönliche Budget wird üblicherweise am Monatsanfang für den gesamten Monat in Geld ausgezahlt und hat eine Mindestlaufzeit von sechs Monaten. Eine Ausnahme sind Leistungen der Pflegekasse, die als **Gutscheine** ausgegeben werden. Diese können nur bei Pflegediensten eingelöst werden, die einen Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen haben, also von diesen zugelassen sind.

Um das Budget zu erhalten, muss der Antrag bei einem **Leistungsträger** oder trägerübergreifend bei zwei und mehr Leistungsträgern oder auch bei der gemeinsamen **Reha-Servicestelle** gestellt werden, die im Internet unter www.reha-servicestellen.de zu erreichen ist.

Weiterführende Informationen: www.einfach-teilhabe.de, www.pflege-deutschland.de, beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales, bei der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) sowie dem „Kompetenzzentrum Persönliches Budget, der Paritätische“ unter www.budget.paritaet.org. ■

Hilfe zur Pflege

Können die Pflegekosten – ob im häuslichen Bereich oder bei einer Unterbringung im Pflegeheim – nicht aus eigenen Mitteln bestritten werden und reichen die Leistungen aus der Pflegekasse nicht aus, kann der nicht gedeckte Anteil vom Sozialhilfeträger als „**Hilfe zur Pflege**“ übernommen werden. Dies kommt zum Beispiel zum Tragen, wenn die Leistungen der Pflegekasse ausgeschöpft sind, aber ein darüber hinausgehender ungedeckter Pflegebedarf besteht. Dabei ist zu beachten, dass die Leistungen der Pflegekasse zuerst in Anspruch genommen werden müssen.

Leistungen der Hilfe zur Pflege werden beispielsweise auch erbracht, wenn kein Anspruch auf Leistungen der Pflegekasse besteht, weil die erforderlichen Vorversicherungszeiten nicht erfüllt sind oder der Pflegebedarf noch nicht die **Pflegestufe** I erreicht hat. Die Hilfe zur Pflege richtet sich inhaltlich – aber nicht im Umfang – nach den Leistungen der Pflegekasse.

Die Hilfe zur Pflege beinhaltet also Leistungen bei **häuslicher Pflege**, für **Hilfsmittel**, **teilstationäre Pflege**, **Kurzzeitpflege** und **stationäre Pflege**. ■

Grundsicherung – Rettungsanker, wenn Unterstützung nottut

Lässt sich der Lebensunterhalt nicht mehr aus eigenem Einkommen und Vermögen decken, bleibt die Möglichkeit, sogenannte Grundsicherungsleistungen zu erhalten. Der Gesetzgeber hat hier allerdings äußerst komplexe Regelungen geschaffen, wer unter welchen Voraussetzungen Leistungen erhalten kann. Dabei lässt sich im Grundsatz unterscheiden:

- Personen, die zumindest teilweise erwerbsfähig sind, können die **Grundsicherung** für Arbeitssuchende nach dem SGB II (**Hartz IV**) erhalten. Zuständig sind die örtlichen **Jobcenter**. Im Internet lassen sich die jeweiligen „Partner vor Ort“ auf der Seite der Bundesagentur für Arbeit unter www.arbeitsagentur.de oder unter www.jobcenter.de abrufen.
- Personen, bei denen eine volle **Erwerbsminderung** (s. o.) vorliegt oder die die **Regelaltersgrenze** von 67 Jahren erreicht haben, können die Grundsicherung im Alter und bei **Erwerbsminderung** nach dem SGB XII beanspruchen.
- Besteht eine Pflegebedürftigkeit, so kann nach den Regelungen des SGB XII Hilfe zur Pflege geltend gemacht werden. Wer in einem **Pflegeheim** untergebracht werden muss, erhält bei Bedürftigkeit neben der Hilfe zur Pflege auch den notwen-



digen Unterhalt in Einrichtungen. Leistungen nach dem SGB XII werden vom örtlich zuständigen **Sozialhilfeträger** bewilligt.

Welche Leistungen im konkreten Fall tatsächlich vom **Grundsicherungsträger** (siehe Anhang) erbracht werden müssen, hängt jedoch immer von der konkreten Lebenssituation und beispielsweise auch davon ab, ob und mit wem der Hilfebedürftige zusammen lebt.

Doch welche Leistungen können die Betroffenen, die nicht auf eine Unterbringung in einem **Pflegeheim** angewiesen sind, im Rahmen der Grundsicherung für Arbeitssuchende oder der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung tatsächlich bekommen? Zunächst erhalten Hilfebedürftige die sogenannte **Regelleistung** bzw. den sogenannten **Regelsatz**. Dieser beträgt derzeit 391 Euro (Stand Januar 2014) und soll vor allem die Kosten für Ernährung, Kleidung, Körperpflege, Hausrat und die persönlichen Bedürfnisse des täglichen Lebens decken. Des Weiteren werden die Kosten für Unterkunft und Heizung in tatsächlicher Höhe übernommen, sofern diese angemessen sind. Angemessen ist dabei nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts eine Wohnung, die nach Ausstattung, Lage und Bausubstanz einfachen Bedürfnissen genügt. Die „angemessene Höhe“ der Aufwendungen ist jeweils individuell anhand bestimmter von der Rechtsprechung entwickelter Kriterien zu ermitteln. **Leistungen für Unterkunft und Heizung** werden auch bei einem selbst genutzten Haus oder ei-

ner Eigentumswohnung übernommen. Diese müssen ebenfalls angemessen sein und dürfen die Kosten für eine entsprechende Mietwohnung, die als angemessen gilt, nicht überschreiten.

Darüber hinaus werden unter bestimmten Voraussetzungen auch sogenannte Mehrbedarfe gewährt. Dies kann zum Beispiel der Fall sein, wenn aufgrund einer Erkrankung eine besonders kostenaufwändige Ernährung notwendig ist, was durch eine ärztliche Bescheinigung darzulegen ist. Außerdem können im Einzelfall Kranken- und Pflegekassenbeiträge sowie Vorsorgebeiträge übernommen werden.

Übrigens: Da für Laien die komplizierte Systematik der verschiedenen Grundsicherungsleistungen kaum zu durchschauen ist, sollten sich Betroffene an die **Grundsicherungsträger** wenden, diesen die konkrete Lebenssituation schildern und eine ausführliche Beratung über die möglichen Hilfen in Anspruch nehmen. Hierdurch lässt sich auch klären, wer im Einzelfall für die Leistungsgewährung zuständig ist. Wendet sich der Bürger an einen nicht zuständigen Träger, muss dieser den Antrag an den zuständigen Träger weiterleiten.

Übrigens: Wird über einen Antrag auf Grundsicherungsleistungen nicht zeitnah entschieden, kann der Betroffene einen Antrag auf eine vorschussweise oder vorläufige Leistungserbringung stellen. Bei besonderer Eilbedürftigkeit besteht auch die Möglichkeit, vor dem Sozialgericht einen Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung zu stellen. Es handelt sich bei der Sozialhilfe um Leistungen der Existenzsicherung, so dass dem Hilfebedürftigen ein Abwarten im Regelfall nicht zumutbar ist. ■

Wann wird auf Einkommen und Vermögen des Hilfebedürftigen zurückgegriffen?

Grundsicherungsleistungen erhält nur, wer seinen Lebensunterhalt nicht aus eigenem Einkommen und Vermögen bestreiten kann. Zu berücksichtigen ist dabei auch das Einkommen und Vermögen des nicht getrennt lebenden Ehegatten oder Lebenspartners, wobei Gleiches auch für nichteheliche Lebensgemeinschaften gilt.

Bei der Überprüfung der Einkommens- und Vermögensverhältnisse durch den Sozialhilfeträger haben Betroffene sowie unterhaltspflichtige Angehörige, Lebenspartner, Lebensgefährten, Arbeitgeber und auch Finanzämter mitzuwirken. Die Berücksichtigung von Einkommen und Vermögen richtet sich in solchen Situationen danach, welche Hilfeleistung konkret in Anspruch genommen werden soll. Dabei gibt es verschiedene Ausnahme- und Sonderregelungen. Beispielsweise bleiben kleinere Barbeträge oder ein ange-



messenes Hausgrundstück, das vom Hilfebedürftigen oder vom Angehörigen bewohnt wird, grundsätzlich unberücksichtigt. ■

Wann werden Kinder zur Kasse gebeten?

Insbesondere wenn eine Unterbringung in einem Pflegeheim erforderlich wird, stellt sich schnell die weitere Frage, ob die Kinder vom **Sozialhilfeträger** zur Kasse gebeten werden können. Häufig schalten sogar die **Pflegeheime** die Sozialhilfeträger direkt ein, die dann umfangreiche Formulare zur Antragstellung an die Betroffenen oder die Angehörigen versenden und Informationen zu den Einkommens- und Vermögensverhältnissen verlangen.

Reicht das zu berücksichtigende Einkommen und Vermögen des Hilfebedürftigen nicht aus, um den Bedarf zu decken, werden Unterhaltsansprüche, die der Hilfebedürftige gegenüber Verwandten ersten Grades, also gegenüber den Eltern oder den Kindern, hat, auf den Sozialhilfeträger übergeleitet. Kommt der Unterhaltsverpflichtete den Unterhaltszahlungen nicht nach, erhält der Hilfebedürftige bzw. das Pflegeheim die erforderlichen Leistungen unmittelbar vom Sozialhilfeträger. Dieser macht den Unterhaltsanspruch dann aber gegenüber dem Unterhaltsverpflichteten geltend.

Hierbei sind verschiedene Sonder- und Ausnahmeregelungen zu berücksichtigen. Da die Berechnung etwaiger Unterhaltsansprüche der Eltern gegenüber ihren Kindern sehr kompliziert ist und maßgeblich von

der Rechtsprechung der Familiengerichte bestimmt wird, lohnt es sich, in jedem Fall eine Beratung, beispielsweise durch einen im Sozialrecht spezialisierten Rechtsanwalt, in Anspruch zu nehmen. Häufig kann der von den Sozialämtern zunächst berechnete Unterhaltsanspruch durch Ausschöpfung aller rechtlichen Möglichkeiten verringert und damit die Belastung der Kinder minimiert werden. Die Betroffenen sollten sich möglichst frühzeitig über die rechtlichen Rahmenbedingungen informieren – möglichst schon dann, wenn die Unterbringung in einem Pflegeheim in naher Zukunft wahrscheinlich wird. So lässt sich gewährleisten, dass alle Optionen ausgeschöpft werden können.

Übrigens: Bei Leistungen der **Grundsicherung im Alter** und bei **Erwerbsminderung**, also wenn eine Unterbringung in einem Pflegeheim nicht notwendig ist, bleiben Unterhaltsansprüche der Leistungsberechtigten gegenüber ihren Kindern und Eltern regelmäßig unberücksichtigt. Der Gesetzgeber will mit dieser Regelung insbesondere die „**verschämte Altersarmut**“ verhindern. Der Sozialhilfeträger macht keine Unterhaltsansprüche geltend, soweit das jährliche Gesamteinkommen des Unterhaltsverpflichteten unter einem Betrag von 100.000 Euro liegt. Dies wird grundsätzlich vermutet, eine Überprüfung erfolgt nur, wenn Anhaltspunkte dafür bestehen, dass ein höheres Gesamteinkommen erzielt wird. Diese Besonderheit gilt aber nicht, wenn eine Unterbringung in einem Pflegeheim erforderlich ist. ■

Lebensqualität ist das Ziel

Kann die Krebserkrankung nicht geheilt werden, so dreht es sich bei der medizinischen Betreuung vor allem darum, dem betreffenden Patienten möglichst lange ein möglichst hohes Maß an Lebensqualität zu sichern und ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer gewohnten Umgebung oder in stationären Pflegeeinrichtungen oder Hospizen zu ermöglichen. Dies ist im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung das Ziel der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV). Sie ist im Sozialgesetzbuch festgeschrieben (siehe Anhang). Erbracht wird die Versorgung von niedergelassenen Haus- und Fachärzten wie ambulanten Pflegediensten.

Das Lindern von Beschwerden, wie zum Beispiel Schmerzen und anderer körperlicher Symptome, sowie die Behandlung psychologischer und sozialer Probleme und christlicher Fragestellungen haben oberste Priorität. Vor allem, wenn nur noch eine kurze verbleibende Lebenszeit zu erwarten ist, brauchen viele Krebspatienten eine umfassende Betreuung, die als **spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV, siehe Anhang)** bezeichnet wird. Diese Versorgungsform kommt zum Tragen, wenn die Krankheitsintensität und/oder Probleme aus der Vielschichtigkeit der Krankheit überhaupt sie erforderlich machen. Sie erfolgt, soweit möglich, ambulant in der häuslichen

Umgebung des Krebspatienten. Konkret umfasst dies die ärztlichen und die pflegerischen Leistungen einschließlich der Koordination der jeweiligen Maßnahmen, die damit quasi „aus einer Hand“ erbracht werden. Möglich und zwingend ist dies mit sogenannten **Palliativ-Care-Teams**, die auch von Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen in Anspruch genommen werden können.

Übrigens: *Musterverträge zur SAPV sind Abkommen zwischen regionalen Krankenkassen und denen, die die Versorgungsleistung auf regionaler Ebene (meist Bundesländerebene) erbringen. Sie sind bei der zuständigen Krankenkasse oder im Internet unter <http://www.dgpalliativmedizin.de/allgemein/sapv.html> herunterzuladen.*

„Den besonderen Belangen von Kindern“ ist, wie der Gesetzgeber selbst sagt, Rechnung zu tragen. Gerade für unheilbare krebskranke Kinder gelten im Vergleich zu Erwachsenen eine Reihe von Besonderheiten in der palliativen Versorgung, weshalb spezielle pädiatrische Palliativ Care Teams hierfür zum Einsatz kommen müssen. Deshalb streben Ärzte, Pflegedienste und alle in dieser **spezialisierten ambulanten pädiatrischen Palliativversorgung (SAPPV, siehe Anlage)** tätigen Leistungserbringer gesonderte Verträge mit den Kostenträgern an. ■

Pflege für pflegende Angehörige

Wer jemals als Angehöriger ein krebskrankes Familienmitglied betreut und gepflegt hat, weiß um die Belastungen, Entbehrungen, psychischen Stress, Verlust von Freizeit und sozialen Bindungen. Das Risiko ist groß, dass ein Pflegender selbst zum Pflegefall wird. Um pflegende Familienangehörige selbst zu schützen, verhindern **medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen** (früher Kuren genannt, siehe Anlage) drohende Krankheiten und den Abbau der Körperkräfte.

Beantragt werden muss die Rehabilitation aufgrund einer ärztlichen Verordnung bei der betreffenden

Krankenkasse. Die stationäre Maßnahme dauert bis zu drei Wochen und darf alle vier Jahre wiederholt werden. Ambulante Vorsorgemaßnahmen sind alle drei Jahre möglich. Ambulante Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen in anerkannten Kurorten können bei leichten gesundheitlichen Störungen und beim Vorliegen erster Risikofaktoren verordnet werden.

Wichtig! *Besprechen Sie als pflegender Angehöriger mit Ihrem Hausarzt in aller Offenheit über körperliche Beschwerden, Ihre Lebensumstände und Ihre seelischen Belastungen, die nicht als „Nebensächlichkei“ abgetan werden können.* ■

Für den Fall der Fälle: Ein gutes Hospiz finden

Lässt sich eine ausreichende Versorgung des Erkrankten im häuslichen Bereich nicht gewährleisten, besteht für gesetzlich Versicherte die Möglichkeit einer **stationären** oder **teilstationären Versorgung** in einem **Hospiz**.

Die Notwendigkeit einer stationären Hospizversorgung muss durch einen Vertragsarzt oder einen Krankenhausarzt bestätigt werden.

Als Ansprechpartner für Fragen rund um die palliativmedizinische Versorgung kommen neben den

behandelnden Ärzten, den Krankenhäusern, Tumorzentren und den Krankenkassen auch die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. in Frage sowie der Deutsche Hospiz- und Palliativverband e.V., der Deutsche Kinderhospizverein e.V. und entsprechende Selbsthilfegruppen.

Wichtig! *Es geht im stationären Hospiz keinesfalls nur um eine Sterbebegleitung. Vielmehr erhalten die Patienten dort auch die notwendigen medizinischen und pflegerischen Maßnahmen sowie eine soziale Betreuung und gegebenenfalls auch Unterstützung im spirituellen Bereich.* ■

Was wird sein, wenn das Lebensende naht?

Generell hat ein Patient das Recht, Art und Umfang seiner Behandlung selbst zu bestimmen. Der Patient kann entscheiden, ob er eine Therapiemaßnahme haben möchte oder nicht. Das bedeutet, dass er ein Recht auf Nicht-Behandlung, also auf das Verweigern medizinischer Leistungen hat, wenn er diese nicht akzeptieren möchte. Alle medizinischen Maßnahmen setzen grundsätzlich die Einwilligung des Patienten voraus.

Dieses **Selbstbestimmungsrecht** des Patienten gilt auch, wenn das Leben zu Ende geht. Menschen, die

dem Tod nahe sind, haben das Recht auf eine angemessene Behandlung und Betreuung, also zum Beispiel auf eine effektive schmerzlindernde Therapie. Sie müssen alle medizinischen Hilfen erfahren, die sinnvoll erscheinen und die sie tatsächlich auch erhalten möchten. Maßnahmen, wie zum Beispiel eine künstliche Ernährung, können abgelehnt werden, wenn der Patient diese nicht wünscht. Der Patient kann auch jederzeit das Unterlassen von Maßnahmen verlangen, selbst wenn er diesen zu einem früheren Zeitpunkt zugestimmt haben sollte. ■

Patientenverfügung – früh schon den eigenen Willen kundtun

Wichtig ist in jedem Fall, dass die Wünsche klar formuliert werden, so dass der Arzt in der gegebenen Situation sicher erkennen kann, was der Patient möchte, und dass sie schriftlich niedergelegt sind. Hilfreich sind Vordrucke der **Patientenverfügung**, wie sie zum Beispiel beim Bundesjustizministerium unter der Webseite www.bmj.bund.de zu finden sind.

Wer eine Patientenverfügung verfasst, sollte sich zuvor klarmachen, welche konkrete Situation er regeln

möchte, wovor er Angst hat und was genau er verhindern möchte. Es ist nicht einfach, solche Situationen gedanklich vorwegzunehmen und derart existenzielle Fragen vorab zu bestimmen. Es ist deshalb ratsam, sich zum Beispiel mit seinem behandelnden Hausarzt entsprechend zu besprechen. Informationen zum Thema Patientenverfügung gibt es beispielsweise bei Sozialstationen, bei den Wohlfahrtsverbänden, bei Verbraucherzentralen und bei vielen Patientenorganisationen. ■

Was bringt ein „Betreuer“?

Eine Betreuung wird eingerichtet, wenn eine volljährige Person aufgrund einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung ihre Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr regeln kann. Das Betreuungsgericht bestellt in diesem Fall entweder von Amts wegen oder aufgrund eines Antrages, den der Betroffene sogar selbst stellen kann, oder auf Anregung dritter Personen einen **Betreuer**. Das **Betreuungsgericht** überprüft vor der Einrichtung einer Betreuung die Voraussetzungen, insbesondere, ob überhaupt ein Betreuer erforderlich ist, für welche Aufgabenkreise die Betreuung eingerichtet wird, die Auswirkungen der gerichtlichen Maßnahme und die Dauer der Betreuung.

Zu den möglichen Aufgabenkreisen für eine erforderliche Betreuung gehören unter anderem die Vermögenssorge, die Gesundheitsvorsorge, die Aufenthaltsbestimmung, aber auch die Vertretung des Betreuten in gerichtlichen Verfahren oder gegenüber Behörden. Das Gericht überprüft, in welchen Bereichen eine Betreuung tatsächlich erforderlich ist.

Das Betreuungsgericht wählt einen Betreuer aus. Dabei kann es sich um eine dem Betroffenen nahestehende Person, ein Mitglied eines Betreuungsvereins, einen selbständigen **Berufsbetreuer**, aber auch um

eine bei einem **Betreuungsverein** angestellte oder bei der zuständigen Behörde beschäftigte Person handeln. Das Betreuungsgericht hat Wünsche der betroffenen Person zu berücksichtigen.

Es besteht die Möglichkeit, bereits im Vorhinein für den Fall einer notwendigen Betreuung schriftlich, im Wege einer sogenannten **Betreuungsverfügung**, Vorschläge zur Auswahl des Betreuers oder Wünsche zur Wahrnehmung der Betreuung zu äußern. Hier kann der Betroffene beispielsweise festlegen, wer als Betreuer bestellt oder gerade nicht bestellt werden soll. Es kann auch geregelt werden, dass eine **häusliche Pflege** bevorzugt wird oder welches **Pflegeheim** ausgewählt werden soll. Vorteil dieser Regelung ist, dass eine Betreuung – anders als bei der **Vorsorgevollmacht** – vom Gericht nur dann eingerichtet wird, wenn diese auch tatsächlich erforderlich ist. Ist dies der Fall, so wird den Wünschen des Betroffenen im größtmöglichen Maß Rechnung getragen. Eine Betreuungsverfügung kann aber auch mit einer Vorsorgevollmacht verbunden werden, beispielsweise wenn diese auf bestimmte Teilbereiche beschränkt wurde.

Der Betreuer hat die Angelegenheiten des Betreuten so zu besorgen, dass sie dem Wohl des Betreuten entsprechen. Dazu gehört nach dem Wortlaut des Geset-

zes auch die Möglichkeit des Betreuten, „im Rahmen seiner Fähigkeiten sein Leben nach seinen eigenen Wünschen und Vorstellungen zu gestalten“.

Übrigens: Die Einrichtung einer Betreuung führt nicht ohne weiteres dazu, dass die betroffene Person damit geschäftsunfähig wird. Das Betreuungsgericht kann – ohne damit eine Geschäftsunfähigkeit festzustellen – bei geschäftsfähigen Personen für einzelne Aufgabenkreise einen Einwilligungsvorbehalt anordnen. Dieser wird jedoch nur dann angeordnet, wenn die erhebliche Gefahr besteht, dass sich die betreute Person selbst oder ihr Vermögen schädigt. In diesem Fall bedarf der Betreute regelmäßig einer Einwilligung des Betreuers; dies gilt aber beispielsweise nicht für geringfügige Geschäfte des täglichen Lebens. ■



Vorsorgevollmacht

Da eine Betreuung vom Gericht nur bei entsprechender Notwendigkeit eingerichtet wird, stellt das Gericht vor Einrichtung einer Betreuung fest, ob ausreichende Hilfen bereits vorhanden sind. Eine Hilfe ist für den Fall vorhanden, dass die betroffene Person eine **Vorsorgevollmacht** erteilt hat. Dann handelt der Bevollmächtigte für den Betroffenen, ohne dass zuvor das Betreuungsgericht eingeschaltet werden muss. Im Rahmen einer Vorsorgevollmacht wird eine andere Person – meist ein naher Angehöriger – bevollmächtigt, die Belange des Betroffenen wahrzunehmen, wenn dieser dazu selbst nicht mehr in der Lage sein sollte. Es besteht die Möglichkeit, die Vollmacht auf bestimmte Bereiche – etwa gesundheitliche Belange – zu beschränken; es kann aber auch eine sogenannte **Generalvollmacht** zur Vertretung in allen Angelegenheiten erteilt werden.

Wichtig ist, dass der Betroffene als Bevollmächtigter nur Personen seines persönlichen Vertrauens einsetzt. Es kann auch verfügt werden, dass mehrere Personen – etwa die Kinder – gemeinsam die Vertretung ausüben. Voraussetzung ist dabei jedoch, dass sich die Bevollmächtigten im Ernstfall auch einigen können, um handlungsfähig zu sein. Sinnvoll ist die Bestellung eines ebenfalls vertrauenswürdigen Ersatzbevollmäch-

tigten für den Fall, dass die bevollmächtigte/n Person/en selbst verhindert ist/sind.

Die Vollmacht sollte aus Beweisgründen schriftlich abgefasst werden. Es ist zwar nicht notwendig, dass diese handschriftlich verfasst ist. Dies ist aber sinnvoll, da hier die Gefahr einer Fälschung geringer ist. Es besteht außerdem die Möglichkeit, die Unterschrift unter der Vollmacht amtlich beglaubigen zu lassen, um eine spätere Beweisproblematik zu vermeiden. Nicht zuletzt sollte berücksichtigt werden, dass für bestimmte Rechtsgeschäfte – etwa die Veräußerung von Grundstücken – eine notarielle Beurkundung erforderlich ist. Ratsam ist es, vor Erteilung einer Vorsorgevollmacht einen Rechtsanwalt oder Notar einzuschalten.

Sichergestellt werden sollte, dass der Bevollmächtigte im Ernstfall auch Zugriff auf die **Vollmachtsurkunde** hat. Diese kann hierzu beispielsweise an einem dem Bevollmächtigten bekannten Ort im häuslichen Bereich des Vollmachtgebers hinterlegt werden. Die Vollmachtsurkunde kann alternativ beim Rechtsanwalt oder Notar hinterlegt werden. Nicht zuletzt besteht die Möglichkeit, die Vorsorgevollmacht und den Namen des Bevollmächtigten beim Zentralen Versorgungsregister der Bundesnotarkammer registrieren zu lassen. ■

Liebe Leserin, lieber Leser,

diese Broschüre gibt Ihnen Informationen, wie Sie sich im eintretenden Fall einer Pflegebedürftigkeit im Sozialsystem zurecht finden, aber auch als Patient bzw. Betroffener Ihre Rechte nachlesen können. Sollte sich Ihre individuelle Situation jedoch nicht verbessern oder Sie eine persönliche Beratung als hilfreich erwägen, so können Sie sich unter anderem in einer Lan-

deskrebsgesellschaft in Ihrer Region beraten lassen. In den Krebsberatungsstellen unterstützen Sie Fachkräfte und zeigen Ihnen Wege, besser mit der belastenden Situation umzugehen.

Die kostenlose und vertrauliche Beratung orientiert sich an den individuellen Bedürfnissen und Fragen der Ratsuchenden.

Ihre Landeskrebsgesellschaft in Ihrer Region:



Menschen, die von Krebs betroffen sind, erfahren die Krankheit oft als tiefen Eingriff in viele Bereiche ihres Lebens. Mit dem Arzt sprechen sie über medizinische Behandlungsschritte, doch häufig bleiben darüber hinaus noch viele Frage offen. Wir helfen Menschen mit Krebs und deren Angehörigen, mit der Krankheit zu leben – vertraulich und kostenfrei.

BERATUNGSTELEFON: 089/548840-0

Bayerische Krebsgesellschaft e.V.
Nymphenburger Straße 21a, 80335 München
Tel. 089/548840-45, Fax 089/548840-40
info@bayerische-krebsgesellschaft.de
www.bayerische-krebsgesellschaft.de



Eine Krebserkrankung löst Ängste und Fragen aus. Entsprechend groß ist das Bedürfnis nach Information und qualifizierter Beratung. Die Krebsgesellschaft NRW ist seit vielen Jahren Ansprechpartner für Fragen rund um Krebserkrankungen.

Die NRW-Beratung befasst sich mit lebenspraktischen, psychischen, körperlichen, sozialen, ethischen und wirtschaftlichen Problemen, die durch eine Krebserkrankung verursacht werden können. Die Beratung ist kostenfrei und strikt vertraulich.

Psychosoziale Erstberatung bei Krebs für Nordrhein-Westfalen

BERATUNGSTELEFON: 0211/30201757

Krebsgesellschaft Nordrhein-Westfalen e.V.
Volmerswerther Straße 20
40221 Düsseldorf
beratung@krebsgesellschaft-nrw.de
www.krebsgesellschaft-nrw.de



Wir nehmen uns Zeit für Sie! Mit unseren Beratungsangeboten unterstützen wir Sie individuell und begleiten Sie in den verschiedenen Phasen der Erkrankung. Wir helfen Ihnen bei der Bewältigung krankheitsbedingter Probleme und Krisen sowie dabei, familiäre und soziale, partnerschaftliche und berufliche Aspekte für sich zu klären.

Unsere Beraterinnen sind psychoonkologisch ausgebildet und können auf ein Netz kompetenter Ansprech-

partner in Sachsen-Anhalt zurückgreifen. Die Gespräche sind kostenfrei und vertraulich!

BERATUNGSTELEFON: 0345/478811-0

Sachsen-Anhaltische Krebsgesellschaft e.V.
Paracelsusstraße 23, 06114 Halle (Saale)
Fax: 0345/478811-2
info@krebsgesellschaft-sachsenanhalt.de
www.sakg.de

Weiterführende Informationen / Ansprechpartner

BIH – Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen

Erzbergerstr. 119, 76133 Karlsruhe
Tel. 0721/8107-901 und -902
bih@integrationsaemter.de
www.integrationsaemter.de

Bundesministerium für Gesundheit

11055 Berlin
(Mo.-Do. 08.00-18.00 Uhr, Fr. 08.00-12.00 Uhr)
030/3406066-01 Bürgertelefon zur
Krankenversicherung
030/3406066-03 Bürgertelefon zur gesundheitlichen
Prävention
030/3406066-02 Bürgertelefon Pflegeversicherung
Beratungsservice für Gehörlose und Hörgeschädigte:
(Schreibtelefon) 030/3406066-09
Fax: 030/3406066-07
info.gehoerlos@bmg.bund.de
www.bmg.bund.de
www.bmg.bund.de/krankenversicherung/
leistungen/palliativversorgung.html

Bundesministerium für Justiz

Sozialgesetzbuch einzusehen unter
www.gesetze-im-internet.de

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Ostmerheimer Str. 220, 51109 Köln
Tel. 0221/8992-0
www.bzga.de

Deutsche Fatigue Gesellschaft (DFaG)

Maria-Hilf-Str. 15, 50667 Köln
Tel. 0221/9311596
www.deutschefatiguegesellschaft.de

Deutsche Krebsgesellschaft e.V.

Kuno-Fischer-Str. 8, 14057 Berlin
Tel. 030/3229329-0
service@krebsgesellschaft.de
www.krebsgesellschaft.de
Beratungsstellen der Landeskrebsgesellschaften:
www.krebsgesellschaft.de/wub_ip_krebs_beratung_
hilfe,78277.html

Deutsche Krebshilfe e.V.

Buschstr. 32, 53113 Bonn
Tel. (Mo.-Do. 09.00-16.00 Uhr, Fr. 09.00-15.00 Uhr)
0228/72990-0 Zentrale
0228/72990-94 Härtefonds
0228/72990-95 Informationsdienst
(Mo.-Fr. 08.00-17.00 Uhr)
deutsche@krebshilfe.de, www.krebshilfe.de

Deutsche Leukämie- & Lymphom-Hilfe e.V.

Thomas-Mann-Str. 40, 53111 Bonn
Tel. 0228/33889200
www.leukaemie-hilfe.de

Deutsche Rentenversicherung

Ruhrstr. 2, 10709 Berlin
Tel. 0800/10004800
(Mo.-Do. 07.30-19.30 Uhr, Fr. 07.30-15.30 Uhr)
www.deutsche-rentenversicherung.de

Deutsche Schmerzliga e.V.

Adenauerallee 18, 61440 Oberursel
Tel. 0700/375375375
www.schmerzliga.de

Deutscher Hospiz- und Palliativ-Verband e.V.

Aachener Str. 5, 10713 Berlin
Tel. 030/8200758-0
www.dhvp.de/themen_hospiz-palliativ.html

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Themenschwerpunkt SAPV
Wegelystr. 8, 10623 Berlin
030/275838-0
www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/sapv/

GKV-Spitzenverband

Dachverband aller gesetzlichen Krankenkassen
www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/hospiz_und_palliativversorgung/hospiz_und_palliativversorgung.jsp
www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/pflegeversicherung.jsp

Informationen für Patienten

www.roche-onkologie.de

INKA-Informationssdienst für Krebspatienten und Angehörige e.V.

Reuchlinstr. 10-11, 10553 Berlin
Tel. 030/44024079
www.inkanet.de

Kassenärztliche Bundesvereinigung

(Suche nach spezialisierten Ärzten)
www.kbv.de/arzt suche/178.html

KID-Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums

Im Neuenheimer Feld 280, 69120 Heidelberg
Tel. 0800/4203040
(kostenfrei, täglich 8.00-20.00 Uhr)
krebsinformationsdienst@dkfz.de
www.krebsinformation.de

Netzwerk für die Betreuung schwerkranker Kinder und Jugendliche e.V.

Medizinische Hochschule Hannover
Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover
Tel. 0511/8115-8980
www.betreuungsnetz.org/sappv.html

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Kronenstr. 13, 10117 Berlin
Postfach 060222, 10052 Berlin
Tel. 01802/550444
(6 ct pro Anruf aus dem dt. Festnetz)
Fax 030/20458931

Psychosoziale Krebsberatungsstellen der Landeskrebsgesellschaften:

www.krebsgesellschaft.de/wub_ip_krebs_beratung_hilfe,78277.html

RKI – Robert Koch-Institut

Nordufer 20, 13353 Berlin
Tel. 030/18754-0
www.rki.de

Therapiestudienregister der Deutschen Krebsgesellschaft

www.studien.de

Unabhängige Patientenberatung Deutschland

Littenstr. 10, 10179 Berlin
Tel. 0800/0117722 (Mo.-Fr. 10.00-18.00 Uhr)
(kostenlos aus dem deutschen Festnetz)
www.unabhaengige-patientenberatung.de

Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (vzbv)

Markgrafenstr. 66, 10969 Berlin
Tel. 030/25800-0
Service-Tel. (9 ct/Min. aus dem deut. Festnetz)
(Mo. u. Mi. 10.00-13.00 Uhr, Do. 14.00-18.00 Uhr)
01803/770500-2 Beratung zu Heim- und Pflegedienstverträgen
01803/770500-3 Beratung zu alternativen Wohnformen
info@vzbv.de, www.vzbv.de

Versicherungsombudsmann e.V.

Leipziger Straße 121, 10117 Berlin
Postfach 08 06 32, 10006 Berlin
Tel. 030/206058-0, Fax 030/206058-99
info@versicherungsombudsmann.de

Rechtsanwaltssuche:

Bundesrechtsanwaltskammer

Littenstr. 9, 10179 Berlin
Tel. 030/284939-0
www.brak.de

Rechtsanwaltssuche auch über:

www.anwaltauskunft.de
www.anwaltssuchdienst.de
www.rechtsanwaltsuche.de

Auswahl wichtiger Links

Bundesgesundheitsministerium:

www.bmg.bund.de/pflege.html
www.bmg.bund.de/pflege/pflegebeduerftigkeit/pflegestufen.htm
www.bmg.bund.de/pflege/pflegeversicherung.html
www.bmg.bund.de/pflege/pflegebeduerftigkeit/pflegebeduerftigkeit.html

**Bundesministerium für Familie, Senioren,
Frauen und Jugend:**

www.wege-zur-pflege.de
www.pflege-charta.de

**Beratung und Information rund um die
Pflegeversicherung:**

www.pflegestufe.info/

Deutsche Sozialversicherung:

www.deutsche-sozialversicherung.de/de/pflegeversicherung/

MDK – Medizinischer Dienst der Krankenkassen

www.mdk.de/324.htm

**MDS – Medizinischer Dienst des
Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.**

www.mds-ev.de

Stichwortverzeichnis

A

Aktivierende Pflege 9

*allgemeine ambulante
Palliativversorgung (AAPV)* 51

Altenheim 38

Altenwohnheim 38

ambulante Pflege 28

*Aufwendungen zur Wohnumfeld-
verbesserung* 34

B

bauliche Veränderung 34

*Bearbeitungsfrist für Anträge auf
Pflegeleistung* 14

Begutachtungsrichtlinien 17

Behandlungspflege 9

behindertengerechter Umbau 16

Beratungsgutschein 26

Berufsbetreuer 54

Betreuer 54

Betreunungsverein 54

Betreuungsgericht 54

Betreuungsverfügung 54

Bewältigungsziel 24

Bundesministerium für Gesundheit 16, 26

E

Eigenanteil 27

Einzelpflegekräfte 35

Erhaltungsziel 24

Erhebliche Pflegebedürftigkeit 19

Ernährung 29

<i>Ersatzpflege</i>	19, 28, 43	<i>Gutschein</i>	45
<i>Erwerbsminderung</i>	47, 50		
		H	
<i>Essen auf Rädern</i>	35	<i>Handlungsleitfaden</i>	26
		<i>Härtefall</i>	20
F			
<i>Familienpflegezeit</i>	30, 42	<i>Hartz IV</i>	47
<i>Fernziel</i>	24	<i>Häusliche Krankenpflege</i>	7, 8, 9, 10, 11
<i>Feststellung der Pflegebedürftigkeit</i>	14	<i>häusliche Pflege</i>	46, 54
<i>freie Arztwahl</i>	38	<i>hauswirtschaftliche Versorgung</i>	9, 18, 19, 20, 30
		<i>Heimentgelt</i>	37
G		<i>Heimunterbringung</i>	38
<i>Generalvollmacht</i>	55	<i>Hilfe zur Pflege</i>	37, 46
<i>gepoolte Leistung</i>	35	<i>Hol- und Bringdienst</i>	36
<i>Grad der Pflegebedürftigkeit</i>	18	<i>Hospiz</i>	52
<i>Grundpflege</i>	9, 15, 18, 19, 20, 29	<i>Hospizdienst</i>	51
<i>Grundsicherung</i>	47		
<i>Grundsicherung im Alter</i>	50	I	
<i>Grundsicherungsträger</i>	38, 47, 48	<i>Informationssammlung</i>	22, 23

Anhang

J

<i>Jobcenter</i>	47	<i>Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK)</i>	13, 14, 15, 17, 21, 26, 28, 33, 40, 44, 45
------------------	----	---	--

K

<i>Knappschaft</i>	15	<i>Mobilität</i>	29
--------------------	----	------------------	----

<i>Komplexleistung</i>	51
------------------------	----

<i>Körperpflege</i>	29
---------------------	----

<i>Krankenhausersatzpflege</i>	10
--------------------------------	----

<i>Krankenhausvermeidungspflege</i>	10
-------------------------------------	----

<i>kurzzeitige Freistellung</i>	44
---------------------------------	----

<i>Kurzzeitpflege</i>	33, 39, 46
-----------------------	------------

L

<i>Leistung für Unterkunft und Verpflegung</i>	48
--	----

<i>Leistungsträger</i>	45
------------------------	----

M

<i>MEDICPROOF GmbH</i>	15
------------------------	----

<i>medizinische Rehabilitation</i>	12, 21, 45
------------------------------------	------------

<i>medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen (AAPV)</i>	52
--	----

N

<i>Nahziel</i>	24
----------------	----

P

<i>Palliativ-Care-Team</i>	51
----------------------------	----

<i>Patientenverfügung</i>	53
---------------------------	----

<i>Persönliches Budget</i>	45
----------------------------	----

<i>Pflege für pflegende Angehörige</i>	52
--	----

<i>Pflege von krebskranken Kindern</i>	39
--	----

<i>Pflegeberaterinnen und -berater</i>	16, 22, 26, 45
--	-------------------

<i>Pflegeberatung</i>	16, 25
-----------------------	--------

<i>Pflegegeld</i>	7, 16, 19, 25, 28, 31, 43
-------------------	---------------------------

<i>Pflegegeldzahlung</i>	29
--------------------------	----

<i>Pflegeheim</i>	38, 47, 50, 54
-------------------	----------------

<i>Pflegehilfsmittel</i>	7, 46	R	
<i>Pflegehilfsmittelverzeichnis</i>	27	<i>Regelleistung</i>	47
<i>Pflegekasse</i>	7, 16	<i>Regelsatz</i>	47
<i>Pflegemaßnahmen</i>	22, 25	<i>Reha-Servicestelle</i>	45
<i>Pflegeplanung</i>	22	<i>Rehabilitationsmaßnahme</i>	21
<i>Pflegesachleistung</i>	29	<i>Rehabilitationsträger</i>	21
<i>Pflegestufe</i>	7, 17, 19, 20, 28, 36, 37, 40, 41, 46	<i>Rehabilitationsziel</i>	24
<i>Pflegestützpunkt</i>	16, 22, 26, 34	<i>Ressourcen</i>	22, 23
<i>Pflegetagebuch</i>	17, 20, 26	S	
<i>Pflegetagegeld-, Pflegekosten-, Pflegerentenversicherung</i>	13	<i>Sachleistung</i>	7, 19, 20, 28, 31
<i>Pflegeversicherung</i>	13, 26	<i>Schwerbehindertenausweis</i>	41
<i>Pflegezeit</i>	30, 40	<i>Schwerpflegebedürftigkeit</i>	19
<i>Pflegeziel</i>	24	<i>Selbstbestimmungsrecht</i>	53
<i>private Pflegezusatzversicherung</i>	13	<i>Service- und Beratungsstellen der Bundesländer</i>	16
		<i>Sicherung der Pflegequalität</i>	16

Anhang

<i>Sozial- und Sozialversicherungsrecht</i>	16	<i>teilstationäre Versorgung</i>	52
<i>Sozialhilfe</i>	38		
<i>Sozialhilfeträger</i>	30, 37, 47, 50	U	
		<i>Umbaumaßnahme</i>	34
<i>Sozialmedizinischer Dienst (SMD)</i>	15	<i>unabhängiger Gutachter</i>	17
<i>spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)</i>	51	V	
		<i>Verhinderungspflege</i>	19, 28, 43
<i>spezialisierten ambulanten pädiatrischen Palliativversorgung (SAPPV)</i>	51	<i>Vermittlung von Pflegekräften</i>	35
<i>stationäre Pflege</i>	46	<i>teilstationäre Versorgung</i>	36
<i>Steuerfreibetrag</i>	41	<i>Verschämte Altersarmut</i>	50
<i>stundenweise Verhinderungspflege</i>	43	<i>Vollmachtsurkunde</i>	55
		<i>vollstationäre Kurzzeitpflege</i>	28
T		<i>vollstationäre Versorgung</i>	37, 52
<i>Tages- und Nachtpflege</i>	29, 36	<i>Vorsorgevollmacht</i>	54, 55
<i>Teilhabe am Arbeitsleben</i>	45		
<i>Teilhabe am Leben der Gemeinschaft</i>	45	Z	
<i>teilstationäre Pflege</i>	29, 33, 46	<i>Zuzahlung</i>	27

Fachbegriffe – verständlich gemacht

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA):

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das oberste Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Er bestimmt in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für mehr als 70 Millionen Versicherte und legt fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV erstattet werden. Darüber hinaus beschließt der G-BA Maßnahmen der Qualitätssicherung für den ambulanten und stationären Bereich des Gesundheitswesens.

Grundsicherungsträger:

Als Grundsicherungsträger werden diejenigen Sozialleistungsträger bezeichnet, die Grundsicherungsleistungen, also beispielsweise die Grundsicherung für Arbeitssuchende (bekannt als „Hartz IV“), und Sozialhilfe gewähren.

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK)

Damit die medizinischen und pflegerischen Leistungen der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind, unterstützt der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen mit seiner medizinischen und pflegerischen Kompetenz. Der MDK berät die gesetzlichen Kassen in allgemeinen Grundsatzfragen und führt Einzelfall-

begutachtungen durch. Im Einzelnen sind die Aufgaben des MDK in § 275 SGB V (5. Sozialgesetzbuch) beschrieben. Hierzu gehören u. a. Stellungnahmen zu Arbeitsunfähigkeit, Notwendigkeit, Art, Umfang und Dauer von Rehabilitationsleistungen bzw. –maßnahmen, Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Notwendigkeit und Dauer einer Krankenhausbehandlung, Notwendigkeit und Dauer von häuslicher Krankenpflege. Für die Pflegekassen begutachtet der MDK, ob jemand pflegebedürftig ist; darüber hinaus berät er die Pflegekassen in grundsätzlichen Fragen der pflegerischen Versorgung. Bei der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit zu Hause oder im Pflegeheim.

Rehabilitationsträger:

Als solche werden Institutionen bezeichnet, die nach dem Sozialgesetzbuch Leistungen zur sozialen, beruflichen und medizinischen Rehabilitation erbringen. Im Einzelnen sind dies: die Gesetzliche Krankenversicherung, Unfallversicherung, Rentenversicherung, die Jugend- und Sozialhilfe sowie die Bundesagentur für Arbeit.

Versorgungsträger:

Dieser Begriff wird synonym mit „Leistungserbringer“ verwandt. Die wichtigsten Träger sind hier genannt: *Grundsicherung für Arbeitssuchende*: Agenturen für Arbeit und sonstige Dienststellen der Bundesagentur für Arbeit, sowie kreisfreie Städte und Kreise

Sozialhilfe: Kreise und kreisfreie Städte, überörtliche Träger der Sozialhilfe und für besondere Aufgaben die Gesundheitsämter

Entschädigung bei Gesundheitsschäden: Versorgungsämter, die Landesversorgungsämter und die orthopädischen Versorgungsstellen; für die besonderen Hilfen im Einzelfall die Kreise und kreisfreien Städte sowie die Hauptfürsorgestellen. Bei der Durchführung der Heil- und Krankenbehandlung wirken die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung mit *Renten einschließlich der Alterssicherung der Landwirte:* Deutsche Rentenversicherung Bund und die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, knappschaftliche Rentenversicherung, landwirtschaftliche Alterskassen Unfallversicherung: gewerbliche und die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften, die Gemeindeunfallversicherungsverbände, die Feuerwehr-Unfallkassen, die Eisenbahn-Unfallkasse, die Unfallkasse Post und Telekom, die Unfallkassen der Länder und Gemeinden, die gemeinsame Unfallkasse für den Landes- und kommunalen Bereich und die Unfallkasse des Bundes

Pflegeversicherung: bei den Krankenkassen errichtete Pflegekassen

Krankenversicherung: Gesetzliche Krankenkassen sind die Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, die landwirtschaftlichen Krankenkassen, die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und die Ersatzkassen; private KV sind die privaten Versicherungs- und Pflegeversicherungsgesellschaften
Förderung eines gleitenden Übergangs älterer Arbeit-

nehmer in den Ruhestand: Agenturen für Arbeit und die sonstigen Dienststellen der Bundesagentur für Arbeit

Arbeitsförderung: Agenturen für Arbeit und die sonstigen Dienststellen der Bundesagentur für Arbeit

Sozialrecht, Sozialgesetzbuch

Der deutsche Begriff Sozialrecht wird am besten durch den international gebrauchten Begriff der „sozialen Sicherheit“ erklärt. Es dient: „...zur Verwirklichung sozialer Gerechtigkeit und sozialer Sicherheit Sozialleistungen einschließlich sozialer und erzieherischer Hilfen gestalten,... ein menschenwürdiges Dasein zu sichern, gleiche Voraussetzungen für die freie Entfaltung der Persönlichkeit, insbesondere auch für junge Menschen zu schaffen, die Familie zu schützen und zu fördern, den Erwerb des Lebensunterhalts durch eine frei gewählte Tätigkeit zu ermöglichen und besondere Belastungen des Lebens, auch durch Hilfe zur Selbsthilfe, abzuwenden oder auszugleichen erforderlichen sozialen Dienste und Einrichtungen rechtzeitig und ausreichend zur Verfügung zu stellen.“

Die Regelungsaufgaben des Sozialrechts wiederum sind im Sozialgesetzbuch niedergeschrieben, wobei die einzelnen Umsetzungen in den sogenannten „Büchern“ (I bis XII) festgeschrieben sind.

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)

Die hier aus dem Sozialgesetzbuch V wiedergegebenen Paragraphen beinhalten ebenfalls die Regelung für die

spezialisierte ambulante pädiatrische Palliativversorgung (SAPPV)

§ 37b/SGB V:

(1) Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen, haben Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Die Leistung ist von einem Vertragsarzt oder Krankenhausarzt zu verordnen. Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung umfasst ärztliche und pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle und zielt darauf ab, die Betreuung der Versicherten nach Satz 1 in der vertrauten Umgebung des häuslichen oder familiären Bereichs zu ermöglichen; hierzu zählen beispielsweise Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und der Kinder- und Jugendhilfe. Versicherte in stationären Hospizen haben einen Anspruch auf die Teilleistung der erforderlichen ärztlichen Versorgung im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung. Dies gilt nur, wenn und soweit nicht andere Leistungsträger zur Leistung verpflichtet sind. Dabei sind die besonderen Belange von Kindern zu berücksichtigen.

(2) Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen im Sinne von § 72 Abs. 1 des Elften Buches haben in entsprechender Anwendung des Absatzes 1 einen Anspruch auf spezialisierte Palliativversorgung. Die Verträge nach § 132d Abs. 1 regeln, ob die Leistung nach Absatz 1 durch Vertragspartner der Krankenkassen in der Pflegeeinrichtung oder durch Personal der

Pflegeeinrichtung erbracht wird; § 132d Abs. 2 gilt entsprechend.

(3) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 das Nähere über die Leistungen, insbesondere:

1. die Anforderungen an die Erkrankungen nach Absatz 1 Satz 1 sowie an den besonderen Versorgungsbedarf der Versicherten,
2. Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung einschließlich von deren Verhältnis zur ambulanten Versorgung und der Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit den bestehenden ambulanten Hospizdiensten und stationären Hospizen (integrativer Ansatz); die gewachsenen Versorgungsstrukturen sind zu berücksichtigen,
3. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Arztes mit dem Leistungserbringer.

§ 132d/SGB V:

(1) Über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung einschließlich der Vergütung und deren Abrechnung schließen die Krankenkassen unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 37b Verträge mit geeigneten Einrichtungen oder Personen, soweit dies für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig ist. In den Verträgen ist ergänzend zu regeln, in welcher Weise die Leistungserbringer auch beratend tätig werden.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt gemeinsam und einheitlich unter Beteiligung der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, der Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und der

Palliativversorgung sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Empfehlungen:

1. die sächlichen und personellen Anforderungen an die Leistungserbringung,
2. Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Fortbildung,
3. Maßstäbe für eine bedarfsgerechte Versorgung mit spezialisierter ambulanter Palliativversorgung fest.

AAPV = Allgemeine ambulante Palliativversorgung

Die allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) dient dem Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung von Palliativpatienten so weit wie möglich zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer gewohnten Umgebung, in stationären Pflegeeinrichtungen bzw. stationären Hospizen zu ermöglichen. AAPV beinhaltet die Palliativversorgung, die von Leistungserbringern der Primärversorgung (in erster Linie den niedergelassenen Haus- und Fachärzten sowie den ambulanten Pflegediensten) mit palliativmedizinischer Basisqualifikation erbracht werden kann. Der Großteil der Palliativpatienten, die medizinische und pflegerische Versorgung benötigen, kann auf diese Weise ausreichend versorgt werden. Die Leistungserbringer in der AAPV sind in der Regel nur zu einem kleinen Teil ihrer Zeit mit der Versorgung von Palliativpatienten beschäftigt. Die Versorgung richtet sich an palliativmedizinischen Therapiezielen und -inhalten aus. Geschulte ehrenamtliche Hospizmitarbeiter werden je nach Bedarf aktiv eingebunden. Reichen die therapeutischen Möglichkeiten nicht aus, um den Bedürfnissen der Be-

troffenen gerecht zu werden, sind die Strukturen der spezialisierten Palliativversorgung einzubeziehen.

Sozialversicherung

Die Sozialversicherung in seiner rechtlichen Bedeutung regelt die soziale Hilfe für ihre Mitglieder, womit sie keine Sachversicherung ist. Zur Sozialversicherung im Einzelnen gehören: Kranken-, Renten-, Pflege-, Unfall- und Arbeitslosenversicherung.

Pflegegeld

Pflegebedürftige Menschen können selbst über das Wie und vom Wem einer Pflege entscheiden. Dabei stehen zwei Wahlmöglichkeiten zur Verfügung, einmal die Sachleistung (Unterstützung durch Pflegedienst) oder durch Bezug von Pflegegeld. Voraussetzung für Letzteres ist, dass die Versorgung zu Hause geregelt und sichergestellt ist. Das Pflegegeld wird – die Höhe schwankt in Abhängigkeit der Pflegestufe – dem betroffenen von der Pflegekasse überwiesen. Während Verhinderungs- und Kurzzeitpflege zahlt die Pflegekasse bis zu vier Wochen je Kalenderjahr die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegelds.

Rehabilitation

Rehabilitation (Wiederherstellung) umfasst Maßnahmen, die den Menschen in seinen vor dieser Maßnahme befindlichen Zustand zurückzusetzen, den alten Zustand wiederherzustellen. Dies betrifft einmal die medizinische Rehabilitation, mit deren Hilfe die Folgen einer Behinderung, Krankheit oder einer Aktivitätseinschränkung zu beheben oder zu vermindern. Die berufliche Rehabilitation dient der Wiedereingliederung

in das Arbeitsleben. Kostenträger sind Krankenkassen bzw. die Rentenversicherung.

Teilhabe am Arbeitsleben, am Leben in der Gemeinschaft

Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben regelt § 33 des Neunten Buchs des Sozialgesetzbuchs. Es sollen solche Maßnahmen erbracht werden, die dazu führen, dass die Erwerbsfähigkeit des Betroffenen und die Teilhabe am Arbeitsleben auf Dauer möglichst gesichert werden.

Im § 55 des Neunten Buchs des Sozialgesetzbuchs werden die Leistungen beschrieben, die behinderte/ kranke Menschen erhalten sollen, dass sie am gesellschaftlichen Leben, wenn möglich unabhängig von der Pflege, integriert werden und teilnehmen können.
Aktivierende Pflege

Mit diesem Begriff wird eine besondere Art und Weise des Pflegens beschrieben. Es geht um die Motivation, dass der Betroffene mit Hilfe von Anleitungen und unter Kontrolle einer dazu geeigneten Person selbst seine Fähigkeiten zurückgewinnt und Ressourcen lernt, auszus schöpfen. Dieser Pflegestil steht dem „kompensatorischen“ entgegen, der durch aktive Hilfe von außen Aktivitäten wiedererlernt (zum Beispiel waschen oder kochen).

Schwerbehinderung/Schwerbehindertenausweis

Laut § 2 des Neunten Buchs des Sozialgesetzbuchs liegt eine Schwerbehinderung dann vor, wenn die körperliche und geistige Fähigkeit oder die seelische

Gesundheit wahrscheinlich länger als sechs Monate vom für das Lebensalter typischen Zustand abweicht oder eine gesellschaftliche Teilhabe beeinträchtigt, und wenn der Grad der Behinderung (GdB) von wenigstens 50 festgestellt wird.

Im Schwerbehindertenausweis wird die Schwerbehinderung dokumentiert, um bestimmte Rechte (Kündigungsschutz, Vergünstigungen bei der Einkommenssteuer oder für unentgeltliche Beförderung).

Aktivierende Pflege

Diese Art der Pflege ist grundsätzlich ein Pflegestil, der sich auch mit „Hilfe zur Selbsthilfe“ beschreiben lässt, aber auch ein anerkanntes Grundprinzip professioneller Pflege ist. Dies ist der Grund, warum diese Pflegeart ausschließlich von erfahrenen Pflegepersonen umgesetzt werden soll. Ziel der aktivierenden Pflege ist, dem Betroffenen seine noch vorhandenen Fähigkeiten/Ressourcen aufzuzeigen, sie zur Umsetzung anzuleiten, ihnen aber auch zu vermitteln, durch diese Selbsthilfe zu verhindern, dass seine Fähigkeiten wegen fehlender Ausübung weiter abnehmen.

Begutachtungsrichtlinie

Um eine Einstufung in die Pflegestufen bundeseinheitlich nach identischen Maßstäben abwickeln zu können, hat der Spitzenverband der Medizinischen Dienste (MDK) eine verbindliche „Richtlinien zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuchs“ (BRI) entwickelt. Bundesweit sind ca. zwei Millionen Menschen in eine Pflegestufe eingestuft, die alle zwei Jahre wiederholt wird.

Damit nach gleichen Kriterien eine Feststellung des Grads der Pflegebedürftigkeit erfolgen kann, wurde diese Richtlinie geschaffen (www.mds.de oder www.pflegestufe.info).

Rehabilitation/medizinische Rehabilitation

Medizinisch bedeutet Rehabilitation, Maßnahmen anzuwenden, um die aus Behinderungen oder Aktivitätseinschränkungen resultierenden körperlichen und/oder psychischen wie aber auch sozialen Folgen zu vermindern bzw. auf ein Minimum zu beschränken. Im Arbeitsleben bedeutet Rehabilitation die Wiedereingliederung in den beruflichen Alltag oder in das berufliche Leben (Berufliche Rehabilitation). Die medizinische Rehabilitation und deren Leistungen erfolgt von Ärzten sowie von geschultem Personal, zum Beispiel durch Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Krankenschwestern. Ziel ist es, durch Krankheit oder Unfall entstandene gesundheitliche Schäden zu beseitigen, zu mildern oder sogar zu beseitigen.

Grundsicherungsträger

Menschen, die ihren Lebensunterhalt nicht mit ihrem eigenen Einkommen und Vermögen sichern können, haben einen Anspruch auf Grundsicherung. Sie müssen das 18. Lebensjahr vollendet haben, unabhängig von der Arbeitsmarktlage voll erwerbsgemindert und mit großer Wahrscheinlichkeit nicht mehr zu vermitteln sein. Grundsicherung im Alter wird gewährt durch den Regelsatz der Sozialhilfe, Aufwendungen für Unterkunft und Heizung, Übernahme von Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen sowie vom zu beantragenden Mehrbedarf. Die Höhe der Grundsicherung wird nach den jeweiligen Umständen des Einzelfalls berechnet. Betroffene sollten sich daher an die Grundsicherungsträger wenden. Diese sind die Bundesagentur für Arbeit (Jobcenter), kreisfreie Städte, Landkreise und zugelassene kommunale Träger (Arbeitsgemeinschaften/ARGEn).

Bildquellen:

Fotolia:	Seite:
	©Photo-K/Fotolia.com – 1
	©contrastwerkstatt/Fotolia.com – 2, 12
	©Olga Galushko/Fotolia.com – 2, 8
	©Peter Maszlen/Fotolia.com – 4, 20
	©Lisa F. Young/Fotolia.com – 5, 31
	©Manuel Tennert/Fotolia.com – 6, 55
	©ysbrandcosijn/Fotolia.com – 25
	©Lorelyn Medina/Fotolia.com – 27
	©iceteastock/Fotolia.com – 29
	©Frantab/Fotolia.com – 39
	©Robert Kneschke/Fotolia.com – 42
Pitopia:	Seite: 49
Shutterstock:	Seite: 6, 47

