

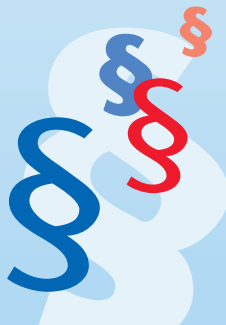
ZUKUNFTSFORUM  
DEMENZ



Für ein  
lebenswertes Morgen

Eine Initiative von 

# Die Rechte der Kranken- und Pflegeversicherten





# Inhalt

<b>7.</b>	<b>Die Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)</b>	<b>6</b>
	Leistungsumfang – was wird bezahlt?	6
	Zuzahlungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung	7
	Belastungsgrenzen für Zuzahlungen	8
	Ärztliche Betreuung in Pflegeheimen	10
<b>2.</b>	<b>Die Leistungen der Gesetzlichen Pflegeversicherung</b>	<b>11</b>
	Ab wann können Leistungen aus der Pflegeversicherung beansprucht werden?	11
	1. Schritt zu den Leistungen: die Antragstellung	12
	2. Schritt zu den Leistungen: Prüfung der Pflegebedürftigkeit	13
	3. Schritt zu den Leistungen: Entscheidung der Pflegekasse durch Einstufungsbescheid	15
	4. Schritt: die Wahl der Leistungen für die häusliche Pflege	20
	Hilfen für Pflegebedürftige mit eingeschränkter Alltagskompetenz und erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf	24
	Weitere Leistungen	27
	Arbeitsrechtliche Regelungen für pflegende Angehörige	29
	Vermögen – was muss aus eigener Tasche bezahlt werden?	30
	Pflegestützpunkt/Pflegeberater	31
	Leistungen der Pflegeversicherung im Überblick	32
<b>3.</b>	<b>Leistungen der Sozialhilfe</b>	<b>35</b>
	Voraussetzungen für Leistungen im Rahmen der <i>Hilfe zur Pflege</i> (§§ 61 ff. SGB XII)	36
	Können auch in Pflegestufe 0 Leistungen bezogen werden?	37

<b>3.</b>	<b>Wie hoch sind die Leistungen vom Sozialamt?</b>	<b>38</b>
	<b>Was bleibt der Ehefrau oder dem Ehemann, wenn der Partner im Pflegeheim lebt?</b>	<b>40</b>
	<b>Was bleibt Alleinstehenden, wenn sie in einem Pflegeheim leben?</b>	<b>40</b>
	<b>Müssen Kinder für den Pflegeheimaufenthalt ihrer Eltern aufkommen?</b>	<b>40</b>
	<b>Wie bekommt man Sozialhilfe?</b>	<b>41</b>
<b>4.</b>	<b>Leistungen nach dem Schwerbehindertengesetz</b>	<b>42</b>
	<b>Welche Vorteile bringt der Schwerbehindertenausweis?</b>	<b>42</b>
	<b>Wie wird ein Schwerbehindertenausweis beantragt?</b>	<b>44</b>
<b>5.</b>	<b>Weitere rechtliche Fragestellungen</b>	<b>45</b>
	<b>Vorsorgevollmacht</b>	<b>45</b>
	<b>Betreuung</b>	<b>46</b>
	<b>Patientenverfügung</b>	<b>49</b>
	<b>Testament</b>	<b>49</b>

*Bei der Betreuung von dementen Patienten werden besonders die pflegenden Angehörigen mit vielen Fragen des Versicherungsschutzes des Kranken konfrontiert. Welche Leistungen erhalte ich in welcher Höhe? Von welcher Versicherung? Wann kommt Sozialhilfe in Betracht? Welche weiteren rechtlichen Vorschriften muss ich im Sinne der von mir betreuten Person beachten?*

*Diese Broschüre soll bei der Bewältigung dieser Fragen im Alltag eine Hilfestellung bieten und anhand praktischer Ratschläge den einen oder anderen Behördengang erleichtern. Die Tipps und Ratschläge sind nach bestem Wissen und Gewissen zusammengetragen. Zu beachten ist jedoch, dass Gesetzesänderungen die Rahmenbedingungen verändern können. Daher ist es hilfreich, den Kontakt zur Deutschen Alzheimer Gesellschaft oder zu den Wohlfahrtsverbänden zu suchen und sich dort im Hinblick auf Ihren konkreten Einzelfall beraten und betreuen zu lassen.*

August 2008

# Die Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

## Leistungsumfang – was wird bezahlt?

Die Grundidee der GKV ist, dass die Behandlungskosten im Krankheitsfall gedeckt werden. Außerdem soll die GKV auch Leistungen bezahlen, die der Förderung der Gesundheit, der Verhütung von Krankheiten und der Abwendung einer Verschlimmerung dienen.

Für die Behandlung Demenzkranker sind hierbei von besonderer Bedeutung:

- Maßnahmen zur Krankheitsverhütung
- Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten
- Krankenbehandlung
- die zahnärztliche Behandlung (seit 2005 müssen Versicherte eine Zusatzversicherung für Zahnersatz abschließen)
- die Versorgung der Patienten mit Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmitteln
- die häusliche Krankenpflege und Kostenübernahme einer Haushaltshilfe
- die geriatrische Rehabilitation
- Krankengeld (seit 2006 wird von den Mitgliedern ein Sonderbeitrag für das Krankengeld erhoben)
- Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung werden grundsätzlich nicht mehr übernommen. Es gibt jedoch Ausnahmeregelungen in besonderen Fällen

Darüber hinaus regelt § 11 SGB V, dass Versicherte Anspruch auf

- medizinische und
- ergänzende Leistungen zur Rehabilitation

haben, die notwendig sind, um einer drohenden Behinderung oder Pflegebedürftigkeit vorzubeugen, sie nach Eintritt zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten.

Durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG), das am 01.01.2004 in Kraft getreten ist, wurden die Rechte der Patientenvertreter verbessert, indem ihnen im Rahmen des neu eingeführten „Gemeinsamen Bundesausschusses“ ein Mitberatungsrecht eingeräumt wurde. Konkret bedeutet dies, dass

- der Deutsche Behindertenrat
- die Bundesarbeitsstelle der Patientenstellen
- die Deutsche Arbeitsgemeinschaft der Selbsthilfegruppen e.V.

• der Bundesverband der Verbraucherzentralen dann mitberaten dürfen, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss über den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung zu entscheiden hat. Es ist nicht auszuschließen, dass sich der Kreis der Vertreter von Patienteninteressen noch vergrößern wird.

Dem Gemeinsamen Bundesausschuss kommt zukünftig insofern eine wichtige Rolle zu, als ihm in zahlreichen Gebieten die Aufgabe übertragen wurde, die gesetzlichen Regelungen zum Leistungsumfang zu konkretisieren.

Die Ihnen jetzt vorliegende Broschüre gibt den aktuellen Stand zum 01.07.2008 wieder.

## **Zuzahlungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung**

Grundsätzlich wird seit dem 01.01.2004 bei allen Leistungen eine Zuzahlung in Höhe von 10 Prozent der Kosten erhoben – höchstens jedoch 10 Euro und mindestens 5 Euro. Liegen die Kosten unter 5 Euro, dann ist der tatsächliche Preis vom Versicherten zu entrichten.

Kinder und Jugendliche sind bis zum vollendeten 18. Lebensjahr von allen Zuzahlungen befreit, mit Ausnahme der Zuzahlung bei den Fahrtkosten.

Die Praxisgebühr beträgt beim ersten Hausarzt-, Facharzt oder Zahnarztbesuch, ebenso beim Psychotherapeuten, Notdienst oder in der Ambulanz 10 Euro pro Quartal. Sie wird auch dann fällig, wenn nur ein Rezept ausgestellt wird oder eine telefonische Beratung erfolgt. Sie entfällt beim Facharzt, wenn die Überweisung im gleichen Quartal durch den Hausarzt erfolgte.

Bei Laboruntersuchungen, die eine Quartalsgrenze überschreiten, ist keine neue Praxisgebühr zu entrichten.

Vorsorgeuntersuchungen, Früherkennungstermine, Schutzimpfungen, Schwangerschaftsvorsorge sowie Kontrolluntersuchungen beim Zahnarzt sind von der Praxisgebühr ausgenommen.

Bei einer Behandlung auf Grund von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten entfällt die Praxisgebühr.

## **Belastungsgrenzen für Zuzahlungen**

Belastungsgrenzen schützen vor einer Überforderung bei den Zuzahlungen. Dabei werden alle Zuzahlungen für das Erreichen der Belastungsgrenze berücksichtigt. Diese Grenze beträgt seit dem 1. Januar 2004 für jeden Versicherten 2 Prozent, für schwerwiegend chronisch Kranke 1 Prozent der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt (dazu zählen Arbeitsentgelte, Mieteinnahmen, Zinseinkünfte).

Nach einer Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 22. Januar 2004 gilt der Patient als chronisch krank, der sich in einer Dauerbehandlung befindet, die mindestens einen Arztbesuch pro Quartal für wenigstens ein Jahr erforderlich macht. Zusätzlich muss

der Patient entweder in Pflegestufe 2 oder 3 eingestuft sein oder eine Behinderung bzw. Erwerbsminderung von mindestens 60 Prozent eingetragen haben (§ 56 Abs. 2 SGB VII). Als Chroniker gelten aber auch Patienten, denen vom Arzt bescheinigt wird, dass ein Absetzen der Behandlung (medizinische Behandlung, Psychotherapie, Arzneimitteltherapie oder Behandlungspflege, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) eine lebensbedrohliche Verschlimmerung herbeiführen, die Lebenserwartung vermindern oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität bedeuten würde. Die Absenkung der Belastungsgrenze auf 1 Prozent ist seit dem 1. April 2007 zudem an eine Beratung über bestimmte Früherkennungsuntersuchungen geknüpft. Für eine Verlängerung der 1-Prozent-Belastungsgrenze ist neuerdings außerdem der Nachweis über therapiegerechtes Verhalten, zum Beispiel durch Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm, erforderlich.

Geleistete Zuzahlungen sollten per Quittung oder Nachweisheft dokumentiert werden. Wenn die nachgewiesene Summe diese Obergrenze überschreitet, wenden Sie sich an Ihre Krankenkasse.

Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sind grundsätzlich von gesetzlichen Zuzahlungen befreit.

***Dass die Überforderungsgrenzen erreicht sind, muss nachgewiesen werden. Versicherte erhalten hierzu von ihren Krankenkassen oder in Apotheken Hefte, in denen die geleisteten Zuzahlungen bescheinigt werden können.***



Versicherte, die von der Zuzahlungspflicht befreit sind, erhalten eine entsprechende Bescheinigung von ihrer Krankenversicherung. Diese legen sie beim Arztbesuch vor. Der Arzt wird dann beim Ausstellen eines Rezeptes ankreuzen, dass eine Befreiung von der Zuzahlungspflicht

besteht. Damit sieht der Apotheker, dass der Versicherte keine Zuzahlung zu dem Medikament leisten muss.

## Ärztliche Betreuung in Pflegeheimen

Bei dem Umzug aus der häuslichen Umgebung in ein Pflegeheim sollten die Angehörigen unbedingt beachten:

- Das Pflegeheim und die Pflegeheimleitung haben primär die Verantwortung für die Unterbringung und die Pflege der ihnen anvertrauten Menschen.
- Da die Pflegeheime formal zum Bereich der ambulanten Versorgung gehören, ergibt sich in der ärztlichen Betreuung grundsätzlich kein Unterschied zu dem bisherigen häuslichen Umfeld, es sei denn, es handelt sich um einen akuten Krankheitsverlauf, der die Pflegeheimleitung veranlasst, einen Arzt zu konsultieren.
- Daher hat der Pflegeheimbewohner nach wie vor das Recht der freien Arztwahl; er bestimmt, wann und wie er ärztlich versorgt werden soll.
- Demenzkranke können dieses Recht allerdings oft kaum noch wahrnehmen.
- Umso wichtiger ist, dass die Angehörigen oder andere beauftragte Betreuer sicherstellen, dass zur Prävention oder z. B. bei der Betreuung chronischer Erkrankungen regelmäßige allgemeinärztliche bzw. auch fachärztliche Untersuchungen durchgeführt werden, insbesondere gynäkologisch-urologische oder auch neurologisch-psychiatrische Untersuchungen, und dass auch eine entsprechende Therapie durchgeführt wird. Dies ist z. B. bei der Behandlung demenzieller Erkrankungen sehr wichtig.
- Für das Pflegeheim gilt dasselbe wie im häuslichen Umfeld: Ein Arzt, der nicht gerufen wird, kann auch nicht helfen.

# Die Leistungen der Gesetzlichen Pflegeversicherung

In Abgrenzung der Krankenversicherung zur Pflegeversicherung ist zu beachten, dass die Pflegekassen Leistungen *nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit* erbringen.

Ziel der Pflegeversicherung ist es, Pflegebedürftige gegen die mit der Pflegebedürftigkeit verbundenen Risiken abzusichern, die betroffenen Familien zu unterstützen und die Qualität der Pflege zu fördern. Pflegegeld dient nicht dem Lebensunterhalt, sondern soll nur die durch die Pflege entstehenden Mehrkosten ausgleichen.

## Ab wann können Leistungen aus der Pflegeversicherung beansprucht werden?

Leistungen aus der Pflegeversicherung können nicht erst dann beansprucht werden, wenn Pflege im engeren Sinn benötigt wird, wenn jemand also gewaschen werden muss, Windeln gewechselt werden müssen oder Ähnliches.

Ein Pflegebedarf nach der Pflegeversicherung besteht schon wesentlich früher. Bereits wenn eine andere Person (z. B. der Angehörige) anwesend sein muss, um den Pflegebedürftigen anzuleiten oder zu beaufsichtigen, wenn dieser sich z. B. wäscht oder morgens anzieht, wird dies als pflegerischer Hilfebedarf anerkannt. Man spricht von einer notwendigen Anleitung oder notwendigen Beaufsichtigung bei den *Verrichtungen des täglichen Lebens*.

Leistungen der Pflegeversicherung werden gewährt, wenn der Zeitaufwand für die Durchführung notwendiger *pflegerischer Hilfen* (Ernährung, Körperpflege, Auf-

stehen vom Bett oder vom Rollstuhl, Zu-Bett-Bringen, Ankleiden, Auskleiden etc.) eine Dreiviertelstunde am Tag übersteigt. Der Zeitaufwand wird von Gutachtern des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen – einer unabhängigen Begutachtungsstelle – bei einem Hausbesuch eingeschätzt.

Daneben hängt die Einstufung immer auch von einem *zusätzlichen hauswirtschaftlichen Hilfebedarf* (Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche, Bügeln, Beheizen der Wohnung etc.) ab. Dieser ist jedoch in der Regel ausreichend gegeben und wird selten zum Problem.

## **1. Schritt zu den Leistungen: die Antragstellung**

Leistungen der Pflegeversicherung gibt es *nur auf Antrag*. Der Pflegebedürftige (Antragsteller), sein Bevollmächtigter oder gesetzlicher Vertreter kann den Antrag formlos – also auch telefonisch – bei der Pflegekasse stellen. Da die Pflegekasse mit der zuständigen Krankenkasse organisatorisch verbunden ist, genügt ein Anruf bei der Krankenkasse, die dann zwei Formulare – eines auf Pflegeleistung und eines auf Rentenbeitragszahlung für eine ehrenamtliche Pflegeperson – zuschickt. Die Anträge können natürlich auch bei der Geschäftsstelle der Krankenkasse selbst abgeholt werden.

Der Antrag auf Pflegeleistung sollte gestellt werden, wenn die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist oder sie vorherzusehen ist.

Die Leistungen der Pflegeversicherung werden vom Zeitpunkt der *Antragstellung* an gewährt, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an, in dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen. Der Antragsteller muss zum Zeitpunkt

der Antragstellung pflegebedürftig sein und die Vorversicherungszeit von zwei Jahren erfüllt haben. Das heißt, dass der Pflegebedürftige innerhalb der letzten zehn Jahre vor Antragstellung mindestens zwei Jahre in der Pflegeversicherung versichert gewesen ist. Zeiten der Familienversicherung finden Berücksichtigung. Wer zum Zeitpunkt der Antragstellung die Vorversicherungszeit noch nicht erfüllt, muss auf den Leistungsbeginn warten, bis die Vorversicherungszeit erfüllt ist.

## **2. Schritt zu den Leistungen: Prüfung der Pflegebedürftigkeit**

Wenn der Antrag bei der Pflegekasse eingeht, beauftragt diese den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) oder – bei privater Krankenversicherung – den Gutachterdienst Medicproof, der ins Haus oder ins Pflegeheim kommt. Die Gutachter des MDK sind meist Pflegefachkräfte oder pflegeerfahrene Ärzte. Sie kommen auch ins Haus, wenn ein Antrag auf Höherstufung gestellt wurde, weil der Pflegebedarf gestiegen ist. Diese Dienste prüfen, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit vorliegen und welcher der drei Pflegestufen die zu pflegende Person zuzuordnen ist. Die Höhe der meisten Pflegeversicherungsleistungen bemisst sich dann nach der festgelegten Pflegestufe, also dem Grad der Pflegebedürftigkeit.

In aller Regel besuchen die Dienste zu dieser Eingruppierung die pflegebedürftige Person in ihrem privaten Umfeld.

Falls der Gutachter einen ungünstigen Termin für seinen Besuch vorschlägt, muss er einen Ausweichtermin anbieten.

Das häusliche Umfeld kann bei der Beurteilung auch eine Rolle spielen. So wird z. B. geprüft, ob durch bauliche

Veränderungen der Wohnung die Pflege erleichtert werden kann.

### Tipps zum Besuch des Medizinischen Dienstes:



- Der Gutachter sollte nach Möglichkeit in der begrenzten Zeit (meist zwischen 20 und 40 Minuten), die für die Begutachtung zur Verfügung steht, vor allem über den Zeitbedarf bei den *Verrichtungen des täglichen Lebens* informiert werden.
- Hilfreich ist es, im Vorfeld des Besuches ein Pflegetagebuch zu führen, aus dem ersichtlich ist, welche Art von Pflegeleistung zu welchem Zeitpunkt erforderlich war und welchen zeitlichen Umfang die Verrichtung der pflegenden Tätigkeit eingenommen hat. Dabei ist auch zu berücksichtigen, wann und wie oft Unterstützung, Anleitung, Beaufsichtigung, wiederholtes Auffordern und Erinnern im Rahmen einer Pflegeverrichtung erforderlich sind. Das gilt auch für das Eingehen auf Ängste, Unruhe, Aggressionen und fehlende Motivation während einer Pflegeverrichtung.
- Klare Zeitangaben zum Hilfebedarf bei den *Verrichtungen des täglichen Lebens* sind wichtig. Weicht die Einschätzung des Hilfebedarfs durch den Betreuer von der des Gutachters ab, muss der Gutachter dies dokumentieren.
- Klare und möglichst kurze Antworten auf die Fragen des Gutachters sind besser als zu ausführliche Erklärungen und lange Schilderungen.
- Der Hilfebedarf sollte nicht verharmlost oder beschönigt werden. Besser sind wahrheitsgemäße Schilderungen.

rungen. So sollte der Kranke zu dem Termin nicht fein hergerichtet werden. Der Gutachter sollte den Kranken und seinen Betreuer in einer normalen Alltagssituation vorfinden.

- Ist es für den Demenzkranken unangenehm, über seine Defizite im Beisein eines Fremden zu berichten, sollte der Gutachter vom Betreuer um ein Gespräch unter vier Augen – wenn möglich zu einem neuen Termin – gebeten werden.
- Am besten bereitet man sich auf den Besuch des Medizinischen Dienstes gut vor. Die Beratungsstellen von Wohlfahrtsverbänden und Gemeinden oder Selbsthilfeorganisationen helfen dabei.



### 3. Schritt zu den Leistungen: Entscheidung der Pflegekasse durch Einstufungsbescheid

Die Pflegekasse entscheidet unter Berücksichtigung des Gutachtens des Medizinischen Dienstes, ob und in welche Stufe der Antragsteller als pflegebedürftig eingestuft wird.

Pflegebedürftig im Sinne des Gesetzes sind Personen, die

- wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung
- für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden *Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens*
- auf Dauer, mindestens jedoch voraussichtlich für sechs Monate,
- in erheblichem Maße der Hilfe bedürfen.

Grundlage für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist der Hilfebedarf bei den regelmäßig wiederkehrenden *Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens* in folgenden Bereichen:

- Körperpflege:  
Waschen, Duschen, Baden, Zahnpflege, Kämmen, Rasieren, Blasen- oder Darmentleerung
- Ernährung:  
mundgerechtes Zubereiten oder Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme
- Mobilität:  
Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung (z. B. für Arztbesuche, Behördengänge, jedoch NICHT für Spaziergänge)
- Hauswirtschaftliche Versorgung:  
Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung, Beheizen der Wohnung



Für die Festlegung der Pflegestufen gelten folgende Bestimmungen:

- **Pflegestufe 1: erheblich Pflegebedürftige**  
Das sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität (Grundpflege) für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens *einmal täglich* der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Der Hilfebedarf für die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung muss pro Tag im Wochendurchschnitt min-

destens 1,5 Stunden betragen, wobei auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen müssen.

- **Pflegestufe 2: Schwerpflegebedürftige**

Das sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität *mindestens dreimal täglich* zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Der Hilfebedarf für die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung muss pro Tag im Wochendurchschnitt mindestens 3 Stunden betragen, wobei auf die Grundpflege mindestens 2 Stunden entfallen müssen.

- **Pflegestufe 3: Schwerstpflegebedürftige**

Das sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität *täglich rund um die Uhr – auch nachts* – der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Der Hilfebedarf für die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung muss pro Tag im Wochendurchschnitt mindestens 5 Stunden betragen, wobei auf die Grundpflege mindestens 4 Stunden entfallen müssen.

Sollte sich der Gesundheitszustand des Pflegebedürftigen verschlechtern, kann jederzeit eine Höherstufung beantragt werden.

Wer mit der Einstufung nicht einverstanden ist, kann gegen den Bescheid Widerspruch einlegen.

## **Härtefallregelung**

Liegt die Pflegestufe III vor und existiert darüber hinaus ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand, kann die Härtefallregelung in Anspruch genommen werden.

Für die Feststellung eines außergewöhnlich hohen Pflegebedarfs muss neben dem Hilfebedarf der Pflegestufe III und einer zusätzlich ständig erforderlichen Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung, eines der beiden Merkmale erfüllt sein:

- die Hilfe bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität ist mindestens 6 Stunden täglich, davon mindestens dreimal in der Nacht, erforderlich. Bei Pflegebedürftigen in vollstationären Pflegeeinrichtungen ist auch die auf Dauer bestehende medizinische Behandlungspflege zu berücksichtigen.

oder

- die Grundpflege kann für den Pflegebedürftigen auch nachts nur von mehreren Pflegekräften gemeinsam (zeitgleich) erbracht werden. Das zeitgleiche Erbringen der Grundpflege durch mehrere Pflegekräfte ist so zu verstehen, dass wenigstens bei einer Verrichtung tagsüber und des Nachts neben einer professionellen mindestens eine weitere Pflegeperson, die nicht bei einem Pflegedienst beschäftigt sein muss (z. B. Angehörige), tätig werden muss.

Jedes der beiden Merkmale erfüllt bereits für sich die Voraussetzungen eines weit über das übliche Maß der Grundvoraussetzung der Pflegestufe III hinausgehenden Pflegeaufwandes.

### **Wie man Widerspruch einlegt**

Es kommt vor, dass Einstufungen zu niedrig ausfallen. Die relativ kurze Zeit, in der die Begutachtung durchgeführt wird, reicht oft nicht aus, damit sich der Gutachter ein hinreichendes Bild von der Pflegesituation machen kann.

Widerspruch kann zunächst ohne nähere Begründung eingelegt werden.

In einem kurzen Brief an die Pflegekasse teilt der Betreuer/Antragsteller lediglich mit, dass er mit der Einstufung nicht einverstanden ist und Widerspruch gegen den Einstufungsbescheid einlegt. Hilfreich ist der Zusatz, dass eine nähere Begründung noch nachgereicht wird. Dann steht genügend Zeit zur Verfügung, um z. B. ein Pflegetagebuch anzufertigen.

Die Chancen für eine Höherstufung infolge eines Widerspruchs sind erfahrungsgemäß gut, wenn der Hilfebedarf tatsächlich höher ist als vom Gutachter angenommen.

Am besten lässt sich der Widerspruch mithilfe eines Pflegetagebuches begründen. In diesem wird der tatsächliche Hilfebedarf dokumentiert. Falls dem Gutachter beim ersten Besuch bereits eine solche Aufstellung mitgegeben wurde, legt man dem Widerspruch lediglich eine weitere Kopie bei und weist darauf hin, dass sich nach den Aufzeichnungen eine höhere Einstufung ergeben müsste.

Um zu erfahren, wie der Gutachter zu seiner Einstufung kam, kann das Gutachten bei der Pflegekasse eingesehen bzw. eine Kopie davon angefordert werden.

Aufgrund eines Widerspruchs muss zunächst derselbe Gutachter prüfen, ob er einer Höherstufung infolge Ihrer Begründung zustimmen kann. Tut er dies nicht, muss eine Zweitbegutachtung durch einen anderen Mediziner/ eine andere Pflegekraft des Medizinischen Dienstes durchgeführt werden!

Wird ein Widerspruch ohne weiteren Hausbesuch abgelehnt (Entscheidung nach Aktenlage), sollte dies nicht hingenommen werden. Ein solches Vorgehen ist nur in Ausnahmefällen erlaubt.

Weitere unterstützende Unterlagen für einen Widerspruch:

- Ärztliche/fachärztliche Atteste, Krankenhausberichte oder andere medizinisch fundierte Stellungnahmen, *die aus Behandlungsabläufen bereits vorliegen!* Die alleinige Anforderung von ärztlichen Attesten bzw. Berichten für das Widerspruchsverfahren kommt im Bereich der Pflegeversicherung nicht in Betracht.
- Pflegedokumentation eines Pflegedienstes oder des Pflegeheimes.

**!** *Darüber hinaus sollten Betreuer sich mit der Deutschen Alzheimer Gesellschaft oder den Wohlfahrtsverbänden in Verbindung setzen, um sich individuell beraten zu lassen.*

#### 4. Schritt: die Wahl der Leistungen für die häusliche Pflege

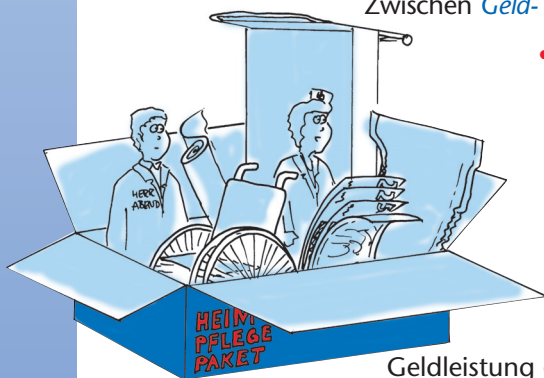
Zwischen *Geld- und Sachleistungen* kann gewählt werden.

- **Geldleistungen**

Diese erhalten die Pflegebedürftigen, wenn Familienmitglieder oder andere Personen die Pflege übernehmen können. Die Geldleistungen werden als *Pflegegeld* ausgezahlt, das für die Bezahlung von Angehörigen, Freunden oder Nachbarn bestimmt ist, die die Pflege übernehmen. Wer sich für diese

Geldleistung entscheidet, kann über die Verwendung des Pflegegeldes frei verfügen.

Das an Pflegebedürftige gezahlte Pflegegeld stellt keine Einnahme zum Lebensunterhalt und kein Einkommen im Sinne der Gesetzlichen Krankenversicherung dar. (Es ist bei der Prüfung der Familienversicherung nach



§ 10 SGB V und bei der Anwendung der Belastungsgrenze für Zuzahlungen auf Krankenversicherungsleistungen nach § 62 SGB V nicht zu berücksichtigen.)

Wenn der Pflegebedürftige dieses Pflegegeld an ehrenamtliche Pflegepersonen weitergibt, wird es bei diesen ebenfalls nicht als Einkommen berücksichtigt. Eine Härtefallregelung gibt es beim Pflegegeld nicht.

### **Beratungsbesuche**

Bezieher des Pflegegeldes der Pflegestufen I und II sind verpflichtet, mindestens einmal halbjährlich einen Beratungseinsatz von einem zugelassenen Pflegedienst abzurufen. Die Kosten des Einsatzes tragen die Pflegekassen. Bei Beziehern des Pflegegeldes der Pflegestufe III besteht diese Beratungsverpflichtung einmal vierteljährlich.

Ziel der Pflegeeinsätze ist nicht die Kontrolle von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen, sondern deren Beratung. Durch geeignete Tipps und individuelle Hilfestellung soll den Pflegepersonen eine bessere und z. B. wirkungsvollere Betreuung der Pflegebedürftigen ermöglicht werden.

Die Pflegedienste haben der Pflegekasse mit Einverständnis des Pflegebedürftigen die beim Beratungseinsatz gewonnenen Erkenntnisse zur Qualität der Pflegesituation und zur Notwendigkeit einer Verbesserung auf dem bundesweit gültigen Formular mitzuteilen. Das Formular wurde unter Beteiligung des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und des BMG (Bundesministerium für Gesundheit) erstellt (§ 106a SGB XI). Ein Doppel der Mitteilung verbleibt beim Pflegebedürftigen. Wird der Beratungseinsatz nicht abgerufen oder unterbleibt die Mitteilung aufgrund des fehlenden Einverständnisses, hat die Pflegekasse das Pflegegeld angemessen zu kürzen und im Wiederholungsfall zu entziehen. Der Pflegekasse

wurde nur für den Fall der Kürzung ein Ermessensspielraum eingeräumt. In der Praxis wird regelmäßig eine Kürzung von 50 % des monatlichen Pflegegeldes als angemessen angesehen.

- **Sachleistungen**

Die – im Vergleich zu den Geldleistungen – höheren Sachleistungen können in Anspruch genommen werden, wenn ein Pflegedienst, der einen Versorgungsvertrag mit der Pflegekasse abgeschlossen hat, die Pflege übernehmen soll. Sachleistungen sind *Pflegeeinsätze durch professionelle Pflegekräfte* (ambulante Pflegedienste). Die erbrachten Leistungen werden bis zum Höchstbetrag der jeweiligen Pflegestufe direkt mit der Pflegekasse abgerechnet.

- **Kombinationsleistung**

Geld- und Sachleistungen der Pflegeversicherung können auch verbunden werden. Der Pflegebedürftige hat sich jeweils für sechs Monate im Voraus zu entscheiden, in welchem prozentualen Verhältnis er Geld- und Sachleistungen in Anspruch nehmen will. Eine vorzeitige Änderung dieser Festlegung ist z. B. dann möglich, wenn sich wesentliche Änderungen in der Pflegesituation ergeben. Bei Pflegebedürftigen, die das Ausmaß der Pflegesachleistung nicht im Voraus bestimmen können, kann im Nachhinein das anteilige Pflegegeld monatlich ermittelt und gezahlt werden, sofern ein entsprechender Antrag gestellt wurde.



*Da man sich schon vorab für eine Leistungsform entscheiden muss, sollten Betreuer sich bei der Deutschen Alzheimer Gesellschaft oder der Pflegekasse über die für sie günstigere Leistungsart beraten lassen.*

- **Verhinderungspflege**

Bei Verhinderung der pflegenden Person durch Krankheit oder Urlaub kann für längstens 4 Wochen im

Kalenderjahr die so genannte Verhinderungspflege in Anspruch genommen werden. Die Leistung kann zu Hause, in einer anderen Wohnung oder einer Einrichtung wie einem Altenwohnheim durchgeführt werden (keine Kurzzeitpflegeeinrichtung, da diese nur in Anspruch genommen werden kann, wenn stationäre Pflege erforderlich wird). Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen bereits sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat. Bei professioneller Pflege bzw. Inanspruchnahme einer erwerbsmäßig pflegenden Person übernimmt die Pflegekasse bis zu 1.470 Euro pro Kalenderjahr. Wird die Ersatzpflege nicht erwerbsmäßig ausgeübt, sind die nachzuweisenden Aufwendungen auf den Betrag des Pflegegeldes der bestehenden Pflegestufe begrenzt. Wenn aber höhere Aufwendungen nachgewiesen werden, die durch Verdienstaufschlag oder Fahrtkosten entstanden sind, können bis zu 1.470 Euro von der Kasse übernommen werden. In Anbetracht der individuell möglichen Leistungs-Inanspruchnahme sollten Sie sich unbedingt an Ihre Pflegekasse wenden.

- **Kurzzeitpflege**

Zusätzlich zur Verhinderungspflege kann einmal im Jahr für vier Wochen Kurzzeitpflege beansprucht werden, wenn bei Verhinderung der Pflegeperson im häuslichen Bereich eine kurzzeitige Aufnahme in eine stationäre Pflegeeinrichtung erforderlich wird. Die Aufwendungen werden bis zu höchstens 1.470 Euro im Jahr ersetzt.

***Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege können unabhängig voneinander in Anspruch genommen werden und werden nicht gegeneinander aufgerechnet.***



- **Teilstationäre Pflege**

Tages- und Nachtpflege können in zugelassenen Einrichtungen erbracht werden, wenn die häusliche Pflege nicht in ausreichendem Maße sichergestellt werden kann. Sie ist insbesondere für die Fälle gedacht, in denen ein Pflegebedürftiger nicht rund um die Uhr zu Hause betreut werden kann. Wenn der hierfür zur Verfügung stehende Höchstbetrag nicht voll benötigt wird, kann, wie bei den Kombinationsleistungen, der restliche Anteil als Pflegegeld oder Sachleistung beansprucht werden.

- **Vollstationäre Pflege**

Für die vollstationäre Pflege übernimmt die Pflegekasse monatlich bis zu 1.470 Euro, wenn der Pflegebedürftige auf Dauer in einem Pflegeheim betreut werden muss. Voraussetzung ist, dass eine häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist. Pflegebedürftige, die als Härtefall anerkannt sind, erhalten 1.750 Euro. Die pauschalen Beträge dürfen aber 75 % des Gesamtbetrages aus Pflegesatz, Unterkunft und Verpflegung und gesondert berechenbare Investitionskosten nicht übersteigen. Mindestens 25 % bleiben dem Heimbewohner als Eigenanteil. Falls der Pflegebedürftige nicht in der Lage ist, diesen Anteil zu erbringen, besteht die Möglichkeit der Übernahme durch den Sozialhilfeträger.

### **Hilfen für Pflegebedürftige mit eingeschränkter Alltagskompetenz und erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf**

Personen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, mit geistiger Behinderung oder psychischen Erkrankungen können finanzielle Hilfen in Anspruch nehmen, wenn sie dauerhaft – für mindestens sechs Monate – einen erheb-

lichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung haben. Ein solcher Anspruch besteht für

- Pflegebedürftige der Pflegestufen I, II und III
- Personen, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht (Pflegestufe 0).

Der Betreuungsbetrag für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz beträgt 100 Euro (Grundbetrag) bzw. 200 Euro (erhöhter Betrag) monatlich.

Auch hier wird der MDK nach Antragstellung prüfen, ob die Voraussetzungen erfüllt sind. Das Gesetz nennt die folgenden Fähigkeitsstörungen als Maßstab:

- Unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauff Tendenz)
- Verkennen oder verursachen gefährdender Situationen
- Unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potentiell gefährdenden Substanzen
- Tötlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation
- Im situativen Kontext inadäquates Verhalten
- Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen
- Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung
- Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben

- Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus
- Unfähigkeit eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren
- Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen
- Ausgeprägtes labiles oder unkontrolliertes emotionales Verhalten
- Zeitlich überwiegende Niedergeschlagenheit, Verzagtheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression

Kommt der MDK zu dem Ergebnis, dass eine eingeschränkte Alltagskompetenz vorliegt, wird er auch eine Empfehlung darüber aussprechen, ob der Grundbetrag oder aber der erhöhte Betrag zu leisten ist. Bis zu dem gewährten Betrag können dann qualitätsgesicherte Leistungen der

- Tages- und Nachtpflege
- Kurzzeitpflege
- zugelassenen Pflegedienste, sofern es sich um besondere Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung und nicht um Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung handelt
- nach Landesrecht anerkannten niederschweligen Betreuungsangebote, die nach gesetzlicher Vorgabe gefördert und förderungsfähig sind
- niederschweligen Betreuungsangebote, die von Pflegestützpunkten vermittelt werden

in Anspruch genommen werden.

## Weitere Leistungen

Darüber hinaus gibt es weitere Leistungen der Pflegeversicherung.

- **Pflegehilfsmittel** werden bis zu einem Wert von 31 Euro pro Monat bezahlt. Pflegebedürftige haben Anspruch auf Versorgung mit notwendigen Pflegehilfsmitteln, die zur Linderung ihrer Beschwerden und zur Erleichterung der Pflege beitragen. Gemeint sind zum Verbrauch bestimmte, nicht wieder verwendbare Hilfsmittel wie Desinfektionsmittel, saugende Bettschutzeinlagen, Einmalhandschuhe und Mundschutz.

- **Technische Hilfen** dienen der Erleichterung der Pflege, etwa der Körperpflege, oder der Erleichterung der selbstständigen Lebensführung (z. B. Pflegebetten oder Hausnotrufgeräte). Ob die Mittel notwendig sind, prüft die jeweilige Pflegekasse unter Beteiligung einer Pflegefachkraft oder des Medizinischen Dienstes.

Vorrangig sollen diese technischen Hilfen von der Pflegekasse leihweise zur Verfügung gestellt werden. Die Pflegekasse kann die Bereitstellung davon abhängig machen, ob eine Ausbildung im Gebrauch dieser Hilfen erfolgt. Werden die Hilfsmittel nicht verliehen, sondern kommen sie als Sachleistung direkt den zu Pflegenden zugute, haben sich Pflegebedürftige, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, an deren Kosten mit 10%, höchstens aber mit 25 Euro je Pflegehilfsmittel, zu beteiligen.



- **Umbaumaßnahmen**, welche die Pflege erleichtern oder dem Pflegebedürftigen ein selbstständigeres Leben ermöglichen (Türverbreiterungen, Rampen etc.), werden

finanziell mit bis zu 2.557 Euro pro Gesamtmaßnahme gefördert.

Der Medizinische Dienst wird in seinem Gutachten entsprechende Empfehlungen abgeben. Der Versicherte hat allerdings einen angemessenen Eigenanteil an den Umbaumaßnahmen zu leisten. Dieser Eigenanteil beträgt 10 % der Kosten der Umbaumaßnahme, aber höchstens die Hälfte der monatlichen Bruttoeinnahmen des Versicherten.

Da es sich bei den Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes um eine Zuschussleistung handelt, ist mit der Bewilligung darauf hinzuweisen, dass die sich im Zusammenhang mit der Maßnahme ergebenden mietrechtlichen Fragen in eigener Verantwortung zu regeln sind. Im Rahmen ihrer Aufklärungs- und Beratungspflicht sollten hier die Pflegekassen tätig werden.

- Pflegepersonen, die mindestens 14 Stunden wöchentlich pflegen und nicht mehr als 30 Stunden in der Woche erwerbstätig sind, können zudem, wenn sie noch keine Vollrente wegen Alters beziehen, die Zahlung der *Beiträge in die Gesetzliche Rentenversicherung* beanspruchen. Die zu entrichtenden Rentenversicherungsbeiträge haben die Pflegekasse, die privaten Versicherungsunternehmen und die Festsetzungsstellen für die Beihilfe zu entrichten, wobei sich die Höhe der Beiträge am Umfang der Pflegeetätigkeit und an der jeweiligen Pflegestufe orientiert. Daneben besteht eine Absicherung in der Gesetzlichen Unfallversicherung und es werden Ansprüche gegenüber der Bundesanstalt für Arbeit begründet.
- Die Pflegekassen bieten kostenlose *Pflegekurse und individuelle häusliche Schulungen* an, in denen die Pflegepersonen geschult werden.

- Ab 01.01.2009 besteht für Empfänger einer Leistung aus der Pflegeversicherung auch ein Anspruch auf Pflegeberatung.

## **Arbeitsrechtliche Regelungen für pflegende Angehörige**

Für pflegende Angehörige entstehen nicht selten Konflikte durch bestehende Arbeitsverhältnisse. Die Pflegeleistungen nehmen häufig so viel Zeit in Anspruch, dass sie mit dem bisherigen Arbeitspensum nicht vereinbar sind. Der Gesetzgeber hat hier zum Juli 2008 Regelungen eingeführt, welche den Umgang mit diesem Konflikt erleichtern sollen:

- **Pflegezeit**

Angestellte in Betrieben mit mehr als 15 Beschäftigten können für die Pflege naher Angehöriger, bei denen *mindestens die Pflegestufe I* festgestellt wurde, *bis zu sechs Monaten Freistellung* (ohne Lohnfortzahlung) in Anspruch nehmen.

Als nahe Angehörige gelten insbesondere: Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen Gemeinschaft, Großeltern, Eltern, Geschwister, Kinder, Adoptiv- und Pflegekinder, Enkelkinder sowie die Schwiegereltern und Schwiegerkinder.

Es ist auch möglich die Pflegezeit als Teilzeibeschräftigung zu erbringen. In der Pflegezeit übernimmt die Pflegekasse in der Regel die Beiträge zur Renten- und Arbeitslosenversicherung. Sollte kein Anspruch auf Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung bestehen, wird auf Antrag auch der Mindestbetrag in der Krankenversicherung erstattet.

- 10 Tage

*Im akuten Pflegefall* haben Beschäftigte außerdem das Recht, sich bis zu zehn Arbeitstage freistellen zu lassen, um für einen nahen Angehörigen eine gute Pflege zu organisieren. Diese kurzzeitige Freistellung können alle Arbeitnehmer unabhängig von der Betriebsgröße in Anspruch nehmen.

### **Vermögen – was muss aus eigener Tasche bezahlt werden?**

Sind Leistungen im Rahmen der Pflegeversicherung vermögensabhängig?

Die Leistungen der Pflegeversicherung werden *einkommens- und vermögensunabhängig* gewährt. Lediglich bei den Zuschüssen zu Umbaumaßnahmen im Rahmen der Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen wird die Vermögenssituation berücksichtigt.

*Ansprechpartner für Fragen zur Pflegeversicherung sind die*

- *bei den Krankenkassen eingerichteten Pflegekassen*
- *Angehörigen- und Altenberatungsstellen der Gemeinde*
- *Dienste der Altenhilfe (z. B. ambulante Pflegedienste)*
- *Beratungsstellen des Sozialverbandes VdK*

*Diese werden Ihnen gerne weiterhelfen.*

## **Pflegestützpunkt/Pflegeberater**

Wer in die Situation kommt, Betreuung und Pflege für einen Angehörigen organisieren zu müssen, stand bisher vor einem großen Berg vieler unbeantworteter Fragen. Es gab bisher keine zentrale Anlaufstelle sondern viele einzelne Beratungsmöglichkeiten.

Mit der Pflegereform 2008 wurde beschlossen, dass Pflegestützpunkte eingerichtet werden, die Ansprechpartner bieten, so genannte Pflegeberater. Zu deren Aufgaben zählt: Betroffene und deren Angehörige bei der Organisation der Pflege, angefangen von der Vermittlung von Pflegediensten, Haushaltshilfen bis hin zu Pflegeheimen oder anderen Betreuungseinrichtungen, zu unterstützen. Sie kümmern sich um die Formalien, beraten die Betroffenen und deren Angehörige über Leistungen und erarbeiten auch Anträge. Pflegeberater erstellen gemeinsam mit dem Pflegebedürftigen und allen anderen an der Pflege Beteiligten einen individuellen Versorgungsplan. Der Pflegeberater soll alle für den Versorgungsplan erforderlichen Maßnahmen veranlassen, begleitet die Durchführung und macht Vorschläge für eine Anpassung an veränderte Bedarfslagen.

Pflegestützpunkte werden von den Pflegekassen auf Initiative eines Bundeslandes eingerichtet. Auch die Altenhilfe der Kommunen, die Sozialhilfeträger, die örtlich tätigen Leistungserbringer, insbesondere die Pflegedienste und weitere Kostenträger, wie die privaten Versicherungsunternehmen sollen sich an den Pflegestützpunkten beteiligen.

Ab 01.01.2009 hat jeder Pflegebedürftige einen Rechtsanspruch auf Pflegeberatung.

## Leistungen der Pflegeversicherung im Überblick

		<b>Pflegestufe I</b> Erheblich Pflegebedürftige	<b>Pflegestufe II</b> Schwerpflege- bedürftige	<b>Pflegestufe III</b> Schwerstpflege- bedürftige (in Härtefällen)
<b>Häusliche Pflege</b>	Pflegesachleistung bis Euro <i>monatlich</i>			
	seit 01.07.2008	420	980	1.470 (1.918)
	ab 01.01.2010	440	1.040	1.510 (1.918)
	ab 01.01.2012	450	1.100	1.550 (1.918)
	Pflegegeld Euro <i>monatlich</i>			
	seit 01.07.2008	215	420	675
	ab 01.01.2010	225	430	685
ab 01.01.2012	235	440	700	
<b>Pflegever- tretung</b> durch nahe Angehörige sonst. Personen	Pflegeaufwendungen für bis zu <i>vier</i> <i>Wochen</i> im Kalender- jahr bis Euro			
	nahe Angehörige sonst. Personen	215 <sup>1)</sup> 1.470	420 <sup>1)</sup> 1.470	675 <sup>1)</sup> 1.470
	nahe Angehörige sonst. Personen	225 <sup>1)</sup> 1.510	430 <sup>1)</sup> 1.510	685 <sup>1)</sup> 1.510
	nahe Angehörige sonst. Personen	235 <sup>1)</sup> 1.550	440 <sup>1)</sup> 1.550	700 <sup>1)</sup> 1.550

<sup>1)</sup> Auf Nachweis werden den nahen Angehörigen notwendige Aufwendungen (Verdienstausschlag, Fahrtkosten usw.) bis zum Höchstbetrag für sonstige Personen erstattet.

## Leistungen der Pflegeversicherung im Überblick

		<b>Pflegestufe I</b> Erheblich Pflegebedürftige	<b>Pflegestufe II</b> Schwerpflege- bedürftige	<b>Pflegestufe III</b> Schwerstpflege- bedürftige (in Härtefällen)
<b>Kurzzeitpflege</b>	Pflegeaufwendungen bis Euro <i>im Jahr</i>			
	seit 01.07.2008	1.470	1.470	1.470
	ab 01.01.2010	1.510	1.510	1.510
	ab 01.01.2012	1.550	1.550	1.550
<b>Teilstationäre Tages- und Nachtpflege</b>	Pflegeaufwendungen bis Euro <i>monatlich</i>			
	seit 01.07.2008	420 <sup>2)</sup>	980 <sup>2)</sup>	1.470 <sup>2)</sup> (1.918)
	ab 01.01.2010	440 <sup>2)</sup>	1.040 <sup>2)</sup>	1.510 <sup>2)</sup> (1.918)
	ab 01.01.2012	450 <sup>2)</sup>	1.100 <sup>2)</sup>	1.550 <sup>2)</sup> (1.918)
<b>Ergänzende Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Be- treuungsbedarf</b>	Leistungsbetrag bis Euro <i>jährlich</i>			
	seit 01.07.2008	2.400 <sup>3)</sup>	2.400 <sup>3)</sup>	2.400 <sup>3)</sup>

<sup>2)</sup> Neben dem Anspruch auf Tagespflege bleibt ein hältiger Anspruch auf die jeweilige ambulante Pflegesachleistung oder das Pflegegeld erhalten.

<sup>3)</sup> Abhängig von der persönlichen Pflegesituation auf der Grundlage der dauerhaften und regelmäßigen Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen nach § 45a Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 bis 9.

## Leistungen der Pflegeversicherung im Überblick

		<b>Pflegestufe I</b> Erheblich Pflegebedürftige	<b>Pflegestufe II</b> Schwerpflege- bedürftige	<b>Pflegestufe III</b> Schwerstpflege- bedürftige (in Härtefällen)
<b>Vollstationäre Pflege</b>	Pflegeaufwendungen pauschal Euro <i>monatlich</i>  seit 01.07.2008	1.023	1.279	1.470 (1.750)
	ab 01.01.2010	1.023	1.279	1.510 (1.825)
	ab 01.01.2012	1.023	1.279	1.550 (1.918)
<b>Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen</b>	Pflegeaufwendungen in Höhe von	10 % des Heimentgelts, höchstens 256 Euro <i>monatlich</i>		
<b>Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind</b>	Aufwendungen bis Euro <i>monatlich</i>	31		
<b>Technische Hilfsmittel</b>	Aufwendungen in Höhe von	90 % der Kosten, unter Berücksichtigung von höchstens 25 Euro Eigenbeteiligung je Hilfsmittel		
<b>Maßnahmen zur Verbesserung d. Wohnumfeldes</b>	Aufwendungen in Höhe von bis zu	2.557 Euro je Maßnahme, unter Berücksichtigung einer angemessenen Eigenbeteiligung		
<b>Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen f. Pflegepersonen</b>	je nach Umfang der Pflegetätigkeit bis Euro monatlich (Beitrittsgebiet)	132 <sup>4)</sup> (111)	264 <sup>4)</sup> (223)	396 <sup>4)</sup> (334)

<sup>4)</sup> Bei wenigstens 14 Stunden Pflegetätigkeit pro Woche, wenn die Pflegeperson keiner Beschäftigung von über 30 Stunden nachgeht und sie noch keine Vollrente wegen Alters bezieht.

## Leistungen der Sozialhilfe

Es handelt sich bei der Pflegeversicherung um eine Grundversicherung, was im konkreten Einzelfall zur Folge haben kann, dass die Leistungen aus der Pflegeversicherung allein nicht ausreichen, um den Bedarf an Hilfe und Pflege zu decken. Dies bedeutet, dass dem Sozialamt eine Ersatzfunktion zukommt. Es zahlt Pflegegeld oder Sachleistungen für alle diejenigen, die – aus welchen Gründen auch immer – keine Leistungen der Pflegekasse erhalten. Darüber hinaus ist das Sozialamt in den Fällen zuständig, in denen die Leistungen der Pflegekasse und der Krankenkasse nicht ausreichen, um die Versorgung eines Pflegebedürftigen sicherzustellen.

*Auch nach Einführung der Pflegeversicherung ist immer noch fast die Hälfte aller Pflegeheimbewohner auf Leistungen der Sozialhilfe angewiesen. In der häuslichen Pflege sind Sozialhilfeeleistungen andererseits noch viel zu wenig bekannt und viele schätzen ihren Umfang und die Voraussetzungen für einen Anspruch falsch ein.*



Die folgenden Hinweise fassen die derzeitigen Regelungen zusammen.

Im Gegensatz zu den Leistungen der Pflegekasse macht das Sozialamt eine Übernahme der Kosten davon abhängig, ob das Einkommen und Vermögen des Pflegebedürftigen ausreicht oder nicht, um die Pflege selbst zu finanzieren.

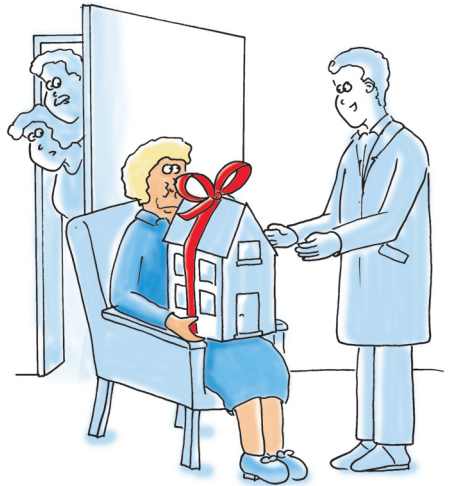
### **Voraussetzungen für Leistungen im Rahmen der Hilfe zur Pflege (§§ 61 ff. SGB XII)**

- Eine Einstufung in eine der *Pflegestufen 1–3* bei der Begutachtung im Rahmen der Pflegeversicherung.
- Das *monatliche Einkommen* des Pflegebedürftigen und seines Ehepartners muss unter *bestimmten Höchstgrenzen* liegen, die individuell ermittelt werden. Diese Einkommensfreigrenzen erhöhen sich u. a. durch die Höhe der Pflegestufe, die Zahl mitzuversorgender Familienangehöriger sowie durch die Höhe der Wohnungsmiete und anderer finanzieller Belastungen. Die Freigrenzen liegen speziell im Bereich *Hilfe zur Pflege* oft höher als vermutet. Die jeweils gültigen Sätze werden durch die Landesregierung festgelegt, welche jedoch ihrerseits diese Befugnisse auf die Landesministerien übertragen können. Erkundigen Sie sich also bitte bei Ihrer zuständigen Sozialhilfestelle nach dem für Ihr Bundesland aktuell gültigen Satz. Größere Vermögenswerte, die nachweisbar – aufgrund von Kontoauszügen oder Schenkungsurkunden – innerhalb der letzten 10 Jahre verschenkt wurden, müssen von den Beschenkten zurückerstattet werden und vom Pflegebedürftigen zunächst verbraucht werden, bis Sozialhilfeleistungen möglich sind. Diese Regelung soll vor allem den Missbrauch von Sozialhilfeleistungen

verhindern. Schenkungen werden unter bestimmten Voraussetzungen nicht zurückgefordert (z. B. so genannte Pflicht- und Anstandsschenkungen, wie ein angemessener Geldbetrag zu besonderen Anlässen).

Sozialhilfeleistungen sind allen anderen Leistungen (z. B. durch die Pflegeversicherung oder die Krankenkasse) nachgeordnet. Das heißt, sie werden, soweit ein Anspruch auf andere Leistungen besteht, nur in Ergänzung zu diesen gewährt.

Mit einem Antrag auf Leistungen der *Hilfe zur Pflege* muss eine Einwilligung zur Offenlegung der eigenen Vermögensverhältnisse abgegeben werden. Das heißt, das Sozialamt darf sich zum Schutz vor Leistungsmisbrauch Informationen über Bankkonten u. Ä. einholen.



## **Können auch in Pflegestufe 0 Leistungen bezogen werden?**

Wenn der Medizinische Dienst eine Einstufung im Rahmen der Pflegeversicherung ablehnt (Pflegestufe 0), kann gerade bei Demenzkranken bereits ein hoher Hilfebedarf vorhanden sein.

***Wer vom Medizinischen Dienst in diese so genannte Pflegestufe 0 eingruppiert wurde, sollte sich unbedingt beim Sozialamt nach Hilfe erkundigen.***

Art und Umfang der Unterstützung für diesen Personenkreis regeln die Ämter in den einzelnen Städten und Landkreisen unterschiedlich.



- **Regelungen für den häuslichen Bereich**

Es wurde vereinbart, dass auch bei Pflegestufe 0 Leistungen im Rahmen der *Hilfe zur Pflege* gewährt werden, wenn aus dem Gutachten des Medizinischen Dienstes hervorgeht, dass wenigstens ein *pflegerischer Hilfebedarf* besteht. Konkret bedeutet dies, dass zumindest eine Anleitung oder Hilfe entweder beim Waschen, beim Duschen, beim Baden, bei der Darm- und Blasenentleerung oder beim Aufstehen und Zubett-Gehen notwendig ist.

Kann selbst dies nicht bestätigt werden, besteht noch die Möglichkeit, Leistungen im Rahmen der *Hilfen zum Lebensunterhalt* (§ 11 Abs. 3 BSHG) zu beziehen. Allerdings sind dabei die monatlichen Einkommensfreigrenzen niedriger als im Bereich der *Hilfe zur Pflege*.

- **Regelungen im Pflegeheim**

Das Sozialamt übernimmt auch in Pflegestufe 0 Kosten eines Heimaufenthalts, wenn der Gutachter des Medizinischen Dienstes eine Aufnahme ins Pflegeheim für erforderlich hält.

## **Wie hoch sind die Leistungen vom Sozialamt?**

- **Häuslicher Bereich**

Im häuslichen Bereich sind, wie bei der Pflegeversicherung, *Sachleistungen und Geldleistungen* zu unterscheiden.

Die *Sachleistungen (Pflegeleistungen)* müssen über einen Pflegedienst bezogen werden und werden direkt mit ihm verrechnet. Notwendige Sachleistungen können im häuslichen Bereich einen Betrag bis zur Höhe der Leistungen erreichen, die auch bei einem Pflegeheimaufenthalt gewährt werden.

In besonderen Fällen, etwa wenn ein Wechsel ins Pflegeheim mit besonderen Schwierigkeiten oder Nachteilen verbunden ist, können die Leistungen im häuslichen Bereich sogar höher liegen als bei einem Pflegeheimaufenthalt, um eine besondere Härte durch den Wechsel ins Pflegeheim zu vermeiden.

Werden über das Sozialamt Sachleistungen bezogen, kann unter bestimmten Voraussetzungen (unter anderem bei niedrigen Einkommensverhältnissen) zusätzlich auch ein Pflegegeld vom Sozialamt gewährt werden. Ebenso kann das Sozialamt unter bestimmten sozialhilferechtlichen Voraussetzungen das Pflegegeld der Pflegeversicherung aufstocken. Dies ist jedoch nur möglich, wenn die Pflegeversicherung eine Kombinationsleistung gewährt.

Wird bei der Pflegeversicherung nur *Pflegegeld (Geldleistungen)* bezogen, kann das Sozialamt keine zusätzlichen Leistungen gewähren.

Das Sozialamt kann im häuslichen Bereich z. B. auch Maßnahmen zur Wohnungsanpassung (notwendige Umbaumaßnahmen) unterstützen, wenn die Anspruchsvoraussetzungen gegeben sind.

- **Pflegeheim**

Die meisten Pflegeheime treffen mit den Sozialhilfeträgern und Pflegekassen Vereinbarungen, welche die Kostensätze in den Heimen festsetzen und begrenzen. In diesen Heimen übernimmt das Sozialamt die ungedeckten Kosten für einen Aufenthalt.

In teureren Heimen, die keine derartige Vereinbarung getroffen haben, z. B. weil sie mehr Personal beschäftigen und deshalb einen höheren Standard haben, übernimmt das Sozialamt keine Kosten.

## **Was bleibt der Ehefrau oder dem Ehemann, wenn der Partner im Pflegeheim lebt?**

Für den zu Hause lebenden Partner wird auch in diesem Fall eine Einkommensfreigrenze bzw. ein Kostenbeitrag für das Pflegeheim ermittelt. Der Kostenbeitrag richtet sich nach der Höhe der gemeinsamen Rente und der Miete sowie nach den sonstigen Belastungen und den Kosten für das Pflegeheim (nach Abzug der Pflegeversicherungsleistungen). Die verbleibende Rente für den Ehepartner ist bei der Sozialhilfeleistung *Hilfe zur Pflege* in der Regel so hoch, dass der Ehepartner mit keinen wesentlichen Einschränkungen seines bisherigen Lebensstandards rechnen muss.

## **Was bleibt Alleinstehenden, wenn sie in einem Pflegeheim leben?**

Durch den Kostensatz im Pflegeheim müssen sowohl die Pflege als auch die Unterkunft und die sonstige Grundversorgung des Pflegebedürftigen abgedeckt werden. Deshalb verbleibt dem Bewohner eines Pflegeheims, der Sozialhilfeleistungen erhält, von der eigenen Rente nur ein kleiner monatlicher Barbetrag zur freien Verfügung.

## **Müssen Kinder für den Pflegeheimaufenthalt ihrer Eltern aufkommen?**

Bei der Berechnung der Zuzahlung ist nur das laufende Einkommen der leiblichen oder adoptierten Kinder entscheidend. Vermögenswerte der Kinder (Wohnung, Sparguthaben usw.) müssen, soweit sie nicht außergewöhnlich hoch sind, nicht eingesetzt werden und spielen auch bei der Berechnung des Unterhaltsbeitrags meist keine Rolle. Beim laufenden Einkommen der leiblichen Kinder

gibt es hohe Freigrenzen. Erst wenn diese überschritten werden, muss ein Unterhaltsbeitrag geleistet werden. Die Freigrenze erhöht sich, wenn der unterhaltspflichtige Sohn oder die Tochter selbst Unterhaltsverpflichtungen gegenüber Kindern hat. Ebenso erhöht sich die Einkommensfreigrenze, wenn sonstige finanzielle Belastungen vorhanden sind.

Aus dem Einkommen von Schwiegertöchtern und Schwiegersöhnen ist in keinem Fall ein Unterhaltsbeitrag zu leisten.

*Leibliche oder adoptierte Kinder sind zwar zum Unterhalt ihrer Eltern verpflichtet, die notwendigen Zuzahlungen bei einem Pflegeheimaufenthalt werden jedoch meist überschätzt.*



## **Wie bekommt man Sozialhilfe?**

Anträge auf Sozialhilfe sind jeweils beim örtlich zuständigen Sozialamt zu stellen. Hier reicht ein Telefonanruf. Neben dem Antrag müssen bei den Sozialämtern in der Regel weitere Unterlagen zur Gewährung von Sozialhilfe eingereicht werden. Wird die Sozialhilfe gewährt, erhält der Berechtigte einen Bescheid über die Sozialhilfeleistungen, die ihm zuerkannt worden sind. Sozialhilfeleistungen setzen ein, sobald dem Sozialamt bekannt wird, dass ein Anspruch auf Sozialhilfe besteht. Eine rückwirkende Gewährung von Sozialhilfe ist nicht möglich. Auf Leistungen der Sozialhilfe besteht ein Rechtsanspruch, der gegebenenfalls auch einklagbar ist.

## Leistungen nach dem Schwerbehindertengesetz

Ab einem bestimmten Schweregrad kann eine Demenzerkrankung als Schwerbehinderung anerkannt werden. Dies ist dann der Fall, wenn eine dauerhafte Funktionsbeeinträchtigung in allen Lebensbereichen zu verzeichnen ist und dieser Zustand für mindestens sechs Monate besteht. Schwerbehinderte sind Personen mit einem Grad der Behinderung von mindestens 50 %.

Erfolgt diese Anerkennung, so hat der Kranke Anspruch auf einen Schwerbehindertenausweis mit den entsprechenden Nachteilsausgleichen.

### Welche Vorteile bringt der Schwerbehindertenausweis?

Durch einen Schwerbehindertenausweis können eine Reihe von steuerlichen und nicht steuerlichen Vorteilen erreicht werden, z. B.:

- Befreiung von oder Ermäßigung der Kraftfahrzeugsteuer
- Befreiung von der Lohn- oder Einkommenssteuer
- Freifahrten mit öffentlichen Verkehrsmitteln und Freifahrten für Begleitpersonen
- Befreiung von Rundfunk- und Telefongebühren
- Zuschüsse zur Wohnraumanpassung
- Sitzplatzreservierung bei der Deutschen Bahn für Blinde und Schwerbehinderte mit Begleitperson
- Unterbringung der Rollstühle im Zug, Einsteigeilfe

Schwerbehinderten wird – teilweise auf freiwilliger Grundlage – eine Reihe weiterer *Nachteilsausgleiche* zugestanden, z. B.:

- Eintrittspreisermäßigung für den Ausweisinhaber und, wenn die Notwendigkeit ständiger Begleitung im Ausweis bestätigt ist, für seinen Begleiter beim Besuch von Filmvorstellungen, Sportveranstaltungen, Theateraufführungen u. ä., sofern solche Ermäßigungen zugestanden sind (Auskunft hierüber erteilt der Veranstalter),
- die Benutzung der Abteile und Sitze, die Schwerbehinderten in Verkehrsmitteln vorbehalten sind,
- bevorzugte Abfertigung vor Amtsstellen,
- Beitragsermäßigung für Mitglieder von Vereinen, Interessenverbänden und dergleichen (z. B. Automobil-Clubs),
- Fahrpreisermäßigungen bei Bergbahnen sowie bei der Schifffahrt, Benutzung der mit dem Rollstuhlfahrersymbol gekennzeichneten Behindertentoiletten an Autobahnrastplätzen, -raststätten und -tankstellen mittels eines Zentralschlüssels. Dieser Schlüssel wird vom *Club Behinderter und ihrer Freunde* (CBF), Pallaswiesenstr. 123 a, 64293 Darmstadt, gegen Vorlage der Fotokopie des Schwerbehindertenausweises mit einer Rechnung zur Überweisung von 18 Euro auf das Postgirokonto 131 415 601, BLZ 500 100 60, Postbank Frankfurt am Main, verschickt.

Für die einzelnen Vergünstigungen müssen häufig besondere Voraussetzungen – zum Beispiel ein Grad der Behinderung von 70 Prozent – erfüllt sein.

## **Wie wird ein Schwerbehindertenausweis beantragt?**

Der Antrag ist beim Versorgungsamt zu stellen, er kann formlos eingereicht werden und in aller Regel sind die Gemeinden bei der Weiterleitung behilflich.

Im Antrag sollten alle vorliegenden Behinderungen aufgelistet und alle Ärzte, Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken angegeben werden, die Gutachten oder Atteste zu der Behinderung des Patienten erstellen können. Hierzu ist es erforderlich, dass die Ärzte von der Schweigepflicht entbunden werden. Sollten bereits entsprechende Gutachten vorliegen, kann es das Verfahren nur beschleunigen, wenn diese dem Antrag direkt in Kopie beigefügt werden.

## Weitere rechtliche Fragestellungen

Zu Beginn der Krankheit können die Pflegebedürftigen noch vieles für die Zukunft regeln. Die Kranken sollten überlegen, was ihnen wichtig ist. Hier bieten unter Umständen Personen ihres Vertrauens oder Mitarbeiter von Beratungsstellen Unterstützung. Es gibt vier wichtige Bereiche, die geregelt werden sollten:

- die Vorsorgevollmacht
- die Betreuung
- die Patientenverfügung
- das Testament

Hierzu gilt im Einzelnen:

### Vorsorgevollmacht

Damit kann eine bestimmte Person bevollmächtigt werden, für den Kranken zu handeln, wenn er eines Tages nicht mehr selbst dazu in der Lage ist. Diese Vollmacht kann sich z. B. auf Verträge und Geldangelegenheiten beziehen, aber auch auf die Art der Unterbringung und andere persönliche Belange. Um der Vorsorgevollmacht mehr Durchsetzungskraft zu verleihen, ist es günstiger, dieses Schriftstück notariell beglaubigen zu lassen. Bei der Vorsorgevollmacht sollte von Zeit zu Zeit überprüft werden, ob die Verfügungen so noch haltbar sind, z. B. ob die benannten Personen noch zur Verfügung stehen.

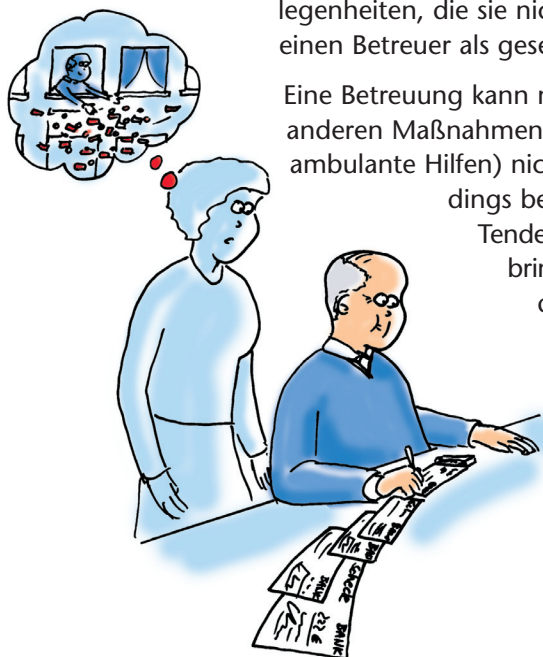
## Betreuung

### Allgemeines

Rechtlich hervorzuheben ist, dass seit In-Kraft-Treten des Betreuungsgesetzes vom 1. Januar 1992 niemand mehr entmündigt werden kann. An die Stelle der Entmündigung oder Zwangspflegschaft trat die Betreuung, die zum einen nur mit Einverständnis des Betroffenen angeordnet werden kann und darüber hinaus in ihrem Umfang genau definiert werden muss.

Erwachsene Personen, die aufgrund einer psychischen Erkrankung oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung nicht mehr in der Lage sind, ihre Angelegenheiten ganz oder teilweise zu regeln, können unter Betreuung des Vormundschaftsgerichtes gestellt werden. Die Betroffenen bekommen dann für die Angelegenheiten, die sie nicht mehr selbst erledigen können, einen Betreuer als gesetzlichen Vertreter.

Eine Betreuung kann nur veranlasst werden, wenn alle anderen Maßnahmen oder Hilfen (z. B. Vollmachten, ambulante Hilfen) nicht mehr ausreichen. Sollte allerdings bei einem Patienten mit Weglauftendenzen eine geschlossene Unterbringung in einem Pflegeheim erforderlich werden, muss immer eine Betreuung angeregt werden. Darüber hinaus muss die Zustimmung des Vormundschaftsgerichtes zu der Unterbringung in dem geschlossenen Pflegeheim eingeholt werden.



Bei Betreuten, die ihr Vermögen erheblich gefährden, kann das Vormundschaftsgericht einen Einwilligungsvorbehalt anordnen. Dieser begrenzt die Ausübung von Rechtsgeschäften durch den Betreuten. Zum Beispiel können dann nur mit Zustimmung des Betreuers Willenserklärungen abgegeben werden. Dies erstreckt sich auf alle Rechtsgeschäfte des täglichen Lebens (z. B. das Ausstellen von Schecks, Katalogbestellungen, Kreditkartenbenutzung). Auf eine Eheschließung oder das Aufsetzen eines Testamentes kann der Einwilligungsvorbehalt allerdings nicht ausgeweitet werden.

- **Mögliche Betreuer**

Es können eine oder mehrere Personen bestimmt werden, die für den zu Pflegenden als rechtliche Betreuer (nach dem Betreuungsgesetz) handeln können, wenn dies erforderlich ist. Zum Beispiel kann der zu Betreuende festlegen: „Meine Tochter soll voll verantwortlich sein, wenn es um meine ärztliche Behandlung geht, mein Freund A soll sich um meine finanziellen Angelegenheiten kümmern.“ In der Regel wird der Vormundschaftsrichter geeignete Angehörige, Freunde und Bekannte als Betreuer bestellen. Sind solche nicht vorhanden, können Berufsbetreuer die Aufgabe übernehmen. Äußert der zu Betreuende Wünsche, so sind diese zu berücksichtigen, wenn die genannte Person bereit und geeignet ist.

- **Umfang der Betreuung**

Die Unterstützung durch Dritte bezieht sich nur auf solche Bereiche, die der zu Betreuende nicht mehr eigenständig bewältigen kann. Ist es dem Kranken unmöglich geworden, seine Bankgeschäfte eigenständig zu verrichten, ist er also nicht mehr in der Lage, Überweisungen zu tätigen, Geld abzuheben oder einzuzahlen, so wird ihm für den Aufgabenkreis *Verwaltung des Vermögens* ein Betreuer an die Hand gegeben.

Mögliche Bereiche für eine Betreuung sind:

- Fürsorge für ärztliche Heilbehandlungen
- Bestimmung des Aufenthalts
- Organisation ambulanter Hilfen
- Wohnungsangelegenheiten
- Abschluss eines Heimvertrages
- weitere Aufgabenkreise

Durch eine Vorsorgevollmacht wird eine rechtliche Betreuung überflüssig.

- **Zum Verfahren**

Um eine Betreuung zu erreichen, muss man ein entsprechendes Formular beim Vormundschaftsgericht des zuständigen Amtsgerichtes ausfüllen. Daraufhin wird der zuständige Richter ein fachärztliches Gutachten einholen, den Betroffenen persönlich anhören und eventuell einen Verfahrenspfleger hinzuziehen, bevor er einen Beschluss fasst.

Nach spätestens fünf Jahren muss das Gericht prüfen, ob eine Weiterführung der Betreuung oder eine Ausweitung der Aufgabenkreise angezeigt ist.

Auch Unterbringungseinrichtungen wie Heime können eine Betreuung veranlassen. Auch Angehörige, die sich um einen Demenzen kümmern, können eine Betreuung beantragen und sich selbst als Betreuer vorschlagen. Dies ist z. B. günstig im Umgang mit Ärzten und Kliniken, da rechtlichen Betreuern Auskunft erteilt und für bestimmte Maßnahmen deren Zustimmung eingeholt wird. Angehörigen dagegen werden aufgrund der ärztlichen Schweigepflicht diese Auskünfte häufig verweigert.

## Patientenverfügung

Alle ärztlichen Maßnahmen bedürfen der Einwilligung des Patienten. Da der zu Pflegende vielleicht eines Tages nicht mehr in der Lage ist, diese zu geben, ist eine Patientenverfügung wichtig. Damit bestimmt der Kranke, ob alles medizinisch Mögliche getan werden soll, wenn er in einem lebensbedrohlichen Zustand ist. Dazu gehören zum Beispiel Regelungen, ob der Patient gegebenenfalls mit einer künstlichen Ernährung einverstanden ist usw. Günstig ist es, sich bei einem Arzt zu erkundigen, welche Maßnahmen heute zur Verfügung stehen, und das Gewollte konkret zu formulieren. Die Stiftung Warentest hat die Internetseite von „Patientenverfügung.de“ als Hinterlegungsstelle empfohlen.

## Testament

In einem Testament bestimmt eine Person, der Erblasser, was nach ihrem Tode mit Geldvermögen, Immobilien usw. geschehen soll.

- **Eigenhändiges Testament**

Die einfachste Art, seinen letzten Willen festzulegen, ist das so genannte eigenhändige Testament. Das bedeutet, dass es vom Betroffenen selbst mit der Hand (und nicht mit einer Schreibmaschine oder dem Computer) geschrieben und mit vollem Namen unterzeichnet werden sowie Angaben über Ort und Datum der Niederschrift enthalten muss.

- **Öffentliches Testament**

Der letzte Wille kann auch vor einem Notar in Form einer von ihm gefertigten Niederschrift erklärt werden. Der Notar ist verpflichtet, über Form und Inhalt der Testamentsurkunde zu beraten. Dieses so genannte öffentliche Testament wird im Notariat aufbewahrt

und ist kostenpflichtig. Mit ihm besteht die Gewähr, dass der letzte Wille klar und deutlich und damit rechtlich einwandfrei formuliert ist.

- **Gemeinschaftliches Testament**

Ehegatten können ein gemeinschaftliches Testament sowohl vor einem Notar als auch eigenhändig aufsetzen. Hier gelten die gleichen formalen Voraussetzungen wie beim eigenhändigen Testament.





ZUKUNFTSFORUM  
DEMENZ



Für ein  
lebenswertes Morgen

Eine Initiative von 

Zukunftsforum Demenz, Postfach 11 13 53, 60048 Frankfurt am Main

E-Mail: [zukunftsforum@demenz.de](mailto:zukunftsforum@demenz.de)

[www.zukunftsforum-demenz.de](http://www.zukunftsforum-demenz.de)

[www.alzheimerinfo.de](http://www.alzheimerinfo.de)